

Aleksandr Doubrovitski, Konsta Kaikkonen & Veera Oja

**ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA HOIDOSTAAN OULUN AVOHOIDON MIELEN-
TERVEYSPALVELUISSA**

Opinnäytetyö

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA HOIDOSTAAN OULUN AVOHOIDON MIELEN- TERVEYSPALVELUISSA

Opinnäytetyö

Aleksandr Doubrovitski,
Konsta Kaikkonen & Veera Oja
Opinnäytetyö
Syksy 2018
Hoitotieteen tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, Sairaanhoidajan tutkinto

Tekijät: Aleksandr Doubrovitski, Konsta Kaikkonen, Veera Oja
Opinnäytetyön nimi: Asiakkaiden kokemuksia hoidostaan Oulun avohoidon mielenterveyspalveluissa

Työn ohjaaja: Kaisa Koivisto ja Pirkko Suua
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2019

Sivumäärä: 52+4

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa asiakkaiden kokemuksista saamastaan hoidon laadusta, käytetyistä hoitokeinoista sekä mahdollisista parannusehdotuksista nykyiseen hoidon eri vaiheisiin (hoidon aloitukseen, toteutukseen sekä lopetukseen). Tämä tavoite saavutettiin toteuttamalla kvalitatiivinen lomaketutkimus, jossa luotiin ja lähetettiin Oulun mielenterveyspalvelujen avohoidon entisille asiakkaille kyselylomake ja kerättiin yhteen heidän vastauksensa. Vastaukset analysoitiin kvalitatiivisella menetelmällä ja tutkimustulokset koottiin tähän opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyö tehtiin kevään 2018 ja syksyn 2019 välisenä aikana Oulun kaupungin avohoidon mielenterveystoimiston aluetyöryhmien palveluesimiesten toimeksiannosta. Toimeksiannon tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden näkemyksiä hoidon eri vaiheista, edusta ja heikkouksista.

Tutkimustulosten pohjalta opinnäytetyön päätuloksina ilmenee, että hoitotyö mielenterveyspalvelujen avohoidossa on asiakkaita tyydyttävää ja asiakkaat arvostavat hoitajia. Lisäksi asiakkaat kertovat hyötynensä saamastaan hoidosta merkittävästi. Asiakkaat tuovat kuitenkin esille, että hoidon lopetukseen liittyy ongelmia, eivätkä he aina näe hoidon loppuneen tai ymmärrä syytä, miksi hoitosuhde olisi katkaistu. Ajanvarauksille saapumatta jäämiset johtuivat kyselyn vastanneiden mielestä valtaosin äkkinäisistä ja henkilökohtaisista syistä, joihin hoitohenkilökunta ei olisi pystynyt reagoimaan millään tavalla. Merkittävin parannusehdotus, jonka kyselyyn vastaajat ehdottivat, koski tekstiviestimuistutusta; tällainen palvelu on kuitenkin otettu jo käyttöön Oulun mielenterveyspalvelujen aluetyöryhmässä.

Kehitysehdotukseksi tämän opinnäytetyön perusteella suosittelemme määrällistä tutkimusta asiakkaiden hoitotyytyväisyydestä sekä kattavaa laadullista tutkimusta ajanvarausten peruutuksista ja keinoista niiden vähentämiseksi. Mielenterveystoimiston avohoidon hoitohenkilökunnalle suosittelemme säännöllisyyden korostamista asiakkaille sekä mahdollisesti kattavampaa tutustumista erilaisiin hoitomalleihin.

Asiasanat: Hoitotyö, avohoito, kvalitatiivinen, kysely, ajanvaraus, hoidon lopetus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care, option of Nursing

Authors: Aleksandr Doubrovitski, Konsta Kaikkonen, Veera Oja
Title of thesis: Asiakkaiden kokemuksia hoidostaan Oulun avohoidon mielenterveyspalveluissa
Supervisor(s): Kaisa Koivisto and Pirkko Suua
Term and year when the thesis was submitted: Fall 2019 Number of pages: 52+4

The aim of this Bachelor's thesis was to collect information on views of former clients of Oulu's avohoidon mielenterveyspalvelut (Oulu's outpatient mental health services) regarding quality of treatment, significance of used treatments and suggested improvements for current & future mental health care. This objective was attained through implementing qualitative analysis, in which questionnaire was created & sent to former clients of Oulu's outpatient mental health services. Replies were collected & evaluated using qualitative method and research findings were accumulated into this thesis.

Thesis was an assignment from service supervisors of Oulu's outpatient mental health services, and it was compiled between spring 2018 and fall 2019. The intention of the assignment was to gather opinions and outlooks of former clients about various stages of their treatment, its merit and its weaknesses.

Based on the findings of thesis the conclusion is that on average treatment and care work is good and that clients value their nurses (as well as other staff). In addition, clients tell that they benefited significantly from received treatment. However, several clients do mention that they have experienced issues with termination of their therapeutic relationship. Specifically, this is related to clients not always understanding that treatment has already ended or why said occurrence has happened. In regards of missing appointments – clients considered majority of reasons were so sudden and irreversible that nursing staff of the outpatient mental health services couldn't react to those missing appointments in any way. Noticeably few however missed appointments in general & all former clients that answered questionnaire tried to make the appointments regardless. Most substantial proposal for improvement concerned making a text message -service (sms) that would remind clients about appointments. However, this type of service is already in use at the Oulu's outpatient mental health services.

As a developmental proposal, we suggest based on this thesis that further quantitative analysis in regards of satisfaction of treatment, additional comprehensive qualitative analysis concerning appointments is to be made. In addition, we recommend that nursing staff emphasize punctuality to clients even further. It is also worth considering educating staff about various treatment models such as open dialog -approach to treatment.

Keywords: Nursing, care work, outpatient, qualitative, questionnaire, appointment, termination

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	AVOHOIDON MIELENTERVEYSTYÖ	8
2.1	Mielenterveystyö	9
2.2	Hoitosuhde mielenterveystyössä	10
2.3	Hoidon lopetus	13
3	TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	14
4	TUTKIMUSMETODOLOGIA	15
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	17
5.1	Tutkimuksen osallistuvien valinta	17
5.2	Lomaketutkimuksen aineistonkeruumenetelmät	17
5.3	Laadullisen tutkimuksen aineistojen analysointimenetelmät	19
6	TUTKIMUSTULOKSET	21
6.1	Hoidon aloitus	22
6.2	Hoidon toteutus	26
6.3	Hoidon lopetus ja jatkohoito	30
6.4	Asiakkaiden kehittämisajatukset ja toiveet	37
6.5	Asiakkaiden omat ehdotukset	37
7	YHTEENVETO TAI POHDINTA	40
7.1	Tutkimustulosten tarkastelua aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden perusteella	40
7.2	Tutkimuksen eettiset kysymykset	41
7.3	Tutkimuksen luotettavuus	43
7.4	Jatkotutkimusehdotukset	44
7.5	Tutkimuksen tekemiseen liittyvää pohdintaa ja omat oppimiskokemukset	45
	LÄHTEET	48
	LIITTEET	55

1 JOHDANTO

Tutkimusaihe oli toimeksianto Oulun kaupungin mielenterveyspalveluilta. Tutkimus oli laadullinen tutkimus ja aineisto kerätään laadullisen tutkimuksen lomakekyselyn avulla. Kysely tuotettiin ja toteutettiin Oulun kaupungin mielenterveyspalveluissa yhteistyössä avohoidon asiakkaiden ja henkilökunnan kanssa.

Potilaasta on tulossa yhä aktiivisempi toimija terveydenhuollossa ja näin ollen terveydenhuoltoa kehitetäänkin potilas- ja yksilökeskeisemmäksi aiemman toiminnan kohteena olemisen sijasta. Mielenterveystyössä keskeisenä arvona ja tavoitteena on potilaan osallisuus omaan hoitoonsa, mutta sen toteutumisessa käytännössä on vielä kehitettävää. (Laitila 2010, 2.) Kun potilas kokee tulevansa kuulluksi kohtaamisessa mielenterveystyöntekijänsä kanssa, on tällä todettu olevan merkitystä hoitoon sitoutumisessa sekä hoidon tuloksellisuudessa. (Ehrling 2009) Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, koska psykiatristen asiakkaiden kokemuksia hoidostaan tutkitaan suhteellisen vähän (Korkeila 2009).

Anthony & Crawford toteavat, että palveluiden käyttäjien osallisuudella voidaan lisätä potilaiden hoitomyöntyvyyttä sekä tyytyväisyyttä hoitoonsa. Tämä nähdään myös keskeisenä osana asianmukaista ja hyvää hoitoa sekä käytäntöä. (Anthony & Crawford 2000). Tunnustettuja ongelmia mielenterveystyössä ovat muun muassa se, etteivät kaikki asiakkaat pääse hoidon piiriin oikea-aikaisesti, työkyvyttömyyseläkkeelle joutuneita mielenterveysasiakkaita on runsaasti, eikä huomiotta voi jättää myöskään sitä, etteivät vaikeimmin sairaat henkilöt välttämättä pääse hoidon piiriin ollessaan jo liian uupuneita hakemaan apua omatoimisesti. On myös todettu, että asiakasta kuuntelemalla sekä erilaisia hoitomuotoja kokeilemalla voidaan saada hyviä tuloksia mielenterveystyössä. (Vasantola 2017)

Tutkimuksen avainsanoja ja -termejä ovat: mielenterveys, mielenterveystyö, mielenterveyspalvelut, psykiatrinen hoitotyö, avohoito, asiakaslähtöisyys ja hoitopolku. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että asiakkaiden toiveet ja asiantuntemus omasta hoidostaan jäävät usein huomioimatta käytännön hoitotyössä (Beresford, 2001). Goodwinin ja Happelin (2006) mukaan myös asiakkaiden omaisten mielipiteet sekä heidän tietotaitonsa tulee harvoin otettua huomioon tai sitä ei käytetä lainkaan.

Mielenterveyspalveluiden asiakkaat ovat itse tärkeimpiä henkilöitä kertomaan, mikä mielenterveyspalveluissa toimii asiakkaan näkökulmasta ja mikä taas ei (Muurinen ym. 2010, 109). Korkeilan (2009, 1) mukaan psykiatrisesta avohoidosta ei ole tehty paljonkaan laadullista tutkimusta, jolla voitaisiin mitata avohoidon vaikuttavuutta ja tehokkuutta, toisin kuin hoitotyöstä yleisesti löytyy useampiakin tutkimuksia.

Mielenterveyslaissa todetaan, että: "Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan" (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 4 §). Niinpä psykiatrinen hoitotyö järjestetään ensisijaisesti avohoitona, sairaalapaikkojen määrän vähennyttyä 1980-luvulta lähtien palveluiden rakennemuutoksien vuoksi

Tällä opinnäytetyöllä haluttiin selvittää asiakkaiden kokemuksia saamastaan hoidosta Oulun kaupungin mielenterveyspalveluissa. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, jota varten luotiin sekä sähköinen että paperinen kyselylomake hoitonsa jo päättäneille mielenterveyspalveluiden käyttäjille. Tutkimuksella haluttiin tuottaa asiakaslähtöistä tietoa siitä, millaisia kehittämisehdotuksia itse palveluiden käyttäjät kaipaisivat mielenterveystyöhön sekä siitä, millaiset tekijät ovat palveluiden käyttäjien näkökulmasta koettu toimiviksi.

Tutkimus tehtiin tilaustyönä Oulun kaupungin avohoidon mielenterveyspalveluille ja se toteutettiin tiiviissä yhteistyössä yhdessä tilaajien ja opinnäytetyön tekijöiden kanssa. Opinnäytetyön tekijät suuntautuvat opinnoissaan päihde- ja mielenterveystyöhön, jolloin tutkimuksen aihe kiinnosti tekijöitä niin ammatillisesti kuin henkilökohtaisestikin. Tutkimuksen toivottiin edistävän mielenterveystyön kehittämistä ja tuovan asiakkaiden kokemuksia esille Oulun kaupungin avohoidon mielenterveyspalveluiden aluetyöryhmissä.

2 AVOHOIDON MIELENTERVEYSTYÖ

Avohoidolla tarkoitetaan ohjattua terveyden- tai sairaanhoitoa, jossa potilaat eivät vietä pitkiä aikoja laitos- tai osastohoidossa. Avohoitokäynti voidaan toteuttaa potilaan toimesta esimerkiksi sairaalassa poliklinikalla, päiväkirurgiassa tai psykiatrisessa avohoitoyksikössä. Avohoitoon kuuluu jo olemassa olevien sairauksien kuntouttamista sekä sairauksien ehkäisy esimerkiksi terveysneuvonnan avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidosta 1507/2007 9.2§). Sosiaali- ja terveysministeriön (2012) mukaan avopalveluiden painottaminen mielenterveys- ja päihdetyössä on tärkeää niin inhimillisistä, hoidollisista kuin taloudellisistakin syistä.

Mielenterveystyössä avohoidon asiakkaita ovat ne henkilöt, joiden hoito ei vaadi psykiatrista osastohoitoa. Hoidon tarkoituksena on tukea asiakkaan itsenäistä selviytymistä arjessaan ja välttää pitkiä osastojaksoja, jotka saattavat joissain tapauksissa olla passivoittavia. Tavallisimmin avohoidon mielenterveyspalveluissa mielenterveyden häiriöitä hoidetaan tarjoamalla keskusteluapua ja lääkkeitä sekä toisinaan erilaista ryhmätoimintaa ja toiminnallisia hoitomuotoja, joita ovat esimerkiksi taide- ja musiikkiterapia. Vaikeiden ja pitkäkestoistenkin mielenterveysongelmien hoito on useimmiten toteutettu avohoidossa. (Suomen Mielenterveysseura, 2018.)

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan kunnan ja erikoissairaanhoidon järjestämiä palveluita, joissa toteutetaan mielenterveystyötä. Keskiössä ovat avopalvelut ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2018). Vuonna 2012 Sosiaali – ja terveysministeriön toteuttamassa suunnitelmassa *Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*, määritellään, että kuntien: "...velvollisuus on määrittää palveluverkosto ja järjestämisvastuussa oleva organisaatio, suunnitella tuotantotavat, valvoa toiminnan laatua sekä seurata väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta" (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2012) Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että: "Palvelujen tulee olla lähellä ihmisiä ja heidän arkeaan. Monipuoliset avopalvelut tuottavat enemmän hyvinvointia ja avohoitoon panostaminen on yleensä vaikuttavampaa kuin panostaminen laitospalveluihin. Jos lisäksi suuri osa kustannuksista käytetään laitoshoidon, on avohoitoa vaikea kehittää ja toteuttaa tarvittavassa määrin".

Pesonen 2002 ja Pöllänen 1994 ovat tutkineet asiakastytyväisyyttä ja määrittäneet, että asiakastytyväisyydessä selvitetään asiakkaan kokemaa tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä asiakkaan ja

palvelun tarjoajan välillä. Koettuun laatuun vaikuttavat se, mitä asiakkaan ja palvelun tarjoajan välisessä vuorovaikutuksessa tapahtuu. Koettuun laatuun vaikuttavat myös kokemukset siitä, kuinka palvelu saadaan ja millaiseksi palvelunsaanti koetaan tilanteessa, kuten myös mm. palveluiden saatavuus, asiakaspalvelijoiden ulkoinen olemus, muut asiakkaat sekä niiden tilojen viihtyvyys, joissa palvelu tapahtuu (Pesonen ym. 2002, 47; Pöllänen ym. 1994, 83, 85, 255.)

Väestöliiton mukaan asiakaslähtöisyyttä voidaan kuvata niin ihmisoikeus-, perusoikeus- kuin vapausoikeusnäkökulmasta. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan arvokkuuden tunteen säilyminen, yksilölliset tarpeet sekä asiakkaan omat toivomukset otetaan huomioon häntä koskevissa päätöksissä. Ensiarvoisen tärkeää on myös huomioida asiakkaan tunnevaltainen ja tiedollinen omaehtoisuus samoin kuin asiakkaan henkilökohtainen vakaumus. Asiakaslähtöisyyttä on myös se, että asiakasta tiedotetaan tarkoin siitä, millaisiin asioihin ja toimenpiteisiin hän suostumuksellaan antaa luvan (Väestöliitto, 2019.)

2.1 Mielenterveystyö

Mielenterveystyö on toimintaa, jonka tavoitteena on vahvistaa yksilön mielenterveyttä suojaavia tekijöitä sekä poistaa ja vähentää sitä vaarantavia tekijöitä. Mielenterveystyö jaetaan mielenterveyttä edistävään, mielenterveyshäiriöitä ehkäisevään sekä mielenterveyshäiriöitä korjaavaan toimintaan. Mielenterveystyötä voidaan toteuttaa ohjauksena ja neuvontana, huomioimalla yksilön ja perheen tarpeiden mukainen psykososiaalinen tuki sekä yhteensovittamalla yksilön ja yhteisön psykososiaalinen tuki äkillisissä kriisitilanteissa. Mielenterveystyötä ovat myös muut yksilön mielenterveyttä tukevat sosiaalipalvelut, kuten esimerkiksi sosiaalitoimiston liikuntaselvit työttömille (JHL, 2018). Mielenterveyslaki (1990/1116) määrittelee mielenterveystyön seuraavanlaisesti: ”Yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä”.

Tällöin mielenterveystyössä hoidetaan asiakkaita, joilla mielenterveys on heikentynyt tai he kärsivät erilaisista mielenterveyteen liittyvistä ongelmista. WHO määrittelee (2013) mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä, selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan. Määritelmän mukaan mielenterveys on voimavara, jonka varaan ihmisen hyvinvointi ja toimintakyky rakentuvat. Munnukka ym. kuvaavat mielenterveyden tarkoittavan elämisen taitoja eli kykyä tulla toimeen itsensä ja ympäristönsä kanssa (Munnukka, Halme, Kankainen, Kiikkala, Lehto & Rokkanen 1998; 107). Mielenterveys termiin sisältyy siis useita eri ulottuvuuksia, jotka tulee ottaa huomioon tässä tutkimuksessa. Suomessa tavanomaisin mielenterveyden häiriö on masennus (Markkula ym, 2017).

2.2 Hoitosuhde mielenterveystyössä

Mielenterveystyössä hoitosuhteella tarkoitetaan ammatillista auttamissuhdetta, joka on käsitteenä vakiintunut kuvaamaan hoitavan tahon ja asiakkaan kahdenkeskistä vuorovaikutussuhdetta. Hoitosuhteen tietoisena tavoitteena on hyödyntää vuorovaikutussuhdetta asiakkaan hoitamisessa. Mielenterveystyössä käytetään termiä ”omahoitajuussuhde” ja sillä viitataan juuri hoitosuhteeseen. Hoitosuhteessa sekä hoitaja että asiakas vaikuttavat molemmat toisiinsa ja edistävät näin muutosta toinen toisessa. Hoitosuhde eroaa ystävyysuhteesta sen sisältämän asiantuntijuuden vuoksi. (Mäkelä & Ruokonen & Tuomikoski 2001, 11-13; Punkanen 2001, 51-52; Ahlfors & Saarikoski & Sova 1992.). Hoitosuhteen lähtökohtana on humanistinen ihmiskäsitys, jonka mukaan hoitosuhteessa olevat henkilöt ovat ainutlaatuisia yksilöitä.

Sundeen ym. kuvaavat hoitoprosessia ”vuorovaikutukseen perustuvaksi ongelmanratkaisuprosessiksi, jota hoitaja soveltaa johdonmukaisesti ja yksilöllisesti saavuttaakseen hoitotyölle asetetut tavoitteet” (Sundeen, Stuart, Rankin, Cohen, 1987, 16-17). Hoitoprosessi perustuu yksilön itsemääräämisoikeuteen ja vapauten päättää tavoitteistaan sekä osallistua omaan hoitoonsa. Hoitoprosessissa hoitaja ja asiakas nähdään yhteistyökumppaneina luottamukseen perustuvassa suhteessa, jonka tavoitteena on tukea asiakkaan omia voimavaroja persoonallisen eheyden säilyttämiseksi (Sundeen, Stuart, Rankin, Cohen, 1987, 16-17).

Teoksessaan *Vuorovaikutus – avain hoitotyöhön*, Sundeen ym. jakavat hoitoprosessin eri vaiheen viiteen kohtaan:

1. Tietojen kerääminen
2. Hoitodiagnoosin tekeminen
3. Hoitotyön suunnittelu
4. Suunnitelmien toteuttaminen
5. Tietojen keruun, hoitosuunnitelman laadinnan ja hoitotoimien onnistuneisuuden arviointi

Hoito aloitetaan keräämällä tietoa asiakkaan terveydentilasta. Tietojen keräämistä ja kartoittamista jatketaan systemaattisesti läpi koko hoidon. Asiakkaan terveydentilaa koskevista tiedoista johdetaan hoidon tarpeen arvio, joka antaa suunnan hoitoprosessille. Hoidon toteutusta varten kerättävät tiedot ovat muun hoitohenkilökunnan käytettävissä asiakkaan hoidon aikana. Tiedoista keskustellaan hoitavien tahojen ja asiakkaan kesken ja kaikki kirjataan ylös (Sundeen, Stuart, Rankin, Cohen, 1987, 16-17).

Kun asiakkaan terveydentilaa koskevista tiedoista on johdettu hoitodiagnoosi, aloitetaan hoitotyön suunnittelu. Hoitotyön suunnitteluun kuuluvat diagnoosin perusteella määritellyt hoitotyön tavoitteet sekä tavoitteiden saavuttamisen edellyttämä ensisijaisjärjestys, lähestymistapa sekä hoitotoimet. Hoitotyön suunnitelman tekeminen on välttämätön toimi hoitoprosessin toteuttamisen kannalta.

Hoidon toteuttamiseen osallistuvat hoitohenkilökunta ja asiakas tiiviissä yhteistyössä. Asiakkaalta odotetaan sitoutumista hoitoprosessiinsa terveytensä parantamiseksi, palauttamiseksi ja ylläpitämiseksi. Asiakkaan tullessa hoidon piiriin, syntyy hänelle ja hoitavalle taholle hoitosuhde. Hoitosuhde alkaa rakentumaan heti siitä hetkestä lähtien, kun hoitaja ensi kerran haastattelee asiakasta ja kartoittaa tällä tavoin hoitosuhteen kannalta oleellisia tietoja.

Psykiatrisella hoitotyöllä tarkoitetaan psykiatrista hoitoa vaativien potilaiden kanssa toteutettavaa hoitotyötä, jota voidaan tarjota sekä avohoidon puolella että osastohoidossa. Psykiatrisessa avohoidossa haasteet liittyvät siihen, että samalla kun odotetaan asiakkaan ottavaan aktiivisesti vastuuta omasta hoidostaan, niin hänen odotetaan samalla noudattavan hoidollisia toimenpiteitä ja viranomaiskäytänteitä. Vaikka asiakas on hoidon kohde sekä oman voinnin ja elämänsä asiantuntija, niin käytännössä asiakkaan hoitaminen voi olla haastavaa (Kokko, 2003). Latvalan (1998) mukaan psykiatrisen hoitotyö jakautuu kolmeen perustyyppiin – varmistavaan eli autoritaariseen, kasvattavaan eli asiantuntijakeskeiseen sekä yhteistoiminnalliseen eli potilaslähtöiseen hoitotyöhön. Opinnäytetyömme painottuu potilaslähtöiseen hoitotyöhön, jonka Latvala kertoo olevan joustavaa, tapauskohtaista ja yksilöllistä. ”Potilaslähtöisen hoitotyön tulos on positiivinen, potilaan tavoitteiden

mukainen muutos potilaan jokapäiväisessä elämässä ja se mahdollistaa potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa vastuullisena osallistujana” Latvala (1998).

Hoitosuhde on vuorovaikutussuhde, jossa asiakkaan hoitoon vaikuttavat niin hoitohenkilökunnan oleminen, sanominen kuin tekeminenkin. Näin ollen hoitosuhde on prosessi, jonka etenemisen ja onnistumisen takaamiseksi on välttämätöntä saada muodostettua luottamus asiakkaan ja hoitavan tahon välille. Aina luottamus ei synny hetkessä, vaan vaatii aikaa muodostuakseen. (Anttila & Kaila-Mattila 2007,70.) Hoitosuhteessa keskiössä on kahden yksilön välinen vuorovaikutus, johon sekä asiakas että hoitaja osallistuvat aktiivisesti. (Kassara & Paloposki & Holmia & Murtonen & Lipponen & Ketola & Hietanen 2005, 49.)

Mielenterveyshoitotyössä ohjaaminen ja toiminta ovat luonteeltaan konsultoivaa ja motivoivaa, jolloin tavoitteena on löytää asiakkaan oma sisäinen motivaatio hoitoonsa. (Kuhanen & Oittinen & Kanerva & Seuri & Shubert 2010, 151.) Useimmiten hoitotyössä käytetään työskentelymenetelmänä keskustelua, jossa hoitaja antaa asiakkaalle tietoa sekä ohjaa keskustelua hoidon kannalta oikeaan suuntaan. Oleellista on myös, että asiakas itse pystyy avautumaan hoitajalle huolistaan ja tunteistaan. Jotta asiakas voisi kokea hoitajalle avautumisen mahdollisimman vaivattomaksi, tulee hoitajan suhtautua häneen neutraalisti ja hyväksyvästi. (Kuhanen ym, 2010, 168-169.) Hoitajan toiminta hoitosuhteessa on ammatillista, eettisten periaatteiden mukaista toimintaa, joka perustuu tieteellisiin faktoihin. (Rautava-Nurmi & Westergård & Henttonen & Ojala & Vuorinen 2012, 28-29.)

Hoitosuhteiden pituus ja luonne riippuvat hyvin pitkälti asiakkaan sairauden tasoista ja hoitajan kyvyistä toteuttaa hoitoprosessia. Keskeistä hoitosuhteelle on kuitenkin sen määräaikaisuus; hoitosuhde on ammatillinen suhde, joka päättyy, kun asiakkaan hoito saadaan päätökseen

Kun hoitotoimet on tehty, on aika arvioida hoidon toteutumista. Yhdessä asiakkaan kanssa hoitohenkilökunta arvioi hoitoprosessin vaiheita sekä hoitotoimien onnistumista.

2.3 Hoidon lopetus

Sundeen ym. Kirjoittavat hoitotyön arvioinnin perustuvan analyysiin. Analyysissä tulee ottaa huomioon hoitoprosessin vaiheet, asiakkaan reaktiot, hoitosuunnitelma ja toimintatavat. Hoidon arviointi on olennainen osa hoidon lopetusta, se luo pohjan tulevalle ja mahdollisille tarvittaville muutoksille. (Sundeen, Stuart, Rankin, Cohen, 1987, 27-29).

Sundeen ym. teoksessa *Vuorovaikutus – avain hoitotyöhön* hoidon päätösvaiheen laadun arvioidaan pitkälti riippuvan hoitosuhteen luonteesta. Kirjassa korostetaan molempien hoitosuhteen osapuolten kokemuksia ja kasvattavuutta. Hoitosuhteet on lajiteltu erinäisiin muotoihin, joissa jokainen päätösvaihe on erilainen.

Luottamuksellisen hoitosuhteen päätösvaihe horjuu, kun suhteen päätyminen realisoituu, mutta palautuu, jos luottamus on ollut alun perin vankka. Empaattinen hoitosuhde edesauttaa päätöstä, koska tunteita kyetään ilmaisemaan ja ymmärtämään helpommin. Välittävän hoitosuhteen päätöksessä välittämisen ilmaiseminen on osana päätösprosessia. Autonomisen suhteen päättyessä molemmat omaksuvat jälleen oman aiemman autonomisuutensa. Suhteen aikana opittu käyttäytyminen toivon mukaan vahvistaa molempien autonomisuutta. Vastavuoroisessa hoitosuhteessa luovutaan molempien osapuolten palatessa itsenäisimpiin toimiin. (Sundeen, Stuart, Rankin, Cohen, 1987, 155-159).

Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian hoito-ohjelmien potilasohjeissa korostetaan, että hoidon lopetuksen yhteydessä on tärkeää huomioida potilaan kyvyt ottaa vastuuta itsenäisemmin ja löytää turvaa itsestään ja omasta verkostostaan. Hoidon lopettamisessa tulee ottaa huomioon, ettei hoitoa pitkitetä liikaa, mutta myös potilaan mahdolliset vetoomukset hoidon jatkamiseksi. Onnistunutta hoidon lopetusta tukee hoidon hyvä suunnittelu ja analyysi. Tärkeää on potilaan oma suhtautuminen ja elämän sisällön ja tukiverkkojen löytyminen. (TAYS. Psykiatrian hoito-ohjeet. 2018.)

3 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä oli selvittää, millaisia kokemuksia hoitonsa päättäneillä asiakkailla on Oulun kaupungin avohoidon aluetyöryhmistä.

Kerätty tieto koostui asiakkaiden kokemuksista heidän saamastaan avusta ja siihen vaikuttaneista tekijöistä. Oleellista oli myös selvittää vastaajien kokemus henkilökunnan saatavuudesta ja tarjotuista palveluista.

Tutkimusaihetta lähestyttiin kvalitatiivisen metodologian kautta (Metsämuuronen 2008). Metodologia antoi myös pohjan tutkimustehtäville. Käytimme termiä tutkimustehtävä tutkimusongelman sijaan, koska tarkasti rajattu tutkimusongelma voidaan käsittää suppeammaksi kuin yleisemmin määritelty tutkimustehtävä (Hirsjärvi ym. 2016.). Tutkimustehtävä-termiä käytetään myös yleisimmin aineistolähtöisessä tutkimuksessa, joka sopi myös omaan tutkimukseemme.

Tutkimustehtävämme kohtasi asetettujen tavoitteiden ja tarkoituksen kanssa. Pääasiallinen tarkoitus, tavoite ja tehtävä oli tuottaa Oulun kaupungin mielenterveyspalveluille kattava tarkastelu, josta he saavat informaatiota avohoidon palveluiden toimivuudesta. Tämän informaatiota he voivat puolestaan hyödyntää haluamallaan tavalla ja käyttää sitä hyödyksi mahdollisissa palveluiden kehittämisissä.

Mielenterveyspalveluiden henkilökunnalta sekä opinnäytetyötä ohjaavilta opettajilta saimme tutkimuksen kannalta oleellista kokemuksellista tietoa, kuten Oulun avohoidon mielenterveyspalveluketjun toiminnasta ja asiakkaiden ajanvarausten haasteista. Tätä tietoa voitiin hyödyntää tutkimuksen loppuraportissa, kun pohditaan, millaisia muutoksia olisi mahdollista toteuttaa käytännössä avohoidossa. Vaikka palveluiden käyttäjät ovat parhaita henkilöitä arvioimaan sitä, mikä palveluissa toimii asiakkaan näkökulmasta, käytännönmuutoksiin tarvitaan kuitenkin paljon ammatilliseen kokemukseen perustuvaa tietoa. Tavoitteena oli tuottaa tutkimus, jonka avulla mielenterveyspalveluiden avohoitoa voidaan kehittää asiakaslähtöisemmäksi, siksi tutkimuksen kannalta oli oleellista ottaa huomioon myös hoitoon liittyvien ammattilaisten näkemykset.

4 TUTKIMUSMETODOLOGIA

Hoitoprosessin arviointia mielenterveystyössä lähdettiin tutkimaan asiakaslähtöisestä näkökulmasta, eli oli tärkeää kerätä tietoa asiakkaan kokemuksista, mitä hoidon aikana on hänen mielestään tapahtunut. Tähän asiaan nojaten valitsimme tutkimusmetodologiaksemme kvalitatiivisen tutkimuksen, joka toteutettiin lomakekyselynä.

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmä, jolla pyritään ymmärtämään tutkittavan kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Tässä tapauksessa tutkimuksella pyritään saamaan laadullista tietoa ihmisten kokemuksista ja käsityksestä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeisessä roolissa on tutkittavien oma näkökulma (Järvenpää, 2006). Tulokset kiteytetään ja ne argumentoidaan sekä analysoidaan muulla kuin määrällisellä suhteella. Tutkimusaineistoa kerätään todellisissa konteksteissa ja tilanteissa (Järvenpää, 2006). Laadullisessa tutkimuksessa tuloksia tarkastellaan tutkimuksen kohteeksi valitusta tapauksesta. Laadullinen tutkimus perustuu ymmärtäväiselle tiedekäsitykselle, jossa on tarkasteltava tahdottuina ja tarkoitettuina, erilaisia ajatuksia, tunteita, arvoja tai sanalla sanoen: erilaisia merkityksiä sisältävinä ja ilmaisevina (Tuomivaara, 2005).

Näin ollen käytetty laadullinen tutkimus tuotti opinnäytetyöhön tuloksia, jotka noudattivat tavoitteissa ja opinnäytetyön rajauksessa asetettuja määritelmiä. Laadimme avoimia laajempia kysymyksiä, joista saatiin yksityiskohtaisempaa ja yksilöllistä tietoa asiakkaan näkökulmasta. Tällä tavoin kysely tuotti henkilökohtaisempaa tietoa aiheesta; asiakkaiden subjektiiviset kokemukset ovat merkittävässä osassa tutkimuksen laadussa ja sen tavoitteiden täyttymisessä yleiskuvan lisäksi. Avoimien kysymysten pohjalta kerättyä materiaalia pystyi tulkitsemaan useasta eri kulmasta, sillä usea asiakas vastasi kyselylomakkeeseen vapaalla sanalla.

Opinnäytetyön tilaajien kanssa käydyssä palaverissa todettiin, että tarkoituksenmukaisen aineiston keräämiseksi vaaditaan käytettäväksi laadullista tutkimusta, jonka avoimien kysymysten ansiosta pystyimme arvioimaan mielenterveysasiakkaan hoitoprosessia hänen omasta näkökulmastaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Olimme kiinnostuneita siitä, miten mielenterveyspalveluiden asiakkaat arvioivat nykyistä hoitoprosessia ja vastaamalla opinnäytetyössä käytettävään kyselyyn, he tarjosivat omia käsityksiä, kuinka hoitoprosessia voitaisiin parantaa ja tehostaa sekä nykyisen

hoitoprosessin onnistuneista puolista. Aineistoa kerättiin tulostettujen kyselylomakkeiden ja internetissä Webropol-kyselyn kautta. Kyselyssä olleiden avoimien kysymysten tuloksia koostettiin ja tiivistettiin tähän raporttiin, jonka jälkeen raportin tulokset esitettiin yhteistyökumppaneille. Prosessin aikana luotettavuustekijät otettiin huomioon käyttämällä luotettavia lähteitä ja noudattamalla laadukkaan tutkimuksen peruseriaatteita.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksen osallistuvien valinta

Yhteistyökumppaneiden kanssa sovitusti tutkimuksen pohjana toimi avoimista kysymyksistä koostuva laadullinen kysely, johon tutkimukseen osallistuvat vastasivat paperisella kyselylomakkeella sekä vaihtoehtoisesti verkossa Webropol-ohjelmalla, erikseen postitetun linkin kautta.

Perusyhteisönä kvalitatiiviseen tutkimukseen käytössämme oli Oulun kaupungin avohoidon mielenterveyspalveluita käyttäneet asiakkaat, joista mielenterveyspalveluiden järjestelmästä haettiin tietokoneella asiakasjoukko, jolle kirjeet postitettiin. Tutkimukseen valittiin tarkoituksenmukaisesti henkilöitä, joiden hoitosuhde oli vastikään päättynyt. Tällöin tutkimukseen päätyi henkilöitä, joilla oli tuoreinta kokemusta Oulun kaupungin avohoidon mielenterveyspalveluiden koko hoitoketjusta.

Kyselylomakkeet sekä saatekirjeet toimitettiin tutkimukseen osallistujille postitse. Lisäksi jokaisen kirjeen mukana vastaajat saivat palautuskuoren, jolla toimittaa vastaukset takaisin tutkimuksen tekijöille. Valmiit kyselylomakkeet postitettiin siis esimaksetulla kuorella Oulun kaupungin mielenterveyspalveluiden avohoidon toimistoon, josta tutkimuksen tekijät noutivat ne erikseen.

Missään tutkimuksen vaiheessa opinnäytetyön tekijöillä ei ole ollut tietoa siitä, keitä vastaajalista piti sisällään, sillä postittaminen tapahtui mielenterveyspalveluiden sihteerien toimesta.

Saatekirjeen, kyselylomakkeen ja vastauskuoren lisäksi vastaajille postitettiin linkki, jolla kyselyyn vastaaminen oli mahdollista myös verkossa. Aikaa kyselyyn vastaamiseen ja takaisin postittamiseen varattiin noin kaksi viikkoa, jonka jälkeen vastauksia alettiin analysoida.

5.2 Lomaketutkimuksen aineistonkeruumenetelmät

Kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillinen aineisto kerätään haastatteluilla, esimerkiksi yksilö- tai ryhmähaastattelulla sekä havainnoinnilla ja videoinnilla. Myös päiväkirjat ja eläytymismenetelmät sopivat hyvin laadullisen tutkimuksen aineistonkeruuseen (Palojoki 1997). Opinnäytetyön tutkimuk-

nessä käytettiin aineistonkeruumenetelmänä laadullista menetelmää, jossa aineistoa kerättiin lomakekyselyllä. Tutkimuksen määrällinen komponentti toimi metodologian tukitoimena taustakysymysten kautta.

Tutkimuksella kartoitettiin mielenterveysasiakkaiden kokemuksia hoitoprosessistaan avohoidon mielenterveyspalveluissa. Koska tutkimuksella selvitettiin vastaajien henkilökohtaisia ja yksilöllisiä kokemuksia, on tärkeää nostaa esiin subjektiivinen merkitys.

Subjektiivista kokemusta saatiin mitattua avoimilla kysymyksillä, jotka antoivat vastaajalle itselleen tilaa vastata omasta yksilöllisestä kokemuksestaan, sen sijaan, että vastaajalle olisi tarjottu valmiiksi erinäisiä vastausvaihtoehtoja. Jotta yksilöllinen kokemus saatiin taattua vastaajille, tämä tutkimus toteutettiin laadullisena lomakekyselynä. Kyselylomakkeen rakenne koostui avoimista kysymyksistä, joihin vastaaja pystyi vastaamaan omin sanoin, muutamalla lauseella. Kyselyssä oli myös muutamia kvantitatiivisia kysymyksiä, joilla saatiin perusdataa vastaajajoukosta (sukupuoli, ikä, ym.).

Lomakekysely toteutettiin siten, että sillä selvitettiin rajatusti vain niitä asioita, joihin tarvittiin vastauksia, jolloin vastausten löytyminen aineistosta ei käynyt ylivoimaiseksi sekä saatiin varmistettua, että kysymykset vastaavat koko tutkimuksen ajan asetettuun tutkimustehtävään.

Tapaamisissa opinnäytetyön tilaajien kanssa käytiin läpi, millaisia toiveita heillä oli kyselylomakkeelle. Samalla esiteltiin alustava kysymysrunko, joka sisälsi kattavan valikoiman jo luotuja kysymyksiä. Tapaamisten aikana selvisi tilaajien halu selvittää laajasti asiakkaiden kokemuksia hoitopolusta kokonaisuutena. Tämän jälkeen hoitopolku rajattiin käsittämään hoidon aloituksen, hoidon toteutuksen sekä hoidon lopetuksen. Keskusteluissa ilmeni myös tilaajien toive pitää kysely selkeänä ja tiiviinä kokonaisuutena, jolloin siihen vastaaminen olisi mahdollisimman luontevaa. Tällöin olisi todennäköistä saada kaikkiin kysymyksiin merkityksellisiä ja laadukkaita vastauksia. Tilaajien kanssa sovittiin kyselyn keskeiset teemat ja yhdessä opinnäytetyön ohjaajan kanssa kysymykset muovattiin lopulliseen muotoonsa.

Tutkimuksen tilaajat hyväksyivät luodut kysymykset, jotka testattiin vielä kanssaopiskelijoilla. Testikyselyssä tarkasteltiin sitä, minkä verran aikaa kyselyyn vastaaminen vie sekä olivatko kysymykset helposti ymmärrettäviä. Saadun palautteen mukaan kysymykset oli koettu helposti ymmärrettäviksi. Vastausaika lomakekyselyyn vastaamiseen oli keskimäärin 30 minuuttia. Onnistuneen testauksen jälkeen voitiin aloittaa tutkimuksen toteuttaminen postittamalla lomakekyselyt vastaajille.

Kyselylomakkeet ja saatekirjeet tehtiin valmiiksi tietokoneella ja tulostettiin opinnäytetyön tilaajien toimesta heidän yksikössään. Lisäksi jokaiselle lomakkeelle hankittiin kirjakuori, johon lomake ja saatekirje suljettiin ja toimitettiin eteenpäin vastaajille. Postitse toimitettu kysely antoi vastaajille mahdollisuuden käyttää kyselyyn vastaamiseen tarvitsemansa ajan sekä soi mahdollisuuden vastata kysekyyn itselleen mieluisassa ympäristössä, esimerkiksi kotonaan. Tutkimukseen osallistujan vastuulla oli toimittaa täytetty kyselylomake posttiin, jotta vastaukset tavoittivat tutkimuksen tekijät.

5.3 Laadullisen tutkimuksen aineistojen analysointimenetelmät

Sisällönanalyysi menetelmä on keino analysoida dokumentteja systemaattisesti sekä objektiivisesti. Tässä yhteydessä dokumentilla tarkoitetaan miltei mitä tahansa kirjalliseen muotoon saatettua materiaalia, kuten esimerkiksi kirjeet, haastattelu, keskustelu ja raportit. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkitusta ilmiöstä tiivistetty ja yleiseen muotoon saatettu kuvaus.

Sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa alkuperäisdata pelkistetään siten, että siitä karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennainen pois. Tätä voi olla datan tiivistäminen tai pilkkominen osiin. Pelkistäminen voidaan tehdä etsimällä aukikirjoitetusta aineistosta tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja. Tämä voidaan tehdä esimerkiksi alleviivaamalla aineistosta saman värisellä kynällä samaa tarkoittavat ilmaisut ja eri värillä eriävät ilmaisut. Näin aineistosta etsitään kaikki tutkimustehtävää kuvaavat alkuperäisilmaukset sekä niitä kuvaavat pelkistetyt ilmaukset. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaukset listataan allekkain eri konseptille, aineistosta mitään kuitenkaan kadottamatta. Pelkistämävaiheessa tulee huomioida myös, että yhdestä lausumasta voi löytyä useampia pelkistettyjä ilmauksia.

Aineiston redusoinnin (pelkistämisen) jälkeen aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään. Klusteroinnissa kohteena olevan tutkimuksen perusrakenteelle luodaan pohja sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään huolellisesti läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuutta tai eroavaisuutta kuvaavia käsitteitä. Samaa ilmiötä kuvaavat ilmaisut ryhmitellään ja yhdistetään eri luokiksi, jolloin saadaan muodostettua alaluokat. Alaluokat nimetään kyseistä luokkaa kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluyksikkönä voidaan käyttää esimerkiksi tutkittavan ilmiön piirrettä, ominaisuutta tai käsitystä.

Luokittelua jatketaan siten, että alaluokkia yhdistelemällä muodostuu yläluokkia ja yläluokkia yhdistelemällä taas muodostuu pääluokkia. Pääluokat nimetään aineistosta esiin tulevan ilmiötä kuvaavan aiheen mukaan (Tuomi & Sarajärvi, 2018).

Kun aineisto on ryhmitelty seuraa aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen. Käsitteellistämässä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto sekä valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämisessä edetään alkuperäisaineiston käyttämistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin sekä johtopäätöksiin. Käsitteellistämistä jatketaan niin kauan kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. Analysoinnin aikana tarkkaillaan, että aineistossa säilyy polku alkuperäisaineistoon (Tuomi & Sarajärvi, 2018).

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Menetelmänä sisällönanalyysi perustuu datan tulkintaan ja päättelyyn, jossa empiirisestä aineistosta edetään kohti käsitteellistä näkemystä tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi, 2018).

Aineiston analysointi alkoi aineistoon tutustumisella. Aineistoa verrattiin tutkijoiden tekemiin muistiinpanoihin ja oletuksiin, jonka jälkeen kyselyn vastaukset järjestettiin eri luokkiin, joita vertailtiin keskenään. Aineistosta pyrittiin tunnistamaan eri osatekijöiden väliset yhteydet. Analysointimenetelmänä tässä tutkimuksessa oliärkevintä käyttää teemoittelua ja tyyppittelyä. Teemoittelulla aineistosta etsittiin tutkimusta valaisevat teemat, tunnistettiin teemojen esiintyminen aineistossa sekä teorian tiedon ja empiirisen tiedon vuorovaikutus. Teemoittelussa voitiin käyttää myös sitaatteja aineistosta, joilla voitiin osoittaa tutkijoiden tekemä teemoittelu. Tyyppittelyllä aineisto ryhmiteltiin tyypeiksi etsimällä vastauksista samankaltaisuuksia. Tyyppittelyn pääasiallisena tavoitteena oli löytää aineistosta samankaltaisuuksia ja poikkeavuuksia (Järvenpää 2006). Avohoidon mielenterveysasiakkaiden kokemukset nykyisestä hoitoprosessista ja näkemykset sen heikkouksista ja vahvuuksista määrasivät tyyppittelyllä ryhmitetyn aineiston asettelun

Tämän sisällönanalyysissä käytetyt pääluokat ovat kyselylomakkeen pääteemoista induktiivisesti johdettuja. Pääluokat ovat hoidon aloitus, hoidon toteutus ja hoidon lopetus. Tutkimusdatan ryhmitelyn jälkeen hoidon aloituksen alaluokiksi muodostuivat hoitosuhteen pituus, asiakkaiden käyttämät palvelut sekä hoidon suunnittelu.

Hoidon toteutuksen alaluokat olivat kokemus hoitosuhteen laadusta ja ajanvaraukselliset asiat. Vastaavasti hoidon lopetuksen alaluokkina toimivat henkilökohtaiset selviytymiskeinot, hoidon lopettamisen käytännön toimet sekä hoidon tavoitteiden toteutuminen.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyt lähetettiin huhti-toukokuussa 2019. Kysely lähetettiin yhteensä 276 entiselle Oulun kaupungin avohoidon mielenterveyspalveluiden aluetyöryhmien asiakkaalle. Kyselyyn osallistujiksi valittiin sellaiset asiakkaat, joiden hoitokontakti Oulun kaupungin avohoidon mielenterveyspalveluissa oli päättynyt vähintään kolme kuukautta aikaisemmin. Muita erityisiä vaatimuksia kyselyyn vastaajille ei ollut, mutta määrällisillä taustakysymyksillä saatiin vastaajista kartoitettua spesifimpää tietoa, kuten esimerkiksi ikä ja sukupuoli.

Kyselyyn vastaajien anonymiteetin takaamiseksi henkilökohtaisia tietoja käsittelivät vain mielenterveyspalveluiden sihteerit, jotka vastasivat lomakekyselyiden toimittamisesta osallistujille. Kaikkiaan vastauksia saatiin 21, (joista kahdeksan tuli sähköisenä Webropol-kyselyn kautta ja 13 tuli paperisena), eli vastausprosentiksi muodostui 7.6%.

Taustakysymyksillä saatiin määrällistä dataa, jota kuvattiin prosentuaalisesti vastaajien määrää sekä jakaamalla muita hoidon tukena käytettyjä palveluita.

Kvalitatiiviset tutkimustulokset muodostettiin induktiivisesti lomakkeen pääteemoista. Tällöin pääluokat muodostettiin lomakekyselyn mukaan. Vastauksia klusteroimalla niistä löydettiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, joiden perusteella muodostettiin kappaleessa 5.3 mainittujen pääluokkien alaluokat.

Kyselyn vastanneista 15 oli naisia (~76%) ja kuusi miehiä (~24%). Vastaajien syntymäajassa oli suurta hajontaa. Vanhimman vastaajan syntymävuosi oli 1949 ja nuorimman 1995, eli vastaajien ikäjakauma oli 46 vuotta. Vastaajien ikäjakauma mahdollisti laajan katsauksen eri ikäisten potilaiden näkemyksiin hoitonsa toteutuksesta ja päätöksestä.

Kyselyyn osallistuneet olivat paneutuneet vastaamaan kysymyksiin huolellisesti tarjoten kattavia vastauksia, jolloin saatiin riittävästi sellaista aineistoa, joka alkoi toistumaan osallistujien vastauksissa. Lomakekyselyssä ei täten ollut kysymyksiä, joiden vastausprosentti olisi jäänyt matalaksi. Vastaukset olivat systemaattisesti kuvailevia, joten tutkimusta varten saatiin käyttökelpoista materiaalia.

Kokkola ym. (2002, 32) tuo ilmi, että asiakkaan hoitosuhteen on oltava pitkä ennen kuin asiakas on valmis ilmaisemaan näkemyksiään ja tarpeitaan hoidossaan. Tähän nojaten, vastaajajoukko koostui hoitonsa jo päättäneistä henkilöistä. Vastaajien hoitosuhteet olivat eri mittaisia, mutta niiden

päättymisestä oli kulunut jo vähintään kolme kuukautta sitten. Tällä tavoin pyrittiin takaamaan se, että vastaajalla olisi jo tarpeeksi etäisyyttä päättäneeseen hoitoonsa ja näin ollen hoidon pohtiminen voisi olla vastaajalle helpompaa.

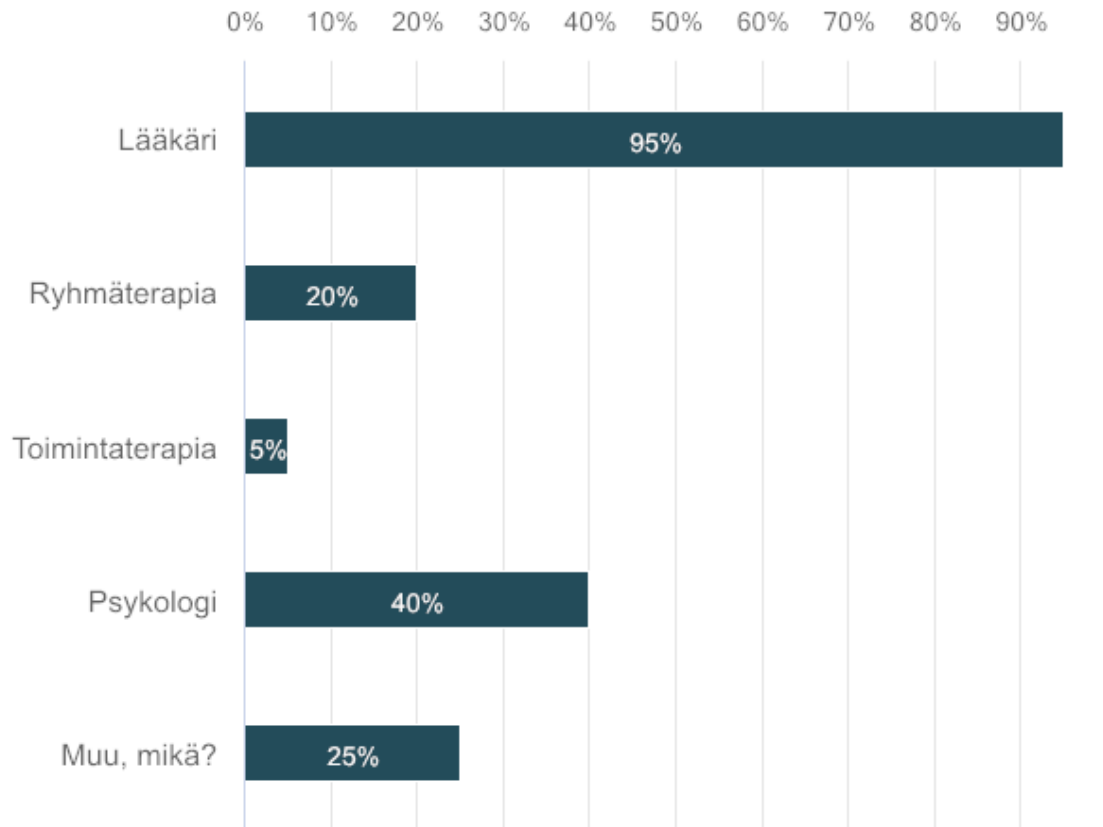
6.1 Hoidon aloitus

Kyselylomakkeen ensimmäiset osion kysymykset taustoittivat hoidon aloitusta sekä kartoittivat asiakkaan taustatietoja. Taustatiedoista kysyttiin vastaajan syntymävuotta sekä sukupuolta. Näin saatiin kvantitatiivista tietoa siitä, minkälainen ikä- ja sukupuolijakauma vastaajajoukossa oli. Vastaajan ikä ja sukupuoli voivat vaikuttaa siihen, millaisia vastauksia hän kyselyyn tuottaa.

Hoidon aloitus –pääluokan alaluokkia olivat hoitosuhteen pituus, asiakkaiden käyttämät palvelut sekä hoidon suunnittelu. Kyselyn alussa kartoitettiin sitä, millaiselle aikajanelle vastaajien hoitosuhteiden pituudet jakaantuvat. Vastaajista tiedettiin etukäteen vain se, että he olivat hoitonsa jo lopettaneita henkilöitä, mutta hoitosuhteiden kestoista tutkimuksessa ei ollut esitietoa.

Kyselylomakkeen hoidon aloitus osiossa selvitettiin myös asiakkaiden palveluiden käyttöä ja heidän hoitonsa suunnittelua. Kyselylomakkeella selvitettiin mitä muita palveluita hoitajakäyntien lisäksi asiakkaat olivat käyttäneet, ketkä olivat osallistuneet heidän hoitonsa suunnitteluun ja miten he olivat itse siihen saaneet vaikuttaa.

Psykiatrinen hoitotyö avohoidossa koostuu hoitajan tapaamisten lisäksi useimmiten myös satunnaisista lääkärin tapaamisista. Lääkärin tapaamisten tiheys riippuu kulloisestakin asiakkaasta ja tämän tarpeista. Näiden lisäksi avohoito voi sisältää myös erinäisiä ryhmätoimintoja, psykologin tapaamisia sekä toimintaterapiaa. Tutkimuksessa haluttiin tarkentaa, mitä muita palveluita vastaajat ovat käyttäneet hoitonsa tukena hoitajan tapaamisten lisäksi.



Kuvio 2. Mitä muita palveluita olet käyttänyt hoitajan tapaamistesi ohessa?

Vastaajista suurin osa (65%) oli käyttänyt avohoidon palveluita kauemmin kuin kaksi vuotta, 15% 1-2 vuotta, 10% 7-11 kuukautta ja 10% alle 4-6 kuukautta. Sairaanhoidajatapaamisten lisäksi avohoidonpalveluista 95% oli tavannut lääkäriä, 40% psykologia, 20% ryhmäterapiaa, 5% toimintaterapiaa ja 25% vastasi muu mikä, jossa eriteltiin epävakaatyöryhmä, fysioterapia, ravintoterapeutti ja sosiaalityöntekijä.

Vastausvaihtoehdot	Teksti
Muu, mikä?	Ensi- ja turvakodin avokäynnit
Muu, mikä?	psykoterapeutti (tuli muiden asioiden ohessa)
Muu, mikä?	OYS
Muu, mikä?	Fysioterapia (psykofyysinen), ravintoterapeutti, sosiaalit.t.
Muu, mikä?	EPÄVAKAATYÖRYHMÄ

Kuvio 3. Muut käytetyt palvelut.

Psykiatrinen avohoito koostuu asiakkaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksesta, jossa kaksi tahoa tekevät yhteistyötä saavuttaakseen yhteisen tavoitteen. Tämän vuoksi avohoidossa on tapana keskustella asiakkaan kanssa siitä, millä tavoin hoitoa suunnitellaan ja toteutetaan. Näin asiakasta itseään osallistetaan omaan hoitoonsa. Kyselylomakkeen viides kysymys käsitteli sitä, kuinka vastaajat kokivat voineensa vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun. Osassa vastauksissa ilmeni eroja siinä, miten vastaajat kokivat saaneensa vaikuttaa hoitonsa suunnitteluun, mutta yhteneväisyyksiäkin löytyi.

Eräs vastaaja kertoi saaneensa keskusteluapua, mutta ei ollut kokenut tätä itselleen riittäväksi hoidoksi:

” Olen saanut pelkästään keskusteluapua. Olisin toivonut jotain konkreettista stressin purku keinoja tms, mutta toiveistani huolimatta kerrat olivat vain keskustelua. El en voinut vaikuttaa”

Toisilla vastaajilla taas oli myönteisempiä kokemuksia osallistumisestaan hoitonsa suunnitteluun. Eräs vastaaja kuvasi saaneensa itselleen suotuisia aikatauluja hoitoprosessissaan, sekä tulleen kuulluksi lääkitystä koskevista näkemyksistään:

”Sain aikoja sopiville päivämäärille sopiviin kellonaikoihin. Mielenpitoitani lääkityksestä ja sen lopettamisesta kuunneltiin”

Toinen vastaaja kuvasi saaneensa systemaattista ohjausta hoitavilta tahoilta, siirtyessään hoidonpiiristä toiseen:

” Pyysin TK:sta lääkäriltä keskusteluaikaa psyk.hoitajalle, sain sen ja samoin hoidon siirryttyä mtt:lle ja pyydettyäni siellä ohjausta psykoterapiaan, hoitajat auttoivat selvittämään asiaa”

Joissain vastauksissa ilmeni haastavuus saada hoitoa lyhyen ajan sisällä:

”... minun piti odottaa 6 kuukautta enne kuin pääsin MTT:n palveluihin”.

Alla olevaan taulukkoon on koottu muita vastauksia koskien hoidon suunnittelua:

Vastaukset
Menin oma lääkärin vastaanotolle (marraskuu 2012) josta sain aikoja hoitajalle keskusteluun sekä muutaman käyntikerran MTT:n toimistolle (noin kolme).
Riittävästi.
En aluksi pystynyt vaikuttamaan hoitoni suunnitteluun, koska hoitoa suunniteltaessa minulla oli muuttoprosessi Rovaniemeltä Ouluun. Lisäksi minulla oli siihen aikaan myös erittäin huono parisuhde joka oli jo heti alussa kriisissä. Erottuani silloisesta kumppanista minun piti odottaa 6 kuukautta enne kuin pääsin MTT:n palveluihin.
Hyvin
Pystyin esittämään toiveita tapaamisten ajankohtien suhteen. Aikoja oli tarjolla viikonloppuisinkin, mikä oli hyvä juttu.
Huonosti
Erittäin hyvin. Tarpeet otettiin huomioon kokonaisvaltaisesti hoidon suunnittelussa.
Yhdessä psykoterapeutin kanssa.
Välillä pystyin, välillä en. Olen käynyt juttelemassa psykiatriselle sairaanhoitajalle aikoinaan.
Kerroin, mitä toivoin ja mitä en. Tosin, esim. sähköhoitoa hehkutettiin niin hyväksi, ei sopinut minulle :(
Sain valita hoitajan kanssa tapaamisajan.
Aika hyvin. Ei sitä saneltu ulkopuolelta vaan siinä kuunneltiin myös omia ajatuksiani. Toteutuminen olikin sitten oma juttunsa kun eri tahoille pääsyä sai odotella jopa vuoden.
Kertomalla hoitajalle minua vaivaavista asioista ja toiveistani hoidon suhteen
Sain ensimmäisenä kertaa toiveeni hoidon toteutuksen suhteen ja myöhemmin hoitaja ehdotti psykoedukatiivista ryhmää, johon osallistuminen oli minulle vapaaehtoista.
Hyvin
-
En mitenkään. Olen kärsinyt turhaan siitä asti, kun jouduin lastenpsykiatriselle osastolle 11-vuotiaana. En saanut mtt:llä apua traumoihini, joita lasten psykiatria ja lastensuojelu aiheutti, kun olin alaikäinen. Minua ei kuulemma voi auttaa, koska olen aikuinen.

Kuvio 4. Kerro omin sanoin, kuinka pystyit itse vaikuttamaan hoitosi suunnitteluun

6.2 Hoidon toteutus

Kyselyn toisessa osiossa kartoitettiin asiakkaiden kokemuksia hoitonsa toteutuksesta. Alaluokiksi rajattiin tutkimuksen tilaajien kanssa kokemus hoitosuhteen laadusta sekä ajanvaraukseen liittyvät tekijät.

Toimiva ja luotettava hoitosuhde hoitavan henkilökunnan kanssa on perusedellytys hoidon toimivuuden kannalta. Hoitosuhteen pysyvyys ja tätä kautta luottamuksen rakentaminen ovat lähtökohdina avohoidon toteutuksessa. Jotta asiakas tuntisi tulevansa kuulluksi, on hoitavan tahon lähestyttävä hoitosuhdetta asiakaslähtöisesti. Tämä korostui kysyttäessä hoitosuhdekokemuksia kysymyksessä seitsemän.

Tämän osion kysymyksillä haluttiin saada laadullisia vastauksia siihen, millaiseksi hoitosuhteet oli koettu. Tutkimuksen kannalta oli merkittävää kuulla vastaajien ajatuksia laajasanaisesti kuvailtuna, sillä näin saatiin todellinen käsitys heidän kokemuksistaan. Vastauksista kävi ilmi, että suurin osa koki hoitosuhteen hyväksi ja sitä kuvailtiin muun muassa sanoin *hyvä, turvallinen, luotettava, tarpeellinen ja ymmärtävä*. Vastausjoukossa tuotiin kuitenkin myös ilmi, että joissain tapauksissa hoitosuhde koettiin *vaivaannuttavaksi, riittämättömäksi sekä ammattitaidottomaksi*. Tällaiset vastaukset antavat osviittaa siitä, millaiset asiat hoitosuhteissa toimivat ja millaiset eivät.

Eräs vastaaja kuvaa yllättyneensä positiivisesti saamastaan hoitosuhteesta ja aluksi odottaneensa jotain aivan muuta:

”Hoitosuhde oli sujuvampi kuin mitä odotin, varauduin pahimmillaan ankaraan ja helposti suuttuvaan vanhanaikaiseen hoitajaan. Onneksi kyseinen hoitaja oli kuitenkin ymmärtäväinen niin minua kuin elämäntilannettani kohtaan”.

Toinen vastaaja kuvasi hoitosuhdettaan varsin myönteisin sanoin:

”Hoitosuhteeni oli hyvä, tunsin, että minua kuunneltiin ja kunnioitettiin, ja samalla autetaan etenevästi”.

Vastaukset
Ennen MTT:llä käyntiä hoitajan kanssa keskustelimme tilanteeseen johtaneista syistä ja hän en- tisenä ravintolamuusikkona ymmärsi työn kuormittavuuden.
Keskustelut auttoivat pahimman yli, joten hyvin tarpeellisiksi koin keskustelut.
Luottamuksellinen, ymmärtävä
KJoen, että minua kuunneltiin ja asiani otettiin vakavasti.
Omahoitajani on hyvä. Hän on vain nyt tällä hetkellä sairauslomalla pitkään, se on harmillista. Omahoitaja on aina omahoitaja (psykiatr.erik.sh),
Julkisella puolella todella riittämätön.
Ok.
Hyvä vuorovaikutussuhde.
Hoitosuhteeni oli hyvä, tunsin, että minua kuunneltiin ja kunnioitettiin, ja samalla autetaan ete- nemään.
Ei ole sillä tavalla kovin luottamuksellinen, koska hoitaja on jatkuvasti vaihtunut.
Hyväksi, turvalliseksi
Häneen oli helppo tutustua, hänelle oli helppo avautua. Tuntui, että ystäväystymme, koska meillä oli paljon yhteneväisiä juttuja. Sen takia oli kertoja, että itse olin hänen psykologina, vaikka oli minun psykologi aika. Ymmärrän tietysti, että hänellä oli silloin omassa elämässä vaikeaa...
Avoimeksi ja luotettavaksi
Ei minulla käsittääkseni ole hoitajaa. Jotkut 2 henkilöä + lääkäri tekivät diagnostisen kartoituksen 3v sitten ja sain lähetteen yksityiseen terapiaan, jossa yhtä käyn.
Erittäin hyvä, koin pystyväni luottamaan hoitajaani.
TK:n hoitajan luo en kerennyt mennä kertaakaan, mutta mtt:n hoitajat tuli tutuksi. Hoitajat vaih- tuivat melkein joka kerta, joten oli vähän hankalaa aloittaa aina keskustelua alusta. Muuten hoi- tajat oli ok.

Kuvio 5. Kerro omin sanoin, millaiseksi olet kokenut hoitosuhteen hoitajasi kanssa.

Vastauksissa ilmeni myös vastaajien tyytymättömyyttä hoitosuhteessa sovellettuihin teorioihin ja hoitomenetelmiin:

*“Minulla oli kaksi omahoitajaa, joista toisen kanssa ehdin tulla tutummaksi, sillä häntä näin useam-
min. Hoitosuhde tuntui luottamukselliselta ja oli ok, mutta varsinaista ”yhteyttä” ei ehkä missään*

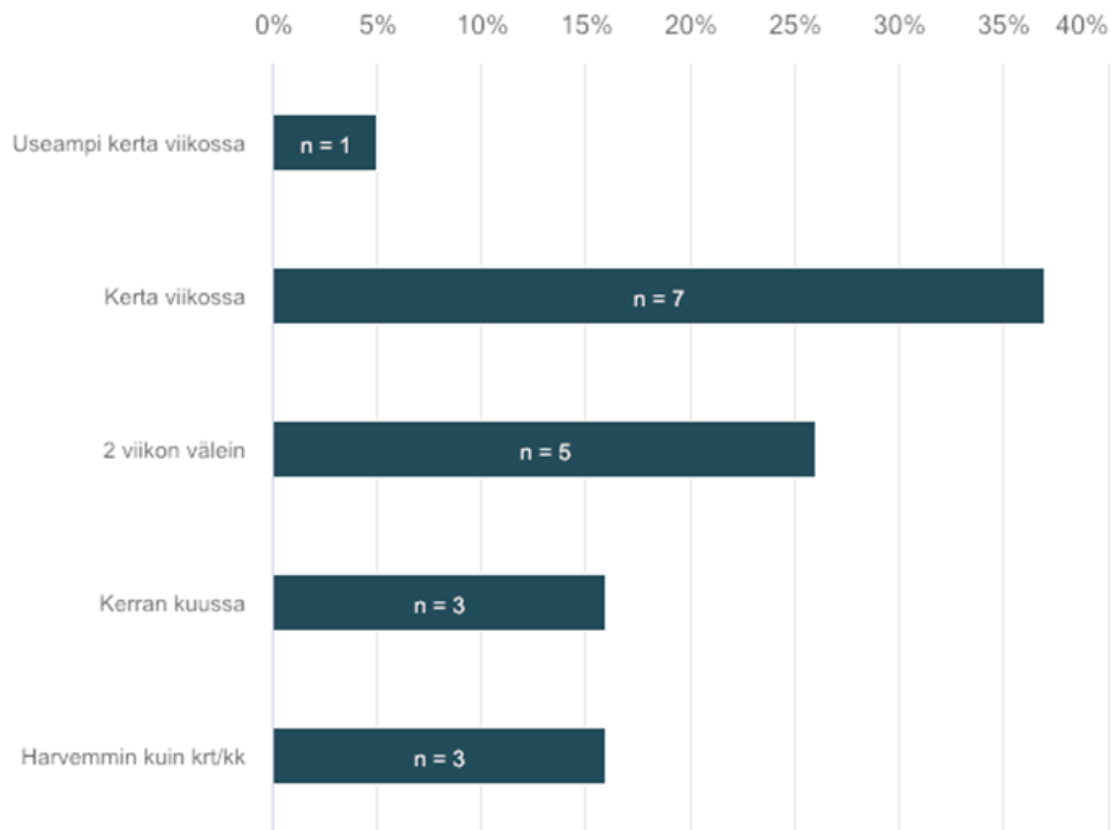
vaiheessa löytynyt. Tuntui, että hän koetti soveltaa minuun malleja ja teorioita ymmärtämättä aivan, mitä oikeasti olin kertonut. Emme kai puhuneet samaa kieltä”.

“Vaivautuneeksi. Koin, että hoitaja oli ammattitaidoton, eikä osannut soveltaa muita menetelmiä kuin kognitiivista suuntautumista”.

*“Minulla oli vuosia hoitajana ***** joka jäi eläkkeelle. Eli se hoiti vuosia. Koko hoito perustui aikuiseksi kasvattamiseen ja sisäisen laiminlyödyn lapsen tukahduttamiseen. En tullut kuulluksi, koska olen aikuinen, joten traumatisoitunutta lasta minussa ei kohdattu”.*

Hoitosuhteiden laadun kannalta edellä kuvatut vastaukset ovat otollisia kehittämisideointia ajatellen. Hoitohenkilökunnan voisi olla hyvä pohtia kuvattuja vastauksia esimerkiksi siitä näkökulmasta, ovatko käytetyt menetelmät tulleet asiakkaalle ymmärretyksi vai jääneet vieraaksi jargoniaksi.

Hoitosuhteen laadun lisäksi, haluttiin selvittää, millaiseksi vastaajat olivat kokeneet vastaanottokäyntien tiheyden. Koska keskustelukäyntitiheys on yksilöllinen asia, kyselyssä ei kysytty vain, olivatko vastaajat kokeneet saaneensa itselleen tarpeeksi aikoja määrällisesti. Lisäksi, selvitettiin myös sitä, olivatko käynnit juuri kullekin vastaajalle sopivin väliajoin. Kysymykseen saatiin 21 vastausta, joista voitiin tulkita 15 (~71%) olleen tyytyväisiä käyntitiheytensä. Yksilöllisyys korostuu vastauksissa hyvin, sillä osa vastaajista oli täysin tyytyväisiä tilanteeseen, jossa käyntien väli oli jopa kuukausia. Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä kokemaansa käyntitiheyteen mielenterveyspalveluissa, vaikkakin kyselyn edetessä osa vastaajista pohti, olisivatko tiheimmät käyntiajat voineet olla hoidon kannalta parempi ratkaisu. Varsinaista tyytymättömyyttä ei ollut havaittavissa kuin yhdessä vastauksessa, jossa vastaaja ei ollut oman kokemuksensa mukaan saanut tarpeeksi tiheitä käyntejä julkisella puolella asioidessaan. Ongelmaan oli kuitenkin löytynyt ratkaisu yksityiseltä puolelta.



Kuvio 6. Potilaiden mielipide sopivasta käyntitiheydestä.

Aikataulujen noudattamisesta ja hoitokäynneille saapumisesta potilaita lähestyttiin kahdella kysymyksellä, jossa toisessa selvitettiin syitä sille, miksi käynnit saattaisivat jäädä väliin.

Lisäksi toivottiin näkökulmia siihen, kuinka hoitohenkilökunta pystyisi edesauttamaan potilaita noudattamaan sovittuja vastaanottoaikoja.

Mikäli et saavu sovittuun tapaamiseen, mitkä tekijät vaikuttavat siihen?	Miten hoitohenkilökunta voisi auttaa sinua, jotta saavut sovittulle vastaanottoajalle?
Sairastuminen	Tekstiviestimuistutus
Ajan väärin muistaminen	Ilmainen parkkeeraus
Muut menot	Hyvä hoitosuhde
Ei kehdannut tulla	Aikojen sopiminen yhteisesti

Perhetilanne	Selkeät ohjeet
Työt	Hoitajan tsemppaus
Oma vuorokausirytmä	Oma motivaatio
Ahdistus	Muistutus sähköpostiin

Kuvio 7. Ajanvaraukseen liittyvät tekijät.

6.3 Hoidon lopetus ja jatkoahoito

Kolmannessa osiossa kysymykset koskivat hoidon lopetusta aluetyöryhmässä ja jatkoahoitoa jonkin muun tahon kanssa. Hoidon lopettamista tulee edeltää hyvä suunnittelu ja molemminpuolinen ymmärrys hoidon loppumisesta. Myös hoidon jatkoon on oltava selkeää ja kaikkien osapuolten tulee tiedostaa tilanne.

Alaluokat, joita tässä osiossa selvitettiin, olivat henkilökohtaiset selviytymiskeinot, hoidon lopettamisen käytännön toimet sekä hoidon tavoitteiden toteutuminen.

Kysymyksessä 11 kysyttiin hoidon keinoista psyykkisen hyvinvoinnin tukena. Vastauksissa toistui useat keinot, kuten keskusteluhoito. Esille tuli kuitenkin mielenterveyshoidon keinoja laaja-alaisesti, joka kertoo hoidon yksilöllisyydestä ja vastaajien erilaisista tarpeista.

Käytetyistä keinoista *keskustelu* nousi esille yleisimpänä vastauksena, joka onkin psykiatrisen hoidon kulmakivi. Useasti vastauksissa mainittuja keinoja olivat myös lääkehoito, erilaiset psykiatriset testit, kuten BDI (masennuskysely) ja DEPS (depressioseula), ECT (sähköhoidot) ja ryhmäterapiat. Yksittäisissä vastauksissa nousi esiin myös korva-akupunktio, altistaminen ja tunteiden käsittelyharjoitukset.

“Minulle annettiin kotiin erilaisia monisteita täytettäväksi, joissa käsiteltiin tunteita/tunteidenhallintaa, muistoja menneisyydestä, omia hyviä ja huonoja puolia sekä tapoja käsitellä ahdistuksen tunnetta. Lisäksi kokeilin myös edellä mainittuja harjoituksia piirtämällä”.

“Keskustelu, osastojakso, sähköhoito. Yksityisellä: psykofyysinen fysioterapia ja traumapsykoterapia”.

“Minäkuvan ja vahvuuksieni tukeminen on ollut eräs keino, altistaminen menemällä itselleni haastaviin paikkoihin, myös sähköhoitoa yritettiin käyttää, lääkehoitoa kulkee keskustelujen rinnalla”.

Vastaaajista vain yksi koki, ettei hänen kanssaan käytetty minkäänlaisia keinoja:

“Ei minkäänlaisia. Aikuiseksi kasvattaminen ja aikuisikäisenä pitäminen ja tekeminen tuhosi ja traumatisoi minut täysin. En saisi olla oma itseni. Tyrmäsivät tarpeeni asua äitin luona täysin. Eivät piitanneet tarpeestani asia äitin luona. Yksinolo ahdistaa liikaa”.

Kahdestoista kysymys oli avoin kysymys, jossa tiedusteltiin vastaajien kokemuksia siitä, kuinka hoito on vaikuttanut heidän elämäänsä. Avoin kysymyksen asettelu toi paljon erilaisia vastauksia. Vastauksista suurimmassa osassa tuotiin ilmi, että apua omaan ongelmaan oli saatu ja eteenpäin omassa tilanteessa oli menty:

”Sain apua burnoutin tuomaan ahdistukseen ja masennukseen. Sain sitä riittävästi. Lääkitys oli osa hoitoa enkä ajatellutkaan sen olevan ”elinkautinen”. Nykyään voin huomattavasti paremmin vaikka kauan siihen menikin”

” Hoidon aikana huomasin, että minussa on enemmän hyvää kuin mitä luulin. Hoito on antanut varmuutta käsitellä paniikkia silloin kun se tulee tai on jo tullut oireenhallintakeinoja käsittelemällä”

” Pääsin psykoterapiaan, josta taas sain voimia lähteä vuosia kestäneestä sairaasta parisuhteesta. Suhde uhkasi niin henkistä kuin fyysistäkin terveyttäni ja sen vuoksi olin mm. menettää työpaikkani. Nykyään elän onnellista ja tasapainoista elämää”

”Hoito on antanut uskoa tulevaisuuteen ja sille että pärjään ja osaan hakea apua tarvittaessa”

”Olen saanut uusia ajattelutapoja, tukea ja empatiaa, toisin sanoen hoito on vaikuttanut elämääni positiivisesti & voimaannuttavasti”

”Kokonaisuudessa kaikki apu mitä olen saanut on muuttanut elämäni kokonaan, terapian aikana kävin koulua ja aloitin uudessa työssä. En halua enää tappaa itseäni, olen onnellinen”

Muutamissa vastauksissa tuotiin ilmi, että oireet eivät olleet helpottaneet ja yhdessä vastauksessa oireiden kerrottiin, jopa hieman pahentuneen.

”Ei vaikuttanut suuntaan tai toiseen. Pitkitti lopulta toipumista, ehkä”

”Jännitän ihan yhtä paljon nykyisin ja pelkään kohdata jopa itselleni tuttuja ihmisiä”

”Minulla on lieviä ruumiista irtaantumiskokemuksia. Eli se kun hoidolla tukahdutettiin lapsi ja tehtiin aikuista kuin armeejassa. Hoito tuhosi minäkuvan täysin, lapsenomaisen oma itseyteni tapettiin, enkä saa apua siihen”

Vastaukset
Olen päässyt takaisin kutakuinkin normaaliin elämään.
On tullut uusia näkökulmia ja pystyy tarkkailemaan itseään tarkemmin
Psyykinen jaksaminen lisääntynyt
Saahan siitä paremman mielen itselle, kun saa lastin purettua pois harteilta. Alkaa vähän näkemään asioita valoisemmin.
Sähköhoidosta nyt pari vuotta alkaa. Muisti edelleen tod. Huono
Nyt lääkkeet piristävät.
Sain sopivan lääkityksen ja sopivaa keskustelutukea. Olen omatoiminen ja osallistuva.
Pääsin puhumaan ongelmieni taustasyistä ja sen aikaisista murheista. Tällä hetkellä elämässä menee suhteellisen hyvin, joten sanoisin, että hyvin on vaikuttanut.
Ne kerrat, kun on saanut itse puhua, ovat tietysti vähentäneet stressiä ja helpottaneet sen hetkistä oloa.
Olen oppinut ymmärtämään ja hyväksymään oireeni. Viikkoittaiset käynnit auttavat purkamaan ylikuormittuneita ajatuksia, joka kohentaa yleisvointia.
Sain tarvittavan terapian. Se on muuttanut elämäni parempaan suuntaan.
Sain rutiinia elämään, henkinen hyvinvointi koheni

Kuvio 8. Kuvaile, millä tavoin hoito on vaikuttanut elämääsi.

Tutkimuksessa haluttiin saada vastaajien näkemyksiä siihen, kuinka heidän kanssaan oli sovittu hoidon päättymisestä. Koska kaikki kyselyn vastaajat edustivat mielenterveyspalveluiden tietokannan mukaan hoitonsa jo päättäneitä asiakkaita, oli merkittävä löydös se, etteivät kaikki vastaajat selvästikään tienneet hoitonsa päättyneen. Osa vastaajista oli jäänyt sellaiseen käsitykseen, että hoitaja ottaa yhteyttä, kun hoito taas jatkuu. Eräs vastaaja kommentoi hoitonsa olevan vielä kesken.

"Ei periaatteessa mitenkään. Sairaanhoitaja jäi itse sairauslomalle. Sijaista odotellessa"

"Päättämisestä ei sovittu, hoitajan piti lähettää minulle aika, mutta näin ei koskaan käynyt"

Joukossa oli myös vastaajia, joiden kanssa oli sovittu asianmukaisesti hoidon päättymisestä:

"Minulle tehtiin siirtopalaveri hvk:hon, jossa oli mukana MTT:n hoitaja, oma ohjaaja tuetusta asumisesta sekä hvk:n hoitaja. Palaverissa puhuttiin jatkosta hvk:n palveluissa"

"Siirryin lääkärin läheteellä Kela-korvattuun kuntoutuspsykoterapiaan"

"Hoito mtt:llä jatkui lääkehoidon muodossa, kun aloitin terapian. Hoitajat kertoivat millä tavalla hoito jatkuu ja milloin siirryn tk:n asiakkaaksi"

Vastaukset

XXXXXXXXX kanssa oli viimeinen tapaaminen kesällä 2013 ja hän ilmoitti, että sairauslomaa kirjoitetaan vielä heinäkuun 2013 loppuun saakka. Suositti, että irtisanoudun toimestani ja hän puoltaa päätöstäni terveydellisiin syihin vedoten KELAn paperibyrokratian suhteen.

Hoitaja sairastui itse ja joutui pitkälle sairauslomalle ja se loppui siihen. Hän myöhemmin otti yhteyttä, mutta en enää tarvinnut apua silloin.

Toisella kerralla jono olikin jo 6 kk ja samalla tavalla tarve oli jo ohi.

diagnoosin vahvistamisen jälkeen katsottiin missä mennään ja että MTTllä ei oikein ole muita palveluita mistä voisin hyötyä.

Kun pääsin yksityiselle psykoterapeutille, sovittiin, että saan tarvittaessa yhä olla yhteydessä mielenterveystoimistoon ja että olen yhä ”kirjoilla”, jos tarvitsen vaikkapa psykiatria. En kuitenkaan ole käyttänyt MTT:n palveluita sen jälkeen.
Hoito siirtyi yksityissektorille
Ei sovittu.
Hoito jatkuu yksityisellä puolella, kun kunnallisella ei resursseja
Hoitaja kertoi, mikä on viimeinen tapaamiskerta ja minne siirryn sen jälkeen.
Päättämisestä ei sovittu, hoitajan piti lähettää minulle aika, mutta näin ei koskaan käynyt.
Kotikäynnin yhteydessä kerrottiin että toimintaterapia on tullut tiensä päähän. Sen sijaan keskusteluajat psyk. sair,hoit, kanssa jatkuvasti+lääkäri harvakseltaan
Aloitin intensiivisen psykoterapiajakson toisaalla, jolloin oman hoitaja kanssa tultiin yhdessä siihen tulokseen, ettei hoitooni MTT:ssä kannattaisi toistaiseksi jatkoa
Hoitaja/psykologi sai uuden työpaikan. Koska tilanteeni ei ollut akuutti, en halunnut enää lähteä uuteen hoitosuhteeseen kenenkään kanssa.
Hoito on kesken.
Siirryin psykoterapiaan
Siirtopalaverissa tammikuussa 2019.

Kuvio 9. Kerro, kuinka kanssasi sovittiin hoidon päättymisestä.

Opinnäytetyötä suunnitellessa, pidimme äärimmäisen tärkeänä asiana selvittää minkälaisia tavoitteita potilaat ovat hoitajien kanssa yhteistyössä saavuttaneet. Lisäksi koimme tärkeäksi selvittää, mitkä tekijät edesauttoivat toipumisprosessia ja mitkä tekijät mahdollisesti hidastivat tai estivät kokonaan toipumista. Tämän kokonaisuuden analysoinniksi kokosimme potilaiden vastaukset yhteen taulukkoon. Taulukosta näkee, että vaikka vastaajien määrä vaihteli 19 ja 21 kaikissa kysymyksissä, niin teemojen osalta vastaukset olivat hyvinkin yhteneväiset. Potilaat pitivät tärkeinä asioina arkeen ja oireiston hallintaan liittyviä kohtia. Ymmärrettävästi toipumiseen vaikuttaneet tekijät, niin positiiviset kuin negatiivisetkin, vaikuttivat laajasti asetettuihin tavoitteisiin.

Mitä hoidossasi asetettuja tavoitteita olet saavuttanut?	Kerro, millaiset tekijät ovat tukeneet sinua toipumisessasi?	Millaiset tekijät ovat mahdollisesti hidastaneet/estäneet toipumistasi?
Elämänhallinta ja arjen rutiinien löytäminen	Sovitun aikataulun noudattaminen ja mielekkään tekemisen löytäminen (esim. luova tekeminen, liikunta, musiikki)	Arjen vastoinkäymiset ja stressaavien elämäntilanteiden kohtaaminen (esim. traumaattinen synnytys tai läheisen kuolema)
Oireiden hallinta tai vähentäminen (mm. psykoosioireet, itsetuhoiset ajatukset, ahdistuksen ja masennuksen oireisto)	Säännölliset keskustelut hoitajan kanssa ja hänen tukensa (vapauden ja turvallisuuden tunne)	Hoitosuhteen haasteet (esim. käyntien riittämätön tiheys, hoitaja-potilas-suhteen ymmärtäminen, luottamuspuola)
Diagnoosin saaminen ja sairautensa ymmärtäminen	Terapiat (mm. psykoterapia ja kuntoutusterapia)	Psyykkiset esteet (pelot, paniikkihäiriöt, ahdistuneisuus, krooninen väsymys)
Säännöllisen vuorokausirytmien löytäminen	Perheen ja läheisten tuki ja avoimuus	Fyysiset sairaudet ja kivut
Itsensä tiedostaminen ja arvostus	Ryhmäterapiat ja vertaistuki sekä omatoiminen tutustuminen omaan sairauteen	Hoitoketjun katkeaminen ja hoitosuhteen aloittaminen alusta
Työssäkäynnin tai opiskelun jatkaminen	Lääkehoito	Haastavat ihmissuhteet (jatkuvat ongelmat ihmissuhteissa tai niissä tapahtuneet äkilliset muutokset esim. avioero)
	Mielenvireys, Mindfulness-harjoitukset ja jooga	Taloudelliset haasteet
	Opintojen edistyminen tai työpaikan löytäminen	Ongelmat työssä tai opiskelussa
	Tupakoinnin lopettaminen	Päihteiden (liika)käyttö

Kuvio 10. Hoidossa asetetut tavoitteet ja niitä tukeneet ja hidastaneet tekijät.

Tarkemmin tarkastellessa *kuvio 11:sta* voidaan havaita, että potilaiden saavutetut tavoitteet jakautuvat sairauden ja oireiston ympärille sekä vastaavasti elämänrytmin saamiseksi joko takaisin sairautta edeltävälle tasolle tai ainakin sille tasolle, että arvokas elämä olisi mahdollinen.

Sairauteen liittyvät, vastauksissa esille tulleet tavoitteet liittyivät diagnoosin ja sairauden ymmärtämiseen sekä oireiden hallintaan. Vastaavasti elämänlaatuun liittyvät tavoitteet ilmenivät elämänhallintaan ja rutiinin löytymisen, itsearvostuksen sekä arjen erilaisiin toimintoihin kytkeytyvinä saavutuksina. Eräs potilas kertoo saavutetuista tavoitteista seuraavaa:

”Takaumat vähentyneet ja masennus ylipäättään helpottanut. Ei enää jatkuvia painajaisia. Olen alkanut arvostaa ja hoitaa itseäni.”

Toipumisen tukevana tai hidastavana tekijänä merkittävässä roolissa on monelle potilaalle säännöllisyys sekä arjessa, että myös tapaamisissa. Monet potilaat kokivat, että säännölliset keskustelut hoitajan kanssa tarjoavat vankan luottamussuhteen sekä turvallisen ja vapaan ympäristön tuoda esille vaikeitakin asioita. Myös muu säännöllisyys elämässä on edesauttanut toipumista, esimerkiksi päivittäisen aikataulun tekeminen ja sen noudattaminen on koettu hyödylliseksi. Omaisten tuki ja avoimuus ovat myös olleet merkittäviä positiivisia tekijöitä potilaiden toipumisprosessin aikana. Mielenkiintoista oli huomata, että psyykkisten ongelmien lisäksi, fyysiset sairauden haittasivat joidenkin potilaiden toipumista hyvinkin paljon. Erityisesti tämä tuli esille tapauksissa, jossa fyysiset sairaudet heijastuivat psyykkiseen jaksamiseen.

Näiden lisäksi taloudelliset seikat, päihteiden käyttö sekä mahdollisuudet työskennellä tai opiskella olivat tärkeitä tekijöitä hoidon onnistumiselle. Näiden tulosten perusteella voidaan nähdä, että mikäli hoitajat ja potilaan pystyvät rakentamaan tapaamisaikataulun säännölliseksi, jo se tulee auttamaan monia potilaita toipumisprosessin aloituksessa.

6.4 Asiakkaiden kehittämisajatukset ja toiveet

Opinnäytetyömme perustui kyselyyn, jossa asiakkaat toivat esille omia kokemuksiaan ja me koostamme näistä raportin. Kyselyn joihinkin kysymyksiin saatiin vastauksia, joissa nousi esille tietynlainen toistuvuus. Kokosimme tähän niitä asiakkaiden esille tuomia asioita, joista koemme Oulun avohoidon mielenterveyspalveluiden aluetyöryhmien hyötyvän.

Kysymyksessä kuusi kysyttiin ”Ketkä osallistuivat hoidon suunnitteluun sinun lisäksi?”. Vastauksia tähän kysymykseen saatiin 19 kappaletta, joista seitsemän vastasi ei kukaan muu tai tyhjää (~37%). Meidän ajatuksenamme tästä kysymyksestä heräsi, että tulisiko tähän asiaan kiinnittää tarkempaa huomiota. Kaikki asiakkaat eivät olleet tietoisia heidän mahdollisuuksistaan hoidon suhteen vai ovatko he itse todenneet tämän heille riittäväksi.

”Olen saanut pelkästään keskusteluapua. Olisin toivonut jotain konkreettista stressin purku keinoja tms, mutta toiveistani huolimatta kerrat olivat vain keskustelua. Eli en voinut vaikuttaa.”

On myös hyvä miettiä ovatko asiakkaat saaneet hoidon suunnitteluun mukaan kaikki heidän mielestään olennaiset ihmiset.

6.5 Asiakkaiden omat ehdotukset

Kyselylomakkeen loppuun jätettiin muista pääluokista irrallisena kokonaisuutena vapaa-sana-osio, jolla haluttiin saada vastaajilta yksilöllisiä näkemyksiä mielenterveyspalveluista. Tässä osiossa annettiin vastaajalle mahdollisuus esittää omia kehitysehdotuksia ja toiveita. Tämän osion vastaukset pitivät sisällään laajoja teemoja, joita ei ollut mahdollista tyypitellä strukturoiduksi pääluokkakokonaisuudeksi. Vastaukset toivat esille seikkoja, joista voi kuitenkin olla hyötyä opinnäytetyöntilaaajille ja ne koottiin omaksi kappaleeksi.

Vastaaajista 16 (~72%) esitti omia näkemyksiä tähän osioon. Osa vastaaajista totesi, ettei heillä ole mitään kommentoitavaa, kun taas osa antoi palautetta opinnäytetyöntekijöille kyselystä sekä kannustivat eteenpäin. Vastauksista ~69% (N=11) oli mielenterveyteen liittyvää palautetta, joita kokosimme tähän kappaleeseen.

” Jos ihminen hakee apua mielenterveyden ongelmiin, hänen pitäisi päästä välittömästi hoidon piiriin. Ensin lääkäri, tarpeellinen lääkitys ja sitten terapiaan kuukauden sisällä. Laitoshoitopaikkoja olisi myös lisättävä, etteivät varsinkaan nuoret joudu heitteille. Jos ihminen on yksinelävä, sitä tärkeämpi on terveydenhuollon tuki, koska arki ei välttämättä suju omin voimin. Perheenäidin ollessa kysymyksessä myös kotiapu arjen pyörittämiseen olisi kullan arvoista.

Hoidon tulosten arviointia ei tietääkseni ole riittävästi. kontrollikäynnit ehdottoman tarpeellisia. Ihminen kokee olevansa turvassa, kun seuraava käynti on sovittuna, oli se sitten hoitaja tai lääkäri. Ryhmämuotoisia hoitoja voi käyttää varsinkin, kun henkilöstöä ei tulevaisuudessakaan ole riittävästi. Toivottavasti SOTE:ssa muistetaan mielenterveyspotilaat.”

”Koin loukkaavaksi mielenterveystoimistossa masennusdiagnoosin, ja ns. lenkille patistelun. Kerroin kyllä hoitajalle kokemuksistani, mutta silti jäi olo, että huono olo on oma vikani, ja se paranisi, kun vain reipastuisin. Kognitiivis-behavioraalinen suuntaus ei sovi kaikille asiakkaille eikä kaikkiin tilanteisiin. Itselleni sopi parhaiten ensialkuun traumaterapia, ja lopulta ratkaisukeskeinen terapia. Sopivan työntekijän löytäminen/ työntekijän vaihtaminen on tehty liian vaikeaksi Oulun mielenterveystoimistossa, mutta tämä varmaan on tilanne koko Suomessa.

Jäi tunne, että mielenterveystoimistossa osataan auttaa vain heitä, joille voi diagnosoida sairauden ja määrätä lääkkeitä. Elämän muihin vastoinkäymisiin apu on haettava jostain muualta. Keskusteluapu ja ns. terapiaosuus jää liian ohueksi, eikä sitä osata mukauttaa asiakkaan tarpeisiin.”

” Että omahoitaja pysyisi mahdollisimman kauan! Jos sairastuu, tilalle heti toinen, niin hoito pysyy oikein, eikä lopu. Että hoito olisi säännöllistä ja se toteutuisi. Että hoitaja soittaisi kerran viikossa kuulumiset. Että hätätilassa voisi soittaa omalle hoitajalle ja laittaa viestiä. Että apu olisi heti saatavilla, eikä tarvisi odottaa pitkään. Että hoito arvioitaisiin ja katsottaisiin, miten asiakas on edennyt oikeaan suuntaan ja kehittynyt. Että kehitystä on tullut.”

” Julkinen puoli - hoito siis, aivan riittämätön. Ehdottomasti resursseja ja vaihtoehtoja lisää!”

” Kommunikaatiokanavia pitäisi olla, jossa arkaluontoistakin tietoa voisi lähettää/jakaa. Myös ajanvarausten tarkistus ja peruutus pitäisi olla helpompaa.”

” Resurssipula ei saisi koskaan olla este hoidolle. Työelämään paluuta pitäisi pystyä tukemaan sillä tavalla, että olisi enemmän kolmannen sektorin yhteyksiä ja valmiina ottamaan työhön tietyllä tavalla ”kolhiintuneita” ihmisiä ja siinä rinnalla henkisen tuen saanti pitäisi taata joka tapauksessa, jotta työ ei liiaksi kuormittaisi esim ihmissuhteiden osalta”

” Että hoitosuunnitelma tehtäisiin kaikille aina alussa kirjallisesti. Minkä saisi myös asiakas. Sitä voisi sitten seurata ja siihen vaikuttaa. Jos omalla psykologilla ei ole ammattitaitoa esim. traumaterapiaan sitä, osuutta voisi käydä jonkun toisen kanssa läpi. Tai sitten olisi useamman psykologin työryhmä mukana, että hoidon laatu säilyisi hyvänä ja asiakas saisi mahdollisimman ammattimaista apua.”

” Lääkäreillä ja hoitajille ei ole aina yhteinen näkökanta, joten tulevaisuuden odotukset hoidon suhteen ovat toisinaan sekavia, kun hoitaja ehdottelee esim. lääkahoitoa ja yrittää saada minut puoltamaan ideaa, kunnes suostuttuani lääkäri torppaa koko idean lääkkeistä. Toivoisin myös joustoa aluetyöryhmien hoitajien/lääkäreiden suhteen, sillä uusiin hoitajiin ja lääkäreihin suhteen luominen on raskasta ja uuvuttavaa, kun talossa on myös omat entiset hoitajat, jotka on jo tuttuja, mutta jotka ovat eri alueen piirissä.”

” Välttääkö hoitajan vaihtamisia! Uuden ihmisen kanssa alusta aloittaminen on todella kuluttavaa ja ahdistavaa.”

” Ilmeisesti turvallisuuden vuoksi hoitajia on monesti tapaamisissa kaksi, mutta olisiko muuta keinoja, esim videovalvonta ulkopuolelta turvallisuuden takaamiseksi?

Potilaana tulee ulkopuolinen olo, jos hoitajat alkavat keskustella keskenään, kuten kerran hoitajat alkoivat rupertella siitä, mitä edelliselle hoitajalleni kuuluu. Kahdelle ihmiselle voi myös olla hankala kertoa asioista, kun yhdelle ihmiselle voisi olla helpompaa.”

7 YHTEENVETO TAI POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden perusteella

Psykiatristen asiakkaiden kokemuksia ja tyytyväisyyttä on tutkittu suhteellisen vähän. (Korkeila 2009., Varis 2005.) Tämän vuoksi reflektoitavia tutkimuksia aiheeseen liittyen ei ole paljon tarjolla. Reflektoitavat teemat koostuvat lomakekyselyyn muotoilluista alaluokista. Alaluokkiin liittyi spesifimpää materiaalia, jota kautta löytyi enemmän reflektoitavaa, kun taas lomakekyselyn pääluokista tutkimusnäyttöä asiakkaiden näkökulmasta ei löytynyt.

Ekmark ja Puttonen ovat tutkineet kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä ja kehittämissuhteita mielenterveyspalveluista Keski-Suomessa opinnäytetyössään. Tutkimuksessa on noussut esille asiakkaiden osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun. Tutkimuksessa käytettyjen asiakkaiden lainausten perusteella hoitosuunnitelman osallistumisesta on monenlaisia kokemuksia. Osa tutkimukseen osallistuneista koki saaneensa osallistua hoitonsa suunnitteluun täysin, osa ei ollenkaan. Kaikki kuitenkin pitivät tärkeänä mahdollisuutta vaikuttaa oman hoidon suunnitteluun. Kokemusasiantuntijat pitivät tärkeänä, että kaikissa hoitoprosessin vaiheissa on olemassa selkeä ja tavoitteellinen hoitosuunnitelma, joka muodostetaan yhdessä potilaan kanssa (Ekmark & Puttonen, 2018). Tämä reflektoi tämän tutkimuksen lomakekyselyn hoidon aloitus -pääluokan kysymyksen ”Kerro omin sanoin, kuinka pystyit itse vaikuttamaan hoitosi suunnitteluun” vastauksiin. Vastaukset kysymykseen ovat samansuuntaisia. Vastaajista löytyi osa, joiden mielestä oman hoidon suunnitteluun osallistuminen oli ollut riittämätöntä, osa taas oli tyytyväisiä osallistumiseensa.

Parvela, Turunen & Töyrymäki toteavat opinnäytetyössään Masennukseen sairastuneiden kokemuksia avohoidosta, että hoidon toteutuksen kannalta hyödylliseksi tekijöiksi koettiin erityisesti työntekijän merkitys sekä henkilökemiat. Hoitohenkilökunnalta odotettiin hyviä kuuntelutaitoja sekä läsnäoloa. Kielteisenä tekijänä hoidon kannalta koettiin hoitajien vaihtuvuus. Nämä edellä kuvatut teemat nousivat esiin tässäkin tutkimuksessa ja korreloivat siten aiemmin toteutetun tutkimuksen kanssa.

Arvioidessa hoidon loppumista, Oulun avohoidon mielenterveyspalveluiden asiakkaan toivat esille, ettei heille aina ollut selvää, milloin hoito oli todellisuudessa päättynyt. He kuitenkin kokivat saavutaneesta hoidon alussa asettamia tavoitteita selvitä arjesta kts kuvio 10. Vastaaajien mielestä oli tärkeää löytää keinoja selvitä arkisista toimista kuten elämän- sekä oireiden hallinnasta ja säännöllisestä vuorokausirytmistä. Huomioitavaa on, että hoidon lopetusta ja sen jälkeisiä kokemuksia Oulun mielenterveyspalveluissa ei ole tutkittu laajasti, mutta muissa opinnäytetöissä Ekmark ja Puttonen tuovat esille verkoston ja verkostotyön merkityksellisyyden jo hoidon suunnitteluvaiheessa.

7.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Eettiset perusperiaatteet ja niiden noudattaminen ovat missä tahansa tutkimuksessa ensiarvoisen tärkeitä. Kuitenkin erityisesti mielenterveyspalveluissa, eettinen lähestymistapa on tärkeä ja välttämätön. Eettinen näkökulma tuli esille jo saatekirjeessä, jonka laadukas valmistelu oli takuuna sille, että asia käy jo kirjeestä ilmi kyselyn vastaajalle. Saatekirjeessä tuotiin esiin kyselyn tarkoitus, mihin tietoja käytetään ja miten niitä käsitellään sekä tutkimuksen tekijöiden eettinen näkökulma. Saatekirjeestä selvisi myös kuka opinnäytetyön tilasi ja ketkä sen tekijät olivat. Hyvin valmisteltu saatekirje tuki eettistä näkökulmaa ja loi asiakkaalle hyvän pohjan lähteä vastaamaan turvallisien mielin kyselyyn. Samalla se varmisti, että asiakkaalle esitettiin kyselylomakkeen käyttötarkoitus sekä sitouksemme käyttää kerättyä tietoa eettisesti opinnäytetyössämme. Saatekirje myös yksiselitteisesti kertoi tutkimustulosten omistajuudesta ja kerätyn tutkimustiedon säilytyksestä sekä tuhoamisesta. (Jyväskylän yliopiston julkaisueettiset periaatteet 2008, viitattu 24.11.2018). Eettisyyttä noudatettiin myös varsinaisessa kyselyssä rakentamalla siitä sellainen, joka oli selkeä ja helposti ymmärrettävissä; tällöin myös todennäköisyys asiakkaiden laadukkaille ja informatiivisille vastauksille kasvoi.

Rakenteellisesti kysymyksien täytyi olla sellaisia, että asiakkaat pystyivät vastaamaan niihin rehellisesti tuntematta haastattelijan osalta minkäänlaista painostusta. Kysymyksien viitekehysten tuli myöskin tukea yksilöllistä ja autonomista vastausmuotoa, jolloin kysymykset eivät itsessään johdattelleet vain tietyn tyyppisiin vastauksiin ja lopputulemiin.

Opinnäytetyön kaikki vaiheet, suunnittelu, toteutus ja raportointi, tehtiin annettujen eettisten vaatimusten mukaisesti. Lisäksi ilmoitettiin opinnäytetyön tekijöiden, Oulun kaupungin mielenterveyspalveluiden työtekijöiden sekä OAMK:n ohjaajien asemat, oikeudet ja osuudet opinnäytetyöhön. (Jyväskylän yliopiston julkaisueettiset periaatteet 2008, viitattu 24.11.2018)

Opinnäytetyön tekijöinä meidän tuli huomioida eettinen kanta myös siten, että omalta osaltamme edustimme sekä Oulun ammattikorkeakoulua että yhteistyökumppaneitamme eli Oulun kaupunkia ja sen avohoidon mielenterveyspalveluita asiakkaita, jolloin kyseisten organisaatioiden maine luotettavina ja laadukkaina kumppaneina tuli olla huomioituna myös eettisestä näkökulmasta.

Perustana toimi hyvän tutkimuskäytännön noudattaminen, jolloin ensisijaista oli tutkittavan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Pelkonen & Louhiala. 2002.). Meidän tuli käyttää oikein arvo- ja asiantuntijavaltaa, jonka tutkimusympäristö meille tarjosi. Tässä opinnäytetyössä vastaajien tietoista suostumusta tuettiin siten, että saatekirjeessä painotettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta sekä anonymiteettiä. Koska vastaajaryhmä koostui hoitonsa jo lopettaneista, ei tässä tutkimuksessa ollut oleellista mainita erikseen, ettei tutkimukseen osallistuminen vaikuta hoitoon. Toteutimme eettisyyttä noudattamalla salassapitovelvollisuutta sekä yksityisyydensuojaa tutkimuksessa. Asiakkaiden anonymiteetistä huolehdittiin keräämällä aineistoa tarkoituksenmukaisella tavalla. Kyselyyn pystyi vastaamaan täysin anonymisti, joka oli eettisten sääntöjen mukaista. (Kuula. 2006) Kaikki kerättävä taustatieto oli hyvin perustavanlaatuisia ja niiden perusteella vastauksia ei voitu yhdistää keneenkään tiettyyn henkilöön. (Tutkimuseettinen toimikunta 2012, viitattu 25.11.2018).

Kyselyn vastaajat koostuivat Oulun kaupungin mielenterveyspalveluiden henkilökunnan kokoomasta joukosta, joille saatekirje ja kyselylomake postitettiin kotiin. Postitusvaiheessa vastaajien henkilö- ja osoitetietoja käsitteli vain mielenterveyspalveluiden sihteeri, jolloin vastaajat pysyvät täysin anonymieinä niin tutkimuksen tekijöille kuin tilaajillekin. Tämä asia esitettiin vastaajille kyselylomakkeen mukana tullessa saatekirjeessä.

Kyselylomakkeen pystyi täyttämään paperisena versiona tai kirjeen mukana tulleen linkin kautta verkossa Webropol-ohjelmalla. Paperiset vastauslomakkeet postitettiin palautuskuoressa takaisin Oulun kaupungin mielenterveyspalveluihin, josta ne toimitettiin edelleen tutkimuksen tekijöille. Webropolissa täytetyt kyselyt siirtyivät vastauksineen suoraan tutkimuksen tekijöille analysoitaviksi.

Vastaajat valikoituvat satunnaisella otannalla mielenterveyspalveluiden asiakaskannasta siten, että otanta koostui hoitosuhteensa jo päättäneistä henkilöistä. Tutkimuksesta saatuja tietoja käytettiin vain tämän tutkimuksen työstämiseen ja kaikki materiaali ja vastaukset hävitettiin asianmukaisella tavalla tutkimustyön päätteeksi.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan usein seuraavilla kriteereillä: Uskottavuus, siirrettävyys, luotettavuus, varmuus ja vahvistettavuus (Lincoln & Cuba 1985). Käyttämällä luotettavia lähteitä ja luotettavia yhteistyökumppaneita ja käsittelemällä aineistoa laadukkaasti. Laadukas ja kokonaisvaltainen, kaiken tarvittavan tiedon sisältävä saatekirje oli myöskin olennainen tekijä. Objektiviisuuden ja neutraaliuden säilyttäminen oli myöskin erittäin tärkeää. Lisäksi opinnäytetyön tekijöiden omat näkemykset ja arkikokemukset tuli huomioida tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessa.

Lähtöolettamuksena oli se, että asiakkaat vastaavat mahdollisimman totuudenmukaisesti kyselyyn. Tässäkin korostui opinnäytetyön tekijöiden vastuu, sillä rakentamalla laadukkaan kyselyn, luotettavuuden todennäköisyys kasvoi.

Vastausprosentin parantamiseksi ja luotettavuuden lisäämiseksi vastaajille tarjottiin vaihtoehtoisiksi sähköinen ja paperinen lomake. Sen lisäksi, että kysely toimitettaisiin paperisena, jokaisessa saatekirjeessä oli lisättyä sähköinen osoite kyselylomakkeeseen. Tällöin vastaaja sai valita hänelle sopivamman vaihtoehdon kasvattaen vastausprosenttia. Luotettavuuden edistämiseksi kysely toteutettiin anonyymisti siten, että opinnäytetyön tekijöillä tai hoitohenkilökunnalla ei ollut mahdollisuutta saada selville yksittäisten vastaajien tietoja, vaan vastaukset käsiteltiin yhtenäisesti. Huomioitavaa kvalitatiivisessa tutkimuksessa oli myös se, että vastaajien kokonaismäärä lisäsi luotettavuutta tarjoamalla tarkempia vastauksia sekä mahdollistamalla niiden tarkempaa analyysiä.

Laadullista tutkimusta koskevista luotettavuuskysymyksissä hyvän kyselyrunгон rakentaminen loi asiakkaille ilmapiirin, jossa he pystyisivät vastamaan mahdollisimman luontevasti. Vastaavasti tämä lisäsi aineistokeruun luotettavuutta. Laadimme kysymykset sellaisiksi, että ne on helppo ymmärtää ja tällöin tutkimukseen osallistuvien on helppo niihin vastata.

Aineistoa voidaan pitää luotettavana, koska tutkimukseen osallistuvien käsitykset perustuvat vastaajien kokemuksiin saamastaan hoitoon. Tutkimuksen vastaukset olivat siirrettäviä. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset ovat osittain siirrettävissä toiseen samantyyppiseen kontekstiin.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tähän tutkimukseen tuotettua kyselylomaketta voi jatkossa käyttää uudestaan mielenterveyspalveluiden asiakkaiden asiakastytyväisyyden uudelleen arvioimiseksi. Tällä tavoin tuloksia ja kehitystä on mahdollista vertailla keskenään ja asiakastytyväisyyttä on todella mahdollista kehittää, kun uutta tietoa voi verrata jo olemassa olevaan.

Mielenterveyspalveluiden kehityksessä on otettava huomioon asiakaskokemukset, koska heillä on ensi käden tietoa niiden toimivuudesta. Heidän hoitopolkunsa ja kokemukset siitä ovat tietoa, joiden avulla voidaan ottaa askeleita mielenterveyspalveluiden edistämiseksi. On tärkeä huomioida jokaisen vastauksen yksilöllisyys, mutta yhtä tärkeä on kiinnittää huomiota varsinkin erilaisissa vastauksissa toistuviin teemoihin, jotka kertovat yhteneväisistä kokemuksista hoidon piirissä. Tutkimuksen vastausten analysoinnissa kannattaa huomioida myös kokonaiskuva, joka antaa viestin siitä onko asiassa kehittämisen varaa, toimiiko se tällä hetkellä hyvin vai olisiko pieni viilaaminen paras ratkaisu.

Opinnäytetyömme herätti meissä itsessämme arvostusta alaa kohtaa ja lisäsi myös henkilökohtaista kokemusta ja mielenkiintoa, mutta toi ajatuksia myös mahdollisista uusista tutkimuskohteista ja opinnäytetyön aiheista tuleville tekijöille. Ajanvarausten suhteen rajoitimme omat kysymyksemme kahteen, mutta aiheena se on sellainen, josta voisi esimerkiksi pystyä koostamaan oman opinnäytetyön. Myös jokainen tutkimamme osa-alue aloituksena, toteutuksena ja lopetuksena sopisi yksinään aiheeksi ja laajemman tutkimuksen kohteeksi.

Kyselylomakkeemme tuotti arvokasta tietoa mielenterveyspalveluidenkäyttäjien kokemuksista, mutta lomakkeella ei kuitenkaan saada kaikkea mahdollista tietoa aiheesta. Mielenterveyspalveluiden asiakkaiden hoitotytytyväisyyttä voisikin jatkossa tutkia esimerkiksi kvantitatiivisin menetelmin,

jolloin aiheesta saataisiin laajempaa tilastollista materiaalia. Vaikka asiakastyytyvääisyyttä käsittelevissä tutkimuksissa kvalitatiivinen tulos onkin ensiarvoisen tärkeää, on kuitenkin syytä muistaa myös tilastollisen tiedon merkitys tutkimuksen kannalta. Tilastot antavat tärkeää tietoa vastaajien perusolemuksesta (ikä, sukupuoli, hoitoaika, hoitopaikka ym.) ja ovat laadullisen tiedon ohella merkittäviä tekijöitä vastausten analysoinnin kannalta.

7.5 Tutkimuksen tekemiseen liittyvää pohdintaa ja omat oppimiskokemukset

On todettu, että palveluntarjoajan asiakaslähtöinen toiminta edistää asiakastyytyvääisyyttä. Tutkimuksen tuottaman asiakastyytyvääisyyskyselyn avulla saadut tulokset auttavat Oulun kaupungin mielenterveyspalveluiden henkilökuntaa kehittämään työtään vastaamaan enemmän asiakkaidensa toiveita.

Opinnäytetyömme alkusysäys tapahtui, kun saimme alkuperäisen Oulun kaupungin tilaaman aiheen ”Mielenterveyspalveluissa hoitoprosessin arviointi, lean” opinnäytetyön ohjaajaltamme Kaisa Koivistolta. Tästä alkoi tiedon kartoittaminen kyseisestä aiheesta, jolla valmistauduimme tapaamiseen opinnäytetyön tilaajien kanssa. Ensimmäisen tapaamisen jälkeen päädyimme siihen, että lean-menetelmä pudotetaan opinnäytetyöstä pois, jolloin opinnäytetyö palvelee paremmin kaupungin tarkoitusta ja helpottaa meidän tehtäväämme koostaa se. Aiheeksi tarkentui siis ”Asiakkaiden kokemuksia hoidostaan Oulun avohoidon mielenterveyspalveluissa”. Aloitimme tapaamisesta prosessin, jossa mietimme millä keinoin voisimme aiheita lähteä lähestymään ja mikä olisi paras tapa toteuttaa aihe niin, että siitä saataisiin mahdollisimman luotettava, kattava ja tuloksellinen. Pyörittelimme useita vaihtoehtoja haastatteluista osastovierailuihin. Lopulta päädyimme yhteisymmärryksessä tilaajien ja opinnäytetyön ohjaajien kanssa siihen, että paras tapa on laatia laadullinen kyselylomake avohoidon päättäneille asiakkaille. Koska asiakastyytyvääisyyttä psykiatrisessa hoidossa on tutkittu verraten vähän, on tärkeää, että aihetta nostetaan esille asiakastyytyvääisyyttä mittaavilla tutkimuksilla (Varis 2005, 7). On myös todettu, että tärkeitä tekijöitä mielenterveystyön kehittämisessä ovat juuri he, jotka palveluita käyttävät (Muurinen ym. 2010, 109).

Tästä lähti käyntiin varsinaisen opinnäytetyön suunnitelman kirjallinen työstö ja kyselylomakkeen kehittäminen. Suunnitelman kirjoittaminen osoittautui välillä haastavaksikin, sillä jouduimme karsimaan sitä useaan otteeseen, mutta välillä taas jotkin kohdat vaativat lisää lähdemateriaalia tiedon vahvistamiseksi. Kävimme useita keskusteluja ohjaajiemme kanssa aiheen tiimoilta oikean rakenteen ja tasapainon löytämiseksi, joka lopulta kaiken hiomisen jälkeen löytyikin. Kyselylomakkeen suhteen menettelimme siten, että rakensimme kyselypohjan, johon heitimme useita kysymyksiä aiheeseen liittyen, mitä vain mieleen juolahti ja veimme ne palaveripöydälle tilaajien luokse. Palaverissa pystyimme yhteistyössä karsimaan osan kysymyksistä tarpeettomina, jotkin pystyimme sulattamaan yhteen ja joissakin kysymyksen muoto muuttui hieman. Lopullinen kysely muodostui 17 kysymyksen mittaiseksi, joka jaettiin neljään osaan; taustakysymykset, hoidon aloitus, hoito ja hoidon lopetus. Kaikki osapuolet olivat tyytyväisiä kyselyn rakenteeseen ja jaotteluun; lopullinen kyselyrakenteen takasi sen, ettei kysely ollut liian vaivalloinen vastata, mutta kuitenkin tarpeeksi kattava merkityksellisen tiedon saantiin.

Seuraava vaihe prosessissa oli tuottaa valmiit kyselylomakkeet paperisiksi versioiksi sekä hankkia vastaajajoukko. Kyselyn vastaajajoukko löytyi mielenterveystoimiston asiakasarkistosta, josta mielenterveystoimiston sihteeri rajasi joukon henkilöitä, joiden asiakkuus mielenterveyspalveluissa oli loppunut noin kolme kuukautta ennen kyselylomakkeen lähettämistä. Näistä henkilöistä tutkimuksen tekijät ja tilaajat eivät saaneet muuta tietoa kuin sen, että vastaajajoukko on olemassa ja että sihteeri toimittaa heille kyselyt postitse. Näin taattiin vastaajien pysyminen anonyymeinä sekä se, ettei tilaajien henkilökohtaiset näkemykset pääsisi vahingossakaan vaikuttamaan vastaajien valintaan.

Alkuperäinen suunnitelma oli, lähettää kyselylomakkeet 150:lle ja saada tästä joukosta tarvittava vastaajamäärä. Tilanne kuitenkin muuttui siten, ettei ensimmäisestä erästä saatu tarvittavaa määrää vastauksia, joten päädyimme lähettämään kyselylomakkeet vielä 126:lle entiselle potilaalle. Tästä joukosta saatiin tarvittava määrä vastaajia ja päästiin siirtymään projektin seuraavaan vaiheeseen.

Kun vastauksia oli saatu tutkimuksen kannalta riittävä määrä, oli aika aloittaa vastausten analysointi. Kyselylomakkeiden mukana oli lähetetty internet-osoite, jonka kautta potilailla oli mahdollisuus vastata kyselyyn myös verkossa Webropol-palvelussa. Paperisten kyselylomakkeiden vas-

taukset syötettiin käsin Webropol-ohjelmaan tutkimuksen tekijöiden toimesta sen jälkeen, kun palautusaika oli umpeutunut. Tällöin kaikki data saatiin samaan paikkaan ja kokonaisuuden analysointi oli näin helpompaa.

Tämän jälkeen alkoi varsinainen raporttiosuuden kirjoittaminen. Syksyn myötä tiivistimme tapaamisväliämme kerran viikkoon, jolloin katsoimme yhdessä mitä olimme viikon aikana saaneet aikaiseksi ja asetimme uudet askelmerkit tulevalle viikolle. Yhteisillä tapaamisillamme hioimme paljon erilaisia yksityiskohtia opinnäytetyössä ja kävimme läpi rakennetta. Opinnäytetyön raporttiosuuden rakenne muotoutui palanen palaselta. Päädyimme lopulta taulukkomalliseen ratkaisuun, jonka tueksi kirjoitimme niitä auki. Taulukoiden suunnittelusta vastasi Aleksandr Doubrovitski ja tekstiosuudet olivat kaikkien yhteisiä, joita prosessoitiin yhteisillä tapaamisilla paljon.

Opinnäytetyö prosessina oli välillä haastava, mutta myös antoisa ja opettava kokemus. Työn koaminen opetti meille paljon ryhmätyöstä, mielenterveyspalveluista ja tulevasta ammatistamme. Olemme kaikki tämän prosessin jälkeen valmiimpia ammattilaisia. Haluamme erityisesti kiittää Oulun kaupungin mielenterveyspalveluiden aluetyöryhmien palveluesimiehiä Kati Leinosta ja Kati Kanasta, sekä opinnäytetyömme ohjaajia Pirkko Suuaa ja Kaisa Koivistoa.

LÄHTEET

Anthony, P. & Crawford, P. 2000. Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7, 425-434

Beresford, P. 2001. Services users, social policy and the future of welfare. *Critical Social Policy* 21(4), 494-512.

Ehrling, L. 2009. Yhteisen ymmärryksen rakentuminen päihdehuollon ensitapaamisessa. Teoksessa Tammi, T, Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.) *Irti päihdeongelmista: tutkimuksia hoidon ja ehkäisyntämenetelmistä*. Edita, Helsinki, 145-170

Ekmark, R., Puttonen, A., 2018. Ettei jäis niinku pallona pomppimaan: Kokemusasiatuntijoiden näkemyksiä ja kehittämisehdotuksia mielenterveyspalveluista Keski-Suomessa. Opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/142305/Ekmark%20Rej.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

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.

Goodwin, V. & Happell, B. 2006. In our own words: consumers' views on the reality of consumer participation in mental health care. *Contemporary Nurse* 21(1), 4-13.

Happo, I. & Lehtelä, P-L. 2015. Osaamisen osoittaminen – praktista toimintaa ja syvällistä ajattelua. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 8. Viitattu 7.10.2018, <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe201502191652>.

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. Viitattu 8.10.2018, <http://kirjahylly.epizy.com/2015/05/05/tutki-ja-kirjoita-lataa-download-kirja-e-kirja-pdf-epub-mobi/?i=1>.

Jyväskylän yliopiston julkaisueettiset periaatteet 2008. Viitattu 24.11.2018. <https://staff.jyu.fi/Members/matukuiv/Tietosuoja/Tutkimuseetiikka/?searchterm=eettiset%252520ohjeet>.

Järvenpää, E. 2006. Laadullinen tutkimus – luentomateriaali [verkkajulkaisu]. Helsinki: Teknillinen korkeakoulu, tuotantotalouden osasto. Viitattu 7.10.2018. <http://www.cs.tut.fi/~ihtesem/k2007/materiaali/luento4.pdf>.

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

Kassara, H, Paloposki, S. Holmia, S. Murtonen, I. & Lipponen, V. & Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Ketola E., Mäntyranta T., Mäkinen R., Voipio-Pulkki L-M., Kaila M., Tulonen-Tapio J., Nuutinen M., Aalto P., Kortekangas P., Brander P. & Komulainen J. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjiksi - opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon. Käypä hoito. Viitattu 18.11.2018. <http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/12754/Hoito-suosituksesta-hoitokejuksi.pdf/16c44832-1319-4b01-be35-4e5761fbc97d>.

Kokko R-L. 2003. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Kuntoutussäätiö, tutkimuksia 72, Helsinki. Viitattu 18.11.2018. https://kuntoutussaatio.fi/files/1590/Kokko_tutkimuksia_72.pdf.

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

Kuhanen, Carita & Oittinen, Pirkko & Kanerva, Anne & Seuri, Tarja & Schubert, Carla 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Viitattu [27.10.2018] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto ja Psykiatrian klinikka, Oulun yliopistosairaala. Viitattu 18.11.2018. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514250680.pdf>.

Layder, D. 1993. New strategies in social research. An introduction and guide. London: Polity Press.

Markkula, N. & Suvisaari, J. 2017. Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. Duodecim 2017, 133:275-273. Viitattu 18.11.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13544>.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International Methelp.

Mielenterveyslaki 1990/1116. Luettavissa www.finlex.fi. Viitattu 18.11.2018.

Munnukka, T., Halme, S., Kankainen, A., Kiikkala, I., Lehto, P. & Rokkanen, R. 1998. Hoitotyön vuosikirja 1998. Mielenterveys. Hygieia. Kirjayhtymä. Tampere: Tammer-Paino oy.

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

Palojoki, P. Laadullisen päiväkirjan käyttö terveystutkimuksessa. Hoitotiede 1997;9(3):127–35.

Parvela, A., Turunen, E., Töyrymäki, H., 2011, Masennukseen sairastuneiden kokemuksia avohoidosta. Opinnäytetyö
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/34920/masennukseen_sairastuneiden_kokemuksia_avohoidosta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pelkonen, Risto & Louhiala, Pekka 2002: Ihminen lääketieteellisen tutkimuksen kohteena. Helsinki: Gaudeamus.

Pesonen, H-L., Lehtonen, J., Toskala, A.2002. Asiakaspalvelu vuorovaikutuksena: Markkinointia, viestintää, psykologiaa. Jyväskylä. PS-kustannus.

Pöllänen, J., Rope, T. 1994. Asiakastytyväisyysjohtaminen. Juva. WSOY.

Rautava-Nurmi H. & Westergård A. & Henttonen T. & Ojala M. & Vuorinen S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki. Sanoma Pro.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

Salmela, T. 1997. Autetaanko asiakasta, palvelaanko potilasta. Atena Kustannus Oy. Jyväskylä.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Painosalama, Turku.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista. Viitattu 18.11.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20071507>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015, 40.

Tampereen yliopistollinen sairaala. 2018. Viitattu 26.11.2018. https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitohjeet/Psykiatrian_hoitohjelmat

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Uudistettu painos. Viitattu 27.10.2019.

Tuomivaara, T. 2005. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 22.10.2019. <https://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku6.pdf>.

Turpeinen, K. 2014. Laadullinen tutkimus - Psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 7.10.2018, <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/83748/omahoitajuus.pdf?sequence=1>.

Tutkimuseettinen toimikunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 25.11.2018. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Vasantola, S. 2017. Mari ja Kaisa kävivät vuosia hoidoissa, jotka eivät auttaneetmielenterveysasioissa mättää viisi asiaa, ja näin ongelmat voitaisiin korjata. Helsingin Sanomat. Viitattu 10.9.2017

Varis, U. 2005. Potilastyytyväisyys aikuispsykiatrisessa sairaalahoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Väestöliitto. 2019. Mitä tarkoittaa asiakslähtöisyys? Viitattu 27.10.2019.

https://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/tietoa_parisuhdeammattilaisille/asiakastyon_lakitietoa/asiakaslahtoisuus/

Arvoisa kyselyyn vastaaja,

Olette vastaamassa Oulun Ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden opinnäytetyönä laatimaan kyselylomakkeeseen. Kyselyyn vastaaminen kestää 30-45 minuuttia. Kyselyn tarkoituksena on selvittää Oulun kaupungin avoimen mielenterveyspuolen asiakkaiden kokemuksia hoitoprosessista ja mahdollisia kehitysehdotuksia.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan täysin nimettömänä, eikä teidän henkilöllisyytenne selviä missään vaiheessa. Antamianne tietoja käytetään vain tätä kyseistä opinnäytetyötä varten ja täyttämänne vastauslomakkeet tullaan hävittämään tutkimuksen valmistamisen jälkeen. Antamanne tiedot eivät vaikuta saamaanne hoitoon.

Pyydämme teitä vastamaan kyselyyn viimeistään kahden viikon kuluessa kyselyn vastaanottamisesta.

Kyselyyn voitte vastata joko sähköisesti osoitteessa:

<https://link.webropolsurveys.com/S/B8A970457D3125C1>

Tai täyttämällä mukana tullut paperinen kyselylomake. Mikäli täytätte paperisen kyselylomakkeen, pyydämme teitä laittamaan sen saamaanne kirjekuoreen ja lähettämään sen takaisin Postin kautta. Palautusosoite on merkitty kirjekuoreen ja myös postimaksu on maksettu.

Kiitämme teitä vastauksista ja ajastanne!

Sairaanhoitajaopiskelijat Konsta Kaikkonen, Veera Oja ja Aleksandr Doubrovitski.

Oulun Ammattikorkeakoulu

Oulussa, 18.2.2019

Kyselylomake

Kiitos osallistumisestanne kyselyyn. Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan jokaiseen kohtaan kirjoittamalla vastauksen sille varattuun tilaan tai laittamalla rastin mielipidettänne parhaiten vastaavaan kohtaan. Väittämät koskevat saamanne palvelua, hoitoympäristöä sekä hoitohenkilökuntaa. Vastaamalla tähän kyselyyn autatte parantamaan Oulun mielenterveyspalveluiden psykiatristen aluetyöryhmien laatua. Kysely toteutetaan anonymisti, eikä sen perusteella yksittäisiä vastaajia pysty tunnistamaan mitenkään.

Kyselyn loppuun on varattu tilaa vapaille kommentteille ja pidemmille vastauksille.

Taustakysymykset

1. Sinun syntymävuotesi

2. Sukupuoli

Mies Nainen Muu En halua kertoa

3. Kauanko olet käyttänyt avohoidon palveluita?

1-3 kuukautta 4-6 kuukautta 7-11 kuukautta 1-2 vuotta kauemmin kuin 2 vuotta

4. Mitä muita palveluita olet käyttänyt hoitajan tapaamistesi ohessa?

Lääkäri Ryhmäterapia Toimintaterapia Psykologi Muu, mikä?

Hoidon aloitus

5. Kerro omin sanoin, kuinka pystyit itse vaikuttamaan hoitosi suunnitteluun.

6. Ketkä osallistuivat hoitosi suunnitteluun itsesi ja omahoitajasi lisäksi? (esim. omainen tai sosiaalityöntekijä)

Hoidon toteutus

7. Kerro omin sanoin, millaiseksi olet kokenut hoitosuhteen hoitajasi kanssa.

8. Oletko mielestäsi saanut keskusteluaikoja tarpeeksi usein ja sinulle sopivin väliajoin?
Kuvaile, mikä oli sinulle sopiva käyntitiheys.

9. Ajanvarauksista - mikäli et saavu sovittuun tapaamiseen, mitkä tekijät vaikuttavat siihen?

10. Ajanvarauksista - miten hoitohenkilökunta voisi auttaa sinua, jotta saavut sovituille vastaanottoajalle?

Hoidon lopetus tai jatkohoidon suunnittelu ja tavoitteet

11. Kuvaile millaisia keinoja hoidossasi käytettiin psyykkisen hyvinvointisi tukemiseksi.

12. Kuvaille, millä tavoin hoito on vaikuttanut elämääsi.

13. Kerro, kuinka kanssasi sovittiin hoidon päättymisestä.

14. Mitä hoidossasi asetettuja tavoitteita olet saavuttanut?

15. Kerro, millaiset tekijät ovat tukeneet sinua toipumisessasi?

16. Millaiset tekijät ovat mahdollisesti hidastaneet/estäneet toipumistasi?

Muut mieleen tulleet asiat

17. Mitä muuta haluaisit sanoa? Kehittämisehdotuksia ja toiveita
