

Saija Malm
Meritähti Pakarinen

Hoitohenkilökunnan käsityksiä hoitosuunnitelmasta päihdehoitotyössä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

16.4.2014

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Saija Malm, Meritähti Pakarinen Hoitohenkilökunnan käsityksiä hoitosuunnitelmasta päihdehoitotyössä 30 sivua + 9 liitettä 16.4.2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaajat	Lehtori Anu Leppänen Lehtori Niina Eklöf
<p>Tässä opinnäytetyössä kuvataan Järvenpään sosiaalisairaalan hoitohenkilökunnan käsityksiä hoitosuunnitelmasta päihdehoitotyössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitosuunnitelman kehittämiseksi sekä rakenteellisen kirjaamisen yhtenäistämiseksi päihdehoitotyössä. Opinnäytetyö suoritettiin syksyn 2013 - kevään 2014 aikana.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jossa haastateltiin neljää hoitohenkilökuntaan kuuluvaa hoitajaa. Aineisto analysoitiin teorialähtöistä sisällönanalyysia käyttäen. Analyysirunko muodostui Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittelemästä rakenteesta terveys- ja hoitosuunnitelmasta.</p> <p>Hoitosuunnitelma koostuu neljästä eri osa-alueesta: asiakaslähtöisyys, voimaannuttaminen, hoidon jatkuvuus sekä tietojärjestelmien käyttö. Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että neljä osa-alueita toteutui hoitosuunnitelmassa, mutta toisaalta osa-alueissa on kehitettävää. Jatkossa tulisi kiinnittää enemmän huomiota etenkin hoidon jatkuvuuteen ja tietojärjestelmän käyttöön päihdehoitotyön hoitosuunnitelmassa.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitohenkilökunta pystyy jatkossa yhtenäistämään käyttämäänsä hoitosuunnitelmaa päihdehoitotyössä, jolloin hoito on asiakaslähtoisempää ja tasa-arvoisempaa sekä hoidon laatu paranee entisestään</p>	
Avainsanat	hoitosuunnitelma, hoitohenkilökunta, päihdehoitotyö, rakenteellinen terveys- ja hoitosuunnitelma

Authors Title Number of Pages Date	Saija Malm, Meritähti Pakarinen Nursing Staff Perceptions and Thoughts of Patient Care Plans in Treatment of Patients With Substance Abuse Problem in Nursing and Health Care 30 pages + 9 appendices 16.4.2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and health care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Lecturer Anu Leppänen Lecturer Niina Eklöf
<p>This thesis presents nursing staff perceptions and thoughts of patient care plans in the treatment of patients with substance abuse problem in nursing and health care. Our goal was to gather information in order to improve patient care plans in the treatment of patients with substance abuse problem in nursing and health care. Our study also helps in standardizing structured entries. This thesis was concluded in Järvenpää Addiction Hospital during autumn 2013 and spring 2014.</p> <p>We conducted a qualitative interview based study including four nursing staff members working at Järvenpää Addiction Hospital. Analyzing was conducted by using theoretical content analysis. The analysis framework was formed by using structured health and care plans defined by the Finnish National Institute for Health and Welfare. The structured health and care plan consists of four main sections: customer-orientation, empowerment, treatment continuity and the usage of information systems.</p> <p>Our study suggests that all of these four themes were fulfilled on some level but there was also indication that many areas do require critical evaluation. Especially treatment continuity and the usage of information systems require further improvement.</p> <p>The results of this study help the nursing staff standardize their patient care plans considering substance related disorders. Due to this the treatment will be more customer-oriented and equal. Moreover, the quality of treatment will in many cases improve.</p>	
Keywords	Patient care plan, nursing staff, treatment of patients with substance abuse problem in nursing and health care, structured health and care plan

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön teoreettinen perusta	2
2.1	Hoitosuunnitelma päihdehoitotyössä	2
2.2	Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma	5
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	6
4	Opinnäytetyön toteutus	6
4.1	Laadullinen tutkimus	7
4.1.1	Teemahaastattelu	7
4.1.2	Teorialähtöinen sisällönanalyysi	8
4.2	Opinnäytetyön toteutus	9
5	Tulokset	12
5.1	Asiakaslähtöisyys	12
5.1.1	Lähtökohtana asiakaslähtöisyys	13
5.1.2	Asiakaslähtöisyyden haasteet	13
5.1.3	Asiakaslähtöisyyden kehittyminen	13
5.2	Voimaannuttaminen	14
5.2.1	Dialogisuus	14
5.2.2	Hoitohenkilökunnan merkitys voimaannuttamisessa	15
5.2.3	Asiakkaan voimaantumisen	15
5.2.4	Asiakkaan tavoitteet	15
5.3	Hoidon jatkuvuus	16
5.3.1	Jatkohoidon suunnittelu	17
5.3.2	Avohoitokontaktin tärkeys	18
5.3.3	Jatkohoidon kehittäminen	18
5.4	Tietojärjestelmien käyttö	18
5.4.1	Kirjaamisen hyvät puolet	19
5.4.2	Kirjaamisen haasteet	19
5.4.3	Kirjaamisen kehittäminen	20
6	Pohdinta	20
6.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	20
6.2	Opinnäytetyön eettisyys	24
6.3	Opinnäytetyön luotettavuus	26

6.4	Opinnäytetyön tulostenmukaiset kehittämissuhteet	28
6.5	Opinnäytetyön tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet	29
6.6	Oma oppimisprosessi	30

Liitteet

Liite 1. Tutkimuslupahakemus

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Suostumus tutkimukseen

Liite 4. Teemahaastattelurunko

Liite 5 Analyysirunko

Liite 6 Taulukko 1 Pelkistykset - Asiakaslähtöisyys

Liite 7 Taulukko 2 Pelkistykset - Voimaannuttaminen

Liite 8 Taulukko 3 Pelkistykset - Hoidon jatkuvuus

Liite 9 Taulukko 4 Pelkistykset - Tietojärjestelmien käyttö

1 Johdanto

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan hoitosuunnitelman tavoite on toimia asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välisenä työkaluna. Hoitosuunnitelmasta pyritään tekemään voimaannuttava, koska yleensä paras tulos saadaan, kun asiakas sekä hoitohenkilökunta tekevät hoitosuunnitelman yhteistyössä. Lähtökohtana ovat aina asiakkaan tarpeet ja tavoitteet hoidon suhteen. (Komulainen – Mäkelä – Vuokko 2011.) Asiakkaan päihdehoidon tulee perustua yhdessä asiakkaan kanssa kirjattuun hoitosuunnitelmaan. Kirjallinen hoitosuunnitelma on hoitohenkilökunnan ja asiakkaan yhteinen prosessi, johon vaaditaan molemminpuolista sitoutumista. (Päihdepalvelujen laatusuosituksen 2002: 51–52.)

Päihteet ovat yksi suurimmista kansanterveydellisistä uhkista (Havio – Inkinen – Partanen 2008: 14), joten päihdehoitotyön hoitosuunnitelmaan tulee panostaa riittävästi. Päihteistä aiheutuneet kustannukset ovat suomalaiselle yhteiskunnalle suuret. (Päihdehaittakustannukset 2010: 1.) Päihteiden väärinkäyttö lisää riskiä sairastua moniin muihin sairauksiin, joten se on suuri kansanterveydellinen ongelma. Päihteiden väärinkäyttö on lisääntynyt yhteiskunnassamme, joten päihdehoitotyöhön tulisi panostaa. (Holmberg 2010: 19–21.)

Opinnäytetyö tehdään työelämän tarpeesta. Opinnäytetyön tilaava yksikkö on siirtymässä rakenteiseen kirjaamiseen. Rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan selkeää, yhdenmukaista kirjaamista otsikoiden ja luokittelun avulla (Asiakastiedon rakenteinen kirjaaminen: 2014.) Tilaava yksikkö haluaa saada tietoa nykyisestä, käytössä olevasta hoitosuunnitelmasta sekä kehittämishaasteista hoitohenkilökunnan kokemana. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena käyttäen aineiston analysoinnissa teorialähtöistä sisällönanalyysiä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Järvenpään sosiaalisairaalan kuntouttavien yksiköiden hoitohenkilökunnan käsityksiä päihderiippuvaisten hoitosuunnitelmasta. Tavoitteena on tuottaa tietoa hoitosuunnitelman kehittämiseksi sekä rakenteellisen kirjaamisen yhtenäistämiseksi päihdehoitotyössä. Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella hoitohenkilökunta pystyy jatkossa yhtenäistämään käyttämäänsä hoitosuunnitelmaa päihdehoitotyössä, jolloin hoito on asiakaslähtöisempää ja tasa-arvoisempaa sekä hoidon laatu paranee entisestään.

2 Opinnäytetyön teoreettinen perusta

Opinnäytetyön teoreettista perustaa kartoitettiin käyttämällä suomen- ja englanninkielisiä tietokantoja, kuten EBSCO, Medic, Arto, Medline ovid, Lääkäriin tietokannat: Terveystietä, Terveystieteen- ja hyvinvoinnin laitoksen kirjasto. Tiedonhakuja tehtiin hakusanoilla: *nurs**, *substance abuse**, *treatment plan**, *care plan**, *individual**, *satisfaction**, *quality*, *patient centered care*, *nursing care plans*, *alkoholiongelma**, *hoitosuunnitelma**, *sairaanhoitaja**, *yksilöllinen hoito**, *hoitoympäristö**, *hoitotyö**. Sähköisen haun lisäksi käytettiin manuaalista hakua. Teoreettista perustaa muodostaessa etsittiin tietoa myös tieteellisistä lehdistä sekä kirjoista.

Opinnäytetyön teoreettisen perustan muodostaminen eteni niin, että ensin aineistosta valittiin otsikon perusteella aiheeseen sopivat. Tämän jälkeen luettiin kaikkien otsikon perusteella sopivien artikkeleiden tiivistelmät ja lopulta valittiin sopivat artikkelit, jotka sopivat aiheeseen. Tämän jälkeen lähdettiin muodostamaan opinnäytetyön teoreettista perustaa. Opinnäytetyössä käytettiin pääasiassa suomalaisia artikkeleita ja kirjallisuutta. Ulkomaalaiset tutkimukset eivät vastanneet työn aihetta riittävän laajasti tai ne eivät olleet keskittyneet hoitosuunnitelmaan, vaan enemmänkin kirjaamiskäytäntöihin yleisesti.

2.1 Hoitosuunnitelma päihdehoitotyössä

Päihdehoitotyön piirissä olevan asiakkaan hoidon suunnittelussa on kiinnitettävä huomiota erilaisiin asioihin. On huomioitava asiakkaan elämänhistoria, päihde- ja hoitohistoria, terveydentila, asuminen ympäristöineen, ihmissuhteet, koulutus, työ tai työttömyys, taloudellinen tilanne, oikeudellinen tilanne (rikokset, mahdolliset tulossa olevat oikeudenkäynnit) ja tulevaisuuden suunnitelmat (Lappalainen – Lehto – Romu – Taskinen 2007: 190–191). Hoitosuunnitelman järjestelmällisessä kirjaamisessa on suuriakin eroja eri päihdehoitopaikoissa. Yksi suurimmista ongelmista on se, että eri henkilöt kirjaavat asioita eri kriteerein ja se, ettei kaikkea tietoa tule kirjattua. Kirjaamisella on suuri vaikutus hoidon etenemiseen ja jatkoon suunnitteluun sekä toteuttamiseen. Se antaa tietoa siitä, mihin on tärkeä kiinnittää huomiota. Päihdehoitotyössä tulee kiinnittää huomioita useisiin osa-alueisiin, koska usein päihdeasiakkaat ovat moniongelmaisia. (Tammi – Aalto – Koski-Jännes 2009: 179–183.)

Hoitoa suunniteltaessa ja toteuttaessa tulee huomioida, että päihderiippuvuus pitää sisällään fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä riippuvuutta. Fyysisellä riippuvuudella tarkoitetaan elimistön tarvetta saada päihdettä. Jos päihdettä ei saa, ilmenee vieroitusoireita. (Havio ym. 2008: 43.) Psyykinen riippuvuus on sitä, että päihteidenkäyttäjä kokee päihteen vaikutuksen välttämättömäksi itselleen. Tällöin on kyse käyttöhimosta. Käyttäjä ei niinkään välttämättä pidä käyttötavasta, kuten pistämisestä, vaan hän haluaa helpotuksen tunnetta. (Holmberg 2010: 40.) Psyykinen riippuvuus alkaa kehittyä aiemmin kuin fyysinen riippuvuus. Sosiaalinen riippuvuus tarkoittaa yksilön tarvetta kuulua yhteisöön, jossa muutkin käyttävät päihteitä. Se tuo käyttäjälle ryhmään kuulumisen tunnetta, joka taas mahdollisesti lisää päihteiden käyttöä. (Havio ym. 2008: 43.) Henkinen riippuvuus viittaa ihmisen ajatusmaailmaan ja elämäntavoihin, joka liittyy päihteiden käyttöön. Päihteidenkäyttäjillä on tietyt arvot, uskomukset ja ihanteet. (Holmberg 2010: 40.) Jokaisen kohdalla kuntoutuminen on yksilöllisesti etenevää ja sen mukaisesti tehdään pitkäaikainen hoito- ja kuntoutussuunnitelma (Päihdekuntoutus 2013).

Käytännössä hoitosuunnitelma sisältää luettelon keskeisistä hoidoista ja menetelmistä siten, että suunnitelmasta on nähtävissä, mihin hoitotavoitteisiin ja missä ajassa kullakin erityishoidolla, kuten lääkehoidolla tai psykoterapialla, pyritään ja keiden vastuulla hoidon eri osat ovat. (Lönngqvist 2011.) Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata terveysongelmia koskeva tieto esimerkiksi tutkimukset, käytettävät hoitomuodot, kuntoutustoimet ja seuranta. (Komulainen – Mäkinen – Mäntyranta – Rintala 2012: 73–76.)

Hoitosuunnitelman laatiminen yhteistyössä asiakkaan kanssa on hoitosuhteen kannalta tärkeä. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) laatusuosituksen mukaan päihdehoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, joka on yksilöllisesti luotu asiakkaalle. Hoitosuunnitelmasta tulee ilmetä hoidon tavoitteet, toteutus ja keinot sekä seuranta (Päihdepalvelun laatusuositus 2002). Hoitosuunnitelmaan panostamisen tärkeys on myös laissa määritelty (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2 luku 7§). Hoitosuunnitelma on tärkeä työväline, joka ohjaa hoitoprosessia ja toimii apuna hoitohenkilökunnan sekä asiakkaan välisessä kommunikoinnissa. Asiakkaan ja hoitohenkilökunnan yhteisymmärrys ja toiminta ovat tärkeä edellytys hoidon onnistumiselle. (Komulainen ym. 2012: 73–76.) Hoitohenkilökunnan tulee yhdessä asiakkaan kanssa suunnitella esimerkiksi hoidon tavoitteet ja olla niistä samaa mieltä. Asiakas ja hoitohenkilökunta miettivät yhdessä ovatko hoitosuunnitelmaan luotavat tavoitteet realistisia. (Clancy – Cleary – Horsfall – Hunt – Walter 2008: 45-46.)

Hoitohenkilökunnan tulee saada yhteys asiakkaaseen ja siten saavuttaa asiakkaan luottamus. Luottamus ja `samalle aaltopituudelle pääseminen` eivät kuitenkaan tarkoita, että hoitotyöntekijä mukailisi asiakkaan mielenliikkeitä ja haluja ehdoitta, vaan hoitohenkilökunnan tulee osata kyseenalaistaa asiakasta ja tarjota hänelle ammatillista apua (Suhonen – Murto 2002: 84–85). Hyvällä hoitosuhteella ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidoilla on todettu olevan suotuista vaikutus hoidon tuloksiin (Käypä hoito 2011.) Hyvä hoitosuhde perustuu ammatillisuuteen ja vuorovaikutukseen. Hoitohenkilökunnan ammatillisuutta ei enää nähdä ehdottomana tunteiden hallintana ja varovaisuutena tuoda omia mielipiteitä esille. (Mönkkönen 2007: 17.)

Hoitosuunnitelmassa on käytetty rakenteista kirjaamista Suomessa jo vuosia erilaisissa potilastietojärjestelmissä, kuten FinnCC. Rakenteinen kirjaaminen on tulossa käyttöön laajemmalti Suomeen eri paikkakunnille sairaaloihin sekä terveyskeskuksiin. Kokemuksia on saatu ympäri Suomea erilaisista yksiköistä ja niiden perusteella rakenteista kirjaamista on kehitetty ja kehitetään edelleen toimivammaksi (THL:n tiedote 2011.) Rakenteinen kirjaaminen toteutuessaan lisää potilasturvallisuutta sekä yhtenäistää kirjaamista, mikä on tärkeää potilaan jatkohoidon onnistumisen kannalta. (Komulainen – Meriläinen – Mäkelä – Vuokko 2011: 36.)

Rakenteisessa terveys- ja hoitosuunnitelmassa toteutetaan yksilövastuisen hoitotyön periaatteita. Näitä eettisiä periaatteita ovat ihmisarvo, inhimillisyys, individuaalisuus, tasa-arvo, vastuullisuus, turvallisuus, kokonaisvaltaisuus ja jatkuvuus. Yksilövastuisen hoitotyön lähtökohtana ovat potilaan tarpeet sekä lääkärin määräykset. (Hietanen ym. 2005: 51.) Dialoginen vuorovaikutus liittyy vahvasti yksilövastuiseen hoitotyöhön. Dialoginen vuorovaikutus tarkoittaa vastavuoroista vuorovaikutusta. Vastavuoroisuus tarkoittaa puolestaan ihmisten välistä suhdetta, jossa molemmat tuovat omia ajatuksiaan esille. Yksilöillä on oma historiansa ja tapansa nähdä maailma. Heillä saattaa olla hyvinkin eriävät arvot, uskomukset ja käsitykset hyvästä hoidosta. Haasteena päihdehoitotyön vuorovaikutussuhteessa on molemminpuolinen ymmärrys. (Mönkkönen 2007: 14–16.)

2.2 Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma

STM:n, THL:n ja Duodecimin eri hankkeiden myötä on kehitetty rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma, joka ollut käytössä osassa Suomea vuodesta 2010. Sen käyttö laajenee koko ajan, ja tällä hetkellä se on tavoittanut jo osan perusterveydenhuollosta ja työterveyshuollosta. Käyttökokemusten myötä rakenteista terveys- ja hoitosuunnitelmaa täydennetään lisää. Rakenteisen terveys- ja hoitosuunnitelman myötä ajatus asiakkaan olemisesta hoidon kohteena väistyy ja asiakas on osa vastavuoroista yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa. (Komulainen ym. 2011: 10–13.)

Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma liitetään KanTa-palveluun (kansallinen terveysarkisto), jolloin se tavoittaa eri kunnat ja eri yksiköt. Näin asiakkaan hoito on sujuvampaa ja jatkohoidon turvaaminen onnistuu paremmin. Tämä helpottaa molemminpuolista työskentelyä asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Tavoitteena on myös, että asiakkaan hoitoa tarkastellaan kokonaisuutena. Rakenteisella terveys- ja hoitosuunnitelmalla pyritään yhdenmukaisuuteen sisällössä ja rakenteellisuudessa. Tällöin se soveltuu käytettäväksi useissa potilastietojärjestelmissä valtakunnallisesti. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma on yksi asiakirja potilastietojärjestelmässä. (Komulainen ym. 2011: 10–12.) Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma koostuu neljästä osa-alueesta. Ne ovat asiakaskeskeisyys, voimaannuttaminen, hoidon jatkuvuus ja tietojärjestelmien hyödyntäminen hoidon toteutuksessa. Tähän opinnäytetyöhön valittiin analyysirungoksi rakenteisen terveys- ja hoitosuunnitelman teemat. Opinnäytetyön tilanneet yksiköt ovat siirtymässä rakenteiseen kirjaamiseen kevään 2014 aikana.

Asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan asiakkaan kokonaihoitoa eli hoidon suunnittelusta, tutkimuksista, hoitoa, kuntoutusta ja seurantaa, joka on nähtävissä yhdestä suunnitelmasta. (Komulainen ym. 2011: 10–12.)

Voimaannuttamisella tarkoitetaan karkeasti asiakkaan ottamista mukaan hoidon suunnitteluun. Voimaannuttaminen vaatii hoitohenkilökunnan oman voimaantumisen. Miten yksilö voi kunnioittaa ja arvostaa toista yksilöä, ellei hän kunnioita ja arvosta ensin itseään. (Bradbury-Jones – Irvine – Sambrook 2008: 258–259.) Hoitosuunnitelma luodaan yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa niin, että asiakas itse saa mielipiteensä kuuluviin. (Komulainen ym. 2011: 12–13.) Yhdessä asiakkaan kanssa sovituista tavoitteista ja käyttöön otettavista toimenpiteistä keskusteleminen lisäävät hoitotyön ja etenkin päihdehoitotyön laatua (Suhonen – Murto 2002: 35). Laissa on myös määritelty asiak-

kaan oikeus, että hänen toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet huomioidaan (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2 luku, 4§ ja 8§).

Rakenteisen terveysterveys- ja hoitosuunnitelman *hoidon jatkuvuudella* pyritään yhteisesti käytettävään hoitosuunnitelmaan, jota eri palveluntuottajat käyttävät (Komulainen ym. 2011: 13).

Rakenteinen hoitosuunnitelma mahdollistaa *tietokoneiden optimaalisen hyödyntämisen* hoitotyössä. Tämä helpottaa hoitohenkilökunnan työtä, koska päällekkäinen kirjaaminen vähenee. Se myös helpottaa hoitotyön suunnittelua ja sen toteutumisen seuranta. (Komulainen ym. 2011: 13.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Järvenpään sosiaalisairaalan hoitohenkilökunnan käsityksiä päihderiippuvaisten hoitosuunnitelmasta.

Tavoitteena on tuottaa tietoa hoitosuunnitelman kehittämiseksi sekä rakenteisen kirjaamisen yhtenäistämiseksi päihdehoitotyössä. Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella hoitohenkilökunta pystyy jatkossa yhtenäistämään käyttämäänsä hoitosuunnitelmaa päihdehoitotyössä, jolloin hoito on asiakaslähtoisempää ja tasa-arvoisempaa sekä hoidon laatu paranee entisestään.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten yksikössä työskentelevä hoitohenkilökunta kokee käytössä olevan hoitosuunnitelman?
2. Mitkä ovat hoitosuunnitelman kehittämishaasteet?

4 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto hankittiin teemahaastattelujen avulla ja aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Teemahaastattelun kysymykset valittiin rakenteisen terveysterveys- ja hoitosuunnitelman pääkohtien pohjalta.

Haastattelun teemoja ovat siis edellä mainitut asiakaskeskeisyys, voimaannuttaminen, hoidon jatkuvuus ja tietojärjestelmien hyödyntäminen.

4.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisuuteen, vaan sen avulla pyritään kuvaamaan jotakin tiettyä ilmiötä tai tapahtumaa (Sarajärvi–Tuomi 2009: 85). Laadullisen tutkimuksen tutkimuskohteiksi sopivat asiat, joista ei ole paljoa tietoa. Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttaa, millaista tietoa tavoitellaan ja mikä on tutkimuksen tavoite. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on löytää toimintatapoja, samanlaisuuksia ja eroja. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 65–66.) Laadullisen tutkimuksen avulla saadaan syvälinen kuvaus tutkimusilmioistä. Laadullinen tutkimus soveltuu parhaiten tähän opinnäytetyöhön, koska siinä korostuvat ihmisten, kokemusten, tulkintojen, käsitysten ja näkemysten kuvaus. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 79). Laadulliseen tutkimukseen osallistuvien henkilöiden sopivuus harkitaan mahdollisimman tarkkaan, koska laadullista tutkimusta tehdessä on oleellista, että haastateltavilla on mahdollisimman hyvä käsitys ja kokemus tutkittavasta ilmiöstä (Sarajärvi–Tuomi 2009: 85–86).

4.1.1 Teemahaastattelu

Laadullista tutkimusta tehdessä käytetään haastatteluja, kyselyjä, havainnointia ja erilaisia dokumentteihin perustuvia tietoja (Sarajärvi–Tuomi 2009: 71). Haastattelun avulla saadaan vastauksia kysymyksiin, mitä haastateltava ajattelee asiasta. Haastattelu on hyvä vaihtoehto, koska sen aikana voi tarvittaessa toistaa tai selventää kysymystä tai vastausta. Näin vastauksesta saadaan luotettavampi. Haastattelussa pyritään saamaan mahdollisimman paljon tietoa, joten sen onnistumisen kannalta olisi tärkeää, että haastateltavat tietävät etukäteen, millaista aihealuetta haastattelu käsittää ja mitä varten haastattelu tehdään. Kysymykset voidaan myös lähettää etukäteen haastateltaville. On eettisesti perusteltua, että haastateltavat tietävät ainakin osittain haastattelun teemasta. (Sarajärvi–Tuomi 2009: 71–74.)

Teemahaastattelu on strukturoidun ja strukturoimattoman eli avoimen haastattelun välimuoto, jossa on piirteitä molemmista (Hirsjärvi – Hurme 2011: 47–48). Teemahaastattelussa on valittu etukäteen teemat ja apukysymykset, jotka vievät haastattelua eteen-

päin. On haastattelijan päätettävissä, kysyykö hän kaikilta haastateltavilta kaikki samat kysymykset teemarungon mukaisesti, ovatko kysymykset samassa järjestyksessä ja ovatko kysymykset aseteltu samoihin sanamuotoihin. Tämän vuoksi teemahaastattelu on joustava haastattelumuoto. Teemahaastattelun runkoa tehdessä antavat siihen viittekehystä aiemmat tutkimukset. (Sarajärvi–Tuomi 2009: 75.)

Helpottaakseen haastattelun myöhempää läpikäymistä sekä lisäämällä sen luotettavuutta, voidaan apuvälineenä käyttää ääninauhoitusta. Haastateltaville tulee etukäteen kertoa nauhoituksesta sekä siitä, että nauhat hävitetään asianmukaisesti, kun ne ovat käyty läpi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 127.) Ääninauhat kirjoitetaan tekstiksi, josta käytetään nimitystä litterointi. Teksti toimii aineistona, ja sitä on helpompi käsitellä aineiston analyysissä. Litterointi tehdään huolella ja litteroinnin tulee vastata haastateltavien kerrontaa. (Vilka 2005: 115–117.)

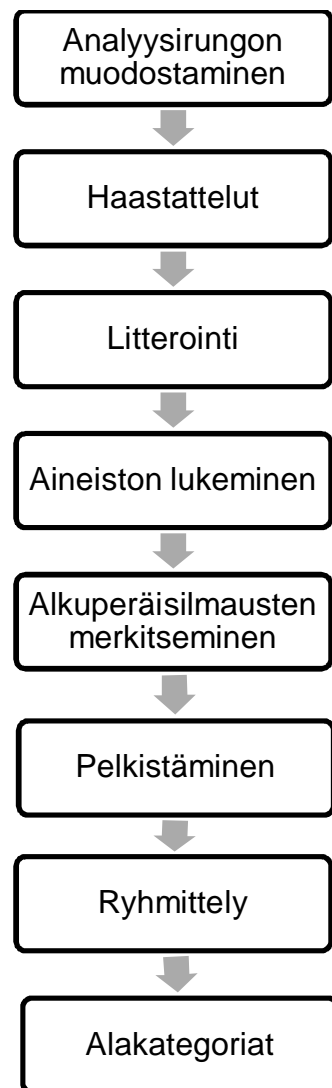
4.1.2 Teorialähtöinen sisällönanalyysi

Teorialähtöinen eli deduktiivinen sisällönanalyysi tukeutuu aikaisempiin teorioihin. Tätä opinnäytetyötä ohjaa aikaisempi tieto, josta saadaan analyysin kehys. Analyysirunko voi olla strukturoitu, jolloin aineistosta kerätään vain tietoa, joka sopii teoriaan ja sen pohjalta luotuihin kategorioihin. (Sarajärvi – Tuomi 2012: 113–114.)

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä aineistosta nimetään analyysiyksikkö, joka voi olla sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Kriteerinä on, että alkuperäisilmaus vastaa tutkittavaan kysymykseen ja teoriapohjaiseen analyysirunkoon. Aineistosta tulee jättää kaikki muu epäoleellinen tieto pois, mikä ei vastaa tutkimuskysymykseen. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 113.) Alkuperäisilmaukset pelkistetään. Pelkistäminen tapahtuu niin, että asia ilmaistaan lyhyesti ja ytimekkäästi, mutta niin, että asiasisältö säilyy. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5-7.)

Samaa tarkoittavat pelkistykset yhdistetään tai eritellään kategorioiksi ja niiden asiasisällön mukaan ne nimetään kuvaavasti. Luokituksia voidaan tehdä esimerkiksi etsimällä positiivisia ja negatiivisia mielipiteitä, jolloin negatiiviset mielipiteet muodostavat oman luokituksensa ja positiiviset mielipiteet muodostavat oman luokituksensa. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 6.) Luokitukset käsitteellistetään eli abstrahoidaan. Luokittelua jatketaan niin pitkälle kuin se on mielekästä ja vastaa tutkittavaan aiheeseen. (Kyngäs

– Vanhanen 1999: 6-7.) Mitä enemmän aineistoon paneutuu, sitä paremmin löytää merkityksiä ja sisältöä luokituksille. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 102.)



Kuvio 1. Aineiston hankinta ja analyysin eteneminen (Janhonen – Nikkonen 2001: 31-34; Sarajärvi – Tuomi 2012: 113-114; Kyngäs – Vanhanen 1999 5-7).

4.2 Opinnäytetyön toteutus

Teemahaastattelun kysymykset valittiin rakenteisen terveys- ja hoitosuunnitelman pääkohtien pohjalta. Haastattelun teemoja ovat siis edellä mainitut asiakaskeskeisyys, voimaannuttaminen, hoidon jatkuvuus ja tietojärjestelmien hyödyntäminen.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä A-klinikkasäätiön ylläpitämän Järvenpään sosiaalisairaalan kanssa. Järvenpään sosiaalisairaala on päihdehoitotyöhön erikoistunut

sairaala. Sairaala tarjoaa palvelua koko Suomelle. Järvenpään sosiaalisairaala jakaantuu neljään eri yksikköön: katkaisu – ja vieroitushoito, päihdekuntoutus, perhekuntoutus ja lääketeen yhteisöhoito. (Järvenpään sosiaalisairaala). Aineiston hankintaa ja analyysin etenemistä kuvataan pelkistetyksi (Kuvio 1: Aineiston hankinta ja analyysin eteneminen). Tammikuussa 2014 tehtiin yksi koehaastattelu. Koehaastatteluun osallistui vapaaehtoisesti hoitoalalla työskentelevä henkilö. Haastattelutilanne luotiin mahdollisimman todentuntuiseksi käyttämällä ääninauhuria ja kunnioittaen eettisiä periaatteita. Koehaastattelun perusteella haastattelun apukysymyksiä muokattiin selkeämmiksi, kuitenkin kaikki teemat pysyivät samoina.

Opinnäytetyö toteutettiin teemahaastattelun muodossa kahden viikon sisällä Järvenpään sosiaalisairaalan tiloissa keväällä 2014. Haastattelut tehtiin hoitohenkilökunnan työajalla. Ennen haastatteluja hoitohenkilökunnalle lähetettiin sähköpostitse saatekirje (Liite 2) sekä allekirjoitettava kirjallinen suostumus (Liite 3) yksikköjohtajien kautta. Haastattelupyynnön saaneista kolme henkilöä otti yhteyttä haastattelijoihin sähköpostitse. Tämän jälkeen haastatteluun osallistuville lähetettiin teemahaastattelunrunko (Liite 4), jotta haastateltavat pystyivät orientoitumaan aiheeseen sekä sovittiin haastattelujen ajankohdat. Haastattelun apuvälineenä käytettiin ääninauhuria, jolloin tutkimuksen tulokset ovat luotettavampia (Kankkunen – Vehviläinen - Julkunen 2013: 127) ja haastattelutilanne oli sujuvampi. Neljäs haastateltava saatiin yllättäen haastattelupäivänä ja haastattelu tehtiin samana päivänä.

Haastatteluun oli varattu rauhallinen tila, jonka järjesti sairaalassa työskentelevä opinnäytetyön yhteyshenkilö. Haastattelutila valmisteltiin rauhassa ennen haastateltavien tuloa, kuten missä haastattelija istuu suhteessa haastateltavaan. Ennen jokaista haastattelua testattiin ääninauhurin toimivuus ja varmistettiin, että haastateltavan ääni kuului riittävän hyvin nauhalla. Ennen haastattelujen aloittamista jokaisen haastateltavan kanssa käytiin sanallisesti läpi eettisyyteen liittyvät oikeudet keskeyttää haastattelu milloin tahansa, haastateltavan anonymiteetin säilyminen ja nauhojen asianmukainen hävitys litteroinnin jälkeen. Kirjalliset suostumukset haastatteluun kerättiin haastateltavilta ennen haastattelua.

Haastattelut sujuivat keskeytyksettä. Keskeytyksettömän haastattelun edistämiseksi haastattelutilan oven ulkopuolelle kiinnitettiin huomio-lappu, jossa pyydettiin ystävällisesti olemaan keskeyttämättä. Haastateltavia pyydettiin myös sammuttamaan puhelimensa, jos heillä oli siihen mahdollisuus. Näin myös varmistimme sen, etteivät puhelin-

signaalit vaikuta häiritsevästi nauhoituslaitteeseen. Etukäteen sovitut työajat, jossa toinen opinnäytetyöntekijöistä toimi haastattelijana ja toinen huolehti tekniikasta, toimi hyvin. Molemmat sekä haastattelija, että tekniikasta huolehtiva, tekivät myös muistiinpanoja haastattelun aikana. Muistiinpanoja ei käytetty, koska kaikki tarvittava informaatio tallentui ääninauhalla hyvin. Haastattelutilanne saatiin luotua luontevaksi, vaikka tilanne oli haastattelijoille uusi ja jännittävä. Haastatteluissa kysymykset kysyttiin samassa järjestyksessä jokaisen haastateltavan kohdalla. Lisäkysymyksiä esitettiin tarpeen mukaan. Osa haastateltavista kertoi aiheesta oma-aloitteisemmin ja osan kohdalla lisäkysymyksiä esitettiin enemmän. Haastateltavia oli yhteensä 4 ja haastattelut kestivät keskimäärin 20 minuuttia. Haastattelut toteutettiin kahtena päivänä.

Haastattelujen jälkeen tehtiin litteroinnit. Litteroinnin jälkeen haastatteluja luettiin useaan kertaan, jonka avulla etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin sekä analyysirunkoon. Ennen analyysiä muodostettiin analyysirunko, jossa hyödynnettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen rakenteisen terveys- ja hoitosuunnitelman rakennetta. Pääkategoriaksi muodostettiin hoitosuunnitelma päihdehoitotyössä, joka koostui voimaannuttamisesta, hoidon jatkuvuudesta, tietojärjestelmien käytöstä sekä asiakaslähtöisyydestä. (Sarajärvi – Tuomi 2012: 113–115; Komulainen – Mäkelä – Vuokko 2011: 12.) Pääkategoriaksi valittiin hoitosuunnitelma päihdehoitotyössä ja yläkategoriat nimettiin rakenteisen terveys- ja hoitosuunnitelman sisällön mukaisesti. Pelkistykset eivät myöskään voi kuulua mihinkään muuhun alakategoriaan. (Sarajärvi–Tuomi 2012: 103–110.)

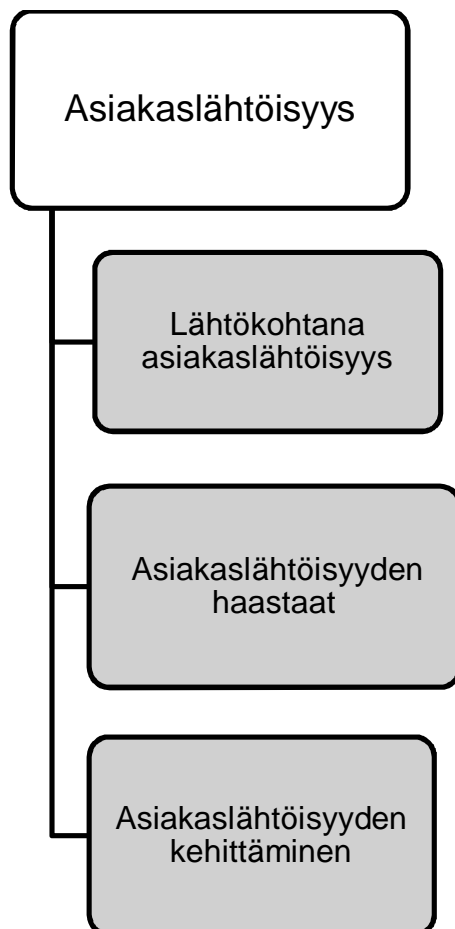
Seuraavassa vaiheessa alkuperäisilmaukset siirrettiin omaan taulukkoon, jonka jälkeen ne pelkistettiin. Pelkistysten yhteydessä lisättiin alkuperäisilmauksiin sekä pelkistykseen koodit myöhempiä tarkastelua helpottamaan. Koodista selviää, mikä haastattelu on kyseessä ja millä numerolla se on merkitty vastaamaan alkuperäisilmausta, kuten esimerkiksi H2-14. Taulukkoon lisättiin myös koodi kertomaan kumpaan tutkimuskysymykseen vastaus vastaa. Tämä merkittiin koodilla K1 tai K2. Pelkistämisen ja koodauksen jälkeen tulostettiin ja leikattiin kaikki pelkistykset yksittäisiksi. Seuraavana vaiheena pohdittiin ilmeneekö samankaltaisuuksia pelkistysten välillä, jolloin aloitettiin alustava kategorisointi. Aineistosta poimittiin vain analyysirunkoon kuuluvia pelkistyskysymyksiä.

5 Tulokset

Seuraavaksi esitellään tulokset. Neljästä yläkategoriasta on tehty kuviot, joissa jakautuminen alakategorioihin näkyy selkeästi. Yläkategorioista ja alakategorioista muodostui analyysirunko (Liite 5: Kuvio 6 Analyysirunko). Pääkategoriaksi muodostui hoitosuunnitelma päihdehoitotyössä.

5.1 Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisyys jakaantui kolmeen alakategoriaan lähtökohtana asiakslähtöisyys, asiakslähtöisyyden haasteet ja asiakslähtöisyyden kehittäminen. Asiakslähtöisyys jakaantui kolmeen alakategoriaan (Kuvio 2 Asiakslähtöisyys). Aineistosta ilmeni, että asiakas on keskiössä päihdehoidon hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Hoitohenkilökunta arvostaa ja tukee asiakkaan yksilöllisyyttä. Joskus ongelmana voi olla asiakkaan terveydentila tai asiakkaan tiedon puute. Hoitohenkilökunta uskoo vahvasti asiakslähtöisyyden paranevan esimerkiksi koulutuksen ja keskustelujen kautta (Liite 6 Taulukko 1 Pelkistykset - Asiakslähtöisyys).



Kuvio 2. Asiakslähtöisyys.

5.1.1 Lähtökohtana asiakaslähtöisyys

Lähtökohtana on, että hoitosuunnitelma tehdään asiakaslähtöisesti ja lähtöasetelmassa asiakkaan yksilöllisyys. Asiakaslähtöisyys näkyy esimerkiksi niin, että hoitohenkilökunta kysyy asiakkaan omia tavoitteita ja muotoilee ne hoitosuunnitelmaan asiakkaan omilla sanoilla. Hoitosuunnitelma on asiakkaan näköinen. Oikeastaan päihdehoidon hoitosuunnitelmaa ei voi tehdä ilman asiakkaan osallistumista. Asiakaslähtöisyyttä vahvistaa hoitosuunnitelman viikoittainen arviointi hoitohenkilökunnan ja asiakkaan kesken. Joillakin osastoilla seurataan melkein päivittäin hoitosuunnitelman toteutumista.

5.1.2 Asiakaslähtöisyyden haasteet

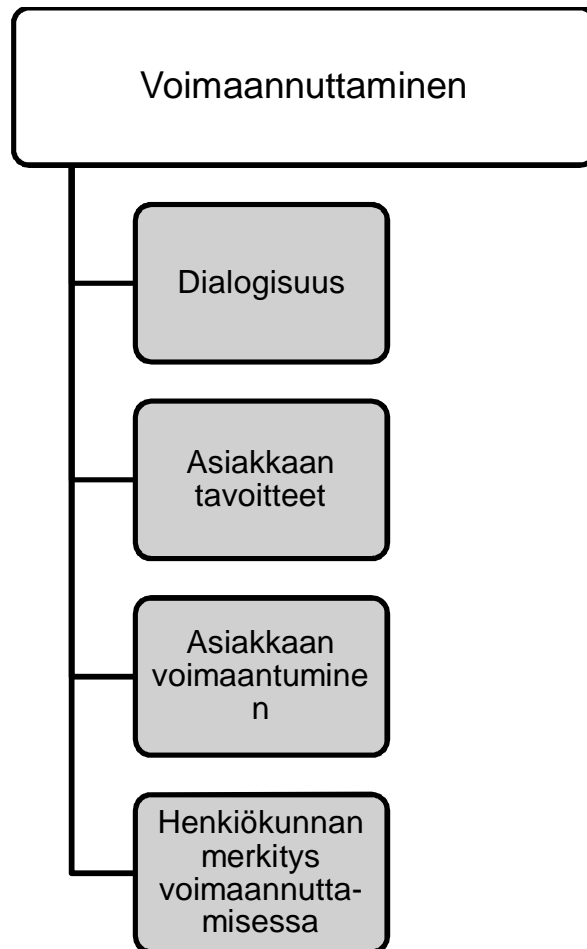
Ongelmakohtiksi muodostui asiakkaan terveydentila. Asiakas ei ole välttämättä parhaassa mahdollisessa kunnossa tekemään hoitosuunnitelmaa ja asiakas ei välttämättä yksinkertaisesti tiedä, mikä olisi hänen hoidon kannalta parasta tai mitä palveluja on mahdollista saada. Silloin hoitohenkilökunnan harteille jää vastuu ja intuitio tarjota asiakkaalle hoitosuunnitelma, joka voi heikentää asiakaslähtöisyyttä. Joskus myös aikaisempi kirjattu tieto voi olla niin sanotusti esteenä. Hoitohenkilökunnan tulisi aina aloittaa puhtaalta pöydältä uusi hoitajakso, joten vanhat tiedot voivat estää tätä prosessia.

5.1.3 Asiakaslähtöisyyden kehittyminen

Hoitosuunnitelman teossa ollaan menossa yksilöllisempään malliin. Jatkossa voitaisiin tehdä hoitosuunnitelmaa vielä enemmän asiakkaan kanssa yhdessä. Hoitohenkilökunnan mukaan asiakaslähtöisyyttä voidaan parantaa koulutusten ja keskustelujen kautta. Riittävän aikainen puuttuminen mahdollisiin asiakkaan ja lähettävän tahon keskeisiin ristiriitoihin hoitosuunnitelmassa parantaisi myös asiakaslähtöisyyttä.

5.2 Voimaannuttaminen

Voimaannuttamisesta muodostui neljä alakategoriaa: *dialogisuus*, *hoitajan merkitys voimaannuttamisessa*, *asiakkaan voimaantuminen* ja *asiakkaan tavoitteet*. Suurimmiksi alakategorioiksi muodostui dialogisuus ja asiakkaan tavoitteet. (Kuvio 3 Voimaannuttaminen, Liite 7 Taulukko 1 Pelkistykset - Voimaannuttaminen).



Kuvio 3. Voimaannuttaminen.

5.2.1 Dialogisuus

Dialogisuutta pidettiin tärkeimpänä työkaluna päihdehoitotyön hoitosuunnitelman laati-
misessa. Dialogisuus toteutuu hyvin ja on jatkuvaa. Dialogisuus käsitti hoitohenkilö-
kunnan, asiakkaan ja avohoidon välisen vuorovaikutuksen. Tärkeänä nousi esiin hoito-
henkilökunnan rooli dialogisuudessa. ”Hoitaja toimii tulkkina asiakkaan ja hoitosuunni-
telman välillä”, kertoo hyvin miten hoitohenkilökunta pyrkii luomaan hoitosuunnitelmas-

ta asiakkaan mukaisen. Toisaalta esiin nousi myös dialogisuuden haasteellisuus. Haasteellisuutta lisäsi yhteistyökyvytön asiakas ja erimielisyydet hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä. Kun erimielisyyksiä ilmenee hoitosuunnitelman teossa, tulee hoitohenkilökunnan joustaa ja muokata hoitosuunnitelma asiakkaan mieleiseksi. Dialogisuus on ehdoton tekijä hoitosuunnitelman laatimisessa ja sitä pitää vaalia, koska asiakkaan ja hoitohenkilökunnan näkökulmissa on eroja. Tärkeää on myös se, että hoitosuunnitelma muokkaantuu dialogin kautta koko hoitoprosessin aikana. Haastattelujen mukaan *”dialogisuus on ainoa oikea keino hoitosuunnitelman teossa”*.

Dialogisuus käsitti myös moniammatillisuuden. Tavoite on, että hoitosuunnitelmaan saadaan myös moniammatillisen tiimin mielipide, jotta hoitosuunnitelma olisi kattavampi. Ilmeni myös, että moniammatillinen tiimi ottaa hoitosuunnitelmaan kantaa, jotta asiakkaan kokonaistilanne tulisi huomioitua. Hoitohenkilökunta vaati moniammatillisen tiimin välistä dialogia säilytettäväksi, koska eri ammattiryhmät huomioivat erilaisia hoitoon liittyviä seikkoja.

5.2.2 Hoitohenkilökunnan merkitys voimaannuttamisessa

Hoitohenkilökunnan rooli asiakkaan voimaannuttamisessa liittyy asenteisiin. Hyvät piirteet hoitohenkilökunnan keskuudessa olivat eteenpäin suuntautuminen ja positiivinen asenne. Huonoksi piirteeksi laskettiin hoitohenkilökunnan keskittyminen liikaa epäonnistumisiin.

”Epäonnistumisista ei kannata muistuttaa koko ajan vaan ne kannattaa muuttaa kokemuksiksi, joista voi oppia”.

5.2.3 Asiakkaan voimaantuminen

Hoitohenkilökunta oli sitä mieltä, että asiakas voimaantui oppimiskokemusten ja onnistumisten kautta. Voimaantuminen saattoi liittyä perheeseen, vanhemmuuteen, yksilöön ja näihin liittyviin onnistumisiin. Voimaannuttamista tukee se, että asiakas saa valita hoitoa koskevat menetelmät ja on aktiivisessa roolissa hoitosuunnitelman tekemisessä.

5.2.4 Asiakkaan tavoitteet

Yhden haastattelun pohjalta nousi ajatus, että asiakkaan tavoitteet ovat olleet ennen liian pitkälle tähtääviä. Toisaalta joskus pidemmän aikavälin tavoite voi toimia voimava-

ranakin. Tuloksista ilmenee myös, että tietyt pidemmän aikavälin tavoitteet ovat asiakkaalle tärkeitä ja he haluavat että ne näkyvät hoitosuunnitelmassa, vaikka hoitajakson aikana ei tavoitteisiin päästäisi. Hoitajakson tavoitteiden rinnalla voi kulkea asiakkaan omia tavoitteita. Aineistosta ilmenee, että arkiset ja pienet tavoitteet hoitosuunnitelmassa johtavat pidempiaikaisiin tavoitteisiin.

Tärkeänä pidettiin, että asiakas on itse asettanut tavoitteensa. Kun asiakkaat ovat itse asettaneet tavoitteet, ne myös täyttyvät. Huonona piirteenä pidettiin sitä, että hoitohenkilökunta tarjoaa liian herkästi keinoja saavuttaa tavoitteet. Lisäksi harmittavana pidettiin sitä, ettei jokaisessa yksikössä kirjoiteta asiakkaalle viikkotavoitteita.

Tavoitteita pitäisi pilkkoa enemmän hoitosuunnitelmassa ja hoitosuunnitelman arjen tavoitteisiin pitäisi saada parannusta. Lisäksi viikkotavoitteita olisi hyvä verrata hoitajakson tavoitteisiin. Hoitohenkilökunta kokee tarvitsevänsä kehittämistä asiakkaiden tavoitteiden kanssa.

5.3 Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus jakaantui kolmeen alakategoriaan (Kuvio 4 Hoidon jatkuvuus). Yleisesti hoidon jatkuvuus toimii hyvin hoitohenkilökunnan mukaan. Hoidon jatkuvuuden toteutumista kuvailtiin sanoilla ihan hyvä, onnistunut ja hyvä. Samalla nousi esiin avohoitokontaktin tärkeys ja ehdottomuus. Lisäksi ilmeni kehittämissuhteita jatkohoidon parantamiseen. Hoidon jatkuvuudesta muodostui seuraavat alaluokat: *jatkohoidon suunnittelu*, *avohoitokontaktin tärkeys* ja *jatkohoidon kehittäminen* (Liite 8 Taulukko 3 Pelkistykset - Hoidon jatkuvuus).



Kuvio 4. Hoidon jatkuvuus.

5.3.1 Jatkohoidon suunnittelu

Yleisesti jatkohoidon suunnittelu toimii suhteellisen hyvin, ja kaikille asiakkaille tehdään jatkohoitosuunnitelma. Hoidon jatkuvuus on onnistuneesti hoitosuunnitelmassa. Lisäksi hoidon jatkuvuutta arvioidaan tiiviisti koko hoitajakson aikana. Koska hoitajakso on pieni osa kokonaisuutta, on tärkeää, että hoidon jatkuvuus näkyy hoitosuunnitelmassa. Hoitosuunnitelmaan on erikseen otsikoituna jatkohoito. Hoitosuunnitelmaan merkitään jatkohoittoa koskevia tietoja kuten verkostoneuvottelut. Hoitosuunnitelmassa näkyvät jatkohoidon päivitykset, joista saa selville, mitä asiakkaan kanssa on suunniteltu.

Kun asiakas tulee päihdekuntoutuksenyksikköön, ei alussa kovinkaan paljon pohdita jatkohoittoa. Usein jatkohoitosuunnitelma on tiedossa jo ennen hoitoon tulemistä tai sitten jatkohoittoa ei kirjata hoitosuunnitelmaan, koska jatkohoitopaikkaa ei ole vielä tiedossa. Jos jatkohoitopaikkaa ei ole tiedossa, tulee sekin merkitä hoitosuunnitelmaan.

Toisaalta hoitosuunnitelma tehtiin kuntoutuksen ajalle, joten ajateltiin, ettei jatkohoito-suunnitelma liity siihen merkittävästi.

5.3.2 Avohoitokontaktin tärkeys

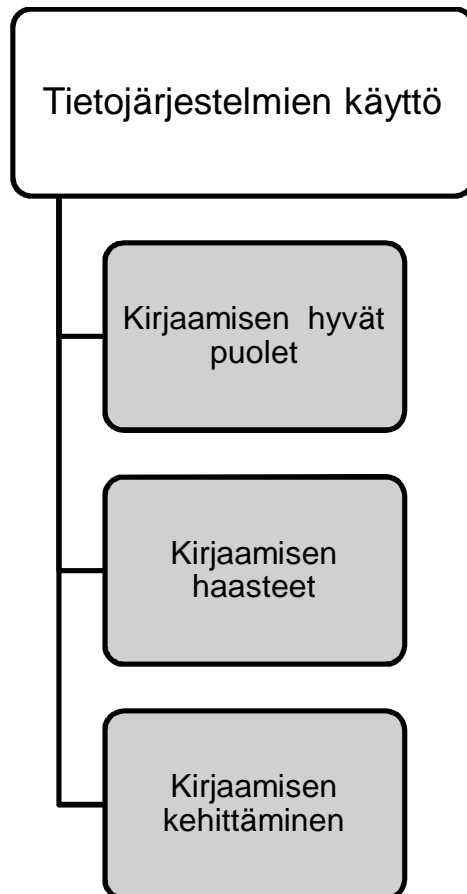
Avohoitokontakti on ehdottoman tärkeä. Ilmeni, että asiakas ei kotiudu sairaalasta ilman päihdehoidollista hoitokontaktia. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan avohoitokontakti.

5.3.3 Jatkohoidon kehittäminen

Kehittämishaasteeksi muodostui ulkopuolisten palveluiden tuottajien ja eri kuntien välinen heikko yhteistyö, joka vaikuttaa negatiivisesti jatkohoidon sujuvuuteen. Hoidon jatkuvuutta pitäisi parantaa eri kuntien välillä ja kolmannen sektorin kanssa. Yhden haastateltavan mielestä hoidon jatkuvuus paranisi, jos hoitohenkilökunta käyttäisi niin sanottua check –listaa, jotta kaikkien asiakkaiden kohdalla muistettaisiin käydä kaikki oleelliset asiat läpi.

5.4 Tietojärjestelmien käyttö

Tietojärjestelmien käytöstä muodostui vain kirjaamista koskevia kategorioita. Tietojärjestelmien käytöstä muodostui kolme alakategoriaa (Kuvio 5 Tietojärjestelmien käyttö). Kirjaamisesta löytyi ongelmakohtia, mutta paljon myös positiivisia puolia, jotka tukevat asiakkaiden hoitajaksoja. Yleisesti kirjaaminen on hyvin riippuvaista kirjaavasta henkilöstä, mutta pohja ja rakenne hoitosuunnitelmilla ovat samat. Kirjaaminen ja hoitosuunnitelman tekeminen ovat siis hyvin riippuvaisia niiden tekijästä. Tämän pääluokan alle muodostuivat alaluokat: *kirjaamisen hyvät puolet*, *kirjaamisen haasteet* sekä *kirjaamisen kehittäminen* (Liite 9 Taulukko 4 Pelkistykset - Tietojärjestelmien käyttö).



Kuvio 5. Tietojärjestelmien käyttö.

5.4.1 Kirjaamisen hyvät puolet

Kirjattu tieto on helppo löytää tietojärjestelmästä ja hoitosuunnitelmien kohdalla kirjaaminen on yhtenäistä. Aiemmin kirjatun tiedon etsiminen on suhteellisen helppoa ja vanhoista kirjauksista voi löytyä vahvistusta asiakkaan hoitajaksolle. Hoitosuunnitelma on kaikilla samalla rakenteella tehty ja samoilla otsikoilla, tietojärjestelmä toimii hyvänä pohjana hoitosuunnitelmalle. Lisäksi hoitosuunnitelmassa on selkeä rakenne ja tietojärjestelmässä on valmiita otsikoita, joista valita ja tehdä hoitosuunnitelma otsikoiden perusteella. Kirjaamisesta on koulutuksia ja kirjaamisesta käydään paljon keskustelua.

5.4.2 Kirjaamisen haasteet

Kirjaamisen ongelmat syntyvät yksilöllisyyden takia. Usein yksilöllisyys nähdään rikkautena ja positiivisena asiana, mutta kirjaamisessa se aiheuttaa ristiriitoja. Hoitohenkilökunnan kirjaamisen eroavaisuudet aiheuttavat törmäyskursseja. Hoitajien kirjaamiskäytännöt ovat vanhoja ja sekavia eikä kaikkea välttämättä kirjata. Eroavaisuuksia hoito-

suunnitelmissa on paljon ja hoidon seuranta on vaikeaa, jos jotain on jäänyt kirjaamatta. Kirjauksen löytyminen riippuu kirjaajasta, koska kirjaus on niin yksilöllistä. Lisäksi vanha tietojenkäyttöjärjestelmä on ollut erittäin sekava. Hoitohenkilökunta ei tiedä toistensa kirjaamiskäytäntöjä tai hoitosuunnitelmien tekoa. Hoitohenkilökunta ei tiedä miten kollega käyttää tietojärjestelmää. Ongelmana ilmeni myös se, etteivät talon ulkopuoliset palvelut kirjaudu hoitosuunnitelmaan.

5.4.3 Kirjaamisen kehittäminen

Kirjaamisesta toivottiin enemmän koulutuksia, jolloin kirjaamiskäytännöt yhtenäistyisivät. Koulutuksen yhteydessä sovittaisiin mitä kirjataan ja minne. Lisäksi toivottaisiin otsikoinnin tarkentumista tietojenkäyttöjärjestelmän muuttuessa. Rakenteisen uudistuksen myötä toivotaan yhtenäisempää kirjaamisjärjestelmää otsikoinnin ja sisällön kannalta. Hoitohenkilökunta kokisi hyötyvänsä paljon kirjaamiskoulutuksista (Liite 9 Pelkistykset -Tietojärjestelmien käyttö).

6 Pohdinta

Opinnäytetyön keskeisistä tuloksista ja kehittämishaasteista tehdään tiivistelmä, jonka esittelee Järvenpään sosiaalisairaalassa työskentelevä opinnäytetyömme yhdyshenkilö. Tiivistelmä esitellään hoitohenkilökunnan päihdekuntoutuksen kokouksessa. Tiivistelmän lisäksi hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus tutustua opinnäytetyöhön kokonaisuudessaan.

6.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tulokset kertovat hoitohenkilökunnan käsityksiä hoitosuunnitelmasta teemahaastattelun pohjalta tehtyjen kysymyksiensä osalta. Pääteemat olivat asiakaslähtöisyys, voimaannuttaminen, hoidon jatkuvuus ja tietojärjestelmän käyttö. (Komulainen ym. 2011: 10–12). Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että edellä mainitut neljä eri osaluetta toteutuvat hoitosuunnitelmassa.

Asiakaslähtöisyydestä nousi esiin seuraavat alakategoriat: lähtökohtana asiakaslähtöisyys, asiakaslähtöisyyden haasteet ja asiakaslähtöisyyden kehittäminen. Haastattelusta saatujen tulosten mukaan voidaan todeta, että hoitohenkilökunta pitää asiakkaan omista ajatuksista lähtevää hoitosuunnitelmaa erittäin tärkeänä. Myös yksilöllisyyden

merkitys nousee useammassa haastattelussa esiin tärkeänä piirteenä, kuten Mönkkönen (2007: 14–16) on aikaisemmin todennut. Aina hoitosuunnitelmaa ei pystytä tekemään yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti, koska asiakkaan terveydentila ei sitä välttämättä salli. Vaikka hoitohenkilökunta pyrkisikin toimimaan asiakaslähtöisesti, ei asiakas välttämättä anna siihen mahdollisuutta. Suhosen ym. (2002: 84–85) mukaan hoitohenkilökunnalla on vastuu myös kyseenalaistaa asiakkaan mielenliikkeitä tarjoten asiakkaalle ammatillista apua. Tällöin merkittävään rooliin nousee hoitosuunnitelmaa tekemisen hoitajan intuitio siitä, minkälaisia asioita juuri kyseisen asiakkaan kohdalla tulisi painottaa ja nostaa esiin. Tällöin asiakaslähtöisyys kärsii, vaikka hoitaja pyrkisikin tekemään parhaansa. Hoitosuunnitelma pyritään tekemään asiakkaan näköiseksi niin paljon kuin se on mahdollista. Eroavuuksia yksiköiden kesken ilmeni siinä, että joissain yksiköissä hoitosuunnitelmaa arvioitiin viikoittain ja toisissa päivittäin.

STM laatusuosituksen mukaan päihdehoitotyön tulee perustua yksilöllisesti laadittuun hoitosuunnitelmaan. (Päihdepalvelun laatusuositukset 2002). Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitohenkilökunta toivoo, että jatkossa voitaisiin tehdä hoitosuunnitelmia vielä enemmän asiakkaan kanssa yhdessä. Ehdotuksena siihen oli, että hoitohenkilökunnalle tulisi järjestää koulutuksia ja asiasta pitäisi käydä enemmän keskusteluja työympäristössä.

Lähes jokaisessa haastattelussa nousi esille, että asiakaslähtöisyyttä lisäisi parempi yhteistyö lähettävän tahon kanssa. Lähettävän tahon ja asiakkaan tavoitteet voivat erota toisistaan hyvinkin paljon. Tähän tulisi jatkossa panostaa huomattavasti enemmän, jotta asiakaslähtöisyyttä voitaisiin parantaa entisestään tämänkin kautta. Ehdotuksena esille nousi, että lähettävä taho voisi ennen asiakkaan hoitajaksolle tulemistä keskustella asiakkaan tavoitteista yhdessä hänen kanssaan, etteivät eroavaisuudet tavoitteissa olisi valtavat asiakkaan tullessa hoitajaksolle.

Voimannuttaminen jakautui alakategorioihin: hoitohenkilökunnan merkitys voimaannuttamisessa, asiakkaan voimaantuminen, dialogisuus ja asiakkaan tavoitteet. Tulosten pohjalta voidaan dialogisuutta pitää yhtenä tärkeimmistä työkaluista päihdehoitotyön hoitosuunnitelmaa laatiessa. Eräistä haastatteluista ilmenee, että dialogisuus myös toteutuu ja toimii hyvin yksiköissä. Haastattelussa esiin tullut vertauskuva, siitä että hoitaja toimii asiakkaan ja hoitosuunnitelman välisenä tulkkina, kertoo hyvin paljon erään haastateltavan ajatusmaailmasta. Se kertoo siitä, mikä tulisi olla tavoitteellista kaikilla hoitohenkilökunnan jäsenillä.

Haasteellisia tilanteita tuo yhteistyökyvytön asiakas ja erimielisyydet asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Haasteena päihdehoitotyössä on molemminpuolinen ymmärrys. (Mönkkönen 2007: 14–16). Erilaisissa asiakastilanteissa hoitohenkilökunta käyttää dialogista keskustelua, jotta molempia osapuolia miellyttävä ratkaisu löytyy. Näkökulmaeroja on asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä, mutta se kertookin, että asiakkaat ovat yksilöitä. Näissä tilanteissa erityisesti dialogisuuden merkitys korostuu. Clancyn ym. (2008: 45–46) mukaan dialogisuus hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä on hyvä työkalu esimerkiksi tavoitteiden suunnittelussa.

Hoitohenkilökunnan rooli voimaannuttamisessa vaikuttaa yksilön asenne ja oma persoona. Tällaisia piirteitä tulisi näkyä kaikkialla päihdehoitotyön yksiköissä. Piirteinä olivat eteenpäin suuntaava ja positiivinen asenne. Kun taas epäonnistumiseen keskittyminen, kuten aiempien hoitojen määrä tai muu sellainen vaikuttaa voimaannuttavaan prosessiin negatiivisesti. Tällaista tulisi välttää. Epäonnistumisten kääntäminen kokemuksiksi ja voimavaraksi olisi tärkeää. Sen ymmärtääkseen asiakas voi tarvita hoitohenkilökunnan apua. Tietenkään pelkällä positiivisuudellakaan ei saa luotua hyvää hoitosuhdetta asiakkaaseen tai luotua toimivaa hoitosuunnitelmaa, vaan se on osa sitä. On todettu, että hyvä hoitosuhde ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot vaikuttavat positiivisesti hoitoon ja sen tuloksiin. (Käypähoito 2011).

Eräs haastateltava tuo esille, että vaikka hoitojaksolle suunnitellut tavoitteet pyritään luomaan sellaisiksi, jotka on mahdollista saada täytetyksi hoitojakson aikana, niin usein asiakas haluaa tuoda esille myös pidemmän aikavälin tavoitteita. Joten onkin tärkeää, että pidemmän aikavälin tavoitteet näkyvät myös hoitosuunnitelmassa. Haastatteluista selviää, että joissakin yksiköissä nämä pidemmän aikavälin tavoitteet merkitään hoitosuunnitelmassa hoitojakson tavoitteiden rinnalle. Tällöin nämäkin tavoitteet ovat hoitohenkilökunnan kuin asiakkaan nähtävissä. Jos pidemmän aikavälin tavoitteiden kirjaaminen hoitosuunnitelmaan on asiakkaalle tärkeää, niin hän samalla kokee myös kuuluksi tulemisen tunteita hoitosuhteessa.

Tuloksista nousee esiin se, että asiakkaan itse laatiessa tavoitteet ne myös usein täyttyvät. Eräs haastateltava toteaa, että liian herkästi tarjotut keinot päästä hoitosuunnitelmassa asettamiinsa tavoitteisiin vaikuttaa asiakkaan omaan ajatteluun ja pohdintoihin. Eli asiakkaalla tulisi olla riittävästi aikaa ja hoitohenkilökunnalla riittävästi malttia, jotta keinot löytyisivät itse asiakkaasta. Haastatteluista nousee esille myös viikkotavoit-

teiden miettimisen ja hoitosuunnitelmaan kirjoittamisen tärkeys. Jos viikkotavoitteita käydään läpi vaan puheen tasolla, se ei välttämättä riitä asiakkaalle tai tavoitteet eivät välity muille hoitohenkilökunnan jäsenille. Haastatteluista selviää, ettei kaikissa yksiköissä kirjoiteta viikkotavoitteita. Komulaisen ym. (2012: 73–76) mukaan hoitosuunnitelmasta tulee ilmetä hoidon tavoitteet ja keinot tavoitteisiin pääsemiseksi. Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että hoitosuunnitelmasta on pääosin nähtävissä asiakkaan hoidon tavoitteet, joten kehitettäväksi jatkossa nousee viikkotavoitteiden arvioinnin tekeminen. Se myös loisi tavoitteisiin selkeyttä ja vakuuttavuutta. Haastateltavat kokevat, että hoitosuunnitelman tavoitteita tulisi pilkkoa enemmän ja arjen tavoitteisiin tulisi saada parannusta. Jatkossa tavoitteiden tekemiseen ja niihin pääsemiseen tulisi siis paneutua enemmän.

Hoidon jatkuvuudesta muokkaantuivat alakategoriat: jatkohoidon suunnittelu, avohoitokontaktin tärkeys ja jatkohoidon kehittäminen. Tuloksista selviää, että hoitohenkilökunta on yleisesti tyytyväinen hoidon jatkuvuuteen. Jatkohoidon tarvetta arvioidaan koko hoitajakson ajan ja siihen liittyvät merkinnät tehdään myös hoitosuunnitelmaan. Haastattelussa ilmenee, ettei jatkohoitopaikan puuttumista merkitä joka yksikössä hoitosuunnitelmaan. Se merkitään, jos se on selvillä. Joissakin yksiköissä se merkitään joko että se on tai sitä ei ole.

Joskus jatkohoitopaikka tulee lähettävän tahon/ hoidon maksavan kunnan kautta. Hoitajakson hoitohenkilökunta on kuitenkin paras mahdollinen arvioija, asiakkaan lisäksi, minkälainen jatkohoitopaikka mahdollisesti sopisi asiakkaalle. Hoidon maksajalla on tietenkin viimeinen sana näissä tilanteissa.

Avohoidon päihdetyönkontaktin tärkeyttä pidettiin ehdottomana. Haastattelun tuloksista kuitenkin ilmenee, että suuri kehittämishaaste on jatkohoidon suunnittelu ja sujuvuus eri kuntien välillä. Hoidon jatkuvuudella pyritään yhteisesti käytettävään hoitosuunnitelmaan, jota eri palveluntuottajat käyttävät. (Komulainen ym. 2011: 13). Kuntien väliseen yhteistyöhön tulisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota. Tällöin jatkohoidon suunnittelu olisi myös asiakaslähtöisempää. Jokaiselle asiakkaalle tulisi olla samankaltaiset mahdollisuudet jatkohoidon suhteen. Tällä hetkellä siihen vaikuttaa liikaa missä kunnassa asiakas asuu.

Tietojärjestelmien käytön alakategoriat ovat: kirjaamisen hyvät puolet, kirjaamisen kehittäminen ja kirjaamisen haasteet. Opinnäytetyön tulosten perusteella koetaan, että

hoitosuunnitelman kirjaaminen on hyvin riippuvaista kirjaajasta, vaikka tietojärjestelmän hoitosuunnitelmapohja on kaikilla sama. Kirjattu tieto kuitenkin löytyy hyvin tietojärjestelmästä. Myös hoitosuunnitelman otsikot koetaan hyväksi. Kirjaamiskoulutukset on koettu hyväksi sekä yleinen keskustelu yhteisistä kirjaamiskäytännöistä.

Kirjaamisen haasteena pidettiin yksilöllisyyttä, joka ilmenee omaperäisinä kirjauksina niin kielen kuin sisällönkin kannalta. Erään haastateltavan mukaan kirjaamiskäytännöt ovat sekavia ja käytännöt vanhoja. Haastavaa on myös, ettei kaikkea tarpeellista kirjata. Haastatteluista esiin nousseet käsitykset ovat samankaltaisia kuin Tammen ym. (2009: 179–183) havainnot kirjaamisen eriävyyksistä Kirjaamisella on suuri merkitys hoidon etenemiseen sekä jatkohoidon suunnitteluun. (Tammi ym. 2009: 179–183). Jatkossa tulisi panostaa huomattavasti yhtenäisempään kirjaamiseen, jotta jokainen hoitohenkilökunnan jäsen saa ymmärryksen mitkä asiat ovat oleellista kirjoittaa ja miksi niitä kirjauksia tehdään. Haastattelun pohjalta nousikin toiveita kirjaamiskoulutuksien lisäämisestä. On todettu, että rakenteinen kirjaaminen toteutuessaan lisää potilasturvallisuutta ja yhtenäistää kirjaamista.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyö on tehty noudattaen valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan, ETENE:n hyvän tieteellisen käytännön tutkimusetiikkaa. Opinnäytetyö on tehty rehellisesti, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta käyttäen. Tulokset on tallennettu asianmukaisesti. Tulosten arviointi on tehty mitään vääristelemättä. Tutkimustulokset on julkaistu asianmukaisesti etukäteen suunnitellulla ja sovitulla tavalla. Viittaukset lähteisiin ovat tehty asianmukaisella tavalla, kunnioittaen lähteitä. Tutkimuslupa (Liite 1) anottiin ja saatiin opinnäytetyön tilaavalta yksiköltä eli A-klinikalta ennen haastateltavien keräämistä. Opinnäytetyössä on toteutettu tietosuojaa, johon sitoutuen on allekirjoitettu asianmukaiset asiakirjat. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012:). Tutkimuslupaa ei liitetty opinnäytetyöhön, koska se on eettisesti kyseenalaista (Vehviläinen – Julkunen 1998: 28–29).

Eettisyys on otettu huomioon jo opinnäytetyöprosessin alussa. Opinnäytetyöhön valittiin termi hoitohenkilökunta ja heidän käsityksensä hoitosuunnitelmasta päihdehoitotyössä, jolloin yksiköissä työskentelevän hoitohenkilökunnan anonyymius säilyy. (Leino-Kilpi 2010: 365.) Opinnäytetyössä on tutkimuskohteena hoitohenkilökunta, jotka ovat melko pienistä yksiköistä. Tällöin on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota tietojen

luottamuksellisuuteen, jottei haastatteluun osallistuneiden henkilöllisyys paljastuisi (Halkoaho ym. 2014: 27). Aihe ei väheksy mitään ihmisryhmiä, eikä syrji ketään. (Leino-Kilpi 2010: 365). Tutkimus ei myöskään vahingoita haastateltavia fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti (Vehviläinen-Julkunen 1998: 27). Opinnäytetyössä kunnioitetaan haastateltavien yksityisyyttä ja oikeuksia. Haastateltavien mielipiteet pelkistettiin sellaisiksi, ettei niistä tunnisteta henkilöä, kuitenkin asiasisältö säilyttäen. Opinnäytetyöhön ei kirjoitettu alkuperäisilmauksia haastateltavien käsityksistä, jotta he eivät ole tunnistettavissa. Opinnäytetyöntekijät ja ohjaava opettaja lukivat alkuperäisilmaukset, jonka jälkeen ne analysoitiin ja tämän jälkeen ne hävitettiin.

Eettisyyttä lisää myös se, että haastateltavat saivat saatekirjeen ja allekirjoitettavan suostumuksen haastatteluun. Saatekirje ja kirjallinen suostumus luovat rehellisen ja kunnioittavan ilmapiirin. Haastateltaville kerrottiin saatekirjeessä etukäteen haastattelun tarkoitus ja tavoite sekä teemahaastattelurunko, jotta he voivat halutessaan kieltäytyä haastattelusta. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 71–74.) Tutkimuksen eettisyyden kuten luotettavuudenkin perusta on yhteistyöhalu tutkijan ja tutkittavien välillä. Haastateltavat tekevät tietoisin valinnan osallistuessaan haastatteluun ja he olivat tietoisia oikeuksistaan. (Leino-Kilpi 2010: 366–367.) Haastateltaville kerrottiin myös etukäteen, että haastattelussa käytetään ääninauhuria sekä niiden asianmukaisesta säilyttämisestä ja hävittämisestä (Vehviläinen-Julkunen 1998: 30). Haastattelu suoritettiin Järvenpään sosiaalisairaalan tiloissa, jolla minimoitiin haastateltaville aiheutunut haitta (Leino-Kilpi 2010: 366–367).

Haastateltavia oli aluksi vain kaksi, joten yksikköjohtajille lähetettiin sähköpostiviesti, jossa heitä pyydettiin kannustamaan hoitohenkilökuntaa osallistumaan haastatteluun. Tämän avulla saatiin yksi haastateltava lisää. Sen vaikutusta eettisyyteen pohdittiin, koska tarkoituksena ei ollut, että hoitohenkilökunta kokisi velvollisuudekseen osallistua haastatteluun. Kaikki haastateltavat kertoivat kuitenkin avoimesti olevansa mielellään halukkaita haastatteluun. Haastateltavien motivaatioon osallistua haastatteluun saattoi vaikuttaa se, että kyseisissä yksiköissä oli useampia opinnäytetöitä samaan aikaan, joihin työntekijöitä pyydettiin osallistumaan.

Haastattelututkimuksissa korostuu haastattelijan ja haastateltavan välinen vuorovaikutussuhde. Haastateltavaa ei voida pitää pelkästään kysymyksiin vastaajana. (Vehviläinen-Julkunen 1998: 29). Haastattelutilanteet olivat melko lyhyitä, mutta haastattelijat kokivat luoneensa hyvän ja tasa-arvoisen vuorovaikutussuhteen haastateltavien kans-

sa. Haastattelussa pyrittiin siihen, että haastateltavaa ei ohjailtu toisin sanoen manipuloitu vastaamaan tietyllä tavalla. Haastattelututkimuksissa on aina manipulaation vaara, vaikka haastattelija ei tarkoituksellisesti niin toimisikaan (Vehviläinen-Julkunen 1998: 32).

Tutkimuksen eettisyyteen vaikuttaa myös sen tekijöiden itsensä kehittäminen sekä tutkimusmenetelmien valinta. Näiden lisäksi tekijöiden tulee osata hakea apua ja neuvoa, jos hän ei itse tiedä kuinka toimia. (Vehviläinen-Julkunen 1998: 32.) Tutkimusmenetelmien valinta tehtiin opinnäytetyöhön parhaiten soveltuvaksi ja valinnasta käytiin vuoropuhelua niin opinnäytetyön ohjaajien kuin tilaavan tahonkin kanssa.

Haastatteliijoilla ei ollut minkäänlaista aiempaa suhdetta tutkimusorganisaatioon, jota voidaan pitää eettisyyttä lisäävänä (Vehviläinen-Julkunen 1998: 28). Tulokset raportoitiin avoimesti ja rehellisesti, kuitenkin kenenkään anonymiteettiä loukkaamatta (Vehviläinen-Julkunen 1998: 31).

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyössä tarkoitus ja tavoite on perusteltu hyvin ja ne on aseteltu selkeästi, joka lisää luotettavuutta. Laaditut tutkimuskysymykset vastaavat opinnäytetyön tarkoitukseen ja tavoitteeseen. (Leino-Kilpi 2010: 365.) Työn luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyössä on käytetty tutkittua tietoa ja lähteet on merkitty asiallisesti (Leino-Kilpi 2010: 360). Kansainvälisiä lähteitä on opinnäytetyössä vain muutama, koska niitä oli niukasti tarjolla. Kansainvälisten lähteiden suurempi määrä oli lisännyt opinnäytetyön luotettavuutta entisestään.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteeristöjä on useampia. Opinnäytetyön luotettavuutta arvioimaan valittiin tutkimusaineiston keräämisen, aineiston analysoinnin ja tutkimuksen raportoinnin kriteerit. (Nieminen 1998: 215–216.)

Aineiston keräämisessä luotettavuutta lisää se, että kaikki haastattelututkimuksen haavaavat pääsivät osallistumaan haastatteluihin, joten haastattelijoiden ei tarvinnut valita haastateltavia (Nieminen 1998: 216). Luotettavuutta lisäsi myös teemahaastattelurungon etukäteen lähettäminen haastateltaville, jolloin he pystyivät tutustumaan ja orientoitumaan aiheeseen. (Kankkunen – Vehviläinen - Julkunen 2013: 127; Nieminen 1998: 215–216). Luotettavuutta aineiston keruulle antaa myös se, että haastattelu toteutettiin puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä, joten kysymykset eivät olleet liian laajoja

tai liian suppeita (Nieminen 1998: 216). Laadullisen tutkimuksen haastattelulla selvitetiin haastateltavien käsityksiä, jolloin oikeaa tai väärää vastausta ei ollut. Haastateltavien ei siis pitänyt muistaa mitään tiettyä asiaa tai tapahtumaa. Tämä lisää luotettavuutta. Luotettavuutta vähentävänä voidaan pitää sitä, että haastateltavilla oli mahdollisuus keskustella toistensa kanssa ennen haastatteluja, jos he olivat tuoneet itse julki, että ovat mukana haastatteluissa. Tämä vähentää luotettavuutta sen vuoksi, että yhteinen keskustelu haastattelun teemoista voi vaikuttaa yksilön mielipiteisiin ja kokemaan ja tätä kautta muokata käsitystä. Luotettavuutta lisäävänä voidaan pitää sitä, että haastateltavat tekivät muistiinpanoja haastattelun aikana. (Nieminen 1998: 215–216.)

Ongelmana haastattelututkimuksessa on se, että haastattelija on saattanut asettaa valmiiksi tutkimusasetelman ja käsitteet, joita aineistosta saadaan, eivätkä ne tällöin ole objektiivisia. Haastattelijalla ei saisi olla omia ennakkoluuloja, jotka ohjailisivat analyysin tulosta. Haastattelijan tulee pohtia tutkittavaa ilmiötä ja miettiä onko hänellä tietynlaisia käsityksiä siitä. (Sarajärvi–Tuomi 2009: 96–99; Nieminen 1998: 218.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää koehaastattelu, jonka tekemällä saatiin selvyyttä haastattelurungon epäkohdista. Apukysymyksiä muokattiin ymmärrettävämpää muotoon ja kysymyksissä olevia termejä avattiin.

Analyysin luotettavuutta lisää, että haastatteliijoita on kaksi. Analysoidessa on ajateltava asioita useasta eri näkökulmasta, jolloin kahden henkilön näkökulmat ovat laajempia kuin yhden. Analyysivaiheessa hyödynnettiin toista, jos itselle ei auennut jokin kohta ja analysointia tehtiin yhteistyössä. Luotettavuutta lisää myös se, että ennalta ei haettu tiettyjä luokituksia, vaan luokitukset nousivat aineistoa lukemalla. (Nieminen 1998: 219–220; Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013: 197.)

Tutkimustulosten luotettavuus on paljon sen varassa miten tutkija käsittää haastateltavien vastaukset. Tärkeää on, että tutkija saa tuotua riittävän paljon tietoa, jotta tutkimus on luotettava. Tutkija tekee itse esimerkiksi valinnan siitä, tuleeko tutkimukseen suorita lainauksia haastateltavien vastauksista. (Sarajärvi–Tuomi 2009: 68–70; Nieminen 1998: 219.) Opinnäytetyön luotettavuutta vähentävänä voidaan pitää sitä, etteivät alkuperäisilmaukset ole luettavissa työssä. Aineiston analysoinnissa käytettiin taulukkoa, johon kerättiin kaikki alkuperäisilmaukset sekä niiden pelkistykset. Taulukkoa ei lisätty -työhön, vaan se oli työvälineenä analysoinnissa. Tämä taulukko oli opinnäytetyön tekijöiden sekä ohjaavien opettajien nähtävissä. Opinnäytetyössä painotettiin enemmän

tutkimuksen eettisyyteen, joten alkuperäisilmaukset jätettiin opinnäytetyöstä pois, jotta haastateltavien anonymiteetti säilyy. Opinnäytetyössä on taulukoita, joissa ei ole alkuperäisilmauksia, vain pelkistykset. Opinnäytetyössä on kuvioita, joissa on selkeästi kuvattu miten ala- ja yläkategoriat muodostuivat. Tämän avulla pystytään arvioimaan myös luokittelun onnistuneisuutta ja luotettavuutta. Luokitukset tehtiin niin, että muodostuneet alakategoriat olivat toisensa poissulkevia, jota luotettavuus vaatii. (Nieminen 1998: 219.)

Haastatteluja analysoidessa pyrittiin selvittämään hoitohenkilökunnan käsityksiä hoitosuunnitelmasta. Analysoinnissa nousikin uusia näkökulmia, joiden avulla voidaan hoitosuunnitelmaa kehittää jatkossa. Tämän avulla opinnäytetyössä on pyritty luomaan käsitteitä, joiden avulla sitä voidaan hyödyntää käytännössä. Tämä on myös opinnäytetyön hyödynnettävyyden arviointikriteeri. (Nieminen 1998: 219–220.) Haastateltavia oli yhteensä neljä ja heidän käsityksistään saatiin rikas aineisto.

Opinnäytetyön raportoinnin luotettavuutta voidaan arvioida kirjoitustyylin, tuoreuden sekä uusien näkökulmien perusteella. Arviointikriteerejä ovat myös arvioitavuus ja toistettavuus. Arvioitavuudella tarkoitetaan sitä, että raportti on kirjoitettu mahdollisimman ymmärrettäväksi ja selkeäksi lukijalle. Pyrimme opinnäytetyössä tähän. Luotettavuuden lisäämiseksi opinnäytetyötä luetutettiin useilla ihmisillä. Nimenomaan sen vuoksi, että kirjoitustyylin ymmärrettävyys säilyy vaikka kyseessä on henkilö, joka ei ole aiemmin tehnyt laadullista tutkimusta tai ei työskentele hoitotyön tehtävissä. Toistettavuudella tarkoitetaan, että muodostuneet luokitukset on perusteltu hyvin ja eteneminen on raportoitu selvästi. Opinnäytetyö raportoitiin niin, että lukijalla on mahdollisuus seurata johdonmukaisesti etenemistä ja tekijöiden päättelyä. Raportoidessa huomioitiin rakenteelliset ratkaisut, jotka lisäävät tutkimuksen raportoinnin luotettavuutta. (Nieminen 1998: 220.)

6.4 Opinnäytetyön tulostenmukaiset kehittämissuositukset

Opinnäytetyön tuloksista nousseita kehittämissuosituksia hoitosuunnitelman parantamiseksi löytyi useita. Niitä ovat hoitosuunnitelman tekeminen entistä asiakaslähtöisemmäksi, yksilöllisemmäksi. Yhdessä asiakkaan kanssa tehty hoitosuunnitelma, jossa tavoitteet ovat asiakkaasta lähteviä toteutuvat yleensä parhaiten. Hoitohenkilökunta toivoo koulutuksia sen tueksi. Yhteistyö asiakkaan lähettävän tahon kanssa koettiin tärkeäksi. Tämän parantamiseksi toivottiin enemmän yhteistyötä lähettävän tahon ja

asiakkaan välillä ennen asiakkaan tuloa osastolle. Hoitohenkilökunta toivoo, että lähettävä taho kävisi asiakkaan kanssa vuoropuhelua asiakkaan tavoitteista ennen hoitojakson tuloa, jotta tavoitteet olisivat yhteneväisempiä.

Esille nousee myös ajatuksia siitä, että asiakkaalle ei tulisi tarjota liian herkästi vaihtoehtoja ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi, vaan hoitohenkilökunnan tulisi tarjota valmiuksia asiakkaalle, jotta hän pystyisi tekemään päätöksiä itse. Viikkotavoitteisiin pääsemisen arviointi on hoitohenkilökunnan mukaan eriävistä osastoilla. Tuloksista ilmenee, että välillä viikkotavoitteiden arvioiminen tapahtuu vain puheen tasolla, joten jatkossa voisi miettiä tämän kirjaamista asiakkaan tietoihin, jotta tavoitteisiin pääseminen selkiytyisi asiakkaalle sekä muulle hoitohenkilökunnalle. Hoitosuunnitelmien päivittäminen esimerkiksi viikoittain jokaisen asiakkaan kohdalla, jokaisessa yksikössä voisi olla tavoitteellista jatkossa. Hoitohenkilökunta kokee, että hoitosuunnitelman tavoitteita tulisi jatkossa pilkkoa enemmän ja arjen tavoitteisiin tulisi saada parannusta.

Haastattelujen perusteella ilmenee myös, että yhtenäinen käytäntö jatkohoitopaikan merkitsemisestä hoitosuunnitelmaan olisi tarpeen, myös silloin jos se ei ole tiedossa. Jatkossa tulisi panostaa yhteistyöhön eri kuntien välillä jatkohoidon suunnittelussa, jotta se olisi sujuvampaa.

6.5 Opinnäytetyön tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet

Järvenpään sosiaalisairaalan hoitohenkilökunta tutustuu opinnäytetyöhön ja pohtivat omaa osaamistaan siitä nousseiden tulosten perusteella. Tärkein työelämässä näkyvä hyöty on hoidon parantaminen. Hyvällä hoitosuunnitelmalla parannetaan hoidon laatua. Opinnäytetyössä tarkastellaan kriittisesti esimerkiksi kirjaamisen ongelmakohtia. Hoitohenkilökunta osaa toimia tulevaisuudessa paremmin ja kehittyä ammatillisesti. Lisäksi on positiivista, että hoitohenkilökunta pääsee näkemään missä on onnistuttu. Positiiviset opinnäytetyön tulokset saattavat voimaannuttaa hoitohenkilökuntaa.

Työn tulosten avulla hoitohenkilökunta voisi pyrkiä toimimaan samanlinjaisesti kaikissa yksikössä hoitosuunnitelmia laatiessa, jolloin hoito olisi tasa-arvoisempaa asiakkaille. Esimerkiksi kaikissa yksiköissä hoitosuunnitelmia voisi mahdollisesti päivittää viikoittain, koska ilmeni, että yksiköissä on erilaiset toimintatavat hoitosuunnitelmien päivityksessä.

Hoitosuunnitelmien kirjaamisessa ilmeni eroja yksilöiden välillä. Samalla nousi esiin tarve lisäkoulutuksesta, jolloin saataisiin yhtenäistettyä kirjaamista. Tällöin välttyttäisiin väärinymmärryksiltä ja parannettaisiin hoidon laatua.

Olisi mielenkiintoista haastatella uudestaan esimerkiksi kahden vuoden kuluttua hoito-henkilökuntaa ja vertailla niitä tutkimustuloksia meidän opinnäytetyöstä saamien tulosten kanssa. Tällöin nähtäisiin esimerkiksi olisivatko kirjaamiskäytännöt yhtenäistyneet tai olisiko Järvenpään sosiaalisairaalan ja kuntien välinen yhteistyö parantunut. Ehdotuksena on myös, että jatkossa tutkittaisiin yksityiskohtaisemmin millaisia haasteita on yhteistyössä Järvenpään sosiaalisairaalan ja kuntien välillä ja millaisia keinoja sen parantamiseksi tarvittaisiin, jotta yhteistyön kehittäminen onnistuisi.

6.6 Oma oppimisprosessi

Opinnäytetyötä tehdessä opittiin ymmärtämään opinnäytetyöprosessin merkitystä ja olemme sitä mieltä, että me kasvetiin ja kehityttiin sen aikana ihmisinä. Opinnäytetyö ei ole pelkästään tiedonhakemista ja tutkimuksen tekemistä, vaan osa prosessia on myös ihmissuhdetaidot, yhteiset sopimukset, järjestelmällisyys, joustavuus ja niiden kehittyminen sekä oman ajatusmaailman muokkaantuminen. Kaikesta huolimatta uskotaan edelleen siihen, että kaikella tapahtuneella on merkityksensä.

Lähteet

Asiakastiedon rakenteinen kirjaaminen. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Luettavissa sähköisesti
<http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/tiedonhallinta/kirjaaminen/asiakastiedon_rakenteinen_kirjaaminen> Luettu 13.1.2014.

Bradbury-Jones, Caroline – Irvine, Fiona – Sambrook, Sally 2008. Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing* 62 (2), 258-266.

Clancy, Richard – Cleary, Michelle – Horsfall, Jan – Hunt, Glenn E. – Walter, Garry 2008. Promoting Dual Diagnosis Awareness in Everyday Clinical Practice. *Journal of psychosocial nursing* Vol 46(12). Verkkodokumentti. Luettavissa sähköisesti
<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2a8b3bd3-618e-4f8c-a7e5-ead09fd2c529%40sessionmgr111&vid=1&hid=127>> Luettu 22.11.2013.

Halkoaho, Arja - Happonen, Saara - Timonen, Kirsi - Luoto, Kirsi - Vesalainen, Mari - Selander, Tuomas - Keränen, Tapani - Pietilä, Anna-Maija 2014. Eettisen ennakoarvioinnin haasteet terveystieteiden tutkijoille: lausuntohakemusten analyysi tieteenalotain. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 12(1). Joensuu: PunaMusta Oy.

Havio, Marja-Liisa – Inkinen, Maria – Partanen, Airi 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Sanoma Pro Oy.

Hietanen, Helvi – Holmia, Silja – Kassara, Heidi – Ketola, Marja-Leena – Lipponen, Varpu – Murtonen, Irja – Paloposki, Sanna 2005. *Hoitotyön osaaminen*. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2011. *Tutkimushaastattelu*. Tallinna: Raamatutrukikoda: Gaudeamus Helsinki University Press.

Holmberg, Jan 2010. *Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Komulainen, Jorma – Mäkelä, Matti – Vuokko, Riikka 2011. *Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Luokitukset, termistö ja tilasto-ohjeet*. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy.

Komulainen, Jorma – Meriläinen, Outi - Mäkelä, Matti - Vuokko, Riikka 2011. *Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen verkkosivut. Terveys- ja hyvinvoinnin toimintaprosessit. Terveys- ja hyvinvoinnin yleiset prosessit ja niiden tarkennukset*. Verkkodokumentti.
<<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79>> Luettu 13.1.2014.

Komulainen, Jorma – Mäkinen, Risto – Mäntyranta, Taina – Rintala, Raimo 2012. Kansallisesta terveys- ja hoitosuunnitelmasta tuli yhtenäinen. Suomen lääkärilehti.

Käypä hoito 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Verkkodokumentti. Luettavissa sähköisesti
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028#s10>>
Luettu 6.9.2013.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 11(1).

Järvenpään sosiaalisairaala. A-klinikkasäätiö.
<<http://toimipaikka.a-klinikka.fi/jarvenpaa/>> Luettu 2.11.2013.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2 luku, 4§, 7§, 8§. 812/2000.
Luettu 12.11.2013.

Lappalainen-Lehto, Riitta – Romu, Maija-Liisa, Taskinen Mailis 2007. Haasteena päih-
teet. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, Helena 2010. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi,
Helena – Välimäki, Maritta 2010. Etiikka hoitotyössä. 5.-6 painos. Helsinki: WSOY Op-
pimateriaalit Oy.

Lönnqvist, Jouko 2011. Hoitosuunnitelma. Duodecim. Verkkodokumentti. Luettavissa
sähköisesti
<http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=psy00016&p_haku=hoitosuunnitelma> Luettu 11.9.2013.

Mönkkönen, Kaarina 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima
Oy.

Nieminen, Heli. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen,
Marita - Vehviläinen-Julkunen Katri 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva:
WSOY.

Päihdehaittakustannukset 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti.
Verkkodokumentti. Luettavissa sähköisesti
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102855/Tr11_12.pdf?sequence=1> Luettu
17.9.2013.

Päihdekuntoutus 2013. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Luettavis-
sa sähköisesti
<http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/paihdekuntoutus> Luettu 12.11.2013.

Päihdepalvelun laatusuosituksset 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön opas. Verkko-
dokumentti. Luettavissa sähköisesti
<<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf>> Luettu
25.11.2013.

Sarajärvi, Anneli – Tuomi, Jouni 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uu-
distettu laitos Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sarajärvi, Anneli – Tuomi, Jouni 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Suhonen, Heikki – Murto, Lasse 2002. Menetetyt hetket ja avautuvat mahdollisuudet. Tutkimus asiakassuhteen muotoutumisesta päihdehuollon erityispalveluissa. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 40. Helsinki.

Tammi, Tuukka – Aalto, Mauri – Koski-Jännes, Anja (toim.) 2009. Irti päihdeongelmista. Helsinki: Edita.

THL tiedote 2011. Terveys- ja hoitosuunnitelma vahvistaa potilaan asemaa ja parantaa hoidon laatua.

<http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi_/tiedote?id=27248 >Luettu 24.1.2013

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettavissa sähköisesti

<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/htk_ohje_verkko14112012.pdf> Luettu 24.1.2014

Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Kustanneosakeyhtiö Tammi.

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

A-KLINIKKASÄÄTIÖ

Olemme kaksi sairaanhoitaja-opiskelijaa Metropolian ammattikorkeakoulusta. Tarkoituksemme on tehdä opinnäytetyö yhteistyössä A-klinikan kanssa. A-klinikalta on tullut pyyntö toteuttaa tutkimus aiheesta Hoitohenkilökunnan käsitys hoitosuunnitelmasta päihdehoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä kuntouttavilla osastoilla päihderiippuvaisten hoitosuunnitelmasta. Tavoitteena on tuottaa tietoa hoitosuunnitelman kehittämiseksi sekä rakenteellisen kirjaamisen yhtenäistämiseksi päihdehoitotyössä kuntouttavilla osastoilla. Tutkimuskysymyksinä ovat miten yksikössä työskentelevä hoitohenkilökunta kokee hoitosuunnitelman toimivuuden ja mitkä ovat kehittämishaasteet.

Opinnäytetyö toteutetaan teemahaastattelua käyttäen, jossa haastattelemme kuntouttavien yksiköiden hoitohenkilökuntaa. Haastateltavia on 3-5. Teemahaastattelussa on valmis kysymysrunko, jonka avulla haastattelua viedään eteenpäin. Haastattelut toteutetaan Järvenpään sosiaalisairaalan tiloissa tammikuussa 2014. Haastattelut ovat kestoiltaan enintään 45 minuuttia ja ne toteutetaan hoitohenkilökunnan työajalla. Ennen haastatteluja lähetämme sähköpostitse saatekirjeen (liite 3) hoitohenkilökunnalle. Samalla myös pyydämme heidän suostumustaan kirjallisena (liite 2). Haastattelun apuvälineenä käytämme ääninauhuria, jolloin tutkimuksen tulokset ovat luotettavampia ja haastattelutilanne on sujuvampi.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Äänitallenteet säilytetään asianmukaisesti ja ne hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Haastateltavia ei voi tunnistaa vastausten perusteella ja haastatteluun osallistuvilla on oikeus keskeyttää haastattelu milloin tahansa. Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseus - tietokannassa. Esittelemme opinnäytetyön tulokset lyhyesti sovittuna ajankohtana Järvenpään sosiaalisairaalan päihdekuntoutus kokouksessa. Itse allekirjoitimme kaksi salassapitovelvollisuus -lomaketta, joista toinen jää Järvenpään sosiaalisairaalle ja toinen liitetään opinnäytetyöhön.

Mukana liitteet

Liite 1 allekirjoitettu vaitiolositoutus, jota sitoudumme noudattamaan.

Liite 2 haastateltavien kirjallinen suostumus haastatteluun

Liite 3 saatekirje haastateltaville

Liite 4 teemahaastattelurunko

Tekijät: Saija Malm, Meritähti Pakarinen

Koulutus: Hoitotyön koulutus

Ohjelma: Sairaanhoitaja

Sähköpostiosoitteet: saija.malm@metropolia.fi, meritahti.pakarinen@metropolia.fi

Oppilaitos: Metropolia AMK, Tukholmankatu 10, 00290 HELSINKI

Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa: Lehtori Anu Leppänen

Ohjaajan sähköpostiosoite: anu.leppanen@metropolia.fi

A-klinikan yhteyshenkilö: Elinä Härmälä

Opinnäytetyön tilaaja: Järvenpään sosiaalisairaala

Opinnäytetyön nimi: Hoitohenkilökunnan käsitys hoitosuunnitelmasta päihdehoitotyössä

Allekirjoitukset

Lehtori Anu Leppänen

Sairaanhoitajaopiskelija Saija Malm

Sairaanhoitajaopiskelija Meritähti Pakarinen

Helsingissä 26.11.2013

SAATEKIRJE

Arvoisa hoitaja,

Olemme kaksi sairaanhoitaja-opiskelijaa Metropolian ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä kuntouttavalle osastollemme. Opinnäytetyön aiheena on Hoitohenkilökunnan käsitys hoitosuunnitelmasta päihdehoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä päihderiippuvaisten hoitosuunnitelmasta. Tavoitteena on tuottaa tietoa hoitosuunnitelman kehittämiseksi sekä rakenteellisen kirjaamisen yhtenäistämiseksi päihdehoitotyössä. Toteutamme työn laadullisena tutkimuksena, jossa käytämme puolistrukturoitua eli teemahaastattelua.

Haastattelulla ei mitata tietämystänne, vaan saatte omin sanoin kertoa käsityksiänne aiheesta. Käytämme haastattelussa kysymysrunkoa, jonka pohjalta haastattelu etenee.

Haastattelun ajankohta on kevät 2014 ja se toteutetaan sosiaalisairaalan tiloissa. Kukin haastattelu veisi työaikaanne enintään 45 minuuttia. Haastattelun apuvälineenä käytämme ääninauhuria, jotta tutkimuksen luotettavuus säilyy. Vastauksenne käsitellään täysin luottamuksellisesti ja äänitallenteet hävitetään asianmukaisesti. Tulokset esitetään kokonaisuutena, jolloin henkilöllisyyttänne on mahdotonta tunnistaa. Lopullisessa opinnäytetyössä emme käytä suoria lainauksia kertomistanne asioista. Suorat lainaukset ovat vain opinnäytetyötä tekevien opiskelijoiden sekä ohjaavan opettajan nähtävissä.

Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Teillä on oikeus keskeyttää haastattelu niin halutessanne milloin tahansa. Toivoisimme, että osallistuisitte tutkimukseemme. Jos teillä on kysymyksiä tutkimukseen liittyen, vastaamme niihin mielellämme.

Liitteenä on kirjallinen suostumus haastatteluun, jossa pyydämme teitä lupautumaan haastatteluun sekä lupaa ääninauhurin käyttöön.

Ystävällisin terveisin,

Saija Malm

Sairaanhoitajaopiskelija

saija.malm@metropolia.fi

Meritähti Pakarinen

Sairaanhoitajaopiskelija

meritahti.pakarinen@metropolia.fi

Ohjaava opettaja

Anu Leppänen anu.leppanen@metropolia.fi

KIRJALLINEN SUOSTUMUS

Suostun osallistumaan Saija Malmin ja Meritähti Pakarisen opinnäytetyön teemahaastatteluun, jonka aiheena on Hoitohenkilökunnan käsitys hoitosuunnitelmasta päihdehoitotyössä. Tiedän, että minua koskevia haastattelunauhoja tullaan käsittelemään luottamuksellisesti ja ne hävitetään asianmukaisesti. Ymmärrän, että voin halutessani keskeyttää haastattelun milloin vain.

Suostun haastatteluun ja ääninauhurin käyttöön haastattelun tallentamiseksi.

Aika ja paikka

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Teemahaastattelurunko

Kysymys 1 Kerro vapaasti, miten koet käytössänne olevan hoitosuunnitelman toimivuuden?

Kysymys 2 Kuvaile, miten koet asiakaslähtöisyyden toteutuvan hoitosuunnitelmassanne?

- Miten yksilöllisyys toteutuu?
- Miten yksityisyys toteutuu?
- Miten dialogisuus toteutuu?
- Mitkä ovat Teidän kehittämissuositukset asiakaslähtöisyyteen?

Kysymys 3 Kuvaile, miten voimaannuttaminen näkyy hoitosuunnitelmassanne?

- Miten asiakkaan mielipide huomioidaan?
- Miten yhteistyö hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä näkyy?
- Mitä kehittämissuosituksia voimaannuttamisen lisäämiseksi hoitosuunnitelmaan

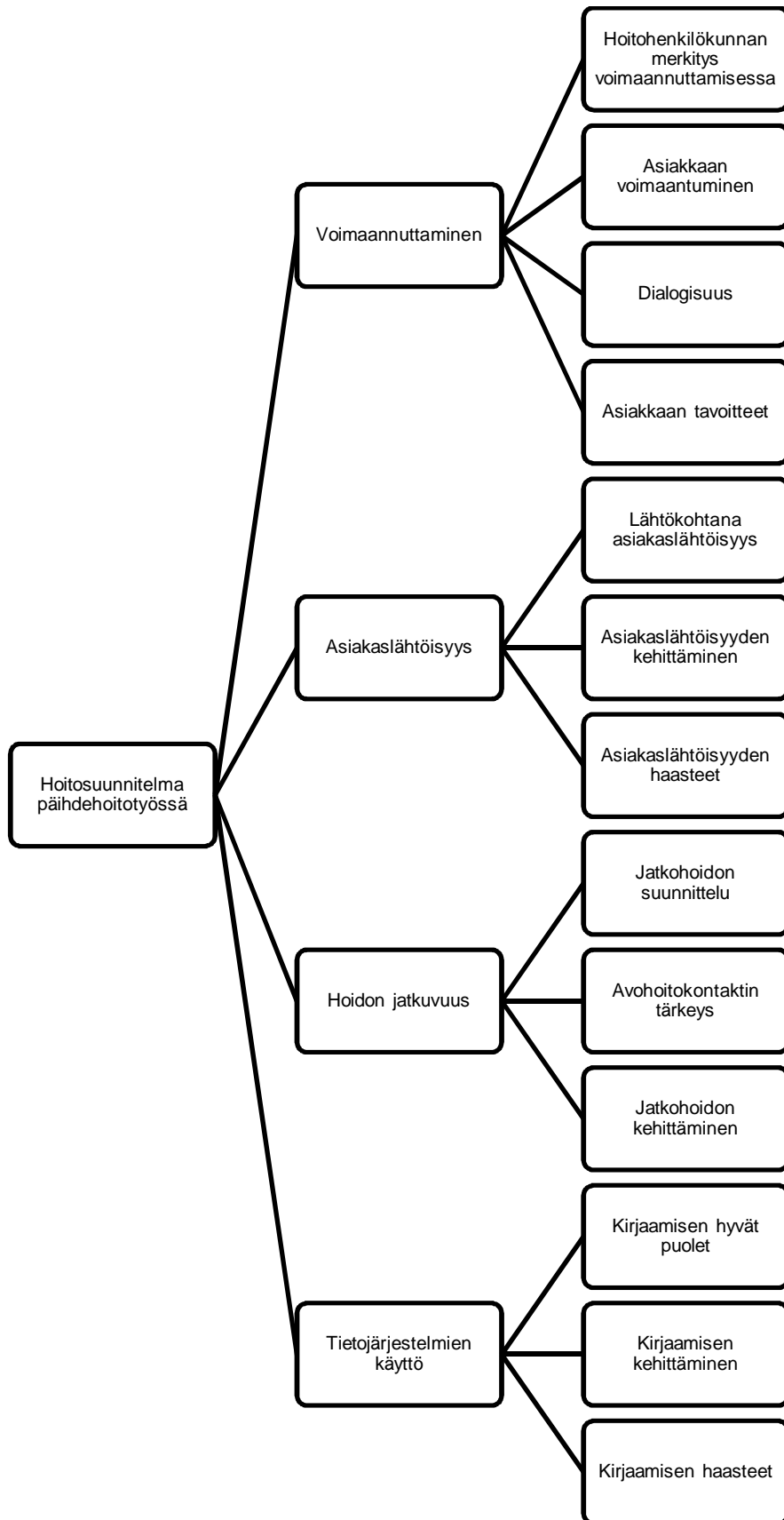
Kysymys 4 Kuvaile, miten hoidon jatkuvuus toteutuu hoitosuunnitelmassa?

- Miten jatkohoito merkitään?
- Näkyykö hoitosuunnitelmassa jatkohoidon ohjaus?
- Mitä kehittämissuosituksia Teillä on hoidon jatkuvuuden parantamiseksi

Kysymys 5 Kuvaile miten hyödynnätte tietojärjestelmää hoitosuunnitelman toteutuksessa?

- Onko hoitosuunnitelman otsikointi riittävää?
- Miten koet aiemmin kirjatun tiedon etsimisen hoitosuunnitelmasta?
- Onko teillä sovittuja kirjaamiskäytäntöjä (termistöt, ilmaukset, kieliasu)
- Kehittämissuosituksia?

Kysymys 6 Millainen toivoisit hoitosuunnitelman olevan?



Kuvio 6. Analyysirunko

Lähtökohtana asiakaslähtöisyys	Asiakaslähtöisyyden haasteet	Asiakaslähtöisyyden kehittäminen
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitosuunnitelma tehdään asiakaslähtöisesti.H4-9 • Hoitosuunnitelman lähtöasetelmassa on potilaan yksilöllisyys.H4-16 • Päihdehoidon hoitosuunnitelmaa ei voi tehdä ilman asiakkaan osallistumista.H4-10 • Tehtäessä hoitosuunnitelmaa, kysytään asiakkaan omia tavoitteita. H2-4 • Tärkeää on, että hoitosuunnitelma on asiakkaan näköinen.H3-6 • Asiakaslähtöisyyden toteutuminen hoitosuunnitelmassa on yksilöllistä H3-8 • Kysytään potilaalta itseltään miksi on tullut hoitoon ja mitä odottaa, jolloin saadaan potilaan omia sanoja hoitosuunnitelmaan. H3-10 • Hoitosuunnitelmaa arvioidaan viikoittain potilaan kanssa.H4-34 • Hoitosuunnitelman toteutumista seurataan päivittäin tietyissä yksiköissä.H4-35 • Hoitosuunnitelman tulisi olla potilaan näköinen.H3-49 	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas ei välttämättä tiedä mikä hänelle olisi parasta hoidon kannalta.H4-26 • Aikaisempi kirjattu tieto voi olla este ns. puhtaalle pöydälle asiakkaan kanssa.H3-43 • Hoitajalle jää vastuu ja intuitio tarjota asiakkaalle suunnitelmaa, joka saattaa heikentää asiakaslähtöisyyttä. H1-7 • Asiakaslähtöisyyden ongelmakohta on jos asiakas ei ole parhaassa mahdollisessa kunnossa suunnitelmaa tekemään hoidon alkuvaiheessa.H1-4 • Asiakaslähtöisyyden ongelmana on jos asiakkaalla ei ole tarpeeksi tietoa tehdä itselleen hyvä suunnitelma, koska ei tiedä mikä on mahdollista.H1-5 	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakaslähtöisyys tulee paranemaan H1-6 • Asiakaslähtöisyyttä lisäksi tarpeeksi aikainen puuttuminen mahdollisiin asiakkaan ja lähettävän tahon keskeisiin ristiriitoihin hoitosuunnitelmassa. H2-18 • Hoitosuunnitelman tekemisessä ollaan menossa yksilöllisempään malliin. H2-19 • Asiakaslähtöisyyttä voisi parantaa koulutuksen ja keskustelun kautta.H3-18 • Jatkossa olisi hyvä tehdä hoitosuunnitelmaa vielä enemmän yhdessä potilaan kanssa. H4-4

Taulukko 1 Pelkistykset -Asiakaslähtöisyys

Dialogisuus	Asiakkaan tavoitteet	Asiakkaan voimaantuminen	Henkilökunnan merkitys voimaantumisessa
<ul style="list-style-type: none"> • Dialogisuus on ainoa oikea keino hoitosuunnitelman teossa. H3-15 • Dialogisuus toteutuu ihan hyvin. H2-14 • Joskus dialogisuus on haasteellista, jos asiakas ei sitä halua. H1-11 • Hoitaja toimii tulkkina potilaan ja hoitosuunnitelman välillä. H3-4 • Mitä hoitosuunnitelma tulee, riippuu niistä kahdesta ihmisestä jotka sen tekee H1-2 • Hoitosuunnitelma tehdään dialogin kautta. H3-9 • Asiakas on itse vastuussa omasta kuntoutuksestaan, hoitohenkilökunta on auttamassa. H3-28 • Hoitosuunnitelma tehdään potilaan ja hoitohenkilökunnan yhteistyöllä. H4-25 • Hoitosuunnitelman dialogisuus on jatkuvaa. H4-37 • Hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen dialogi säilytettävä, koska näkökulmissa on eroja. H4-27 • Hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä, mutta viikkotavoitteet ovat asiakkaiden omia. H2-23 • Jos asiakas on eri mieltä hoitosuunnitelma ja tavoitteista, tulee hoitajan ja asiakkaan yhdessä korjata hoitosuunnitelma mieleiseksi. H3-17 • Avohoito, potilas ja hoitohenkilökunta käyvät keskustelua hoitosuunnitelman ympärillä ja muokkaavat sitä. H3-14 • Hoitaja kirjaa hyvin sanatarkasti sillä tavalla kun potilas asian tuottaa ja tekee omia ehdotuksia ja tarkennuksia. H1-3 	<ul style="list-style-type: none"> • Ei pidä laatia mahdottomia tavoitteita hoitosuunnitelmaan. H3-16 • Potilaiden asetettua itse omat tavoitteensa, ne myös usein täyttyvät. H1-14 • Hoitohenkilökunta tarjoaa ehkä liian herkästi keinoja saavuttaa tavoitteita. H2-15 • Tärkeää on, että hoitosuunnitelman tavoitteet on tehty asiakkaan lähtökohdista. H3-7 • Arkiset ja pienemmät tavoitteet hoitosuunnitelmassa johtavat pitkäaikaisiin tavoitteisiin. H4-8 • Hoitosuunnitelman rinnalla voi kulkea muita potilaan omia tavoitteita. H3-39 • Tietyt tavoitteet ovat pidemmän tähtäimen tavoitteita, joihin ei päästä hoitojaksolla, mutta asiakas haluaa että ne näkyvät hoitosuunnitelmassa. H3-40 • Tavoitteita voisi pilkkoa pienemmiksi. H2-31 • Jossain yksikössä ei kirjoiteta viikkotavoitteita, mikä on harmi. H2-33 • Kehittämisehdotus olisi, että arvioitaisiin vastaavatko toteutuneet viikkotavoitteet koko hoidolle asetettuja tavoitteita. H2-34 • Tavoitteista voisi pilkkoa vielä enemmän hoitosuunnitelmassa. H2-47 • Hoitosuunnitelman arjen tavoitteisiin pitäisi saada parannusta. H4-2 • Hoitosuunnitelman tavoitteet ovat olleet pitkälle tähtäviä. H4-7 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppimiskokemusten ja onnistumisten kautta voimaannutaan. H4-30 • Voimaannuttavaa on, että asiakas saa valita hoitoa koskevia menetelmiä. H1-12 • Hoitosuunnitelmassa potilaan osallistuttaminen vahvistaisi voimaannuttamista. H4-38 • Onnistumisiin. H4-32 • Voimaantuminen voi olla perheeseen ja vanhemmuuteen liittyvää. H4-31 • Joskus pidemmän aikavälin tavoite toimii voimavaranaakin. H3-41 	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaan viikoittaiset arvioinnit omasta onnistumisesta on voimaannuttavia. H1-13 • Palaaminen aiempiin potilaan hoitoviikkojen kirjauksiin voisi olla voimaannuttavaa, koska sitä kautta potilaskin näkisi kuinka hoidossa on edistytty. H1-15 • Epäonnistumisista ei kannata muistuttaa koko ajan vaan ne kannattaa muuttaa kokemuksiksi joista voi oppia. H3-25 • Hoitosuunnitelmassa voimaannuttaminen riippuu työntekijän ajatusmaailmasta. H3-23 • Eteenpäin suuntautuminen tukee voimaannuttamista. H3-26 • Keskitytään liikaa epäonnistumisiin kuin positiivisuuteen ja vahvuuksien vahvistamiseen. H3-24 • Kun hoitosuunnitelmassa on potilaan käyttämää kieltä, potilas sitoutuu hoitoon paremmin ja ymmärtää hoidon tarkeyden. H3-11

Taulukko 2 Pelkistykset -Voimaannuttaminen

Jatkohoidon suunnittelu	Avohoitokontaktin tärkeys	Jatkohoidon kehittäminen
<ul style="list-style-type: none"> •Jatkohoidon suunnittelu avohoitoon on hyvällä tasolla. H1-18 •Hoitosuunnitelmassa huomioidaan potilaan avohoitokontakti tai jos sitä ei ole.H4-41 •Jos sairaalaan tullessa potilaalla ei ole jatkohoitopaikkaa, sekin merkitään hoitosuunnitelmaan.H4-45 •Hoitosuunnitelmaan merkitään jatkohoito jatkohoitosuunnitelma otsikon alle.H4-44 •Tulotilanteessa ei paljon pohdita jatkohoitosuunnitelmaa. H1-16 •Jatkohoitoa ei kirjata välttämättä hoitosuunnitelmaan, koska kaikkien kohdalla jatkohoitopaikka ei ole vielä tiedossa. H2-27 •Hoitosuunnitelma tehdään kuntoutuksen ajalle niin jatkohoitosuunnitelma ei liity siihen merkittävästi. H2-28 •Jatkohoidon suunnittelu toimii suhteellisen hyvin. H2-29 •Jatkohoidon suunnittelu toimii hyvin.H4-48 •Usein jatkohoitosuunnitelma on tiedossa jo ennen hoitoon tulemistä. H2-25 •Hoitosuunnitelmaan merkitään jatkohoitoa koskevia tietoja kuten verkostoneuvottelut.H3-29 •Hoidon jatkuvuutta arvioidaan tiiviisti koko hoitojakson ajan.H4-40 •Hoitosuunnitelmassa näkyy jatkohoidon päivitykset, josta saa selville mitä potilaan kanssa on suunniteltu.H4-46 •Kaikille asiakkaille tehdään jatkohoitosuunnitelma.H2-26 •Hoitojakso on pieni osa kokonaiskuvaa, joten on tärkeää että hoidonjatkuvuus näkyy hoitosuunnitelmassa.H3-30 •Hoidonjatkuvuus on onnistuneesti hoitosuunnitelmassa.H3-31 	<ul style="list-style-type: none"> •Hoidon jatkuvuus avohoitoon on ehdoton.H4-42 •Sairaalasta ei kotiuduta ellei ole päihdehoidollista jatkohoitokontaktia.H4-43 	<ul style="list-style-type: none"> •Hoidon jatkuvuus tulee toimimaan hyvin check-listaa käyttämällä.H1-17 •Hoidonjatkuvuutta voidaan parantaa kuntien ja kolmannen sektorin tiiviimmällä yhteistyöllä.H3-32 •Jatkohoitoa voisi parantaa eri kuntien välillä.H4-49

Taulukko 3 Pelkistykset – Hoidon jatkuvuus

Kirjaamisen hyvät puolet	Kirjaamisen haasteet	Kirjaamisen kehittäminen
<ul style="list-style-type: none"> • Kirjattu tieto on helppo löytää.H4-57 • Vanhoista kirjauksista voi löytyä vahvistusta asiakkaan hoidolle.H3-44 • Kirjattu tieto löytyy. H3-42 • Hoitosuunnitelman kohdalla kirjaaminen on yhtenäistä.H2-45 • Hoitohenkilökunnalla on yhtenäinen kirjaamistapa. H2-36 • Aiemmin kirjatun tiedon etsiminen on suhteellisen helppoa. H1-24 • Hoitosuunnitelma on kaikilla samalla rakenteella tehty ja samoilla otsikoilla. H2-37 • Tietojärjestelmässä on valikko mistä voi valita valmiita otsikoita, jotka muodostavat hoitosuunnitelman. H2-30 • Tietojärjestelmä on hyvä pohja hoitosuunnitelmalle.H3-34 • Hoitosuunnitelmassa on selkeä rakenne.H3-2 • Hoitosuunnitelmia on suhteellisen helppo löytää tietojärjestelmästä. H2-35 • Kirjaamisesta on koulutuksia ja käydään paljon keskustelua kirjaamiskäytännöistä H3-45 	<ul style="list-style-type: none"> • Ongelma on, että kirjaaminen unohtuu.H4-58 • Riippuu hoitajasta, löytääkö hänen kirjauksensa.H4-59 • Kirjaamisen eroavaisuus aiheuttaa törmäyskursseja.H4-54 • Kirjaamiskäytännöt ovat todella vanhat.H4-52 • Eroavaisuuksia hoitosuunnitelman kirjaamisessa on paljon. H1-28 • Hoitajien kirjaamiskäytännöt ovat sekavia. H1-25 • Talon ulkopuoliset palvelut eivät kirjaudu hoitosuunnitelmaan, joka on ongelmallista. H1-22 • Hoidon seuraaminen on hankalaa, koska joskus jotain jää kirjaamatta. H1-21 • Henkilökunnan keskuudessa on eriäviäisiä kirjaamiskäytäntöjä.H4-53 • Vanha tietojenkäyttöjärjestelmä on ollut erittäin sekava.H4-51 • Kirjaaminen on yksilöllistä. H3-46 • Ei tiedetä, miten muut kirjoittavat hoitosuunnitelmaa ja käyttävät tietojärjestelmää H1-32 	<ul style="list-style-type: none"> • Koulutuksen yhteydessä pyritään sopimaan mitä kirjataan ja minne. H4-56 • Kirjaamiskoulutuksesta hyötyisi henkilökunta.K4-60 • Tietojenkäyttöjärjestelmän muuttuessa rakenteiseksi otsikointi tarkentuu.H4-50 • Rakenteisen uudistuksen myötä toivotaan yhtenäisempää kirjaamisjärjestelmää otsikoinnin ja sisällön kannalta.H4-55

Taulukko 4 Pelkistykset -Tietojärjestelmien käyttö