

Jenni Laine & Elina Rahikainen

ASIAKASTYYTYVÄISYYS
PSYKIATRISISSA AVOHOIDOSSA
Kyselylomakkeen laadinta

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

Maaliskuu 2013




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>	<p>Opinnäytetyön päivämäärä</p> <p>25.3.2013</p>	
<p>Tekijä(t) Jenni Laine, Elina Rahikainen</p>	<p>Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma</p>	
<p>Nimeke Asiakastyytyväisyys psykiatrisessa avohoidossa – kyselylomakkeen laadinta</p>		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyö on tehty toimeksiantona Etelä-Savon sairaanhoitopiirin psykiatrisen avohoidon psykiatrian, psykogeriatrian ja psykoosipoliklinikoille sekä akuuttityöryhmälle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa asiakastyytyväisyyttä mittaava strukturoitu kyselylomake, jossa on myös yksi avoin kysymys. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa vain kyselylomake, ei vielä toteuttaa kyselytutkimusta. Kyselylomake jää toimeksiantajalle.</p> <p>Kyselylomake eli mittari muodostui teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Kirjallisuuskatsauksesta nousseiden käsiteitten pohjalta muodostimme keskeiset käsitteet. Keskeiset käsitteet operationalisoitiin ja näin muodostuivat väittämät kyselylomakkeeseen. Vastausvaihtoehtoina kyselylomakkeessa toimii 4-portainen Likertin asteikko.</p> <p>Mittarin reliabiliteettiä parannettiin kyselylomakkeen esitestauksella. Kyselylomake esitettiin kahdeksalla avohoidon poliklinikoiden asiakkaalla. Kyselylomaketta arvioivat myös ohjaava opettaja, opponentit ja poliklinikoiden työntekijät. Heidän kommenttiansa perusteella kyselylomakkeeseen tehtiin tarvittavat muutokset.</p> <p>Kyselyn toteuttamisen jälkeen poliklinikoiden työntekijät saavat tärkeää tietoa asiakkaiden mielipiteistä ja kokemuksista. Tämän tiedon avulla työntekijät voivat kehittää työtään asiakkaiden toiveita vastaaviksi. Mittari on kehitetty käytettäväksi kaikilla toimeksiantajan psykiatrisen avohoidon poliklinikoilla ja poliklinikoiden tarpeiden pohjalta.</p>		
<p>Asiasanat (avainsanat) Asiakastyytyväisyys, mielenterveysasiakas, laatu, ohjaus, avohoito</p>		
<p>Sivumäärä 59 + liitteet 10</p>	<p>Kieli Suomi</p>	<p>URN</p>
<p>Huomautus (huomautukset liitteistä)</p>		
<p>Ohjaavan opettajan nimi Hanna-Elina Vuorimaa</p>	<p>Opinnäytetyön toimeksiantaja Etelä-Savon sairaanhoitopiiri</p>	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 25.3.2013
Author(s) Jenni Laine, Elina Rahikainen		Degree programme and option Degree programme in nursing
Name of the bachelor's thesis Customer satisfaction in treatment of psychiatric out-patients – preparation of the questionnaire		
Abstract <p>The bachelor's thesis has been made as an assignment for the South Savo Hospital District, for the psychiatric, psychogeriatric and psychosis clinics and acute work group. The aim of the bachelor's thesis was to produce a structured customer satisfaction questionnaire, which has also one open ended question. The purpose of the thesis was only to produce a questionnaire, not yet carry out a survey. The questionnaire will be left for the client.</p> <p>The questionnaire is formed on the basis of a theoretical framework. Key concepts were formed based on the literature view. Key concepts were operationalized and so formed the statements of the questionnaire. The answer options were based on a 4-step Likert scale.</p> <p>The reliability of the questionnaire was improved by pilot testing. The questionnaire was pilot tested with eight outpatients of the clinics. The questionnaire was also assessed by the tutor teacher, opponents and the clinics employees. Necessary changes were made on the basis of their comments.</p> <p>After implementation of the survey, clinics employees receive important information about their customers' opinions and experiences. This information allows employees to develop their work as equivalent to their customers' wishes. The meter has been developed for use in all of these out-patient clinics and based on the needs of the clinics.</p>		
Subject headings, (keywords) Customer satisfaction, mental health client, quality, guidance, treatment of out-patients		
Pages 59 + attachments 10	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Hanna-Elina Vuorimaa		Bachelor's thesis assigned by South Savo Hospital District

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TOIMEKSIANTAJA	2
2.1	Etelä-Savon Sairaanhoitopiiri	2
2.2	Psykiatrian poliklinikka	3
2.3	Psykogeriatrian poliklinikka	5
2.4	Psykoosipoliklinikka	6
2.5	Poliklinikoiden odotukset kyselylomakkeesta	6
3	ASIAKASTYYTYVÄISYYS MIELENTERVEYSTYÖSSÄ	7
3.1	Kirjallisuuskatsaus	8
3.2	Asiakastyytyväisyys	8
3.3	Mielenterveysasiakas avopalveluiden käyttäjänä	12
3.4	Laatu mielenterveystyössä	15
3.5	Ohjaus psykiatrisessa hoitotyössä	19
3.6	Psykiatrinen avohoito	22
4	POLIKLINIKOIDEN ASIAKKAIDEN YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSONGELMAT	24
4.1	Masennus	24
4.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	27
4.3	Skitsofrenia	28
4.4	Ahdistuneisuushäiriö	31
4.5	Muistisairaudet	32
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	34
6	TOTEUTUS	35
6.1	Tutkimusmenetelmä	35
6.2	Kyselylomakkeen laadinta	37
6.3	Operationalisointi	41
6.4	Esitestaus	44
6.5	Tutkimuksen luotettavuus	45
6.6	Tutkimuksen eettisyys	47
7	PÄÄTÄNTÖ	48
7.1	Pohdinta	48

7.2 Opinnäytetyöprosessi.....	50
7.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	51
LÄHTEET.....	53

LIITTEET

- 1 Tutkimustaulukko
- 2 Asiakastytyväisyys teoriasta kyselylomakkeeksi
- 3 Saatekirje
- 4 Kyselylomake
- 5 Palautelomake
- 6 Tutkimuslupapyyntö
- 7 Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Asiakastyytyväisyyskyselyillä tuotetaan tietoa, joka auttaa kehittämään psykiatrista hoitotyötä ja saa avohoidon asiakkaiden mielipiteet esiin (Varis 2005, 1). Tyytyväisyyskysely on esitetty tärkeimmäksi tavaksi asiakkaan osallisuuden, tarpeiden ja näkemysten esille tuomiseksi. Hoidon laatua on usein tutkittu tyytyväisyyskyselyillä. Tyytyväisyyttä voidaan mitata yksittäisten ominaisuuksien tai yleisen tyytyväisyyden tasolla. Suurin osa tutkimuksista mittaa asiakkaiden tyytyväisyyttä mittarilla, joka on kehitetty juuri kyseistä tutkimusta varten. (Hiidenhovi 2001, 31.) Variksen (2005, 7) mukaan asiakkaiden yleistä tyytyväisyyttä on Suomessa ja ulkomailla tutkittu paljon, mutta psykiatristen asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoon on tutkittu vähän. Usein unohdettuja asiantuntijoita mielenterveystyön kehittämisessä ovat itse palveluiden käyttäjät (Muurinen ym. 2010, 109).

Psykiatrisen avohoidon vaikuttavuudesta ja tehosta ei ole kovinkaan paljon laadukasta tutkimustietoa (Korkeila 2009, 1). Rakennemuutos psykiatrisissa palveluissa alkoi jo 1980-luvulla, jolloin alettiin suunnitelmallisesti vähentää sairaalapaikkojen määrää ja kehittää avohoitoa. Avohoito valittiin ensisijaiseksi hoitomuodoksi tietoisesti, ja se kirjattiin muun muassa Mielenterveyslakiin vuonna 1990. (Kokkola ym. 2002, 11.)

Opinnäytetyönämme teemme asiakastyytyväisyyskyselyn psykiatriseen avohoitoon. Aihe oli toimeksianto Etelä-Savon sairaanhoitopiiriltä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kyselylomake, joka mittaa asiakastyytyväisyyttä. Kyselylomake tuotettiin psykiatrian, psykogeriatrian ja psykoosipoliklinikoille sekä akuuttityöryhmälle käytettäväksi. Opinnäytetyönaihe on ajankohtainen, koska hoidon laatua ja asiakkaiden tyytyväisyyttä tutkitaan yhä enemmän. Osa toimeksiantajan avohoidon poliklinikoista on ollut toiminnassa vasta vähän aikaa, eikä asiakastyytyväisyyttä ole tutkittu kaikilla poliklinikoilla. Poliklinikoilla ei myöskään ole valmista mittaria asiakastyytyväisyyden mittaamiseen.

Kyseinen aihe on mielenkiintoinen, koska olemme kiinnostuneet psykiatrisesta hoitotyöstä. Opinnäytetyö on hyödyllinen poliklinikoiden työntekijöille sen antaessa tietoa asiakkaiden kokemuksista ja mahdollisuuden kehittää työskentelytapoja tulosten perusteella. Asiakastyytyväisyyttä tutkimalla työtä voidaan kehittää asiakaslähtöisemmäksi.

Psykiatrisessa avohoidossa ajankohtaista on asiakkaan aseman vahvistaminen, mielen-terveyden ja päihteettömyyden edistäminen, haittojen sekä ongelmien ehkäisy. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen painottuu kaikille ikäryhmille avohoi-toon. Keskeisiä linjauksia palvelujärjestelmän kehittämisessä ovat matalakynnyksinen yhden oven periaate ja yhdistettyjen mielen-terveys- ja päihdehoitoyksiköiden perus-taminen. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 5.)

2 TOIMEKSIANTAJA

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. Kysely tuotettiin käy-tettäväksi kolmelle poliklinikalle, jotka ovat psykiatrian, psykogeriatrian ja psy-koosipoliklinikka sekä psykiatrian poliklinikkaan kuuluva akuuttityöryhmä. Kaikki poliklinikat ovat erikoissairaanhoidon avohoidon yksikköjä. Työelämän yhteyshenki-löitä opinnäytetyössämme ovat psykogeriatrian poliklinikan osastonhoitaja Jaana Väänänen ja sairaanhoitaja Asta Pulkkinen, psykiatrian poliklinikalta sairaanhoitaja Tiina Arpiainen, psykoosipoliklinikalta Tuula Romo ja akuuttityöryhmästä sairaanhoi-taja Arja Haponen.

2.1 Etelä-Savon Sairaanhoitopiiri

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin visio on olla asiakas- ja potilaslähtöinen palveluorgani-saatio, joka on hyvin johdettu. Sairaanhoitopiiri tekee tiivistä yhteistyötä erityisvas-tualueen sairaanhoitopiirien kanssa. Strategisia päämääriä Etelä-Savon sairaanhoito-piirillä ovat asiakas- ja potilaslähtöisyyden lisääminen, tuottavuuden lisääminen ja organisaation aktiivinen kehittäminen. Sairaanhoitopiirissä arvostetaan asiakkaan tyy-tyväisyyttä, tasa-arvoista ja yksilöllistä asiakaspalvelua, erityisosaamisen saatavuutta Etelä-Savossa, tervettä ammattiympäristöä ja tuloksellisuutta. (Etelä-Savon sairaanhoito-piiri 2012, 2.)

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri lisää asiakaslähtöisyyttä muun muassa asiakaslähtöisen yhteistyön lisäämisellä perusterveydenhuollon ja muiden sairaanhoitopiirien kanssa. Tavoitetasona vuoteen 2015 mennessä on olla Suomessa asiakastyytyväisyyden suh-teen parhaan kolmanneksen joukossa. Organisaation aktiivisen kehittämisen suhteen

tavoitteena on erikoissairaanhoidon saatavuuden olevan parhaan kolmanneksen joukossa Suomessa. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin tuottavuutta lisätään määrittelemällä ja käyttöönottamalla asiakaslähtöisyyttä ja perustehtävää tukevat erikoisalajat, vuoteen 2015 mennessä. Tuottavuutta lisätään myös henkilöstön tyytyväisyyden ja suorituskyvyn parantamisella, tavoitteena olla niiden suhteen Suomessa parhaan kolmanneksen joukossa. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2010, 9.)

Laatimamme kyselylomakkeen avulla saadaan tietoa psykiatrisen avohoidon asiakkaiden mielipiteistä ja tyytyväisyydestä saamaansa hoitoon. Saatujen tulosten perusteella poliklinikoiden työntekijät voivat kehittää työtään ja lisätä asiakas- ja potilaslähtöisyyttä. Näin kyselylomakkeen avulla voidaan kehittää organisaatiota.

2.2 Psykiatrian poliklinikka

Psykiatrian poliklinikka tarjoaa avohoitoa 18 vuotta täyttäneille henkilöille. Poliklinikka sijaitsee Ristiinantie 1, Mikkelin keskustan läheisyydessä. (Psykiatrian poliklinikka 2007.) Hoitoon pääsee läheteellä ja poliklinikkakäynnit ovat maksuttomia. Poliklinikalle lähetetään asiakkaita hoitoon muun muassa mielialahäiriöiden, syömishäiriöiden, neuropsykiatristen häiriöiden ja persoonallisuushäiriöiden vuoksi sekä työkykyarvioihin. Psykiatrian poliklinikalla tehtäviin tutkimuksiin kuuluvat terapia-arviot, diagnostiikka, psykologin tutkimukset, perhetutkimukset, työkykyarviot, kuntoutusohjaus, sosiaalisen tilanteen kartoitus, konsultaatiot ja tarvittavien somaattisten tutkimusten käynnistys esim. kuvantamiset sekä laboratoriokokeet. Hoitomuotoina poliklinikka tarjoaa psykoterapiaa (yksilö-, pari- ja perheterapia), hoitosuhteen, lääkehoitoa ja ryhmähoitoa. Osa psykiatrian poliklinikan henkilökunnasta kuuluu suuronnettomuuskien henkisen ensiavun valmiusryhmiin. (Psykiatrian poliklinikka, 2010.) Psykiatrian poliklinikan henkilökuntaan kuuluu psykiatrian erikoislääkärit, psykologit, psykiatriset sairaanhoitajat ja kuntoutusohjaaja. Asiakkaat saavat tarvittaessa myös sosiaalityöntekijän ja toimintaterapeutin palveluita. (Psykiatrian poliklinikka 2007.)

Psykiatrian poliklinikan arvoja ovat tasa-arvo, ihmisarvo ja ammatillisuus. Tasa-arvo näkyy työssä asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena ja vuorovaikutuksellisen yhteistyönä. Asiakasta arvostetaan oman elämänsä asiantuntijana. Ihmisarvo on asiakkaan ainutkertaisuutta ja yksilöllisyyttä. Asiakkaan omaa sosiaalista ja fyysistä ympäristöä kunnioitetaan hoidossa. Ammatillisuuteen pyritään hyvällä ammattietiikalla.

la, hoidon laadulla, sitoutumisella ja yhteistyöllä. Poliklinikalla kunnioitetaan omaa ja toisen työntekijän ammattitaitoa. (Psykiatrian poliklinikka, 2010.)

Psykiatrian päiväosasto on osa psykiatrian poliklinikkaa. Päiväosasto tarjoaa intensiivistä avohoitoa asiakkaille, jotka eivät pärjää tavanomaisen avohoidon turvin. Hoidon tavoitteena on asiakkaan itsetuntemuksen ja elämänhallinnan lisääntyminen. (Psykiatrian päiväosasto 2007.) Vuoden 2013 alusta akuuttityöryhmä tuli osaksi psykiatrian poliklinikkaa. Akuuttityöryhmä toimii yhteistyössä yhteispäivystyksen kanssa tehden hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoon ohjauksen (Haponen 2013).

Akuuttityöryhmä

Akuuttityöryhmä sijaitsee Mikkelin keskussairaalan tiloissa. Akuuttityöryhmä toimii sekä päivystys- että ajanvarausluonteisesti. Toiminta on alkanut tammikuussa 2011, jolloin akuuttityöryhmä toimi akuuttipsykiatrian poliklinikkana. Vuoden 2013 alusta akuuttityöryhmä kuuluu psykiatrian poliklinikkaan. (Haponen 2013.)

Akuuttityöryhmän toiminta on osa aikuisten psykiatrasta avohoitoa. Toiminnan tavoitteena on avohoidon roolin korostuminen ja tarpeettomien sairaalajaksojen väheneminen. (Psykiatrian akuuttityöryhmä 2007.) Hoitajakson pituus vaihtelee kahdesta käynnistä kolmeen kuukauteen, jopa yhteen vuoteen. Asiakkaiden ikä vaihtelee alaikäisistä vanhuksiin. (Haponen 2013.) Akuuttityöryhmän toimintaan kuuluvat kotikäynnit, kriisiapu, yksilö-, pari- ja perheterapia/ -tapaamiset, diagnostiikka ja terapia-arvioinnit sekä ensiapuarviot. Akuuttityöryhmä konsultoi tarpeen mukaan yhteispäivystystä ja muita toimijoita. Pääpaino työssä on akuutisti sairastuneiden tai akuutissa kriisissä olevien ihmisten kokonaisvaltaiseen hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoitoonohjauksessa joko avohoitoon tai sairaalaan. Työryhmä tekee yhteistyötä peruspalveluiden, kolmannen sektorin ja yksityisen sektorin kanssa sekä tiivistä yhteistyötä avohoidon ja hoito-osastojen kanssa. Akuuttityöryhmä toteuttaa tarvittaessa nivelvaiheen avohoidon. (Psykiatrian akuuttityöryhmä 2007.)

Akuuttityöryhmän henkilökuntaan kuuluu psykiatrian erikoislääkäri, psykologi, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, kuntoutusohjaaja, toimintaterapeutti ja osastonsihteeri (Psykiatrian akuuttityöryhmä 2007). Akuuttityöryhmälle tärkeitä arvoja ovat potilaskeskeisyys, yksilöllisyys ja moniammatillisuus. Jokainen asiakas on

arvokas. Yleisimmät sairaudet ovat depressio, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoosisairaudet, ahdistuneisuushäiriöt ja syömishäiriöt. Yleisiä ovat myös erilaiset riippuvuudet, kriisit ja itsetuhoisuus. (Haponen 2012.)

2.3 Psykogeriatrian poliklinikka

Psykogeriatrian poliklinikka sijaitsee Moisio sairaalan A-talon ensimmäisessä kerroksessa. Poliklinikka tarjoaa psykiatrasta avohoitoa iäkkäille henkilöille. Hoitoon poliklinikalle tullaan lääkärin tai hoitajan läheteellä, jolloin lääkäriä on konsultoitu. Poliklinikan käynnit ja palvelut ovat maksuttomia. (Psykogeriatrian poliklinikka 2007.) Toiminnan tavoitteena on tukea ja turvata vanhusten itsenäisyyttä ja toimintakykyä sekä toimia yhteistyössä psykogeriatrian osaston, perusterveydenhuollon ja jatkohoitopaikkojen kanssa. (Psykogeriatrian poliklinikka 2012.)

Psykogeriatrian poliklinikka tarjoaa hoitoa ja tutkimusta asiakkaille, joilla ei ole välitöntä sairaalahoidon tarvetta, jatkohoitoa osastolta kotiutuville, konsultaatiota eri hoitolaitoksiin, koulutusta, muistikuntoutusta ja ECT-ylläpitohoitoa. Palvelut ovat tarkoitettu psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisen ja äkillisen psyykkisen kriisin selvittelyyn, masennuksen hoitoon, tarkoituksenmukaisen jatkohoidon tarpeen arviointiin ja järjestämiseen, sosiaalisen tilanteen selvittelyyn, lääkehoidon seurantaan ja arviointiin sekä sairaalahoidon tarpeen arviointiin. (Psykogeriatrian poliklinikka 2012.)

Toimintaa ohjaavat arvot ovat itsemääräämisoikeus, kokonaisvaltaisuus, oikeudenmukaisuus, turvallisuus ja yksilöllisyys. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta edistetään tukemalla ja vahvistamalla hänen voimavarojaan. Asiakas on itse mukana häntä koskevassa päätöksen teossa ja saa sitä koskevan tuen ja tiedon. Kokonaisvaltaisuus näkyy toiminnassa asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukemisena. Asiakkaat ovat ainutlaatuisia yksilöitä, joilla on vapautta ja valinnanmahdollisuuksia, mutta myös vastuunottoa omasta elämästä. Oikeudenmukaisuus näkyy poliklinikalla asiakkaiden yhdenvertaisena oikeutena saada laadukasta ja hyvää hoitoa. Yhtenäiset palveluiden myöntämisperusteet takaavat oikeudenmukaisen hoidon. Turvallisuuden takaavat ammattitaitoinen ja koulutautunut henkilökunta, rauhallinen ja turvallinen hoitoympäristö sekä hoidon luottamuksellisuus. (Psykogeriatrian poliklinikka 2012.)

2.4 Psykoosipoliklinikka

Psykoosipoliklinikka sijaitsee myös Moision sairaalan A-talon ensimmäisessä kerroksessa, psykogeriatrian poliklinikan kanssa samoissa tiloissa. Hoitoon poliklinikalle tullaan läheteellä, ja käynti sekä palvelut ovat asiakkaalle maksuttomia. Aikuiset psykoosipotilaat, joille tukea antava tavanomainen avohoito ei riitä tai joiden elämäntilanne on kriisiytynyt, ovat poliklinikan kohderyhmänä. Psykoosipoliklinikka järjestää tarvittaessa jatkohoitoa ja tukee vakavimmista psyykkisistä häiriöistä kärsivien kotiutumista osastoilta. (Psykoosipoliklinikka 2012.)

Poliklinikan toimintamuotoihin kuuluvat yksilö- ja ryhmätapaamiset, kotikäynnit, toimintakyvyn arvioinnit ja kuntoutussuunnitelmien tarkennukset yhdessä muiden avohoidon toimijoiden kanssa. Palveluihin kuuluvat sairaanhoitajien palveluiden lisäksi lääkärin, toimintaterapeutin, psykologin, psykoterapeutin ja sosiaalityöntekijän palvelut. Psykoosipoliklinikan toiminnan tarkoituksena ja tavoitteena on sairaalahoidon tarpeen vähentäminen tulevaisuudessa ja tuen antaminen, jotta potilaat selviytyvät avohoidossa. (Psykoosipoliklinikka 2012.)

Hoitotyötä ohjaavia periaatteita ovat yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus ja oikeus hyvään hoitoon. Poliklinikalla laaditaan jokaiselle asiakkaalle yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Asiakkaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehditaan. Asiakas osallistuu häntä koskevaan päätöksen tekoon ja hänelle annetaan siihen tarvittava tieto ja tuki. Yhteisymmärrystä asiakkaan kanssa haetaan ilman johdattelua, painostusta tai pakkoa. Oikeus hyvään hoitoon merkitsee hoitosuhteen luottamuksellisuutta ja asiantuntevaa apua ilman kohtuuttomia viiveitä. Psykoosipoliklinikalla hoidetaan pääsääntöisesti psykoosipotilaita. (Romo 2012.)

2.5 Poliklinikoiden odotukset kyselylomakkeesta

Tapasimme poliklinikoiden yhteyshenkilöitä ja kartoitimme heidän toiveitaan sekä odotuksiaan asiakastyytyväisyyskyselyyn liittyen. Kyselylomake annetaan asiakkaille, joiden hoito on jo jatkunut jonkin aikaa tai asiakkaille, joiden hoito on loppumassa. Toiveena oli yksinkertainen, arkikielinen ja mahdollisimman lyhyt kyselylomake, jonka asiakkaat jaksavat täyttää. He toivoivat myös yksinkertaisten kysymysten lisäksi lomakkeen loppuun yhtä avointa kysymystä tai avoimen kommentoinnin mahdolli-

suutta. Yhteyshenkilöt toivoivat kysymysten aiheeksi muun muassa palveluiden tarpeellisuutta ja hoitoympäristön sijaintia ja rauhallisuutta. Harkitsimme kyselylomakkeen tekemistä Webropoliin sähköisesti. Paperiseen versioon kyselylomakkeesta päädyttiin, koska kaikilla poliklinikoiden asiakkaila ei ole mahdollisuutta vastata sähköiseen kyselyyn.

Poliklinikoiden palvelut ja asiakkaat ovat heterogeenisiä. Jokaisella poliklinikalla, joille kyselylomake tuotettiin, on omanlaiset piirteensä ja eroavaisuudet toiminnassa. Poliklinikoilla on eroavaisuuksia esimerkiksi kotikäyntien määrässä ja asiakkaiden iässä. Poliklinikoiden tarjoamat palvelut eroavat myös toisistaan. Poliklinikoiden asiakkaiden hoitajaksojen pituus vaihtelee poliklinikan mukaan, esimerkiksi akuuttityöryhmällä pääpaino on akuutissa kriisissä olevien asiakkaiden tapaamisissa. Haasteena oli luoda asiakastyytyväisyysmittari, joka sopii kaikille poliklinikoille.

3 ASIAKASTYYTYVÄISYYS MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

Opinnäytetyössämme tärkeitä käsitteitä ovat asiakastyytyväisyys, mielenterveysasiakas avopalveluiden käyttäjänä, hoitotyön laatu, ohjaus psykiatrisessa hoitotyössä ja psykiatrinen avohoito. Mielenterveyslain (1990) (§1) mukaan mielenterveystyö määritellään ”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämiseksi sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemiseksi, parantamiseksi ja lievittämiseksi”. Psykiatrisen avohoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä ja mielipiteitä avohoidosta saadaan esille esimerkiksi asiakastyytyväisyyskyselyillä. Asiakastyytyväisyys muodostuu monista eri tekijöistä, muun muassa asiakkaan omista arvostuksista, käsityksistä ja odotuksista. (Varis 2005, 1).

Nykyisin pidetään tärkeänä turvata asiakkaan vaikutusmahdollisuudet hoitoonsa. Asiakkaan rooli on muuttumassa osallistuvammaksi kuin aikaisemmin ja hoitosuhde enemmän kumppanuudeksi. (Kujala 2003, 24.) Asiakslähtöisen hoitotyön tuloksena lisääntyy asiakkaan tyytyväisyys hoitoonsa (Laitila 2010, 39). Asiakastyytyväisyyskyselyillä saatava tieto asiakkaiden mielipiteistä auttaa työntekijöitä kehittämään työtään (Varis 2005,1).

3.1 Kirjallisuuskatsaus

Kyselylomakkeen laatiminen lähti liikkeelle toimeksiantajan toiveista. Tarve kyselylomakkeen laadinnalle lähti laadun kehittämisestä. Kyselylomakkeen laadinnassa käytettiin menetelmänä kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuushaku tehtiin teoreettisen viitekehysten muodostamiseksi ja lähdeaineiston löytämiseksi. Kirjallisuushaulla tavoiteltiin mahdollisimman kattavaa ja monipuolista kuvaa tutkimustiedosta, joka liittyy aiheeseen (Lauri 2003, 28). Muodostaaksemme kattavan käsityksen tutkimustiedosta, haimme tietoa eri tietokannoista kuten Theseus, Medic, Linda, Arto, Cinahl ja Google Scholar. Tietoa haimme itsenäisesti ja myös informaation avustuksella. Informaationkoltta saimme apua hakutulosten laajentamiseen ja täsmentämiseen. Keskeisiksi käsitteiksi aiheemme kannalta muodostuivat asiakastyytyväisyys, laatu, mielenterveysasiakas, ohjaus ja avohoito. Aihealueesta muodostui meille kattava kokonaiskuva.

Hakusanoja miettiessä selvitimme sanojen synonyymeja ja englanninkielisiä vastineita. Hakusanoina käytimme muun muassa sanoja mielenterveys, asiakastyytyväisyys, potilastyytyväisyys, avohoito, psykiatria, polikliininen hoito, asiakastyytyväisyyskysely, mittari, laatu ja mielenterveyspalvelut. Katkaisimme hakusanoja katkaisumerkillä, esimerkiksi potilastyyt? ja psykiatr? sekä yhdistimme sanoja. Katkaisua käyttämällä saimme esiin kaikki olennaiset sijamuodot aiheemme kannalta. Hakusanoja yhdistimme hakukoneiden AND, OR ja NOT vaihtoehdoilla. Asiasanoja etsimme YSA:sta – Yleisestä suomalaisesta asiasanastosta. Vastaavia tutkimuksia löytyi vähän (liite 1). Aiheeseemme liittyvien tutkimusten lisäksi etsimme tietoa poliklinikoilla yleisimmin esiintyvistä sairauksista ja esittelemme sairaudet työssämme.

3.2 Asiakastyytyväisyys

Variksen (2005, 10) mukaan asiakkaan tyytyväisyys muodostuu odotuksista ja asiakkaan arvostuksista ja käsityksistään omista oikeuksistaan. Myös asiakkaan aikaisemmat kokemukset ja käsitykset tapahtuneesta vaikuttavat tyytyväisyyteen. Tekijöitä, jotka tuottavat asiakkaalle tyytyväisyyttä, ovat hoitoon pääsy ja odotukset, hoitotyöntekijän henkilökohtaiset hoitamiseen ja pätevyyteen liittyvät ominaisuudet, organisaatioon ja hoitoympäristöön liittyvät tekijät sekä hoidon ja hoitosuhteen tulokset. (Varis 2005, 10.) Kokkola ym. (2002, 32) toteavat, että asiakkaan tarpeiden, odotusten ja

toiveiden huomiointi on tärkeää. Voi kuitenkin olla, että hoitosuhteen on oltava pitkä, ennen kuin asiakas on valmis ilmaisemaan tarpeitaan, toiveista puhumattakaan.

Hoitoalalla asiakastyytyväisyys nähdään asiakaslähtöisyyden tuloksena. Asiakaslähtöisessä toimintatavassa huomioidaan asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset, jotka lisäävät asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa. Asiakastyytyväisyys on käsitteenä ongelmallinen, sillä se ei riittävästi kuvaa, mitä asiakkaat haluavat palveluilta. Asiakastyytyväisyys kuvaa tunnetilaa, tyytymistä ja positiivista tunnereaktiota palvelua kohtaan. Asiakastyytyväisyys muodostuu mielipiteistä ja näkemyksistä hoidon laadusta. Asiakastyytyväisyyttä voidaan arvioida myös odotuksina ja asenteina, jotka perustuvat mielipiteille ja näkemyksille. Henkilökunnan käyttäytyminen ja toiminta vaikuttavat tyytyväisyyteen. (Simola & Rauta 2008, 5.) Kvistin (2004, 27) mukaan asiakastyytyväisyys voidaan määritellä subjektiiviseksi arvioksi saadusta hoidosta ja siitä, kuinka se on vastannut asiakkaan hoitoon kohdistuneisiin odotuksiin.

Bieringin ja Jensenin (2011, 3–4) mukaan asiakastyytyväisyys muodostuu palveluympäristöstä ja organisaatiosta, suhteesta hoitotyöntekijään ja hoidon tuloksesta. Hoitotyöntekijän vuorovaikutustaitoja arvostetaan ja vuorovaikutuksessa tärkeää on ystävällisyys, empatia, hyväksyminen ja kuunteleminen. Hoitohenkilökunnan aitoa kiinnostusta asiakkaan hoidosta ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista kuvastaa asiakkaiden mielipiteiden huomioon ottaminen ja heidän mahdollisuus vaikuttaa hoitoon. Hoidon tulokset koetaan positiivisena ja hoito vaikuttavana, jos asiakkaat ovat kokeneet positiivisia muutoksia ajatuksissaan, tunteissaan, käytöksessä tai muita kehityksellisiä muutoksia on tapahtunut.

Asiakastyytyväisyyttä ja laatua ajatellaan usein samaa tarkoittavina käsitteinä. Laatu on vain yksi asiakastyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä, tyytyväisyys on laatua laajempi käsite. Asiakastyytyväisyyden mittaaminen on tärkeä hoitotyön laatua mittaava tekijä ja asiakastyytyväisyyteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Myös monet muut tekijät kuin pelkästään hoidon laatu voivat tuottaa tyytyväisyyttä. (Varis 2005, 10.) Asiakastyytyväisyyttä olisi seurattava jatkuvasti, ja saadun palautteen pohjalta tehtävä muutoksia asiakastyytyväisyyden lisäämiseksi. Palvelun laatu kuuluu asiakastyytyväisyyteen. (Martikainen 2010, 12.)

Asiakastyytyväisyyden osatekijät voidaan jakaa hoitoon pääsyyn, tiedon saantiin, kommunikointiin, palvelujen saatavuuteen, koettuun hoitotyön laatuun, hoitotyön teknologiaan ja laitteistoon sekä yksilölliseen hyvään hoitamiseen. On otettava huomioon myös organisaation toiminta, olosuhteiden ja ominaisuuksien vaikutus asiakastyytyväisyyteen. (Simola & Rauta 2008, 6.) Sairasen (2000, 21) pro gradu-tutkielmassa tyytyväisyyden eri osa-alueita olivat palvelujen saatavuus ja vastaanottotapahtuma, tiedottaminen, hoidon jatkuvuus ja yhteistyö sekä palvelujen arviointi ja hoitotulos. Psykiatristen potilaiden asiakastyytyväisyyttä mitattaessa olisi otettava huomioon asiakkaan hoidon kesto (Sairanen 2000, 2). Variksen (2005, 11) mukaan diagnoosilla on havaittu olevan vain heikko yhteys asiakastyytyväisyyteen.

Sairasen (2007, 15) mukaan asiakkaan tausta vaikuttaa suuresti hänen kokemukseen saamansa hoidon laadusta. Sukupuoli oli yksi tyytyväisyyttä selittävistä tekijöistä. Miesten on tutkittu olevan hoitoonsa tyytyväisempiä kuin naiset. Nuoret naiset ovat tyytymättömiä hoitoonsa. Naisten hoitoon tyytymättömyys johtuu siitä, että naiset ovat tietoisempia hoidosta, tarkempia hygieniasta ja he ovat herkempiä sanattomaan viestintään. He reagoivat myös herkemmin, mikäli psykososiaalinen tuki puuttuu. Tämän vuoksi miehet ja naiset ovat erilaisia asiakkaita.

Sairasen (2007, 15–16) mukaan ikä on myös asiakastyytyväisyyteen vaikuttava tekijä. Nuoret ovat tyytymättömämpiä hoitoonsa kuin iäkkäämmät ihmiset. Tämä saattaa selittyä sillä, että iäkkäät vertaavat nykyhoitoa menneisiin aikoihin ja siitä, että nuorempi sukupolvi on tottunut nopeaan palveluun ja pitävät terveyspalveluita itsestään selvyytenä. Asiakkaan koulutustausta lisää kriittisyyttä terveyspalveluita kohtaan. Korkeasti koulutetut suhtautuvat odottamiseen kriittisesti. Korkeasti koulutetut ihmiset vaativat enemmän ja he kaipaavat enemmän perusteluja toiminnalle kuin vähemmän koulutusta saaneet. Yksityisiä terveydenhuoltopalveluita yleensä käyttävät korkeasti koulutetut henkilöt ovat tottuneet nopeaan ja sujuvaan asiointiin. Töyryn (2001, 45) mukaan varsinkin iäkkäiden asiakkaiden lapset ovat kriittisiä. Asiakkaalla on lain mukaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 10/1992) oikeus tehdä muistutus tai kantelu, mikäli hän ei ole saamaansa hoitoon tyytyväinen.

Hyvään hoitoon kuuluu työntekijän rohkaiseva, positiivinen, luottamuksellinen, rauhoittava, inhimillinen ja empaattinen suhtautuminen asiakkaaseen. Hoitaja tarvitsee yhteistyötaitoja kohdatessaan auttajatahoja, asiakkaan ja hänen omaisensa. Asiakkaan

kokiessa olevansa ulkopuolinen omassa hoitoprosessissaan syntyy epäluottamusta ja tyytymättömyyttä. Tällöin epäluottamus kehittyy koko hoitavaa henkilökuntaa ja hoitojärjestelmää kohtaan. Jos asiakas kokee olevansa vain toimenpiteiden kohde ja hänen hoitonsa perustuu vain rutiineihin ja yleistettyihin tapoihin, voi ulkopuolisuuden tunne syntyä ja luottamuksen kehittyminen on haastavaa. Asiakkaan tulee kokea itsensä asiantuntijaksi ja aktiiviseksi toimijaksi. (Kettunen ym. 2011, 16–17.)

Tiedon saanti on yksi tyytyväisyyteen vaikuttava tekijä. Psykiatriselle asiakkaalle tiedon antaminen tulisi nähdä hoidollisena keskusteluna ja mahdollisuutena auttaa asiakasta saavuttamaan askel kerrallaan mielensä hallinta. Psykiatrisella asiakkaalla on oikeus saada tietoa omasta tilastaan, vaikka hän ei olisikaan samaa mieltä sairaudestaan ja hoidon tarpeestaan. (Sundman 2000, 172–173.) Tiedonsaanti on yhteydessä asiakkaan muilla hoidon osa-alueilla kokemaan tyytyväisyyteen. Asiakkaat, jotka ovat olleet tyytyväisiä tiedonsaantiin, ovat ilmaisseet tyytyväisyyttään myös hoitojakson pituuteen ja hoitoon kokonaisuutena. (Hätönen 2005, 7.)

Kumpulaisen (1999, 5) saamissa psykiatrian asiakastyytyväisyysmittauksen tuloksista selviää, että hoitoon liittyvässä tiedonsaannissa esiintyi eniten ongelmia. Henkilökunnan osoittama ymmärrys ja huolehtivuus koettiin erityisen myönteisenä. Kohtalaisena koettiin asiakkaan omien mielipiteiden huomiointi hoidossa. Kokko (2004, 138) toteaa, että mielenterveyspalveluita käyttävät asiakkaat kokevat hyvän hoidon perustuvan keskusteluun ja arvostavat saamaansa apua. Hyvän mielenterveystyön kriteeriksi koettiin työntekijän oikea asennoituminen asiakkaisiin. Heidän mielestään hyvä työntekijä pyrkii säilyttämään asiakkaan ihmisarvon sairaudestaan huolimatta.

Kokon (2004, 46) mukaan näyttöön perustuvassa psykososiaalisessa mallissa hoitotyötä arvioidaan tarkastelemalla asiakkaan edistymistä oireiden hallinnassa ja sitä onko hänen selviytymistaitonsa parantunut. Lisäksi tarkastellaan asiakkaan sosiaalista toimintakykyä ja onko hänen elämänlaatunsa parantunut aiempaan verrattuna. Mielenterveystyön arvioinnissa suositellaan arvioitavaksi myös hoidon tehokkuutta, hyötyä, riittävyttä, hyväksyttävyyttä ja asiakkaan tyytyväisyyttä siihen. (Kokko 2004, 46.)

Terveydenhuoltoa kehitettäessä ja palveluita sekä hoitoa arvioitaessa ei voida turvautua vain asiakkaiden ja potilaiden mielipiteisiin, vaan tarkasteluun otettava myös näyttöön ja tieteelliseen tutkimukseen pohjautuvaa todellista vaikuttavuutta. Asiakastyyty-

väisyys on välttämätön ja tärkeä näkökulma laadun kehittämisessä, mutta se ei ole yksin riittävä. (Varis 2005, 13.) Tyytyväisyyskyselyillä kuvataan asiakkaiden subjektiivisia mielipiteitä, jotka ovat sinällään arvokkaita (Sairanen 2000, 23).

Asiakastyytyväisyysmittareilla on paljon vahvuuksia ja tavoitteita, mutta niillä on havaittu olevan myös heikkouksia. Hoitotyön toiminta lähtee asiakkaan tarpeista, joten asiakkaan tyytyväisyys on hoidossa olennainen tavoite ja siten osana hoidon laatua. Mikäli asiakas on tyytymätön, hän kertoo, ettei hoito ole saavuttanut kaikkia tavoitteitaan. Hoitotyössä asiakkaiden tyytyväisyysmittauksia on pidetty toiminnan laadunkehittämisen pohjana, mutta niiden hyöty on kyseenalaistettu. On katsottu, että hoidon tarpeessa olevat asiakkaat tulevat riippuvaisiksi terveydenhuoltohenkilöstä ja tästä syytä eivät halua kritisoida hoitoaan. Tutkimuksista saadaan siis todellisia kokemuksia positiivisempaa tulosta. Asiakkaille ei ole välttämättä paljoa hoitoa koskevia odotuksia, joka tekee hoidon arvioinnista vaikeaa. Asiakkaalle käytetyt käsitteet saattavat olla tuntemattomia. Asiakas saattaa myös kokea, etteivät hänelle esitetyt kysymykset liity lainkaan hänen elämäänsä tai tarpeisiinsa tai ettei ne ole hänelle tärkeitä. Jos mittareista halutaan käytännön hyötyä, tulisi niiden olla riittävän yksinkertaisia, mutta valideja. (Varis 2005, 14–16.)

Kliinisessä psykiatriassa tehdyt asiakastyytyväisyysmittaukset osoittavat, että psykiatriset potilaat ovat melko tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Tyytyväisyyden kysyminen tietyllä hetkellä tuo tulosten tulkitsemiseen ongelmia, koska syy-seuraussuhteiden arviointi on mahdotonta. Asiakastyytyväisyyskyselyt tuottavat yleisesti samantyyppisiä vastauksia. Tyytyväisyysaste on todettu olevan korkein, kun tutkimus tehdään sairaalassa. On myös todettu, että vähiten saadaan vastauksia siellä missä potilaat ovat tyytymättömämpiä. Aiemmin tehtyjen tyytyväisyystutkimusten perusteella voidaan olettaa, että jos asiakastyytyväisyystutkimus tehtäisiin vasta kotona, eikä heti hoidon loputtua sairaalassa, toisivat potilaat kriittisyyttä paremmin esille. (Varis 2005, 17–18.)

3.3 Mielenterveysasiakas avopalveluiden käyttäjänä

Mielen ja ruumiin hyvinvointi sekä tasapaino ovat mielenterveyttä. Mielenterveyden määrittely koostuu meneillään olevasta aikakaudesta, lainsäädännöstä, normeista yhteiskunnassa, kulttuurista, yhteisön arvoista ja ihmisten yksilöllisistä tarpeista. Tarkas-

telunäkökulma ja sen asettamat tavoitteet vaikuttavat myös mielenterveyden määrittelyyn. (Hoikkala & Tuuttila 2009, 8.)

Avopalveluiden käyttäjistä käytetään terveydenhuollossa yleisesti käsitteen potilas sijasta käsitettä asiakas (Kujala 2003, 29). Laissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2/1992) potilaalla tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää terveyden- tai sairaanhoitopalveluja tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Hoikkalan ja Tuuttilan (2009, 8) mukaan mielenterveys on olennainen osa terveyttä. Mielenterveys on voimavara, joka voidaan nähdä psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä, sen avulla ohjaamme elämäämme. Mielenterveys mahdollistaa mielekkään ja yksilöllisen elämän. Tarvitaan monipuolista tietoa kulttuurista ja mielentoiminnasta, jotta mielenterveyttä voidaan ymmärtää sekä häiriöitä hoitaa.

Joka neljäs kokee mielenterveysongelman jossain elämänsä vaiheessa, arvioi Maailman terveysjärjestö WHO (ITHACA-työkalu 2011, 6). Ajankohtaisesti haittaavista psyykkisistä oireista kärsii noin neljäsosa suomalaisista ja viimeisen vuoden aikana noin 15–20 prosentilla on ollut todettavissa jokin diagnosoitava mielenterveydenhäiriö. Myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden perustana yleisin diagnoosiryhmä ovat mielenterveydenhäiriöt. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 262–263.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2012) mukaan mielenterveys on perusta ihmisen hyvinvoinnille, terveydelle ja toimintakyvylle. Mielenterveys muovautuu koko elämän ajan persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä. Mielen hyvinvointiin vaikuttavat muun muassa yksilölliset tekijät, kuten identiteetti ja itseluottamus. Siihen liittyy myös sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät sekä perheen, työn ja koulun muodostamat yhteisöt. Biologiset, kulttuuriset ja yhteiskunnan rakenteelliset tekijät vaikuttavat myös mielenterveyteen.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman mukaan Suomessa on paljon väkivaltaisia ja tapaturmaisia kuolemia, alkoholiin ja mielenterveysongelmiin liittyviä kuolemia sekä itsemurhia. Yleistyneitä terveysongelmia ovat muun muassa alkoholiin ja huumeisiin liittyvät terveysongelmat sekä nuorten mielenterveysongelmat. Aikuisten mielenterveyshäiriöt ovat pysyneet samalla tasolla kuin 1980-luvulla. Lasten terveyttä uhkaavat turvallomuuteen liittyvät oireet, kuten mielenterveysongelmat. Lasten psykososiaalista pahoinvointia lisää tiedotusvälineiden vaikutus, yhteiskunnan ja sosiaalisen ympäristön muutokset sekä yhteiskunnassa korostuva kilpailu. Terveys 2015 -

kansanterveysohjelma korostaa lapsien tarvitseman mielenterveyshoidon turvaamista. Ohjelmassa korostetaan, että kaikilla on oikeus saada ymmärrettävää tietoa ja mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon koskien omaa terveyttään. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta 2001, 10–28.)

Mielenterveysongelmista kärsivät kuuluvat usein yhteiskunnassa heikoimmin selviytyvien ryhmään, kehitystasosta tai taloudellisesta tilasta riippumatta. Mielenterveys-työssä yksi tavoite on poistaa mielenterveysongelmiin liittyvä häpeä, salailu ja leimautuminen. Omassa hoidossaan mielenterveysasiakkaat ovat alttiita jäämään passiivisen vastaanottajan rooliin. Osallistuminen hoitoon ja oman elämän kontrollointi on kuntoutumisen ja selviytymisen kannalta eduksi asiakkaalle. Yksi mielenterveystyön haaste onkin saada asiakas hoidon toteutukseen aktiiviseksi ja vastuulliseksi osallistujaksi. (Latvala 1998, 12.) Asiakkaan tulee tuntea itsensä osalliseksi hoitoonsa liittyvää päätöksentekoa, tapahtumia ja tavoitteita (Kujala 2003, 18). Perinteinen potilaan tai asiakkaan rooli on muuttumassa osallistuvammaksi. Hoitosuhde asiakkaan ja hoitavan henkilön välillä halutaan nähdä enemmän kumppanuutena. Hoitosuhteen pysyvyys on tärkeää ja se turvaa paremmin asiakkaan mahdollisuudet vaikuttaa hoitoonsa. (Kujala 2003, 22–23.)

Mielenterveysongelmista kärsivät saattavat tarvita erityistä tukea ihmissuhteiden säilyttämiseksi, koska mielenterveysongelmat vaikuttavat ihmissuhteisiin. Mielenterveysasiakkaiden kanssa on mahdollista järjestää esimerkiksi tapaamisia, joissa on mukana perheenjäseniä ja henkilökuntaa. (Varis 2005, 23.) Omaiset ovat tärkeä voimavara ja tuki asiakkaalle. Heidän mukaan ottaminen hoitoprosessiin on merkityksellistä sekä asiakkaalle että omaisille. Omaisilla on suuri merkitys asiakkaan jokapäiväisessä selviytymisessä avohoidossa. Jos omaiset eivät itse saa tukea ja tietoa, eivät he voi auttaa asiakkaan selviytymistä. (Martikainen 2010, 11.) Asiakkaan omaisten osallistumista hoitoon voidaan pitää yhtenä hoidon onnistumisen edellytyksenä. Tärkeä osa hoitoa on asiakkaan lähiverkoston osallistuminen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin koko hoidon ajan. (Hätönen 2005, 11).

Leimautumisen pelko voi estää ihmisiä hakeutumasta hoidon piiriin mielenterveyden järjkyessä. Negatiivisia asenteita mielenterveyden häiriöitä ja niitä sairastavia kohtaan on vieläkin valitettavan usein terveydenhuollossa työskentelevillä. Tällaisesta asenteesta seuraa eettisiä ongelmia, koska seurauksena mieleltään sairastuneet saattavat

saada muita asiakkaita huonompaa hoitoa palvelujärjestelmässä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 261.)

3.4 Laatu mielenterveystyössä

Laatu on yksi asiakastyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä, tyytyväisyys on laatua laajempi käsite. Asiakastyytyväisyyden mittaaminen on tärkeä hoitotyön laatua mittaava tekijä. (Varis 2005, 10.) Kujalan (2003, 27) mukaan laatu tarkoittaa palvelun kykyä täyttää asiakkaan tarpeet mahdollisimman pienin kustannuksin tuotettuna. Hoitotyössä keskeinen asia on hoidon laatu ja sen mittaaminen (Fröjd ym. 2003, 6). Laatu on käsitteenä monivivahteinen, monimutkainen ja laaja. Laatu-käsitteen sisältö riippuu sen määrittelijän kokemuksista, arvoista, tiedoista, taidoista, tarpeista, odotuksista ja näkökulmasta. (Kääriäinen 2007, 29–30.) Lumijärvi ja Jylhäsaari (2000, 50) määrittelevät laadun yleisesti sopivaksi palveluksi, asiakkaan odotuksiin ja tarpeisiin kelvolliseksi, virheettömäksi, hyväksyttäväksi palveluksi. Kvist (2004, 23) toteaa, että hoidon laatua ei määrittele yksi ainoa kriteeri, vaan se muodostuu useista muuttujista. Sairaan (2000, 1) mukaan korkealaatuinen hoito ei voi olla mahdollista, jos asiakas ei ole tyytyväinen.

Terveyspalvelun hyvä laatu muodostuu, kun hoidon sisältö on hyvä, palvelun tarjoaja tunnistaa asiakkaalla olevat ongelmat ja niihin liittyvät tavoitteet sekä kun tieteellistä tietoa ja perusteltuja menetelmiä käytetään tarkoituksenmukaisesti. Yksi yhteenveto laadusta on hoidon vaikuttavuus ja saatavuus sekä yksilön että yhteisön näkökulmasta. Yksilön tulee saada hoitoa silloin kun hän sitä tarvitsee ja hoidon on oltava kliinisesti sekä yksilön näkökulmasta vaikuttavaa. (Kujala 2003, 28.) Hoitotyössä vaikuttavuus tarkoittaa muutosta henkilön terveydentilassa tai elämänlaadussa, joka on saatu aikaan hoidolla (Blom ym. 2007, 4). Laatu on usein keskeinen edellytys hyvän vaikutuksen aikaansaamiselle, mutta laadun ja vaikutuksen suhde ei ole itsestäänselvyys. Laadukas palvelutilanne ei välttämättä ole tavoitellun kaltainen asiakkaan kannalta. Usein arvioidaan asetettuja tavoitteita, mutta toinen tapa on arvioida vaikutuksia suhteutettuna asiakkaiden tarpeentyydytykseen. (Kujala 2003, 71.)

Töyryn (2001, 20) mukaan ihmisten mielipiteet laadusta liittyvät normeihin, arvoihin ja odotuksiin. Laatuun liittyviin mielipiteisiin vaikuttavat myös traditiot, kulttuuri ja tilanne, jossa palvelu tuotetaan. Joentakasen (2009, 24) mukaan laatu on asiakkaalle

tietoisuutta hoidosta, sen tavoitteista ja keinoista, joilla mielenterveysongelmaan etsitään helpotusta ja ratkaisua.

Töyryn (2001, 16, 32–46) mukaan hoidon hyvä laatu merkitsee asiakkaille inhimillistä kohtaamista, kohtelua ja hyvää vuorovaikutusta sekä inhimillisten tarpeiden täyttymistä. Työntekijän ammattitaitoinen työskentely on yksi laatutekijä. Asiakkaiden arviot hoidosta määrittyvät pääosin heidän hoitokokemuksiensa perusteella. Hoitokokemukseen vaikuttavat eri ammattiryhmien antama kohtelu ja hoito. Asiakkaan kokonaisnäkemykseen hoidosta saattaa vaikuttaa pienikin kielteinen kokemus millä tahansa hoidon osa-alueella. Hoidossa tärkeitä asioita ovat fyysinen ympäristö ja hoitajien ammattitaito. Koskisuun (2004, 218–220) mukaan työntekijän ammatillinen pätevyys koostuu tiedoista, taidoista, asenteista ja arvoista. Nämä ammattitaidon osa-alueet hankitaan opiskelemalla, harjoittelemalla ja käytännön työssä.

Laadun käsite sosiaali- ja terveydenhuollossa määritellään eri tavoin riippuen siitä, onko määrittelijänä asiakas, omainen, työntekijä vai yhteiskunta. Laatua voidaan tarkastella asiakkaan tarpeiden ja hoitajan voimavarojen vastaavuutena tai asiakkaiden tarpeiden ja organisaation tavoitteiden vastaavuutena. Laatu voidaan määritellä myös käytettävissä olevan tiedon ja teknologian soveltamiseksi asiakkaiden hoitoon. Kuluttajan tarpeiden täyttäminen palvelulla pienimmin mahdollisin kustannuksin, on myös laatua. (Muurinen 2003, 20.)

Terveyspalveluiden laatu voidaan jakaa kolmeen eri osaan; asiakaslaatuun, ammatilliseen laatuun ja johtamisen laatuun. Asiakaslaatu on palvelun kykyä täyttää asiakkaan tarpeet. Ammatillisella laadulla tarkoitetaan työntekijöiden näkökulmaa työntekijöiden kyvystä toteuttaa toimenpiteitä ja palvelun kyvystä vastata asiakkaiden tarpeisiin. Johtamisen laatu on ylempien tahojen asettamien rajojen mukaan järjestettyä, kaikkein tehokkainta ja tuottavinta resurssien käyttöä asiakkaiden tarpeisiin vastaten. (Muurinen 2003, 20.)

Muurisen (2003, 20–21) mukaan toivottu hoitotyön laatu voidaan määritellä hoitotyön laatuvaatimuksilla ja laatukriteereillä. Laatuvaatimus voidaan määritellä hoidon optimaaliseksi, saavutettavissa olevaksi tasoksi, johon toteutunutta hoitoa verrataan. Asiakkaan odotuksiin vastaaminen, henkilöstön hyvä käyttäytyminen, asiakkaan oireiden lieventäminen ja toimintakyvyn parantaminen ovat hoitotyön korkeaa laatua. Asiakas-

ta ja hänen omaisiaan kohdellaan kokonaisvaltaisesti. Töyryn (2001, 15) mukaan hoitoyhteisön laatuun vaikuttavat henkilökunnan asenteet, palvelualttius, asiakkaiden kohtelu, työyhteisön ilmapiiri, odotusajat, asiakkaan tiedonsaannin mahdollisuudet ja organisaation viestintä.

Töyryn (2001, 32) mukaan hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä ovat avun antaminen, avuliaisuus, auttaminen, asiakaspalvelu ja hoidon saatavuus sekä jatkuvuus. Asiakkaan turvallisuudesta huolehtiminen on tärkeä laadullinen tekijä. Hoidon laatuun vaikuttaa myös vuorovaikutus. Se voidaan määritellä ihmissuhteeksi, yleiseksi vuorovaikutukseksi, käyttäytymiseksi yleensä, kunnioittavaksi, ymmärrettäväksi, aktiiviseksi kuunteluksi tai yksilölliseksi vuorovaikutukseksi. Hoitotyöntekijöiden keskinäinen käyttäytyminen vaikuttaa myös asiakkaiden kokemukseen hoidon laadusta. Asiakkaan kokonaisuuden ja hänen ottamisensa vakavasti vaikuttavat hoidon laatuun. Sosiaalisten tarpeiden huomiointi vaikuttaa hoidon laatuun, esimerkiksi perheen osallistuminen hoitoon on tärkeää. (Töyry 2001, 32.) Perheet ovat melko vähän asiakkaiden mukana hoito- ja kuntoutusprosessissa, vaikka muutosta parempaan onkin tapahtunut. Kuntoutujien perhe ja läheiset tarvitsevat tukea, jotta he jaksaisivat asiakkaan rinnalla. Perheitä tuetaan esimerkiksi perhe- ja pariterapian avulla. (Koskisuus 2004, 179–180.)

Henkilökunnan työhyvinvointi vaikuttaa palvelun laatuun. Hyvinvoiva työntekijä ei ole ahdistunut, helposti ärsyntyvä, levoton tai kärsi keskittymisvaikeuksista. Esimerkiksi työnohjauksella henkilökunnalle tarjotaan tukea, jonka avulla he kokevat vähemmän stressiä ja voivat kehittää kliinistä osaamistaan sekä tietopohjaansa. Työnohjaus ylläpitää henkilökunnan kykyä tarjota laadukasta hoitoa. (Tiri 2005, 36.)

Hoitopalvelut joutuvat helposti kritiikin kohteeksi, koska niiden edellytyksenä on työntekijän inhimillinen pätevyys ja asiakkailla voi olla suuria luottamusvaatimuksia sekä ristiriitaisiakin odotuksia. Palveluihin kohdistuu myös taloudellisia ja aikataulullisia vaatimuksia. Laatuvaatimukset hoitoon liittyen ovat osittain samoja kuin palveluiden yleensä, mutta hoitopalveluita käyttävillä on myös erityisiä, persoonallisia odotuksia ja tarpeita. (Kujala 2003, 27.)

Kujalan (2003, 46–68) mukaan asiakkaan näkökulmasta hoitopalveluiden laatua arvioidessa hoitosuhteella on keskeinen merkitys. Toimintana hoitosuhde on vuorovaikutusta ja rakenteena sosiaalinen järjestelmä. Asiakkaat kokevat usein hoitosuhteessa

olevan liian vähän informaatiota hoidosta tai liian vähän aikaa. Mahdollisuus esittää oma mielipide, keskustelu ahdistuksesta ja peloista lisää asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoon. Asiakkaalla ei ole hoitosuhdetta hallinnon tai johtajien kanssa, vaan hoitoon tullessaan asiakkaalla on hoitosopimus työntekijän kanssa. Tästä näkökulmasta hoidon laatu liittyy hoitosuhteisiin ja ihmissuhteisiin, eikä ole suoraan organisaatioon liittyvä asia. Työntekijällä on oltava tietoa, taitoa ja oikea asenne. Kokon (2004, 87) mukaan hyvää hoitoa on myös työntekijöiden usko asiakkaiden paranemismahdollisuuksiin.

Mielenterveystyössä hoitosuhde on osa asiakkaan moniammatillista kokonaisuhoitoa. Onnistuneen hoidon edellytys on, että kaikilla hoitoon osallistuvilla on yhdenmukainen käsitys hoitamisesta. Moniammatillisella yhteistyöllä on hoitoa tehostava vaikutus ja se on ratkaisevaa hoidon onnistumisen kannalta. Hoitoon liittyviin ongelmiin löydetään paras mahdollinen ratkaisu moniammatillisella yhteistyöllä. (Martikainen 2010, 9-11.) Yhdistämällä eri ammattiryhmien osaamista saavutetaan paras mahdollinen hoitotulos. Koko tiedon määrää ei voi olettaa yhden ammattiryhmän hallitsevan. Edellytyksenä hyvälle hoidolle on avohoidon, sairaaloiden ja muiden tahojen toimiva yhteistyö. Palveluiden monipuolisuus ja työvoiman riittävyys ovat hoitotyön laadun kehittämässä tärkeitä tekijöitä. Moniammatillisuus on ajankohtaista ja edellytys laadukkaalle työskentelylle. Moniammatillinen työskentely parantaa asiakkaan saamaa hoitoa, mahdollistaa työntekijälle oppimisen ja kehittymisen sekä on työtä rikastuttavaa. (Lemström 2004, 1–3, 11).

Vuokila-Oikkosen ym. (1999) mukaan laadun mittaaminen psykiatrisessa hoitotyössä ei ole ongelmatonta, koska kvantitatiivisin mittarein ei ole helppo kuvata työn sisältöä ja tuloksia. Hoidon laatua psykiatriassa voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta kuten rakenteiden, prosessin ja tulosten näkökulmista. Kun tarkastellaan laatua rakenteiden näkökulmasta, painopiste on organisaation, voimavarojen ja toimintaolosuhteiden tutkimisessa. Tällöin tarkastellaan käytössä olevia henkilöstövoimavaroja, toimitiloja, työnjakoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä hoidettavana olevia asiakkaita. Prosessin laadunarviointi liittyy hoidon toteutustapaan ja prosessiin johon kuuluu hoidon tavoitteiden asettelu, hoidon toteutus ja arviointi. Psykiatrisessa hoidossa hoitoprosessin laadunarviointia on esimerkiksi yhteistyö asiakkaan sosiaalisen verkoston kanssa. Psykiatrisen hoidon laatua arvioitaessa asiakkaan anamneesin kattavuus voidaan ottaa yhdeksi laatuvaatimukseksi. Asiakkaan tilanteen mah-

dollisimman laaja tunteminen on hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitotoimenpiteiden suunnittelun kannalta tärkeää.

3.5 Ohjaus psykiatrisessa hoitotyössä

Ohjaus ja neuvonanto sisältyvät hyvään hoitoon (Kettunen ym. 2011, 17). Asiakkaan on tärkeä saada kirjallista ja suullista ohjausta sekä neuvontaa, hoitohenkilökunnalta ja lääkäreiltä. Asiakasta tuetaan hoitonsa suunnitteluun osallistumisessa, sairauteensa sopeutumisessa ja sairaudestaan selviytymisessä. (Kvist 2004, 30.) Asiakkaalle voidaan välittää tietoa monin eri tavoin, kuten henkilökohtaisten keskustelujen, ryhmien, kirjallisen materiaalin ja uuden teknologian avulla (Hätönen 2005, 19). Asiakkaalle on annettava riittävästi aikaa ja keskittynyttä huomiota. Hoitajan tulee olla välittämättä ympärillä olevasta paineesta. (Kettunen ym. 2011, 18.) Näyttöön perustuvan toiminnan mukaisesti on kansallisella tasolla valmisteilla hoitotyön suosituksia eri potilasryhmien ohjaukseen. Ohjauksen laadun systemaattinen kehittäminen ja määrittely ovat vielä vähäisiä, vaikka ohjauksen laadun tulee olla yhtä hyvää kuin minkä tahansa asiakkaan hoitoon kuuluvan osa-alueen. (Kääriäinen 2007, 20.) Kvistin (2004, 20) mukaan useissa tutkimuksissa asiakkaat arvioivat hoidon laadun hyväksi. Vuodeosastoilla, poliklinikoilla ja leikkausosastoilla hoidetut potilaat ovat olleet tyytymättömiä tiedon saantiin ja mahdollisuuksiinsa vaikuttaa omaan hoitoonsa. Myös kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu vastaavanlaisia tuloksia.

Kääriäinen (2007, 20) määrittelee ohjauksen laadun asianmukaisilla resursseilla, vuorovaikutteisesti ja asiakaslähtöisesti toteutetuksi sekä riittäväksi ja vaikuttavaksi. Ohjauksen laadun määrittelyyn vaikuttaa hoitohenkilöstön ja asiakkaiden näkökulmien huomioiminen. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaan taustan huomioimista ohjausta suunniteltaessa ja sitä toteutettaessa.

Ohjaus on käsitteenä kommunikaation ja ajattelun väline, ihmiset välittävät tietoa toisilleen ohjauksen avulla. Ohjaus liittyy aina asiakkaan tai hoitohenkilöstön mielessä olevaan tapahtumaan tai johonkin havaittavaan. Ohjauksessa painotetaan nykyisin jaettua asiantuntijuutta asiakkaan kanssa, henkilökohtaisten merkitysten löytämistä ja asiakkaan vastuuta toiminnastaan. Ohjaus voidaan määritellä muun muassa hoitotyön toiminnoksi, tiedon antamiseksi, hoitosuhteeseen liittyväksi vuorovaikutukseksi sekä valintojen tekemisessä auttamiseksi. (Kääriäinen 2007, 27–28.)

Ohjaus ei ole opetusta eikä terapiaa, vaan normaaleissa elämän tilanteissa ihmisen kohtaamien vaikeuksien selvittelyä. Ohjauksen voi määritellä myös konsultoinniksi, tuen antamiseksi, kasvamiseen ja muutokseen saattamiseksi, rinnalla kulkemiseksi ja itsenäisen päätöksenteon suuntaan saattamiseksi. (Peltoniemi 2007, 23). Kujalan (2003, 22) mukaan tutkimuksissa on selvinnyt, että merkittävin ongelmien aiheuttaja on vuorovaikutuksen laatu, vaikka asiakkailta olisi huomautettavaa teknisistä ratkaisuista, lääkärin päätöksistä, tiedonsaannista, itsemääräämisoikeudesta, lääkkeiden määräämisestä tai pakkohoidosta.

Variksen (2005, 24–25) mukaan useissa tutkimuksissa mielenterveysasiakkaat ja heidän omaisensa ovat olleet vähiten tyytyväisiä tiedon saantiin hoidosta, sairaudesta ja palveluista. Hoitoa ei määritelty asiakkaille, ja he kokivat kaipaavansa lisätietoa ja ohjausta myös lääkityksestä ja lääkityksen sivuvaikutuksista. Yksi tiedon saannin este voivat olla latinankieliset termit, joita asiakkaat eivät ymmärrä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (5/1992) määrittelee, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista, hoidon merkityksestä sekä kaikista muista seikoista, jotka ovat merkityksellisiä hänen hoitamisesta päätettäessä. Selvitystä ei anneta vastoin potilaan tahtoa tai kun on ilmeistä, että annetusta selvityksestä aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan terveydelle tai hengelle. Selvitys on annettava siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Töyryn (2001, 86) mukaan tiedon antaminen asiakkaalle vähentää epävarmuutta ja muunlaista epämiellyttävää oloa.

Latvalan (1998, 14) mukaan hoitotyön kehittämisessä keskeistä on hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden suhteen tasa-arvoisuus, autonomian kunnioittaminen ja ihmiskeskisyys. Tärkeää on, että asiakkailta on tietoa käytettävissään sairautensa hoitamiseen ja terveytensä ylläpitämiseen ja edistämiseen. Yksilön kunnioittaminen, arvostaminen ihmisenä ja aito kiinnostus asiakkaan elämään liittyviin asioihin on tärkeää. Kommunikaatiokykyyn voi vaikuttaa esimerkiksi skitsofreeninen häiriö. Sen vuoksi asiakkaalle on annettava sairauteen liittyvää tietoa muodossa, että hän voi sen ymmärtää.

Hoidossa on tärkeää huomioida asiakkaan tunne-elämä. Siihen kuuluvat huolenpito, asiallinen, ystävällinen ja kärsivällinen kohtelu, tiedon antaminen tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä, hoidon turvallisuus, tuen antaminen pelkoon ja pahaan oloon sekä pe-

lokkuuden vähentäminen tietoa antamalla. Asiakkaan tunne-elämä huomioitaessa, hoito on ihmisläheistä. (Kvist 2004, 30–31.) Asiakaslähtöinen ja yksilöllinen hoito voi rohkaista asiakasta ilmaisemaan itseään rehellisemmin, lisää luottamusta henkilökuntaa kohtaan ja hyvinvoinnin kokemusta. Asiakaslähtöinen toiminta lisää asiakastytyväisyyttä ja parantaa hoidon tuloksellisuutta. (Laitila 2010, 39.)

Asiakkaan osallistumista hoitoon mahdollistaa asiakkaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä hoitajan toiminnan asiakaslähtöisyys. Itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden toteutumisessa keskeistä on myös omaisten tuki. Asiakkaan elämäntilanteen huomioon ottaminen on tärkeää. (Latvala 1998, 27.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (6/1992) määritellään, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan kieltäytyessä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Kujalan (2003, 20–21) mukaan edellytys itsemääräämiselle on riittävä tiedonsaanti. Asiakkaalla on oikeus tiedon saamiseen kaikesta siitä, mikä vaikuttaa hänen hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Asiakasta on informoitava esimerkiksi hoitovaihtoehtoista, hoidon laajuudesta ja laadusta sekä mahdollisista riskeistä. Yhteisymmärrys hoidosta hoitavan asiantuntijan ja asiakkaan välillä kuuluu itsemääräämisoikeuteen. Tämä tarkoittaa hoitoon suostumista ja sitoutumista. Asiakas voi ilmaista itseään jo pelkästään hoitoon tulemalla tai kieltäytymällä jostakin osasta hoitoaan. Kun itsemääräämisoikeus toteutuu, ihminen tekee vapaasti päätöksiä ja valintoja liittyen itseensä, toimintaansa ja elämäänsä. Mielenterveyslaki (1116/1990) sallii tahdonvastaisen hoidon ja itsemääräämisoikeutta rajoitettaessa yksilön oikeuksista huolehtiminen on erityisen vaativaa ja tärkeää.

Hätösen (2005, 7) mukaan vahvistamalla asiakkaan itsemääräämisoikeutta tuetaan hänen kykyään selviytyä arjessa mahdollisimman itsenäisesti. Avohoidon lisääntyessä asiakkaan itsenäisen selviytymisen tukeminen on tärkeää. Voimien huonontuessa asiakas on kykenevä etsimään apua, kun hän on tietoinen sairaudesta, sen oireista ja avunsaantimahdollisuuksista. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden (Sairaanhoidajaliitto 1996) mukaan sairaanhoidajan tulee kunnioittaa itsemääräämisoikeutta ja järjestää asiakkaalle mahdollisuuksia hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon osallistumiseen. Hoitosuhteen tulee perustua keskinäiseen luottamukseen ja avoimeen vuorovaikutukseen.

Oikeus tietosuojaan sisältyy asiakkaan itsemääräämisoikeuteen. Luottamushoitosuhteessa on asiakkaan näkökulmista yksi hoidon laadun tärkeimmistä tekijöistä ja tietosuojan tarkoitus on huolehtia luottamuksesta. Asiakasta hoitavassa työyksikössä työskentelevä henkilö ei saa luovuttaa potilasasiakirjoihin kuuluvia tietoja kenellekään sivulliselle ilman asiakkaan kirjallista suostumusta. (Kujala 2003, 21.) Henkilön itsemääräämisoikeuteen kuuluu tasavertaisuus hoitosuhteessa ja vuorovaikutuksessa, asiakkaan ja häntä hoitavan henkilön välillä. Vuorovaikutuksen tasavertaisuus voidaan nähdä yhteistyösuhteen keskinäisenä sitoutumisena, luottamuksena ja avoimena kommunikaationa, jossa kumpikaan ei hallitse tai alistu. (Kujala 2003, 40.)

3.6 Psykiatrinen avohoito

Stakesin (2002, 7–8) sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjastossa avohoito- ja avopalvelu-käsitteet tarkoittavat samaa. Avopalvelu on määritelty palveluksi, jonka antamiseen ei liity yhtäjaksoista, ympärivuorokautista palveluvastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä. Avopalveluihin kuuluvat toimintayksiköissä annettavat palvelut, kuten vastaanotto- ja poliklinikkapalvelut sekä toimintayksiköiden ulkopuolella tapahtuvat palvelut, esimerkiksi kotipalvelu. Saukkosen (2008, 14) mukaan avohoitokäynnillä tarkoitetaan asiakkaan käyntiä sairaalan poliklinikalla tai poliklinikkakäyntiä vuodeosastolla, kliinisellä vastaanotolla tai muussa avohoidon yksikössä. Sairaanhoidopiirin terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluvan käymisen sairaalan ulkopuolella asiakkaan luona luetaan myös avohoitokäynniksi. Julkisessa terveydenhuollossa erikoissairaanhoidon psykiatrisen erikoisalalan käyntejä vuonna 2009 oli 1,5 miljoonaa ja psykiatrisen avohoidon palveluita käytti yhteensä 142 141 asiakasta (Erikoissairaanhoidon avohoito 2009).

Avohoito on hoidon toteuttamisympäristö sekä toteuttamistapa. Tuloksellisuuden seuranta ja hyvät työolosuhteet, joissa hoitoa toteutetaan parhaan tietämyksen mukaisesti, ovat edellytyksiä hyvälle avohoidolle. Suomen Psykiatriyhdistys on ehdottanut avohoitajärjestelmän keskeiseksi tehtäväksi psykoosien varhaisen toteamisen. Psykoosin jatkuminen hoitamattomana kauemmin ennustaa sairaalahoitoa. Tavoitteena hyvänä avohoidolle voisi olla mahdollisimman lyhyt hoitoviive. Psykiatristen hoitolaitosten sulkeminen on lisännyt mielenterveysasiakkaiden näkyvyyttä ja herkistänyt väestöä asiakkaiden hoidon tarpeille. (Korkeila 2009, 1–9.) Mielenterveyspalveluiden toteu-

tus erikoissairaanhoidossa alkaa hoidon tarpeen arvioinnilla, joka tulee tehdä kolmen viikon sisällä lähetteen saapumisesta. Hoidon tarpeen arvioimisen jälkeen tulee hoito toteuttaa viimeistään kuuden kuukauden kuluessa. Jos asiakas tarvitsee kiireellistä mielenterveyspalvelua, on hänen päästävä hoidon piiriin välittömästi. (Kettunen ym. 2011, 10.)

Joentakanen (2009, 21–23) toteaa, että sairaalaympäristö voi lisätä turvattomuuden tunnetta sairaalahoidossa olevilla potilailla, jotka ovat jo valmiiksi sairautensa vuoksi pelokkaita. Kotona asiakkaiden ei tarvitse vielä asettua potilaan rooliin ja he ovat luontevammin omana itsenään. Kotiympäristö haastaa hoitajia avoimempaan vuoro-vaikutukseen. Työntekijöiden hyväksymistä kotiin ja ensimmäistä kotikäyntiä voi pitää merkinä yhteistyön alkamisesta. Asiakkaan kotiympäristön näkeminen auttaa hoitajia tilanteen kokonaisuuden hahmottamisessa. Asiakkaan elämän todellisuus avartuu eri tavalla kuin henkilön kertomana. Etuna kotikäynnissä on, että asiakas pysyy keskittymään asioista puhumiseen, eikä hänen tarvitse kuluttaa energiaansa uuden ympäristön tarkkailuun.

Henkilökunta on hoitoyksikön tärkein voimavara. Asiakkaan hoidon laatuun vaikuttaa jokaisen työntekijän toiminta. Asiakkaan turvallisuuden ja luottamuksen tunteeseen vaikuttaa toimiva yhteistyö hoitoon osallistuvien, varsinkin hoitajien ja lääkäreiden, välillä. Toimiva työyhteisö edellyttää ammattitaitoista, yhteistyötaitoista, motivoitunutta, tilanteet huomioivaa ja joustavaa henkilökuntaa. (Kvist 2004, 31.) Palveluiden saatavuus on yksi tärkeä laatutekijä, kuinka hyvin tarjotut palvelut vastaavat väestön kysyntää, tarpeita ja odotuksia. Palvelupisteisiin tulisi saada yhteys ongelmitta. Odotusajat eivät saa olla pitkiä, aukioloaikojen tulee olla sopivat ja palvelu tulee olla saatavissa puhelimitse. (Kujala 2003, 26.)

Kvistin (2004, 31) mukaan hoitotyöhön ja sen palveluihin vaikuttavat yhteiskunnan, hoitotieteen ja lääketieteen sekä työntekijöiden arvot, perinteet ja asenteet. Organisaation arvot näkyvät ja vaikuttavat päivittäisessä toiminnassa. Asiakkaiden kokemuksiin saamastaan hoidosta vaikuttavat koko ajan organisaation arvot. Syrjäpalon (2006, 112) mukaan tärkeimpiä arvoja hoidossa työntekijöiden ja asiakkaiden mukaan ovat ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen. Asiakkaat arvostavat hoidollisia asioita, joiden avulla mahdollisimman itsenäinen elämä mahdollistuu. Keskeistä on asiakkaan arvo ihmisenä sairaudesta huolimatta. Töyry (2001, 15) toteaa, että hoitotieteen tutkimusten

ja teorioiden mukaan ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen ovat pysyviä hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä. Hoidon ja hoitotyön lähtökohta on asiakkaista huolehtiminen.

Avohoito on lisääntynyt ja laitushoito vähentynyt 2000-luvun aikana. Avohoitokäyntien määrä on lisääntynyt 17 % vuodesta 2006 ja 150 000 asiakasta käytti avohoidon palveluita vuonna 2010. Avohoitokäyntejä oli yhteensä yli 1,6 miljoonaa. Miehiä ja naisia oli asiakkaina yhtä paljon, ikäryhmittäin sukupuolijakauma kuitenkin vaihtelee. Lapsista ja työikäisistä suurempi osa on miehiä ja poikia, kun taas 15–25-vuotiaissa sekä vanhemmissa ikäryhmissä on naisia enemmän. (Rautiainen & Pelanteri 2012, 1.)

4 POLIKLINIKOIDEN ASIAKKAIDEN YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSONGELMAT

Mielenterveyshäiriöiden vakavuus vaihtelee, ja ne ovat luonteeltaan erilaisia. Lieviä häiriöitä ovat esimerkiksi ahdistustilat ja pelot, jolloin ulkopuoliset eivät välttämättä ole tietoisia niiden aiheuttamista ongelmista. Vakaviin mielenterveyshäiriöihin kuuluu esimerkiksi skitsofrenia, joka on yksi esimerkki psykooseista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 260.) Seuraavaksi esittelemme poliklinikoiden asiakkailta yleisimmin esiintyviä sairauksia, joita ovat masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia ja ahdistuneisuushäiriöt. Esittelemme myös muistisairauksia, joita psykogeriatrian poliklinikan asiakkailta usein esiintyy.

4.1 Masennus

Masennuksesta on tullut työikäisten ennen aikaiselle eläkkeelle joutumisen yleisin yksittäinen syy (Muurinen ym. 2010, 89). Depressio onkin yksi suurimpia kansanterveysongelmia. Vuoden aikana masennustilasta kärsii ainakin 5 % aikuisista. Naisista 20 % käy läpi depression ja miehistä yli 10 %. Masennuksen oireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys ja väsymysoireet. Hoitoa suunniteltaessa on tärkeää huomioida aiemmat sairausjaksot ja masennustilan ajankohtainen vaikeus. Yli puolessa tapauksista masennusjakso uusiutuu myöhemmin. (Lönnqvist ym. 2011, 154.)

Psykoottinen masennus on yleensä kaikista vaikein masennustila. Vaikea-asteisten masennusoireiden lisäksi potilaalla on psykoottista oirehdintaa. Lääkehoitona on anti-psykoottisten ja depressiolääkkeiden yhdistelmä. Tehokkainta psykoottisten masennustilojen hoidossa on ECT-hoito eli sähköhoito. Somaattiseen oireyhtymään eli melankoliseen depression liittyy vaikea-asteista masennusta ja psykoottisuutta. Tyypillisiä oireita on aamuyön unettomuus, masentuneen mielialan vaikeusasteen vaihtelu vuorokauden ajan mukaan, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, ruokahalun menetys ja laihduminen, seksuaalisen vietin lasku sekä voimakkaat syyllisyydentunteet. Biologiset hoitomuodot ovat keskeisiä. Epätyypillisen masennustilan oireita ovat liikaunisuus, lisääntynyt ruokahalu ja lihominen. Lääkehoidossa käytetään MAO-estäjiä ja serotoniinin takaisinoton estäjiä. Psykoterapeuttinen hoito on myös soveltuva epätyypillisestä masennustilasta kärsivälle. (Lönnqvist ym. 2011, 157.)

Masennustilat on tärkeää erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, koska kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito eroaa merkittävästi tavanomaisesta masennustilan hoidosta. On myös tärkeää selvittää, ettei masennus johdu jostakin somaattisesta sairaudesta kuten aivoinfarktista, hypo- tai hypertyreosista. Parkinsonin tauti ja sepelvaltimotauti voivat myös aiheuttaa masennusta. On myös suljettava pois lääkehoidon tai päihteiden käytön aiheuttamat masennustilat. (Lönnqvist ym. 2011, 158–159.)

Masennukseen kuuluu paljon sille tyypillisiä oireita. Potilas on alavireinen ja masentunut. Potilaalla ei ole kykyä saada tyydytystä tai kokea mielihyvää. Tätä oireilua ilmenee päivittäin ja suurimman osan ajasta. Potilaalla on uupumusta, joka voimistuu pienenkin ponnistelun jälkeen. Potilas menettää itseluottamuksensa, ja hänellä on perusteettomia syyllisyyden tunteita. (Lönnqvist ym. 2011, 155–156.) Masennustiloihin liittyy huomattavasti suurentunut itsemurhan riski. Muuhun väestöön verrattuna itsemurhan riski masennuspotilaille on 20-kertainen. Itsemurhakuolleisuutta pystytään alentamaan asianmukaisella hoidolla. Itsemurhan vaara kasvaa masennuksen keston ja vaikeusasteen mukaan. (Lönnqvist ym. 2011, 177–178.) Masennukseen liittyviä itsemurhia on vuosittain noin 600–700 ja itsemurhayrityksiä on vähintään kymmenkertainen määrä (Lönnqvist ym. 2011, 154). Masennukseen liittyy myös psykomotorista kiihtyneisyyttä tai hidastuneisuutta, joka on silmännähtävää hitautta tai motorista levottomuutta. Keskittymiskyvyttömyyden tunne ja päättämättömyys ovat myös keskeisiä masennuksen oireita. Potilaalla on unihäiriöitä ja muutoksia ruokahalussa sekä painossa. Masennustilan diagnoosi edellyttää neljää edellä mainittua oiretta yhtä ai-

kaa, ainakin kahden viikon ajan. Lisäksi potilaalla on oltava uupumusta, masentunutta mielialaa ja mielihyvän menetystä masennusdiagnoosin tekemiseksi. (Lönqvist ym. 2011, 156.)

Lönqvistin ym. (2011, 176) mukaan masennus alkaa yleensä ensioireilla, jotka kestävät muutaman viikon tai kuukauden ajan. Tyypillisiä ensioireita on masentunut mieliala, mielihyvän menetys, väsymys ja ahdistuneisuus. Toistuvista masennustiloista kärsivät ihmiset tunnistavat ensioireet ja hakeutuvat hoitoon ennen varsinaisen masennustilan kehittymistä. Masennustilojen keskimääräinen kesto on 5–6 kuukautta. Alle 10 % masennustiloista kärsivillä on kroonisia masennustiloja, jotka voivat kestää jopa vuosien ajan. Masennustilan remissiovaihe eli toipumisvaihe alkaa, kun oirekriteerit eivät enää täyty. Remissio on täydellinen, kun kaikki oireet ovat hävinneet. Masennustilan jälkeen saattaa kuitenkin esiintyä jälkioireita, jotka heikentävät toimintakykyä ja hidastavat paluuta työelämään masennusjakson jälkeen.

Masennustilan uusiutumisen riski on sitä suurempi mitä vaikeampi masennus on. Uusiutumisen todennäköisyyttä lisäävät myös muut samanaikaiset mielenterveyden häiriöt. Yhden elämänaikaisen masennusjakson jälkeen uusiutumisriski on 50 %. Osalla potilaista saattaa elämänsä aikana olla kymmeniä depressiojaksoja. (Lönqvist ym. 2011, 177.)

Depression hoito voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen. Akuuttivaiheen tavoitteena on mahdollisimman nopea ja täydellinen toipuminen. Jatkohoitovaihe kestää noin puoli vuotta ja alkaa oireiden loputtua. Jatkovaiheessa tavoitteena on sairauden uusiutumisen ehkäiseminen. Ylläpitovaiheessa tuetaan potilaan hoitomyönteisyyttä ja potilasta pyritään suojaamaan sairauden myöhemmältä uudelleen puhkeamiselta. (Lönqvist ym. 2011, 181.)

Masennustilan hoidossa voidaan käyttää lääkkeellisiä, psykologisia ja potilaan ympäristöön vaikuttavia menetelmiä. Lääkkeitä käytetään keskivaikeissa ja vaikeissa tiloissa. Psykoterapeuttisia hoitomuotoja käytetään lievien ja keskivaikeiden masennustilojen hoidossa ja rinnalla voidaan käyttää lääkehoitoa. (Lönqvist ym. 2011, 180.)

ECT-hoito eli sähköhoito on keskeinen, kun potilaalla on vaikea psykoottinen tai melankolinen depressio ja niihin liittyvä lääkeresistenssi tai itsemurhavaara. Sähköhoitoa

annetaan tavallisesti 6–12 hoitokerran sarjana. Sähköhoito on turvallinen, mutta siihen liittyy kognitiivisia sivuvaikutuksia ja sen vaikutus hiipuu muutamassa kuukaudessa. Transkraniaalisessa magneettistimulaatiossa (TMS) aivokuorta stimuloidaan kallon luiden läpi magneettikentällä. Hoitokertoja on tavallisesti useana päivänä viikossa, muutaman viikon ajan. (Lönqvist ym. 2011, 190.)

4.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa yleensä nuoruusiässä tai nuorella aikuisiällä. Siihen kuuluu maanisia, depressiivisiä ja sekamuotoisia sairausjaksoja. Kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä on kaksi päämuotoa. Maaniset, hypomaaniset ja masennusjaksot kuuluvat tyyppiin I. Tyyppiin II kuuluu hypomanioita ja masennusjaksoja, mutta siinä ei ole maanisia jaksoja. Sairausjaksojen välillä potilas saattaa olla oireeton tai oireita on vain vähän. (Lönqvist ym. 2011, 194.)

Lönqvistin ym. (2007, 197–199) mukaan hypomaniassa on lievä, mutta selvästi havaittava mielialan nousu, jolloin potilas on tarmokas ja toimelias. Hypomaaninen mieliala on selvästi kohonnut ja potilas on suhteettoman hyväntuulinen. Hyväntuulisuus saattaa jatkua usean vuorokauden ajan. Potilaan mieliala saattaa olla myös vaihtelevasti ärtynyt, varsinkin jos hän kohtaa rajoituksia tai esteitä. Potilaalla on unihäiriöitä ja unen tarve on vähentynyt. Hän on puhelias, tuttavallinen ja seurallinen. Potilaan on vaikea keskittyä yhteen asiaan ja hän on fyysisesti rauhaton. Myös lievä rahojen tuhailu ja seksuaalisen halukkuuden kasvu liittyvät hypomaaniseen oirehdintaan.

Maniassa on samoja oireita kuin hypomaniassa, mutta maniassa ne ovat voimakkaampia ja aiheuttavat toimintakyvyn heikkenemistä sekä merkittävää sosiaalista haittaa. Hypomaanisten oireiden lisäksi potilaalla voi olla kohonnut itsetunto tai suuruusharhoja, jotka ohjaavat hänen toimiaan. Potilas saattaa käyttäytyä uhkarohkeasti tai vastuuttomasti. Psykoottiseen maniaan liittyy erilaisia deluusioita ja hallusinaatioita. (Lönqvist ym. 2007, 199–201.)

Useimmilla kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla on elämänsä aikana lukuisia sairastumisjaksoja, joiden määrä voi vaihdella muutamasta jaksosta useisiin kymmeneen. Ensimmäisen ja toisen sairausjakson väli on usein 3–4 vuotta, jonka jälkeen sairausjaksot ilmenevät vuosittain. Ensimmäinen jakso on yleensä masennus. Sairauden

myöhemmässä vaiheessa sairausjaksojen välillä saattaa esiintyä jäännösoireita eli toimiminen on vain osittaista. (Lönnqvist ym. 2011, 205.) Potilaan hoitomyöntyvyys on kaikkein keskeisin tekijä pitkäaikaisennusteen kannalta (Lönnqvist ym. 2007, 219).

Tyypin I kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa yleensä 15–35 vuoden iässä. Potilaalla on usein lieviä ensioireita, kuten lieviä masennuksia ja hypomaanisia oireita jopa monta vuotta, ennen vakavampia jaksoja. Yli 90 % kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista on sairastunut ennen 35 vuoden ikää. Tyypissä I esiintyy ajoittain jopa kuukausia kestäviä mielialahäiriövaiheita, joiden välillä potilas saattaa olla täysin oireeton. (Lönnqvist ym. 2011, 205.)

Tyypin II kaksisuuntaisen mielialahäiriön kulku poikkeaa tyypin I kulusta. Sairaus alkaa hieman tyypin I häiriötä myöhemmin. Hypomaaniset jaksot kestävät selvästi lyhyemmän aikaa kuin maaniset jaksot ja ne ovat yleensä vain muutaman vuorokauden pituisia. Sairauden kulussa vallitsevat depressiojaksot ja niiden jälkioireet, jotka laskevat toimintakykyä ja aiheuttavat itsetuho-riskiä. (Lönnqvist ym. 2011, 205.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon, mikä sairaudenvaihe on meneillään. Ylläpitohoito aloitetaan, kun potilaalla on esiintynyt kaksi tai useampia sairausjaksoja. Lääkityksenä käytetään mielialaa tasaavia lääkkeitä jotka ovat tehokkaita maniassa, depressiossa ja uusien sairausjaksojen ehkäisyssä. (Lönnqvist ym. 2007, 211.) Psykososiaaliset hoitomuodot ovat keskeinen osa hoitoa. Yksilöterapiatan tavoitteena on potilaan sopeutuminen sairauteen ja sairauden parempi tunteminen. Pari- ja perheterapia pyrkii tukemaan perhettä ja jälleenrakentaa toimivia ihmissuhteita. (Lönnqvist ym. 2007, 211–219.)

4.3 Skitsofrenia

Skitsofrenia on psykoosisairaus, joka alkaa yleensä nuorella aikuisiällä. Siihen sairastuu yksi prosentti suomalaisista. Skitsofrenian puhkeamiseen vaikuttavat perimä ja ympäristötekijät. Lapsuus ja nuoruusiässä erilaiset ympäristötekijät voivat pahentaa aivojen kehityksen häiriötä, joka alkaa jo sikiökehityksen aikana. Sairauden kulku on yksilöllistä ja se riippuu sairauden luonteesta, kognitiivisista oireista, hoidosta, hoitomotivaatiosta sekä läheisten tuesta. Skitsofrenialle tyypillisiä ovat toistuvat psy-

koosijaksot. Muutaman vuoden kuluttua sairastumisesta skitsofrenia yleensä lievittyy ja toimintatason lasku pysähtyy. (Lönnqvist ym. 2001, 70.)

Paranoidiseen skitsofreniaan sairastutaan yleensä vasta aikuisiässä ja potilaan toimintakyky säilyy yleensä paremmin, kuin muissa skitsofrenian alatyypeissä. Tälle alatyypille on tyypillistä ajatusten keskittyminen yhteen tai useampaan harhaluuloon ja kuuloharhat, joita esiintyy usein. Muita skitsofrenian oireita esiintyy vähän. (Lönnqvist ym. 2001, 73.) Hajanaisessa eli hebefreenisessä skitsofreniassa sairastumisikä on alhaisempi ja ennuste on selvästi huonompi kuin muissa skitsofrenian alatyypeissä. Tälle alatyypille ominaista on epäasianmukaisuus, affektien latistuminen ja korostunut puheen sekä käyttäytymisen hajanaisuus. (Lönnqvist ym. 2001, 73.)

Katatoninen skitsofrenian muoto on harvinainen. Sen oireisiin kuuluu katalepsia eli eri asentojen säilyttäminen pitkään ja stupor eli äärimmäisen vähäinen liikkumattomuus, jossa potilas ei reagoi ulkoisiin ärsykkeisiin. Lisäksi oireisiin kuuluu motorinen kiihtymys, oudot ruumiin asennot, oudot ilmeet ja kaikupuhe. Stuporin tai katatonian valitessa potilas tarvitsee lääketieteellistä hoitoa ja seurantaa nälkiintymisen ja kuivumisen sekä uupumisen estämiseksi. Suurin osa skitsofreniapotilaista sairastaa jäsentymättömyyttä skitsofreniaa. Kun mikään muu skitsofrenian alatyypeistä ei ole taudinkuvaan sopiva, mutta kuitenkin potilaalla on skitsofrenian tyypioireita, puhutaan jäsentymättömästä skitsofreniasta. (Lönnqvist ym. 2001, 73.)

Skitsofrenialle tunnusomaisia oireita ovat havaintokykyyn, ajatustoimintaan, käyttäytymiseen ja tunne-elämän häiriintymiseen liittyvät oireet. Sairastuneella on usein ongelmia ihmissuhteissa, työssä, opinnoissa tai itsestään huolehtimisessa. (Lönnqvist ym. 2001, 82.) Skitsofreniaan kuuluu ajattelun ja havaitsemisen vääristymät sekä tunteiden latistuminen. Tyypillisiä skitsofrenian oireita ovat ajatusten ääneen kaikuminen, ajatusten siirto ja riisto. Ääniharhat, jotka tulevat henkilön jostakin ruumiinosasta, kontrolloimis-, passiivisuusharhat ja harhaluulot ovat tyypillisiä skitsofrenian oireita. Näitä oireita kutsutaan Schneiderin first rank -oireiksi. Skitsofrenia diagnoosin tekemiseen riittää yhdenkin edellä mainitun oireen esiintyminen kuukauden ajan. (Lönnqvist ym. 2001, 71–72.)

Skitsofrenian oireet on jaettu positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiiviset oireet liittyvät normaalien psyykkisten toimintojen häiriintymiseen ja tällaisia oireita ovat

aistiharhat sekä harhaluulot. Negatiiviset oireet ovat normaalien psyykkisten toimintojen heikentymistä tai puuttumista, joita ovat puheen köyhtyminen, tahdottomuus, kyvyttömyyttä tuntea mielihyvää ja tunneilmaisun latistuminen. Kolmas oireiryhmä on hajanaiset oireet, joita ovat hajanainen puhe ja käytös sekä epäsopiva tunneilmaisuus. Skitsofrenia voi ilmetä sairausjaksona, josta parantuminen tapahtuu kokonaan tai osittain. (Lönnqvist ym. 2001, 74–75.) Skitsofrenian oireet lievittyvät yleensä 40–55 vuoden iässä, jolloin toimintakyky ja elämänlaatu paranevat (Lönnqvist ym. 2001, 82).

Pääosalla skitsofreniaan sairastuneesta on ennakko-oireita. Sairauden alussa, ennen psykoottisia oireita, on usein masentuneisuutta ja negatiivisia oireita. Ennakko-oireisiin kuuluu myös unihäiriöitä, ahdistuneisuutta, eristäytymistä, keskittymis- ja huomiokyvyn heikkenemistä sekä käytöshäiriöitä. Oireita voi olla jo vuosia ennen psykoosioireiden alkamista. Pakkoajatukset, kielen ymmärtämisen häiriöt, kuvitelmiin ja havaintojen toisistaan erottamisen vaikeudet sekä oman ruumiin havainnoinnin vaikeudet, ovat sairastumista paremmin ennakoivia oireita. (Lönnqvist ym. 2001, 78.)

Kolmasosa skitsofreniapotilaista on oireettomia tai vähäoireisia. Suuri osa skitsofreniasta sairastavista tarvitsee ajoittaista sairaalahoitoa ja 80–90 % on työkyvyttömyyseläkkeellä. Täydellinen oireettomuus ja palautuminen normaalille toiminnan tasolle on mahdollista, mutta harvinaista. Suomessa skitsofreniaa sairastavilla on 15–20 vuotta lyhyempi eliniän ennuste kuin muulla väestöllä. (Lönnqvist ym. 2001, 83.)

Skitsofrenian hoito on pitkäaikaista. Skitsofrenian hoidossa on keskeisintä lääkkeellisten, psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoitojen yhdistäminen. Sairauteen ei ole olemassa parantavaa hoitoa. Oireita pyritään lievittämään ja tavoitteena on estää psykoosijaksojen uusiutuminen tai niiden määrän vähentäminen. (Lönnqvist ym. 2001, 102–103.) Psykoosilääkehoito on olennainen osa skitsofreniapotilaan lääkehoitoa, koska se vähentää akuutin psykoosin oireita ja uusia sairausjaksoja. Lääkehoito tarvitsee kuitenkin rinnalleen aina kuntouttavia toimenpiteitä. (Lönnqvist ym. 2001, 107.) Kolmasosalla potilaista esiintyy lääkityksen laiminlyöntiä ja hoitomyöntyvyyden parantamiseksi täytyy hoitoon osallistuvien henkilöiden seurata mahdollisia lääkkeiden haittavaikutuksia. Skitsofreniapotilaan tilannetta tulee arvioida säännöllisesti vähintään kerran vuodessa hoito- ja kuntoutusmuotojen suhteen. (Lönnqvist ym. 2001, 106.) Kuntoutus voi olla korjaavaa, palauttavaa tai haittoja minimoivaa. Kuntoutus

tapahtuu ensisijaisesti avohoidossa ja on moniammatillista tiimityöskentelyä. (Lönnqvist ym. 2001, 122.)

4.4 Ahdistuneisuushäiriö

Veijolan (2007) mukaan ahdistuneisuushäiriöt ovat lieviä mielenterveyden häiriöitä. Keskeistä niissä on ahdistuneisuus, jännittyneisyys ja pelko, joiden yhteydessä esiintyy varsin yleisesti depressiota. Ahdistuneisuushäiriöihin liittyy yleisesti somaattisia oireita, joita ovat muun muassa hikoilu, sydämentykytys, huimaus, pahoinvointi, vatsaoireet, ahdistava tunne rinnassa ja vapina. Ahdistuneisuushäiriöt alkavat yleensä nuoruusiällä ja ne usein lievenevät vanhetessa. Stressi tai elämäntapahtumat, jotka koetaan turvallisuutta uhkaavina voivat altistaa ahdistuneisuushäiriöille. Somaattiset sairaudet, kuten hypertyreoosi, Cushingin oireyhtymä, karsinoidioireyhtymä ja sydän- ja verisuonisairaudet saattavat altistaa ahdistuneisuushäiriölle. Yleisimmät ahdistuneisuushäiriöt ovat sosiaalisten tilanteiden pelko, paniikkihäiriö, julkisten paikkojen pelko ja yleistynyt ahdistuneisuus.

Sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsiville tuovat sosiaaliset tilanteet voimakasta ahdistuneisuutta. Potilaalla esiintyy erilaisia somaattisia oireita, kuten sydämentykytystä, punastumista, vapinaa, hikoilua, lihasjännitystä, erilaisia vatsatuntemuksia, suun kuivumista ja puheen lamaantumista. Potilas välttää ahdistuneisuutta aiheuttavia tilanteita. Sosiaalisten tilanteiden pelko alkaa yleensä nuoruusiällä, ja se on yhtä yleistä miehillä sekä naisilla. Nuoruusiällä alkava sosiaalisten tilanteiden pelko saattaa johtaa persoonallisuuden kehittymisen estyneeksi persoonallisuudeksi. Sosiaalisten tilanteiden pelkoa hoidetaan kognitiivis-behavioraalisella terapialla ja masennuslääkityksellä. (Veijola 2007.)

Paniikkihäiriöstä kärsiville ennalta arvaamattomat tilanteet aiheuttavat paniikkikohtauksen, joka on potilaalle pelottava ja epämiellyttävä kokemus. Ensimmäisen paniikkikohtauksen jälkeen potilas pelkää uusien kohtausten syntymistä, minkä vuoksi hän välttelee julkisia paikkoja. Paniikkikohtaus kestää muutaman minuutin ja siihen liittyy muun muassa sydämentykytystä, hikoilua, vapinaa, hengitysvaikeuksia, tukehtumisen tunnetta, rintakipuja ja pahoinvointia. Potilaalla on myös psyykkisiä oireita, kuten pelkoa itsehallinnan menettämisestä tai sekoamisesta ja kuoleman pelkoa. Potilas saattaa tulkita ruumiilliset oireet vakavammiksi kuin ne ovat. Paniikkihäiriön hoidossa on

saavutettu myönteisiä tuloksia kognitiivis-behavioraalisella terapialla, jolla pyritään ehkäisemään paniikkikohtaukset siten, että potilas ei tulkitsisi tuntemuksiaan kohtauksen aikana katastrofaalisiksi. Lääkehoitona käytetään selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä. (Veijola 2007.)

Paniikkihäiriöstä kärsivällä potilaalla on usein myös julkisten paikkojen pelko. Julkisten paikkojen pelkoon liittyy ahdistuneisuutta paikoissa, joista poispääseminen on vaikeaa, mikäli ahdistusoireet alkaisivat. Julkiset kulkuneuvot, kauppojen jonot, ruuhka-aikaan kaupungilla liikkuminen, teatterit ja muut julkiset tilaisuudet, ovat paikkoja, joita julkisten paikkojen pelosta kärsivä ihminen välttää. Potilas ei pelkää sosiaalisia tilanteita, vaan ahdistusoireiden alkamista tilanteessa, jossa hän ei pääse pois nolauttamatta itseään. (Aalto ym. 2009.)

Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön liittyy päivittäinen huoli ja ahdistus. Potilas on levoton, ärtynyt, jännittynyt, väsynyt ja hänellä on keskittymisvaikeuksia. Potilaan on vaikeaa hallita huolestuneisuuttaan ja ahdistuneisuus on ylimitoitettua suhteessa huolen aiheisiin. Ahdistuneisuus haittaa merkittävästi potilaan elämää. (Aalto ym. 2009) Ahdistuneisuushäiriön hoidossa on käytetty erilaisia terapiamuotoja, kuten kognitiivista, psykodynaamista, ryhmäterapiaa ja interpersonaalista terapiaa. Terapian ohella oireiden lievittämiseksi voidaan käyttää masennuslääkitystä. Jos potilas hyötyy lääkityksestä, tulee sitä jatkaa oireiden helpottumisen jälkeen vielä noin 1–2 vuotta. (Veijola 2007.)

4.5 Muistisairaudet

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia ja muita toimintoja kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierto sairaudet, Lewyn kapale -tauti ja Parkinsonin tauti sekä otsa-ohimolohkorappeumat. (Muistisairaudet 2010.)

Alzheimerin tauti on etenevä muistisairaus, joka etenee vaiheittain ja jonka oireet aiheutuvat tiettyjen aivoalueiden vaurioista (Erkinjuntti ym. 2010, 16). Tyypillisesti ensimmäiset aivomuutokset ilmaantuvat ohimolohkon sisäosiin, jonka vuoksi oppimis- ja muistivaikeudet ovat taudin ensimmäisiä oireita. Taudin edetessä potilaan

omatoimisuus heikkenee ja potilaalle kehittyy käytösoireita kuten ärtyvyyttä, uni-valverytmin häiriöitä, masennusta ja harhaluuloja. Potilaalla saattaa esiintyä myös somaattisia oireita kuten hidasta, töpöttävää kävelyä ja laihtumista. Potilas eksyy helposti, kadottelee tavaroitaan ja hänellä voi olla vaikeuksia rahan käytössä sekä talouden hoitamisessa. Potilaan ja läheisten informointi taudin luonteesta ja ennusteesta on tärkeää, koska se auttaa tunnistamaan oheissairauksia, jotka pahentavat potilaan tilaa. Oheissairaudet saattavat aiheuttaa poikkeamia taudin luonnolliseen kulkuun. (Erkinjuntti ym. 2010, 124–130.)

Aivoverenkiertohäiriöön liittyy tiedonkäsittelytoimintojen heikkenemisen ja muistisairaouden riski (Erkinjuntti ym. 2010, 16). Aivoverenkiertohäiriöt ovat toiseksi yleisin yksittäinen dementiaan johtava syy. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneilla esiintyy dementiaa jopa 13–24 %. (Erkinjuntti ym. 2010, 225.)

Lewyn kappale -tauti alkaa hitaasti ja se on hieman yleisempi miehillä kuin naisilla. Taudin kesto on noin 8 vuotta. (Erkinjuntti ym. 2010, 18.) Lewyn kappale -taudin oireet voidaan jakaa kognitiivisiin oireisiin, parkinsonismiin ja psykoottisiin oireisiin. Kognitiivisia oireita ovat muistin heikkous, hahmotushäiriöt, kielelliset häiriöt ja kätevyuden heikkous. Sairauden edetessä muisti heikkenee vähitellen. Parkinsonismin oireita ovat lihasjäykkyys, kävelyvaikeudet ja lihasten vajaatoiminta. Hallusinaatiot ja harhaluulot ovat psykoosioireita, joita esiintyy Lewyn kappale -taudin yhteydessä. (Erkinjuntti ym. 2010, 159–160.) Lewyn kappale -tautiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta joillakin lääkkeillä voidaan lievittää käytösoireita ja parantaa tarkkaavuutta (Erkinjuntti ym. 2010, 164).

Parkinsonin tauti on keski-ikäisillä ja vanhuksilla esiintyvä sairaus, jonka syytä ei tunneta. Parkinsonin tauti alkaa hitaasti ja oireet pahenevat taudin myötä. Keskeisiä oireita ovat vapina, hidasliikkeisyys ja lihasjäykkyys. Aluksi oireet ovat toispuoleisia, mutta sairauden edetessä ne leviävät myös toiselle kehonpuoliskolle. Potilaalla saattaa esiintyä myös tasapainovaikeuksia, psyykkisiä ja kognitiivisia oireita sekä autonomisen hermoston toimintahäiriöitä. (Erkinjuntti ym. 2010, 173.) Parkinsonin taudin hoidossa voidaan käyttää lääkitystä, joka lievittää motorisia oireita. Kognitiivisiin oireisiin ja masennukseen näiden lääkkeiden vaikutus on kuitenkin vähäinen. (Erkinjuntti ym. 2010, 176.)

Erkinjuntin ym. (2010, 165–169) mukaan otsa-ohimolohkorappeuma on yleisnimitys ryhmälle oireyhtymiä, joille aivojen otsalohkojen toiminnan heikkeneminen ja siitä johtuva oireisto on ominaista. Otsa-ohimolohkorappeumaan liittyy kolme tyypillistä oirekuvaa, joita ovat frontotemporaalinen dementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia. Frontotemporaalisessa dementiaassa on keskeisenä piirteenä persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset. Potilas saattaa olla estoton, tahditon ja hänellä saattaa esiintyä aloitekyvyttömyyttä sekä apaattisuutta. Etenevässä sujumattomassa afasiassa puheessa on kieliopillisia virheitä ja puheen tuotto on työlästä. Potilas ei löydä sanoja ja hänellä on luku- sekä kirjoitusvaikeuksia. Muut kognitiiviset toiminnot säilyvät. Semanttista dementiaa sairastava kärsii sanojen merkityksen hämärtymisestä. Puheen tuotto on sujuvaa mutta potilaan on vaikeaa löytää sanoja. Potilas ei tunnista kasvoja eikä esineitä. Muisti säilyy suhteellisen hyvin semanttista dementiaa sairastavalla.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda asiakastyytyväisyyttä mittaava strukturoitu kyselylomake, jossa on myös yksi avoin kysymys. Asiakastyytyväisyyttä mittaamalla on mahdollista saada ajan tasalla olevaa tietoa, jolla voidaan tehostaa hoitoon liittyvää päätöksentekoa ja lisätä ymmärrystä. (Kääriäinen 2007, 21.) Varis (2005, 7) tuo esiin, että mielenterveysasiakkaat eivät psyykkisten ongelmiansa vuoksi välttämättä pysty ilmaisemaan tarpeitaan. Tämän vuoksi heidän antama palaute hoidosta sivuutetaan ehkä helpoimmin. Hoidosta on tärkeää saada tietoa juuri asiakkaiden omista näkökulmista. Palvelujen tarjoaja ja käyttäjä kokevat palvelut eri lailla, ja siksi molempien näkemykset ovat tärkeitä. (Varis 2005, 7.) Hyvän hoidon toteuttamisen edellytyksiin kuuluvat arviointi ja seurantajärjestelmien kehitys. Hoidon tuloksellisuuden seuraaminen olisi kuuluttava luontevaksi osaksi työtä. (Korkeila 2009, 6.)

Kyselylomakkeella etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Kuinka tyytyväisiä psykiatrisen avohoidon asiakkaat ovat saamaansa hoitoon?
2. Kuinka avopalveluiden asiakkaat kehittäisivät saamaansa hoitoa?

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa vain kyselylomake, ei vielä toteuttaa kyselytutkimusta. Kyselylomake jää toimeksiantajalle. Asiakastyytyväisyyskysely on tarkoi-

tettu psykiatristen avohoidon poliklinikoiden asiakkaille. Kohderyhmä tarkoittaa ryhmää, jolle kohdennetaan hankkeen varsinaiset hyödyt (Silfverberg 2012, 37). Opinnäytetyössä kohderyhmänä ovat avohoidon asiakkaat. Jokaisessa hankkeessa on määriteltävä myös välitön kohderyhmä. Välittömän kohderyhmän antamien palveluiden parantuessa, varsinaisen kohderyhmän saamat hyödyt parantuvat. (Silfverberg 2012, 37.) Opinnäytetyössä välitön kohderyhmä ovat poliklinikoiden työntekijät.

6 TOTEUTUS

Kyselylomake on yleisesti ja usein käytetty aineistonkeruumenetelmä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 87). Kyselylomaketta käytetään silloin, kun tutkimuksen kohteena ovat henkilön ominaisuudet, asenteet ja mielipiteet. Kun tutkittavat ovat hajallaan ja heitä on paljon, kysely soveltuu aineistonkeruu tavaksi. (Vilka 2007, 28.) Kyselylomakkeen laatiminen edellytti tutustumista määrälliseen ja laadulliseen tutkimusmenetelmään.

Tapasimme poliklinikoiden yhteyshenkilöitä ja kartoitimme heidän odotuksiaan kyselylomakkeen suhteen. Yhteyshenkilöiden toiveena oli mahdollisimman lyhyt kyselylomake, jonka asiakkaat jaksavat täyttää. Asiakastyytyväisyyden mittariksi laadimme strukturoidun kyselylomakkeen. Laatimaamme kyselylomaketta arvioivat ohjaava opettajamme ja opponenttimme. Esitetasimme kyselyn kahdeksalla poliklinikoiden asiakkaalla. Myös työelämän yhteyshenkilöt arvioivat kyselylomaketta. Psykiatrisen hoitotyön asiantuntijat osaavat arvioida muun muassa kyselylomakkeen selkeyttä ja ymmärrettävyyttä psykiatrisen avohoidon asiakkaiden kannalta (Varis 2005, 33).

6.1 Tutkimusmenetelmä

Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, selittää, vertailla, kartoittaa tai ennustaa ihmistä koskevia asioita. Kvantitatiivinen tutkimus antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä eroista ja suhteista. (Vilka 2007, 13–19.) Määrällisessä tutkimuksessa sovelletaan tilastollisia menetelmiä. Kootut kyselyaineistot koostuvat mitatuista luvuista ja numeroista, sillä vastaukset ilmaistaan numeerisesti vaikka kysymykset esitetään sanallisesti. (Vehkalahti 2008, 13.)

Määrällisessä tutkimuksessa käytettäviä mittareita ovat kysely-, haastattelu- ja havainnointilomakkeet. Mittarin avulla saadaan tutkittavasta asiasta kerättyä määrällinen tieto tai sanallinen tieto, joka muutetaan määrälliseen muotoon. Määrällinen tutkimus alkaa teoriasta, josta mitattavat asiat muodostetaan. Teoreettiset käsitteet ovat muodostuneet tutkimustyön tuloksena. Niillä on määrällisessä tutkimuksessa keskeinen rooli ja niiden avulla tutkija löytää säännönmukaisuuksia eri ilmiöiden välillä. (Vilka 2007, 13–27.) Kyselylomakkeessamme on 20 strukturoitua asiakastyytyväisyyttä mittaavaa kysymystä.

Määrällisessä tutkimuksessa vastaajien määrä on tyypillisesti suuri. Jos käytetään tilastollisia menetelmiä, havaintoyksiköiden eli esimerkiksi henkilöiden suositeltava vähimmäismäärä on 100. Suuresta aineistosta tutkija pystyy muodostamaan havaintoja, joka tekee mahdolliseksi numeerisesti selittämisen. (Vilka 2007, 17.) Kyselytutkimuksessa tutkimussuhde on välillinen eli suhde tutkijan ja tutkimukseen osallistujan välillä on etäinen (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 367).

Asiakastyytyväisyysmittarit lomakekyselyinä ovat edullisia ja nopeita toteuttaa. Terveystieteiden tutkimuksessa ne ovat saaneet myös kritiikkiä. Asiakastyytyväisyyskyselyt mittaavat parhaiten hoidon lopputulosta ja asiakastyytyväisyyttä mitataankin tavallisesti hoidon päätteeksi. Asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus ilmaista mielipiteensä palvelun kaikissa vaiheissa. (Fröjd ym. 2003, 7.) Pölösen (2011, 21) mukaan kyselylomakkeen laatimisen vaikeus on kysymysten muotoilussa sellaiseksi, että ne mittaavat sitä, mitä niiden kuuluu ja että asiakkaat ymmärtävät kysymykset oikein. Kvantitatiivisen lähestymistavan ja kyselytutkimuksen valinta perustuu arkaluontoisista asioista sekä hoidosta kyselyyn, josta asiakas ei välttämättä halua haastattelutilanteessa kertoa. (Martikainen 2010, 14).

Laatimamme kyselylomakkeen viimeinen kysymys on avoin, johon avohoidon asiakkaat voivat vapaasti kommentoida kehitysehdotuksiaan ja ajatuksiaan. Sanallisia vastauksia analysoidaan laadullisilla menetelmillä (Vehkalahti 2008, 13). Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuu ihmisten kokemusten, tulkintojen, näkemysten, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen ja kuvaus. Laadullinen tutkimusote sopii tutkimusalueeseen, jos siitä halutaan saada esimerkiksi uusi näkökulma. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 49.) Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi lähestymistapa on sisällön analyysi, jossa annetuista vastauksista muodostetaan kategorioita

ja lasketaan sekä tutkitaan esiintymisiä ja tekstin merkityksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 55.)

6.2 Kyselylomakkeen laadinta

Kyselylomake on mittausväline, jonka välityksellä tutkija esittää kysymyksiä vastaajalle (Vehkalahti 2008, 11). Kysely on tapa kerätä aineistoa, jossa kysymysten muoto on standardoitu eli vakioitu. Kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kyselylomaketta käytetään, kun havaintoyksikkönä on henkilö ja tutkitaan häntä koskevia asioita kuten mielipiteitä, asenteita, ominaisuuksia tai käyttäytymistä. Jos tutkittavia on paljon ja he ovat hajallaan, käytetään kyselylomaketta. (Vilka 2007, 27–28.)

Kyselylomaketta hahmoteltaessa etsimme samankaltaisia asiakastyytyväisyyskyselyitä, jotta saisimme ideoita kyselylomakkeen sisältöä ja ulkoasua varten. Vastaavia psykiatrisen avohoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä mittaavia kyselyitä löytyi vähän. Etsimme myös muiden alojen asiakastyytyväisyyttä mittaavia kyselyitä, jotta saisimme kattavan ja monipuolisen kuvan asiakastyytyväisyyskyselyistä. Aikaisemmista tutkimuksista tuli esille, että väittämien tulisi olla yksinkertaisia ja helposti ymmärrettäviä. Laadimme mahdollisimman selkeästi tulkittavat ja yksinkertaiset väittämät. Lomakkeen ulkoasusta teimme selkeän, jotta se palvelee myös vastaajajoukossa olevia iäkäämpiä henkilöitä.

Useissa tutkimuksissa oli käytetty suljettujen kysymysten muodossa väittämiä, koska niihin on helppo ja nopea vastata. Likertin asteikko oli usein käytetty ja koimme tämän sopivan meidän mittariimme. Töyryn (2001, 79) mukaan erisuuntaiset väittämät koettiin haasteellisiksi, joten laadimme kyselylomakkeeseemme ainoastaan positiivisia väittämiä selkeyden vuoksi. Monet kyselylomakkeista ovat monisivuisia ja raskaita täyttää sekä niissä on useita avoimia kysymyksiä. Laadimme mittaristamme kaksisivuisen ja lisäsimme mittarin loppuun tilaa kehittämis ehdotuksille sekä vapaalle kommentoinnille. Halusimme mittarista helpon, selkeän, yksinkertaisen ja työelämässä näppärästi käytettävän. Asetimme kysymykset loogiseen järjestykseen, otsikoimme kysymykset ja numeroimme ne juoksevasti.

Toimeksiantaja toivoi, että lisäisimme mittariimme kysymyksen asiakkaan käyttämistä hoitomuodoista. Lisäisimme mittariimme kysymyksen poliklinikoiden palveluiden käytöstä. Poliklinikoilla asioidessaan asiakkailla saattaa olla omainen mukana. Tämän vuoksi lisäisimme kyselylomakkeen esitietoihin kysymyksen vastaako asiakas yksin vai omaisen kanssa.

Kysymykset tulee muotoilla niin, että kaikki vastaajat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla ja pystyvät vastaamaan samalla tavalla. Kysymykset eivät saa sisältää tutkijan oman alan ammattisanastoa, eivätkä kysymykset saa johdatella vastaajaa. Kysymysten tulisi saada vastaaja kokemaan, että hänellä on tietoa tutkittavasta asiasta eli että hän kuuluu tutkimuksen kohderyhmään. Kysymysten muotoilussa on hyvä välttää sanoja ja, tai, sekä ja että. (Vilkka 2007, 77.) Helpot kysymykset on syytä sijoittaa kyselylomakkeen alkuun, herättämään vastaajan mielenkiintoa. Kysymykset etenevät loogisesti ja vain yhtä asiaa kysytään kerrallaan. Kysymykset, jotka koskevat samaa aihetta on hyvä ryhmitellä kokonaisuuksiksi. Kyselylomake ei saa olla liian pitkä, tarpeellisuutta harkitaan jokaisen kysymyksen kohdalla. (Heikkilä 2008, 48–49.)

Strukturoiduilla kysymyksillä tarkoitetaan suljettuja kysymyksiä. Strukturoiduissa kysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot, joista rastietaan tai ympyröidään sopiva tai sopivat. Suljetuilla kysymyksillä voidaan torjua tiettyjä virheitä. Jotkut vastaajista saattavat välttää kritiikin antamista ja osa ei ole kielellisesti lahjakkaita, eivätkä osaa muotoilla vastauksiaan itse. Tarjottaessa vaihtoehtoja vastaajille, vastaaminen onnistuu kielivaikeuksista huolimatta ja arvostelevia sekä moittivia vastauksia on helpompi antaa. Suljettujen kysymysten vastausvaihtoehtojen määrä ei saa olla liian suuri ja niiden tulee olla toisensa poissulkevia. Suljettujen kysymysten mahdollisia haittoja ovat vastausten antaminen harkitsematta, vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” voi houkutella ja jokin vaihtoehto saattaa puuttua. Jättämällä kyseinen vaihtoehtoon pois, joutuu vastaaja ottamaan kantaa suuntaan tai toiseen (Heikkilä 2008, 50–53.) Kysymykset on asetettu väittämien muotoon kyselylomakkeessa.

Yksi tavallisimmin käytetty asenneasteikko on Likertin asteikko. Se on tavallisesti neli- tai viisi-portainen järjestysasteikon tasoinen asteikko. Asteikolta vastaaja valitsee omaa käsitystään vastaavan vaihtoehtoon. Toisena ääripäänä on useimmiten täysin samaa mieltä ja toisena ääripäänä täysin eri mieltä. Arvoja voi olla asteikolla enemmän kuin viisi. (Heikkilä 2008, 53.) Kyselylomakkeessamme väittämien vastausas-

teikko on neliportainen 1= täysin samaa mieltä, 2 = samaa mieltä, 3= eri mieltä ja 4 = täysin eri mieltä.

Heikkilän (2008, 47–48) mukaan kysymysten suunnittelu kannattaa tehdä huolellisesti, sillä yksi suurimmista virheiden aiheuttajista on kysymysten muoto. Ennen kuin kyselylomakkeen laadinta aloitetaan, on tutkimuksen tavoite oltava täysin selvillä. On tiedettävä, mihin kysymyksiin etsitään vastauksia. Kyselylomakkeen laatimiseen kuuluu eri vaiheita, joita ovat tutkittavien asioiden nimeäminen, lomakkeen rakenteen muotoilu, kysymysten muotoilu, lomakkeen testaus, lomakkeen rakenteen ja kysymysten korjaaminen sekä tuloksena on lopullinen lomake.

Kyselylomakkeen lopussa on avoimen kommentoinnin mahdollisuus, johon asiakkaat voivat kirjoittaa ajatuksistaan omin sanoin. Voidessaan ilmaista itseään omin sanoin, asiakkaat ilmaisevat omia mielipiteitään ja kritiikkiä rohkeammin (Sairanen 2000, 6). Avoimet vastaukset voidaan jaotella esimerkiksi negatiivisiksi tai positiivisiksi kommentteiksi sisältönsä perusteella (Sairanen 2000, 11). Avoimet kysymykset saattavat houkutella vastaamatta jättämiseen. Joskus avointen kysymysten vastaukset saattavat tuoda uusia näkökulmia tai varteenotettavia parannusehdotuksia. (Heikkilä 2008, 50.)

Kyselylomakkeen aihekokonaisuudet koostuvat taustatiedoista, hoitoympäristöstä, henkilökunnasta ja palveluista (taulukko 1). Kyselylomakkeessa kysymykset 1–8 koskevat kyselyyn vastaajien taustatietoja. Taustamuuttujat on valittu yhteyshenkilöiden toiveiden perusteella. Taustatiedot koostuvat iästä, sukupuolesta, vastaako asiakas kyselyyn yksin vai omaisen kanssa, jatkuuko avohoito vai onko hoito päättymässä, millä tutkimukseen osallistuvista poliklinikoista asiakas on saanut hoitoa, minkä ammattiryhmän palveluita ja mitä palveluita asiakas saanut ja kauanko hän on saanut hoitoa poliklinikalla. Taustatiedoissa vastausvaihtoehdolla, ”Muu, mikä”, haluttiin varmistaa sopivan vastausvaihtoehdon löytyminen asiakkaalle.

Väittämät 9–12 selvittävät asiakkaan kokemuksia hoitoympäristöstä. Väittämät 13–18 selvittävät asiakkaan näkemyksiä henkilökuntaan liittyen ja väittämät 19–28 selvittävät asiakkaan kokemuksia palvelusta. Kysymys numero 29 on avoin kysymys, johon asiakkaat voivat vapaasti kommentoida kehitysehdotuksiaan.

TAULUKKO 1. Muuttujat

Aihekokonaisuudet	Kysymysten numerot	Muuttujat
Taustatiedot	1-8	
		<p>Vastaajan ikä</p> <p>Vastaajan sukupuoli</p> <p>Vastaaja yksin vai omaisen kanssa</p> <p>Avohoidon jatkuminen</p> <p>Vastaajan asioimat poliklinikat</p> <p>Vastaajan saamat ammattiryhmien palvelut</p> <p>Vastaajan saamat palvelut</p> <p>Vastaajan poliklinikalla saaman hoidon kesto</p>
Hoitoympäristö	9-12	
		<p>Poliklinikan sijainti</p> <p>Poliklinikan rauhallisuus</p> <p>Poliklinikan viihtyisyys</p> <p>Hoitoympäristön turvallisuus</p>
Henkilökunta	13-18	
		<p>Henkilökunnan kunnioitus</p> <p>Henkilökunnan ystävällisyys</p> <p>Henkilökunnan ammattitaito</p> <p>Henkilökunnan kiinnostus</p> <p>Henkilökunnan aika</p> <p>Hoidon luottamuksellisuus</p>
Palvelu	19-28	
		<p>Nopea hoitoon pääsy</p> <p>Omaisten mukaanotto</p> <p>Mielipiteiden huomiointi</p> <p>Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon</p> <p>Hoidosta tiedottaminen</p> <p>Palveluista tiedottaminen</p> <p>Ymmärrettävä tiedonanto</p> <p>Toipumisen edistäminen</p> <p>Kotikäyntien tarpeellisuus</p> <p>Palvelun vastaaminen odotuksiin</p>

Kyselylomaketta laadittaessa kysymysten määrää on rajattava, jotta lomakkeesta ei tule raskasta ja liian pitkää täytettäväksi. Pois jääviä sisältöalueita ja kysymyksiä voi selvittää mahdollisissa jatkotutkimuksissa. (Sairanen 2000, 23–24.) Kyselylomake on yksi menetelmä, jonka avulla organisaatio voi kerätä asiakaspalautetta (Varis 2005, 11).

Variksen (2005, 11–12) mukaan asiakaspalautte tarkoittaa kaikkea asiakkailta saatua tietoa ja välittyviä mielipiteitä, kannanottoja odotuksista ja tarpeista, kuinka hän haluaa itseään hoidettavan ja organisaation toimivan sekä kuinka siinä on onnistuttu. Asiakaspalauttejärjestelmä on menetelmien ja tapojen kokonaisuus, jonka avulla organisaatio kerää, käsittelee ja hyödyntää toiminnassaan saatua asiakaspalautetta. Asiakaspalauttemenetelmä on tapa tai keino, jonka avulla kartoitetaan asiakkaiden odotuksia ja tarpeita. On olemassa erilaisia asiakaspalauttemenetelmiä, esimerkkinä määrällisistä menetelmistä ovat kyselylomakkeet ja laadullisista yksilö- ja ryhmähaastattelut sekä havainnointi. Yhdellä menetelmällä ei saada kaikkea mahdollista tietoa.

Asiakaspalautte on parasta tietoa työntekijöille työn vaikuttavuudesta ja osuvuudesta. Se toimii työn arvioinnin määritelmänä ja voi toimia tukena työn kehittämisessä. Tavoitteena on työntekijöiden halu oppia lisää asiakkaistaan ja sitä kautta kehittyä omassa työssään. (Hoikkala & Tuuttila 2009, 10.) Asiakkaiden hoitoa organisoitaessa heiltä saatavalla palautteella on merkitystä. Jatkuvaan laadun parantamiseen liittyvä ajattelu on mittareiden kehityksen taustalla. Asiakastyytyväisyysmittareilla saaduilla tuloksilla voidaan edistää asiakaslähtöisyyttä ja suunnitella hoitoa asiakkaiden toiveiden ja arvioiden mukaisesti. (Varis 2005, 6,13.) Asiakaspalauttejärjestelmä tekee asiakkaille mahdolliseksi aidon osallistumisen hoitoon liittyviin valintoihin ja päätöksiin (Vuorinen & Zhang 2008, 4).

6.3 Operationalisointi

Teoreettisten ja käsitteellisten asioiden muuttaminen sellaiseen muotoon, että tutkittava ymmärtää asian arkiymmärryksellään, on operationalisointia (Vilka 2007, 14). Teoreettisten käsitteiden muuttaminen mitattaviksi muuttujiksi on vaativaa. Tämä edellyttää kattavaa kirjallisuuskatsausta. Opinnäytetöissä edellytetään kirjallisuuden perustelua jokaiselle muuttujalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 153.)

Käytetyt käsitteet saattavat olla asiakkaalle tuntemattomia, siksi tutkittavan asian teoreettisten käsitteiden muuttaminen arkikielentasolle on yksi tärkeimmistä määrällisen tutkimuksen vaiheista (Varis 2005, 16). Tutkijan on muutettava käsitteet mitattavaan muotoon. Operationalisoinnin ensimmäisessä vaiheessa teoreettisesta kielestä siirrytään arkikielen tasolle. Ensimmäiseksi hahmotellaan ja määritellään käytettävät käsitteet yleisesti, jonka jälkeen ne puretaan osa-alueisiin. Osa-alueet puretaan kysymyksiksi ja vakioidaan vaihtoehdoiksi. (Vilka 2007,36–38.)

Asiakastyytyväisyys muodostuu hoitotyöntekijään, organisaatioon ja asiakkaaseen liittyvistä tekijöistä. Aloitimme operationalisoinnin poimimalla keskeisistä käsitteistä asioita, joista ne koostuvat. Hahmottelimme mind-mapin, jonka kokosimme myöhemmin kaavioksi. (Liite 2.) Kaavion avulla muutimme keskeiset käsitteet mitattaviksi muuttujiksi. Kyselylomakkeen teon aloitimme ryhmittelemällä kysymykset hoitotyöntekijään, palveluun ja ympäristöön liittyen.

Kuvaamme kaaviossamme viisi eri tasoa (liite 2). Taso 1 kuvaa teoriaa asiakastyytyväisyyden eri osa-alueista. Asiakastyytyväisyys voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen, jotka ovat hoitotyöntekijä, organisaatio ja asiakas (Biering & Jensen 2011, 3–4; Varis 2005,10). Operationalisoimme käsitteet edelleen pienemmiksi osa-alueiksi. Tasolla 2 hoitotyöntekijään liittyvät asiat kuten kommunikointi, ammattitaito ja hoitosuhde (Simola & Rauta 2008, 5; Biering & Jensen 2011, 3–4; Kujala 2003, 46–68). Ammattitaitoon kuuluu asiakaslähtöisyys ja tiedonsaanti (Kvist 2004, 31; Simola & Rauta 2008, 6; Sundman 2000, 172–173; Muurinen 2003, 20). Asiakkaalle tulee antaa sekä kirjallista että suullista ohjausta. Monipuolista tietoa tulee antaa hoidosta, sairaudesta, palveluista ja lääkityksestä. (Kvist 2004, 30; Varis 2005, 24–25). Asiakkaan tulee saada tietoa ymmärrettävästi. Muodostimme tästä väittämät: "Tietoa on annettu ymmärrettävästi" ja "Poliklinikan palveluista annettiin tarpeeksi tietoa". Emme tee väittämiä "Sairaudestani on annettu tarpeeksi tietoa " tai "Lääkityksestäni on annettu ymmärrettävästi tietoa", koska kaikilla poliklinikoiden asiakkailla ei ole lääkitystä tai diagnosoitavaa sairautta vaan heidän elämäntilanteensa voi olla kriisiytynyt.

Tason 3 asiakaslähtöisyys on asiakkaan yksilöllistä hoitoa ja asiakkaan ottamista mukaan hoidon suunnitteluun (Kvist 2004, 30; Kääriäinen 2007, 20). Nämä käsitteet ovat tasolla 4. Itsenäisen päätöksenteon tukeminen on osa hoidon suunnitteluun osallistumista. Yksilöllisyydessä tulee huomioida asiakkaan tausta. (Kääriäinen 2007, 20; Pel-

toniemi 2007, 23.) Väittämiksi asiakaslähtöisyydestä ja tiedonsaannista koostui muun muassa, ”Hoitoa koskevat mielipiteesi otettiin huomioon”, ”Tietoa on annettu ymmärrettävästi” ja ”Hoitoon on ollut mahdollista vaikuttaa”.

Tasolla 3 kommunikointi on osa hoitajan ja asiakkaan yhteistyötä, johon kuuluu myös muut ammattiryhmät ja omaiset (Kujala 2003, 40; Kääriäinen 2007, 27–28; Latvala 1998, 27; Martikainen 2010, 9–11; Muurinen 2003, 20–21;). Asiakastyytyvyyden olennainen osa on hoitajan käyttäytyminen asiakasta kohtaan. Hoitaja voi lisätä asiakastyytyvyyttä olemalla ystävällinen, luotettava, arvostava ja kunnioittava. (Biering & Jensen 2011, 3–4; Kvist 2004, 30–31; Töyry 2001, 32.) Hoitajan tulisi olla aidosti kiinnostunut asiakkaasta ja hänen auttamisestaan sekä tukea asiakasta hänen pelotuksaan ja pahassa olossaan (Kvist 2004, 30–31; Latvala 1998, 14). Väittämät tältä alueelta ovat, ”Otettiin omaiset mukaan hoitoon”, ”Hoito on ollut luottamuksellista”, ”Henkilökunnalla on ollut tarpeeksi aikaa sinulle”, ”Henkilökunta on ollut aidosti kiinnostunut hoidostasi” ja ”Henkilökunta on kohdellut sinua ystävällisesti”. Nämä yhteistyöhön vaikuttavat asiat pilkottiin tasolle 5 saakka.

Hoitosuhte koostuu tuloksista, ovatko ne riittäviä ja vaikuttavia. Oireiden lievittyminen ja asiakkaan toimintakyvyn parantuminen ovat hoidon tuloksista kertovia asioita. (Biering & Jensen 2011, 3–4; Varis 2005, 10.) Muodostimme tästä väittämän, ”Poliiklinikan toiminta on edistänyt toipumistani.”

Organisaation alle tasolle 3 kuuluu palveluiden saatavuus, hoitoympäristö ja hoitoon pääsy (Kujala 2003, 28; Sairanen 2000, 21; Simola & Rauta 2008, 6; Töyry 2001, 32; Varis 2005, 10). Pilkoimme hoitoympäristöön pienempiin osiin tasolle 4. Näitä ovat hoitoympäristön olosuhteet ja ominaisuudet, organisaation teknologia ja hoitoympäristön turvallisuus (Joentakanen 2009, 21–23; Kvist 2004, 30–31; Simola & Rauta 2008, 6; Töyry 2001, 32; Varis 2005, 10). Organisaatioon liittyvät väittämät ovat muun muassa ”Kotikäynti on tarpeellinen palvelu”, ”Hoitoon pääsy tapahtui ilman pitkää odotusta” ja ”Hoitoympäristö on turvallinen”. Asiakkaan omat odotukset, asenteet, mielipiteet ja näkemykset hoidosta, sekä näihin odotuksiin vastaaminen vaikuttavat asiakkaan tyytyväisyyteen (Kokkola 2002, 32; Kvist 2004, 27; Varis 2005, 10). Tästä osaluueesta muodostimme väittämän, ”Palvelu on vastannut odotuksianne”.

6.4 Esitestaus

Tärkeimmät vaiheet kyselylomaketta kehitettäessä ovat lomakkeen suunnittelu, kysymysten muotoilu ja testaus. Lomakkeessa mahdollisesti olevia virheitä ei voi korjata enää aineistonkeruun jälkeen. (Vilka 2007, 78.) Huolellisestikin tehty kyselylomake on aina annettava vastattavaksi ja arvioitavaksi kohdejoukon edustajille. Testaamiseen riittää 5–10 henkilöä. He selvittävät kysymysten selkeyttä, vastausvaihtoehtojen toimivuutta, vastaamiseen kuluvaa aikaa ja lomakkeeseen vastaamisen raskautta. Kyselyä testaavien henkilöiden on myös hyvä pohtia, onko olennaisia kysymyksiä jäänyt pois tai onko turhia kysymyksiä mukana. (Heikkilä 2008, 61.)

Ensin kehittämäämme kyselylomaketta arvioi ohjaava opettajamme. Hänen kommenttinsa perusteella muutimme lomaketta selkeämmäksi. Opponenttimme testasivat kyselylomakkeen ja heiltä saimme vain positiivista palautetta. He arvioivat kyselylomakkeen selkeäksi ja johdonmukaiseksi. Heidän mielestään olennaisia kysymyksiä ei jäänyt puuttumaan ja vastausvaihtoehtojen määrä oli sopiva.

Ohjaavan opettajan ja opponenttien jälkeen poliklinikoiden yhteyshenkilöt arvioivat kyselylomaketta. Heidän kommenttinsa perusteella teimme muutoksia ja lisäyksiä kyselylomakkeeseen. Kyselyn testaamiseen asiakkailta tarvitsimme Etelä-Savon sairaanhoitopiirin johtajaylilääkärin luvan. Tutkimusluvan saatuamme toimitimme kyselylomakkeet henkilökohtaisesti jokaiselle neljälle yhteistyössä olevalle poliklinikalle. Poliklinikan työntekijät antoivat kyselylomakkeen esitettäväksi asiakkailleen ja yhteensä kahdeksan asiakasta esitesti kyselylomakkeen 15.2–27.2.2013 välisenä aikana. Asiakkailta oli mahdollisuus kieltäytyä kyselyyn vastaamisesta. Asiakkaille annettiin kirjekuori, jossa oli kyselylomakkeen (liite 4) lisäksi saatekirje (liite 3) ja palautelomake (liite 5). Annoimme poliklinikoiden työntekijöille oman saatekirjeen ja ohjeistimme heitä myös suullisesti. Asiakkaiden tehtävänä oli arvioida kyselylomakkeen ja kysymysten selkeyttä sekä vastaamiseen kulunutta aikaa. Asiakkaat arvioivat myös oliko kyselylomakkeessa turhia kysymyksiä tai jäikö jotakin oleellista puuttumaan. Asiakkaille annettiin myös vapaan kommentoinnin mahdollisuus.

Käsitellessämme esitestauksessa saatuja palautteita huomioimme kaikki kahdeksan palautelomaketta. Jokainen vastaaja kuvasi kyselylomakkeen ja kysymykset selkeiksi. Jokainen vastaaja oli vastannut kaikkiin kyselylomakkeen kysymyksiin. Suurin osa

vastaajista koki, ettei olennaisia kysymyksiä jäänyt puuttumaan. Yhden vastaajan mielestä saattoi jäädä joitakin olennaisia kysymyksiä puuttumaan, mutta hän ei kuvannut mitään. Eräs vastaaja kaipasi kysymystä henkilökunnan kannustamisesta. Vastausvaihtoehdot koettiin selkeiksi. Vastausvaihtoehdot 20 väittämään olivat, ”täysin samaa mieltä”, ”samaa mieltä”, ”eri mieltä”, ja ”täysin eri mieltä”.

Kukaan vastaajista ei kokenut kyselylomakkeessa olevan turhia kysymyksiä. Kyselylomakkeen lopussa kysymystä, ”Mitä muuta haluaisitte sanoa? Kehittämisehdotukset” ei kukaan vastaajista kommentoinut. Palautelomakkeen lopussa vastaajilla oli mahdollisuus antaa vapaasti palautetta kyselylomakkeesta. Kahteen palautelomakkeeseen oli kirjoitettu terveisiä hoitajille. Yksi vastaajista kertoi väittämässä 24, ”Palveluista annettiin tarpeeksi tietoa” ja 25, ”Tietoa on annettu ymmärrettävästi”, olevan pientä epäselvyyttä. Vastaaja ei tarkemmin kommentoinut mitään. Muokkasimme väittämän numero 24 muotoon, ”Poliklinikan palveluista annettiin tarpeeksi tietoa”. Asiakkaat arvioivat myös vastaamiseen kulunutta aikaa. Pisimmillään aikaa oli kulunut 15 minuuttia ja lyhimmillään 3 minuuttia. Kyselylomakkeeseen vastaamiseen kulunut aika on keskiarvona noin 6 minuuttia.

Kysymys 6, ”Minkä ammattiryhmän palveluita olette saaneet?”, vaihtoehdoiksi valittiin ammattiryhmät, jotka antavat monipuolisia palveluita. Vaihtoehtoina tässä kohdassa ovat lääkäri, psykologi, sairaanhoitaja ja ”Muu, mikä?”. Poliklinikoiden työntekijöiltä saimme palautetta kysymyksestä 8, ”Kuinka kauan olette saaneet avohoitoa?”. He toivoivat täsmennystä tähän kysymykseen ja muutimme kysymyksen muotoon, ”Kuinka kauan olette olleet poliklinikan asiakas”.

Kyselylomaketta muokattiin ennen esitestausta poliklinikoiden työntekijöiden toiveiden mukaisesti. Esitestauksesta saatujen havaintojen perusteella laatimamme kyselylomake on selkeä. Kyselylomakkeen todellisesta toimivuudesta saadaan tietoa vasta sitten, kun kyselylomake on otettu käyttöön ja kyselytutkimus toteutetaan sekä aineisto analysoidaan.

6.5 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida mittaamisen, mutta myös tulosten luotettavuuden kannalta (Kankkunen & Vehviläinen 2010, 157). Tulosten luotettavuutta voi

arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Käytännössä tämä on teoreettisten käsitteiden luotettavaa operationalisointia. Reliabiliteetti tarkoittaa kyselylomakkeen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen, jota voidaan arvioida mittaamalla tutkimusilmiöitä samalla mittarilla eri aineistoissa. (Kankkunen & Vehviläinen 2010, 152.) Reliabiliteetti viittaa asiakastyytyvyyden kohdalla siihen, että mittarin kysymykset ovat selkeitä ja tulkittavissa ainoastaan yhdellä tavalla (Leino & Leino 2007, 7). Mittarin reliabiliteetin parantamisessa voidaan käyttää esitestausta (Mielonen 2006, 21). Pyrimme parantamaan kyselylomakkeen reliabiliteettia esitestaamalla kyselylomake kahdeksalla poliklinikoiden asiakkaalla. Reliabiliteettia voidaan tutkia tarkemmin vasta isommalla aineistolla.

Luotettavuuteen vaikuttaa myös kysymysten asettelu. Kysymysten asettelun tavallisia virheitä ovat, etteivät kysymykset ole yksiselitteisiä tai ne ovat johdattelevia. (Mäkinen 2006, 92–93.) Töyryn (2001, 79) mukaan huomiota täytyy kiinnittää myös kysymysten ja väittämien muotoon. Positiivisesti ja myönteisesti ilmaistuihin väittämiin vastaaminen on helpompaa, joten tutkimuksen luotettavuuden kannalta myönteiset väittämät ovat parempia kuin kielteisesti ilmaistut. Kyselylomakkeessamme väittämät ovat myönteisiä.

Yksi luotettavuusongelma mielenterveysasiakkaiden asiakastyytyvääsyyttä mitattaessa on depressiivisyys. Masennus saa henkilön arvioimaan kaikkia elämänalueita negatiivisemmin kuin muutoin. (Fröjd ym. 2003, 10.) Laatiimme mittaria käytetään poliklinikoilla myös masentuneiden asiakkaiden asiakastyytyvääsyyden mittaamiseen.

Psykiatrisessa hoitotyössä tärkeitä tekijöitä ovat vuorovaikutussuhteet ja inhimillisuus. Mielenterveysasiakkaan hoitosuhde saattaa kestää jopa vuosia. Asiakas ei välttämättä kritisoi saamaansa hoitoa ollessaan hoitosuhteesta riippuvainen. Omaiset tuovat asiakkaita enemmän kriittisyyttä esille, koska he eivät ole riippuvaisia hoitosuhteesta. (Sairanen 2000, 26–28.)

Luotettavuuteen voidaan vaikuttaa vielä kyselyä toteutettaessa. Tutkimuksen kohdeyhmän kannalta on hyvä valita sopiva tutkimusajankohta. Tutkimuksesta saatuja tietoja syötettäessä työskennellään huolellisesti ja tiedot tarkistetaan ennen tallentamista. Kyselytutkimusta tehdessä toimitaan huolellisesti ja rehellisesti. (Vilka 2007,

153.) Tutkimuksen tuloksiin ja tulkintaan voi liittyä systemaattisia tai satunnaisia virheitä. Systemaattinen virhe tutkimuksen tuloksissa voi johtua siitä, että vastaajat vähättelevät, kaunistelevat tai valehtelevat. Satunnaisvirhe tarkoittaa esimerkiksi asiakkaan väärin muistamista. (Vilka 2007, 153.)

Mittarin rakennetta voidaan jatkossa arvioida faktorianalyysin avulla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 153–154). Edellytyksenä faktorianalyysille on muuttujien keskinäinen korrelointi ja mitta-asteikon samansuuntaisuus. Menetelmässä oletetaan, että muuttujajoukon korrelaatioiden eli muuttujien välisten riippuvuuksien taustalla on rakenne, joka voidaan tiivistää faktoriin tai faktoreihin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 120.) Samaa tutkimusilmiötä mitattaessa kahdella eri mittarilla, arvioidaan mittarin kriteerivaliditeettia. Mittareilla oletetaan saatavan samansuuntaisia tuloksia. Kriteerivaliditeettia voidaan testata korrelaatiokertoimella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 154–155.)

6.6 Tutkimuksen eettisyys

Eettisten ratkaisujen merkitys korostuu erityisesti silloin, kun tutkimuksen kohteena on inhimillinen toiminta ja tietolähde on ihminen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 361). Kyselyn käyttäminen tutkimusmenetelmänä tuo paljon eettisiä ongelmia (Mäkinen 2006, 92). Tutkimusorganisaation johdon kanssa täytyy sopia tutkimuksen lupasioista (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28). Ihmisarvon kunnioittaminen tulee olla tutkimuksen lähtökohtana. Tutkittavien itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa antamalla heille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.) Tutkittavilla ihmisillä on oikeus saada tietoa tutkimusta koskien ja mahdollisuus esittää selventäviä kysymyksiä ennen aineistonkeruuta ja koko sen ajan. Tutkimukseen osallistujia on kohdeltava kunnioittavasti ja rehellisesti sekä heillä on oikeus anonymiteettiin koko tutkimusprosessin ajan. Tutkittavilla on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin haluavat ja saada tuloksista tietoa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 367.)

Tutkittavien anonymiteettisuojasta on etua myös tutkijoille. Lupaus anonymiteetistä rohkaisee ihmisiä vastaamaan rehellisemmin ja suoraan. Tämä helpottaa tutkimuksen kannalta oleellisten tietojen keräämistä. Tutkijoiden on tehtävä kaikkensa tutkittavien henkilöllisyyden säilyttämiseksi niin sovittaessa. Tutkimuksesta riippuen tutkittaviin voidaan viitata numeroilla tai kirjaimilla. (Mäkinen 2006, 114–115.) Esitestauksessa

asiakkaat vastasivat anonyymisti ja heidän henkilöllisyytensä pysyi salassa. Vastaajat palauttivat kysely- ja palautelomakkeet suljetussa kirjekuoressa. Eettisyyttä on myös tutkijan itsensä kehittäminen tutkimuksen aikana ja tutkimusmenetelmien oikea valinta. Tutkijan tulee hakea neuvoja ja ohjausta sekä asettua alttiiksi kritiikille. Eettisyyteen liittyy myös jatkuva oman alan seuraaminen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 32.) Teimme saatekirjeestä mahdollisimman selkeän ja siinä selviää tutkimuksen luottamuksellisuus, esitestauksen tarkoitus ja tavoitteet. Saatekirjeessä pyrimme siihen, että poliklinikoiden asiakkaat ymmärtäisivät tutkimuksen tavoitteet ja vastaisivat siihen rehellisesti. (Liite 4.)

Tieteen etiikka merkitsee velvollisuutta tuottaa tietoa jotakin tarkoitusta varten. Se tarkoittaa myös vastuuta siitä, että tutkimus palvelee hoitotyötä, asiakasta ja terveyttä. Tiede ei ole enää tiedettä mikäli sen tarkoituksena on jokin muu kuin totuus. Tieteellisellä tiedolla on oikeus muokata hoitamista tieteellisestä näkökulmasta. (Eriksson ym. 2012, 28–29.)

7 PÄÄTÄNTÖ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa asiakastyytyväisyyttä mittaava kyselylomake psykiatrisen avohoidon poliklinikoille. Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin yhtenä strategisena päämääränä on asiakaslähtöisyyden lisääminen (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2012). Työntekijöiden asiakaslähtöinen toiminta lisää asiakastyytyväisyyttä. Asiakastyytyväisyyskyselyn avulla saatu tieto auttaa työntekijöitä kehittämään työtään enemmän asiakkaiden toiveiden mukaiseksi. Asiakastyytyväisyyttä psykiatrisessa hoidossa on tutkittu vähän (Varis 2005, 7). On tärkeää, että aihetta on nostettu esiin. Tärkeitä tekijöitä mielenterveystyön kehittämisessä ovat itse palveluiden käyttäjät (Muurinen ym. 2010, 109).

7.1 Pohdinta

Muodostimme kattavan kirjallisuuskatsauksen pohjalta kokonaiskuvan asiakastyytyväisyyteen liittyvistä tekijöistä. Näiden tekijöiden pohjalta operationalisoimme väittämät kyselylomakkeeseen. Kyselylomaketta arvioivat ohjaava opettaja, opponentit ja poliklinikoiden työntekijät. Kyselylomake myös esitettiin yhteistyössä olevien po-

liklinikoiden asiakkailla. Saamiemme palautteiden perusteella muokkasimme kyselylomakkeesta mahdollisimman selkeän ja ymmärrettävän.

Tutkimusetiikalle asettaa haasteita haavoittuvien ryhmien käsittely. Haavoittuvia ryhmiä ovat muun muassa lapset, mielenterveysongelmaiset, kuolevat potilaat, fyysisesti vammaiset, raskaana olevat, tajuttomat ja muistisairaavat. Näihin ryhmiin kuuluvat tutkittavat voivat olla kyvyttömiä antamaan tietoista suostumusta tutkimukseen. Heidän autonomiansa voi olla heikko tai heillä voi olla tilansa vuoksi suurentunut riski saada sivuvaikutuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 180.) Kyselylomakkeen esitestaamiseen osallistujien tietoista suostumusta tuimme painottamalla saatekirjeessä kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuutta ja kertomalla muun muassa tutkimuksen tarkoituksesta, anonymiteetistä sekä siitä, että kyselyyn vastaaminen ei vaikuta hoitoon.

Fjördin (2003, 10) mukaan mielenterveysasiakkaiden tyytyväisyyttä mitattaessa voi masennus tuottaa luotettavuusongelmia. Masennus voi saada henkilön arvioimaan kaikkia asioita elämässään negatiivisemmin. Varis (2005, 11) tuo tutkimuksessaan kuitenkin esiin, että potilaan diagnoosilla on havaittu olevan heikko yhteys asiakastytyväisyyteen. Poliklinikoilla, joilla kyselylomake laadittiin, hoidetaan myös masentuneita asiakkaita. Päädyimme kuitenkin jättämään kyselylomakkeen taustatiedoista kysymyksen asiakkaan diagnoosista pois, koska toisaalta diagnoosilla on todettu olevan vähän vaikutusta asiakastytyväisyyteen.

Asiakkaiden tarpeiden, odotusten ja toiveiden huomiointi on tärkeää. Kuitenkin hoitosuhteen on oltava pitkä ennen kuin asiakas on valmis ilmaisemaan mielipiteitään ja tarpeitaan. (Kokkola ym. 2002, 32.) Sairanen (2000, 2) tuo myös esiin hoidon keston huomioimisen asiakkaiden tyytyväisyyttä mitattaessa. Kyselylomakkeen taustatiedoissa kysymys, kuinka kauan asiakas on ollut poliklinikalla asiakkaana. Kyselytutkimusta toteutettaessa osallistujien valinta perusteena voi olla se, että tutkittavalla on paljon tietoa asiasta eli heidän hoitonsa on jatkunut pidempään tai on jo päättymässä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 83). Variksen (2005, 16–17) mukaan asiakkaalle käytetyt käsitteet saattavat olla tuntemattomia. Asiakas saattaa myös kokea, etteivät hänelle esitetyt kysymykset ole hänelle tärkeitä tai liity lainkaan hänen hoitoonsa. Esimerkiksi skitsofreeninen häiriö saattaa vaikuttaa kommunikaatiokykyyn, minkä vuoksi tietoa on annettava ymmärrettävästi (Latvala 1998, 14). Teimme mittaristamme mahdollisimman yksinkertaisen ja selkeän.

7.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli luoda asiakastyytyväisyyttä mittaava kyselylomake, psykiatrisen avohoidon työntekijöille käytettäväksi. Saimme opinnäytetyön aiheen Mikkelin ammattikorkeakoulun opinnäytetyön aihepankista maaliskuussa 2012. Ensin otimme yhteyttä toimeksiantajan yhteyshenkilöön Jaana Väänäseen, tapasimme hänet ja keskustelimme aiheesta. Kevään aikana aloittelimme opinnäytetyöprosessia, palautimme opinnäytetyön ideapaperin ja tapasimme ensimmäistä kertaa ohjaavan opettajamme. Kesän 2012 aikana saimme tiedon muista opinnäytetyön yhteyshenkilöistä ja kävimme tapaamassa heitä. Syksyn 2012 aikana teimme kirjallisuuskatsausta ja muodostimme teoreettista viitekehystä, tapasimme yhteyshenkilöitä ja ohjaavaa opettajaa. Joulukuussa 2012 kyselylomake alkoi hahmottua. Tutkimuslupa anottiin kirjallisena Mikkelin ammattikorkeakoulun omalla hoitotyön opinnäytetyölupa-anomuksella. Kyselylomakkeeseen esitestaus toteutettiin kahdeksalla poliklinikoiden asiakkaalla 15.–27.2.2013 välisenä aikana.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut mielekästä, koska kyselylomakkeesta on toivottavasti hyötyä työelämälle. Lisäksi psykiatrinen hoitotyö kiinnostaa meitä molempia. Olemme oppineet tekijöitä, jotka on huomioitava psykiatrisessa hoitotyössä, että työn toteutus on laadukasta. Määrällinen tutkimusmenetelmä oli meille uusi asia. Kattavan kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli haastavaa, joten olemme oppineet myös kärsivällisyyttä ja pitkäjänteisyyttä. Kärsivällisyyttä opetti myös opinnäytetyön ja määrällisen tutkimuksen pitkä kesto. Opinnäytetyöprosessi opetti meille myös lisää tieteellistä tiedonhakua ja lähdekriittisyyttä. Lähdeviitteet ja lähdemerkinnät ovat tulleet prosessin aikana tutuiksi. Ammatillista kasvua tapahtui vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä, palautteen vastaanottamisessa sekä työelämätaidoissa. Mahdolliset tulevaisuudessa tehtävät tutkimukset ovat varmasti paljon helpompia käynnistää ja toteuttaa, kun olemme kokeneet tutkimusprosessin. Aiheeseen liittyvä englanninkielinen sanastomme on myös kasvanut.

Haasteellisena koimme yhteisten tapaamisten järjestämisen ja aikataulujen yhteensovittamisen kaikkien yhteyshenkilöiden kesken, koska poliklinikat sijaitsevat eri puolilla kaupunkia. Tämän vuoksi olimmekin yhteyksissä suurimmaksi osaksi sähköpostin välityksellä ja puhelimitse. Haasteellista oli myös tehdä kyselylomakkeesta sellainen,

että se palvelee samanarvoisesti piirteiltään erilaisia poliklinikoita. Päädyimme tekemään uuden kyselylomakkeen, jotta kyselylomake toimisi jokaisella toimeksiantajan poliklinikalla ja vastaisi heidän tarpeitaan. Toimeksiantajan tarpeita vastaavaa valmista kyselylomaketta emme löytäneet. Itse muodostetusta mittarista saadaan tarpeita vastaava ja sellainen kuin halutaan, mutta sillä ei välttämättä saada vertailukelpoista aineistoa esimerkiksi toisenlaisissa psykiatrisissa avohoidon yksiköissä. Kyselylomaketta laadittaessa teimme tietoisin päätöksiä, kun luovuimme kyselyn tekemisestä Webropolissa sähköisesti. Keskustelimme asiasta toimeksiantajan yhteyshenkilöiden kanssa ja heidän toiveenaan oli paperinen versio, koska sähköinen kysely ei kaikkien asiakkaiden kohdalla toimisi. Toimeksiantajan on kuitenkin mahdollista tehdä halutesaan myöhemmin kyselylomakkeesta sähköinen versio Webropoliin.

Itse tutkimusprosessi jää kesken, koska laadimme vain kyselylomakkeen. Kyselylomakkeella toteutettava aineistonkeruu ja analysointi toteutetaan myöhemmin. Asiakastyytyväisyyttä mittaavan kyselylomakkeen muodostimme ajankohtaisen ja kattavan teoriapohjan perusteella. Asiakastyytyväisyyskyselyn tarkoituksena on saada esille psykiatrisen avohoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä samaansa hoitoon ja heidän mielihaluitaan sekä näkemyksiään. Koemme tehneemme arvokasta työtä psykiatrisen avohoidon asiakkaiden hoidon mahdolliseksi kehittämiseksi. Mielenterveysasiakkaat ovat alttiita jäämään omassa hoidossaan passiivisen vastaanottajan rooliin. Kuntoutumisen ja paremman selviytymisen kannalta tärkeää on saada asiakas aktiiviseksi ja vastuulliseksi osallistujaksi hoitoonsa. (Latvala 1998, 12.) Asiakastyytyväisyyskyselyn avulla asiakkaat saavat mahdollisuuden osallistua, vaikuttaa ja kehittää hoitoaan. Toivomme, että opinnäytetyömme hyödyttää pidemmällä aika välillä tätä potilasryhmää.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tärkein jatkotutkimusehdotus opinnäytetyöhömmme liittyen on itse kyselytutkimuksen toteuttaminen poliklinikoilla ja siitä saatavan aineiston analysointi. Myöhemmin asiakastyytyväisyyskyselyn voisi uusia laatimallamme mittarilla, tuloksien ja kehityksen vertailun vuoksi. Kyselylomakkeella ei saada kaikkea mahdollista tietoa aiheesta. Psykiatrisen avohoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä samaansa hoitoon voisi tutkia myös toisenlaisesta näkökulmasta kvalitatiivisin menetelmin, esimerkiksi asiakkaiden teemahaastatteluilla. Haastatteluilla saataisiin tietoa asiakkaiden tyytyväisyydestä eri

näkökulmasta, perusteluja mielipiteille ja tarkempaa sekä syvempää informaatiota erityisesti kehitettävistä asioista.

LÄHTEET

Aalto, Mauri, Bäckmand, Heli, Haravuori, Henna, Lönnqvist, Jouko, Mattunen, Mauri, Melartin, Tarja, Partanen, Airi, Partonen, Timo, Seppä, Kaija, Suomalainen, Laura, Suokas, Jaana, Suvisaari, Jaana, Viertiö, Satu & Vuorilehto, Maria 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. PDF-dokumentti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee>. Ei päivitystietoja. Luettu 5.2.2013.

Biering, Páll & Jensen, Valgerður H. 2011. The Concept of Patient Satisfaction in Adolescent Psychiatric Care: A Qualitative Study. University of Iceland. School of Health Science. Faculty of Nursing.

Blom, Marja, Hovi, Sirpa-Liisa, Kovanen, Niina & Isojärvi, Jaana 2007. Hoitotyön menetelmien vaikuttavuuden ja tehon tutkiminen. *Impakti* 6/2007. 4-6.

Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) 2010. Muistisairaudet. Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Erikoissairaanhoidon avohoito 2009. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Terveyspalvelut/Avohoito/erikoissairaanhoido.htm>. Päivitetty 7.6.2011. Luettu 19.11.2012.

Eriksson, Katie, Isola, Arja, Kyngäs, Helvi, Lein-Kilpi, Helena, Lindsröm, Unni Å, Paavilainen, Eija, Pietilä, Anna-Maija, Santerä, Susanna, Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åsted-Kurki, Päivi 2012. *Hoitotiede*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2012. Henkilöstöstrategia 2012-2016. PDF-dokumentti. Päivitetty 30.1.2012. Luettu 21.2.2013.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2010. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin toiminnan strateginen ohjaus ja uusi johtamis- ja organisaatorakenne. PDF-dokumentti. Päivitetty 25.1.2010. Luettu 21.2.2013.

Fröjd, Sari, Laurila, Anne-Mari, Kilkku, Nina & Kaltiala-Heino, Riittakerttu 2003. ARVO – mielenterveyspalveluarvio mielenterveyspalvelujen käyttäjien kokemusten kuvaajana. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. PDF-dokumentti. Päivitetty 26.9.2003. Luettu 10.11.2012.

Haponen, Arja 2012. Henkilökohtainen tiedonanto 18.07.2012. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri.

Haponen, Arja 2013. Henkilökohtainen tiedonanto 23.01.2013. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri.

Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hiidenhovi, Hannele 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Akateeminen väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67135/951-44-5165-1.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoja. Luettu 24.10.2012.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kirjayhtymä Oy.

Hoikkala, Miia & Tuuttila, Tiina 2009. Mielenterveysasiakkaiden tyytyväisyys julkisen sektorin terveydenhuollon palveluihin. Laurea Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3395/Hoikkala_Tuuttila.pdf?sequence=1. Ei päivitystietoja. Luettu 12.11.2012.

Hätönen, Heli 2005. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalahoidossa – mielenterveyspotilaan näkökulma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

ITHACA-työkalu 2011. Ihmisoikeuksien ja terveydenhoidon arviointi mielenterveys- ja päihdelaitoksissa ja -asumispalveluissa. ITHACA-hankeryhmä. Raportti 20/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/812e28ab-34c9-4d48-a463-7f85800e335f>. Päivitetty 22.9.2011. Luettu 3.10.2012.

Joentakanen, Janne 2009. Hoitajien kokemuksia laadusta akuutin psykoosin tehostetussa kotihoidossa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3758/Joentakanen_Janne.pdf?sequence=1. Ei päivitystietoja. Luettu 22.11.2012.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kettunen, Piia, Nokelainen, Anne & Varinen, Leena 2011. Asiakkaiden odotukset ja kehittämistarpeet mielenterveyspalveluista Hyvinkään Psykiatrian yksikössä. Laurea ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/37197/Nokelainen_Kettunen_Varinen.pdf?sequence=1. Päivitetty 28.11.2011. Luettu 10.1.2013.

Kokko, Seija 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaitten ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun Yliopisto. PDF-dokumentti. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514273435/isbn9514273435.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 10.01.2013.

Kokkola, Anita, Kiikkala, Irma, Immonen, Tuula & Sorsa, Minna 2002. Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Korkeila, Jyrki 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrasta avohoitoa? PDF-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98399.pdf>. Päivitetty 3.11.2009. Luettu 3.10.2012.

Koskisuu, Jari 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita prima Oy.

Kujala, Eila 2003. Asiakslähtöinen laadunhallinnan malli. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. PDF- dokumentti. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5605-X.pdf>. Päivitetty 21.2.2003. Luettu 10.1.2013.

Kumpulainen, Aila 1999. Psykiatrian asiakastytyväisyyssmittaus 1998-1999. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja.

Kvist, Tarja 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0062-X/urn_isbn_951-27-0062-X.pdf. Päivitetty 24.11.2004. Luettu 5.11.2012.

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. PDF-dokumentti. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984>. Päivitetty 1.10.2007 Luettu 12.10.2012.

Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. WWW-dokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf. Päivitetty 21.10.2010. Luettu 5.2.2013.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L3P11>. Ei päivitystietoja. Luettu 8.12.2012.

Latvala, Eila 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäätöksissä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. PDF-dokumentti. <http://herkules oulu.fi/isbn9514250680/isbn9514250680.pdf>. Päivitetty 10.11.1998. Luettu 5.11.2012.

Lauri, Sirkka (toim.) 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell Oy.

Leino, Hanna & Leino, Sonja 2007. Asiakslähtöisyyden mittaaminen hoitotyössä. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/29759/stadia-1197551223-5.pdf?sequence=1>. Päivitetty 31.10.2007. Luettu 10.1.2013.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lemström, Ulla 2004. Mielenterveystyön moniammatillista yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Lumijärvi, Ismo & Jylhäsaari, Jussi 2000. Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) 2011. Psykiatria. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) 2007. Psykiatria. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Martikainen, Marja-Liisa 2010. Asiakastyytyväisyys hoitosuhteessa psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti.
<http://webdynasty.pohjoiskarjala.net/Dynasty/Kontiolahti/kokous/201066-9-371.PDF>.
 Ei päivitystietoja. Luettu 28.9.2012.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielen-terveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

Mielenterveyslaki 1116/1990. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Ei päivitystietoja. Luettu 13.11.2012.

Mielonen, Jaana 2006. Näyttöön perustuva psykiatrinen hoitotyö. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Muistisairaudet 2010. Käypä hoito. WWW-dokumentti.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50044>. Päivitetty 13.8.2010. Luettu 15.2.2013.

Muurinen, Seija 2003. Hoitotyön ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Akateeminen väitöskirja. PDF-dokumentti.
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5683-1.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 25.10.2012.

Muurinen, Seija, Nenonen Mikko, Wilksman Kaarina & Agge, Eva (toim.) 2010. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Tammi.

Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Peltoniemi, Annu 2007. Terveydenhuoltohenkilöstön valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. PDF-dokumentti. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514283642/isbn9789514283642.pdf>. Päivitetty 13.2.2007 Luettu 2.10.2012.

Psykiatrian akuuttityöryhmä 2007. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. WWW-dokumentti. <http://www.esshp.fi/akuuttityoryhma>. Päivitetty 22.02.2013. Luettu 4.3.2012.

Psykiatrian poliklinikka 2007. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. WWW-dokumentti. http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=570&menupath=59,71,468,570#570. Päivitetty 2.4.2012. Luettu 11.10.2012.

Psykiatrian poliklinikka 2010. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. PowerPoint-esitys.

Psykiatrian päiväsasto 2007. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. WWW-dokumentti. http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=522&menupath=59,71,459,522#522. Päivitetty 28.9.2012. Luettu 6.2.2013.

Psykogeriatrian poliklinikka 2007. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. WWW-dokumentti. http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=1686. Päivitetty 29.8.2012. Luettu 11.10.2012.

Psykogeriatrian poliklinikka 2012. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. Psykogeriatrian poliklinikan esite.

Psykoosipoliklinikka 2012. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. WWW-dokumentti. http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=2186. Ei päivitystietoja. Luettu 11.10.2012.

Pölonen, Sari 2011. Leikkaukseen kotoa. Potilastyytyväisyyskyselylomakkeen laatiminen LEIKO-toiminnasta tekonivelleikatuille potilaille. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/30397/Polonen_Sari.pdf?sequence=1. Päivitetty 23.5.2011. Luettu 28.9.2012.

Rautiainen, Hanna & Pelanteri, Simo 2012. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti. WWW-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80162/Tr03_12.pdf?sequence=2. Päivitetty 19.12.2012. Luettu 5.2.2013.

Romo, Tuula 2012. Henkilökohtainen tiedonanto 17.10.2012. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri.

Saarinen, Sakari 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Pro-gradu tutkielma. PDF-dokumentti. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02020.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 12.11.2012.

Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. WWW-dokumentti. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. Ei päivitystietoja. Luettu 5.2.2013.

Sairanen, Aija 2000. Joroisten terveyskeskuksen mielenterveysneuvolan potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon ja tyytyväisyyden yhteys potilaan kliiniseen tilaan. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu-tutkielma. WWW-dokumentti. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11002/aisaira.pdf?sequence=1>. Päivitetty 23.9.2001. Luettu 3.10.2012.

Saukkonen, Sanna-Mari 2008. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Erikoissairaanhoidon ja mielenterveystyön avohoito 2008. PDF-dokumentti. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr24_09.pdf. Päivitetty 19.2.2010. Luettu 11.10.2012.

Stakes 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto. PDF-dokumentti. http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4016/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_aspo.pdf. Päivitetty 4.5.2006. Luettu 13.11.2012.

- Silfverberg, Paul 2012. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. PDF-dokumentti. <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 11.10.2012.
- Simola, Marika & Rauta, Aila 2008. Asiakastyytyväisyys ja -tyytymättömyys hoitotyössä kirjallisuuskatsaus. Metropolia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti. <http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/1546/asiakast.pdf?sequence=1>. Päivitetty 15.1.2009. Luettu 2.11.2012.
- Sundman, Eila (toim.) 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi.
- Syrjäpalo, Kyllikki 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoitotyössä – henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatrian klinikka. WWW-dokumentti. <http://herkules oulu.fi/isbn9514280156/isbn9514280156.pdf>. Päivitetty 1.3.2006. Luettu 5.2.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Mielen hyvinvointi. WWW-dokumentti. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/amis/mielen_hyvinvointi. Ei päivitystietoja. Luettu 3.10.2012.
- Tiri, Helmi 2005. Good Results in Psychiatric Health Care and Factors Affecting them in Finland and in Greece. University of Oulu. Department of Nursing Science and Health Administration. Faculty of Medicine. WWW-dokumentti. <http://herkules oulu.fi/isbn9514277538/isbn9514277538.pdf>. Päivitetty 7.6.2005. Luettu 23.1.2013.
- Töyry, Eeva 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta 2001. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Varis, Ursula 2005. Potilastyytyväisyys aikuispsykiatrisessa sairaalahoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Veijola, Juha 2007. Ahdistuneisuushäiriöt. Therapia Fennica. WWW-dokumentti. <http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6t>. Päivitetty 11.9.2007. Luettu 28.01.2012.
- Vilkka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vuokila-Oikkonen, Päivi, Lapinkangas, Pertti, Tervo, Arjo & Saarento, Outi 1999. Yhteisneuvottelut osana laadunarviointia psykiatrisella akuuttiosastolla. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. WWW-dokumentti. <http://www.duodecimlehti.fi/> Julkaistu 2012. Luettu 23.1.2013.

Vuorinen, Miia & Zhang, Mingrong 2008. Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät- kirjallisuuskatsaus. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/39851/stadia-1208521238-1.pdf?sequence=1>. Päivitetty 18.4.2008. Luettu 29.1.2013.

LIITE 1(1).**Tutkimustaulukko**

TEKIJÄ, TUTKIMUS	TARKOITUS	TUTKIMUS MENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Hätönen, Heli 2005, Suomi. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalahoitossa - mielenterveyspotilaan näkökulma.	Kuvata potilaiden tärkeinä pitämiä tiedon alueita, tiedonsaannin toteutumista ja taustatekijöiden yhteyttä potilaan tiedon saantiin.	Uloskirjausvaiheessa olevia potilaita (N=51) haastateltiin puolistrukturoidun haastattelun avulla.	Potilaille on tärkeää saada tietoa sairaudesta, hoidosta, eri tukimuodoista ja potilaan oikeuksista. Suurin osa toivoi tiedonsaannin tapahtuvan keskustellen henkilökunnan kanssa. Tietoa toivotaan saatavan rinnakkain monilla eri tavoilla keskustelujen lisäksi. Potilaat toivoivat myös mahdollisuuksia itsenäiseen tiedon hankintaan.
Pall Biering, Valgerdur H. Jensen, 2010, Islanti The Concept of Patient Satisfaction in Adolescent Psychiatric Care: A Qualitative Study	Tutkia nuorten käsityksiä hoidon laadusta ja tyytyväisyyttä hoitotuloksiin.	Hermenauttinen haastattelu psykiatrista sairaalahoitoa saaneille nuorille (N= 14)	Tutkimuksessa löydettiin useita tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitotyytyväisyyteen; turvallinen ympäristö, vertaistuki, itseilmaisu, yksilönä kohtaminen ja rajat. Nuorien kuvaukset laadukkaasta hoidosta ja hoidon tuloksista vaihtelivat. Nuoret olivat tyytyväisiä eri hoitotuloksiin ja tutkimuksessa syntyi kolme kategoriaa; parantunut mielenterveys, henkilökohtainen kehitys ja oman itsen vahvistuminen. Jonkin näistä hoidon tuloksista toteutuessa, nuoret potilaat olivat tyytyväisiä hoitoonsa.
Sairanen, Aija 2000. Suomi. Joroisten terveyskeskuksen mielenterveysneuvolan potilaiden tyytyväisyys hoitoon ja tyytyväisyyden yhteys potilaan kliiniseen tilaan	Selvittää Joroisten terveyskeskuksen mielenterveysneuvolan potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja palveluun. Tyytyväisyyden yhteyttä kliiniseen tilaan selvitetään myös.	Kyselylomaketutkimus, potilaille (N=64) ja työntekijöille omat kyselylomakkeet.	Tulosten mukaan potilaat ovat hyvin tyytyväisiä hoitoon ja saamiinsa palveluihin. Tyytymättömiä potilaat olivat vastaanoton häiriintymiseen ja erikoislääkäripalvelujen saatavuuteen. Tutkimuksessa todettiin masennuksen olevan yhteydessä tyytymättömyyteen.

LIITE 1(2).**Tutkimustaulukko**

<p>Tiri, Helmi 2005, Suomi.</p> <p>Good Results in Psychiatric Health Care and Factors Affecting them in Finland and in Greece.</p>	<p>Vertailla psykiatrisen hoidon kehitystä ja käsityksiä hoidon tuloksellisuudesta sekä siihen vaikuttavia tekijöitä Suomessa ja Kreikassa.</p>	<p>Suomessa (N=44) ja Kreikassa (N=35) haastateltiin työntekijöitä. Aineistoa kerättiin myös artikloista ja psykiatrisen hoidon tilastotiedoista.</p>	<p>Hoidon tuloksellisuus on hyvää oloa, toimintakykyä, palvelukykyä ja taloudellisuutta. Hoidon tuloksellisuuteen vaikuttavissa tekijöissä korostuu henkilökunnan ammattitaito, läheisten merkitys, avo- ja sairaalahoito sekä lääkehoito.</p>
<p>Varis, Ursula 2005, Suomi.</p> <p>Potilastytyväisyys aikuispsykiatrisessa sairaalahoitossa.</p>	<p>Selvittää, kuinka tyytyväisiä aikuispsykiatrisessa sairaalahoitossa olevat potilaat ovat hoitoonsa.</p>	<p>Suljetun akuuttivuosastoston hoidon päätösvaiheessa oleville potilaille (N=101) laadittu strukturoitu kyselylomake.</p>	<p>Potilaat olivat kokonaisuudessaan suhteellisen tyytyväisiä hoitoonsa. Potilaat olivat eniten tyytyväisiä turvallisuuden tunteeseen, henkilökuntamäärään, jatkohoitosuunnitelmista tiedottamiseen ja mahdollisuuteen keskustella kahden kesken henkilökunnan kanssa. Vähiten tyytyväisiä potilaat olivat yhteisiin kokouksiin, osastoosittien saamiseen ja sairauteen liittyvän kirjallisuuden saamiseen.</p>

ASIAKASTYYTYVÄISYYS

Hoitotyöntekijä

Kommunikointi

Ammattitaito

Hoitosuhde

Yhteistyö

Asiakaslähtöisyys

Tiedonsaanti

Tulokset

Omaiset

Potilas/hoitaja

Moni ammatil-
lisuus

Yksilöllisyys

Hoidon suunnitte-
luun osallistuminen

Kirjallinen /
suullinen

Riittävä/ vaikut-
tava

Tapaamiset
Ryhmä/perhe

Aito kiinnostus

Hoidon
jatkuvuus

Taustan huomioimi-
nen

Itsenäisen päätöksenteon
tukeminen

Hoito, sairaus,
palvelut, lääkitys

Toimintakyvyn
parantuminen

Omaiset
otettiin
mukaan
hoitoon

Arvostus,
kunnioitus

Tuki (Pelkoon,
pahaan oloon)

Ystävällisyys

Luottamus

Hoitoa koskevat mieli-
teesi otettiin huomioon

Hoitoon on ollut mahdol-
lista vaikuttaa.

Henkilökunta on ammat-
titaitoista.

Ymmärrettävää
tietoa

Tietoa on annettu
ymmärrettävästi

Palveluista annettiin
tarpeeksi tietoa.

Hoidosta annettiin
tarpeeksi tietoa.

Oireiden lievitty-
minen

Poliklinikan toiminta
on edistännyt toipumis-
tani.

Henkilökunnalla on
ollut tarpeeksi aikaa
sinulle.

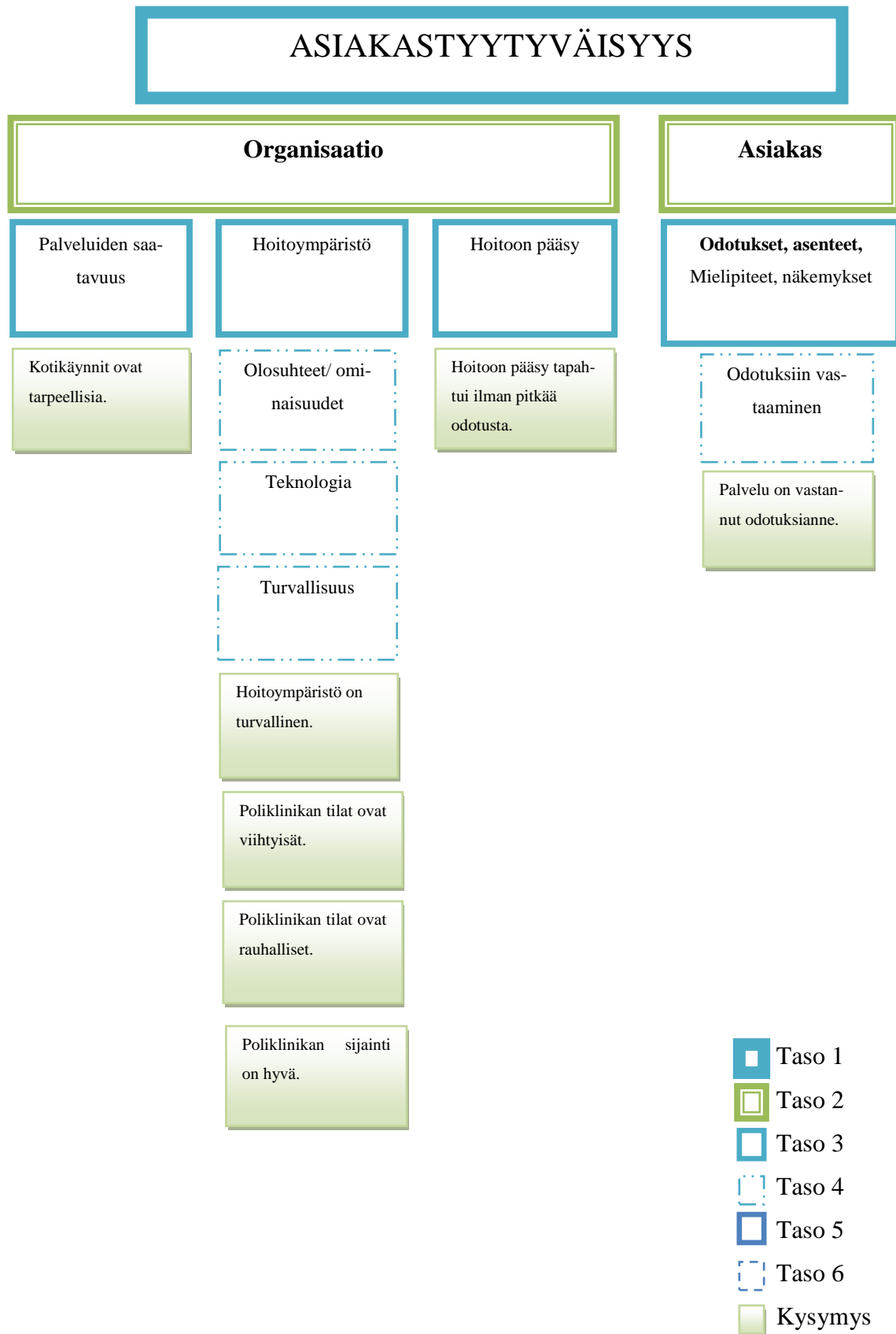
Henkilökunta on ollut
aidosti kiinnostunut
hoidostasi.

Henkilökunta on
kohdellut sinua kunnioittavasti.

Henkilökunta on
kohdellut sinua ystävä-
vällisesti.

Hoito on ollut luotta-
muksellista.

Asiakastyytyväisyys teoriasta kyselylomakkeeksi



SAATEKIRJE

Arvoisa kyselyyn vastaaja,

Olette vastaamassa ja arvioimassa Mikkelin Ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden opinnäytetyönä laatimaa kyselylomaketta. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 5 minuuttia. Kyselylomake on nyt testausvaiheessa. Kyselyn tarkoituksena on selvittää psykiatristen avohoitopotilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja mahdollisia kehitysehdotuksia hoitoon liittyen. Toivoisimme, että antaisitte meille palautetta ohessa olevasta kyselylomakkeesta. Mukana on myös palautekaavake, johon toivoisimme teidän vastaavan.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan nimettömänä, eikä teidän henkilöllisyytenne selviä missään testauksen vaiheessa. Antamianne tietoja käytetään ainoastaan tätä kyseistä testausta varten ja täyttämänne vastauslomakkeet tullaan hävittämään testauksen jälkeen. Antamanne tiedot eivät vaikuta saamanne hoitoon.

Pyydämme teitä ystävällisesti palauttamaan kyselylomakkeen ja palautekaavakkeen saamassanne kirjekuoressa. Sulkekaa kirjekuori ja palauttakaa se poliklinikalla olevalle henkilölle, jolta saitte kyselylomakkeen. Kyseiseltä henkilöltä saatte myös tarvittaessa lisätietoja.

Kiitämme teitä osallistumisesta!

Jenni Laine Elina Rahikainen

Sairaanhoitajaopiskelijat

Mikkelin Ammattikorkeakoulu

Mikkeli

LIITE 4(1).
Kyselylomake

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan jokaiseen kohtaan joko laittamalla rasti mielipidettänne parhaiten vastaavaan vaihtoehtoon tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan. Väittämät koskevat hoitoympäristöä, henkilökuntaa ja palvelua.

Kyselylomakkeen loppuun on varattu tilaa vapaalle kommentoinnille ja pidemmille vastauksille.

1. Ikä _____ vuotta

2. Sukupuoli:

Nainen

Mies

3. Vastaaja:

Asiakas

Asiakas omaisen kanssa

4. Avohoito:

Jatkuu

On päättymässä

5. Millä seuraavista poliklinikoista olette asioineet?

Psykiatrian poliklinikka

Akuuttityöryhmä

Psykoosipoliklinikka

Psykogeriatrian poliklinikka

6. Minkä ammattiryhmän palveluita olette saaneet?

Lääkäri

Psykologi

Sairaanhoitaja

Muu, mikä? _____

7. Mitä seuraavista palveluista olette saaneet?

Fysioterapia

Toimintaterapia

Lääkehoito

Musiikkiterapia

Kuvataideterapia

Työterapia

Ryhmätapaaminen

Perhetapaaminen

Perheterapia

Pariterapia

Psykoterapia

Psykologinen tutkimus

Kotikäynti

Kuntoutusohjaus

Puhelimitse tapahtuva yhteydenotto

Sosiaalityön palvelut

Hoitosuhde

Muu, mikä? _____

8. Kuinka kauan olette olleet poliklinikan asiakas?

Alle kuukauden

6-12 kuukautta

1-3 kuukautta

Yli vuoden

3-6 kuukautta

Kyselylomake

Hoitoympäristö

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
9. Poliklinikan sijainti on hyvä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Poliklinikan tilat ovat rauhalliset.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Poliklinikan tilat ovat viihtyisät.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hoitoympäristö on turvallinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Henkilökunta

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
13. Henkilökunta on kohdellut teitä kunnioittavasti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Henkilökunta on kohdellut teitä ystävällisesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Henkilökunta on ammattitaitoista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Henkilökunta on ollut aidosti kiinnostunut hoidostanne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Henkilökunnalla on ollut tarpeeksi aikaa teille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hoito on ollut luottamuksellista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palvelu

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
19. Hoitoon pääsy tapahtui ilman pitkää odotusta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Omaiset otettiin mukaan hoitoon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hoitoa koskevat mielipiteenne otettiin huomioon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hoitoon on ollut mahdollista vaikuttaa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hoidosta annettiin tarpeeksi tietoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Poliklinikan palveluista annettiin tarpeeksi tietoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tietoa on annettu ymmärrettävästi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Poliklinikan toiminta on edistänyt toipumistanne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Kotikäynti on tarpeellinen palvelu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Palvelu on vastannut odotuksianne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Mitä muuta haluaisitte sanoa? Kehittämisehdotukset?

KIITOS VASTAUKSISTANNE !

PALAUTE KYSELYLOMAKKEEN TESTAUKSESTA

1. Onko kyselylomake selkeä?
2. Kuinka paljon vastaamiseen kului aikaa?
3. Ovatko kysymykset selkeitä?
4. Ovatko vastausvaihtoehdot selkeitä?
5. Jäikö olennaisia kysymyksiä puuttumaan?
6. Oliko kyselylomakkeessa turhia kysymyksiä?
7. Mitä muuta haluaisitte sanoa?

Kiitos vastauksistanne!






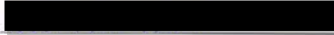

MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan: Etelä-Savon sairaanhoitopiiri

PYYNTÖ

Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda asiakastyytyväisyyskysely psykiatrisen avohoidon asiakkaille. Kyselylomakkeen tavoitteena on saada tietoa siitä, kuinka tyytyväisiä psykiatrisen avohoidon asiakkaat ovat saamaansa hoitoon ja kuinka avopalvelun asiakkaat kehittäisivät hoitoa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa vain kyselylomake, ei vielä toteuttaa kyselytutkimusta. Kyselylomake jää toimeksiantajalle.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Kohderyhmänä opinnäytetyöllemme ovat psykiatrian, psykogeriatrian ja psykoosipoliklinikan sekä akuuttityöryhmän asiakkaat. Opinnäytetyön yhteyshenkilöt ovat psykogeriatrian poliklinikan osastonhoitaja Jaana Väänänen sekä sairaanhoitaja Asta Pulkkinen, psykiatrian poliklinikalta Tiina Arpiainen, psykoosipoliklinikalta Tuula Romo ja akuuttityöryhmästä Arja Haponen.
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Olemme laatineet strukturoidun kyselylomakkeen, jonka testaamme poliklinikoiden asiakkailla. Lomake koostuu 27 monivalintakysymyksestä sekä yhdestä avoimesta kysymyksestä.
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Esitestaamme lomakkeen poliklinikoiden asiakkailla (n=8) helmi-maaliskuussa 2013.
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Huhtikuu 2013
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	28 päivänä tammikuuta 2013  opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Yliopettaja Hanna-Elina Vuorimaa hanna-elina.vuorimaa@mamk.fi
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi <u>JENNI KATNE</u> puh. 	
Osoite 	
Nimi <u>ELINA RAHIKAINEN</u> puh. 	
Osoite 	

Anomus käsitelty 13 02 2013 lupa myönnetty lupa evätty, peruste: _____

Allekirjoitus

1.
Asia

Tutkimusluvan myöntäminen

Laine Jenni Rahikainen Elina

2.
Asiaselostus

Asiakastyytyväisyyskysely psykiatriseen avohoitoon

Tutkijat: Jenni Laine ja Elina Rahikainen, Mikkelin ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kyselylomake, joka mittaa asiakastyytyväisyyttä. Kyselylomake tuotetaan psykiatrian, psykogeriatrian ja psykoosipoliklinikoille sekä akuuttiryhmälle käytettäväksi. Kyselylomake testataan poliklinikoiden asiakkailta.

Psykiatrian tulosaluejohtaja, ylilääkäri Jussi Seppälä ja ylihoitaja Sirpa Laamanen puoltavat tutkimuslupahakemusta.

3.
Päätös

Myönnän luvan tutkimuksen suorittamiseen Etelä-Savon sairaanhoitopiirin psykiatristen palveluiden tulosalueella.

4.
Päätös asetettu yleisesti nähtäväksi, paikka ja aika

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kirjaamo
18.2.2013 klo 9.00-15.00.

5.
Allekirjoitus, paikka ja pvm

Mikkelissä 13.02.2013



Matti Suistomaa
Johtajaylilääkäri

6.
Lisätiedot

Lisätietoja päätöksestä antaa johtajaylilääkäri Matti Suistomaa, puh. 044 351 2400 tai sähköpostitse matti.suistomaa@esshp.fi.

7.
Jakelu

Jenni Laine
Elina Rahikainen
ylilääkäri Jussi Seppälä
ylihoitaja Sirpa Laamanen

8.
Muutoksenhaku

Muutosta tähän päätökseen saa hakea Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitukselta kirjallisella oikaisuvaatimuksella 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Tarkemmat kirjalliset oikaisuvaatimusohjeet saa päätöksentekijältä tai kirjaamosta, puh. (015) 351 2502.

9.
Tiedoksiantajan allekirjoitus

Pvm 14.2.2013 Tiedoksiantaja Jukka Eskola