

The Diak logo is located in the top right corner of the page. It consists of the word "Diak" in a bold, green, sans-serif font. The letter "i" has a small white dot, and the letter "k" has a small white crossbar. The background of the page features large, overlapping, light green curved shapes that create a sense of movement and depth.

**Irina Rantanen**  
**Henna Soidinsalo**  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Monialainen ja yhteensovittava johtaminen  
Sairaanhoitaja YAMK  
Sosionomi YAMK  
Opinnäytetyö, 2022

# MONIALAINEN JA -AMMATILLINEN YHTEISTYÖ KORVAUSHOITOASIAKKAIDEN ASIAKASPROSESSISSA

---

## TIIVISTELMÄ

Irina Rantanen, Henna Soidinsalo

Monialainen ja -ammattillinen yhteistyö korvaushoitoasiakkaiden asiakasprosessissa

Sivuja 56 ja 2 liitettä

Syksy, 2022

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveys alan YAMK-tutkinto

Sairaanhoitaja (YAMK), Sosionomi (YAMK)

Monialainen ja yhteensovittava johtaminen

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää miltä monialainen ja -ammattillinen työ näyttää asiakastietojärjestelmään tehdyissä kirjauksissa. Opinnäytetyössä tutkittiin yhden Helsingin päihdepoliklinikan korvaushoidossa olevien ja huolenpitoasiakkaiksi segmentoitujen asiakkaiden kirjauksia. Monialainen ja -ammattillinen työ on yhä enenevässä määrin osa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työtä. Asiakkaiden monialaiset ongelmat vaativat useamman ammattilaisen yhteistyötä, jotta voidaan vastata asiakkaiden palvelujen tarpeeseen.

Analysoimme asiakastietojärjestelmästä 8 asiakkaan omahoitajien tekemiä hoitosuunnitelmia ja korvaushoidon hoitajien päivittäisen hoitotyön kirjauksia. 8 asiakasta valittiin 21 korvaushoidossa olevan huolenpitoasiakkaan joukosta. Päivittäisen hoitotyön kirjauksista etsittiin mainintoja monialaisesta ja -ammattillisesta yhteistyöstä. Analysoimme myös hoitosuunnitelmien sisältöä. Aineisto analysoitiin teemoittelun avulla. Lisäksi täydensimme analyysiä keskustelulla korvaushoidon hoitajien kanssa.

Aineistosta oli havaittavissa, että päihdepoliklinikan korvaushoidon ammattilaiset tekivät monialaista yhteistyötä yli organisaatorajojen useiden eri ammattilaisten kanssa (yhteensä 14), omaisten kanssa työskentelystä oli vain vähän mainintoja. Moniammatillista yhteistyötä päihdepoliklinikan sisällä tehtiin muutaman eri ammattilaisen kanssa (yhteensä 3). Monialaista yhteistyötä tehtiin erityisesti terveysaseman kanssa ja moniammatillista työtä päihdepoliklinikan aikuissosiaalityöntekijän kanssa. Hoitosuunnitelmia ei kuitenkaan tehty monialaisesti tai -ammattillisesti ja niitä tehtiin ja päivitettiin vaihtelevasti. Sisällöllisesti hoitosuunnitelmat keskittyivät korvaushoitoon liittyviin asioihin. Sosiaaliseen tilanteeseen liittyvää sisältöä suunnitelmissa oli vähemmän.

Korvaushoidon hoitajat kokivat yhteistyön muiden ammattilaisten kanssa tärkeänä, mutta heidän näkemyksensä mukaan yhteistyötä tehdään luontevammin muuten kuin tekemällä hoitosuunnitelmat monialaisesti tai -ammattillisesti. Monialaisen ja -ammattillisen työn esteinä nähtiin olevan resurssit ja yhteisten toimintatapojen puutteet tai ammattilaisten asenteet korvaushoidon asiakkaita kohtaan. Organisaatiolla onkin tärkeä rooli monialaisen- ja ammattillisen työn juurruttamisessa.

Asiasanat: monialainen yhteistyö, moniammatillisuus, korvaushoito, paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat

## ABSTRACT

Irina Rantanen, Henna Soidinsalo

Interdisciplinary and professional cooperation in the client process of substitution care clients

Pages 56 and 2 appendices

Autumn, 2022

Diaconia University of Applied Sciences

MA Degree in Social- and Health Care

Interdisciplinary and Collaborative Leadership

The objective of the thesis was to find out what interdisciplinary and professional cooperative work looks like in the entries made to the client information system. The thesis examined the entries of clients who were in substitution treatment and segmented as care clients at one of Helsinki's substance abuse clinics. Interdisciplinary and professional cooperative work is an increasing part of the work of health and social care professionals. Clients' multidisciplinary problems require the cooperation of more professionals to meet the need for clients' services.

We analyzed 8 care plans made by the self-caregivers of clients, as well as daily nursing entries from substitution treatment nurses. 8 clients were selected from 21 of care clients. The records of daily nursing were searched for mentions of interdisciplinary and professional collaboration. We will also analyze the content of the treatment plans. The data was analyzed through thematic analysis. In addition, we supplemented the analysis with a discussion with substitution care caregivers.

It was noticeable from the data that interdisciplinary cooperation across organizational boundaries was conducted with several different professionals (14 in total), with few mentions of working with family members. Interdisciplinary cooperation within the substance abuse clinic was conducted with a few different professionals (3 in total). Interdisciplinary cooperation was particularly with a health station and interdisciplinary work with an adult social worker at a substance abuse clinic. However, treatment plans were not carried out in an interdisciplinary or -professional manner and were made and updated to varying degrees. Content-wise, care plans focused on issues related to substitution care. There were less social situation-related content in the plans.

Replacement care caregivers felt cooperation with other professionals was important, but they felt that cooperation is more naturally done, in other ways than by making treatment plans interdisciplinary or interprofessional. The obstacles to interdisciplinary and interprofessional collaboration work were seen to be resources and deficiencies in common practice or the attitudes of professionals towards claims care clients. The organisation therefore plays an important role in instilling inter-disciplinary and professional work.

Keywords: interprofessional collaboration, interdisciplinary cooperation, substitution treatment, frequent attenders

## Sisällys

1 JOHDANTO .....	4
2 KORVAUSHOIDON ASIAKKAAT JA MONIALAINEN SEKÄ - AMMATILLINEN YHTEISTYÖ .....	5
2.1 Korvaushoito ja korvaushoidossa olevat asiakkaat.....	5
2.2 Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat.....	9
2.3 Monialainen ja moniammatillinen yhteistyö .....	11
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	15
4 PALJON PALVELUJA TARVITSEVIEN ASIAKKAIDEN YDINPROSESSI HELSINGIN TERVEYS- JA HYVINVOINTIKESKUSTOIMINTAMALLISSA.	16
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	17
5.1 Laadullinen tutkimus .....	17
5.2 Tutkimuksen asiakasryhmän valinta .....	18
5.3 Tutkimusaineiston kerääminen analysointi.....	22
5.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	23
6 TUTKIMUSTULOKSET .....	25
6.1 Hoitosuunnitelmat .....	25
6.1.1 Hoitosuunnitelmien kirjaamisen käytännöt.....	26
6.1.2 Hoitosuunnitelmien sisältö .....	27
6.2 Päivittäiset hoitotyön kirjaukset.....	31
6.2.1 Monialainen yhteistyö organisaatorajat ylittävien yhteistyökumppanien kanssa.....	31
6.2.2 Moniammatillinen yhteistyö päihdepoliklinikan muiden ammattilaisten kanssa .....	36
6.3 Yhteenveto tutkimustuloksista.....	38
7 POHDINTA .....	42
LÄHTEET.....	49
LIITE 1 Päivittäisen hoitotyön kirjausten teemoittelu monialaisen ja - ammatillisen työn mukaan .....	57
LIITE 2 Hoitosuunnitelmien sisällön teemat .....	58

## 1 JOHDANTO

Suomen sosiaali- ja terveyspalveluiden hallinnointi uudistuu sote-uudistuksen myötä. Sote-uudistuksen osana on tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelma. Yhtenä ohjelman tavoitteista on monialaisuuden ja yhteensovittamisen vahvistaminen ja laaja-alaisten sote-keskusten luominen, jossa toteutetaan monialaista työnjakoa. Tavoitteena on myös siirtyä enemmän ennakoivaan työotteeseen ja huolehtia palveluiden yhdenvertaisesta ja oikea-aikaisesta kohdentumisesta. Erityisesti paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat ovat keskiössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020, s. 15–16; Lehmuskoski ym., 2021, s. 17.)

Sosiaali- ja terveystoimen asiakkailla on enenevässä määrin monialaisia ja monipuolisia ongelmia. Palvelut ovat usein kuitenkin siiloutuneita ja vastaavat usein heikosti asiakkaiden monialaiseen palveluntarpeeseen. Monialaisella yhteistyöllä eri toimijoiden kesken voidaan kuitenkin vastata asiakkaiden erilaisiin palveluntarpeisiin. Velvoite monialaisesta ja -ammattillisesta työstä on myös kirjattu sosiaali- ja terveydenhuoltoa sääteleviin lakeihin kuten sosiaalihuoltolakiin, lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista ja terveydenhuoltolakiin. (L1301/2014; L 812/2000; L1326/2010.)

Paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita on tutkittu runsaasti, erityisesti terveydenhuollon kontekstissa. Päihdeasiakkailla ja varsinkin korvaushoidossa olevilla asiakkailla on monesti paljon palvelujen ja monialaisen ja -ammattillisen yhteistyön ja palvelujen yhteensovittamisen tarvetta. (Holmberg ym., 2015, s. 471; Selin ym., 2015, s. 321.) Helsingin kaupungissa on kehitetty paljon palvelua tarvitsevien ydinprosessia ja asiakkaiden segmentointia. Suurin osa päihdepalvelujen asiakkaista on segmentoitu paljon palveluja tarvitseviksi. (Helsingin kaupunki, 2022b, s. 114.)

Opinnäytetyössämme tarkoituksena on selvittää miten korvaushoidossa olevien asiakkaiden päivittäisen hoitotyön kirjauksissa ja hoitosuunnitelmissa näkyvät monialainen ja -ammattillinen yhteistyö. Tavoitteena on tuottaa tietoa monialaisen

ja -ammattillisen yhteistyön toteutumisesta paljon palveluja tarvitsevien korvaushoitoasiakkaiden asiakasprosessista. Lisäksi olemme halunneet tutkia myös hoitosuunnitelmien sisältöä. Tietoa voi hyödyntää toiminnan ja erityisesti monialaisen ja -ammattillisen työskentelyn kehittämisessä erityisesti korvaushoitoasiakkaiden kohdalla.

## 2 KORVAUSHOIDON ASIAKKAAT JA MONIALAINEN SEKÄ -AMMATILLINEN YHTEISTYÖ

### 2.1 Korvaushoito ja korvaushoidossa olevat asiakkaat

Opioidikorvaushoito (jatkossa korvaushoito) voidaan aloittaa henkilölle, jolla on vaikea addiktio opioideihin eikä ole onnistunut vieroittautumaan opioideista yrityksistä huolimatta. Korvaushoitoa säätelee vuonna 2008 annettu asetus (33/2008) metadoni tai buprenorfiini lääkevalmisteiden käytöstä opioidiriippuvaisien hoidosta vieroituksessa tai korvaushoidossa. (Valvira, 2020) Korvaushoidossa tulee jokaiselle asiakkaalle määrittää yksilöllinen hoito- ja kuntoutumissuunnitelma, johon hoito perustuu. Lääkityksen lisäksi hoitoon tulee kuulua asiakkaan seuranta sekä laaja-alaista psykososiaalista kuntoutusta. Korvaushoito voi olla joko välivaihe riippuvuudesta toipumisessa tai se voi olla pitkään jatkuvaa tukea elämänhallinnan säilyttämiseksi. (Holmberg ym., 2015, s. 329–330.)

Korvaushoito on Suomessa aloitettu Hesperian sairaalassa vuonna 1995. Virallisesti korvaushoito tunnustettiin vuonna 1997 sosiaali- ja terveysministeriön ensimmäisten määräysten kautta. Alussa korvaushoitoa kohtaan esitettiin paljon kriittisiä arvioita ja hoitoon pääsy oli korkean kynnyksen takana. 2000-luvulle tultaessa hoitoon pääsyn kriteerejä kuitenkin madallettiin. Suomessa haittoja vähentävän hoidon näkökulma on vahvistunut koko ajan. Korvaushoitoon liittyen on kuitenkin esitetty kriittisiä näkökulmien liittyen hoidon medikalisoitumiseen ja kannettu huolto psykososiaalisen hoidon roolista. (Selin ym., 2015, s. 313; Tourunen ym., 2009, s. 421.)

Ennen korvaushoidon aloitusta selvitetään asiakkaan päihteiden käyttö, opioidiriippuvuus sekä sen vaikeusaste, aiemmat hoitoyritykset sekä muu terveydentila mukaan lukien sosiaalinen elämäntilanne. On tärkeää myös selvittää, onko asiakas motivoitunut ja valmis sitoutumaan yleensä vuosia kestäväseen hoitoon. (Holmberg ym., 2015, s. 329.)

Korvaushoidon aloitukset tehdään joko avo- tai laitoshoidossa. Suunnitteluvaiheessa päätetään asiakkaalle sopiva lääkemuofo ja aloituksen yhteydessä määritellään sopiva annos. Lääkevalinta tulee tehdä yksilöllisesti ja toimintayksiköissä tulee olla valmius hoitaa asiakkaita Metadonilla sekä Buprenorfiinilla. (Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2018.)

Korvaushoito jaetaan hoidon tavoitteiden mukaisesti joko kuntouttavaan tai ylläpitävään hoitoon. Ylläpitävää hoitoa kutsutaan myös haittoja vähentäväksi hoidoksi. Kuntouttavassa hoidossa tavoitteena on kokonaisvaltainen kuntoutuminen, päihteettömyys ja kuntoutuminen esimerkiksi työelämään. Ylläpito-hoidon tai haittoja vähentävän hoidon tarkoituksena on elämänlaadun parantaminen, terveyshaittojen ja tartuntatauti-en vähentäminen sekä päihteiden hankintaan liittyvän rikollisuuden väheneminen. Haittoja vähentävässä hoidossa asiakkaat eivät ole korvaushoidosta huolimatta kyenneet lopettamaan päihteidenkäyttöä. Arviolta noin kahdella kolmesta korvaushoidossa olevasta asiakkaasta tavoitteena on kuntoutus ja joka neljännellä hoidon tavoitteena on haittojen vähentäminen. Asiakas on hoidon keskiössä ja hän yhteistyössä ammattilaisten kanssa määrittelee hoidon tavoitteet. Tämä on toipumisorientaation mukainen toimintatapa, jota Helsingin kaupungin päihdepalveluissa noudatetaan. (Holmberg ym., 2015, s. 329; A 33/2008 3. §; Partanen ym., 2017, s. 2984; Helsingin kaupunki, 2022a; Nordling 2018, s. 1476–1477.)

Pääsääntöisesti asiakas hakee korvaushoitolääkkeensä päivittäin toimintayksiköstä, mutta sitouduttuaan hyvin hoitoon hänellä on mahdollista saada enintään kahdeksan vuorokauden, ja erityisestä syystä 15 vuorokauden, lääkkeet mukaansa. (A 33/2008 6. §.) Tämä on kuitenkin THL:n (2021) selvityksen perusteella

harvinaisempaa. Selvityksen mukaan joka toinen viikko tai harvemmin korvaushoitolääkkeensä hakivat vain pieni määrä tutkituista. Tämä liittyy korvaushoitasiakkaiden aktiiviseen päihteiden käyttöön korvaushoidon ohella, jota on THL:n raportin mukaan yli 50 prosentilla korvaushoidossa olevista.

Poikkeuksen kotiannosten suhteen muodostaa injektioamuotoinen buprenorfiini, joka annetaan asiakkaalle ihonalaiskudokseen useimmiten joko yhden tai neljän viikon välein. Tämä luo mahdollisuuden psykososiaalisen tuen painottamiseen lääkekeskeisyyden sijaan ja on hyvä lääkevalinta silloin, kun asiakkaalla ei muutoin ole tarvetta tiiviimmälle tuelle ja seurannalle. (Halme, 2020.)

Korvaushoidossa olevien asiakkaiden määrä on kasvanut jatkuvasti, kuten myös opioideja käyttävien määrä. Esimerkiksi vuodesta 2011 vuoteen 2015 korvaushoidossa olevien määrä kasvoi 36 prosenttia. Vuonna 2015 korvaushoidossa olevien määräksi saatiin 3293 ja vuonna 2019 määrä oli kasvanut jo 4800 asiakkaaseen eli kasvua tänä aikana oli ollut 44 prosenttia. Asiakasmäärän kasvusta huolimatta suurin osa ongelmakäyttäjistä ei ole hoidon piirissä. Opioidien ongelmakäyttäjää on Suomessa arvioitu olevan noin 23 500–29 500. (Partanen ym., 2017, s. 2981; HE 197/2022.)

Päihdeasiakkailta on monitahoisia sosiaalisia ongelmia. Yksinäisyys, työttömyys ja asunnottomuus ovat yleistä asiakkaiden keskuudessa. Asiakkaat, joilla on monialaisia ongelmia ja näin ollen laajempaa tuen tarvetta, ohjautuvat erityispalveluihin kuten päihdepalveluihin. Näillä asiakkailla sosiaaliset ongelmat ovat erityisen vaikeita ja syviä. (Kuussaari ym., 2015, s. 264.)

Korvaushoidossa olevista noin 70 prosenttia oli miehiä. Yli puolet asiakkaista olivat 30–39-vuotiaita. Yli 60 prosenttia oli naimattomia. 37 prosentilla oli alaikäisiä lapsia. Työttömänä oli 67 prosenttia ja asunnottomia oli 4,2 prosenttia. (Mäkelä ym., 2019.) Asunnottomien osuus näyttää tilastotiedon valossa olevan alhainen, mutta todellisuudessa asunnottomuus saattaa olla tilastotietoa yleisempää. Mielenterveysongelmia korvaushoidossa olevilla asiakkailla oli hieman alle 50 pro-



sentilla. Korvaushoitoasiakkaiden käyttämät muut palvelut näyttäytyivät vähäisimpinä kuin muiden päihdeasiakkaiden. Noin puolet korvaushoidossa olevista on suorittanut peruskoulun. (Selin ym., 2015, s. 315.)

Korvaushoitoasiakkailla päihteiden käyttö on yleistä korvaushoidon aikana. Vähintään kahden huumausaineen ongelmakäyttöä oli yli puolella korvaushoitoasiakkaista ja suonensisäistä käyttöä noin 40 prosentilla. THL:n huumeasiakkaita koskevan selvityksen mukaan suurin osa korvaushoidossa olevista hakivat lääkkeensä joko joka päivä tai useita kertoja viikossa. (THL 2021.) Psykososiaalisten vaikeuksien määrä korreloi korvaushoidossa olevien asiakkaiden päihteiden oheiskäytön kanssa. Eniten psykososiaalisia ongelmia tutkittavilla oli unen, mielialan, kivun ja arjen hallinnan alueilla. Korvaushoidossa olevilla asiakkailla saattoi olla elämässään tekijöitä, jotka ylläpitivät oheiskäyttöä ja näin ollen koettuja psykososiaalisia ongelmia. (Heinonen & Pitkänen, 2017, s. 10.)

Saksassa tehdyssä tutkimuksessa Zippel-Schultz ym. (2016, s. 1494–1497) selvittivät korvaushoidossa olevien asiakkaiden päihteiden käytön kestäneen keskimääräisesti 18 vuotta. Myös Zippel-Schultzin ym. tutkimuksessa korvaushoidossa olevilla asiakkailla todettiin mielenterveysongelmia noin puolella. Myös päihteiden käyttö oli yleistä. Työttömien määrä oli pienempi kuin Suomessa tutkituilla korvaushoitoasiakkailla, 46 prosenttia. Eläkkeellä olevia oli tosin melkein 14 prosenttia. Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota suureen somaattisten ja psykiatristen sairauksien määrään. 61 prosentilla oli somaattisia diagnooseja ja psykiatrisia sairauksia noin puolella.

Korvaushoitoasiakkailla on tutkimusten mukaan erilaisia elämäntilanteisiin liittyviä riskejä, ja asiakkailla on monialaista tuen tarvetta ja he ovat sosiaalisesti huono-osaisia. (Tourunen ym., 2009, s. 421; Zippel-Schultz ym., 2016, s. 1494–1497; THL, 2021; Mäkelä ym., 2019; Selin ym., 2015, s. 315.) Somaattinen ja psykiatrinen terveydentila näyttäytyy haasteellisena ja asiakkailla on asumisen ongelmia sekä työttömyyttä ja alhaista koulutustasoa. Monilla korvaushoitoasiakkailla on lisäksi usein toistuvaa päihteidenkäyttöä. Korvaushoitoasiakkailla näyttäisikin olevan monialaisen ja -ammattillisen yhteistyön tarvetta ja saumattoman yhteistyön suuri tarve, kuten Selin ym. (2015, s. 321) toteavat. Korvaushoidossa

olevilla asiakkailla moniammatillisen tiimin tuki auttaa ratkaisemaan psykososiaalisia ongelmia. Moniammatillisissa tiimeissä sovitaan asioita, jotka tulevat paremmin hoidetuiksi yhteistyössä asiakkaan kanssa, kuin jättämättä asioiden hoitamisen kokonaan asiakkaiden vastuulle. (Laine & Annila, 2015, s. 276.)

## 2.2 Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat

Tutkimuksissa on todettu, että pieni osa väestöstä käyttää eniten sosiaali- ja terveyspalveluita. Erityisesti terveydenhuollossa paljon palveluita käyttäviä asiakkaita on tutkittu ja todettu, että 10 prosenttia väestöstä käyttää 70 prosenttia terveydenhuollon palveluista. (Hudon ym., 2019, s. 448.) Useat krooniset sairaudet sekä mielenterveyden haasteet ovat yhteydessä henkilöihin, jotka käyttävät paljon terveydenhuollon palveluita. Puolet paljon kustannuksia aiheuttavista asiakkaista oli alle 65-vuotiaita. Myös muualla paitsi Yhdysvalloissa pienet tulot olivat yhteydessä paljon palveluja käyttäviin. (Wammes ym., 2018, s. 13–14.) Paljon palveluita tarvitseviksi asiakkaiksi on määritelty henkilöt, jotka ovat käyneet terveyskeskuksessa yli 6 kertaa vuoden aikana tai joka tarvitsee moniammatillista tukea. (Ylitalo-Katajisto ym., 2018, s. 372.)

Suomessa pääkaupunkiseudulla on laskettu, että 10 prosenttia väestöstä käyttävät 80 prosenttia palveluista. Oululaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä tehdyn tutkimuksen mukaan 10 prosenttia kerryttää 81 prosenttia kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Näistä asiakkaista 62 prosentilla oli myös sosiaalipalvelujen käyttöä ja 32 prosentilla vain terveyspalvelujen käyttöä. (Leskelä ym., 2013, s. 3163.) Paljon palveluja käyttävät asiakkaat tuottavatkin haasteen palveluiden kustannustehokkuudelle. Paljon palveluita tarvitsevilla on tunnistettu olevan enemmän sosioekonomisia ja terveydellisiä haasteita. Heillä on esimerkiksi alempi koulutus ja he ovat useimmiten vailla työtä. (Kapiainen ym., 2010, s. 4; Perhoniemi & Blomgren, 2021, s. 2.)

Sosiaalihuollon palveluiden paljon palveluja käyttävistä asiakkaista ei ole läheskään niin paljon tutkimustietoa kuin terveydenhuollon alalta. Esimerkiksi sosiaalityön vastaanoton käynneistä ei ole tutkimustietoa. Paljon palveluita käyttäviä

asiakkaita on kuitenkin määritelty monin eri tavoin. Terveysthuollossa paljon palveluita käyttäväksi asiakkaaksi on määritelty henkilö, joka käyttää tietyn määrän perusterveydenhuollon palveluita. Lisäksi käyntitiheys, sosiodemografiset seikat, psyykinen vointi, päihteiden käyttö sekä sosioekonomiset seikat ovat olleet määrittelyjen pohjana. (Ylitalo-Katajisto 2019, s. 21–23.)

Koivisto ja Tiirinki (2020, s. 7–8.) määrittelevät monialaisia palveluja käyttävät asiakkaat henkilöiksi, joilla on erilaisia sairauksia ja moninaisia ja haasteellisia elämäntilanteita. Näillä henkilöillä palveluiden käyttö voi olla hallitsematonta ja he eivät välttämättä löydä oikeaa palvelua. Monialaisen palvelun tarpeessa olevan henkilön määrittelystä on olemassa erilaisia malleja ja kriteereitä. Esimerkiksi haastava elämäntilanne ei välttämättä tarkoita monialaisen palvelun tarvetta ja näin ollen tarvetta palvelujen yhteensovittamiseen.

Suomen väestön palveluiden käyttöä on tutkittu valtakunnallisten rekisterien avulla. Palvelut on luokiteltu kuuteen eri palveluluokkaan. Kahta palveluluokkaa oli käyttänyt 35 prosenttia, kolmea 6 prosenttia ja neljää 0,5 prosenttia väestöstä. Tutkimuksissa selvisi, että erityisesti somaattisen erikoissairaanhoidon ja mielen-terveys- ja päihdepalvelujen käyttö moninkertaistivat kustannukset. Tutkimuksessa vahvistui käsitys siitä, että pieni osa väestöstä käyttää eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. (Haula & Peltola, 2020, s. 32–34.)

Paljon palveluita käyttävän asiakkaan määrittely näyttäytyykin hyvin monimuotoisena. Esimerkiksi Ylitalo-Katajisto (2019, 24–25) tunnisti väitöskirjassaan 10 eri tapaa määritellä paljon palveluita tarvitseva asiakas. Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen käytöstä ja niistä aiheutuvista kustannuksista tulisi pystyä keräämään tietoa. Tieto olisi tärkeää resurssien suuntaamisessa oikeisiin paikkoihin. Kuitenkaan koko Suomen kattavaa tietoa asiakkaista ei ole ollut eikä paljon palveluita tarvitsevia asiakkaita vielä järjestelmällisesti tunnisteta. Esimerkiksi terveydenhuollossa asiakassegmentointia tehdään lähinnä diagnooseihin perustuen. (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2017; Ylitalo-Katajisto ym., 2018, s. 377.)

### 2.3 Monialainen ja moniammatillinen yhteistyö

Monialaisuus on suomalaisessa tutkimuksessa verraten uusi käsite. Monialaisuuden ja moniammatillisuuden käsitteet ovat kietoutuneita toisiinsa. Toisaalta monialaisuus ja moniammatillisuus määritellään usein epätäsmällisesti ja ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä käytetään rinnakkaisia käsitteitä. (Katajamäki 2010, s. 24, 100; Happo ym., 2015, s. 58; Saikku, 2018, s. 36.) Moniammatillisuudella on erilaisia määritelmiä ja kansallisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa moniammatillisuus ja monitoimijaisuus ovat myös määritelty monin eri tavoin. (Isoherranen, 2012, s. 19). Monialaisuudella tarkoitetaan kuitenkin eri hallinnot ja tieteenalat sekä organisaatorajat ylittävää toimintaa. Moniammatillisuuden sijaan määritellään saman yksikön sisällä tapahtuvaksi eri ammattiryhmien väliseksi yhteistyöksi. (Sandström ym., 2018; Hujala ym., 2020, s. 131; Pukkila & Helander, 2016.)

Monialaista palvelua tarvitsevien asiakkaiden tarkka määrittely on haastavaa, koska tämä ryhmä on varsin heterogeeninen. Määrittelynä käytetään usein käyntikertojen määrää tietyissä palveluissa. Runsaat käynnit esimerkiksi terveysasemalla voivat kertoa, että asiakkaan palveluntarvetta ei ole täysin tunnistettu. Asiakkaiden tunnistaminen on kuitenkin tärkeää, että asiakas saa tarvitsemansa palvelut ja palvelujärjestelmä pystyy tarjoamaan oikeaa palvelua oikeaan aikaan. Tämä hillitsee kustannuksia ja sujuvoittaa organisaatioiden yhteistyötä. Monialaista palvelua tarvitsevien asiakkaiden tunnistamisessa on kuitenkin haasteita. Erityisesti tietojärjestelmien yhteensopimattomuus, eriytyneet toimintakulttuurit ja epätietoisuus toisten toimijoiden työstä ja osaamisesta haittaavat monialaista palvelua tarvitsevien asiakkaiden tunnistamista. (Hietapakka ym., 2019, s. 1-6.)

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat murroksessa ja monialaisuudella ja moniammatillisuudella voidaan vastata kasvaviin haasteisiin kuten kustannusten kasvuun (Tiilikka ym., 2018, s. 7). Sosiaali- ja terveysala on usein siiloutunut erilaisia palveluja tarjoaviin sektoreihin. Paljon palveluita tarvitsevilla asiakkailla on kuitenkin erityinen tarve sektorit ylittävään ammattilaisten yhteistyöhön ja asiakkaat kärsivät pirstaloisesta palvelujärjestelmästä, jonka takia hoidon ja palveluiden jatku-

vuus kärsii. Monialaisia palveluja tarvitsevat asiakkaat asioivatkin monien eri sosiaali- ja terveystalveluiden tuottajien kanssa. Näin ollen yhteistyötä eri hallinnonalojen ja ammattilaisten välillä tarvitaan. (Dunér & Wolmesjö, 2015, s. 2,19.) Monialaisella toiminnalla voidaan tarjota asiakkaalle kokonaisvaltaisempaa ja asiakaslähtöistä palvelua sekä vähentää organisaatiolle koituvia kustannuksia. Monialaisella yhteistyöllä voidaan lisätä palveluiden laatua ja asiakaslähtöisyyttä. (Lammintakanen ym., 2016, s.8–9; Klinga ym., 2016, s. 1–2; Hujala ym., 2019, 592.)

Varsinkin paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla on tutkittu, että monialainen yhteistyö on se, joka vastaa heidän tarpeisiinsa. Monialainen yhteistyö ei ole pelkkää yhteydenpitoa tai ammattilaisten yhteen tuomista vaan siinä tulee tunnistaa yhteistyön hyödyt, mahdollisuudet mutta myös haasteet. Erityisesti yhteistyön toimivuuteen vaikuttaa myönteinen asenne organisaatorajoja ja toimijoita ylittävään yhteistyöhön. Yhteistyöhön vaikuttavat monet eri asiat. Sosiaali- ja terveydenhuolto voi olla hallinnollisesti yhdistetty tai erillään ja tämä vaikuttaa yhteistyön sujuvuuteen. Monialaisen yhteistyön toimivuuden kannalta on kuitenkin tärkeää, että johto sitoutuu yhteistyön edistämiseen sekä rakentaa yhteiset toimintatavat, jotta kaikki ei ole vain työntekijöiden varassa. (Hujala ym., 2019, s. 592–598.)

Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) mainitaan monialainen yhteistyö. Tarkoituksena on varmistaa, että asiakas saa tarpeisiinsa nähden tarkoituksenmukaiset palvelut. Laissa määritellään, että vastaavan sosiaalihuollon viranomaisen tulee huolehtia, että asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin nähden on käytettävissä riittävää asiantuntemusta sekä tukitoimia ja palveluja. Työntekijällä on näin ollen velvollisuus olla tarpeen mukaan yhteydessä niin asiakkaan läheisiin kuin eri yhteistyötahoihin. Laissa on myös määritelty monialaisen yhteistyön kirjaamisesta.

Mönkkösen ja Kekonin (2020, s. 217–218) mukaan tällä tarkoitetaan nimenomaan monialaista ja moniammatillista yhteistyötä. Lisäksi sosiaalihuollon asiakaslaissa (812/2000) on kirjattu ammattihenkilöiden velvollisuudesta antaa välttämättömiä tietoja sosiaalihuollon viranomaiselle. Myös terveydenhuoltolaissa

(1326/2010) mainitaan moniammatillisuus ja velvollisuus toteuttaa yhteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Päihde- ja mielenterveystyössä on myös velvollisuus suunnitella ja toteuttaa palveluita yhteistyössä muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Näin ollen sekä sosiaali- että terveydenhuollossa on lakisääteinen velvollisuus monialaiseen toimintaan mm. palveluntarvetta arvioitaessa ja palveluita toteutettaessa sekä myös kirjaamiseen liittyen. (Lehmuskoski ym., 2021, s. 11, 14, 39.)

Moniammatillinen yhteistyö on sosiaali- ja terveysalalla niin kutsuttu sateenvarjokäsité ja sillä voidaan tarkoittaa monenlaisia asioita. Moniammatillinen yhteistyö voidaan katsoa toiminnaksi, jossa asiakkaan tilanne otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon ja, jossa hyödynnetään eri ammattilaisten tietoja ja taitoja. Yhteisessä vuorovaikutusprosessissa määritellään asiakkaan tilanne ja vaadittavat tavoitteet ja toimenpiteet. (Isoherranen, 2012, s. 19, 22.)

Monialaisuus määrittyy yhteistyönä eri ammattilaisten kanssa. Se on työtapa, jossa kehitytään omaksumalla muiden yhteistyökumppaneiden toimintatavoista. Monialaisuus tarvitsee toteutuakseen ajattelutavan muutosta ja irrottautumista vanhoista toimintamalleista. Eri ammattilaisten on yhteistyön onnistumiseksi toimittava jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Monialaisuus vaatii toteutuakseen myös luottamusta toimijoiden kesken ja tämä vie aikaa. (Tiilikka, 2016, s. 100-101; D'Amour & Oandasan, 2005, s. 9)

Monialaisesta yhteistyöstä ei ole olemassa varsinaista määritelmää siltä osin, kuinka montaa palvelua tai toimialaa sen tulee pitää sisällään, kuitenkin tuolloin yhteistyötä tekevät useamman kuin yhden toimialan tai palveluryhmän tuottajat yhdessä. (Koivisto & Tiirinki, 2020, s. 12.) Monialainen yhteistyö on kuitenkin toimintaa, jossa erilaisista ammatillisesta taustasta tulevat ammattilaiset työskentelevät yli organisaatio- ja sektorirajojen. (Morgan ym., 2015, s. 1218)

Alahuhta ja Niemelä (2017, s. 7) toteavat, että eri toimijoiden yhteistyöllä hyödynnetään mahdollisimman tehokkaasti saatavilla olevat resurssit. Yhteistyön edellytys on kuitenkin asiakkaan palveluiden suunnittelu ja koordinointi. Moniammatillinen yhteistyö on kuitenkin haastavaa muun muassa vanhojen rakenteiden ja

yhteistyön toimintatapojen ja ammatillisten roolien takia. Yhteistyö on kuitenkin asiakkaiden yhä enemmän moninaistuvien ongelmien takia erittäin tärkeää.

Organisaatiotasolla yleisimpiä monialaista yhteistyötä mahdollistavia rakenteita ovat moniammatilliset tiimit sekä eri tahojen yhteyksiä koordinoivat palveluohjaajat ja asiakas- tai palvelusuunnitelmat. Myös toisenlaisten asiantuntijoiden sisällyttäminen ns. perusammattilaisten joukkoon on rakenne, joka tukee moniammatillista- ja alaista yhteistyötä. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi sosiaalialan työntekijän työskentelyä sairaalan osastolla. (Hujala ym. 2020, s. 135–136; Laulainen ym., 2020, s. 156.) Myös esimerkiksi Helsingin kaupungilla päihdepoliklinikoilla työskentelee useita eri ammattilaisia, esimerkiksi aikuissosiaalityöntekijöitä, psykologeja ja toimintaterapeutteja.

Monialaisuus ja moniammatillisuus näyttäytyvät käsitteinä, joita käytetään rinnakkain välillä kuvaamaan hieman samaa toimintaa. Monialaisuudella tarkoitetaan kuitenkin enemmän eri sektorirajat ylittävää toimintaa ja moniammatillisuudella ammattirajat ylittävää toimintaa. Käsitteet ovat kuitenkin hyvin kietoutuneita toisiinsa. Moniammatillisuuden ja monialaisuuden ollessa lähikäsitteitä, joissa molemmissa on kysymys yhteistyön tekemisestä eri ammattilaisten välillä, tarkastelemme tässä opinnäytetyössä sekä monialaista että moniammatillista yhteistyötä. Päihdepoliklinikalla työskentelee eri ammattiryhmien edustajia (moniammatillisuus), ja päihdepoliklinikat ovat myös osa terveys- ja hyvinvointikeskusta (monialaisuus). Näin ollen molempien yhteistyön tapojen tarkastelu on tarpeen monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden asiakasprosessissa.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyössämme tarkoituksena on tutkia monialaisen- ja ammatillisen yhteistyön toteutumista korvaushoidossa olevien huolenpitoasiakkaiden asiakasprosessissa. Pyrimme selvittämään tätä analysoimalla asiakkaista tehtyjä kirjauksia TerveysEfficapotilastietojärjestelmässä.

Päätutkimuskysymyksemme on

- Minkälaisena monialainen ja -ammatillinen työ näyttäytyy korvaushoidossa olevien huolenpitoasiakkaiden päihdepoliklinikan käyttämään tietojärjestelmään tehdyissä kirjauksissa?

Tarkastelemme aineistoa myös seuraavien alakysymysten kautta.

- Miten suunnitelmissa on huomioitu asiakkaan elämäntilanne ja monialainen palvelun tarve?
- Millä eri tavoin monialaista yhteistyötä tehdään kirjausten perusteella?
- Miten asiakassuunnitelma ohjaa monialaiseen yhteistyöhön?
- Millainen on korvaushoitoasiakkaiden tueksi rakentuva monialainen yhteistyöverkosto?
- Tehdäänkö monialaista yhteistyötä läheisten kanssa kirjausten perusteella?

Olemme molemmat työskennelleet päihdetyössä ja korvaushoitoasiakkaiden kanssa. Oman työn kautta on herännyt kiinnostus tarkastella monialaisen- ja ammatillisen työn toteutumista nimenomaan niiden asiakkaiden kohdalla, joilla on erityisen paljon palvelujen tarvetta, ja jotka hyötyvät monialaisesta ja -ammatillisesta työskentelystä. (Hujala ym., 2020, s.132; Lammintakanen ym., 2016, s. 10.) Halusimme myös ottaa tarkasteluun omaisten kanssa tehtävän työskentelyn sen



ollessa myös lainsäädäntöön kirjattu velvollisuus. (Sosiaalihuoltolaki L 1301/2014.)

#### 4 PALJON PALVELUJA TARVITSEVIEN ASIAKKAIDEN YDINPROSESSI HELSINGIN TERVEYS- JA HYVINVOINTIKESKUSTOIMINTAMALLISSA

Helsingin sosiaali- ja terveystalvveluissa on käytössä terveys- ja hyvinvointikeskuksia sekä perhekeskuksia. Terveys- ja hyvinvointikeskusten ajatuksena on tarjota asiakkaille samasta rakennuksesta usean eri ammattilaisen ja yksikön palveluja. THK-toimintamallissa pyritään tuottamaan ammattilaisten yhteistyöllä ja yhteisellä toiminnalla asiakkaalle oikea-aikaisia ja joustavia palveluja. Tätä tukemaan on Helsingissä otettu käyttöön kaksi ydinprosessia asiakkaiden paremman ja joustavamman palvelun saamiseksi, satunnaisen palvelutarpeen ydinprosessi sekä paljon palveluja tarvitsevien ydinprosessi (ppt-prosessi). Molempien ydinprosessien tavoitteena on varmistaa kaikkien palvelujen panos terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi, palvelujen oikea kohdentaminen ja palvelujen tuottaminen toimialan tavoitteiden mukaisesti. (Helsingin kaupunki, 2022b; Helsingin kaupunki, i-a.)

Jotta asiakkaat saisivat oikean ydinprosessin mukaista palvelua, asiakkuudet segmentoidaan. Asiakkaiden eri segmentit ovat (vähemmän tukea tarvitsevasta eniten tukea tarvitsevaan): pärjääjäasiakkaat, tukiasiakkaat, yhteistyöasiakkaat ja huolenpitoasiakkaat. Kaksi viimeistä segmenttiä ovat paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita eli heihin sovelletaan paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden ydinprosessia. Huolenpitoasiakkaat eroavat yhteistyöasiakkaista siinä, että arjessa pärjääminen on huolenpitoasiakkaille vaikeaa. Yhteistyöasiakkailla voi olla paljonkin tuen ja palveluiden tarvetta, mutta he pärjäävät arjessaan ja palvelujärjestelmässä paremmin kuin huolenpitoasiakkaat. Huolenpitoasiakkailla on poikkeuksetta myös suurta palveluiden tarvetta, ja he tarvitsevat laaja-alaisempaa ja

monialaisempaa tukea elämäänsä. Päihdepalvelujen asiakkaat kuuluvat lähtökohtaisesti lähes kaikki paljon palveluja tarvitseviin asiakkaisiin. (Helsingin kaupunki, 2022b.)

Opinnäytetyössä tutkimme yhden Helsingin kaupungin päihdepoliklinikan korvaushoidossa olevien asiakkaiden monialaisen yhteistyön toteutumista päivittäisen hoitotyön kirjausten ja hoitosuunnitelmien perusteella. Heidän palveluntarpeensa edellyttää monialaista tukea ja haluamme opinnäytetyössämme selvittää, miten monialainen ja -ammattillinen tuki asiakkaiden kirjauksissa näkyy.

Aineistona olevat kirjat ovat huolenpitoasiakkaiksi segmentoitujen asiakkaiden kirjauksia. Kyseisellä päihdepoliklinikalla on aloitettu paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden pilottiprojekti loppuvuodesta 2018. Valitettavasti tarkempaa tietoa projektin sisällöstä ei ollut saatavilla, mutta yhden PowerPoint-diasarjan perusteella (Helsingin kaupunki, 2018) tarkoituksena on ollut eri keinoin kehittää asiakkaan saamaa palvelua.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Laadullinen tutkimus

Vilkan (2021, s. 118) mukaan laadullinen tutkimusmenetelmä tarkastelee merkityksiä. Merkitykset ilmenevät suhteina ja merkityskokonaisuuksina. Merkityskokonaisuudet ilmenevät ihmisen toiminnassa kuten puheessa, ajatuksina ja yhteiskunnan rakenteina. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena onkin löytää ihmisen omat kuvaukset omasta koetusta todellisuudestaan. Nämä kuvaukset ovat ihmiselle itselleen merkityksellisiä ja näitä laadullisella tutkimusmenetelmällä pyritään tavoittamaan. Tuomi ja Sarajärvi (2013, s. 85) toteavat, että laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään toimintaa ja antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle.

Laadullisella tutkimusotteella ei ole tarkoitus löytää yhtä ja oikeaa totuutta eikä pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Sen sijaan tavoitteena on päästä kiinni sellaiseen ihmisen toimintaan, joka ei suoraan ole havainnoitavissa. Näistä tehdään tulkintoja ja johtopäätöksiä. Laadullisessa tutkimuksessa ei myöskään ole tarkoituksenmukaista pyrkiä suureen aineiston määrään. Olennaista on enemmänkin aineistosta tehtyjen tulkintojen laatu ja perusteellisuus. (Vilkkä 2021, s. 120, 150; Tuomi & Sarajärvi 2013, s. 85; Eskola & Suoranta, 2014, s. 18.)

Opinnäytetyössämme keskitymmekin tarkastelemaan rajattua aineistoa, 8 asiakkaan päivittäisen hoitotyön kirjauksia ja hoitosuunnitelmia. Tavoitteena oli saada näkyville monialainen ja -ammattillinen työ, mutta myös kiinnittää huomiota hoitosuunnitelmien sisältöön ja tätä kautta päästä ”kurkistamaan” monialaisen ja -ammattillisen työn näkyvyyteen kirjauksissa ja ehkä sen toteutumiseen asiakkaan asiakasprosessissa. Olimme tietoisia, että kirjaukset eivät kerro koko totuutta, mutta kirjausten avulla olisi mahdollista päästä osaltaan käsiksi työntekijöiden todellisuuteen monialaisuuteen ja -ammattillisuuteen liittyviin toimintatapoihin.

## 5.2 Tutkimuksen asiakasryhmän valinta

Opinnäytetyön kohderyhmäksi valitsimme yhden Helsingin kaupungin päihdepoliklinikan korvaushoidossa olevat huolenpitoasiakkaat. Halusimme, että kyseinen päihdepoliklinikka toimisi Helsingin kaupungin terveys- ja hyvinvointikeskuksessa, jossa monialaiselle ja -ammattilliselle yhteistyölle on hyvät edellytykset monien toimijoiden toimiessa samassa rakennuksessa. Valitsimme myös huolenpitoasiakkaat kohderyhmäksi, koska huolenpitoasiakkailla on eniten palvelujen tarvetta. Olemme molemmat töissä Helsingin kaupungin päihdepalveluissa, ja molemmilla on kiinnostusta nimenomaan tutkia Helsingin kaupungin päihdepalvelujen toimivuutta ja päihdepalvelujen asiakkaiden saamia palveluita ja hoitoa. Toinen meistä on toiminut Helsingin kaupungin ppt-prosessissa ammattilaisverkostossa, ja ppt-prosessi on tullut tutuksi molemmille työn kautta. Halusimmekin selvittää, miten ppt-prosessi on näyttäytynyt päihdepalvelujen asiakkaiden kirjauksissa monialaisesta ja -ammattillisesta näkökulmasta, joka on opintojemme keskeisiä käsitteitä.

Alun perin opinnäytetyön aihetta valitessa ajattelimme tarkastelevamme monialaista yhteistyötä ennen ja jälkeen ppt-prosessia. Päätimme, että otamme tarkasteluun TerveysEfficapotilastietojärjestelmässä olleet asiakkaiden hoitosuunnitelmat sekä päivittäiset hoitotyön kirjaukset. Helsingin kaupungin päihdepalveluissa otettiin käyttöön uusi Apotti-asiakastietojärjestelmä 24.4.2021. Koska uusi asiakastietojärjestelmä oli ollut käytössä vasta vajaan vuoden, päätimme tarkastella kirjauksia vanhassa TerveysEfficapotilastietojärjestelmässä. Uuden asiakastietojärjestelmän käyttöönotto oli vasta alussa, ja tämän takia kirjaamiskäytännöt uuteen järjestelmään saattaisivat vaihdella suuresti vaikuttaen tutkimustuloksiin.

Lähtisimme liikkeelle hoitosuunnitelmasta, jossa tulisi määritellä asiakkaan tilanne ja palveluiden tarve. Päivittäisistä hoitotyön kirjauksista seuraisimme prosessin etenemistä.

Tämän takia pohdimme sekä yhdessä että Helsingin kaupungin päihdepalvelujen edustajan kanssa, miten valikoida asiakkaista kohderyhmä. Pohdimme miltä aikaväliltä ottaisimme asiakkaiden kirjauksia ja päädyimme ppt-prosessin olevan ennen vuotta 2020 ja jälkeen olevan vuoden 2020 alkaen. Päädyimme näin ollen siihen, että etsisimme asiakkaita vuosilta 2018–2019 mikä olisi aikaväli ennen ppt-prosessia ja 2020–2021, joka olisi ppt-prosessin jälkeen. Helsingin kaupungilla otettiin käyttöön huhtikuussa 2021 uusi asiakastietojärjestelmä Apotti ja päätimme, että rajaamme siksi jälkeen määrittelyn päättymään asiakastietojärjestelmän vaihtumiseen.

Pohdimme, miten voisimme varmistua siitä, että asiakkaiden tilanteet olisivat suurin piirtein samanlaisia sekä ennen että jälkeen ppt-prosessin, jotta voisimme luotettavasti vertailla monialaista yhteistyötä ennen ja jälkeen ppt-prosessin. Vertailu ei olisi luotettava, jos esimerkiksi asiakkaan tilanne olisi oleellisesti muuttunut vuodesta 2018 vuoteen 2021.

Päädyimme tässä pohdinnassa siihen, että valikoimme asiakkaat siten, että tietojärjestelmästä haetaan ne asiakkaat, jotka ovat ohjautuneet sosiaalityöstä päih-

depalveluihin. Lisäksi hakukriteerinä oli asiakkaan kuuluminen huolenpitoasiakkaiden segmenttiin. Tällä tavalla saimme 8 asiakasta. Olimme opinnäytetyöseminaarissa opinnäytetyöohjaajien kanssa keskustelleet 8 asiakkaan aineiston olevan riittävä määrä.

Aloimme käydä läpi näiden 8 asiakkaan kirjauksia asiakastietojärjestelmästä. Tässä vaiheessa kirjauksia lukiessa alkoi käydä selväksi, että hoitosuunnitelmien osalta aineisto jäisi liian suppeaksi. Koimme, että emme saisi monialaisesta yhteistyöstä kattavaa kuvaa näiden asiakkaiden aineistolla emmekä pystyisi vastaamaan tutkimuskysymyksiimme tällä aineistolla. Asiakkaiden joukossa oli myös kaksi asiakasta, jotka tunsimme työmme kautta. Nämä asiakkaat olisi siis jätettävä tutkimuseettisistä syistä pois analyysistä. Näin ollen aineisto jäi liian vähäiseksi.

Keskustelimme, miten toimisimme tässä tilanteessa ja keskustelujen perusteella päädyimme lopulta siihen, että jätämme asiakkaiden hakukriteereistä pois sosiaalityön ohjauksen päihdepalveluihin. Näin ollen pyysimme Helsingin kaupungilta uutta hakua asiakkaista, tällä kertaa hakukriteerinä oli vain huolenpitoasiakkuus yhdellä päihdepoliklinikalla vuosina 2018–2021. Saimme 21 asiakkaan tiedot, joista valitsimme 8 asiakasta opinnäytetyömme kohdejoukoksi. Valitsimme asiakkaat arpomalla 21 asiakkaan joukosta. Tässä vaiheessa olimme vielä ajatelleet, että teemme vertailua ennen ja jälkeen ppt-prosessia eli kuten suunnittelimme jo aikaisemmin 8 asiakkaan kohdalla.

Tiedonhaun ja ppt-prosessiin liittyvien selvittelyjen perusteella kävi kuitenkin selväksi, että kyseisellä terveys- ja hyvinvointikeskuksella oli perustamisestaan vuodesta 2018 lähtien ollut paljon palveluja tarvitseville asiakkaille liittyvää toimintatapaa. Tämä oli tietojemme mukaan enemmän terveysasemalta lähtöisin ollutta toimintaa. Terveysasemalla oli kehitetty ppt-tiimi, joka palveli ppt-asiakkaiksi segmentoituja asiakkaita.

Näin ollen alkoi näyttää haastavalta määritellä, milloin varsinaisesti tällä kyseisellä päihdepoliklinikalla oli otettu käyttöön ppt-prosessi. Tiesimme, että kyseisellä päihdepoliklinikalla olikin ollut jotakin ppt-työhön liittyvää kehittämistä jo

vuonna 2018, mutta emme valitettavasti saaneet tietää tarkemmin tämän kehittämisen sisällöstä. Ottaen huomioon tietomme sekä päihdepoliklinikalla tehdystä ppt-työhön liittyvästä kehittämistyöstä, että koko terveys- ja hyvinvointikeskuksen sisällä olleesta ppt-työstä, päätimme, että tutkimme aineistosta monialaisuuteen ja moniammatillisuuteen liittyvää kehitystä vuosilta 2018–2021. Sosiaalityön hakukriteerin jäädessä pois, emme voisi varmuudella tietää olisivatko asiakkaiden elämäntilanteet pysyneet jotensakin samana hoidon alussa ja nyt tarkasteltavana ajanjaksona. Päätimme jättää vertailun ennen ja jälkeen ppt-prosessin pois, koska koimme, että emme voisi luotettavasti määritellä tarkkoja aikarajoja emmekä näin ollen voisi luotettavasti kuvata prosessia ennen ja jälkeen ppt-prosessin. Tutkimuskysymykset näin ollen hieman muuttuivat, mutta monialaisen yhteistyön tutkiminen jäi edelleen tärkeimmäksi tutkimuskysymykseksi. Tässä vaiheessa päätimme myös sisällyttää monialaisen yhteistyön lisäksi tarkastelun moniammatilliseen yhteistyöhön. Päihdepoliklinikoilla työskentelee useita eri ammattiryhmiä, joten moniammatillisuuden toteutumisen tutkiminen kirjausten perusteella tuntui perustellulta ratkaisulta.

Aineistoa lukiessa olimme kiinnittäneet huomiota jo aikaisemmin hoitosuunnitelmiin. Hoitosuunnitelmat vaikuttivat olevan suppeita ja jouduimme pohtimaan, miten voimme päätellä monialaisen yhteistyön toteutumista, jos emme tiedä asiakkaan palvelun tarpeesta suppeiden hoitosuunnitelmien vuoksi. Kiinnostuimme hoitosuunnitelmista tämän myötä enemmän ja päätimme tarkastella hoitosuunnitelmia monialaisen ja -ammatillisen yhteistyön näkökulmasta, mutta myös miten hoitosuunnitelmat näyttävät vastaavan korvaushoidon hoitosuunnitelmille asetettuja sisällöllisiä tavoitteita. Hoitosuunnitelman ollessa yksi tärkeä työkalu asiakkaan hoidossa, koimme tärkeäksi ottaa tarkasteluun hoitosuunnitelmat myös tästä näkökulmasta.

Ensimmäisessä opinnäytetyöseminaarissa syksyllä 2022 keskustelimme aineistostamme ja tehdystä analyysistä, jonka koimme olevan hieman suppea. Opin- näytetyöohjaajamme ehdotti, että keskustelisimme korvaushoidon hoitajien kanssa monialaisen ja -ammatillisen yhteistyön toteutumisesta tällä hetkellä. Teimmekin näin ja kävimme teams-yhteyden kautta noin tunnin pituisen keskustelun 15.9.2022. Keskustelun teemana olivat hoitajien näkemykset monialaisen-

ja ammatillisen yhteistyön toteutumisesta tällä hetkellä. Keskustelu oli vapaata eikä meillä ollut ennalta sovittuja kysymyksiä. Keskustelua ei nauhoitettu, mutta teimme keskustelusta muistiinpanoja, joita on käytetty opinnäytetyön yhteenveto- ja pohdintakappaleissa. Hoitajien näkemykset syvensivät aineistosta esiin nousseita teemoja ja saimme arvokasta tietoa pohdintamme tueksi.

### 5.3 Tutkimusaineiston kerääminen analysointi

Aineiston analyysin tarkoitus on selkeyttämällä aineistoa tuoda uutta tietoa. Aineisto on siis tarkoitus tiivistää selkeäksi kokonaisuudeksi. Aineiston analyysin tukena voi käyttää teemakortistoa, jossa aineistosta poimitaan jokaiseen teemaan sopivat tekstikohdat. Laadullista aineistoa voi myös kvantifioida eli esimerkiksi laskea kuinka monta kertaa jokin asia ilmenee tekstissä ja luokitella niitä eri luokkiin. Kvantifioinnin lisäksi nostetaan esiin tutkimusongelmaa kuvaavia teemoja. Teemoittelussa aineisto pilkkotaan ja ryhmitellään ja niistä aletaan etsiä teemoja. (Eskola & Suoranta, 2014, s. 135, 154–155, 165–166, 175; Tuomi & Sarajärvi, 2013, s. 93.)

Teemoittelussa painotetaan sitä mitä mistäkin teemasta sanotaan. Tarkoituksena on pilkkoa ja ryhmitellä aineistoa erilaisten aiheiden perusteella. Tällä tavalla on mahdollista vertailla näiden aiheiden esiintymistä aineistossa. Aineistosta etsitään teemoja eli aiheita, jotka kuvaavat tiettyä teemaa. (Tuomi & Sarajärvi, 2013, s. 93.)

Teimme aineiston analyysin aineistolähtöisesti. Tietojärjestelmästä haettiin 21 asiakasta, joille annettiin koodinumerot A1-A21. Näistä asiakkaista arvottiin 8 asiakasta, joiden kirjaukset analysoitaisiin. Kopioimme kahdeksan asiakkaan aineiston, eli PÄISU-välilehdellä olleet päivittäisen hoitotyön kirjaukset ja HOI-välilehdellä olleet hoitosuunnitelmat aikavälillä 1.1.2018-21.4.2021 ilman tunnistetietoja Word-tiedostoon. Aloitimme lukemalla aineiston pääpiirteittäin. Erityisesti HOI-välilehdellä olleita päivittäisen hoitotyön kirjauksia oli sivuina mitattuna useita kymmeniä, toisilla jopa yli sata. Kirjausten määrää lisäsi se, että asiakkai-

sen päivittäiset lääkityskäynnit kirjattiin juuri päivittäisen hoitotyön kirjauksiin. Hoitotyön kirjauksista aloitimme etsimään mainintoja monialaisesta yhteistyöstä. Etsimme aineistosta kohtia, jossa mainittiin jokin yhteistyökumppani ja heidän kanssaan työskentely. Eri yhteistyökumppanit koodattiin eri väreillä ja nämä kirjausten sitaattit lisättiin taulukkoon aina kunkin yhteistyökumppanin kohdalle. Tämä tehtiin jokaisen asiakkaan kohdalla samalla tavalla. Näin saimme taulukon, jossa olivat merkitty kaikki yhteistyökumppanit ja kuinka monta kertaa yhteistyötä oli tehty kunkin yhteistyökumppanin kanssa. (LIITE 1). Lisäksi selvitimme, miten yhteistyötä oli tehty.

Hoitosuunnitelmien analysoinnin teki haasteelliseksi niiden suppeus. Monissa suunnitelmissa oli vain joko muutamia ranskalaisilla viivoilla kirjoitettuja rivejä tai lauseita. PÄISU-välilehdellä olleita hoitosuunnitelmia lähdimme analysoimaan lukemalla ne ensin läpi. Tässä vaiheessa etsimme hoitosuunnitelmista mainintoja ja sitaatteja eri aihealueista, joita suunnitelmiin oli kirjattu. Näistä aihealueista muodostimme teemat. Esimerkiksi hoitosuunnitelmassa saattoi lukea ”Potilaan halutessa tehdään lähete katkole ja kuntoutukseen”. Tämän sitaatin sijoitimme teeman päihdevieroitus- ja kuntoutus alle. Teemoista tehtiin taulukko, johon värikoodeilla kirjauksien sitaattit lisättiin. Näin saimme taulukon, jossa olivat edustettuina kaikki ne aihealueet, joita hoitosuunnitelmissa oli mainittu. (LIITE 2). Teimme näin ollen aineiston analyysin teemoittelun ja osin kvantifioinnin avulla.

#### 5.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK (2019) on tehnyt ohjeen ihmiseen kohdistuvaan tutkimuksen eettisistä periaatteista ja eettisestä ennakoarvioinnista. Ohjeeseen ovat sitoutuneet lähes kaikki ammattikorkeakoulut, yliopistot sekä tutkimuslaitokset. Ohjetta sovelletaan kaikkeen ihmiseen kohdistuvaan tai ihmistieteiden tutkimusmenetelmiä käyttävään tieteelliseen tutkimukseen. Ohjetta tulee myös noudattaa ihmistieteellisen eettistä ennakoarviointia tehtäessä. Eettinen ennakoarviointi on suunnattu käytettäväksi silloin, kun siitä ei erikseen ole säädetty laissa, joka koskee lääketieteellistä tutkimusta. (TENK, 2019, s. 6–7.)



Tutkijaa ohjaavat yleiset periaatteet kaikilla tieteenaloilla. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta, sillä perustuslaki määrittää kaikille kuuluvat oikeudet, joihin kuuluu muun muassa henkilökohmainen vapaus, koskemattomuus ja oikeus yksityisyyteen. Tutkijan tulee myös kunnioittaa luonnon monimuotoisuutta ja kulttuuriperintöä, jolla tarkoitetaan sitä, että alkuperäiskansalla ja muilla ryhmillä on oikeus ylläpitää omaa kulttuuriaan ja kieltään. Tutkijan tulee myös toteuttaa tutkimus niin ettei siitä seuraa tutkittaville merkittävää riskiä, vahinkoa tai haittaa. (TENK, 2019, s. 9.)

Tutkimusta, joka sisältää henkilötietoja ohjaa keskeiset periaatteet, joita ovat suunnitelmallisuus, vastuullisuus ja lainmukaisuus. Jo tutkimusta suunniteltaessa tulee ottaa huomioon riskit tutkimusaineiston käsittelyyn ja tutkittaviin henkilöihin liittyen. Tutkijoiden tulee noudattaa lainsäädäntöä ja sen lisäksi oman organisaation voimassa olevia tietosuojaohjeita. Selkeä dokumentointi ja perustelu henkilötietoihin liittyen on tärkeää, jo siksi että päätösten tulee olla tarkistettavissa jälkikäteen. Voidaan todeta, että tutkimus sisältää henkilötietoja, jos tutkimuksesta voidaan tunnistaa henkilö suorasti tai epäsuorasti. Tutkijan tulee määrittää millä keinoin ja mihin tarkoitukseen hän aikoo henkilötietoja käsitellä ja huolehtii ettei henkilötietoja kerätä turhaan. Henkilötietojen käsittely tarkoittaa esimerkiksi henkilötietoja sisältävän tutkimusaineiston keräämistä, käyttämistä ja muokkaamista. (TENK, 2019, s. 13.)

Halusimme tehdä tutkimuksen Helsingin päihdepalveluihin, joissa molemmat tutkimuksen tekijät työskentelevät, mutta halusimme ottaa tutkittavaksi yksikön, jossa kumpikaan ei työskentele. Näin pystyimme varmistamaan, että pysymme tutkijoina sitoutumattomina, ilman voimakkaita mielipiteitä tai tunteita (Kuula, 2011, s. 155). Halusimme myös välttää omat holistiset harhaluulomme ja virhepäätelmät ja haimme omille tuloksillemme ja pohdinnallemme vielä varmistusta haastatteleamalla kyseisen poliklinikan työntekijöitä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, s. 197).

Koska keräsimme aineiston Helsingin kaupungin päihdepalveluiden korvaushoitopoliklinikan kirjauksista, henkilötietojen käsittelyä varten haimme tutkimusluvan

Helsingin kaupungilta. Hakemuksella saimme erilliset tunnukset ja pääsyn potilastietojärjestelmään. Keräsimme aineiston TerveysEfficapotilastietojärjestelmästä ja olimme rajanneet jo kerättävät kirjaukset HOI ja PÄISU kirjauksiin. Meillä oli tietty määrä asiakkaita, jotka sopivat valintakriteereihimme ja näistä valitsimme arpomalla 8 asiakasta. Näiden kahdeksan asiakkaan kirjaukset siirsimme Word-tiedostoon ja tässä kohtaa poistimme kaikki asiakkaiden tunnistetiedot, poistimme myös kirjaajien sekä muiden ammattihenkilöiden nimet kirjauksista ja jätimme pelkät ammattinimikkeet. Asiakkaat numeroimme tunnistenumeroilla, jotta pystyimme varmistamaan täydellisen anonymiteetin. Näin varmistimme myös, ettei yksittäisistä aineistolainauksista tai niitä yhdistelemällä voi tunnistaa asiakasta. Aineistolainauksista poistettiin myös mahdollisia tunnistetietoja, kuten paikkakuntia tai asumisyksikön nimi. Tietoja käsittelivät ja säilyttivät vain opinnäytetyön tekijät, joten myös näin varmistimme, etteivät tiedot joudu ulkopuolisten käsiin. Työn valmistumisen jälkeen kerätty aineisto tuhoaan hävittämällä se tietosuojajätteeseen ja deletoimalla tiedostot.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Hoitosuunnitelmat

Opioidikorvaushoidon käytännön oppaassa todetaan, että hoitosuunnitelma pitäisi päivittää asiakkaan tilanteen tarpeen mukaan, kuitenkin vähintään puolivuositain. Hoitosuunnitelmassa tulisi olla kirjoitettuna lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet, hoitomuodon valinta, somaattiset ja psykiatriset sairaudet, päihteiden käytön tilanne sekä sosiaalinen tilanne. Hoitosuunnitelmassa yleistavoitteina voidaan pitää päihteettömyyden sekä elämänlaadun vahvistumista. Psykososiaalisen hoidon suunnitelma on osa hoitosuunnitelmaa. Tavoitteita tulisi seurata ja yhdessä potilaan kanssa miettiä tavoitteiden toteutumista. (Halme 2020.) Helsingin kaupungin päihdepalveluissa Korvaushoidon malli - työryhmä on tehnyt toimisorientaatioon perustuvan esityksen korvaushoidon mallista. Mallissa hoitosuunnitelmasta on todettu, että se tulisi tehdä vähintään puolivuositain hoidon

alkuvaiheessa ja vuosittain toipumisen edistyessä. Mallissa ei oteta kantaa hoitosuunnitelman sisältöön. Mallissa on viitattu esimerkkiin hoitosuunnitelmasta, mutta tätä ei valitettavasti ollut materiaaleista löydettävissä. Mallissa on kuitenkin mainittu hoitosuunnitelman teosta moniammatillisesti. Mallissa myös mainitaan potilaan elämäntilanteen huomioiminen kokonaisvaltaisesti, esimerkiksi sosiaaliset elämäntilannetekijät. (Jaakkola ym., i.a.)

Tarkastelimme asiakkaiden PÄISU-välilehdelle kirjoitettuja hoitosuunnitelmia. HavaitSIMME, että kyseistä PÄISU-välilehteä käytettiin myös muuhun, kuin hoitosuunnitelmien kirjaamiseen. TerveysEfficassa kirjoitetaan ennen kirjauksen aloittamista koodi, joka kuvaa tapahtunutta kontaktia. Esimerkiksi koodilla ”Tieto” oli kirjattu, että asiakasta pyydetty palauttamaan metadon-pullot klinikalle tai kirjoitettu kommentti liittyen linjaukseen korvaushoitolääkkeen kotiannosten antamisesta asiakkaalle. Näitä kirjauksia emme ottaneet analyysiin mukaan. PÄISU-välilehdelle oli joitakin kirjauksia ”Käynti”-koodilla. Nämä olivat pääasiassa verkostojen kirjauksia ja nämä otimme mukaan analyysiin, vaikka koodi ei viitannutkaan suoraan suunnitelmaan. Pääsääntöisesti PÄISU-välilehdelle oli kuitenkin kirjattu koodilla ”Hoito- ja kuntoutussuunnitelma” tai ”Suunnitelma”. Nämä otettiin analyysiin mukaan, siinäkin tapauksessa, että kyseinen kirjaus oli vain muutaman lauseen mittainen.

### 6.1.1 Hoitosuunnitelmien kirjaamisen käytännöt

Hoitosuunnitelmien kirjaamisen säännöllisyydessä näytti aineiston perusteella olevan vaihtelevuutta. Asiakkaalla saattoi olla hoitosuunnitelmia muutaman kuukauden väleinkin, mutta ajoittain väliä saattoi olla vuosikin. Jollakin asiakkaalla kuten A4, hoitosuunnitelma oli tehty 22.12.2020 ja seuraava kirjaus oli 12.2.2021, jossa todetaan, että joulukuussa tehty hoitosuunnitelma on voimassa. Kyseisellä asiakkaalla oli myös pitkiä välejä hoitosuunnitelmissa, esimerkiksi vuonna 2019 hoitosuunnitelma oli tehty 12.8.2019 ja seuraava hoitosuunnitelma oli kirjattu 22.12.2020.

Yhden asiakkaan, A2, kohdalla oli kerran kirjattu, että asiakas halunnut päivittää hoitosuunnitelma vasta lääkevaihdon jälkeen. Asiakkaalle oli siis tarjottu mahdollisuutta päivittää suunnitelmaa, mutta asiakkaasta johtuvista syistä hoitosuunnitelmaa ei ollut päivitetty. Tässä vaiheessa asiakkaan edellisestä hoitosuunnitelmasta oli ehtinyt jo kulua kirjauksen tehneen työntekijän mukaan puolitoista vuotta, mutta asiakkaalle oli tehty edellinen suunnitelma noin vuosi aiemmin.

Asiakkaalle A20 hoitosuunnitelman kirjauksia oli lukumääräisesti paljon. Ensimmäisessä vuoden 2018 hoitosuunnitelmassa asiakkaan kanssa oli sovittu säännöllisestä pistojälkien tarkastuksesta. Pistojälkien tarkastuksia oli kirjattu hoitosuunnitelmiksi useita. Näissä kirjauksissa otettiin myös lyhyesti kantaa miten pistojälkien tarkastus vaikuttaa asiakkaan käyntipäiviin.

Hoitosuunnitelmien kirjaaminen näyttäytyy aineiston perusteella olevan vaihtelevin välein tapahtuvaa ja epä johdonmukaista. Joillakin asiakkailla hoitosuunnitelmiksi kirjatut kirjaukset olivat säännöllisiä, joillakin niiden välissä oli jopa puolitoista vuotta.

### 6.1.2 Hoitosuunnitelmien sisältö

Analysoimme hoitosuunnitelmien sisältöä etsimällä hoitosuunnitelmasta eri teemoja, joista hoitosuunnitelmiin oli kirjoitettu. Analyysin perusteella eniten hoitosuunnitelmissa kirjoitettiin asiakkaiden päihteiden käyttöön liittyvistä asioista sekä korvaushoidon sujumiseen ja korvaushoittoon liittyviin linjauksiin, kuten kotiannoksiin liittyviä kirjauksia. Tämä ei ole yllättävää, koska asiakkaat ovat päihdehoidossa ja korvaushoittoon liittyvät kysymykset päihteiden käytöstä ja sen vaikutuksesta esimerkiksi seulojen ottamiseen, lääkevalintaan ja sen annokseen sekä kotiannosten määrään ovat oleellisia asioita korvaushoidossa. Kaikilla asiakkailla oli jossakin hoitosuunnitelmassa maininta päihteiden käytöstä. Lisäksi jokaisella asiakkaalla oli useammassa hoitosuunnitelmassa mainittu korvaushoidon sujumiseen, kotiannoksiin, välipäiviin tai korvaushoitolääkkeeseen liittyviä asioita.

A7 Oheiskäyttönä olutta 2-4 annosta, ei päivittäin ja kannabista  
 A13 Tavattu lääkäri kanssa tänään, saa kaksi kotiannosta viikossa.  
 Metadon annos nyt 40 mg/vrk ja pidetään tällä tasolla toistaiseksi,  
 potilaan halutessa, mahdollista nostaa annosta.

Muita teemoja, jotka nousivat eniten esiin, olivat asiakkaan psyykinen vointi sekä somaattiseen terveyteen liittyvät asiat. Myös asiakkaan päivärytmiin ja mielekkääseen tekemiseen sekä päihdekuntoutukseen- ja vieroitukseen liittyviä asioita oli mainittu useammalla asiakkaalla. Psykkiseen vointiin liittyen mainintoja oli neljällä asiakkaalla ja kaikilla oli mainintoja somaattiseen terveyteen liittyen. Kuudella asiakkaalla oli kirjoitettu päivärytmistä ja mielekkästä tekemisestä sekä päihdekuntoutuksesta- ja vieroituksesta kaikilla muilla paitsi yhdellä asiakkaalla oli mainintoja.

A14 Itsenäisesti käynyt jalan haavanhoidossa  
 A13 Psykoosin varomerkit vihaisuus, aggressiivinen käytös, näitä tarkkailaan jatkossa.  
 A2 Jää miettimään hakeutumista kuntouttavaan työtoimintaan  
 A15 Potilas ehdottomasti kieltäytyy katkosta ja kuntoutuksesta.

Asuminen oli mainittu kolmen asiakkaan hoitosuunnitelmissa ja ihmissuhteista ja verkostosta oli mainittu viiden asiakkaan hoitosuunnitelmissa. Neljän asiakkaan hoitosuunnitelmissa oli yksittäisiä mainintoja asiakkaan taloudellisesta tilanteesta. Yksittäisiä mainintoja oli myös arjen asioiden hoitamisesta, vertaistuesta ja työllistymiseen liittyvistä asioista.

A4 Käyty läpi taloudellista edunvalvontaa, johon potilas suostuvainen.  
 A17 Hänellä on kaksi aikuista lasta, joihin pitää yhteyttä pääasiassa puhelimitse, lapset eivät asu pääkaupunkiseudulla. Hyvät suhteet myös lasten äitiin, jonka on ilmoittanut lähimmäksi omaiseksi. Potilaan mukaan muita läheisiä ei ole eikä myöskään päihteettömiä ystäviä.  
 A2 Potilaalle tehty TE-toimistossa aktivoimissuunnitelma syksyllä  
 A 13 Lisäksi Na-ryhmät ja Harjulaan menossa tutustumaan... Tärkeimpänä tukena ... jääneet tukihenkilöt.

Tavoitteen asettelua ja siitä kirjaamista oli tehty kaikille paitsi yhdelle asiakkaalle. Tämä tulos tuli tavalla, jolla aineistosta etsittiin sanaa tavoite, jolla pyrittiin etsimään selkeitä tavoitteen asetteluja. Nämä olivat kuitenkin harvinaisempia. Enemmänkin hoitosuunnitelmaan oli saatettu kirjata seuraavalla tavalla:

A2 Halukas myös C-hepatiitin hoitoon.  
 A13 Potilas pyrkii olemaan ilman amfetamiinia.  
 A15 Nyt taas yrittää olla päihteettä loppu vuoden ajan.

Tällä tavalla kirjatusta asiakkaan toivomuksista tai pyrkimyksistä voi tulkita näiden olevan asiakkaan tavoitteita. Selkeämpiä tavoitteita oli kirjattu kuitenkin myös seuraavasti:

A14 Nyt tavoitteena käydä hepatiittilabroissa ja päästä hoidattamaan hepatiiti pois.  
 A20 Tavoitteena jossain kohtaa kuntouttava työ ja opinnot.  
 A4 Nyt tavoitteena saada taloudellinen tilanne kuntoon.

Asiakkaiden tavoitteita on siis hoitosuunnitelmissa kirjoitettu eri tavalla. Hoitosuunnitelmissa ei ole tiettyä yhdessä sovittua rakennetta, jossa esimerkiksi tavoitteet olisivat selkeästi merkitty yhtenä käsiteltävänä asiana, vaan hoitosuunnitelmia on kirjoitettu vapaasti. Näin ollen hoitosuunnitelmista on löydettävissä asiakkaan tavoitteita, mutta tavoitteet on kirjattu käyttämällä sanontoja kuten ”potilas pyrkii”, ”potilas toivoo” tai ”potilas yrittää”.

Helsingin kaupungin päihdepalveluiden korvaushoidon malli-työryhmän esityksessä oli todettu hoitosuunnitelman teosta moniammatillisesti erityisesti hoidon alussa. Hoitosuunnitelmia on tehty erityisesti korvaushoidon lääkärin kanssa. Lääkärin tapaamiset ovatkin osa korvaushoitoa ja lääkärin tapaamisia asiakkailla tulisi olla vähintään 2 kertaa vuodessa. (Jaakkola ym., i-a). Sen sijaan muiden ammattilaisten kanssa hoitosuunnitelmien teko on harvinaista. Aineistossa näkyi, että psykiatrian kanssa oli tehty neljä hoitosuunnitelmaa. Lisäksi järjestön edustajan ja päihdepalveluiden avokuntoutusta antavan yksikön kanssa oli tehty yksi hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmia ei aineiston valossa näydetä tekevän moniammatillisesti, esimerkiksi sosiaalialan ammattilaisten kanssa.

Moniammatillisuuden puuttuminen hoitosuunnitelmien teossa näkyy myös teemoissa, joista hoitosuunnitelmiin on kirjattu. Somaattisesta terveydestä on kirjattu paljon, mutta sen sijaan asiakkaan ihmissuhteista, verkostoista, asumisesta ja taloudellisesta tilanteesta on vain yksittäisiä mainintoja. Opioidikorvaushoidon käytännön oppaassa (Halme, 2020) on mainittu, että asiakkaan sosiaalisesta tilanteesta tulisi kirjata mm. lastensuojelun tarve, työ, koulutus, oikeudellinen tilanne, väkivallan uhka ja mielenkiinnon kohteet. Näitä teemoja oli hoitosuunnitelmissa hyvin vähän, jos ollenkaan. Tarkoituksenmukaista ei liene, että jokaisessa suunnitelmassa otetaan kantaa näihin kaikkiin asioihin, mutta suunnitelmien tarkastelujaksolla 1.1.2018-21.4.2021 ei sosiaalisesta tilanteesta ollut paljonkaan mainintoja.

Koska esimerkiksi maininnat sosiaalisesta tilanteesta jäivät vähäisiksi, saattoivat hoitosuunnitelmat olla paitsi sisällöltään mutta myös pituudeltaan suppeita. Hoitosuunnitelmiksi oli merkitty useita, vähäisimmillään noin muutaman lauseen pituisia kirjauksia.

A4 Lääkityskäynnit toistaiseksi päivittäin potilaan kokonaistilanteen vuoksi; somaattinen yleistila, päihtymysepäily, kotiannoksien välittäminen eteenpäin

A7 Käy lääkärin kanssa läpi tilannetta, sydämen tilanne haastava, potilas itse yrittää laskua X-lääke. Käyty keskustelua päihdekäytöstä ja rauhoittavat haluaa itse lopettaa, amfetamiiniä päivittäin, mutta kannustetaan muuhun kuin iv käyttöön.

A14 POtilas sitoutunut hoitoon hyvin. Käy arkisin klinikalla. Asuu asumisyksikössä. Tapaa lapsia. Lyrica lääkeyksen hoitaa terveysasemalta ja apteekista itsenäisesti.

Oheisen kaltaisista hoitosuunnitelmista on haastavaa saada kuvaa asiakkaan kokonaistilanteesta ja mahdollisista palvelun ja tuen tarpeista. Vaikka mainintoja erilaisista elämään liittyvistä asioista hoitosuunnitelmista löytyi, saattoivat nämä maininnat esimerkiksi asumisesta jäädä hyvin suppeiksi, kuten yhdessä sitaattissa. On mahdollista, että hoitosuunnitelman kirjoittajat ovat tienneet enemmän asiakkaan tilanteesta ja palvelun tarpeista, mutta nämä asiat ovat jääneet kirjauttamatta hoitosuunnitelmaan. Hoitajat näkevät asiakkaita useita kertoja, jopa joka arkipäivä asiakkaiden tullessa lääkkeenjako. Näillä lääkkeenjakoikäynneillä asiakkaat saattavat kertoa elämästään ja tilanteestaan enemmänkin. Tästä ei

kuitenkaan ole varmuutta, koska hoitosuunnitelmissa asiakkaiden palveluntarve ja tilanne ei näyttäydy selkeänä hyvin suppeiden hoitosuunnitelmien kirjauksen takia.

Joillakin asiakkailla hoitosuunnitelmista piirtyy kuva enemmän tukea tarvitsevasta asiakkaasta jollakin elämän osa-alueella, mutta asiakkaan tilanteen kokonaiskuva jää epäselväksi. Esimerkiksi asiakas A4:n hoitosuunnitelmissa on mainintoja perussairauden huonosta hoidosta ja sitoutumattomuudesta hoitaa sitä kuten myös maininta edunvalvonnan hakemisesta, mutta suunnitelmista ei näy perusteita edunvalvonnan hakemiselle tai laajempaa asiakkaan perussairauden tilanteen kuvausta. Näin ollen asiakkaiden monialaista palveluntarvetta on hyvin vaikea päätellä hoitosuunnitelmista.

## 6.2 Päivittäiset hoitotyön kirjat

Jotta saisimme kuvan asiakasprosessien etenemisestä, hoitosuunnitelmien lukemisen ja analysoinnin jälkeen siirryimme asiakkaiden päivittäisten hoitotyön kirjauksien eli HOI-välilehden kirjauksien tarkasteluun. Näistä kirjauksista etsimme tutkimuskysymyksen mukaisesti viittauksia ja kirjauksia monialaisen yhteistyön toteutumisesta. Merkitsimme tekstistä jokaisen kirjatun, jossa korvaushoidon hoitaja on tehnyt yhteistyötä joko päihdepoliklinikan toisen ammattiryhmän edustajan kanssa tai organisaatorajan ylittävää yhteistyötä. Kirjat, joissa tehtiin yhteistyötä korvaushoidon lääkärin kanssa ei otettu mukaan, koska korvaushoidon lääkäri on osa korvaushoidon tiimiä. Nämä kirjat laitoimme taulukkoon yhteistyökumppanin mukaan.

### 6.2.1 Monialainen yhteistyö organisaatorajat ylittävien yhteistyökumppanien kanssa

Hoitotyön kirjauksia lukiessa ja analysoidessa kävi selväksi, että yhteistyötä tehtiin jokaisen asiakkaan kohdalla useiden yhteistyökumppanien kanssa. Vähimmillään eri yhteistyökumppaneita mainittiin asiakkaan kirjauksissa 6, enimmillään



8. Yhteistyön laajuus sen sijaan vaihteli. Joidenkin yhteistyökumppanien kanssa yhteistyöstä oli mainintoja vain yksi, joka oli kirjaus asiakkaalle ajan varaamisesta. Yhteistyön laajuus ja yhteistyökumppanien määrä oletettavasti vaihtelee asiakkaan tilanteen ja tarpeen mukaan. Oheisessa kuviossa on merkitty yhteistyökumppanit ja jokaisen yhteistyökumppanin kohdalla se lukumäärä, kuinka monta mainintaa heidän kanssaan tehdystä yhteistyöstä aineistosta löytyi.



Kuvio 1. Monialaisen ja -ammattillisen yhteistyön yhteistyökumppanit

Kuviosta on havaittavissa, että eri yhteistyökumppaneita oli yhteensä 17 sekä erikseen omaiset. Kuviossa näkyy, että moniammatillista yhteistyötä tehtiin kolmen päihdepoliklinikan ammattilaisen kanssa, erityisesti aikuissosiaalityöntekijän kanssa. Monialaista, organisaatorajat ylittävää yhteistyötä tehtiin 15 eri yhteistyökumppanin kanssa.

Eri asiakkaiden välillä oli vaihtelua sen mukaan kuinka paljon ja kenen yhteistyökumppaneiden kanssa monialaista yhteistyötä tehtiin. Esimerkiksi asiakas A4:lla oli erittäin runsaasti merkintöjä yhteistyöstä terveysaseman ppt-lääkärin- ja hoitajan kanssa. Hänen merkinnöissään oli mainintoja 52 erillisestä yhteydenotosta tai kontaktista näiden ammattilaisten kanssa. Kyseisen asiakkaan kohdalla yhteistyö näyttäytyy kirjausten valossa olevan joustavaa ja asiakkaan tarpeiden mukaan toimivaa. Esimerkiksi terveysaseman ppt-lääkäri ja -hoitaja olivat käyneet tapaamassa asiakasta ilman ajanvarausta useamman kerran.

A4 Kutsuttu potilaan oma PPT-lääkäri... paikalle  
 A4 Lääkäri katsomassa potilaan haavaa  
 A4 Ta:n hoitaja tuli tapaamiseen mukaan

Korvaushoidon hoitajat olivat aktiivisesti olleet yhteydessä ja konsultoineet terveysaseman hoitajaa ja lääkäriä asiakkaan perussairauden vuoksi ja kirjausten perusteella ammattilaisten yhteistyöllä oli pyritty auttamaan asiakasta kahden vaikean perussairauden hoidossa.

A4 Terveysasemalta saatu erityislupa hoitaa ns. päivystyksellisesti... potilaan haavaa.  
 A4 Mennään yhdessä haavanhoitoon  
 A4 Konsultoitu ppt hoitaja..., joka tullut tapaamaan potilasta. Hoitaja konsultoi lääkäri...

Asiakkaan A4 hoitosuunnitelmissa oli mainintoja asiakkaan sitoutumattomuudesta perussairauden hoitoon. Hoitosuunnitelmissa oli myös yksi kirjaus käynnistä terveysaseman lääkärin luona, asiakas ei kuitenkaan tällä käynnillä ollut mukana. Hoitosuunnitelmat painottuivatkin asiakkaalla somaattisen terveydentilan kuvaamiseen ja suunnitelmiin sen osalta. Näin ollen suunnitelmat, vaikkakin

hieman suppeat, vastasivat pääpiirteittäin asiakkaan päivittäisen hoitotyön kirjauksia. Jokaisessa asiakkaan kuudesta hoitosuunnitelmasta oli maininta asiakkaan somaattisesta terveydentilasta ja siihen liittyvistä suunnitelmista. Ottaen huomioon asiakkaan asioissa tehdyn erittäin runsaan yhteistyön terveysaseman lääkärin ja hoitajan kanssa, ei hoitosuunnitelmissa kuitenkaan ollut kuin yhdessä maininta yrityksestä tehdä hoitosuunnitelma yhdessä terveysaseman edustajan kanssa. Tähän voi olla eri syitä, esimerkiksi vaikeus yhdistää aikatauluja.

Asiakkaalla A14 oli myös runsaasti mainintoja yhteistyöstä terveysaseman kanssa, yhteensä 23 kappaletta. Myös tässä tapauksessa terveysaseman lääkäri on tullut tapaamaan asiakasta ilman ajanvarausta päivystyksellisesti.

A14 Pyydetty tk-n lääkäri arvioimaan antibioottikuurin tarvetta  
A14 Potilasta tullut tapaamaan ta:n lääkäri

Useat kirjatukset lääkärin tai hoitajan päivystyksellisesti tehdyistä käynneistä asiakasta tapaamaan, kertovat mielestämme toimivasta käytännöstä terveysaseman ja päihdepoliklinikan korvaushoidon välillä. Ppt-asiakkain segmentoitujen asiakkaiden on nähty tarvitsevan joustavaa ja päivystyksellistä palvelua ja tätä on kirjausten perusteella toteutettu säännöllisesti terveysaseman ja päihdepoliklinikan korvaushoidon välillä. Monialainen ja organisaatorajat ylittävä toiminta näyttäytyy kirjausten perusteella olevan rakenteeltaan toimivaa. Erityisesti asiakkaan A4 kohdalla joustava toimintatapa näyttäytyi asiakkaan tarpeita vastaavaksi toiminnaksi asiakkaalla ollessa vaikeuksia sitoutua sovittuihin aikoihin. Kirjauksista ei käy ilmi selkeää pitkän aikavälin suunnitelmaa mikä asiakkaan kohdalla olisi tehty, mutta asiakkaan kohdalla on korvaushoidon ja terveysaseman välillä ollut runsaasti yhteydenottoja.

Aineistosta on havaittavissa, että terveysaseman kanssa tehtiin eniten yhteistyötä. Merkintöjä terveysaseman kanssa tehdystä yhteistyöstä on melkein sata kappaletta. Seuraavaksi eniten monialaista yhteistyötä tehtiin asumisyksiköiden ja päivystyksen kanssa, sairaalan, päihdekuntoutuksen ja -vieroituksen sekä psykiatrian kanssa. Yhteistyötä näiden yhteistyökumppaneiden kanssa on tehty pääasiassa puhelimitse, paitsi psykiatrian kanssa. Psykiatrian kanssa yhteistyötä

oli tehty vain kahden asiakkaan kanssa, mutta molempien asiakkaiden kirjauksista löytyi kirjauksia yhteistapaamisesta ja verkostosta psykiatrian kanssa. Tämä oli poikkeuksellinen toimintatapa monialaisen yhteistyön työskentelymuotona. Psykiatria ja terveysasemaa lukuun ottamatta suurin osa kaikesta monialaisesta yhteistyöstä tehtiin puhelimitse.

Yhteistyö näyttäytyi aineiston valossa olevan lähinnä tilannesidonnaista ja reaktiivista. Yhteydenottoja tehtiin esimerkiksi asumisyksikköön tai terveysasemalle asiakkaan asian hoitamisen vuoksi. Yhteydenotot olivat usein puhelinsoittoja. Kaikista kirjauksista ei pystynyt päättämään millä tavoin yhteistyötä oli tehty tai jokin tieto saatu.

A13 Ilmoitus Psyk pkl

A4 Potilaalla on ... sairaalan... poliklinikalle aika XX.X...

A4 Luvattu kysyä ta:lta kipulääke uusintaa

Omaisista mainittiin varsin vähän, vain kahden asiakkaan kirjauksissa, A13 ja A17 oli maininta omaisista. Aineiston valossa näyttää siltä, että omaisten kanssa työskentely ei ole yleistä korvaushoidossa. Kaikki seitsemän mainintaa omaisista olivat tilanteita, joissa omaisen on itse ollut yhteydessä tai tullut asiakkaan mukana tapaamiselle. Kirjauksissa ei näy mainintaa siitä, että yhteistyöstä omaisten kanssa olisi sovittu mitään.

Huolimatta siitä, että kirjauksissa oli mainintoja 17 eri yhteistyökumppanista, ei asiakkaan hoitosuunnitelmaa tehtäessä ollut kuin yksittäisiä mainintoja verkostoista, joiden perusteella hoitosuunnitelma oli kirjoitettu. Asiakkaan A4 yhdessä hoitosuunnitelmassa mainittiin puolison osallistuneen tapaamiseen. Kyseisellä asiakkaalla oli myös maininta terveysaseman lääkärin tapaamisesta, mutta asiakas ei tähän tapaamiseen osallistunut. Asiakkaalla A13 oli monta hoitosuunnitelmaa, jonka tekemisessä oli ollut yhteistyökumppaneita järjestöstä, Helsingin päihdepalveluista sekä psykiatriasta. Myös asiakkaalla A15 oli kaksi hoitosuunnitelmaa, jonka tekemiseen oli osallistunut psykiatriasta työntekijä. Muiden asiakkaiden hoitosuunnitelmissa ei näy mainintaa kenenkään yhteistyökumppanin osallistumisesta hoitosuunnitelman tekoon.

Monialainen yhteistyö näkyy kirjauksissa säännöllisesti. Jokaisen asiakkaan kanssa oli tehty yhteistyötä useamman yhteistyökumppanin kanssa. Kaikki analyysiin valikoituneet asiakkaat olivat huolenpitoasiakkaita, joilla Helsingin kaupungin Ydinprosessioppaan mukaan on suurempaa palveluiden tarvetta ja he tarvitsevat enemmän tukea. Aineiston mukaan jokaisella asiakkaalla oli paljon organisaatorajat ylittäviä palveluntarpeita, erityisesti terveysaseman kanssa tehtiin runsaasti yhteistyötä. Omaisten kanssa yhteistyö jäi vähäiseksi ja hoitosuunnitelmien tekoon osallistui yhteistyökumppaneista lähinnä psykiatriasta osallistujia. Yhteistyö näyttäytyi kuitenkin aineistossa enemmän reaktiivisena. Varsinaista suunnitelmaa toimijoiden välillä ei oltu kirjattu. Yhteydenotot korvaushoidon ja muiden toimijoiden välillä liittyivät enimmäkseen asiakkaiden akuuttiin tilanteeseen ja sen hoitamiseen ja selvittämiseen.

### 6.2.2 Moniammatillinen yhteistyö päihdepoliklinikan muiden ammattilaisten kanssa

Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla työskentelee eri alojen ammattilaisia. Päihdepoliklinikoilla työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia, lääkäreitä, sosiaaliohjaajia, sosiaalityöntekijöitä, päihdesosiaalityöntekijöitä, sosiaaliterapeutteja, psykologeja ja toimintaterapeutteja. Päihdepoliklinikat ovatkin hyvin moniammatillisia. Halusimme analysoida organisaatorajat ylittävän monialaisen yhteistyön lisäksi myös, miten moniammatillinen yhteistyö päihdepoliklinikan sisällä näkyy. Otimme tarkasteluun, kuinka paljon asiakkaalla on kirjauksia muiden ammattiryhmien, kuin korvaushoidon työntekijöiden tekemiä kirjauksia. Tässä on kuitenkin hyvä huomioda se, että tarkastelujaksolla 2018–2021 päihdepoliklinikalla on aloittanut eri aikoina uusia ammattiryhmiä. Esimerkiksi aikuissosiaalityötä tekevä sosiaalityöntekijä on aloittanut loppuvuodesta 2018, päihdesosiaalityöntekijät aloittivat alkuvuodesta 2021, toimintaterapeutti syksyllä 2019 ja psykologi joulukuussa 2020. Näin ollen kyseisellä tarkastelujaksolla ei voitu täysin verrata kyseisten ammattiryhmien kanssa tehtyä yhteistyötä keskenään, koska eri ammattilaiset ovat aloittaneet päihdepoliklinikalla eri aikaan.

Toimintaterapeutin ja psykologin kanssa tehdystä yhteistyöstä ei olekaan montaa mainintaa. Aikuissosiaalityötä tekevän sosiaalityöntekijän kanssa tehdystä yhteistyöstä on sen sijaan lukuisia mainintoja. Aikuissosiaalityötä tekevä sosiaalityöntekijä oli tehnyt kaikille paitsi yhdelle asiakkaalle kirjauksia. Sosiaalityöntekijä oli työskennellyt erityisen paljon asiakkaan A4 kanssa, pelkästään hänellä oli sosiaalityöntekijän tekemiä kirjauksia 40 kappaletta.

Aineistossa ei ollut mainintoja yhteistyöstä päihdepoliklinikan sosiaaliterapeuttien, sosiaaliohjaajien ja päihdesosiaalityöntekijöiden kanssa. Kyseisten ammattiryhmien edustajat keskittyvät enemmän psykososiaaliseen keskusteluhoitoon. Aikuissosiaalityötä tekevä sosiaalityöntekijä sen sijaan näytti kirjausten perusteella tekevän asiakkaan kanssa konkreettisia asioita, kuten avustamista henkilöisyydistuksen hankkimisessa tai toimeentulotukihakemusten täyttämässä.

A4 Kävin asiakkaan kanssa valokuvaamossa ja poliisiasemalla.  
A4 Katsottu vielä läpi asiakkaan uusin toimeentulotuen päätös.  
A7 täyttää tt-tuki hakemusta sostt... kanssa

Samaten toimintaterapiassa asiakkaiden kanssa oli keskusteltu myös konkreettista asioista kuten harrastuksista.

A13 Selvitetään myöhemmin yhdessä mm. liikuntamahdollisuuksia, mahdollista v-työtä.

Päihdepoliklinikan moniammatillinen työ näyttääkin aineiston perusteella painottuvan selkeästi aikuissosiaalityön kanssa tehtävään yhteistyöhön. Aineiston tarkastelujakso on kuitenkin loppunut 21.4.2021, jonka jälkeen on mahdollista, että esimerkiksi toimintaterapiaan liittyen olisi ollut enemmänkin mainintoja. Keskusteluhoitoon painottuvien ammattilaisten tekemiä kirjauksia tai yhteistyötä heidän kanssaan ei kuitenkaan kenelläkään asiakkaalla ollut. Tämä voi johtua asiakkaiden tilanteesta ja tarpeista. Asiakkaiden tarpeet ovat voineet painottua enemmän aikuissosiaalityöhön liittyviin asioihin kuten etuuksiin ja asumiseen. Esimerkiksi asiakkaan A14 hoitosuunnitelmaan oli kirjattu tavoitteeksi

#### A14 Potilaalla ei nyt kuntoutumistavoitteita

Näin ollen asiakas ei välttämättä ole esimerkiksi sosiaaliterapeutin keskusteluhoidon tarpeessa.

Moniammatillisen yhteistyön vähyys on kuitenkin nähtävissä hoitosuunnitelmissa. Hoitosuunnitelmissa ei nimittäin ole kertaakaan mainittu aikuissosiaalityöntekijän osallistuneen hoitosuunnitelmien tekoon. Erityisesti tähän kiinnittää huomiota asiakkaan A4 kohdalla, jonka kanssa aikuissosiaalityöntekijä oli työskennellyt aktiivisesti ja säännöllisesti helmikuusta 2020 lähtien. Kuitenkaan hoitosuunnitelman tekoon hän ei ollut osallistunut kertaakaan, vaikka hoitosuunnitelmassa on kirjattu sosiaalityöntekijälle kuuluva selvitettävä asia.

A4 Neuvotellaan sosti kanssa, jos voi myöntää potilaalle maksusitoumuksen lääkkeisiin.

### 6.3 Yhteenveto tutkimustuloksista

Halusimme opinnäytetyössä tarkastella moniammatillisen ja -alaisen yhteistyön toteutumista korvaushoitoasiakkaiden asiakasprosessissa. Tuomme tässä kappaleessa esiin keskeiset analyysin tulokset. Kirjausten lisäksi tuomme esille korvaushoidon hoitajien kanssa käydyn keskustelun pohjalta hoitajien näkemyksiä. Hoitajien näkemyksellä toivoimme saavamme syvempää kuvaa monialaisen ja -ammattillisen työn toteutumisesta tällä hetkellä.

Lähdimme liikkeelle hoitosuunnitelmista ja kiinnitimme huomiota hoitosuunnitelmien teon säännöllisyyteen ja sisältöön. Korvaushoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa määritellään lääkehoito, hoidon tavoite sekä muu lääketieteellinen hoito, kuntoutus ja seuranta. Hoitosuunnitelmissa tulisi tehdä vähintään puolivuositain tai asiakkaan tarpeen mukaan ja siinä tulisi olla määriteltynä tavoitteet, hoitomuodon valinta, fyysinen ja psyykinen terveys, päihteiden käyttö ja muut riippuvuudet ja sosiaalinen tilanne. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetusopioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 2008;

Halme 2020.) Helsingin kaupungin omassa korvaushoidon malli-työmallissa hoitosuunnitelmia tulisi tehdä hoidon alkuvaiheessa puolivuositain ja hoidon edistyessä pidemmälle, kerran vuodessa.

Aineiston tarkastelujaksona 1.1.2018-21.4.2021 *hoitosuunnitelmien kirjaamiskäytännöt vaihtelivat sekä määrällisesti että sisällöllisesti*. Kaikki asiakkaat eivät olleet korvaushoidossa koko tarkastelujaksoa vaan joidenkin hoito oli alkanut esimerkiksi vasta loppuvuodesta 2018 tai alkuvuodesta 2019. Näin ollen hoitosuunnitelmien lukumäärä oli erilainen joka asiakkaalla riippuen, milloin he olivat hoidon aloittaneet.

Hoitosuunnitelmien lukumäärästä voi päätellä toteutuuko hoitosuunnitelmien suhteen tavoite niiden päivittämisestä puolivuositain. Joskus hoitosuunnitelmaa päivitettiin tavoitteen mukaisesti vähintään puolivuositain, mutta useiden asiakkaiden kohdalla oli myös pidempiä välejä suunnitelmien päivityksissä. Helsingin kaupungin omassa korvaushoidon malli-oppaassa (Jaakkola ym., i-a) todetaan, että hoidon edistyessä hoitosuunnitelmia tulisi tehdä vuosittain. Oppaassa käytetään De Leonin toipumisen vaiheita kuvaamaan korvaushoidon edistymistä. Mallissa toipumisen vaiheessa 6 olevalla asiakkaalla on valmius hoitoon ja tiedostaa muutoksen tarpeen. Tässä vaiheessa hoitosuunnitelmia ei korvaushoidon työryhmän mallissa tarvitsisi enää tehdä puolivuositain, vaan hoitosuunnitelmat tehdään tästä eteenpäin kerran vuodessa.

Aineistosta on vaikea arvioida ovatko asiakkaat olleet missäkin toipumisen vaiheessa, joten näin ollen on mahdotonta arvioida, onko hoitosuunnitelmia tehty tämän perusteella harvemmin kuin puolivuositain. Tämä herättää pohtimaan onko syynä resurssipula vai ohjeistusten puuttuminen asiaan liittyen ja onko hoitosuunnitelmien tekemiseen liittyen seuranta tai tarkastelua. Korvaushoidon hoitajien kanssa käydyssä keskustelussa hoitajat ottivat kuitenkin esille, että hoitosuunnitelmien päivittäminen asiakkaan tarpeen mukaisesti on haastavaa. Aikataulullisesti on vaikeaa saada sovittua yhteistä aikaa hoitajan, lääkärin ja asiakkaan kanssa.



Helsingin kaupungin korvaushoidon malli-työryhmä on työskennellyt vuosina 2020–2021, joten malli on näin ollen ollut todennäköisesti käytössä aineistossa olleiden kirjauksen kirjaamisen jälkeen. *Näin ollen aineistossa ei näy mainintaa toipumisen vaiheista.* Jatkossa olisi kuitenkin hyvä pohtia olisiko mallin mukaisesti hyvä asiakkaan kanssa pohtia missä toipumisen vaiheessa asiakas on. Mahdollisesti näin jo toimitaankin ja tämä toimintatapa auttaisi hahmottamaan missä tilanteessa ja toipumisen vaiheessa asiakas sillä hetkellä on ja millä keinoilla asiakas voisi tukea toipumisessaan. Koska mallissa otetaan kantaa myös hoitosuunnitelmien teon säännöllisyyteen, auttaisi se myös määrittelemään kuinka usein hoitosuunnitelmat tulisi tehdä. Toisaalta keskustelussa korvaushoidon hoitajien kanssa tuotiin esille, että hoitosuunnitelmia tulisi tehdä asiakkaan tarpeen ja tilanteen mukaan. Näin ollen voi pohtia kuinka oleellinen on tiukka määritelmä hoitosuunnitelmien tekemisestä tietyn väliajoin. Korvaushoidon hoitajien kanssa käydyn keskustelun perusteella vaikutti kuitenkin, että hoitajat pyrkivät tekemään hoitosuunnitelmat aina asiakkaan tilanteen muuttuessa eli joustavasti.

Hoitosuunnitelmia on kuitenkin tärkeä tarkastella myös sisällöllisesti, ei ainoastaan siitä näkökulmasta, kuinka usein niitä tehdään. *Sisällöllisesti hoitosuunnitelmissa olikin suuresti vaihtelevuutta.* Kaiken kaikkiaan eri teemoja, joita analyysissä löysimme hoitosuunnitelmista, oli 16. Näin ollen voidaan todeta, että asiakkaiden elämäntilanteista kirjattiin monia eri asioita. Vaihtelevuutta oli kuitenkin runsaasti siinä, kuinka paljon näitä asioita mainittiin yksittäisen asiakkaan hoitosuunnitelmissa. Joillakin asiakkailta ei esimerkiksi ollut lähestulkoon lainkaan kuvausta sosiaalisesta tilanteesta tai kuvaus oli hyvin suppea, korkeintaan yhdellä tai kahdella lauseella kuvattu.

Koska korvaushoito on lääkkeellistä päihdehoitoa, on luontevaa, että hoitosuunnitelmissa otetaan kantaa lääkityksiin ja korvaushoidon sujumiseen ja siihen liittyviin tavoitteisiin. *Hoitosuunnitelmissa toistuivatkin usein maininnat asiakkaan korvaushoidon lääkkeenhakupäivistä ja päihteisiin liittyvistä tavoitteista ja päihteiden käytön tilanteen kuvauksista.* Myös fyysiseen terveyteen liittyvistä asioista oli mainintoja runsaammin. *Vähemmälle huomiolle jäivät ihmissuhteet ja verkos-*

*tot, asuminen, taloudellinen tilanne, asiakkaan arki ja sen sujuminen ja työllistymiseen liittyvät asiat.* Päivärytmiin ja mielekkääseen tekemiseen liittyen oli eniten mainintoja, jotka liittyvät asiakkaan sosiaaliseen tilanteeseen. Hoitosuunnitelmassa tulisi kuvata sosiaalisesta tilanteesta seuraavat asiat: asuminen, perhesuhteet, lastensuojelun tarve, työ, koulutus tai kuntouttava työ, oikeudellinen tilanne, taloudellinen tilanne (ml. velat), väkivallan uhka (myös mahdollinen velkoihin liittyvä), kuntoutumista tukevat ympäristötekijät kuten ystävät ja läheiset, mielenkiinnon kohteet. (Halme, 2020.) Aineistossa ei kuitenkaan näkynyt missään hoitosuunnitelmassa, että näitä kaikkia asioita olisi käsitelty yhdessä hoitosuunnitelmassa.

Sosiaalisen tilanteen vähemmälle huomiolle jääminen ei sikäli ole yllättävää, *koska hoitosuunnitelmia ei ollut tehty moniammatillisesti* vaan hoitosuunnitelmien tekoon oli lähinnä osallistunut korvaushoidon lääkäri sekä asiakkaan omahoitaja eikä lainkaan sosiaalityöntekijä, vaikka korvaushoidon työnjaossa on luokiteltu, että hoitosuunnitelmien teko kuuluu vähintäänkin lääkärille, hoitajalle sekä sosiaalityöntekijälle yhteistyössä (Helsingin kaupunki, 2022c.) Yksittäisiä mainintoja oli kolmannen sektorin, psykiatrian ja päihdepalvelujen avokuntoutuksen edustajista.

Moniammatillisen ja -alaisen työn vahvuutena on kuitenkin mahdollisuus ottaa asiakkaan tilanne kokonaisvaltaisesti huomioon ja vuorovaikutteisesti määrittellä tavoitteet ja toimenpiteet. Erityisesti paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat tarvitsevat moniammatillista ja -alaista yhteistyötä. (Isoherranen 2012, s. 22; Hujala ym., 2019, s. 592–598.)

Kirjausten perusteella selvisi myös, että joidenkin asiakkaiden kohdalla on tehty suunnitelmia ja työtä paljon eri palvelun tarjoajien tahoilla, kuten asumisyksikössä, työtoiminnassa, rikosseuraamuslaitoksella ja omalla päihdepoliklinikalla. Juuri näiden paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla olisi erityisen tärkeää tehdä rajoja ylittävää yhteistyötä ja tehdä asiakkaan ja eri palvelun tarjoajien kanssa yhteisiä suunnitelmia. Korvaushoidon hoitajat kertoivatkin keskustelussa, että he näkevät yhteiset verkostoneuvottelut tarpeellisina. He näkevät kuitenkin nämä erillisinä korvaushoidon hoitosuunnitelmista.

*Omaisten kanssa työskentely näyttäytyi aineistossa varsin vähäisenä.* Korvaushoidon hoitajien kanssa käydyssä keskustelussa hoitajat totesivat, että omaisten kanssa työskentely jää vähäiseksi. He kokivatkin omaisten kanssa työskentelyssä olevan kehittämisen varaa.

## 7 POHDINTA

Aineisto herättää kysymyksen siitä miksi hoitosuunnitelmia ei tehdä moniammatillisesti ja -alaisesti? D'Amour ja Oandasan (2005, s. 9) toteavat, että eri ammattilaisten on yhteistyön onnistumiseksi toimittava jatkuvassa vuorovaikutuksessa ja luovuttava vanhoista tekemisen tavoista. Myös Tiilikan mukaan (2016, s. 100) monialaisuus tarvitsee toteutuakseen ajattelutavan muutosta ja irrottautumista vanhoista toimintamalleista. Voisiko hoitosuunnitelmien tekeminen vain korvaushoidon hoitajan ja ajoittain yhteistyössä korvaushoidon lääkärin toimesta kertoa nimenomaan vanhoista toimintamalleista, joita ei ole lähdetty kyseenalaistamaan ja pohtimaan niiden muutoksen tarvetta?

Korvaushoito on korostetusti terveydenhuollon toimintaa. Esimerkiksi sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen asetuksessa (33/2008) mainitaan useammin terveystieteiden ja psykososiaalinen kuntoutus vain kerran. Hoitosuunnitelmissa näkyikin korostetusti somaattiseen terveydentilaan liittyvät kommentit, mutta esimerkiksi asiakkaiden ihmissuhteisiin, asumiseen tai taloudelliseen tilanteeseen liittyvät asiat olivat vähäisesti käsiteltyjä. Tämä on luontevaa seurausta siitä, että hoitosuunnitelmia tehtiin lähes yksinomaan vain terveydenhuollon ammattilaisten kesken. Kuitenkin hoitotyön kirjauksissa näkyi runsaasti yhteistyötä päihdepoliklinikalla työskentelevän aikuissosiaalityöntekijän kanssa, mutta aikuissosiaalityöntekijä ei osallistunut hoitosuunnitelmien tekoon.

Tämä herättää kysymyksen muiden ammattilaisten roolista korvaushoidossa. Esimerkiksi aikuissosiaalityöntekijä on ollut aktiivisesti mukana asiakkaan verkostossa, mutta hoidon suunnittelun kohdalla hänen roolinsa on näkymätön. Kirjausten perusteella muiden ammattilaisten rooli ja toiminta pelkistyykin korvaushoidon näkökulmasta ikään kuin hoidon ulkoiseksi toiminnaksi, jolla ei ole suoraa yhteyttä asiakkaan korvaushoitoon. Tai toisin sanottuna, korvaushoito on ikään kuin erillinen osa ihmisen muusta elämästä. Muiden ammattilaisten osaaminen jää korvaushoidon ulkopuolelle omaksi toiminnakseen, kun muita ammattilaisia ei oteta osaksi hoitotiimiä.

Keskustelussa korvaushoidon hoitajien kanssa kävi ilmi, että hoitajat eivät kokee tarpeelliseksi tehdä hoitosuunnitelmia moniammatillisesti. Syynä tähän hoitajat kertoivat käytännöllisen syyn. Lääkäriresurssin pienuuden takia on haastavaa saada sovittua jo yhteistä tapaamista hoitajan, lääkärin ja asiakkaan kesken. Muiden ammattilaisten mukana olo aiheuttaisi vielä suurempia haasteita saada sovittua aikaa.

Hoitajat kyseenalaistivat lisäksi muiden ammattilaisten mukanaolon nimenomaan hoitosuunnitelmia tehdessä. Hoitajat kertoivat, että hoitosuunnitelmaan liittyen keskustellaan lähinnä korvaushoitoon liittyvistä asioista. Näin ollen he kokivat muiden ammattilaisten mukana olon tarpeettomana. He myös totesivat, että jos hoitosuunnitelman teossa käydään lähinnä läpi korvaushoitoon liittyviä asioita, olisi tämä muiden ammattilaisten työajan turhaa käyttöä. Hoitajat näkivät verkostot muiden ammattilaisten kanssa tarpeellisina, mutta heidän näkemyksensä mukaisesti nämä olisivat erillisiä yhteistapaamisia, jolloin ei pääsääntöisesti keskusteltaisi korvaushoitoon liittyvistä asioista.

Kuitenkaan aineistossa ei näkynyt minkäänlaisia suunnitelmia, joita olisi tehty monialaisesti tai -ammatillisesti. Aineisto herättääkin kysymyksen miksi verkostojen kanssa ei oltu tehty suunnitelmia ollenkaan, olivatpa ne hoitosuunnitelmia tai muita suunnitelmia? Korvaushoidon asiakkailla on kuitenkin todettu olevan moniammatillisen työn tarvetta, ja asiakkaiden moniammatillisesta työskentelystä on ollut hyötyä asiakkaiden psykososiaalisten ongelmien ratkaisemisessa. (Laine

& Annila, 2015, s. 276; Selin ym., 2015, s 321.) Lisäksi korvaushoidon hoitosuunnitelmaan tulisi kirjata asiakkaan tilanne kokonaisvaltaisesti, myös asiakkaan sosiaaliset elämäntilannetekijät (Jaakkola ym, i-a; Halme 2020.)

Korvaushoidossa olisikin aineiston perusteella syytä pohtia keitä kaikkia asiakkaan viranomaisverkostossa olevia henkilöitä olisi syytä integroida syvemmin osaksi asiakkaan korvaushoitoa ja sen suunnittelua. Tässä kohtaa myös jokaisen ammattiryhmän olisi hyvä kriittisesti tarkastella omia toimintatapojaan ja reflektoida omaa ammatillista rooliaan. Mielenkiintoista on se, että kyseisen päihdepoliklinikan paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden prosessin pilottiprojektissa vuonna 2018 oli mainittu yhdeksi kehittämiskohteeksi sosiaalityön ja muun verkoston mukaanotto korvaushoidon hoitosuunnitelmien tekoon. (Helsingin kaupunki, 2018.) Tarve moniammatilliseen hoitosuunnitelmien tekoon on siis tunnistettu ja tämä tarve tullut suoraan työryhmältä. Miksi tavoite, joka on suoraan työryhmältä tullut, ei kuitenkaan ole kirjausten perusteella edennyt käytäntöön? Syyinä ainakin osittain lienevät korvaushoidon hoitajien esille tuomat syyt. Hoitajat eivät koe hoitosuunnitelmien teossa muiden ammattilaisten roolia tarkoituksenmukaisena, mutta pitävät erillisten verkostoneuvotteluiden pitämistä asiakkaan tilanteessa tarpeellisina.

Hoitajien kanssa käydyssä keskustelussa hoitajat näkivät moniammatillisen yhteistyön päihdepoliklinikan sisällä tärkeänä. Erityisesti aikuissosiaalityöntekijän panosta kaivattiin. Hoitajat toivat myös esille lääkärin resurssin vähäisyyden. Lääkäri on paikalla pääsääntöisesti etänä ja vain kolmena päivänä viikossa klo 9.30 alkaen. Tämä koettiin työtä hankaloittavana tekijänä, koska asiakkaat käyvät hakemassa korvaushoitolääkkeensä jo aamukahdeksasta alkaen.

Sinänsä yhteistyön toimivuus ja vuorovaikutus päihdepoliklinikan muiden ammattiryhmän edustajien kanssa koettiin hyvänä. Hoitajat myös ehdottivat toimenpiteitä, joilla muut ammattiryhmät voisivat tulla tutuiksi asiakkaiden kanssa, esimerkiksi muiden ammattiryhmien edustajien osallistuminen korvaushoidon lääkkeenjakoon ja yhteisiä tiimejä. Yhteistyö nähtiin positiivisena ja tarpeellisena asiana. Ongelmana pidettiin enemmän resurssien vähäisyyttä ja tästä johtuvia ongelmia asiakastyössä.

Hoitajat kertoivat myös toimivasta monialaisesta yhteistyötä psykiatrian avohoidon kanssa. Tämän yhteistyön toimivuus ei ole ollut itsestäänselvyys, koska hoitajat kertoivat tilanteen olleen erilainen noin puolitoista vuotta sitten. Epäselvyyksiä oli vastuunjaoissa, mutta yhteisten palaverien ja kasvokkain tehdyn yhteistyön avulla tilanne on muuttunut. Psykiatrian avohoidon kanssa oli pidetty yhteistyötapaisissa, jossa yhteisistä käytänteistä oli sovittu. Hoitajat kokivat samanlaisen yhteistyön myös muiden kanssa tavoiteltavana asiana.

Aineistossa näkyy se, että yhteistyötä tehtiin usein puhelimitse tai mahdollisesti viestein ja harvemmin kasvokkain, esimerkiksi verkostotapaamisissa. Poikkeuksen tästä muodostavat yhteistyö päihdepoliklinikan aikuissosiaalityöntekijän sekä terveysaseman kanssa, erityisesti yhden asiakkaan kohdalla. Kuten todettua, verkostotapaamisissa ei pidetty tai hoitosuunnitelmia ei tehty yhteistyössä terveysaseman tai päihdepoliklinikan aikuissosiaalityöntekijän kanssa, mutta yhteistyötä tehtiin säännöllisesti näiden kahden tahon kanssa olemalla yhteydessä sekä terveysasemaan että aikuissosiaalityöntekijään kasvokkain että puhelimitse ja viestein.

Terveysasema sijaitsee samassa rakennuksessa päihdepoliklinikan ja korvaushoidon kanssa ja aikuissosiaalityöntekijä on osa päihdepoliklinikkaa eli samaa työryhmää. Aineisto antaakin viitettä siitä, että moniammatillinen työryhmä päihdepoliklinikalla mahdollistaa helpomman konsultaation ja näin asiakkaan palvelun tarpeeseen vastaamisen. Myös korvaushoidon hoitajien kanssa käydyn keskustelun perusteella aikuissosiaalityöntekijän työpanosta kaivattiin. Keskustelun aikaan päihdepoliklinikalla ei työskennellyt aikuissosiaalityöntekijää.

Terveysaseman kohdalla erityisesti yhden asiakkaan kohdalla näkyi runsaasti kirjauksia siitä, kuinka terveysasemalta tultiin päivystyksellisesti tapaamaan asiakasta akuuteissa tilanteissa. Tällainen toimintatapa mahdollistuu toimijoiden työskennellessä samassa rakennuksessa. Näin ollen aineiston perusteella Helsingin kaupungin terveys- ja hyvinvointikeskus-toiminta näyttäisi mahdollistavan joustavan ja oikea-aikaisen palvelun toteutumisen.

Monialaisuus ja moniammatillisuus näkyivät kuitenkin lähinnä puhelimitse tai mahdollisesti viestein tapahtuneina yhteydenottoina liittyen asiakkaan akuutteihin tilanteisiin. Aineisto herättääkin kysymyksen siitä minkälaista monialainen ja -ammattillinen työ on käytännössä? Minkälaista sen tulisi olla? Tulisiko toiminnan olla suunnitelmallisempaa ja kenen vastuulla tämä työ olisi? Monialaiselle yhteistyölle on ominaista, että tunnistetaan yhteistyön keskeiset elementit sekä mahdollistajat, hyödyt ja esteet. Monialaisuus vaatii muutakin kuin työskentelyä samassa tiimissä. Monialaisuuden edellytyksenä nähdään olevan erityisesti luottamus toisiin ammattilaisiin ja luottamuksen kehittyminen vaatii erilaisia toimenpiteitä. (Hujala ym. 2019, s. 592; D'Amour ym., 2005, s. 126.) Tämä ei tapahdu itsestään vaan vaatii aikaa ja keskusteluyhteyttä ammattilaisten kesken.

Sosiaali- ja terveysalalla hektinen työrytmi ja useiden asiakkaiden moninaiset asiakasprosessit kuormittavat henkilöstöä. Tällaisessa tilanteessa johdon tuki ja asenne on ratkaisevaa uusien toimintamallien esille tuomisessa ja niiden juurruttamisessa. Hujala ym. (2019, s. 592–598.) toteavatkin, että monialaisen yhteistyön toimivuuden kannalta on tärkeää, että johto sitoutuu yhteistyön edistämiseen sekä rakentaa yhteiset toimintatavat, jotta kaikki ei ole vain työntekijöiden varassa. Aineisto herättääkin kysymyksen minkälaista tukea henkilöstö on saanut monialaiseen ja -ammattilliseen työskentelyyn? Onko tästä keskusteltu ja lähdetty työyhteisöissä pohtimaan monialaisen ja -ammattillisen työn hyviä ja huonoja puolia sekä miten tätä voisi omassa työyksikössä edistää?

Aineiston perusteella ei näihin kysymyksiin saada vastausta, mutta jatkossa sosiaali- ja terveysalan sekä aineistomme organisaation, Helsingin päihdepalveluiden, tulisi ottaa aktiivinen rooli monialaisen ja -ammattillisen työn juurruttamisessa arjen työhön. Henkilöstöä olisi hyvä kuunnella tarkasti, miten he näkevät monialaisen ja -ammattillisen työn toimivuuden ja toimintaa edistävät ja heikentävät asiat. Voi olla, että henkilöstöllä on myös erilainen näkemys asiasta kuin johdolla, joten tärkeää olisikin avoin dialogi tavoitteista ja keinoista. Mitä pidetään tärkeänä, mikä toimii, mistä voisimme luopua tai tehdä eri lailla? Johdon olisi hyvä antaa tähän työhön työaikaa. Kuten hoitajat haastattelussa totesivat, kasvokkain tehty yhteinen työ, yhteistyötapaamiset, jossa sovitaan vastuunjaosta ja käytännöistä, ovat tapa saada yhteistyö toimimaan. Tämä voi kuitenkin viedä aikaa,

varsinkin, kun yhteistyökumppaneita on paljon. Myös eri toimijoiden johdolla on vastuu monialaisen yhteistyön toteutumisesta ja sen koordinoinnista ja toimintatavoista keskustelemisesta keskenään. Asiakastyötä tekevät ammattilaiset toteuttavat monialaista ja -ammattillista työtä arjessa, mutta tarvitsevat tähän johdon tukea ja johdon tekemiä linjauksia.

Helsingin kaupungilla on käytössä paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden asiointiin keskittyneet alueelliset ns.ppt-konsultaatioammattilaisverkostot. Verkostoissa on tarkoitus konsultoida eri alojen ammattilaisia. Verkostoilla on säännöllinen kokoontumisaika alueittain ja kokoukset pidetään teams-yhteydellä, jolla mahdollistetaan mahdollisimman monen ammattilaisen osallistuminen. Ppt-verkostot ovat hyvä esimerkki ratkaisusta lisätä monialaista ja -ammattillista työtä. Verkostojen toimivuudesta ja hyödyntämisestä olisi tärkeää saada tietoa, jotta monialainen ja -ammattillinen työ voisi paremmin juurtua toiminnaksi. Esimerkiksi korvaushoidon hoitajat eivät maininneet osallistumistaan näihin verkostoihin, mikä saattaa toki johtua muistakin syistä, kuin siitä, etteivät he verkostoa pitäisi hyödyllisenä. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla miten ppt-ammattilaisverkostot ovat tarjonneet konsultointiapua ammattilaisille, vaikkapa juuri päihdepalvelujen näkökulmasta.

Yksi mielenkiintoinen hoitajien haastattelussa esille tullut asia oli muiden ammattilaisten, lähinnä monialaisessa yhteistyössä, asenteet korvaushoitoasiakkaita kohtaan. Hoitajat kertoivat, että heidän ollessa yhteydessä asiakkaan asioissa yhteistyökumppaniin, oli käynyt selkeästi ilmi, että suhtautuminen korvaushoidossa olevaan asiakkaaseen oli negatiivista. Yksi hoitaja kertoi myös tapauksesta, jossa oli saanut asiattomia viestejä eräältä oman organisaation ulkopuoliselta työntekijältä. Päihteitä käyttäviin asiakkaisiin on myös sosiaali- ja terveysalalla työskentelevillä ammattilaisilla erilaisia negatiivisia tai varautuneita asenteita ja tämä on yksi monialaista ja -ammattillista heikentävistä tekijöistä. Ehkäpä juuri yhteistyön puuttuminen on saattanut saada aikaan ennakkoluuloja ja nimenomaan paremmalla yhteistyöllä asenteet voisivat parantua. Joka tapauksessa asenteet päihteitä käyttäviä tai korvaushoidossa olevia asiakkaita kohtaan ovat asia, johon tulisi kiinnittää erityistä huomiota, jos halutaan edistää monialaista ja -ammattillista yhteistyötä.



Organisaation tulee tukea työntekijöitään ja antaa aikaa uusien toimintamallien opetteluun ja niiden käyttöönottoon. Työryhmältä on esimerkiksi tullut toive verkostojen vahvemmassa osallistumisesta korvaushoidon hoitosuunnitelmien tekkoon. Onko tämä tavoite jäänyt toteutumatta esihenkilötyöstä vai työryhmästä johtuvista seikoista? Onko koronapandemia vaikuttanut työn kehittämiseen vai mistä syystä todetut kehittämiskohteet eivät aineiston perusteella ole toteutuneet? Organisaatiolla olisikin hyvä mahdollisuus toteuttaa nyt nämä tavoitteet yhteistyössä henkilöstön kanssa ja suunnitella vahvempaa monialaista ja -ammattilista työn tekemisen menetelmiä ja toimintamalleja. Päihdepoliklinikoilla työskentelee monia eri ammattiryhmän edustajia, joten yhteistyön vahvistaminen olisi resurssien tehokkaampaa käyttöä.

## LÄHTEET

- A 33/2008. Sosiaali- ja terveysministeriön asetusopioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 17.1.2008. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ... 33/2008 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX  
®
- Alahuhta, M. & Niemelä E. (2017). Paljon sosiaali- ja terveystalvija käyttävien asiakkaiden palveluiden toteutuminen – työntekijöiden ja johtavien viranhaltijoiden haastattelututkimus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 54(1), 6–17. <https://doi.org/10.23990/sa.60620>
- D’amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care* 19, 8–20.  
<https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
- D’Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. & Beaulieu, M-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* 1, 116-131.
- Dunér, A. & Wolmesjö, M. (2015). Interprofessional Collaboration in Swedish health and social care from a care manager’s perspective. *European Journal of Social Work*, 18( 3), 354-369. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:728656/FULLTEXT01.pdf>
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2014). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. (10. p.) Vastapaino.
- Halme, Saara. (2020). Opioidikorvaushoidon käytännön opas. HYKS Psykiatria. [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-aat/oppaat/korvaushoito/Documents/Opioidikorvaushoidon\\_k%C3%A4yt%C3%A4nn%C3%B6n\\_opas.pdf](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-aat/oppaat/korvaushoito/Documents/Opioidikorvaushoidon_k%C3%A4yt%C3%A4nn%C3%B6n_opas.pdf)
- Happo, I., Junkkari, M., Kepanen, P., Koukkari, M. & Nuutila, L. (2015). Opiskelijälähtöinen moniammatillinen yhteistyö ammatillisessa erityisopetuksessa – Kohti osallistavia käytäntöjä. Teoksessa M. Hirvonen (toim.), *Yhdessä toimien ja erilaisuutta arvostaen. Ammatilliset*

*opettajakorkeakoulut erityisopetusta kehittämässä* (s. 58–72). Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 203.

<https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-830-390-2>

Haula, T. & Peltola, M. (2020) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö vuonna 2017 – kallis tai monialainen palvelujen käyttö. Teoksessa: J. Koivisto & H. Tiirinki (toim.) (2020) Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakkoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti. THL. Työpaperi 4/2020, Helsinki, 31–38.

HE 197/2022. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain muuttamisesta ja niihin liittyviksi laeiksi HE /197/2022. [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE\\_197+2022.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_197+2022.aspx)

Heinonen, M. & Pitkänen, T. (2017). Korvaushoitopotilaiden oheispäihhteiden käyttö ja toimintakyky. *Tietopuu: Tutkimussarja* 3/2017, 1–16. <https://doi.org/10.19207/TIETOPUU4>

Helsingin kaupunki. (i.a.). *THK-käyttöönoton taulukko* [Excel-tilausta]. Saatavilla 7.10.2022. <https://ovi.hel.fi>

Helsingin kaupunki. (2018). *Päihdepoliklinikoiden PPT työn kehittäminen Kalasataman PPT pilotissa 2018* [PowerPoint-diat]. Saatavilla 7.10.2022. <https://ovi.hel.fi>

Helsingin kaupunki. (2022a). *Helsingin kaupungin päihdehuollon palveluiden yleisesittely 2022* [PowerPoint-diat]. Saatavilla 7.10.2022. <https://ovi.hel.fi>

Helsingin kaupunki. (2022b). *Ydinprosessit terveys- ja hyvinvointikeskuksissa. Opas ammattilaisille. Versio 6/2022* [PowerPoint-diat]. Saatavilla 7.10.2022. <https://ovi.hel.fi>

Helsingin kaupunki. (2022c). *Tehtäväjako 2022*. [Pdf tiedosto]. Saatavilla 18.10.2022. <https://ovi.hel.fi>

Hietapakka, L., Karjalainen, P., Liukko, E., & Sinervo T. (2019). Monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien asiakkaiden sekä työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistaminen Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138986/PAPATA\\_tuti-pohjassa\\_FINAL%20s.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138986/PAPATA_tuti-pohjassa_FINAL%20s.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

- Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M., Partanen, A., & Salo-Chydenius, S. (2015). *Päihdehoitotyö*. SanomaPro
- Hudon, C., Chouinard MC., Pluye, P., El Sherif, R., Bush, PL., Rihoux, B., Poitras, ME., Lambert, M., Zomahoun, HTV & Légaré, F. (2019). Characteristics of Case Management in Primary Care Associated With Positive Outcomes for Frequent Users of Health Care: A Systematic Review. *Ann Fam Med*. 17 (5), 448–458. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31501208/>
- Hujala, A., Taskinen, H., Oksman, E., Kuronen, R., Karttunen, A. & Lammintakanen, J. (2019). Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö : Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalle. *Yhteiskuntapolitiikka*, 84(5–6), 592-600. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019112744444>
- Hujala, A., Mustonen, E., Klinga, C., Lammintakanen, J., Laulainen, S. & Taskinen, H. (2020). Integroiva johtaminen. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (s. 131–150). Tampere University Press. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/123995/978-952-359-022-9.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Isoherranen, K. (2012). *Uhka vai mahdollisuus : moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. [Väitöskirja, Helsingin yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0>
- Jaakkola V., Keskinen, R., & Kuurne K. (i.a.). *Korvaushoidon malli* [PowerPoint-diat]. Saatavilla 7.10.2022. <https://ovi.hel.fi>
- Kapiainen S., Seppälä T., Häkkinen U., Lauharanta R., Roine R & Marja Korppi-Tommola. (2010). *Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat*. THL Avauksia 3/2010. Yliopistopaino.
- Katajamäki, E. (2010). *Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta*. [Väitöskirja, Tampereen yliopisto]. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66639/978-951-44-8152-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2015) *Tutkimus hoitotieteessä*. (3.–4. p.) Sanoma Pro Oy.

- Klinga, C., Hansson, J., Hasson, H. & Sachs, MA. (2016). Co-Leadership - A Management Solution for Integrated Health and Social Care. *International Journal of Integrated Care* 16(2), 1-9.  
<http://doi.org/10.5334/ijic.2236>
- Koivisto, J, & Tiirinki, H. (2020). Johdanto. Teoksessa J. Koivisto & H. Tiirinki (toim.) (2020) Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti. THL. Työpaperi 4/2020, Helsinki, 31–38.
- Kuussaari, K., Kaukonen, O., Partanen, A., Vormaa, H. & Ronkainen, J-E. (2014). Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 79(3), 264–277. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014061126416>
- L 812/2000 Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 22.9.2000.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- L1301/2014 Sosiaalihuoltolaki. 13.12.2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- L1326/2010 Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Laine, P., & Annala, R. (2015). Opioidikorvaushoito voi mahdollistaa työllistymisen. *Yhteiskuntapolitiikka*, 80(3), s. 273–277.
- Lammintakanen, J., Rissanen, S., Peronmaa-Hanska, E., Joensuu, M. & Ruottu, T. (2016). Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa Monialaisen ja ammattiryhmäkohtaisen toiminnan käytännöt ja rakenteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79134/STMraportti\\_johtaminen%20ja%20kehitt%a4minen%20sosiaali-%20ja%20terveydenhuollossa23123016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79134/STMraportti_johtaminen%20ja%20kehitt%a4minen%20sosiaali-%20ja%20terveydenhuollossa23123016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Laulainen, S., Zitting, J. & Niiranen, V. (2020). Henkilöstö ja johtajien osaamisvaatimukset integroituvissa palveluissa. Teoksessa A. Hujala, & H. Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (s.151–178). Tampere University Press. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/123995/978-952-359-022-9.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

- Lehmuskoski, A., Ålander, A., Immonen, M., Virtanen, N., Lohijoki H., & Jokinen, T. (2021). Kirjaaminen monialaisessa yhteistyössä : Versio 2.0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144211/Kirjaaminen%20monialaisessa%20yhteisty%c3%b6ss%c3%a4-v2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Leskelä, R-L., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S-L. & Ylitalo-Katajisto, K. (2013). Paljon sosiaali- ja terveystalve-luja käyttävät asiakkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 68, 3163–3169 c.
- Morgan, S., Pullon, S. & McKinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies* 52(7):1217–1230. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>
- Mäkelä, N., Partanen, A., Alho, A. & Kuussaari, K. (2019). Miten opioidikorvaushoidossa olevat eroavat muista päihdeasiakkaista? *Lääkärilehti* 74 (9), s. 545–549. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/miten-opioidikorvaushoidossa-olevat-eroavat-muista-paihdeasiakkaista/>
- Mönkkönen, K. & Kekoni, T. (2020). Monitoimijaisuus työntekijän voimavarana ja haasteena. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.). *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. (s. 215-240). Tampere University Press. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/123995/978-952-359-022-9.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Nordling, Esa. (2018). Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Duodecim-lehti*, (134) 2018. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo14435.pdf>
- Partanen, A., Alho, H., Forsell, M., Kotovirta, E., Kuussaari, K., Mäkelä, N., Rönkä, S., Selin, J. & Vormaa, H. (2017). Opioidikorvaushoito on laajentunut ja monimuotoistunut. *Lääkärilehti*, 72(50–52), 2981–2986.
- Perhoniemi, R. & Blomgren, J. (2021). Frequent attenders of three outpatient health care schemes in Finland: Characteristics and association

- with long-term sickness absences, 2016-2018. *BMC public health*, 21(1), 870. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33957897/>
- Pukkila, P. ja Helander, J. (16.12.2016). *Miten monialainen yhteistyö rakentuu?* <https://unlimited.hamk.fi/ammattillinen-osaaminen-ja-opetus/miten-monialainen-yhteistyö-rakentuu/>
- Saikku, P. (2018). *Hallinnan rajoilla – monialainen koordinaatio vaikeasti työllistävien työllistymisen edistämiseksi*. [Väitöskirja, Helsingin yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-3303-8>
- Sandström, S., Keiski-Turunen, A., Hassila, L., Aunola, E. & Alahuhta, M. 2018. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kuvaamana. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 44. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2018061225734>.
- Selin, J., Perälä, R., Stenius, K., Partanen, A., Rosenqvist, P., & Alho, H. (2015). Opioid substitution treatment in Finland and other Nordic countries: Established treatment, varying practices. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(3), 311–324. <https://doi.org/10.1515/nsad-2015-0028>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (12.4.2018). Suomalainen lääkäri Duodecim. [https://www.kaypahoito.fi/hoi50041#s7\\_7](https://www.kaypahoito.fi/hoi50041#s7_7)
- Tiilikka, T. (2016) Käsityksiä sosiaali- ja terveysalan monialaisesta kokemusasiantuntijuudesta. Teoksessa T. Tiilikka, H. Majasaari & S. Saarikoski (toim.). *Yhteistyössä toimien: Käsityksiä monialaisuudesta ja moniammatillisuudesta sosiaali- ja terveysalalla*. (s. 100–109). Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä 136. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/157993/B136\\_low.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/157993/B136_low.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Tiilikka, T., Majasaari H. & Saarikoski, S. (2016). Tavoitteena monialainen ja moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa T. Tiilikka, H. Majasaari & S. Saarikoski (toim.). *Yhteistyössä toimien: Käsityksiä monialaisuudesta ja moniammatillisuudesta sosiaali- ja terveysalalla*. (s. 7–9).

- Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä 136. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/157993/B136\\_low.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/157993/B136_low.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- THL. (2021). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2019. Tilastoraportti 4/2021. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141036/Tr\\_04\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141036/Tr_04_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Tourunen, J., Pitkänen, T., Harju-Koskelin, O., Häkkinen, A. & Holopainen, A. (2009) Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi: K- ja Vieroitushoitopoliklinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoidon seuranta. *Yhteiskuntapolitiikka-YP* 74(4), s. 421–428. <https://www.julkari.fi/handle/10024/100185>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2013). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (10.uud. p.). Tammi.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2017). Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017.
- Valvira. (28.5.2020) Opioidiriippuvuuden hoito. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoidon-erityistilanteita/opioidiriippuvuuden-hoito>
- Vilka, H. (2021). *Tutki ja kehitä* (5.uud. p.). PS-kustannus.
- Wammes, JJG., van der Wees, PJ., Tanke, MAC., Westert, GP. & Jeurissen, PPT. (2018). Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation. *BMJ Open* 8(9), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30196269/>
- Ylitalo-Katajisto, K. (2019). *Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveystalouden yhteen kokoaminen*. [Väitöskirja, Oulun yliopisto]. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526224084.pdf>
- Ylitalo-Katajisto, K., Tormanen, O., Tiirinki, H. & Suhonen, M. (2018). Profiling Frequent Attenders to Social and Health Care Services from the Perspective of Knowledge-Based Management. *International journal of caring sciences*, 11(1), 371-378.



Zippel-Schultz, B., Specka, M., Cimander, K., Eschenhagen, T., Gölz, J.,  
Maryschok, M., Nowak, M., Poehlke, T., Stöver, H., Helms, TM. &  
Scherbaum, N. Outcomes of Patients in Long-Term Opioid Maintenance Treatment. *Subst Use Misuse* 51(11),1493–503.  
[10.1080/10826084.2016.1188946](https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1188946)

LIITE 1 Päivittäisen hoitotyön kirjausten teemoittelu monialaisen ja -ammattillisen työn mukaan

Omaiset	Kolmas sektori	Sairaalat, poliklinikat
Terveysasema	Päihdekuntoutus	Psykiatria
Kela	Alueen aikuissosiaalityö	Päihdevieroitus ja -kuntoutus
Asumisyksikkö	Kuntouttava työtoiminta	Työllisyyspalvelut
Vankila	Suun terveys	Fysioterapia
Päihdepoliklinikan toimintaterapeutti	Päihdepoliklinikan aikuissosiaalityöntekijä	Päihdepoliklinikan psykologi

## LIITE 2 Hoitosuunnitelmien sisällön teemat

Päihteiden käyttö	Asumiseen liittyvät asiat	Arjentaidot, elämäntaidot
Päivärytmi, mielekäs tekeminen	Ihmissuhteet	Psyykinen vointi, mieliala
Somaattinen terveys, lääkitys	Viranomaisasiointi	Korvaushoidon sujuminen, korvaushoitolääkitys
Tavoitteen asettelu	Päihdevieroitus- ja kuntoutus	Vertaistuki
Arjen asioiden hoitaminen	Taloudelliset asiat	Päihdehoidon historia
	Työllistymiseen liittyvät asiat	