



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

”Saattaen, vaihtaen” Mielenterveys - ja päihdepalveluiden ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen

Luokkanen, Saara

2015 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

”Saattaen, vaihtaen” Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen

Luokkanen, Saara
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2015

Luokkanen Saara

”Saattaen, vaihtaen” Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen

Vuosi 2015 Sivumäärä 41

Tämä opinnäytetyö tehtiin Laurea-ammattikorkeakoulun ja Perusturvakuntayhtymä Karviaisen yhteistyönä. Tämän opinnäytetyön toteutti Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija.

Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija selvitti Perusturvakuntayhtymä Karviaisen avopalveluiden psykiatrisen sairaanhoitajan ja päihdetyöntekijän näkemyksiä kotihoidon työntekijöiden ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteistyön kehittämisen tarpeista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata päihdetyöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan näkemyksiä siitä minkälaista yhteistyötä tulisi tehdä, jotta asiakkaan palvelut toteutettaisiin yhdessä ja yhteistyössä kaikkien osapuolten kanssa. Huomiota kiinnitettiin lisäksi siihen, miten palvelut saataisiin mahdollisimman asiakaslähtöisiksi huomioiden myös sairaalasta kotiin palaamisen. Tavoitteena oli myös tuottaa konkreettisia työvälineitä arjen työhön ja rakentaa hoitopolku näiden perusteella. Opinnäytetyön tutkimusote on laadullinen tutkimus. Opinnäytetyön toteuttaja haastatteli psykiatrista sairaanhoitajaa ja päihdetyöntekijää ja saatu aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.

Teoreettinen viitekehys koostui opinnäytetyön keskeisistä käsitteistä, joita ovat mielenterveys- ja päihdepalvelut, kotihoito, asiakaslähtöisyys ja hoitopolku. Keskeisten käsitteiden pohjalta muodostettiin teemahaastattelurunko, jota käytettiin haastatteluista tehtäessä.

Haastatteluin kerätty aineisto osoitti, että avohoidon mielenterveys- ja päihdepalvelut ja kotihoidon työntekijät eivät tee tiivistä yhteistyötä kotihoidon asiakkaiden asioissa. Yhteistyötä tulisi lisätä pitämällä yhteistyöpalavereita sekä lisäämällä konsultaatiota. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden keskeisimmät kehittämiskohteet liittyvät kotihoidon työntekijöiden osaamisen kehittämiseen vanhusten mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä, uusin toimintamuotojen luomiseen sekä monialaisen yhteistyön lisäämiseen.

Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuudesta, laadusta ja kokonaisuudesta. Tutkimuksessa tarkasteltaisiin kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä siitä, vastaako nykyinen mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelujärjestelmä heidän tarpeitaan. Lisäksi tarkasteltaisiin miten vanhusten yhtäläinen ihmisarvo toteutuu nykyisessä mielenterveys- ja päihdehoitotyön palvelujärjestelmässä.

Asiasanat: mielenterveys- ja päihdepalvelut, kotihoito, asiakaslähtöisyys, hoitopolku

Luokkanen Saara

“Accompanying, taking care” Developing cooperation of mental health and substance abuse service and home care

Year	2015	Pages	41
------	------	-------	----

This thesis was done in cooperation Laurea University of Applied Sciences and Municipal Authority for Social Services and Health Care Karviainen. This thesis was carried out by a nursing student of Laurea University of Applied Sciences.

The nursing student of Laurea University of Applied Sciences elucidated the views of a psychiatric nurse and a substance abuse counsellor of Municipal Authority for Social Services and Health Care Karviainen about the need to improve the cooperation between the home care workers and the services of mental health and substance abuse. The purpose of this thesis was to describe psychiatric nurse's and substance abuse counsellor's views concerning the kind of cooperation that should be carried out in a way that the service of the customer would be accomplished jointly and in cooperation with all the parties. In addition to that, attention was also paid to on how to make the services as customer-oriented as possible also considering discharge and return back home. The aim was also to produce concrete tools for work and to build a care pathway based on them. The research method of this thesis is qualitative research. The author of this thesis interviewed the psychiatric nurse and the substance abuse counsellor and the obtained data was analyzed by content analysis.

The theoretical frame of reference consisted of the central concepts of the thesis which are mental health and substance abuse services, home care, customer-orientation and care pathway.

A theme interview framework was formed on the basis of key concepts and it was used when making the interviews.

The material collected by interviews showed that the outpatient care mental health and substance abuse services and the workers of the home care do not cooperate on the issues of the customers of home care. Cooperation should be increased by having cooperation meetings and by increasing consultation. Mental health and substance abuse services' most central development targets are related to developing home care workers' know-how in senior mental health and substance abuse work, creating new forms of activities and increasing multidisciplinary cooperation.

A subject for further research could be home care customers' views concerning the availability, quality and integrity of mental health and substance abuse services. The research would survey home care customers' views about of current mental health and substance abuse services service system and how it meets the needs of the customers'. In addition to these the research would also survey that how the senior citizens' human dignity is being realized in current mental health and substance abuse services' service system.

Key words: mental health and substance abuse services, home care, customer orientation, clinical pathway

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoria	7
2.1	Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämisen tarve	7
2.2	Päihde- ja mielenterveysongelmat.....	8
2.3	Asiakaslähtöisyys	10
2.4	Mielenterveys ja päihdepalvelut	11
2.5	Kotihoito	13
2.6	Hoitopolku	14
3	Tutkimuskysymykset.....	15
4	Tutkimusmenetelmät.....	15
4.1	Teemahaastattelu.....	16
4.2	Sisällön analysointi.....	16
4.3	Tutkimuksen toteutus	17
4.4	Tutkimuksen otos	17
5	Tutkimustulokset.....	17
5.1	Päihde - ja mielenterveyspalvelut	18
5.1.1	Matalat kynnyksen palvelut	18
5.1.2	Terveyskeskuspalvelut.....	19
5.1.3	Laitohoito.....	19
5.1.4	Erikoissairaanhoidon palvelut	19
5.1.5	Palveluiden saatavuus	20
5.2	Asiakaslähtöisyys	20
5.2.1	Hoitajien näkemyksiä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta	20
5.2.2	Asiakkaan rooli ja vapaaehtoisuus	21
5.3	Palveluiden kehittämisen tarve.....	22
5.3.1	Yhteistyön lisääminen	22
5.3.2	Lisäkoulutuksen tarve	23
5.3.3	Kehittämisehdotuksia palveluiden parantamiseksi	24
6	Pohdinta	25
6.1	Tutkimuksen luotettavuus	25
6.2	Tutkimuseettiset kysymykset	26
6.3	Tutkimustulosten tarkastelua	27
6.4	Lopuksi	30
	Lähteet	33
	Kuviot	36
	Liitteet.....	37

1 Johdanto

Opinnäytetyön aiheena on asiakaslähtöiset mielenterveys- ja päihdepalvelut kotihoidon tukena sekä hoitopolun rakentaminen kotihoidon ja muiden palvelujen välille. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää kotihoidon päihdetyöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan näkemyksiä mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja kotihoidon yhteistyön kehittämisen tarpeesta. Tarkoituksena on kuvata päihdetyöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan näkemyksiä minkälaista yhteistyötä tulisi tehdä, jotta asiakkaan palvelut toteutettaisiin yhdessä yhteistyössä kaikkien osapuolten kanssa. Huomiota kiinnitetään lisäksi siihen, miten palvelut saataisiin mahdollisimman asiakaslähtöisiksi huomioiden myös sairaalasta kotiin palaamisen. Tavoitteena on myös tuottaa konkreettisia työvälineitä arjen työhön ja rakentaa hoitopolku näiden perusteella. Aihe on ajankohtainen, sillä viime vuosina on havahduttu ikääntyvien päihteiden käytön yleisyyteen sekä mielenterveysongelmien runsauteen. Kotipalveluiden tarve kasvaa maassamme voimakkaasti, mikä asettaa isoja haasteita kotiin tuotaville palveluille käytettävissä oleviin voimavaroihin nähden. (Valvira 2015.)

Vanhusten alkoholin käyttö on lisääntyvä ongelma, ja se on yhteydessä yksinäisyyteen ja masentuneisuuteen (Laatikainen 2009, 21.) On tärkeää kehittää sellaisia työvälineitä, joiden avulla kotihoidon asiakkaat pääsisivät mahdollisimman varhain hoidon ja palveluiden piiriin. Kattavien hoito- ja palveluketjujen puuttuminen voi johtaa syrjäytymiseen ja henkilökohtaisen kärsimyksen lisääntymiseen.

Päihdehuoltolaki (1986/41) velvoittaa päihdehuollon alalla olevien viranomaisten ja järjestöjen toimimaan yhteistyössä. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen on myös lakiin kirjattuna. (Finlex 2013.)

Mielenterveys ja päihdeongelmat liittyvät usein toisiinsa, sillä terveydenhuollossa on huomattu, että ikääntyvien hallitsematon päihteidenkäyttö ilmenee usein kliinisinä oireina.

Päihteitä käyttävän vanhuksen oireita voi olla mielialavaihtelut, masentuneisuus, epänormaali käytös, sekavuus, päivittäistoimintojen hallitsemattomuus sekä tapaturma-alttius. (Laapio 2007, 47.)

Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Perusturvakuntayhtymä Karviaisen kanssa. Perusturvakuntayhtymä Karviainen on Läntisellä Uudellamaalla toimiva Vihdin kunnan ja Karkkilan kaupungin muodostama perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kuntayhtymä. Karviaisen väestöpohja on noin 37 800 asukasta ja henkilökuntaa kuntayhtymän eri tehtävissä työskentelee noin 450 henkilöä. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2013.)

Opinnäytetyö on osa Pumppu-hanketta, joka on kuuden eri osatoteuttajan teemahanke. Päättyneen Pumppu-hankkeen tavoitteena oli kehittää ja edistää kansalaislähtöisiä hyvinvointipalveluja neljän maakunnan alueella. Hankkeen avulla pyrittiin kehittämään sellaisia monituotajuuden toimintatapoja, jotka olisivat kansalaislähtöisiä ja saumattomia.

Pumppu-hankkeen avulla pyrittiin vahvistamaan yksittäisen kansalaisen roolia palveluprosessissa. Tavoitteena oli lisäksi se, että palvelut olisivat tarvelähtöisiä. Pumppu-hankkeen avulla pyrittiin saamaan yhteen asiakkaat ja palveluiden tarjoajat. Laurea ammattikorkeakoulu on ollut mukana hankkeessa PolkuPärjäin osahankkeella, jonka tarkoituksena oli luoda kansalaislähtöiset saumattomat hyvinvointipolut ja palvelut. Hankkeen avulla pyrittiin parantamaan kansalaisten tarvitsemia palveluita sekä kehittämään käytäntöjä myös tulevaisuuden tarpeisiin. Osahankkeen tavoitteena oli saada alueen eri toimijat toimimaan yhdessä yli sektorirajojen, jotta kuntien palvelustrategioista tulee osa kansalaisten arkea. (Pumppu-hanke 2013.)

2 Teoria

2.1 Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämisen tarve

Maailman terveysjärjestön WHO:n tekemän arvion mukaan joka neljäs ihminen kokee jonkun mielenterveysongelman elämänsä aikana. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyy yleensä epäsuotuisa leima, stigma joka vaikuttaa ongelmien kanssa painivien kohteluun. Valtaväestö sulkee usein mielenterveys- ja päihdeongelmaiset yhteisöjen ulkopuolelle. Mielenterveyskuntoutujat ovat sen vuoksi usein syrjäytyneitä ja heidän ihmisoikeutensa ovat vaarassa tulla loukatuksi. Pahimmillaan ihmisoikeuksien luokkaukset johtavat kaltoinkohteluun ja lisäävät karsimystä. (THL-Raportti 2011.) Euroopan komission teettämän tutkimuksen mukaan vanhuksilla ja mielenterveysongelmista kärsivillä on suuri riski joutua sosiaalisesti syrjäytyneiksi niin terveyspalveluista, kuin koko yhteiskunnasta. Tutkimuksen mukaan suurin syy syrjäytymisuhkaan on mielenterveyden ongelmista kärsivän saama leima, joka vaikuttaa niin valtaväestön kuin terveydenhuollon ammattilaisten suhtautumiseen. (European Commission 2008.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen raportin mukaan mielenterveyden häiriöt ovat usein alihoitettuja ja mielenterveyspalveluiden saatavuus ja laatu vaihtelee. Alihoitoa selittävät palveluntarjoajaan liittyvät ja potilaslähtöiset tekijät. Palveluntarjoajiin liittyviä tekijöitä ovat heikot mielenterveydenhäiriöitä koskevat tiedot, huonot ihmissuhdetaidot, stigma sekä ajan riittämättömyys häiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen. Potilaslähtöisiä syitä ovat oireiden tunnistamattomuus, oireiden vakavuuden vähätteleminen, haluttomuus tavata mielenterveys-työtä tekeviä ammattilaisia leimautumisen pelossa sekä heikko sitoutuminen hoitoon. (THL-Raportti 2011, 25.)

Tarkasteltaessa iäkkäiden ihmisten mielenterveyttä kansallisten ja kansainvälisten politiikka-ohjelmien kautta, voidaan todeta ikäihmisten sijoittuvan vähemmistöön mielenterveyspalveluiden saatavuudessa. Ammattilaisten osaaminen vanhusten mielenterveysongelmien kohtamisen on myös puutteellista. Mielenterveyspalveluita ei ole riittävästi saatavilla eikä mielenterveysosaaminen ole riittävä. Ikäihmisten psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseen ja mielenterveyden ehkäisemiseen tarvitaan seuraavia keinoja: tasavertaisen ihmisarvon tunnistaminen kaikkina ikäkausina, psyykkisiin ongelmiin liittyvien virhekäsitysten oikaiseminen, tasavertainen oikeus palveluihin, ikäihmisten mielenterveysongelmien vähätteleminen lopettaminen sekä yhteistyön kehittäminen. Myös palvelujärjestelmien osaamisen kehittäminen, yhteistyön vahvistaminen ja poliittiset päätökset nähdään iäkkäiden mielenterveyttä edistävinä tekijöinä. (Pietilä & Saarenheimo 2011, 70.)

Pohjois- Suomessa tehdyn mielenterveys- ja päihdepalveluiden nykytilaselvityksen mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien ihmisten ongelmana on leimautumisen pelko ja yhteisöllisyyden vähentyminen. Selvityksen mukaan palvelujärjestelmän kehittämiseksi voitaisiin panostaa seuraaviin asioihin: tiedonkulun- ja yhteistyön kehittäminen, mielenterveys- ja päihdeosaamisen lisääminen peruspalveluissa, mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistäminen, avo- ja matalan kynnyksen palveluiden kehittäminen ja lisääminen, mahdollisimman varhainen puuttuminen sekä resurssien lisääminen. (Thl-raportti 2011.)

Vanhusten akuutisti ilmenevät mielenterveyshäiriöt vaativat usein nopeaa etiologista selvittelyä ja hoidon aloittamista. Vain muutamissa suurimmissa keskuksissa maassamme on sellaisia laadukkaita, vanhuspsykiatriaan erikoistuneita hoitopaikkoja, joissa kyetään asianmukaiseen diagnostiikkaan, hoitomuotojen- ja mahdollisuuksien arviointiin sekä hoidon aloitukseen. Nykyistä psykiatria hoito- ja palvelujärjestelmää ei ole suunniteltu lisääntyvän vanhusväestön tarpeita vastaavaksi eikä järjestelmä ole varautunut vanhusten määrän lisääntymisen mukaan tuomaan palveluiden tarpeen muutokseen. Tällä hetkellä mielenterveystoimistot tarjoavat pääasiassa työikäisten ja nuorten aikuisten palveluja ja osa niistä kieltäytyy hoitamasta vanhempia kuin 65 vuotiaita. Maassamme on vain muutama vanhuspsykiatriaan erikoistunut poliklinikka. Perusterveydenhuollolla on myös rajallinen kyky ja kapasiteetti hoitaa psykogeriatrisia potilaita, eikä useassa kunnassa ole konsultaatiopalveluita. Myös ikääntyneille tarkoitettujen psykiatristen laitospaikkojen käyttö vaihtelee alueittain. (Leinonen 2011, 371-372.)

2.2 Päihde- ja mielenterveysongelmat

Suomalaisten alkoholin käytöstä ollaan oltu huolissaan jo pitkään. Alkoholin kulutus on runsasta ja juominen on aiempaa humalahakuisempaa. Alkoholin käytöstä aiheutuvat haitat ovat erittäin suuret ja alkoholin aiheuttamat terveydelliset ja sosiaaliset haitat ovat yleistyneet. Runsas ja pitkäaikainen alkoholin käyttö on vakava terveysriski ja alkoholin kulutuksen kasvu

lisää myös palvelutarvetta sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Alkoholiohjelma 2008-2011.)
 Päihderiippuvuus on yhteydessä vakaviin mielenterveyden häiriöihin. Häiriöt liittyvät päihderiippuvuuteen ja päihteistä vieroittumiseen. Ahdistukseen alkoholi vaikuttaa aluksi ahdistusta lieventävästi, käytön jatkuessa se lisää ahdistusoireita. Alkoholiriippuvuuden ja psyykkisen sairauden esiintymisestä yhdessä käytetään nimeä kaksoisdiagnoosi. (Paakeli- Kuronen, Halonen, Kylmä & Korhonen 2009, 133.)

Eläkeikäikäisten 65- 84 vuotiaiden suomalaisten alkoholin käyttö on lisääntynyt verrattaessa sitä vuoteen 1993. Etenkin 65-74 vuotiaat miehet ovat lisänneet alkoholin käyttöönsä. Useampi kuin joka neljäs käyttää vähintään 8 annosta alkoholia viikossa. Myös täysin raittiiden eläkeikäisten osuus on vähentynyt pitkällä aikavälillä. (Holstila, Helakorpi & Uutela 2012, 18.)

Masennus ja muistisairaudet ovat tyypillisiä ikääntyneiden mielenterveyden häiriöitä. Muistisairauden ja masennuksen tunnistaminen ja erottaminen toisistaan nähdään haasteena. Terveyden sekä toiminta- ja kognitiivisten kykyjen heikkeneminen ja menetys sekä sosiaalisen verkoston kapeneminen lisää ikääntyneiden mielenterveysongelmien ja itsemurhien riskiä. Iäkkäiden mielenterveyden ongelmat näyttäytyvät sosiaalisina, yksinäisyyteen ja tarpeettomuuden kokemukseen liittyvinä ongelmina. Toimintakyvyn heikkeneminen ja sairauksien lisääntyminen vaikuttaa oleellisesti iäkkäiden ihmisten mielenterveyteen. Iäkkäiden mielenterveyttä tarkasteltaessa on myös kiinnitettävä huomiota siihen, että iäkkäät tekevät suhteellisesti eniten itsemurhia EU: n alueella. (Pietilä & Saarenheimo 2010, 22-23.)

Kotihoidon asiakkaiden parissa toteutetun psyykkistä hyvinvointia ja hoitajien psykososiaalisen tuen antamista kartoittavan tutkimuksen mukaan suurin osa (79 %) asiakkaista oli elämäntalouksellisia ja tyytyväisiä elämäänsä. Tutkimukseen osallistuneista 62 % koki itsensä masentuneeksi ja 54 % kärsi yksinäisyydestä. (Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho & Ruotsalo 2012, 19.) Tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaat olivat tyytymättömiä saamaansa psykososiaaliseen tukeen ja kokivat sen riittämättömäksi. Kotihoidon työntekijöillä on keskeinen rooli ikäihmisten hyvinvointia uhkaavien tekijöiden tunnistamisessa, sillä säännöllisten kotikäyntien yhteydessä heillä on mahdollisuus nähdä vanhusten kokonaistilanteessa tapahtuvat muutokset. (Eloranta ym. 2012,14.) Kunnallinen kotihoito on nykyään säännösteltyä ja vanhuksille kyetään tarjoamaan vain välttämättömimmät palvelut. Lisäksi palvelut ovat hajaantuneita ja kiire vaivaa työntekijöitä. Nykypäivän vanhustyössä vanhenemiseen liittyvät kysymykset tulisi nähdä eri ammattiryhmien edustajien yhteisenä työkenttänä ja siksi laaja-alaista yhteistyötä tulisi arvostaa enemmän kuin aikaisemmin. (Eloranta ym. 2012, 22.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmilla on suuri vaikutus kansanterveyteen ja kansantalouteen. Maamme väestön mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat vakavia ihmisten elämänlaatua, ter-

veyttä ja hyvinvointia rajoittavia tekijöitä. Mielen terveys- ja päihdeongelmien vaikutukset näkyvät niin terveydenhuollon kuin sosiaalitoimen asiakastyötä tekevien vastaanotoilla. Masennus on kansanterveydellisesti tarkasteltaessa keskeisin mielen terveyshäiriöiden ryhmä. Huomattava väestön osa kärsii masennuksesta ja sen aiheuttamista ongelmista. Yleisestä väestön terveydentilan paranemista huolimatta muut mielen terveydenhäiriöt, kuten ahdistuneisuus, uniongelmat, väsymys ja syömishäiriöt eivät ole vähentyneet. (Bäckmand & Lönnqvist 2009, 7.)

2.3 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyyden keskeinen elementti on asiakkaan ja hänen lähipiirinsä tarpeet. Asiakkaan palvelut toteutetaan sen mukaan, mitkä ovat hänen tarpeensa. Asiakaslähtöisyyden noudattamisessa keskeistä on asiakkaan omien voimavarojen vahvistaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Parhaimmillaan asiakaslähtöisyys vahvistaa avoimuutta ja kumppanuutta asiakassuhteissa. (Keronen 2013.)

Asiakaslähtöisyyden määritelmät ovat usein tieteenalakohtaisia. Sosiaalitieteet tarkastelevat asiakaslähtöisyyttä ja sen toteutumista organisaatiotasolla, hoitotiede hoitoa toteuttavan yhteisön käytännön toiminnan kautta ja lääketiede potilaan ja lääkärin välisenä vuorovaikutuksena. Asiakkaan ja ammattilaisen välinen suhde on viimeisten vuosikymmenten aikana muuttunut demokraattisemmaksi, neuvottelevaksi kumppanuudeksi. Silti terveydenhuollon ammattilaisten suhde on epäsymmetrinen valtasuhde, mikä ilmenee erityisesti äkillistä hoitoa vaativissa tilanteissa. Asiakkaalla tulisi kuitenkin olla aktiivinen rooli omassa hoito- ja kuntoutumisprosessissa, etenkin kroonisten sairauksien hoidossa. (Pitkälä, Savikko & Routasalo 2006.)

Potilaslähtöisyys on yleisesti tunnustettu periaate, jota käytetään usein, kun pohditaan terveyspoliittisia kysymyksiä. Se pitää sisällään monta erilaista aspektia, ja tavoitteena voidaan nähdä olevan potilaan osallisuuden vahvistamisen, voimaantumisen edistämisen sekä potilaan itsearvostuksen ja kunnioituksen säilyttämisen. Potilaslähtöinen periaate on haaste erityisesti silloin, kun potilas ei itse kykene huolehtimaan itsestään ja asioistaan. Tällöin hoitaja joutuu tekemään päätöksiä potilaan puolesta. (Abley 2012, 42-46.)

Hoitotyön arvona asiakaslähtöisyys voi tarkoittaa seuraavia asioita: hoito perustuu asiakkaan ja omaisten kanssa yhdessä laadittuihin realistisiin tavoitteisiin, asiakkaasta välitetään aidos-ti, asiakas tulee kuulluksi ja hoitajan toimet vastaavat asiakkaan tarpeita. Moniammatillisen yhteistyön perustana tulee olla potilaan omat voimavarat ja tavoitteeksi tulee asettaa asiakkaan toimintakyvyn säilyttäminen ja edistäminen. (Vuorinen 2013) Kansalliseen mielen terveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteena on asiakkaan aseman vahvistaminen omassa kuntoutumisprosessissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Laitila, Mikkonen & Pietilä (2009) ovat tutkineet asiakkaiden käsityksiä osallisuudesta mielen-terveys- ja päihdetyössä. Tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden mukaan asiakaslähtöisyys on toimintaa, joka liittyy erityisesti hoitoon ja kuntoutukseen asetettuihin tavoitteisiin. Heidän mukaansa asiakaslähtöisen työskentelyn perustana on asiakas, hänen oma näkemyksensä ongelmistaan ja hoidon tavoitteista. Tärkeää on se, mitä asiakas itse odottaa hoitohenkilökunnalta ja mihin hän omasta mielestään kokee tarvitsevansa tukea. Työntekijän tehtävänä on olla tarjoamassa apua ja tukea asiakkaalle. Tutkimuksessa ilmeni, että asiakkaiden mielestä asiakaslähtöisyys on usein pelkkää retoriikkaa tai se ei kuulu mielenterveys - ja päihdetyöhön. Asiakaslähtöisyydellä nähtiin olevan kolme eri tasoa: organisaatioiden asiakaslähtöinen toiminta, asiakaslähtöinen yhteistyösuhde sekä ammattilaisten asiakaslähtöinen toiminta. Tähän tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden mukaan asiakaslähtöisellä työskentelytavalla oli myönteisiä vaikutuksia yhteistyösuhteelle, asiakkaalle ja työntekijälle. (Laitila, Mikkonen & Pietilä 2012, 2,122-124.)

2.4 Mielenterveys ja päihdepalvelut

Mielenterveysongelmien hoitoon tarvitaan monenlaisia hoitoja ja palveluja. Vuonna 2006 erilaisia psykiatrisia avokäyntejä on tilastoitu yli 2 miljoonaa. Mielenterveyslaki (1116/1990) määrittelee mielenterveystyön ja säätelee mielenterveyspalvelujen järjestämisestä. Määritellyn mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn sekä yksilöllisen kasvun edistämistä sekä mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, hoitamista ja lievittämistä. Mielenterveyspalvelut kattavat lääketieteellisin perustein annettavat palvelut sekä elinolosuhteiden kehittämisen sellaisiksi, että ne ennaltaehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntyä. (Etene; Finlex 2013 ; Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 281.) Mielenterveysongelmilla on yhteys päihdeongelmiin ja niitä tulee hoitaa ja tarkastella samanaikaisesti. On arvioitu, että mielenterveyspalveluiden käyttäjillä on entistä enemmän myös päihdeongelmia. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 255.)

Raittiustyölaki (1982/828) säätelee päihdetyön toteuttamisesta. Raittiustyön päämääränä on totuttaa kansalaiset terveellisiin elämäntapoihin ja ohjata heitä välttämään päihteitä ja tupakanpolttoa. Käytännön raittiustyötä tekevät kunnat sekä raittius - ja kansanterveysjärjestöt. (Finlex 2013.)

Päihdehuoltolain (1986/41) mukaan päihdehuollon tarkoituksena on ennaltaehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä vähentää päihteidenkäyttöön liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Lain tarkoituksena on myös edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja läheisten turvallisuutta ja toimintakykyä. Tässä yhteydessä päihteillä tarkoitetaan alkoholi-juomia sekä muita päihtymiseen käytettäviä valmisteita. Kunnan tehtävänä on järjestää päih-

dehuoltoa kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan. Viranomaisten on ehkäistävä sellaisten elinolojen ja elämäntapojen syntymistä, jotka lisäävät päihteiden ongelmakäyttöä. Sosiaalilautakunnan ja terveyslautakunnan tulee välittää tietoa asiantuntijoille, asukkaille ja yhteisöille päihteiden ongelmakäytön syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen liittyvistä tekijöistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tulee kehittää niin, että palveluiden avulla kyetään riittävästi hoitamaan päihdeongelmaisia sekä tarpeen tullen ohjaamaan päihdehuollon palveluiden piiriin. Päihdehuollon palvelut tulee lain mukaan järjestää niin, että niihin voi hakeutua oma-aloitteisesti ja ne tukevat asiakkaan itsenäistä selviytymistä. Hoidon tulee olla luotamuksellista ja siinä tulee huomioida päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu. Tarvittaessa tulee auttaa päihdeongelmaista ratkaisemaan myös asumiseen ja toimeentuloon liittyviä ongelmia. (Finlex 2013.)

Vuonna 2014 uudistetun sosiaalihuoltolain (1302/2014) mukaan sosiaalihuollon tulee tukea ihmisten hyvinvointia ja perusoikeuksien toteutumista sekä ennaltaehkäistä ja vähentää sosiaalisia ongelmia. Uudistetussa laissa painopiste siirretään erityispalveluista yleispalveluihin, vahvistetaan asiakkaiden yhdenvertaisuuden toteuttamista sekä tiivistetään viranomaisten välistä yhteistyötä. Asiakaskeskeisyyden edistämiseksi laissa määritellään ne asiakkaan tuen tarpeet, joiden perusteella sosiaalipalveluja ja muuta sosiaalihuoltoa järjestetään. Asiakkaalla on subjektiivinen oikeus palveluihin, joiden avulla turvataan välttämätön huolenpito ja toimeentulo. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015; Eduskunta 2015.)

Päihdepalveluiden määrä ja muoto vaihtelevat kunnittain, huolimatta siitä, että päihdepalvelulaki on sama kaikille. Jokaisen kunnan sosiaalitoimistosta ja terveyskeskuksesta saa tietoa, miten päihdepalvelut on siellä järjestetty. Päihdepalvelut järjestetään ensisijaisesti avohuollon toimenpitein ja keskeisenä periaatteena on, että palveluiden piiriin voi hakeutua helposti ja oma-aloitteisesti. Ennaltaehkäisevä päihdetyön ja varhaisen puuttumisen merkitystä korostetaan tämän päivän päihdetyössä. A-klinikkasäätiö ylläpitää avomuotoista päihdekuntoutusta, jonka toiminta perustuu asiakkaan itsemääräämisoikeuteen ja vapaaehtoisuuteen. (Lappalainen- Lehto ym. 2007, 137.) A-klinikkasäätiö on voittoa tavoittelematon järjestö- ja palveluntuottaja, joka tuottaa päihdehoito- ja kuntoutuspalveluita, toteuttaa ennaltaehkäisevää päihdetyötä, pyrkii vähentämään päihdehaittoja sekä tekee työtä omaisten aseman vahvistamiseksi (A-klinikkasäätiö 2015.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut kansallisen Mieli 2009 mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, jonka tavoitteena on: vahvistaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asemaa, edistää mielenterveyttä ja päihteettömyyttä, korostaa avo- ja peruspalveluja mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä sekä vahvistaa molempien palvelujen ohjauskeinoja. Palveluiden kehittämisessä painotetaan matalaa kynnystä hoitoon menemisessä ja pyritään yhden oven periaatteeseen, jolloin mielenterveyshäiriöiden ja päihdehoidon palvelut olisivat yhdistettyjä

avohoidon palveluita. Suunnitelman toimeenpano edellyttää muutoksia lainsäädännössä, resurssien kohdentamista mielenterveys - ja päihdetyöhön, sekä osaamisen kehittämistä koulutuksen avulla. Suunnitelma on vuoteen 2015 saakka. Mielenterveys ja päihdeongelmiin liittyy usein myös sosiaalista huono-osaisuutta sairastavuuden lisäksi. Mielenterveys- ja päihdetyön yhteisellä valtakunnallisella järjestämisellä pyritään ennaltaehkäisemään ja korjaamaan näitä ongelmia laajasti yhteiskunnan eri osa-alueilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

2.5 Kotihoito

Sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) perustuvan kotipalvelun ja kansanterveyslakiin perustuva kotisairaanhoito voidaan yhdistää kotihoidoksi, jos kunta tuottaa itse sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon tarjoamat palvelut. Kotipalvelu antaa tukea ja apua, kun asiakas tarvitsee kotiin apua sairauden tai heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Kotipalvelun työntekijät auttavat asiakasta selviytymään arkipäivän askareissa ja esimerkiksi hygienian hoitamisessa. Kotipalvelun työntekijät ovat kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia. Kotipalvelun työntekijät tarkkailevat myös asiakkaan vointia ja antavat neuvoa palveluun liittyvissä asioissa myös omaisille. Useissa kunnissa palvelua voi saada myös iltaisin ja viikonloppuina. Tukipalvelut ovat kotipalvelua täydentäviä palveluita. Ne voivat olla esimerkiksi ateriapalveluita, siivousta tai kuljetuspalvelua. (Sosiaali - ja terveysministeriö 2013.)

Kotisairaanhoidon tehtävänä on suorittaa asiakkaan omassa kodissa lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia toimenpiteitä. Kotisairaanhoitaja ottaa erilaisia näytteitä asiakkaasta, valvoo lääkitystä ja sen toteutumista ja tarkkailee asiakkaan kokonaisvaltaista vointia. Kotona voidaan järjestää myös vaativampaa sairaanhoitoa, joka voi olla esimerkiksi saattohoitoa. Omaisten tukeminen kuuluu myös kotisairaanhoidon osa-alueisiin. Kotisairaanhoidon henkilöstö muodostuu pääasiassa sairaanhoitajista. (Sosiaali - ja terveysministeriö 2013.)

Laadukkaan kotisairaanhoidon perustana on asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja asiakkaan kuntoutumisen edistäminen. Palveluita voivat saada ikäihmiset, vammaiset ja eri tavoin sairaat. Lapsiperheet voivat saada kotipalvelua sairastumis- tai kriisitilanteessa. Kotipalvelujen saamisesta päättää kotipalvelun esimies, ja palvelun käyttäjän kanssa tehdään yhdessä palvelu- ja hoitosuunnitelma. Palvelu- ja hoitosuunnitelman toteutumista seurataan ja se tarkistetaan, jos palvelujen tarve muuttuu. Kunnan terveyskeskus vastaa kotisairaanhoidon toteuttamisesta ja kotisairaanhoidosta vastaava lääkäri määrää tarvittavat hoitotoimenpiteet. Kotipalvelu on maksullista palvelua ja maksu peritään sen mukaan, onko tarve tilapäinen vai jatkuva. Jos avuntarve on jatkuvaa, kuukausimaksu määräytyy perheeseen ja tulojen perusteella. (Sosiaali - ja terveysministeriö 2013.)

Kotihoidon tavoitteena on tukea ja olla apuna arkipäiväisen elämän sujumisessa. Taustalla on toive siitä, että asiakas itse pyrkisi ottamaan vastuun omasta elämästään heti, kun omat voimavarat siihen riittävät. Työntekijät ovat kokeneet, että työ päihdeasiakkaiden keskuudessa on haastavaa ja turhauttavaa, koska alkoholinkäyttöä on vaikea ottaa puheeksi. (Laapio 2007, 47-56.) Laapio (2007) on tutkinut kotihoidon henkilöstön valmiuksia kohdata alkoholia käyttäviä ikääntyneitä asiakkaita. Tutkimuksen mukaan enemmistö pääkaupunkiseudun kotihoidon ikääntyvästä väestöstä ei käytä alkoholia. Alkoholien käyttävien alkoholin käyttömäärät vaihtelevat lasillisesta pitkiin ryyppyputkiin. Eriyksen ongelmalliseksi alkoholinkäyttö muuttuu lääkkeiden käytön yhteydessä, koska työntekijät joutuvat arvioimaan onko asiakas päihtynyt, lääkkeiden vaikutuksen alainen vai sekavassa tilassa jostain muusta syystä. Alkoholien käyttö kotihoidossa on ongelmallista myös siksi, että kotihoidon asiakkaat haluavat itse päättää omasta elämästään, vaikka kotihoidon ammattilaiset määrittelevät heille tiettyjä pakkoja ja kontrolloivat heidän elämäänsä. Päihdeasiakas tulisikin nähdä myös oman elämänsä asiantuntijana ja kotihoidon henkilöstön tulisi toimia moninaisuutta kunnioittaen ja kumppanuutta korostaen. (Laapio 2007, 47-56.)

Kotona toteutettava hoito koetaan usein mielekkäämmäksi, kuin laitoshoido.

Skitsofreniaa sairastavien vanhusten kohdalla kotona toteutettava hoito oli kustannustehokkaampaa, kuin sairaalassa toteutettu. Lisäksi potilaat ja omaiset olivat kotihoitoon tyytyväisempiä kuin sairaalassa toteutettuun hoitoon (Murphy, Irving, Adams & Driver 2012.)

2.6 Hoitopolku

Hoitopolulle ei ole olemassa yhtä tiettyä yksiselitteistä määritelmää. Kirjallisuudessa käytetään rinnakkain ja samassa merkityksessä eri termejä. Rinnakkaistermejä ovat hoitoketju, palveluketju ja hoitoprosessi. Hoitopolku on tietyn hoito-organisaation sisäinen ohje potilaan hoidon järjestämisestä. Hoitopolun päämääränä on selvittää moniammatillista yhteistyötä tekeville hoitoalan ammattilaisille, kuka tekee mitäkin ja missä. (Mäntyranta, Kaila, Varonen, Mäkelä, Roine & Lappalainen 2003, 9).

Hoitoketjun keskeinen elementti on vastuun ottaminen potilaan hoidosta. Siihen sisältyy velvoite tiedonkulun varmistamisesta ja yhteistyösopimuksen pitämisestä. Hoitoketjun tavoitteena on selkiyttää hoitohenkilöstölle, mistä hoidettava potilas on tänään tulossa ja mihin hänen tulisi seuraavaksi siirtyä. Ne ovat yleensä yleisesti hyväksytyjä ja alueellisia toimintaohjeita potilaan hoidon järjestämisestä ja siihen osallistuvien tehtävistä. Hoitoketjujen laatimisen tavoitteena on turvata hoidon saatavuus, jatkuvuus ja laatu sekä turvata eri osapuolille työrauha. Parhaimmillaan potilaan luottamus hoitoon lisääntyy ja hoitotyön ammattilaiset kokevat hallitsevansa omaa työtään entistä paremmin. (Ketola, Mäntyranta, Voipio-Pulkki., Kaila & Tapio 2006,6-8.)

Hoitoketju syntyy, kun on olemassa näyttöön perustuvia hoitosuosituksia ja tarve kehittää hoitoon liittyviä käytäntöjä. Ketjut rakentuvat yhteistyöllä ja vaativat säännöllistä hoitoa ja yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Asiakkaalle ketju selventää, kuka häntä hoitaa ja tutkii, milloin, missä se tapahtuu ja kuka vastaa ja päättää hoidosta. Ammattilaiselle hoitoketju taas kertoo sen, mitä häneltä odotetaan ja keneen otetaan yhteyttä potilaan hoidon eri vaiheissa. (Vainikainen 2010.)

Englanninkielisessä maailmassa hoitopolusta käytetään termiä clinical pathway. Hoitopolun luomisen tavoitteena on lisätä hoidon järjestämisprosessin tehokkuutta, niin, että se johtaisi yksilöllisesti järjestettyihin palveluihin. (Zwaan & Umans 2012, 19-24.) Tämän tarkasteltavan mukaan hoitopolun tulisi olla hoitojen muodostama tie, jota yksilö astelee saumattomasti hoidosta toiseen.

3 Tutkimuskysymykset

1. Minkälaisia mielenterveys- ja päihdepalveluita on tarjolla kotihoidon asiakkaille?
2. Miten asiakaslähtöisyys toteutuu mielenterveys- ja päihdepalveluissa?
3. Miten palveluja tulee kehittää?

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää päihdetyöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan näkemyksiä siitä, minkälaista yhteistyötä heidän tulisi tehdä kotihoidon kanssa, jotta asiakkaan palvelut toteutettaisiin yhdessä ja yhteistyössä kaikkien osapuolten kanssa. Huomiota kiinnitetään lisäksi siihen, miten palvelut saataisiin mahdollisimman asiakaslähtöisiksi myös asiakkaan palatessa sairaalasta kotiin. Tavoitteena on myös tuottaa konkreettisia työvälineitä arjen työhön ja rakentaa hoitopolku näiden perusteella. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatrisen sairaanhoitajan ja päihdetyöntekijöiden näkemyksiä yhteistyön kehittämisen tarpeesta.

4 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus ja sen aineisto kerätään haastattelemalla päihdetyöntekijää sekä psykiatrisia sairaanhoitajia. Haastattelu toteutetaan kolmen hengen ryhmähaastatteluna. Haastattelut toteutetaan teemahaastattelun periaatteiden mukaan. Haastattelut äänitetään ja litteroidaan ja saatu materiaali analysoidaan sisällön analyysillä.

Tutkimusmenetelmä eli metodi tulee valita niin, että se tuottaa havaintoja tutkittavasta ilmiöstä. Menetelmän tulee lisäksi olla suhteutettu teoreettiseen viitekehykseen. (Alasuutari 2011, 83-84) Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus sopii aiheeseen hyvin, koska laadullisen tutkimuksen lähtökohtina ovat ihminen ja se elinpiiri, jossa eletään ja niihin liitettävät merkitykset (2007, 16). Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusote on induktiivinen: yksittäisistä havainnoista päädytään yleisempiin ja laajempiin merkityksiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007,261; Kylmä & Juvakka 2007, 22). Kun tavoitellaan mahdollisimman monitasoista näkökulmaa tutkittavalle aiheelle, kvalitatiivinen tutkimus sopii hyvin tutkimusmenetelmäksi. Kvalitatiivinen tutkimus on ihmislähtöistä ja sen tavoitteena on ymmärtää tutkimukseen osallistujien näkökulmia. (Kylmä & Juvakka 2007, 16,23; Alasuutari 2011, 83.)

4.1 Teemahaastattelu

Haastattelu perustuu ihmisten väliseen vuorovaikutukseen ja se on luonteva tapa kerätä tietoa tutkittavasta aiheesta ja ilmiöstä. Haastattelu on aina vuorovaikutteista ja sen avulla voidaan saada selville asioita, joita ei muilla menetelmillä saataisi selville. (Hirsjärvi & Hurme 2011,11.) Teemahaastattelulle on tunnusomaista, että haastattelun aihepiirit ovat etukäteen tiedossa, vaan haastattelulla ei ole tarkkaa muotoa ja etenemisjärjestystä (Hirsjärvi ym. 2007, 203). Teemahaastattelussa tutkimuksen suorittaja valitsee muutamia keskeisiä kysymyksiä tai aihepiirejä, joiden ympärille rakentaa haastattelun (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77).

4.2 Sisällön analysointi

Saatu aineistoa arvioidaan sisällön analyysillä. Analyysin jälkeen nauhoite tuhoetaan ja litteoidut tekstit hävitetään. Haastateltavien anonymiteetti pyritään säilyttämään niin, että he esiintyvät työssä nimettöminä.

Aineiston analyysi tarkoittaa saadun tutkimusaineiston lukemista ja prosessointia. Analyysillä eritellään ja luokitellaan aineistoa, sekä pyritään luomaan yleiskuvaa tutkittavasta aiheesta. Tavoitteena on kuvata ilmiötä uudenaikaisista näkökulmista. Analyysin perustana on aineiston kuvaileminen, sen avulla pyritään selvittämään tutkimuskohteiden ja ilmiöiden keskeisiä ominaisuuksia ja piirteitä. Tutkimuksen tekijän tulisi olla objektiivinen ja hänen tulisi ikään kuin häivyttää itsensä, jotta tutkittavien ääni pääsisi aidosti esille.(Hirsjärvi & Hurme 2008, 143-144.)

Sisällön analyysi on yksi laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmä ja se on käyttökelpoinen kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Laadullinen tutkimus voidaan lisäksi jaotella induktiiviseen ja deduktiiviseen analyysiin. Tällä tarkoitetaan tutkittavien ilmiöiden jaotteleminen yksittäisestä yleiseen tai yleisestä yksittäiseen.(Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-95.)

Sisällön analyysi on menettelytapa jonka avulla voidaan analysoida aineistoa systemaattisesti ja johdonmukaisuutta noudattaen. Sisällön analyysin avulla pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetysti ja ilmiöitä yleistävästi. Analyysin avulla tuotetaan luokitteluja, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. Analyysissä voidaan käyttää myös ennestään valmista viitekehystä, jonka avulla ilmiöitä luokitellaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999,4,7).

4.3 Tutkimuksen toteutus

Työ toteutetaan yksilötyönä. Työn tekeminen aloitetaan määrittelemällä keskeiset käsitteet, joiksi muodostui kotihoito, päihde- ja mielenterveyspalvelut, asiakaslähtöisyys ja hoitopolku. Näiden käsitteiden pohjalta kerätään teoria-aineisto käyttämällä lähteenä kirjallisuutta, Cinalh-, Ovid- ja Ebsco- tietokantoja, alan julkaisuja ja aihepiiristä saatavilla olevia elektronisia lähteitä. Teorian pohjalta muodostetaan teemahaastattelurunko. Työn tekemiselle haetaan lupa Karviaisen työikäisten palvelulinjajohtajalta. Työn aloitusvaiheessa ollaan yhteydessä myös päihde- ja mielenterveyshoitajien esimieheen.

Tutkimusaineisto kerätään haastattelemalla psykiatrista sairaanhoitajaa ja päihdetyöntekijää. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastatteluun osallistuville lähetetään saatekirje, jossa kuvaillaan tutkimuksen sisältöä, tavoitetta ja tarkoitusta. Haastattelut nauhoitetaan ja saatu aineisto litteroidaan ja analysoidaan sisällön analyysillä. Nauhoitettu materiaali litteroidaan sanatarkasti ja aineisto hävitetään Pumppu-hankkeen ohjeiden mukaisesti. Aineistosta esiin nousseet ilmiöt tiivistetään pelkistämällä olennaiset käsitteet sisällön analyysin periaatteiden mukaisesti.

4.4 Tutkimuksen otos

Laadullisessa tutkimuksessa otos on tutkijan valitsema harkinnanvarainen tutkittavien joukko, joka tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Jokaista haastateltavaa kohdellaan yksilönä, joka tuottaa tutkimuksen kannalta olennaista tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 58-60.) Tämän tutkimuksen otos muodostuu kahdesta tutkittavasta, psykiatrisesta sairaanhoitajasta ja päihdetyöntekijästä. Otos on pieni, mikä voi heikentää tulosten hyödynnettävyyttä. Alun perin oli tarkoitus, että otos muodostuisi neljästä mielenterveys- ja päihdehoitotyössä työskentelevästä sairaanhoitajasta, vaan tutkimukseen suostui osallistumaan vain kaksi sairaanhoitajaa.

5 Tutkimustulokset

Tutkimustuloksia analysoitaessa teemahaastattelussa saadut vastaukset analysoitiin deduktiivisen sisällön analyysin mukaan. Haastattelun keskeiset teemat pelkistettiin ja niistä etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin.

5.1 Päihde - ja mielenterveyspalvelut

5.1.1 Matalat kynnyksen palvelut

Päihde - ja mielenterveystyötä tekevien sairaanhoitajien mukaan kotihoidon asiakkaille ei ole omia päihde- ja mielenterveyspalveluita. Kotihoidon asiakkaat käyttävät samoja palveluita kuin muutkin kuntalaiset. Iso osa kotihoidon asiakkaista on pelkän kotihoidon varassa. Matalan kynnyksen palveluita ovat psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotot, päihdekliniikka ja Päihdepysäkki. Näiden palveluiden käyttäjäksi pääsee ottamalla itse puhelimitse yhteyttä. Sairaanhoitajat kokivat ongelmaksi sen, että vanhuksille ei ole omaa päihdehoitoa. He kokivat, että vanhusten mielenterveys- ja päihdehoito vaatisi sellaista erityisosaamista, mitä kotihoidon hoitajilla ei tällä hetkellä ole. Vanhusten päihdehoito on lisääntynyt, ja hyvin moni kotihoidon asiakas ei ole minkään päihdehoidon palveluiden käyttäjä. Psykiatrisen sairaanhoitajan ja päihdetyöntekijän on mahdollista mennä mukaan kotihoidon kotikäynnille tai tarvittaessa he voivat tehdä itsenäisesti kotikäyntejä. Psykiatrisen hoidon osalta matalan kynnyksen palveluiden taso on sairaanhoitajien mukaan melko hyvä. Hoitajat kokivat ongelmaksi sen, että kotihoidon asiakkaat eivät välttämättä pääse hoitajan vastaanotolle, jos esimerkiksi liikuntakyky on huono.

Jos aatellaan normivanhusta. No kyllä se on päihdepysäkki, kunnallinen palvelu. Mun mielestä tossa kotiavussa on iso haitta se, että siellä ei ole erikseen mielenterveys- ja päihdeosaajia. Siellä pitäisi olla sellainen työtiimi, jossa olisi mielenterveys- ja päihdeosaajia.

palvelut on samat kuin muillekin kuntalaisille. Päihdekliniikan lisäksi on näitä psykiatrisia hoitajia, joiden vastaanotolle voi hakeutua. Kotihoidossahan on paljon päihdeongelmaisia, jotka ei ole hoidon piirissä, se on ikävä tosiasia. Että monet eivät pääse esimerkiksi päihdekliniikalle, jos vaikka jalat on huonot.

Karviaisen alueella Vihdissä on kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa ja päihdetyöntekijä ja Karkkilassa psykiatrinen sairaanhoitaja ja päihdetyöntekijä, joka on sairaanhoitaja. Nämä sairaanhoitajat tekevät vastaanottotyötä, yksilövastaanottoja. Kynnystä palveluihin hakeutumiseen on pyritty madaltamaan tekemällä yhteistyötä esimerkiksi neuvolan, seurakunnan ja kriisikeskuksen kanssa. Yhteistyötä tulisi kehittää myös lääkärin kanssa ja sen tulisi olla helpompaa.

Mun mielestä pitäisi olla niin, että olisi yksi tietty lääkäri, joka tuntisi ne kotihoidon asiakkaat. Ennen oli niin, että tavattiin lääkäriä säännöllisesti, eli hoitaja ja lääkäri kokoontui kerran viikossa ja siinä katottiin asiakkaitten lääkityksiä ja saatiin niitä kuntoon samantien.

Että matalaa kynnystä me ollaan tässä yritetty parantaa. Mikä on onnistunutkin, että aika hyvin ihmiset ottaa meihin yhteyttä. Lisäksi me ollaan käyty neuvolassa esittäytymässä. Sitten me ollaan semmosessa seurakunnan Olotuvassa, joka kuukauden toinen torstai. Siellä meidän kanssa voi keskustella ja jos katsotaan, että joku siellä hyötyisi meidän tapaamisesta, niin varataan yksilöaika ja ne tulevat tänne meille vastaanotolle.

5.1.2 Terveyskeskuspalvelut

Kotihoidon asiakas tai hänen omaisensa voi varata ajan terveyskeskukseen päihde- ja mielen-terveysongelmissa. Psykiatrinen sairaanhoitaja tai päihdesairaanhoitaja voi myös vastaanottaa varata ajan terveyskeskuslääkärille. Eräissä päihdehoitomuodoissa terveyskeskuslääkäri ei kirjoita päihdelääkeresepiä, mikäli asiakkaalla ei ole kontaktia Päihdepysäkille tai päihde-klinalle. Terveyskeskuksesta voidaan vastaavasti ohjata asiakas psykiatriselle sairaanhoitajan - tai päihdetyöntekijän vastaanotolle.

5.1.3 Laitoshoido

Laitoshoido puretaan systemaattisesti koko maassa. Vanhusten laitoshoitopaikat ovat vähentyneet huomattavasti ja vanhuksot pyritään hoitamaan kotona niin pitkään kuin mahdollista. Tämä lisää huomattavasti kotihoidon työtaakkaa. On paljon huonokuntoisia vanhuksia, jotka eivät pärjää kotona edes kotihoidon turvin. Päihdeongelmasta kärsivän vanhuksen on lähes mahdotonta saada laitoshoitopaikkaa päihdeongelman takia. Aktiivinen alkoholin käyttö nähdään usein esteenä laitospaikan saamiselle ja mahdollisuudet tukiasuntopaikan saamiseen on huonot.

Että se on haasteellinen kynnys saada vanhus, joka käyttää päihteitä sinne tukiasumiseen.. Kun eihän niitä oo, kun kaikki laitokset puretaan ja vanhuksot halutaan hoitaa kotona. Mutta tosiasia on, että kaikki ei pärjää kotona, oli kummoset avut hyvänsä. Yksikin vanhus, jolla oli päihdeongelma ja se oli melko varma, ettei se juo, jos pääsee tukiasuntoon, niin oon aika varma siitä, että hakemus revittiin, syynä aktiivinen alkoholin käyttö.

5.1.4 Erikoissairaanhoidon palvelut

Kotihoidon asiakkaat pääsevät erikoissairaanhoidon palveluiden käyttäjiksi samalla tavalla, kuin muutkin kuntalaiset. Terveyskeskuslääkäri kirjoittaa lähetteen erikoissairaanhoitoon. Kotihoidosta voidaan myös suoraan olla yhteydessä asiakasta hoitavaan erikoissairaanhoidon yksikköön.

siellä on sairaanhoitajat, jotka huolehtivat hoidon kokonaisuudesta, ja he ovat yhteydessä siihen erikoissairaanhoidon yksikköön, jossa heidän asiakas on potilaana. Tarvittaessa ne voisi olla yhteydessä tännekin, mutta siinä yhteistyö ei ole kehittynyt.

5.1.5 Palveluiden saatavuus

Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle pääsee noin kolmen viikon päästä yhteydenotosta. Kerran viikossa on päivystys, jonne voi mennä ilman ajanvarausta. Päihdepuolella päivystys on joka aamu ja vastaanotolle pääsee 1-3 viikon sisällä yhteydenotosta. Ensimmäinen arvio asiakkaan tilanteesta tehdään puhelimesta ja tarvittaessa ohjataan asiakas eteenpäin, mikäli tilanne vaatii. Joka arkipäivä on puhelinaika, jolloin ihmiset voivat ottaa yhteyttä. Yhteydenotot otetaan ylös, ja kerran viikossa pidetään palaveri, jossa katsotaan yhteyttä ottaneille asiakkaille vastaanottoaika.

5.2 Asiakslähtöisyys

5.2.1 Hoitajien näkemyksiä asiakslähtöisyyden toteutumisesta

Asiakslähtöisyys toteutui paremmin mielenterveyspalveluissa. Päihdepalveluiden osalta asiakslähtöisyyden toteutuminen oli heikompaa. Asiakslähtöisyyden toteutumisen esteenä nähtiin olevan aika ja resurssit, sekä asiakkaiden ongelmien vaikeus.

No kyllä ne on pitkälti sen kotiavun varassa. Että asiakslähtöisyys toteutuu niin, että pystytään vaan pakolliset antamaan. Että monesti kotiapu painii sen kanssa, että niillä on huono omatunto, kun sen vanhuksen tila on niin huono, mutta ne tietää sen, että se johtuu vaan siitä pullosta.

Pitkään jatkunut vaikea alkoholiongelma ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen saattoi johtaa siihen, että asiakkaan saamaa kotiapua jouduttiin rajaamaan niin, että tehtiin vain välttämättömimmät.

Joudutaan sopimaan sellaisia juttuja, että rajataan sitä työtä, että sanotaan, että kun sä kerran haluat jatkaa sitä juomista, niin jatkossa kotiapu tulee tekemään vaan tarpeelliset jutut.

Mielenterveyspalveluiden osalta asiakslähtöisyys toteutui paremmin. Hoidon suunnittelu ja toteutus lähtee asiakkaan tarpeesta ja asiakkaiden omaisten kanssa pyritään tekemään yhteistyötä. Vastaanotolla pyritään tarkastelemaan asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti ja tarvittaessa ollaan yhteydessä muihin viranomaistahoihin. Kotikäynnit katsottiin myös asiakslähtöisyyden toteuttamisen muodoksi. Mielenterveyspalveluiden käyttäjät olivat motivoituneita palveluiden käyttöön.

Asiakkaan tarpeestahan me lähetään ja lisäksi me tehdään yhteistyötä eri tahojen kanssa. Että voidaan varata aika sosiaalityöntekijälle ja sopia yhteispalaveri. Ja tavataan me niitä asiakkaiden omaisiakin tässä.

Asiakaslähtöisyyden toteutumisen ongelmana on myös se, että akuuttiin tarpeeseen ei ole aina nopeasti saatavilla asiakkaan tarvitsemaa palvelua tai hoitoa.

Suurin ongelma on se, että ajat menee pitkälle ja akuuttitarve ei sitä tarvittavaa palvelua löydä.

Haastatteluissa nousi esille, että erityisesti päihdeongelmasta kärsivän asiakaslähtöisyyden toteutumisen esteenä voi olla se, että päihdetyöntekijä ei tunne asiakasta ja hänen tilannettaan.

Mä haluan mennä saattaen vaihtaen, että meen kotiavun normaalille kotikäynnille mukaan. Mutta monta kertaa tilanne on se, etten mä tunne sen asiakkaan tilannetta, en tapoja ja muuta, että mä hypään sinne ihan uutena.

Erilaiset mobiilipalvelut ovat tulleet osaksi hoitotyön arkea. Sairaanhoidajat kokivat, että Karviaisen alueella kotihoidossa käyttöön otettu Hilikka- mobiilipalvelu on heikentänyt asiakaslähtöisyyden toteutumista. Palvelu- ja hoitosuunnitelman perusteella asiakkaalle on määritelty tietyt toiminnot ja aika, jota hoitajien tulee noudattaa. Se heikentää sairaanhoidajien mukaan asiakaslähtöisyyttä, koska siinä ei ole mahdollisuutta reagoida muuttuviin tilanteisiin.

Koska niillä on tämä Hilikka-mobiilijärjestelmä, jossa asiakkaalle on määritelty pahosun mukaan minuutilleen aika, mitä voi tehdä. Että voi tehdä vain sen, mihin on aikaa annettu. Siinä on maalaisjärjen käyttö kielletty. Että se on mun mielestä mennyt huonompaan suuntaan. Hilikan tulon jälkeen asiakaslähtöisyys on heikentynyt, sen jälkeen on tullut niin kustannustehokkaaksi se työ.

Kun niillä on kotiavussa nää kellotukset ja muut, että kyllä nää päihteiden käyttäjät on aivan oma juttunsa.

5.2.2 Asiakkaan rooli ja vapaaehtoisuus

Mielenterveys- ja päihdehoitotyö perustuu asiakkaan vapaaehtoisuuteen. Päästäkseen psykiatrisen sairaanhoidajan vastaanotolle palveluiden tarvitsijat ottavat itse yhteyttä. Kotihoito ottaa toisinaan yhteyttä päihdetyöntekijään, jos heillä herää huoli jostain asiakkaasta. Päihdeongelman luonne on usein sellainen, että henkilö itse ei näe päihteiden käyttöönsä ongelmaksi, ja ei ole siksi motivoitunut sitoutumaan hoitoon. Ja koska ketään ei voida pakottaa hoitoon, kotihoidon asiakas voi jättäytyä palveluiden ulkopuolelle omasta tahdostaan.

Kun päihdeongelma on usein sellainen, että se jatkuu ja jatkuu. Ja sitten kotiapu kysyy multa neuvoa. Niin ei mulla ole paljon annettavaa. Että mitä hyötyä munkaan on siellä käydä, jos se ihminen sanoo, että hän haluaa juoda. Voinhan mä käydä siellä juttelemassa, mutta ei se oikeen oo järkevää palveluiden käyttämistä. Pitää muistaa, että ollaan siellä asiakkaan kotona, että ei sinne voi mennä sanomaan, että näin tehdään.

Mielenterveyspalveluiden käyttäjät ovat enemmän sitoutuneita hoitoon kuin päihdeasiakkaat. Valtaosa heistä ovat motivoituneita käymään vastaanotolla. Hoitoon sitoutuminen vaihtelee oireiden ja voinnin mukaan

Tähän tosiaan on ihan vapaaehtoista ja yleisesti asiakkaat ovat ihan motivoituneita. Vastentahtoisesti me ei tehdä mitään. Sanotaan, että 20 prosenttia on sellaisia, jotka eivät ole kovinkaan sitoutuneita, mutta loput 80 prosenttia on hyvin sitoutuneita. Se vaihtelee oireiden ja voinnin mukaan.

Päihdepalveluiden puolella koettiin voimattomuutta ja turhautumista siitä, että heidän palvelunsa eivät aina edistäneet asiakkaan tilannetta. Tuli kokemus siitä, että palveluista ei ole päihteitä käyttävälle asiakkaalle riittävästi hyötyä, jos asiakas ei ole itse valmis tekemään töitä päihteidenkäytön vähentämiseksi.

Ja kyllähän sen tossa kotiavun turhautumisessa huomaa, että ne on tosi turhautuneita. Kun se ihminen juo vaan ja on tehnyt sitä koko ikänsä eikä suostu lopettamaan, niin ei kukaan voi sille mitään. Ja sitä ei voi jättää hoitamattakaan. Ja kun mä en varsinaisesti mitään kotiapua anna, että se mun apu on sitä keskustelua ja ohjaamista. Että ne keinot on loppukädessä hyvin rajalliset.

5.3 Palveluiden kehittämisen tarve

5.3.1 Yhteistyön lisääminen

Haastateltujen hoitajien vastauksista nousi esille, että kotihoidon työntekijät ja mielenterveys- ja päihdetyöntekijät eivät tee tiivistä yhteistyötä. Kuluneen vuoden aikana kotihoidosta ollaan oltu kerran yhteydessä mielenterveysyksikköön. Päihdetyöntekijää on konsultoitu kotihoidon asiakkaiden päihdeongelmissa enemmän. Molemmat vastanneet hoitajat olivat sitä mieltä, että yhteistyö voisi olla tiiviimpää. Vuodeosastolta ollaan oltu kotihoitoa enemmän yhteydessä siinä vaiheessa, kun kotihoidon asiakas on palaamassa kotiin osastolta.

Ei se yhteistyö ole kauheen tiivistä, enemmänkin omaiset ovat ne, jotka ottaa meihin yhteyttä. Mutta se instanssi, joka ottaa yhteyttä on vuodeosasto, missä on useastikin kotihoidon asiakkaita. Että heillä herää huoli kotihoidon asiakkaasta.

Yhessä vaiheessa meillä oli kotiavun kanssa säännöllisempää yhteistyö ja ne konsultoivat mua. Ja kyllä tietyt hoitajat on muhun vieläkin yhteydessä ja yhdessä mietitään asiakkaan asioita, mutta niin kuin sanoin, aina ei ole paljon tehtävissä.

Yhteistyötä tulisi kehittää myös lääkärin kanssa ja sen tulisi olla helpommin toteutettavaa. Lääkärin tulisi tuntea asiakkaiden kokonaistilanne ja hoitajilla tulisi olla säännöinen tapaaminen lääkärin kanssa. Näin asiakkaan tilanteen muutoksiin kyettäisiin reagoimaan nopeasti.

Mun mielestä pitäis olla niin, että olisi yksi tietty lääkäri, joka tuntisi ne kotihoidon asiakkaat. Ennen oli niin, että tavattiin lääkäriä säännöllisesti, eli hoitaja ja lääkäri kokoontui kerran viikossa ja siinä katottiin asiakkaitten lääkityksiä ja saatiin niitä kuntoon samantien.

Yhteistyötä voitaisiin lisätä pitämällä yhteistyöpalavereita kotihoidon työntekijöiden ja päihde- ja mielenterveyshoitajien kesken. Yhteistyön tekemisen tavoitteena olisi eri osapuolten hyötyminen toinen toisistaan asiakkaiden parhaaksi ja palveluiden parantamiseksi.

Sitten semmoisia yhteistyöpalavereita, joissa suunniteltaisiin ja kehitettäisiin yhteistyötä kotihoidon tiimin ja meidän kesken. Että miten voitaisiin hyötyä toinen toisistamme asiakkaiden hyväksi.

Päihdetyössä haasteelliseksi koettiin linjan vedot siitä, miltä osa-alueelta palvelut tuotetaan. Kun päihdetyöntekijä edustaa työikäisten linjaa ja kotihoidon asiakkaiden asiat ikäihmisten linjan piiriin. Vastuualueet eivät ole aina selkeitä ja se vaikeuttaa työn tekemistä.

Niin sit täs tulee nää kissan hännän vedot, että mikä kuuluu mihinkin linjaan. Kun mä ite toimin työikäisten linjalla. Mutta jos vanhus tarvisi tukiasuntoa, niin se olisi ikäihmisten linjan asia.

Palveluiden parantamiseksi toivottiin myös, että päätöksentekijät huomioisivat päihteitä käyttävien ikäihmisten tarpeet, eivätkä ohittaisi niitä esimerkiksi tukiasuntopäätöksiä tehdessään. Päihteiden käyttö ei saisi olla este tukiasuntopaikan saamiselle.

Että joskus vaan joutuu todeta niin, ettei oo muuta vaihtoehtoo, kuin tukiasuminen tai laitos. Mutta että saadaan ne ihmiset ymmärtämään tää, jotka päättää niistä laitospaikoista. Kun tosiasia on kuitenkin se, että se alkoholin käyttö loppuu siellä laitoksessa. Ettei se olisi aina se kielteinen päätös alkoholin käytön takia.

5.3.2 Lisäkoulutuksen tarve

Mielenterveys- ja päihdehoitotyötä tekevät sairaanhoitajat kokivat, että kotihoidon työntekijät tarvitsevat lisäkoulutusta nimenomaan vanhusten mielenterveys- ja päihdeongelmista. Haastatteluissa nousi esille, että vanhusten päihdehoitotyö vaatii erityisosaamista. Vanhukset ovat usein monisairaita, heillä on paljon lääkkeitä käytössä ja alkoholi vaikuttaa vanhuksiin eri tavalla kuin työikäisiin.

On tarvetta koulutukselle. On siellä puutetta osaamisesta, ei heillä ole hirveesti koulutusta tältä alueelta. Työnantaja tarjoaa liian vähän koulutusta. Kotihoidon työntekijät ei kaikki tunne näitä psyykenlääkkeitä, eikä tiedä miten niiden tulisi vaikuttaa. Tai mitä ottamatta jättämisestä seuraa. On työntekijän oman aktiivisuuden varassa, hakeeko hän tietoa näistä lääkkeistä.

Erilaisten lääkkehoidojen toteuttamisen ongelmaksi koettiin valvonnan ja osaamisen puutteen.

Kun aatellaan, että monesti se kotiapu käy vaan kerran viikossa ja jakaa dosettiin ne lääkkeet, niin ei sitä tiedä ottaako ne ne lääkkeet.

Lääkehoidon lisäksi päihdeongelmista kärsivät tarvitsisivat psykososiaalista tukea. Aikaa pitäisi olla enemmän käytettävissä keskusteluun ja ennalta ehkäisevään työhön.

Ja se tarvii aina sen psykososiaalisen tuen, että sulla on muutakin kun vaan se lääke. Niin vanhojen ihmisten kanssa keskusteleminen siitä, että sitä pitäisi aina olla.”

5.3.3 Kehittämisehdotuksia palveluiden parantamiseksi

Palveluiden parantamiseksi ehdotettiin kotihoitoon sellaista moniammatillista tiimiä, jolla olisi osaaminen ja koulutus juuri vanhusten päihde- ja mielenterveysongelmien hoitamiseen. Tiimi keskittyisi päihde- ja mielenterveysongelmaisiiin, eikä se veisi aikaa muulta kotiavulta.

Siellä pitäisi olla sellainen työtiimi, jossa olisi mielenterveys- ja päihdeosaajia, että se vaatii erityisosaamista, se vanhusten päihdekäyttäjymisen tunteminen. Kun vanhukset nykyään juo ihan eri tavalla paljon, kuin aiemmin. Ja kun tän alkoholin käytön lisäksi on nää muut sairaudet ja mielenterveysongelmat. Että ne kulkevat käsi kädessä ja kun nää vaan lisääntyy. Että tiimissä ois tietyt ja samat ihmiset, jotka tuntis nää asiakkaat.

Palveluiden kehittämiskohteeksi nähtiin myös siirtymäkohdat, joissa asiakas palaa kotihoitoon vuodeosastolta tai erikoissairaanhoidosta. Tällä hetkellä kotiutuspalaveriin osallistuu kotiutus-tiimin sairaanhoitaja. Kotiutustilanteessa olisi tärkeää, että vastaanottavan tahon hoitaja olisi mukana palaverissa. Näin tieto siirtyisi joustavasti eteenpäin ja asiakas ei putoaisi palveluiden ulottumattomiin. Palaverissa kyettäisiin kartoittamaan asiakkaan tarpeet ja saatavilla olevat palvelut.

Enemmän pitäisi olla niitä kotiutuspalavereja, joissa hoitava taho olisi mukana. Kotihoidossahan on kotiutustiimi, missä on sairaanhoitaja. Mutta ongelma on siinä, ettei mukana ole sitä vastaanottavan tahon hoitajaa. Kun ennen kotihoi-dossa oli niin, että mentiin siihen kotiutuspalaveriin kotihoitajasta. Että me heti voitiin kertoa, mitä me tarjotaan ja mihin me pystytään. Nykyään se tiimi tulee siihen väliin ja tiedonkulku ei välttämättä ole kauheen hyvää.”

Tulevaisuuden hyvänä palveluna nähtiin ryhmätoiminta. Ryhmämuotoinen psykiatrisen hoita-jan vastaanotto olisi kustannustehokas ja kotihoidon asiakkaita monella tapaa hyödyttävä pal-velumuoto.

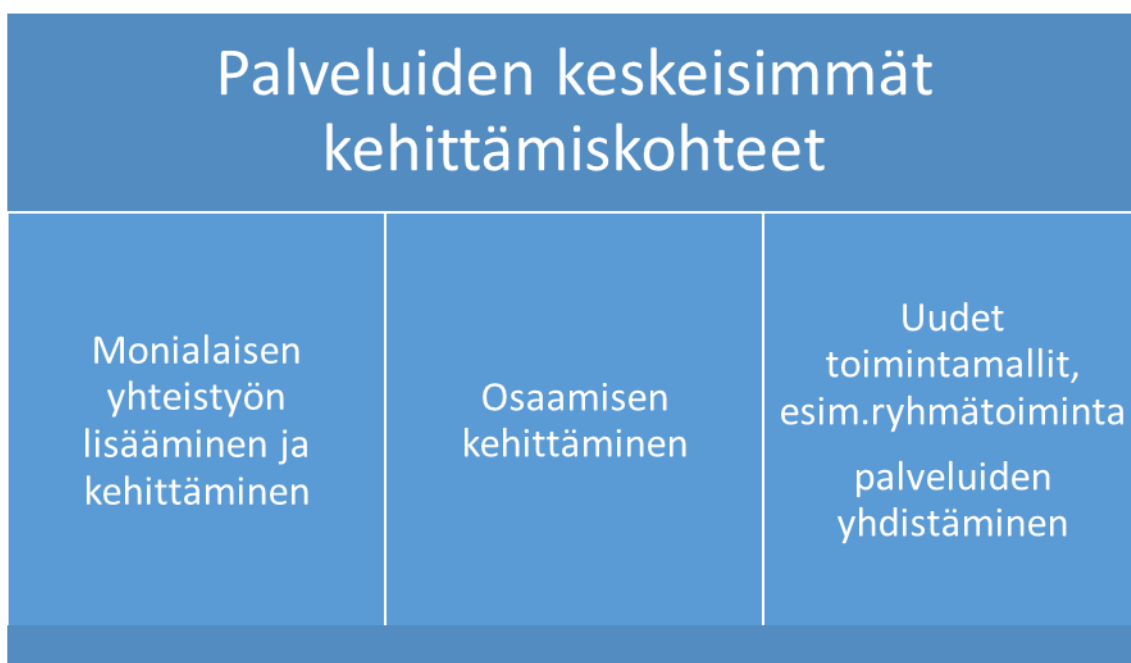
Toi ryhmätoiminta on hirveen hyvä. Että se sopisi myös kotihoitoon. Jos se olisi vaikka kerran viikossa, niin se toisi hyvin täytettä niiden viikkoon. Olisi jokin ryhmätoiminta, johon he saisivat osallistua ja sinne olisi kuljetus. Se olisi iso juttu kotihoidon asiakkaille. Ja siinä saisi useampi kerralla sitä palvelua. Se oli-si kustannustehokastakin.”

Karviaisen alueella mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat eriytetyt ja ne ovat saatavilla eri paikoista. Tulevaisuuden kehityskohteena on yhden oven palveluiden kehittäminen, niin että mielenterveys - ja päihdepalvelut olisivat saatavilla samasta paikasta, koska mielenterveys - ja päihdeongelmat esiintyvät usein yhdessä.

Kyllä nää kulkee käsi kädessä, nää päihde- ja mielenterveysongelmat.

Ikääntyneet ja päihde- ja mielenterveys ongelmista kärsivät eivät aina ole tasavertaisessa asemassa muihin väestöryhmiin verrattuna. Ihmisarvon kunnioittaminen ja yhtäläiset oikeudet palveluihin eivät aina ole itsestäänselvyys.

Nää on näitä, kun mietitään mikä on ihmisen arvo, tuntuu, että ei niillä vanhuksilla, joilla on alkoholiongelma, niin ei niillä aina oo sitä arvoa.



Kuvio 1: Palveluiden kehittämiskohteet

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta on tieteessä kuvattu kahdella termillä realibiteetillä ja validiteetillä. Termit kuvaavat tutkimuksen luotettavuutta ja realibiteetillä kuvataan erityisesti tutkimuksen toistettavuutta. Validiteetin keskeinen tarkastelun kohde on, tutkitaanko sitä, mitä on tarkoitus tutkia. (Metsämuuronen 2009, 74.)

Laadullista tutkimusta tekevä työskentelee usein yksin, jolloin tutkimuksen tekijä voi tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen. Aineiston yhteys tuloksiin on tärkeää arvioitaessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tärkeitä luotettavuutta arvioivia seikkoja ovat mm. seuraavat: luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja realibiteetin kautta, tutkimuksessa arvioidaan sen luotettavuutta, sekä kiinnitetään huomiota erityisesti tutkimuksen tarkoitukseen, analyysiin sekä eettisiin näkökulmiin.

Tutkijan tulee käyttää mahdollisimman monipuolista materiaalia, sillä luotettavuusongelmia syntyy silloin, kun johtopäätösten tekemisessä käytetään yksipuolista aineistoa ja tulokset perustuu vain osalle tutkimusaineistoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-166.) Opinnäytetyö toteutettiin yksilötyönä mikä saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Yksin työskennellen saattaa tulla sokeaksi omille virheilleen, mutta sen tiedostaminen ja kriittisyys omaa työtään kohtaan lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä antamalla tarkka ja totuuden mukainen selostus tutkimuksen toteuttamisen kulusta ja aineiston tuottamisen olosuhteista (Hirsjärvi ym. 2009, 232-233). Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin etsimällä tietoa aihepiiristä alan kirjallisuudesta, Cinalh-, Ovid- ja Ebsco- tietokannoista ja elektronisista lähteistä. Lähteitä valittaessa käytettiin lähdekritiikkiä ja pyrittiin valitsemaan aiheen kannalta relevantteja lähteitä. Lähdeaineiston pohjalta muodostettiin keskeiset käsitteet ja teemahaastattelurunko. Haastattelut toteutettiin suunnitelmasta poiketen yksilöhaastatteluina, koska ryhmähaastattelulle muodostui käytännön esteitä. Haastattelupaikkana oli haastateltavien vastaanottohuone. Kumpikin haastattelu kesti noin tunnin ja ne äänitettiin. Äänitetty aineisto litteroitiin sanatarkasti. Saatu aineisto analysoitiin sisällön analyysin perusteiden ja niiden pohjalta muodostettiin tutkimuksen tulososa.

6.2 Tutkimuseettiset kysymykset

Opinnäytetyössä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja otetaan huomioon tutkimuseettiset kysymykset. Etiikka käsittelee hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää ja tutkimuksen tekijän on toimittava hyvän tieteen tekemisen eettisten periaatteiden mukaisesti. Tutkimuksen lähtökohtana tulee pitää ihmisarvon kunnioittamista ja tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista (Hirsjärvi ym. 2007, 25). Tutkimuseettinen peruslähtökohta on, että jokaiselle tutkimuksen eri osapuolelle turvataan nimettömyys. Luottamuksellisuus ja kunnioitus tulee säilyttää raportoidessa tutkimuksessa esiin tulevia asioita ja ilmiöitä. Anonymiteetin kunnioittaminen tarkoittaa myös sitä, ettei tutkimustietoja luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle henkilölle. Aineisto tulee säilyttää ja hävittää niin, etteivät ulkopuoliset pääse siihen käsiksi (Kylmä & Juvakka 2007, 152., Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177-179.) Tässä opinnäytetyössä haastateltavat esiintyvät nimettöminä anonymiteetin turvaamiseksi.

Tutkimuksen hyödyllisyys tulisi olla tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana. On pyrittävä arvioimaan, millä tavalla tuotettua tietoa voidaan jatkossa hyödyntää. Itsemääräämisoikeus on tutkimukseen osallistumisen lähtökohta. Tutkimukseen osallistuvalla tulee olla mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tutkittavia valittaessa on myös noudatettava oikeudenmukaisuuden periaatetta, niin, että tutkittaviksi valittavat ovat tasa-arvoisia, eikä ei toivottuja ilmiöitä rajata tutkimustulosten ulkopuolelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177-179.) Tässä opinnäytetyössä tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Haastatteluun osallistuneille lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin opinnäytetyön tavoitteista ja tarkoituksesta. Opinnäytetyön toteuttamiseen haettiin ja saatiin lupa perusturvakuntayhtymä Karviaisen työikäisten linjan palvelujohtajalta.

Tutkijan tulee noudattaa hyvää tieteen tekemisen etiikkaa ja epärehellisyyttä tulee välttää työn kaikissa vaiheissa. Seuraavat periaatteet ovat tärkeitä työtä ohjaavia neuvoja, toisen tekstiä ei plagioida, tuloksia ei esitetä ilman kritiikkiä, tuloksia ei kaunistella eikä tulosten raportointi ole harhaanjohtavaa. (Hirsjärvi ym. 2007, 22-23.)

6.3 Tutkimustulosten tarkastelua

Karviaisen alueen kotihoidon asiakkaille on tarjolla samat avopuolen palvelut, kuin muillekin kuntalaisille. Palveluiden käyttäjäksi pääsee ottamalla itse tai omaisen avulla yhteyttä mielenterveys- tai päihdehoitoyksikköön. Vastaanotolle pääsemisen ajat vaihtelee viikosta kolmeen viikkoon. Myös terveystieteiden keskuksen kautta on mahdollista päästä näiden palveluiden käyttäjäksi. Kotihoidon asiakkaan palveluiden pääsemisen esteeksi voi muodostua huono liikuntakyky tai se, että jaksaa tai halua hakeutua hoitoon. Kotihoidon työntekijät voisivat olla aktiivisemmin yhteydessä psykiatriseen sairaanhoitajaan ja päihdetyöntekijään.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteistyön kehittämisen tarve liittyi tiedonkulun parantamiseen ja yhteistyön lisäämiseen sekä kotihoidon työntekijöiden osaamisen kehittämiseen. Kotihoidon työntekijät tarvitsisivat lisäkoulutusta niin vanhusten päihdehoitotyöstä, kuin mielialalääkityksen toteuttamisesta. Kehittämiskohteissa on yhtäläisyyksiä Pohjois-Suomessa tehdyn mielenterveys- ja päihdepalveluiden nykytila selvityksen kanssa. Selvityksen mukaan palvelujärjestelmää tulisi kehittää lisäämällä tiedonkulkua ja yhteistyötä eri osapuolten välillä, sekä lisäämällä mielenterveys- ja päihdeosaamista perusterveydenhuollossa. (Laapio 2007, 47-56.) Mieli 2009 työryhmän raportissa painotettiin myös työntekijöiden osaamisen kehittämisen tarvetta niin vanhuspsykiatrian osalta kuin perusterveydenhuollossa. Raportin mukaan ikääntyville tulisi järjestää ja kehittää tälle väestöryhmälle kohdennettuja erikoispalveluita. Palveluiden kehittämiskohteena tulisi olla myös ennaltaehkäisevän työn ja konsultaation lisääminen, palveluiden jalkauttaminen sekä ikääntyneiden mielenterveyden häiriöiden varhainen

tunnistaminen ja hoito. Koordinoitu yhteistyö perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa kuului työryhmän ehdotuksiin mielenterveys- ja päihdepalveluiden parantamiseksi. (Mieli 2009 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 37-38.) Opin- näytetyössä nousi esille samansuuntaisia kehittämiskohteita kun Mieli 2009 työryhmän rapor- tissa.

Karviaisen alueella on tehty kehittämistyötä sen eteen, että palveluihin hakeutumiseen olisi matala kynnyks. Avopalveluiden tunnettavuutta on pyritty lisäämään tekemällä yhteistyötä esimerkiksi seurakunnan kanssa. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden nykytilaselvityksessä sekä Mieli 2009 työryhmän raportissa painotettiin myös matalan kynnyksen palveluiden kehit- tämisen tarvetta (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2013). Psykiatriset hoitajat ovat pyrkineet tekemään palveluitaan tunnetuksi käymällä esittäytymässä neuvoloissa ja seurakunnan tilai- suudessa. Kynnyks on ollut matala, sillä yhteydenottoja tulee paljon.

Asiakaslähtöisyys toteutui mielenterveyspalveluissa päihdepalveluita paremmin. Asiakasläh- töisyyttä toteutettiin pyrkimällä ottamaan asiakas huomioon kokonaisvaltaisesti ja asiakkaan perhe otettiin mukaan hoitoon. Asiakkaan hoitoa suunniteltiin asiakkaan tarpeista lähtöisin. Tarvittaessa voidaan olla yhteydessä eri yhteistyötahoihin, kuten sosiaalipuoleen, mikäli asi- akkaan tarve vaatii. Päihdehoitotyössä asiakaslähtöisyyden toteuttaminen oli haastavampaa päihdeongelman luonteen takia. Asiakaslähtöisyys toteutui siellä lähinnä niin, että asiakkaalla oli oikeus päättää omasta alkoholien käytöstään, mikä teki kotihoidon työntekijöiden ja päih- dedyöntekijän työn monimutkaisemmaksi. Nykytilaselvityksessä oli päästy tähän samaan joh- topäätökseen. Sen mukaan kotihoidon asiakkaiden alkoholien käyttö on ongelmallista, koska asiakkaat haluavat itse päättää omasta elämästään huolimatta siitä, että kotihoidon ammatti- laiset pyrkivät kontrolloimaan heidän elämäänsä. (Laapio 2007, 47-56.) Asiakkaiden alkoholien käyttö aiheutti työntekijöissä turhautumista ja kokemuksia siitä, että palveluista ei ole asiak- kaalle riittävää hyötyä. Hoitajien turhautumien ja riittämättömyyden tunne on noussut esille myös nykytilaselvitykseen osallistuneiden hoitajien kokemuksissa. (Laapio 2007, 47-56.)

Kotihoidon ohjaamista ja kirjaamista varten käyttöön otetun Hilikka-mobiilisovelluksen katsot- tiin heikentävän asiakaslähtöisyyden toteutumista. Tarkkaan määritelty kellonaika ja vain tiettyyn toimintoon varattu aika ei hoitajien mielestä mahdollistanut joustavaa, asiakasläh- töistä toimintaa.

Tässä opinnäytetyössä nousi esille, että kotihoidon asiakkaan hoito on hajaantunut monelle eri taholle ja heitä hoitavat ihmiset eivät aina tunne asiakkaan tilannetta. Se vaikeuttaa hoi- don toteuttamista ja hankaloittaa tiedon kulkua. Palveluiden pirstaloituminen on havaittu aikaisemminkin kotihoitoa tarkastelevissa tutkimuksissa. (Eloranta 2012, 22.) Yhtenä palvelui- den kehittämisehdotuksena oli, että kotihoidossa olisi sellainen tiimi, joilla olisi asiantunte-

mus vanhusten päihde- ja mielenterveystyöhön, ja he hoitaisivat päihde- ja mielenterveysasiakkaat. Tämä tiimi kykenisi mahdollisesti ottamaan vastuun asiakkaan kokonaisuhoitosta.

Lääkehoidon toteuttamisen ongelmaksi hoitajat kokivat osaamisen ja valvonnan puutteen. Kotihoidon työntekijä saattaa käydä vain kerran viikossa, eikä pysty valvomaan esimerkiksi asiakkaan alkoholin käyttöä ja päihdesairauksiin tarkoitettujen lääkkeiden ottamista. Hän ei myöskään välttämättä kykene arvioimaan lääkehoidon vaikuttavuutta, koska ei ole saanut siihen tarvittavaa koulutusta.

Kun toteutetaan päihde- ja mielenterveysongelmien lääkehoitoa, yksilöä on kohdeltava kokonaisvaltaisena ja rinnalla tulisi aina olla psykososiaalinen tuki. Tämän tuen antaminen kotihoidossa ei aina onnistu ajan ja resurssien puutteen takia. Aiemmin toteutettu tutkimus kotihoidon asiakkaiden saaman psykososiaalisen tuen riittävydestä nosti myös esille huomion, että kotihoidon asiakkaat ovat tyytymättömiä saamaansa psykososiaaliseen tukeen. (Eloranta ym. 2012, 14.)

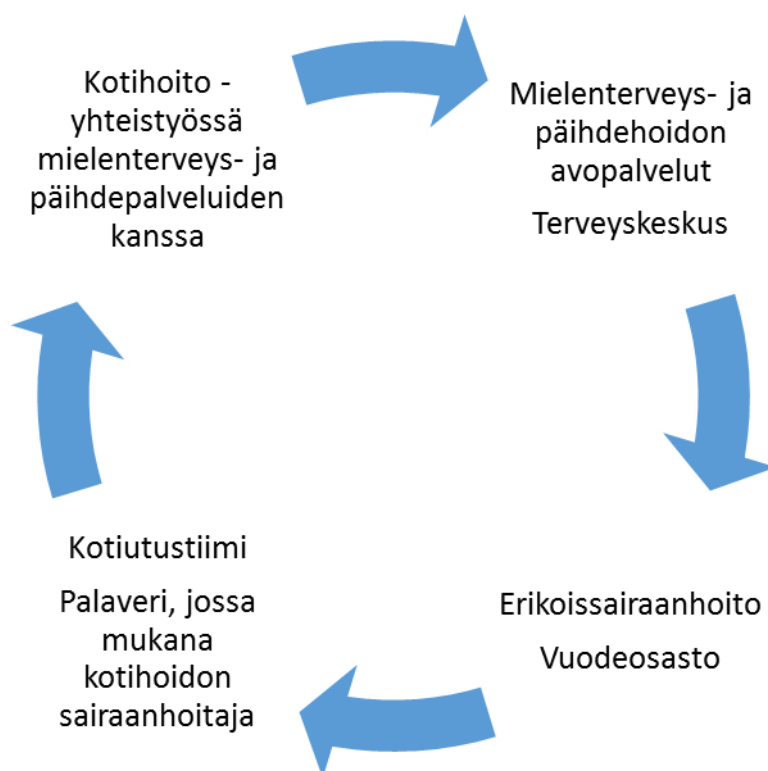
Tulevaisuuden kustannustehokkaana ja kotihoidon asiakkaita monipuolisesti hyödyttävänä palveluna nousi esille ryhmätoiminta. Psykiatrisen sairaanhoitajan tai päihdetyöntekijän pitämä ryhmätoiminta tarjoaisi kotihoidon asiakkaille psykososiaalisen tuen lisäksi seuraa ja sisältöä päiviin. Yksinäisyyden tunteet vähentäminen on tärkeää ikäihmisten psyykkisen hyvinvoinnin säilyttämisen kannalta.

Yhtenä opinnäytetyön tavoitteena oli luoda kotihoidon asiakkaalle hoitopolku mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja muiden palveluiden välille. Kotihoidon asiakkaan hoitopolun tärkeimpänä kehittämiskohteena on tällä hetkellä siirtymiskohdat hoidon piiriin ja laitoshoidosta pois. Avopalveluiden ongelmana on se, että asiakas ei aina pääse itse hakeutumaan hoitoon ja tarvitsee tukea ja konkreettista apua hoitoon pääsemisessä. Psykiatrisen sairaanhoitajan tai päihdetyöntekijän kotikäyntien lisääminen olisi yksi vastaus tähän tarpeeseen. Erikoissairaanhoidosta tai vuodeosastolta siirtymistä ja tiedonkulun helpottamista varten tulisi järjestää sellaisia palaverieja, joissa olisi lähettävän ja vastaanottavan tahon sairaanhoitaja mukana, jotta tiedonkulku olisi joustavaa.

Tässä opinnäytetyössä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa ja toteutettaessa mielenterveys- ja päihdepalveluita kotihoidon asiakkaille. Tuloksia voidaan hyödyntää myös erilaisten toimintamallien ja yhteistyömuotojen kehittämisen tukena. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön arjessa. Opinnäytetyössä esille nousseet asiat voivat madaltaa kynystä yhteydenottoihin terveydenhuollon eri toimijoiden välillä.

Kuvailen seuraavaksi hoitajien näkemysten pohjalta muodostamaani kotihoidon asiakkaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitopolkua. Hoitopolun keskiössä on koko ajan asiakas

ja hänen tarpeensa. Kotihoidon asiakkaan hoitopolku alkaa kotihoidosta. Kotihoidon työntekijä toteuttaa kotihoidossa ennaltaehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä. Mikäli tarve vaatii, asiakas itse, hänen omaisensa tai kotihoidon työntekijä on yhteydessä terveyskeskukseen, päihdeklinalle tai mielenterveysyksikköön. Jos asiakkaan tilanne on sellainen, että hän tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluita nämä yksiköt ja kotihoito tekevät yhteistyötä. Kun asiakas on palaamassa kotiin, pidetään kotiutuspalaveri, johon osallistuu kotiutustiimi ja se kotihoidon sairaanhoitaja, joka tulee ottamaan vastuun asiakkaan hoidosta. Tämän vastuusairaanhoitajan tulisi olla perehtynyt vanhusten päihde- ja mielenterveyshoitotyöhön. Sairaanhoitaja tekee yhteistyötä avopuolen päihde- ja mielenterveyshoitajien kanssa, jotka voivat tarvittaessa tehdä myös kotikäyntejä. Hoitaja tekee yhteistyötä päihde- ja mielenterveyshoitajien nimetyn lääkärin kanssa, joka ottaa vastuun asiakkaan lääkehoidosta.



Kuvio 2: Kotihoidon asiakkaan hoitopolku

6.4 Lopuksi

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää päihdetyöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan näkemyksiä siitä, millaista yhteistyötä tulisi tehdä kotihoidon kanssa, jotta asiakkaan palvelut tuotettaisiin yhdessä yhteistyönä asiakkaan parhaaksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykiatrisen sairaanhoitajan ja päihdetyöntekijän näkemyksiä yhteistyön kehittämisen tarpeesta ja eri yhteistyömuodoista kotihoidon kanssa. Työssä nousi esille, että yhteistyö on tällä hetkellä melko vähäistä. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat sitä mieltä, että ko-

tihoidon työntekijät voisivat olla heihin enemmän yhteydessä, esimerkiksi konsultoiden heitä asiakkaiden asioissa. Psykiatrisella sairaanhoitajalla ja päihdetyöntekijällä on mahdollisuus tehdä kotikäyntejä, joita voisi enemmän hyödyntää yhteistyön muotona. Erilaiset yhteistyöpalaverit nähtiin keinona lisätä yhteistyötä kotihoidon ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä. Tavoitteena oli luoda myös konkreettisia apuvälineitä arjen työhön ja rakentaa hoitopolku kotihoidon asiakkaalle avopuolen mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja muiden palveluiden välille. Hoitopolun rakentamisessa tärkeintä on yhteistyön kehittäminen niin, että tiedonkulku varmistuu siirtymävaiheissa. Siirtymävaiheiden tiedonkulun varmistamiseksi tarvitaan sellaisia yhteistyöpalavereita, joihin osallistuu se kotihoidon työntekijä, joka tulee ottamaan vastuun asiakkaan hoidosta. Pyrittäessä vaikuttamaan palveluiden laatuun, arjen hoitotyön sujuvuuteen ja asiakaslähtöisyyden toteutumiseen, yksittäinen sairaanhoitajakin voi vaikuttaa pienin teoin. Toimintakäytännön muuttamisella voi olla ratkaiseva merkitys asiakkaan hoidon sujuvuuden ja elämänlaadun paranemisen kannalta.

Opinnäytetyössä nousi esille, että avohoidon mielenterveys- ja päihdepalveluiden keskeisimmät kehityskohteet liittyvät kotihoidon työntekijöiden osaamisen kehittämiseen vanhusten päihde- ja mielenterveystyöstä, monialaisen yhteistyön kehittämisen tarpeeseen ja uusien tehokkaiden toimintamuotojen kehittämiseen. Uusia toimintamuotoja voisi olla esimerkiksi ryhmätoiminta ja kotihoidon mielenterveys- ja päihdeosaamiseen keskittynyt tiimi.

Kehittämisen tarve on huomioitu myös kansallisella tasolla. Nykyisenlaista psykiatrista hoito- ja palvelujärjestelmää ei ole kehitetty vastaamaan lisääntyneen vanhusväestön mukanaan tuomaan palveluiden tarpeen muutokseen. Nykyiset järjestelmät ovat usein tehty vastaamaan keski-ikäisten ja nuorten aikuisten tarpeita ja jotkin mielenterveystoimistot jopa kieltäytyvät hoitamasta yli 65- vuotiaita. (Leinonen 2011, 371.)

Mielenterveys - ja päihdeongelmista kärsivien henkilöiden yhtäläinen oikeus asiantuntevaan ja tehokkaaseen hoitoon ja palveluun ei aina välttämättä toteudu. Opinnäytetyössä nousi esille, että päihteitä käyttävillä ei aina ole samaa ihmisarvoa kuin muilla ihmisillä. Ihmisarvon tunnustamisen tulee kuitenkin olla jokaisen ihmisen perusoikeus. Vuonna 2014 uudistettu sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) painotetaan myös ihmisten yhdenvertaisuutta ja perusoikeuksien toteutumista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuudesta, laadusta ja kokonaisuudesta. Tutkimuksessa tarkasteltaisiin kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä siitä, vastaako nykyinen mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelujärjestelmä heidän tarpeitaan. Lisäksi tarkasteltaisiin sitä, miten vanhusten yhtä-

läinen ihmisarvo toteutuu nykyisessä mielenterveys- ja päihdeongelmien palvelujärjestelmässä.

Opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa ja opettavaista. Prosessin eteneminen tutkimusmenetelmien opiskelemisesta haastatteluiden tekemiseen ja opinnäytetyön kirjoittamiseen auttoi ymmärtämään tutkimuksen tekemisen eri vaiheita. Yhteistyökumppaneiden kanssa toimiminen on auttanut ymmärtämään sosiaali- ja terveyspalveluiden rakennetta ja toimintaa. Näistä saa valmiuksia tulevaan työelämään ja mahdollisiin jatko-opintoihin.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä prosessi ja omat henkilökohtaiset asiat ja perhetilanteet muutokset ovat tuoneet omat haasteensa työn tekemiseen. Opinnäytetyön tekeminen on välillä ollut pitkällä tauolla. Toisaalta etäisyyden ottaminen työhön on auttanut prosessoimaan mielessä opinnäytetyön teemoja. Opinnäytetyön toteuttaminen yksilötyönä on välillä ollut vaikeaa. Itsensä motivoiminen työn tekemiseen on vaatinut paljon työtä. Toisaalta kukaan ei ole myöskään tarkastellut kriittisesti työtä, mikä olisi ollut hyödyllistä ja työtä helpottavaa. Opinnäytetyön ohjaajan antama tuki, palaute ja kannustus on ollut erittäin tärkeää. Erilaiseen lähdekirjallisuuteen tutustuminen ja hoitotyön arkeen syventyminen on avannut uusia näkökulmia niin vanhus- kuin mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön. Jokainen oppimiskokemus on ollut arvokas ja lisännyt omaa tietämystä aihepiiristä.

Lähteet

Clare, A. 2012. Responding to vulnerability in old age: patient- centred care. *Nursing Standard*. 27,42-46.

A-klinikkasäätiö 2015. Viitattu 14.4.2015.

<http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio>

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Vastapaino: Tampere.

Bäckmand, H. & Lönnqvist, J. 2009. Mielenterveyden- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino: Helsinki.

Alkoholiohjelma 2008-2011. Sosiaali - ja terveysministeriö. Viitattu 3.4.2015.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/alkoholiohjelma>

Eduskunta 2015. Eduskunnan kirjasto. Sosiaalihuoltolain uudistaminen. Viitattu 15.4.2015. lib.eduskunta.fi

Etene 2013. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan neuvottelukunta. Viitattu 17.3.2013.

www.etene.fi

European Commission 2008. Quality in and equality of access to healthcare services. Viitattu 22.5.2013. www.ehma.org.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus: Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Holstila, A-L., Helakorpi, S. & Uutela, A. 2012. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2011. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.4.2015.

[ps://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104397/URN_ISBN_978-952-245-716-5.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104397/URN_ISBN_978-952-245-716-5.pdf?sequence=1)

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY pro: Helsinki.

Keronen, M. 2013. Asiakslähtöisyys- olennainen tekijä sosiaalihuollossa. Tesso. Sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti. Viitattu 14.4.2015.

<http://tesso.fi/artikkeli/asiakaslahtoisuus-olennainen-tekija-sosiaalihuollossa>

Ketola, E., Mäntyranta, T., Voipio-Pulkki, L-M., Kaila, M. & Tapio, S. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuiksi. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim: Helsinki.

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

Kyngäs, H. & Vanhanen, H. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*.1999(11), 3-12.

Laatikainen, T. 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Kelan tutkimusosasto: Helsinki.

Laapio, M-L. 2007. Kotihoidon ja alkoholia käyttävien ikääntyvien asiakkaiden kohtaamisia. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Sininauhaliitto: Helsinki.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihheet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. WSOY: Helsinki.

Leinonen, E. 2011. Psykiatrisia hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 20011 (4), 371-372.

Mielenterveyslaki 1990/1116. Viitattu 17.3.2013. www.finlex.fi

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus: Jyväskylä.

Murphy, S., Irving, CB., Adams, CE. & Driver, R. 2012. Crisis Intervention for people with mentall illnesseses. Viitattu 15.4.2015.

http://www.cochrane.org/CD001087/SCHIZ_crisis-intervention-for-people-with-severe-mental-illnesses

Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Roine, R. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Vammalan kirjapaino.

Paakeli-Kurronen, P., Halonen, P., Kylmä, J. & Korhonen, T. 2009. Päihdepotilaan tukeminen päihdeettömyyteen. Teoksessa Kylmä, J., Nikkonen, M., Kinnunen, P. & Korhonen, T. Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? Suomen Graafiset palvelut: Kuopio.

Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2013. Tukena elämässä. Viitattu 5.3.2013. www.karviainen.fi

Pietilä, M. & Saarenheimo, M. 2011. Iäkkäiden ihmisten mielenterveys politiikkaohjelmissa: tavoitteista toimintaan? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2011(1), 61-71.

Pitkälä, K., Savikko, N. & Routasalo, P. 2006. Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen tutkimusraportti. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus: Saarijärvi.

Päihdehuoltolaki 1986/41. Viitattu 17.3.2013. www.finlex.fi

Pumppu-hanke 2013. Viitattu 20.5.2013. www.pumppu-hanke.blogspot.fi

Raittiustyölaki 1982/828. Viitattu 17.3.2013. www.finlex.fi

Sosiaali - ja terveysministeriö 2015. Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistus. Viitattu 15.4.2015. <http://www.stm.fi/sosiaalihuoltolaki>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Viitattu 17.3.2013. www.stm.fi/sosiaali_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Terveyden - ja hyvinvoinnin laitos 2013. Mieli- kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Viitattu 17.3.2013.

www.thl.fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/mielijapaihde

Thl-Raportti 2011. Viitattu 12.4.2015.

<https://www.thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%2047.pdf>

Vainikainen, T. 2010. Hoitoketjut rakentuvat yhteistyöllä- ylläpito vaatii yhteishuoltajuutta. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2010:1.

Valvira 2015. Kotipalvelut ja kotihoito kunnissa. Viitattu 1.5.2015. <http://www.valvira.fi/files/esitteet/Kotipalvelut.pdf>

Vuorinen, J. 2013. Arvot hoitotyön arjessa. Sairaanhoidtajaliitto. Viitattu 13.3.2013.

www.sairaanhoitaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut

Zwaan, E. & Umans, V. 2013. Step by step towards clinical pathway. International Journal of care Pathways. 16(1), 19-24.

Kuviot

Palveluiden kehittämiskohteet

26

Kotihoidon asiakkaan hoitopolku

31

Liitteet

Liite 1 Tutkimuslupahakemus ja saatekirje

39

Liite 1 Tutkimuslupahakemus ja saatekirje

Tutkimuslupahakemus

Opinnäytetyön tekijä	Saara Luokkanen
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	saara.luokkanen@laurea.fi
Organisaatio/yksikkö Lohja	Laurea-ammattikorkeakoulu, Laurea
Organisaation/yksikön yhteystiedot Lohja Nummentie 6, 08100 Lohja	Laurea-ammattikorkeakoulu, Laurea
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyön ohjaaja	Ulla Lemström
Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot	ulla.lemstrom@laurea.fi,
Opinnäytetyön nimi ja	Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kotihoidon yhteistyön kehittäminen
Opinnäytetyön tavoitteet/tutkimusongelma	Tavoitteena selvittää kotihoidon päihdetyöntekijöiden ja psykiatrisen sairaanhoitajan näkemyksiä yhteistyön kehittämisen tarpeesta. Tarkoituksena kuvata psykiatrisen sairaanhoitajan ja päihdetyöntekijöiden näkemyksiä yhteistyön kehittämisen tarpeesta ja palveluiden nykytilasta
Opinnäytetyön aineisto, menetelmät ja aikataulu syksyllä 2014, tulosten analysointi syksyllä 2014.	Laadullinen tutkimus ja focus-group haastattelu,

Tutkimussuunnitelman tiivistelmä liitteenä

...../..... 20.....

Paikka ja aika

.....
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset

.....
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus

Tutkimuslupa on myönnetty

..... /20.....

Paikka ja aika

.....
Allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intymiteetin ja anonymiteetin.

.....
Opinnäytetyön teoria liitteenä

..... / 20.....

Paikka ja aika

.....
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset

.....
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus

Tutkimuslupa on myönnetty

..... /20.....

Paikka ja aika

.....
Allekirjoitus

Saatekirje

Hei,

Olen 4. vuoden sairaanhoitajaopiskelija Laurea ammattikorkeakoulusta Lohjalla. Teen opinnäytetyötä aiheesta ”Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen”, joka on osana Pumppu-hanketta. Pumppu-hanke on ylimaakunnallinen EAKR-rahoitteinen teemahanke, jossa kehitetään hyvinvointipalveluita yhteistyössä kuntayhtymä Karviaisen kanssa hyödyntäen julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin osaamista mahdollisimman tehokkaasti kansalaisten parhaaksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata psykiatrisen sairaanhoitajan päihdetyöntekijöiden näkemyksiä yhteistyön kehittämisen tarpeesta ja palveluiden nykytilanteesta. Työn tavoitteena on selvittää kotihoidon päihdetyöntekijöiden ja psykiatrisen sairaanhoitajan näkemyksiä siitä, minkälaista yhteistyötä tulisi tehdä, jotta asiakkaan palvelut toteutettaisiin yhdessä yhteistyössä kaikkien osapuolten kanssa. Huomiota kiinnitetään lisäksi siihen, miten palvelut saataisiin mahdollisimman asiakaslähtöisiksi huomioiden myös sairaalasta kotiin palaamisen. Tutkimusmenetelmänä tulen käyttämään focus group- haastattelua.

Osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista ja voitte halutessanne keskeyttää osallistumiseen missä vaiheessa tahansa. Mikäli annatte luvan, tulen nauhoittamaan focus group haastattelun. Osallistuessanne tutkimukseen henkilöllisyytenne tulee pysymään salassa koko prosessin ajan. Kaikki vastaukset tullaan käsittelemään luottamuksellisesti Pumppu-hankkeessa ja opinnäytetyössä siten, että henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa yksittäisistä vastauksista. Tutkimusmateriaali tullaan hävittämään Pumppu-hankkeen ohjeiden mukaisesti.

Kiitos vastauksestanne!

Saara Luokkanen
Sairanhoitajaopiskelija

Annan suostumukseni tietojen käyttöön focus group-haastattelusta

Lohjalla ____ / ____ 2014

Opinnäytetyön ohjaajat

Ulla Lemström

