



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Asiakkaiden odotukset ja kehittämistarpeet mielenterveyspalveluista Hyvinkään Psykiatrian yksikössä

Kettunen Piia
Nokelainen Anne
Varinen Leena

2011 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Asiakkaiden odotukset ja kehittämistarpeet mielenterveyspalveluista Hyvinkään Psykiatrian yksikössä

Piia Kettunen, Anne Nokelainen
Leena Varinen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2011

Piia Kettunen, Anne Nokelainen, Leena Varinen

Asiakkaiden odotukset ja kehittämistarpeet mielenterveyspalveluista Hyvinkään Psykiatrian Yksikössä

Vuosi 2011 Sivumäärä 54

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Hyvinkään Psykiatrian yksikön asiakkaiden odotuksia ja kehittämisehdotuksia mielenterveyspalveluista Hyvinkäällä. Tutkimusaineiston keräämiseen käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka jaettiin 500 asiakkaalle Hyvinkään Psykiatrian yksikön viidessä eri toimipisteessä. Tutkimukseen osallistui 142 vastaajaa. Aineisto käsiteltiin ja tallennettiin Hyvinkään Laurea ammattikorkeakoulussa SPSS-tilastointiohjelmalla ja avoimet kysymykset sisällön analyysillä. Tulokset kuvailtiin frekvenssejä ja prosentteja käyttäen. Tutkimus tehtiin määrällisenä ja tutkimuskysymyksinä olivat: miten tyytyväisiä hyvinkääläiset olivat Hyvinkään Psykiatrian yksikön tarjoamiin mielenterveyspalveluihin ja mitkä ovat asiakkaiden kehittämisehdotukset mielenterveyspalveluiden suhteen.

Tulosten mukaan asiakkaat olivat Hyvinkään Psykiatrian yksikön tarjoamiin palveluihin pääasiallisesti tyytyväisiä ja palveluita käytettiin laajasti. Suurin osa asiakkaista koki hoidosta olleen hyötyä ja samalla fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten suhteidensa pysyneen samana tai parantuneen hoidon aikana. Pääasiallinen hoitoon tulon syy oli masennus ja toiseksi yleisin syy oli muut mielialavaihtelut. Pääsääntöisesti asiakkaat kokivat tulleen kuulluksi ja pystyvänsä vaikuttamaan omaan hoitoonsa.

Avoimissa kysymyksissä kehittämisehdotukseksi nousi matalan kynnyksen hoitoon pääsy. Edelleen vertaistukiryhmiä kaivattiin lisää, jolloin asiakkaat saisivat tukea toisistaan. Työntekijöiden oma jaksaminen koulutuksen tai työnohjauksen avulla koettiin tärkeäksi. Lisäksi asiakkaat kuvasivat ja pohtivat avoimissa kysymyksissä hyvän mielenterveyshoidon kriteereitä.

Asiasanat: mielenterveys, mielenterveystyö, hyvä hoito, asiakastyytyväisyys, psykiatrisen hoidon lähestymistavat

Piia Kettunen, Anne Nokelainen, Leena Varinen

Customers' expectations and the development needs of mental health services in Hyvinkää Psychiatry Unit

Year	2011	Pages	54
------	------	-------	----

Purpose of this study was to survey the customers' expectations and suggestions to improve the mental health services in Hyvinkää Psychiatric Unit. The research data was collected through a questionnaire which was distributed to 500 clients in Hyvinkää Psychiatry Unit in five different locations. The study involved 142 respondents. The data was processed and stored in Laurea Polytechnic in the SPSS program. The results were described as frequencies and percentages. The study was quantitative and the study questions were: How satisfied were the clients with the having psychiatric services and what proposals did they make for developing the services in Hyvinkää.

The results indicated that the customers were satisfied with the services provided and that the services were used extensively. The results also showed that the majority of customers considered the treatment beneficial, while their physical, mental and social relations had remained the same or improved during treatment. Depression was the main reason for treatment and the second most common reason was different kind of mood swings. Customers felt that they were heard relative well and they had ability to influence their own care.

Open ended questions developmental ideas rise of low-threshold access to treatment, for example access to treatment without a referral was mentioned as a developmental suggestion. Further clients wanted support groups more, so customers could tips and support each other. Workers' own ability to cope and for example training and employment guidance were considered important. The clients also described criteria for good mental health care.

Keywords: mental health, mental health work, good care, customer satisfaction, approaches of psychiatric treatment

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus.....	7
3	Opinnäytetyön teoreettiset ja käsitteelliset lähtökohdat.....	7
3.1	Mitä on mielenterveys.....	7
3.2	Ihmiskäsitys ja kulttuurin yhteys mielenterveyden määrittelyyn.....	8
4	Mielenterveyspalvelut valtakunnallisesti tarkasteltuna.....	9
4.1	Palvelujärjestelmät Hyvinkäällä.....	11
4.1.1	Mielenterveys- ja päihdefoorumi Hyvinkäällä.....	13
4.2	Globaali näkökulma mielenterveyteen.....	13
5	Työmenetelmät mielenterveystyössä.....	15
5.1	Hyvänhoidon perusta.....	15
5.2	Näyttöön perustuva hoitotyö.....	19
5.3	Kriisihoito.....	20
5.4	Lääkitys.....	22
5.5	Hoidolliset lähestymistavat.....	23
5.6	Käypähoitosuositukset.....	25
5.7	Kaksoisdiagnosointi.....	27
6	Asiakastyytyväisyyden tutkiminen.....	28
7	Tulokset asiakastyytyväisyydestä Hyvinkään Psykiatrian Yksikössä.....	30
7.1	Tulokset diagrammeihin.....	30
7.2	Tulosten tiivistelmä.....	40
7.3	Avointen kysymysten tulokset.....	41
8	Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi.....	42
9	Tulosten pohdintaa ja kehittämissuhteita.....	44
9.1	Tulosten tarkastelua.....	44
9.2	Kehitysehdotukset.....	47
	Lähteet.....	49
	Liitteet.....	1
	Liite 1. Kyselylomake ja saatekirje.....	1

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Hyvinkään Psykiatrian yksikön asiakkaiden tyytyväisyyttä heidän saamiinsa palveluihin sekä kartoittaa asiakkailta psykiatrisen hoitotyön kehittämiskohteita. Opinnäytetyön aihe on otettu Laurea ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpankista, ja aihe on muokattu yhdessä työelämän tahon kanssa vastaamaan heidän tarpeitaan. Opinnäytetyössä kuvataan saatavilla olevat mielenterveyspalvelut ja lait.

Asiakastyytyväisyyskyselyllä keräsimme asiakkailta kokemuspohjaista tietoa saamastaan palvelusta, vertasimme saatua tietoa hoitotieteen laki- ja teorian tietoon. Asiakastyytyväisyyskyselymme Hyvinkään Psykiatrian yksikön asiakkaille toteutettiin maaliskuussa 2010. Asiakastyytyväisyyskyselymme mittarin runkona toimi aikaisemmin vuonna 2007 tehty tyytyväisyyskysely sekä opinnäytetyöhön kerätty teorian tieto. Vastaukset analysoimme SPSS-tilastointiohjelmalla.

Valtakunnallisesti on tehty erilaisia mielenterveyspalveluihin liittyviä tutkimuksia, ja erilaisille paikallisille tutkimuksille on edelleen selkeästi tarvetta. Ellilä (2007,81) on tutkinut väitöskirjassaan hyvän hoidon määritelmää ja todennut käsitteen osittain suhteelliseksi riippuen aina hyvän hoidon "määrittäjistä", joita on yli 30 000 terveydenhoitoalalla Suomessa. Lisäksi myös Kokko (2004,80-89) on tutkinut mielenterveyspalveluita käyttävien odotuksia hyvästä hoidosta. Itsemääräämisoikeus, hoitoon pääsyn nopeus, työntekijän ammattitaito ja luottamuksellinen hoitosuhde olivat palveluita käyttävien mielestä tärkeitä hyvän hoidon ominaisuuksia. Lisäksi saman työntekijän kanssa asioiminen hoitosuhteen alusta loppuun, ryhmässä toimiminen sekä erityisesti vertaistuki koettiin mielekkäiksi. Lääkehoito oli yksi oleellinen hyvän hoidon kriteeri. Tärkeimmäksi auttamisen keinoksi asiakkaat määrittelevät keskustelut ammattitaitoisen työntekijän kanssa.

2 Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus

Hyvinkään Psykiatrian yksikön asiakkaille tehtiin vuonna 2007 asiakastytyväisyyskysely, jolla haluttiin kartoittaa tietoa asiakkaista ja heidän tyytyväisyyttä ja kokemuksia yksikön toiminnasta. Tuloksista haluttiin myös selvittää toiminnan kehittämiskohteita asiakasnäkökulma huomioiden. Hyvinkään Psykiatrian yksikössä toteutimme vuonna 2010 uuden vastaavan asiakastytyväisyyskyselyn.

Vuonna 2007 asiakastytyväisyyskyselyn vastauslomakkeita palautui 12 kappaletta. Tuloksista voitiin tuolloin todeta, että asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä yksikön toimintaan, vastaanottoajan saannin nopeuteen, käyntien määrään sekä tiheyteen että kestoon. Myös yksikön tilat saivat kiitosta. Toimintapa käyntiajan peruuntumiseen koettiin myös olevan hyvä. Hoidon vaikutus asiakkaiden psyykkiseen vointiin koettiin erityisen hyväksi: asiakkaiden psyykkiset oireet vähenivät, ahdistus lieventyi ja mieliala koheni. Kaikki 12 vastaajaa kokivat hyötynsä saamastaan hoidosta. Tuolloisessa kyselyssä kehityskohteeksi nousi lähinnä sairaanhoitajan vastaanotolle pääsyn helpottaminen. (Hilden 2007,3.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Hyvinkään Psykiatrian yksikön asiakkaiden tyytyväisyyttä sekä selvittää asiakkaiden odotuksia ja kehittämisen tarpeita Psykiatrisen yksikön mielenterveyspalveluihin nähden.

Ydinkysymykset ovat:

1. Miten tyytyväisiä hyvinkääläiset ovat Hyvinkään Psykiatrian yksikön tarjoamiin mielenterveyspalveluihin?
2. Mitkä ovat Hyvinkään Psykiatrian yksikön asiakkaiden kehittämisehdotukset mielenterveyspalvelujen suhteen?

3 Opinnäytetyön teoreettiset ja käsitteelliset lähtökohdat

3.1 Mitä on mielenterveys

Mielenterveys ei ole helposti määriteltävissä, vaan se on monitahoinen käsite, joka sisältää riittävän hyvän psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen sekä henkisen hyvinvoinnin. Edelleen mielenterveyteen vaikuttavat yksilölliset tekijät, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, yhteiskunnan rakenteelliset tekijät sekä kulttuuriset arvot. Lisäksi mielenterveyskäsitteeseen nivoutuu elämänhallinta, itsetunto, elinvoimaisuus, henkinen vastustuskyky, riittävän hyvä toimintakyky sekä kyky luoda ihmissuhteita riittävässä määrin. (Hölttä & Juntunen 2008, 15.)

Mielenterveyden määritelmä on kautta aikojen muuttunut ja ollut sidoksissa suhteessa paikkaan, aikaan ja kulttuuriin. Primitiivisissä kulttuureissa uskotaan tänäkin päivänä henkien ai-

heuttavan mielen sairastumista, ja tähän perustuvat keskiajalla Euroopassa riehuneet noita-vainot. Psykiatrian uranuurtajan Sigmund Freudin vaikutuksesta mielen häiriöiden syitä alettiin etsiä ihmisen elämänvaiheista aina syntymästä alkaen. (Salo & Tuunainen 1996, 257-258.)

Mielenterveys sisältää ajatuksen ihmisestä toimintakykyisenä ja elämäniloisena yksilönä. Mielenterveys muovautuu persoonallisen kasvun myötä siten, että sen aste voi vaihdella ajoittaisesta huonovointisuudesta hyvään oloon. Ihmisellä tulisi olla lupa ajatella, tuntee ja toimia yhdenvertaisena muiden ihmisten kanssa. Kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen perustuvan mielenterveyden yhteydessä tulisi kiinnittää enenevässä määrin huomiota ihmisarvon kunnioittamiseen, joka vähentäisi samalla leimautumis- ja syrjäytymiskehitystä. Mielenterveyttä ei voi yksinomaan selittää ihmisen persoonallisilla ja yksilöllisillä ominaisuuksilla, vaan siihen liittyy aina myös ihmisen ja ympäristön välinen yhteys. Lisäksi mielenterveydelle on keskeistä ihmisen kyky ymmärtää ja tulkita ympäristöä sekä sopeutua siihen tai tarvittaessa muuttaa sitä. Mielenterveyttä tarvitaan myös sosiaaliseen vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa ja se vaikuttaa monella sektorilla, kuten kommunikoinnissa toisten ihmisten kanssa, työkyvyn ylläpidossa, luovuudessa ja terveen itsetunnon ylläpidossa. Mielenterveys täytyykin nähdä monitahoisena ilmiönä ja voimavarana, joka kehittyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. (Noppiari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 18-20.)

Vuoren (Henkilökohtainen tiedonanto 15.4.2008) mukaan kaikilla ihmisillä on mielenterveyttä -enemmän tai vähemmän, ja näin ollen jokaisella on pääsääntöisesti mahdollista edistää myös omaa psyykkistä terveyttään ja hyvinvointiaan. Lisäksi hän viittaa Freudiin, joka määritteli mielenterveyden kyvyksi rakastaa ja tehdä työtä. Mielenterveyteen voidaan edelleen liittää riittävä toimintakyky sekä kyky asioiden hahmottamiseen, ongelmanratkaisuun ja ihmissuhteisiin. Lisäksi mielenterveyden katsotaan olevan kulttuuriin ja aikaan sidottu määrittelykysymys. Vuori toteaaakin, että ihminen on itsensä oma ensisijainen auttaja psyykkisissä vaikeuksissa, koska useimmilta jopa sairausdiagnoosistaan huolimatta löytyy omia kykyjä ratkoa ongelmiaan ja selviytyä vaikeista ja hankalista tilanteista. Mikäli omat auttamiskeinot eivät kuitenkaan riitä psyykkisen tasapainon saavuttamiseksi tai palauttamiseksi, tulee toissijaisena apuna läheisten antama apu. Mikäli omat keinot ja läheisten tukikaan eivät riitä, on tällöin syytä turvautua ammattiapuun.

3.2 Ihmiskäsitys ja kulttuurin yhteys mielenterveyden määrittelyyn

Holistinen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on kolmiulotteinen kokonaisuus: ihminen on tajunnallinen, kehollinen ja situationaalinen olento. Tajunnallisella tasolla ihmisen mieli sekä elämys ovat peruselementtejä. Mieli muokkaa havaintojen ja kokemusten perusteella merkityssuhteita ja merkityssuhteiden avulla luomme oman maailmankuvamme. Merkityssuhteet koostuvat pitkälti koetuista asioista. Merkityssuhteet voivat ajoittain olla epäsuotuisia, jolloin

ihmisen psyykinen hyvinvointi saattaa horjua. Ihminen sekä pystyy, että ei pysty vaikuttamaan omaan situatioonsa eli tilanteeseensa. Aviopuolison tai ammatin valinta ovat ihmisen tietoisia päätöksiä. Sen sijaan esimerkiksi synnyinpaikkaansa, rotuun tai vanhempiinsa ihminen ei voi itse vaikuttaa. (Rauhala 2005, 32-45.)

Rauhala (2005, 32-45) toteaa lisäksi, että ravinto, saasteet, arvot ja asenteet vaikuttavat ihmisen tilaan. Situaatiolla tarkoitetaan kaikkia niitä asioita, mihin ihminen on suhteessa. Holistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on psyko-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus, joka on jatkuvassa vuorovaikutuksessa oman tajunnallisen-, kehollisen- ja situationaalisen minänsä kanssa. Mikäli ihmisen jollain kolmesta tasosta tapahtuu jokin epäsuotuisa muutos, ihminen oireilee kokonaisvaltaisesti kaikilla osa-alueillaan. Schubertin (2007, 39-40) mukaan eri kulttuuritaustaisia asiakkaita hoidettaessa tulisi huomioida erilaisten kulttuurien erilaiset vuorovaikutustyyli. Länsimaat kuuluvat kulttuuriin, jossa ihmiset arvostavat lähinnä sanallisia viestejä, konsepteja ja abstrakteja antaen ehkä liiankin korostetusti painoarvoa sanallisille ilmauksille.

Suomen perustuslain mukaan jokaisella ihmisellä on rotuun, sukupuoleen väriin yms. katsomatta oikeus omaan kulttuuriin ja uskontoon. Myös henkiset ja hengelliset kysymykset nousevat tärkeäksi asiaksi silloin, kun ihminen sairastaa tai on muuten avun tarpeessa. Sairauden aikana tai sen seurauksena voi monet arvot ja käsitykset joutua uudelleen arvioitaviksi. Sairastumisen aiheuttamaa kriisiä kuvataan kipu- ja kasvukohdaksi, ja ihmistä voi kohdata henkinen tai hengellinen muutos. Vaihtoehtoina tuolloin ovat pysähtyminen, koteloituminen tai mahdollinen muutos sekä uudelleen aloittaminen. Ihminen olisi kuitenkin voitava vapauttaa tuntemuksistaan ja antaa hyväksyntä sille mikä ja kuka on. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 76.)

4 Mielenterveyspalvelut valtakunnallisesti tarkasteltuna

Mielenterveystyön palvelujärjestelmässä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin kuuluvat julkiset peruspalvelut eli perusterveydenhuollon palvelut sekä erityispalvelut eli erikoissairaanhoidon palvelut. Peruspalvelut kuuluvat terveyskeskuksen toimintaan osana kansanterveystyötä. (Noppari ym. 2007, 125-126.) Näitä palvelujärjestelmiä säätelevät erilaiset lait ja asetukset. Mielenterveyslain (L 1116 / 1990) mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan sekä yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä yksilön mielenterveyden häiriöiden lievittämistä, parantamista ja ennaltaehkäisyä. Mielenterveyslaki määrittelee kunnan ja sairaanhoitopiirien vastuun mielenterveyspalvelujen järjestämisessä. Mielenterveyspalvelujen tulee lain perusteella vastata sisällöltään ja laadultaan esiintyvää tarvetta. Avopalvelujen tulee olla ensisijaisia. Eri sektorien tuottamat palvelut tulee voida sovittaa yhteen, kuten sairaanhoitopiiri, terveyskeskus ja sosiaalihuolto. Mielenterveystyö-

tä poteville on järjestettävä mahdollisuus tarvitsemaansa tuki- ja palveluasumiseen vammais- palvelulain mukaisesti. Hyvönen (2004,16) mainitsee, että 1990-luvun lopulla mielenterveys- palveluita käyttävien asiakkaiden hoidon laadussa ja saatavuudessa ilmeni vakavia puutteita. Laitoshoitopaikkojen vähentyessä viime vuosikymmeninä vastaavasti riittävän toimivaa avo- hoidon järjestelmää ei vielä ole saatu tilalle.

Hyvä hoito terveydenhuollossa merkitsee asiantuntevaa apua ilman kohtuuttomia viiveitä. (Noppari, ym. 2007,152.) Erikoissairaanhoidotasoinen mielenterveyspalvelu alkaa hoidon tar- peen arvioinnilla. Arviointi tulee tehdä viimeistään kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumi- sesta ja hoito tulee toteuttaa viimeistään kuuden kuukauden kuluessa hoidon arvioimisesta. Kiireellistä mielenterveyspalvelua tarvitsevan tulee kuitenkin päästä hoidon piiriin välittömäs- ti. (Syväoja & Äijälä 2009, 10-17.) Mielenterveystyö perustuu asiakkaan itsemääräämisoikeu- teen ja vapaaehtoisuuteen. Tämä on pääperiaate mielenterveystyössä. Mikäli asiakas yhteis- työkyvyttömyyden vuoksi on kykenemätön ottamaan kantaa omasta terveydestään, asiakkaan itsemääräämisoikeuden periaate saattaa jäädä toteutumatta. Mielenterveyslaki (L 1116/1990) velvoittaa lähettämään asiakkaan tahdosta riippumattomaan hoitoon, mikäli asiakas on mieli- sairautensa vuoksi yhteistyökyvytön ja hoidotta jättäminen pahentaisi mielen sairautta tai vaarantaisi vakavasti omaa tai muiden ihmisten terveyttä ja samanaikaisesti muut avohoidon tarjoamat mielenterveyspalvelut todetaan riittämättömiksi. (Noppari ym. 2007, 113-114.)

Erikoissairaanhoidon jakaantuu avo- ja laitoshoidon. Avohoidon organisaatioita ovat mm. psy- kiatriset yksiköt ja -poliklinikat, yleissairaalapsykiatriset poliklinikat, psykiatriset päiväosas- tot, kuntoutus- tai palvelukodit, hoitokodit, palveluasunnot sekä tuetut asuntolat. Psykiatri- set sairaalat muodostavat laitosisaaraanorganisaation. (Noppari ym. 2007,125-126.) Erikoissairaanhoi- tolaki (L 1026/1989) määrittelee lääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Puuppolan, Räikeen ja Rastaa (2007, 18-19) mukaan saumattomat palveluketjut, moniammatillisuus ja asiakas- sekä väestölähtöisyys ovat olennai- sia terveyspalveluiden kehittämiskohteita. Rajojen häivyttäminen perusterveydenhuollon- ja erikoissairaanhoidon välillä ja yhteistyön tehostaminen ovat tunnusmerkkejä toimivasta pal- veluketjusta. Lemström (2004, 4) on tutkinut avohoidon ja laitospalveluiden välistä yhteistyö- tä ja sen kehittämiskohteita. Edellytyksiä hyvälle yhteistyölle ovat mm. hyvä ammattitaito, yhteisesti sovitut työ- ja toimintatavat, tiimityö ja työn suunnittelu.

Perusterveydenhuoltoon on luotu depressiohoitaja-järjestelmä, jossa työskentelee psykiatri- seen hoitotyöhön erikoistunut sairaanhoitaja. Depressiohoitajan tehtävänä on kartoittaa asi- akkaan tilanne, voimavarat sekä elämää kuormittavat tekijät. Hoidosta vastaa lääkäri. Dep- ressiohoitaja laatii yhdessä lääkärin ja asiakkaan kanssa jatkohoitosuunnitelman ja informoi lääkärinä mahdollisesti aloitetun lääkityksen vaikutuksista. (Lemström 2004, 35.)

Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä (604/2003) säädetään viranomaisten sekä yhteisöjen ja laitosten yhteistyöstä kuntoutuspalvelujen antamisessa, asiakkaiden kuntoutustarpeen ja -mahdollisuuksien arvioimisessa, kuntoutukseen liittyvän koulutuksen järjestämisessä sekä työllistymisen edistämässä. Tukipalveluna mielenterveystyössä voidaan tarjota asumisharjoittelua, jonka tavoitteena on tukea ja turvata itsenäisen asumisen onnistumista. Niin ikään työtoimintakeskuksien tarjoamat ohjatut ja yksilöräätälöidyt työtoiminnot ja -harjoittelut tukevat mielenterveyskuntoutujia itsenäistymisessä ja omatoimisuudessa. Kuntoutujien omaehtoisena toimintana toteutetaan mm. klubitaloja, joissa tarjotaan mielekkäitä ja voimavaroja vastaavia työtehtäviä. Siirtymätöillä klubitalotoiminnassa on suuri merkitys, koska klubitalo hankkii jäsenilleen vapailta työmarkkinoilta työtilaisuuksia. (Paasu 2005, 34-38.)

Palvelujärjestelmässä toimivat myös monet yksityiset ja kolmannen sektorin palvelut. Erityisesti kolmannella sektorilla on matalan kynnyksen ja erityisryhmien mielenterveyspalveluja asumisen ja arjen tukitoimissa. Helander(2002, 63) puolestaan toteaa, että kolmannen sektorin tarjoama palvelu on yleishyödyllistä ja pyyteetöntä. Pyyteettömyyden puolesta puhuu se, että sektorin toiminta ei tähtää taloudelliseen voittoon. Lisäksi kolmannen sektorin toiminta ei ole riippuvainen valtiosta tai muista viranomaisista. Perusterveydenhuollon rooli korostuu palveluketjun ensimmäisenä palvelutahona, jossa keskeisin toimija on terveyskeskus erilaisine toimintamuotoineen. (Noppari ym. 2007, 125-126.)

4.1 Palvelujärjestelmät Hyvinkäällä

Hyvinkään kaupungin (2010) mukaan Hyvinkään Psykiatrian yksikkö tarjoaa mielenterveyspalveluita Hyvinkääläisille aikuisille. Yksikön palveluihin hakeudutaan lääkärin läheteellä ja käynnit yksikössä ovat asiakkaille maksuttomia. Hildenin (2008) mukaan vuonna 2008 Hyvinkään Psykiatrisen yksikön asiakkaista 35 % tuli perusterveydenhuollon terveyskeskuslääkärin lähettämänä, Kellokosken sairaalasta tuli 14 % sekä yksityisiltä lääkäriasemilta ja erikoissairaanhoidon poliklinikalta asiakkaita tuli yhteensä 28 % asiakasta. Yleisin hoitoon tulo syy oli masennus.

Hyvinkään Psykiatrian yksikössä työskenteli yhteensä 18 ammattitaitoista psykiatriseen hoitoon koulutettua työntekijää. Yksikössä toimi kolme erilaista työryhmää: akuuttityöryhmä, vastaanottoryhmä sekä kuntoutuskeskus. Akuuttityöryhmä koostui yhdestä psykiatrista sekä kahdesta sairaanhoitajasta. Hoitoon tulo tapahtui lääkärin b-laheteella ja hoitoaika oli keskimäärin 4-8 viikkoa. Jatkohoito tapahtui Hyvinkään Psykiatrian yksikön vastaanottotyöryhmässä tai yksikön alaisessa kuntoutuskeskuksessa. Vastaanottotyöryhmän muodostivat kaksi lääkäriä, kuusi sairaanhoitajaa, psykologi sekä kaksi sosiaalityöntekijää. Työryhmä tarjosi

psykiatrista erikoissairaanhoidoa, kuntoutusta sekä tutkimuksia. Hoitosuunnitelma kartoitettiin asiakkaan kanssa yhdessä. Kuntoutus ja psykiatrinen hoito saattoi sisältää niin yksilö-, pari- tai ryhmäkeskusteluja, joiden tarkoituksena oli terapeuttisin keinoin tukea asiakasta selviytymään ongelmistaan. Kuntoutuskeskus tarjosi siis laaja-alaisesti palveluitansa psykiatrisen kuntoutuksen tarpeessa oleville. Työryhmän muodostivat kaksi sairaanhoitajaa, mielen-terveyshoitaja sekä toimintaterapeutti. Asiakkaalla oli tarvittaessa käytettävissä myös lääke-riipalvelut. Kuntoutus aloitettiin arviointijaksolla, jonka aikana arvioitiin asiakkaan yksilöllinen kuntoutuksen tarve ja laadittiin kuntoutuksen sisältö. Myös tarpeenmukainen jatkosuunnitelma laadittiin asiakkaalle. Työmuotoina kuntoutuskeskuksessa olivat mm. ryhmätoiminta, kotikäynnit, yksilö-, perhe- ja verkostotapaamiset sekä konsultaatiot. (Hyvinkään kaupunki 2010.)

Hyvinkäällä Psykiatrian yksikön yhteistyökumppaneita on niin perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa kuin kolmannella sektorillakin. Perusterveydenhuollon yhteistyökumppaneiksi lukeutuivat mm. terveyskeskuksen omalääkärit, sairaanhoitajat, psykologit sekä kotihoito, Hyvinkään työvoimanpalvelukeskus eli TYP, perheneuvola ja nuorille ja nuorille aikuisille suunnattu työpajatoiminta. Erikoissairaanhoidossa yhteistyökumppaneiksi lukeutuivat mm. erikoissairaanhoidon poliklinikka ja -päiväosasto sekä Kellokosken sairaala. Kellokosken sairaala lukeutuu yhdeksi Suomen suurimmista psykiatrisista sairaaloista, joka tarjoaa psykiatrista sairaalahoitoa hyvinkääläisille lähikuntien lisäksi. (Hilden 2008.)

Hyvinkään seurakunnan diakoni Laakson (Henkilökohtainen tiedonanto 29.1.2010) mukaan myös Hyvinkään seurakunnalla on tarjolla hyvinkääläisille erilaisia mielenterveyttä tukevia palveluita. Hyvinkääläisten mielenterveyskuntoutujien on mahdollista halutessaan osallistua Hyvinkään Seurakunnan järjestämiin kokouksiin ja leireihin ja seurakunnan diakoni tarjoaa itse myös moniulotteista sielunhoitoa. Seurakunnassa on myös mielenterveyttä tukevaa ryhmätoimintaa, kuten rukousryhmä ja sururyhmä, joista saa vertaistukea mielenterveyttä tukemaan. Yhteistyötä tehdään Hyvinkään Psykiatrian yksikön kanssa asiakkaan toiveesta.

Hyvinkäällä työvoimapalvelukeskuksen eli TYP asiakkaiksi hakeutuvat tai ohjautuvat ihmiset, jotka tarvitsevat moniammatillista tukea päästäkseen takaisin työelämään ja asiakkaaksi tarvitaan joko sosiaali- ja terveydenhuollon- tai työvoimatoimiston tekemä lähete. 17-28-vuotiaille asiakkaille tarkoitettun työpajatoiminnan ensisijaisena tavoitteena on tukea asiakkaita työllistymään avoimille työmarkkinoille. Lisäksi koulutuksiin ohjaaminen ja ohjaaminen oikeaan elämänrytmiin työkyvyn turvaamiseksi lukeutuvat tavoitteisiin. (Hilden 2008.)

Kolmannen sektorin toimijoiksi lukeutuvat Hyvinkään Seudun Mielenterveysseura ry eli HYMI-SE ja Mielenterveysyhdistys Hyvinkään Verso ry. Mielenterveysseura on tarjolla kriisiapua erilaisista elämänkriiseistä kärsiville ihmisille. Apua tarjotaan 1-5 kertaa ja tarvittaessa asiakas ohjataan jatkohoidon piiriin. Kriisiapua voi saada puhelimitse kriisikeskuksen puhelinpäivys-

tyksestä tai sovitusti myös kasvatusten. Hyvinkään mielenterveysseurassa toimii yhdeksän palkattua toimihenkilöä, muutama osa-aikainen työntekijä sekä useita vapaaehtoistyöntekijöitä. Lisäksi Hyvinkään Seudun Mielenterveysseura ry:llä oli tarjolla kriisipäivystyksellistä palvelua niin Hyvinkään kaupungille kuin lähikunnillekin. (Hymise 2010.)

4.1.1 Mielenterveys- ja päihdefoorumi Hyvinkäällä

Laurea ammattikorkeakoulussa 5.11.2009 pidetyssä Mielenterveys- ja päihdefoorumissa käsiteltiin Hyvinkään mielenterveystyön tulevaisuuden haasteita. Mielenterveys- ja päihdefoorumissa kokoontui alan asiantuntijoita. Esitelmistä ja puheenvuoroista nousi kehityskohteiksi Hyvinkään mielenterveyspalveluihin seuraavia asioita: mielenterveystyön päivystyksellistä ja liikkuvaa toimintaa tulisi lisätä nykyisestä; Hyvinkään mielenterveysseuran kriisipalvelun, jalkautuvan kriisipalvelun ja kriisiasiakkaan jatkohoidon järjestämistä tulisi kehittää; mielenterveyskuntoutujille suunnattua nettiportaali- ohjelmaa tulisi kehittää; matalan kynnyksen paikka tulisi järjestää Hyvinkäällä non-stop- palvelu periaatteella, jossa huomioitaisiin myös virkajan ulkopuolella tapahtuva apu; konsultaatio mahdollisuutta tulisi tehostaa yhteistyökumppaneiden kesken; asiakkaan luo menemistä tarvittaessa ja työttömien mielenterveyskuntoutujien ohjausta tulisi lisätä. Edelleen mielenterveysfoorumissa nimettiin työryhmä, jonka tehtävänä on laatia kuntouttava mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma vuosille 2011-2016. Hyvinkäällä toimivien eri yhteistyökumppaneiden tehtäväksi annettiin pohtia kehittämishaasteita ja sitä, mihin suuntaan Hyvinkään mielenterveys- ja päihdetyö tulisi kehittyä. Kaikkien yhteinen näkemys nousee yhteistyön kehittäminen sekä verkostotyön parantaminen. Lisäksi resurssien lisääminen mielenterveystyöhön koettiin tärkeäksi. Lääkäri palveluiden parantaminen ja tuetun asumisen laajentaminen tulisi mahdollistaa tarpeita vastaavaksi. Lisäksi seurakunnan taholta tuli esiin kehittämistoive kaksoisdiagnoosiasiakkaiden osalta eli molempia sairauksia tulisi jatkossa hoitaa yhtä aikaa. Seurakunta toivoi A-klinikan mukaista käytäntöä myös Hyvinkään Psykiatrian yksikköön, johon tulisi A-klinikan lailla päästä ilman lähetettä. Pällekkäisiä palveluita tulisi karsia tulevaisuudessa ja ennaltaehkäisevän työn merkitystä tulisi painottaa. Verson mukaan lääkityksen ja hoidon lisäksi myös kuntouttava toiminta ja tarvittaessa kotiin saatava tuki koettiin tärkeäksi. Kuntoutujan omaa osuutta sekä vastuuta kuntoutumisessa korostettiin. Ammattilaisten jatkuvaa lisäkoulutustautumista pidettiin tärkeänä. Kysynnän mukaisten palveluiden kehittäminen ja vertaistuen mahdollistaminen nousivat tulevaisuuden haasteiksi. (Hilden 2009, 1-4.)

4.2 Globaali näkökulma mielenterveyteen

Tiri (2005, 3) on vertaillut psykiatrisen terveydenhoidon käsityksiä ja kehitystä sekä hoidon tuloksellisuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä Suomessa ja Kreikassa. Tulosten mukaan psykiatrisessa terveydenhoidossa näkyi molemmissa maissa tietynlaiset kehitysvaiheet joita Tiri kuvaa olevan eristäminen, lääkitys, työ ja toiminta, psykoterapiat ja näiden kaikkien potilas-

lähtöinen yhdistäminen. Molemmissa maissa sairaalapaikkojen määrä psykiatrisissa sairaaloissa oli vähentynyt ja yleissairaaloissa vastavuoroisesti lisääntynyt. Niin ikään kuntoutus -ja hoivakotien määrä oli molemmissa maissa lisääntynyt. Molemmissa maissa hyvä olo, toimintakyky, palvelukyky ja taloudellisuus olivat osa psykiatrisen terveydenhoidon tuloksellisuutta. Hyväksi oloksi mainittiin sairauden oireiden lieventyminen sekä psyykkisten, fyysisten ja sosiaalisten perustarpeiden tyydyttyminen. Molemmissa maissa pidettiin edelleen tärkeänä potilaan läheisten merkitystä, henkilökunnan ammattitaitoa sekä tarvittaessa avo- että sairaanhoitoa ja lääkehoitoa. Tirin tutkimusta voidaan käyttää yhtenä esimerkkinä kehitettäessä psykiatrisen hoidon indikaattoreita ja maiden välisiä vertailuja Euroopassa.

WFMH eli World Federation for mental Health on kansainvälinen jäsenjärjestö, joka perustettiin vuonna 1948 mielenterveyden edistämisen ja asianmukaisen hoidon takaamiseksi. Organisaatio tarjoaa tietoa ja palveluita sekä kouluttautumista monipuolisesti sekä ajankohtaisesti lähestyiden aina ruohonjuuritasosta hoito - ja lääketieteen ammattilaistalolle saakka. WFMH myös tukee ja rahoittaa erinäisiä mielenterveyteen liittyviä tutkimuksia. WFMH pyrkiikin edelleen lisäämään visiotansa maailmasta, jossa mielenterveys on etusijalla kaikille ihmisille. Mielenterveyspalveluita saadaan edelleen riittävästi, vaikka tarve on kasvanut entisestään. Mielenterveyspalveluihin ei tarjota globaalisesti katsottuna riittävästi resursseja. (WFMH 2010.)

Merkille pantavaa on, että usein fyysiset sairaudet ja mielenterveyden häiriöt kulkevat käsi kädessä. Tutkimukset osoittavat, että henkilöt, joilla on vaikeita tai kroonisia fyysisiä sairauksia usein omaavat myös mielenterveyden ongelmia. Samoin myös henkilöt, joilla on vakava mielenterveyden häiriö, ovat taipuvaisia saamaan myös fyysisen terveyden ongelmia, mutta ne usein jäävät huomaamatta tai hoitamatta. Tulevaisuudessa tulisinkin kiinnittää entistä enemmän huomiota fyysisen ja psyykkisen terveyden hoitamiseen samanaikaisesti. (WFMH 2010, 4-5.)

WFMH on kerännyt tietoa ja tutkimusta mielenterveyspotilaiden tyypillisimmistä liitännäissairauksista (Diabetes, syöpä, sydän ja verisuonitaudit sekä hengityselinsairaudet, kuten COPD), joita pidetään myös suomalaisina kansanterveydensairauksina. Tohtori McDaid mainitseekin tuoreessa eurooppalaisessa tutkimuksessaan psyykkisen sairastamisen lisäävän sairaskuluja noin 70 % fyysisen sairaskulujen lisäksi. Tutkimuksessa todettiin myös kehittämistarpeiksi hoitoon pääsyn helpottaminen ja matalankynnyksen palveluiden lisääminen sekä lisäkoulutuksen, etenkin ensihoito koulutuksen lisääminen. (WFMH 2010, 23-25.)

Vaikka Suomen asema kansainvälisessä vertailussa on toisaalta varsin hyvä, myös meillä oman järjestelmän sisällä mielenterveysongelmaiset henkilöt sijoittuvat terveydenhuollon palvelujärjestelmässä pohjimmaisiksi. Väestövastuullinen toimintamalli pitää koko väestöstä huolen

eikä heitteillejätto ole helposti mahdollista Suomessa. Depressio yleisyytensä vuoksi luetaan kansansairaudeksi jonka ehkäisyyn ja hoitoon on kohdistunut monia ohjelmia kuten esim. Mieli maasta -projekti. (Lönnqvist 2005.) Kaikkia mielenterveyspalveluja, myös psykoterapiaa sen eri muodoissa, on kohtuullisesti saatavilla koko maassa toisin kuin useimmissa kehittyneissä teollisuusmaissa. Mielenterveystyöntekijöiden osaaminen ja koulutus on Suomessa varsin korkea ja se on edelleen jatkuvasti nousussa. Myös pitkälle erikoistunutta ammattihenkilöstöä on kansainvälisesti verrattuna runsaasti Suomessa suhteessa väestöön. Yhteistyö potilaiden ja omaisten kanssa on vielä liian vähäistä. Lisäksi avopalvelujen kehittäminen on tapahtunut kovin hitaasti ja hyviäkin kansainvälisiä malleja on omaksuttu niukasti. Edelleen heikkoudeksi lukeutuu se tosiasia, että hoidossamme käytetään erittäin paljon vastentahtoista hoitoa ja eristämistä muihin maihin verrattuna. Myös asiakasmaksut ovat erittäin korkeat kansainvälisesti verrattuna. (THL 2009.)

Kansainvälistyvässä Suomessa haasteita luovat myös hengelliset ja kulttuuriset arvot. Puupponen, Raiken ja Rastan (2007, 5) mukaan auttajan ja autettavan erilaiset kulttuuritaustat luovat haasteita mielenterveystyössä. Eri kulttuureista tulevat omaavat erilaisen käsityksen eri hoitomuodoista ja mielenterveysongelmien syistä. Vuorovaikutus perustuu työntekijän joustavuuteen ja yhteistyön luotettavuuteen. Ristiriidat yhteistyön syntymiselle aiheutuvat luottamuksen puutteesta, kieliongelmissa sekä ennakoasenteista. Sen sijaan onnistuneelle vuorovaikutussuhteelle tärkeää on riittävän ajan huomioiminen ja tulkin käyttö yhteisen kielen löytymiseksi. Monikulttuurisessa mielenterveystyössä asiakaslähtöisyys ja asiakkaan kunnioittaminen ovat tärkeitä asioita. Lisäksi eri kulttuurista tulevan sopeutumisprosessin tunnistaminen on oleellista mielenterveystyössä.

5 Työmenetelmät mielenterveystyössä

5.1 Hyvän hoidon perusta

Ellilä (2007, 81) määrittelee hyvän hoitamisen tarpeen eli terveydenhuollon tarpeen olevan terveyspalvelun perusedellytys. Hyvää hoitamista käsitellään myös laissa, PotL 3§. Hoidon tarpeen yleisesti hyväksytty määritelmä on potilaan kohtuullisesta mahdollisuudesta hyötyä optimaalisesta hoidosta. Sundmanin (2000, 415-418) mukaan Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) sisältää potilaan oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään asianmukaiseen kohteluun. Hoidon tulee olla terveydenhuollon ammattilaisen antamaa. Potilaalla on tiedonsaantioikeus ja oikeus saada selvitys omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista, niiden vaikutuksista sekä muihin hoitoon liittyvistä merkityksellisistä asioista. Potilaalla on itsemääräämisoikeus. Hoidon tulee toteutua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Jos potilas ei kuitenkaan mielenterveyshäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn takia pysty itse päättämään hoidostaan, on kuultava potilaan

laillista edustajaa, omaista tai muuta läheistä. Potilasasiakirjat ovat salassa pidettäviä, terveydenhuollon ammattihenkilö on vaitiolovelvollinen. Ellilän (2007, 81) mukaan hyvä hoito pitää sisällään perustuslain, potilaslain sekä koko terveydenhuoltolainsäädännön. Edelleen tulee kiinnittää huomiota siihen, että potilaan ja ammattihenkilön käsitykset hoidon tarpeesta voivat olla hyvinkin erilaiset ja tällöin puhutaan subjektiivisesta ja objektiivisesta terveydenhuollon tarpeesta. Hyvä hoidon katsotaan siis olevan melko suhteellista riippuen aina siitä, mistä näkökulmasta hyvää hoitoa katsotaan ja määritellään. Terveyden tarpeen- määrittelmä olisi hyvä muuttaa kansankielelle tarkastelemalla ja painottamalla sitä, mikä kussakin hoidettavassa potilastapauksessa on olennaista.

Myös Leino-Kilven & Välimäen (2003, 10-11) mukaan terveydenhuoltojärjestelmä on tukemassa yhteiskunnan yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen hyvinvointia. Yksittäisten ihmisten ja perheiden elämään terveydenhuoltojärjestelmällä on suuri valta ja tämä saattaa aiheuttaa eettisiä ongelmia. Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (L 621/1999) säätää, että laissa säädettyjen tiedonsaantioikeuksien ja viranomaisten velvollisuuksien tarkoituksena on toteuttaa avoimuutta ja hyvää tiedonhallintatapaa viranomaisten toiminnassa. Lisäksi tarkoituksena on antaa yksilöille ja yhteisöille mahdollisuus valvoa julkisen vallan ja julkisten varojen käyttöä. Henkilötietolaki (L 523/1999) tarkoituksena onkin toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Leino- Kilpi & Välimäen (2003, 11-12) mukaan myös nopea teknologian kasvu on nopeuttanut ja parantanut hoitokäytänteitä aiheuttaen kuitenkin toisaalta eettisiä epäkohtia potilaan oikeuksiin. Potilasta koskeva tieto siirtyy nopeammin hoitopaikasta toiseen ja samalla tulisi varmistaa, ettei henkilötietoja leviä sähköisellä välityksellä ulkopuolisille. On myös kyettävä varmistamaan se, että sähköisestä potilastiedostosta mahdollistuu potilaan oma oikeus tutustua omaan terveyteen ja sairauttaan koskeviin tietoihin.

Piipon (2008.) mukaan asiakkaan epäluottamus syntyy ulkopuolisuuden tunteesta. Tällöin epäluottamus hoitojärjestelmään ja koko hoitavaan henkilökuntaan kehittyy, jos potilas kokee itsensä täysin ulkopuoliseksi omassa hoitoprosessissaan. Näin tapahtuu helposti, jos potilas kokee olevansa vain hoitohenkilökunnan toimenpiteiden kohde ja hänen hoitonsa perustuu lähinnä yleistettyihin tapoihin, rutiineihin ja traditioihin, jolloin luottamuksen kehittyminen on erityisen vaikeaa. Potilaan tulisi kokea itsensä aktiiviseksi toimijaksi ja asiantuntijaksi koko hoitoprosessin ajan.

Hyvä hoito perustuu vuorovaikutuksellisiin auttamismenetelmiin. Vuori- Kemilä ym. (2007, 61-63) mukaan asiakkaan kohtaamisessa on tärkeää kuunteluun perustuva keskustelu. Kuunteluun perustuva vuoropuhelu on tärkeä elementti mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa ja auttamisprosessissa. Vuoropuhelulla pyritään vaikuttamaan asiakkaan itsesäätelyyn, päätöksente-

kotaitojen kehittymiseen sekä tunnesäätelyyn. Näin asiakas oppii kanavoimaan esimerkiksi vihantunteensa verbaalisesti fyysisen aggressiivisuuden sijaan.

Vuori- Kemilän ym. (2007, 53- 66.) mukaan vuorovaikutuksessa työntekijän hoidollinen asennoituminen asiakkaaseen painottuu, koska vain siten asiakas uskaltaa avautua. Hyvään hoitoon kuuluu työntekijän rohkaiseva ja tarvittaessa rauhoittava, positiivinen, luottamuksellinen, inhimillinen sekä empaattinen suhtautuminen asiakkaaseen. Ryhmätyötaitoja työntekijä tarvitsee niin mielenterveystyön asiakkaiden kanssa kuin myös työyhteisössä yhteisten päämäärien saavuttamiseksi. Yhteistyötaitoja tarvitaan mielenterveystyössä myös eri auttajatahojen, asiakkaan, omaisten sekä läheisten kesken. Lisäksi mielenterveys- ja päihdehuoltolaki sisältää yhteistyövelvoitteen ja yhteistyön kehittämiselvoitteen, jonka tarkoituksena on luoda uusia ja yhä joustavampia yhteistyön muotoja asiakkaiden auttamiseksi. Työntekijän jatkuva itse arviointia pidetään myös tärkeänä. Tämän myötä kehittyy työntekijän itsetunto, jolloin työntekijä suojautuu loukkauksilta käyttämällä erilaisia psykologisia puolustusmekanismeja. Työntekijän tulee toimia ammatillisesti ja kyetä tunnistamaan sekä sivuuttamaan omat henkilökohtaiset tunnetarpeensa.

Hyvä hoito sisältää ohjausta ja neuvonantoa. Counsellingiksi kutsutaan vuorovaikutuksellista tukemista, ja se voi olla nopeaa kohtaamista tai pitkiä keskusteluja, mutta se ei kuitenkaan ole psykoterapiaa. Counsellingin tarkoituksena on luoda asiakkaalle kokemus voimaantumisen sekä omien voimavarojen kasvusta. Counselling -tasolla asiakkaan kanssa tehdään johtopäätöksiä, mutta ei analyyseja eikä tulkintoja. Suora käänös Counselling -termille on ohjaaminen, neuvojen antaminen sekä kehottaminen. Se ei suoraan suomeksi käännettynä sisällä tukemista, mutta se kuitenkin liittyy vuorovaikutukselliseen tukemiseen. (Kiiltomäki & Muma 2007, 45.)

Asiakkaan omien voimavarojen tukeminen on merkittävä tekijä mielenterveystyössä. Empowerment eli voimaantuminen koetaan ihmisen itsensä osuudeksi omaan hyvinvointiinsa ja se koetaan osaksi elämänhallintaa. Lähtökohdaksi ajatellaan käsitys siitä, että ihminen on itse tietoinen siitä, mikä hänelle on hyväksi. Voimaantumista ei voida määritellä kirjallisuudessa tarkasti, sillä sen lähtökohta on ihmispersoonaa itse ja se, miten kukakin voimaantumisen käsittelee. Sen tarkoituksena kuitenkin on vahvistaa ihmisen omaa hyvää käsitystä itsestään sekä omista päätöksistään, auttaa sopeutumaan ympäristöön ja tulla hyväksytyksi omassa elämässään sellaisena kuin on. Voimavarateoria hoitotyössä tulee sosiologiasta ja antaa hoitotyölle uuden työvälineen. Sen tarkoituksena on auttaa asiakasta hallitsemaan omaa elämäänsä ja tekemään siitä mielekästä ja ymmärrettävää. (Iija 2009, 105-107.)

Hyvää hoitoa toteutetaan, kun asiakas tulee kuulluksi. Eräs menetelmä siihen on vuorokuuntelelohjaus. Mattilan (2009, 79-80) mukaan vuorokuuntelelohjauksen tärkein viesti on pysäyttää

hoitotyöntekijä kuuntelemaan asiakkaansa sanomaa. Ohjattavalle on tarjottava riittävä määrä aikaa, keskittyntä huomiota ja kunnioitusta välittämättä ympärillä vallitsevasta paineesta. Hoitotyöntekijän tehtävänä on tukea ohjattavan omaa kasvua sekä asiantuntijuutta. Yhteyden saaminen toiseen vaatii kuuntelijan herkkyyttä ja "tarttuma pinta-alaa" käytävään keskusteluun. Tätä kutsutaan "kuumaksi puheeksi", jossa kuuntelija syventyy kyselemään ja tiedustelemaan, jolloin kertojalle välittyy tunne kuulluksi tulemisesta. Kuuntelemisesta on tullut tällöin tutkivaa, joka osaltaan auttaa kuuntelijaa ymmärtämään ohjattavansa kokemuksia ja tunnetiloja.

Piipon (2008) mukaan psykiatrisen hoidon yhteydessä tapahtuva ihmisten välisten suhteiden hoitaminen on erityisen tärkeää, koska se tuottaa luottamusta ja turvallisuutta niin potilaiden, omaisten kuin myös hoitohenkilökunnan taholta. Oireiden ja sairauden hoitaminen ei välttämättä olekaan oleellisin asia, johon psykiatrisessa hoidossa tulisi keskittyä. Oleellista on ihmisten välisten suhteiden hoitaminen, sillä se kasvattaa asiakkaan luottamusta, turvallisuutta ja autonomian kokemusta. Toisin sanoen, kun ihmissuhteet tulee hoidettua kuntoon, korreloi se suoraan sairauden ja oireilujen lieventymiseen. Edelleen Piippo kyseenalaistaa ajatuksen siitä, että ihmisen mielenterveyden ongelmat asuisivat ihmisen psykologisissa rakenteissa tai välittäjäaineiden epäsuotuisassa toiminnassa. Koska siis ihmisen mielenterveys vahvistuu ihmisten välisiä suhteita hoidettaessa, tulisi ihmissuhteiden hoitamisen ja potilaan autonomian psykiatrisessa hoidossa olla vieläkin nykyistä keskeisempää.

Piippo (2008) korostaa avoimuuden ja rehellisyyden olevan erityisen tärkeää mielenterveyden hoidossa. Avoimuuden ja toisten erilaisen ajatustavan ja -kulun ymmärtäminen katsotaan olevan myös keskeistä luottamuksen, autonomian ja turvallisuuden kehittymisen kannalta. Avoimuus perustuu ensisijaisesti rehellisyyteen sekä hoitohenkilökunnan kykyyn puhua omista hoitoon liittyvistä ajatuksistaan siten, ettei hän loukkaa potilasta tai hänen omaisiaan. Hoidon ja hoitomenetelmien suunnittelussa tulisi pyrkiä kuulemaan niin potilasta kuin hänen läheisiään. Lisäksi asiakkaiden esille tuomat ajatukset on otettava vakavasti ja käsiteltävä asiallisesti siinäkin tapauksessa, että hoitavan henkilökunnan ajatukset ja toimet tulevat asiakkaan taholta kritiikin kohteeksi.

Hyvä hoito vaatii työntekijältä sekä aikaa että empatiakykyä. Chambersin ja Ryderin (2009, 30) mukaan empatialla ja työntekijän herkkyydellä on keskeiset vaikutukset hoitotyöhön, vaikka ne eivät ole useinkaan arvostettuja tai ensisijaisia oppeja. Sairaanhoidajan koulutuksessa sekä työssä korostuu pikemminkin tehokas työskentely kuin aikaa antava hoitotyö. Hoitohenkilökunnan tulisi kuitenkin tiedostaa empatian ja sanattoman viestinnän merkitys, josta esimerkkinä mainittakoon äänen sävy ja empatian taso keskustelussa. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnan on tärkeää tuntea itsensä ja kehittää oman itsensä tuntemusta mahdollisimman pitkälle, joka mahdollistaa toisen ihmisen ymmärtämistä ja tukemista. Itsensä tunteminen on

tunneälyä, jota voidaan hoitotyössä hyödyntää. Empatian mukana kulkee herkkyyks, jolla voimme edistää henkistä hyvinvointia. Voidakseen toteuttaa hoitotyötä sairaanhoitaja tarvitsee työssään työkaluja monilta ammattialueilta, kuten musiikki, taide ja kädentaidot. Myös huumoria voidaan käyttää terapeuttisesti, jos sitä käytetään asianmukaisesti. Sairaanhoitajat voivat näiden resurssien puuttuessa kokea moraalisesti estyvänsä hoitamasta potilaitansa etenkin, jos he kokevat, ettei heillä ole aikaa todella hoitaa tai tarjota laadukasta hoitoa. Ristiriidat saattavat toimia esteenä empaattiselle ja herkälle hoidolle sekä hoidon tavoitteiden toteutumiseksi, mikä taas tarkoittaa, että hoitajat voivat itsekin frustroitua huonosti organisoituun työhönsä.

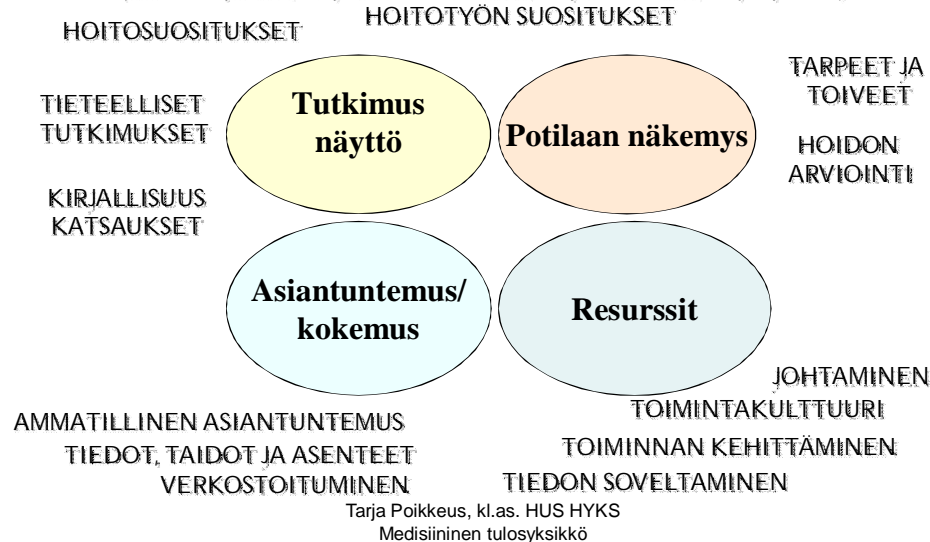
Kokon (2004, 84-93) mukaan mielenterveyspalveluita käyttävät asiakkaat arvostavat saamaansa apua ja kokevat hyvän hoidon perustuvan keskusteluun psykiatrisen koulutuksen saaneen työntekijän kanssa. Myös keskustelut toisten asiakkaiden kanssa koettiin hyväksi ja toivoa herättäviksi. Asiakkaat kuvaavat hyvän työntekijän pyrkivän säilyttämään asiakkaan ihmisarvon sairaudesta huolimatta eli työntekijän oikea asennoituminen asiakkaisiin koettiin tärkeäksi hyvän mielenterveystyön kriteeriksi. Oikea asennoituminen sisältää arvostavaa, kunnioittavaa sekä ihmisläheistä asiakkaiden kohtaamista. Myös työntekijöiden usko asiakkaiden paranemismahdollisuuksiin, aito kiinnostus asiakkaan asioista ja kuuntelemisen taito koettiin hyväksi hoidoksi. Lisäksi asiakkaat ilmaisivat psykiatristen yksiköiden ammattihenkilöiden olevan asiantuntevampia kuin perusterveydenhuollossa toimivien työntekijöiden. Työntekijät puolestaan kuvasivat psykiatrisen hoidon olevan lähinnä korjaavaa ja ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä.

5.2 Näyttöön perustuva hoitotyö

Nykyisin käytetyin menetelmä erikoissairaanhoidossa asiakkaan hyvä hoidon turvaamiseksi ja optimoimiseksi on ns. näyttöön perustuva hoitotyö ja kehittäminen (Kuvio 1), jossa menetelmässä yhdistetään tutkittu tieto, kliininen kokemus sekä potilaan hoito. Näyttöön perustuva hoitotyö on parhaan ja ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja käyttöä potilaan terveyttä koskevassa päätöksenteossa sekä hoidon toteutuksessa. Näyttöön perustuvan hoidon tavoitteena on käyttää tutkittuun tietoon perustuvia eettisesti hyväksyttäviä, taloudellisesti kestäviä ja vaikuttavia toimintatapoja. Näyttöön perustuvan hoitotyön keinoja ovat mm. hoitotyön täydennyskoulutus, tieteellisten artikkelien lukeminen, ammatillinen yhteistyö ja keskustelu, asiakashaastattelut ja -palautekyselyt, tutkimus- ja kehittämisprojektit, työpajat, erikoissairaanhoidon organisaation verkkokoulutukset ja verkkosivut, nykyisten hoitokäytäntöjen tarkastelu ja kehittäminen sekä kansalliset ja globaalit tietolähteet, kuten esimerkiksi STAKES, Terveysportti, STM, KTL, TTL, yliopistojen sivut, COCHRANE-tietokannat, Käypähoitosuosituks, hoitotyön suositukset, HOTUS ja JBI. (Poikkeus 2011.)

NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ

(mm. Dicenco ym. 2004; Melnyk & Fineout-Overholt 2005; Purdy & Melwak 2009; Sarajarvi ym. 2011)



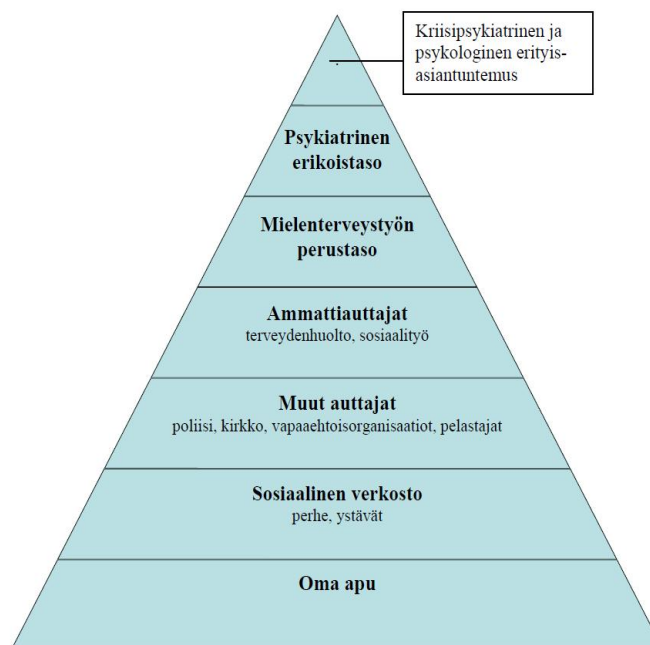
Kuvio 1. Näyttöön perustuvan hoitotyömallin kaavio. (Poikkeus 2011.)

5.3 Kriisihoito

Hoitohenkilökunnalla ja eritoten sairaanhoitajalla tulisi olla valmiudet antaa myös kriisityötä. Sairaanhoitajan pitäisi olla perillä siitä, mihin ja minkälaiseen jatkohoitoon asiakkaan voi ohjata. Keskeiset käsitteet kriisityössä ovat Kiiltomäen ja Muman (2007, 45-46) mukaan psykososiaalinen tuki sekä psyykinen ensiapu. Psyykinen ensiapu on läsnäoloa, asiakkaan kuunteleminen ja elämän hallinnan tunteen palautumisen tukemista. Ensiapuun kuuluu myös käytännön apu arjessa sekä tilanteen rauhoittaminen. Näin asiakasta ja hänen omaisiaan autetaan selviytymään eteenpäin tilanteestaan. Välitön henkinen ensiapu alkaa välittömästi traumaattisen tapahtuman jälkeen eli tavallisesti jo ensimmäisen vuorokauden aikana. Henkisen avun tärkeimpiin ominaisuuksiin kuuluvat läsnäolo, aktiivinen kuunteleminen ja tilanteen rauhoittaminen. Psykososiaalinen tuki taas käsittää kaiken sen palvelualan, joka asiakkaalle tarjotaan, ja sen ensisijainen tavoite on stressitapahtuman aiheuttama yksilölle ja yhteiskunnalle terveydellisten haittojen minimoiminen.

Ponteva (2006, 123) kuvaa ihmisen kriisin ja psykososiaalisen tuen tarpeen suhdetta symbolisesti pyramidikaavion avulla tarkoittaen, mitä laajempi on asiakkaan kriisi, sitä laajempi pyramidin pohja ja kapeampi kärki. Pyramidimalli (kuvio 2) soveltuu myös mielenterveyspotilaan hoitoprosessiin. Samaa ajatusta Vuori (2008) kuvaa kappaleessamme 3.1 -ajatuksella, -mitä suurempi on mielenterveysongelma, sitä enemmän tarvitaan ammattiapua, vaikka ensisi-

jaisena apuna mielenterveysongelmiin hän korostaakin siis omaa apua ja läheisten tarjoamaa apua.



Kuvio 2. Kriisipalvelujärjestelmä (Ponteva 2006, 123)

Kokiessaan kriisin elämässään ihminen menettää perusturvallisuuden tuntemuksen. Kriisityöntekijän tehtävänä onkin tehdä ympäristö ja ilmapiiri mahdollisimman turvalliseksi ja tasapainoiseksi. Lisäksi on tärkeää vahvistaa asiakkaan sisäistä turvallisuuden tunnetta. Myös eettinen herkkyys ja empatia ovat merkittävässä asemassa. Kriisitilanteissa päätösten tekeminen ei ole helppoa, ja juuri eettisyys kriisitilanteissa esittäytyykin elämän suojelemisena ja varjelemisena. Eettistä herkkyyttä vaatii myös eri kulttuureihin liittyvien arvojen ja tapojen huomioiminen. Hienotunteisuus ei kuitenkaan saa olla arkuutta, sillä sairaanhoitaja on usein hoitoketjun ensimmäinen linkki, jolloin on tilaisuus ottaa asiat esille ja näin toimia sekä auttamistilanteen että jatkoavun käynnistäjänä. Usein kriisitilanteissa läsnäolon merkitys on asiakkaalle tärkeää siksi, että lähellä on auttaja, joka jakaa shokin, pelot ja ahdistukset juuri kriisissä olleen asiakkaan kanssa. Kuuntelemalla asiakkaan tunnetiloja auttaja antaa asiakkaalle mahdollisuuden selkiyttää ajatuksiaan, joka mahdollistaa asiakasta ymmärtämään omaa tilannettansa paremmin. Kokonaistilannetta arvioidessaan sairaanhoitajan tulisi pystyä hahmottamaan, kartoittamaan ja priorisoimaan eniten apua tarvitsevat. Kriisityössä oma persoona on työväline ja tilanteiden sekä sanojen ilmapiiri on ratkaiseva. Myös sanaton viestintä, kuten esimerkiksi kosketus vaikuttaa oleellisesti siihen, miten asiakas kokee tullessa arvostetuksi ja kuulluksi. Kokonaisvaltainen tukeminen muodostuu kriisityössä arvokkaaksi. Tukea voidaan antaa todellisuuden kohtaamisessa, mutta myös monesti käytännön apuna. Pienetkin asiakkaan edistymiset olisi syytä huomioida, ja niistä tulisi antaa positiivinen palaute. Käytännössä hyväksi on koettu niin kutsutut tukisoitot, joissa asiakkaalle soimitaan kriisin jälkeisinä päivinä ja kysytään, kuinka hänellä menee. Kriisitilanteissa tulisi huomioida myös voimavarojen kar-

toittaminen. On tärkeää etsiä ja vahvistaa niitä asioita, jotka auttavat asiakasta toipumisessa. Kriisissä päätösten tekemisen tukeminen on asiakkaalle tärkeää. Sairaanhoidtaja tarvitsee päätöksentekotilanteissa intuitiivista kykyä tunnistaakseen asiakkaalle tärkeät asiat. (Kiiltomäki & Muma 2007, 45- 49.)

5.4 Lääkitys

Mielenterveyden ongelmat esiintyvät moninaisina ja kaikille sopivaa yhteistä oireistoa ei ole. Raja mielenterveyden ja sairauden välillä on häilyvä. Mielenterveyden sairauksia ja häiriöitä on monenlaisia ja niitä ryhmitellään oireistonsa perusteella. Oireiden vaikeusaste vaikuttaa myös luokittelussa. Sairaus sanaa on kritisoitu mielenterveydestä puhuttaessa, sillä käsite sanasta sairaus juontuu fyysisiin sairauksiin, jossa esimerkiksi jokin elin aiheuttaa sairauden. Useimmista psykiatrisista sairauksista ei ole kuitenkaan kyse esimerkiksi aivojen toimintahäiriöstä, vaan opituista ja omaksutuista toimintamalleista tai muistikuvissa. Toki myös aivojen rakenteellisia sekä reaktiotavoissa on joissakin sairauksissa todettu olevan muutoksia. Psykoterapiat ovat kehitetty vaikuttamaan ongelmiin, muistikuviin ja opittuihin toimintamalleihin. Mielenterveys sairaudet eivät kuitenkaan ole tahdonalaisia eikä niistä parannuta useinkaan pelkällä tahdonvoimalla tai ryhdistäytymällä. Sietämättömiä tunnetiloja voidaan lievittää lääkityksellä. Lääkitys yhdistettynä kohdennettuun psykoterapiaan on saavutettu mielen sairauksien hoidossa hyviä tuloksia, joista esimerkkinä mainittakoon sairausjaksojen lyheneminen. Lääkityksellä voidaan usein estää toistuvia sairaustiloja ja niillä voidaan myös merkittävästi lamaannuttaa elämää heikentäviä olo- ja tunnetiloja, kuten pelkotilat, ahdistus ja unetomuus. Lääkehoito onkin tärkeää vakavissa mielenhäiriöissä ja erilaisissa psykooseissa. Vaikka lääkitys perustuukin huolellisesti tehtyihin lääkehoitotutkimuksiin, asiakkaat reagoivat hyvin eri tavalla eri lääkkeisiin. Lääkehoidon teho ja lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset ovat yksilöllisiä ja tämän vuoksi psykiatrinen lääkehoito on kokeilevaa. Lääkehoidon ohella käytettäviä muita biologisia hoitomuotoja ovat mm. sähköhoito ja valohoito. (Huttunen 2008, 12-13.)

Psykelääkkeiden vaikutus ei yleensä ala heti -poikkeuksena uni ja nukahtamislääkkeet sekä ahdistukseen kohdentuva lääkitys, joissa vaikutus alkaa jo tunnin sisällä. Lääkehoidon vaikutusta tulisi seurata tiiviisti. Asiakkaalle lääkkeen vaikutuksesta sekä mahdollisista haittavaikutuksista tulisi tiedottaa rehellisesti ja riittävästi, koska tietämällä lääkityksestään tarpeeksi pystyy asiakas myös itse arvioimaan omaa hoitovastettaan paremmin. Lääkitystä on usein tarpeellista jatkaa pitkään, koska jatkuva lääkitys ehkäisee sairauden uudelleen puhkeamisen ja oireiden pahentumista. Lääkeainepitoisuuksia seurataan säännöllisin väliajoin veren plasmasta, ja sen tarkoituksena on selvittää lääkkeenkäyttöä kokonaisuutena eli sitä, onko lääkeainepitoisuus kohdallaan, tarvitseeko asiakas lisälääkitystä vai onko syytä vähentää lääki-

tystä. Lääkitystä suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon potilaan fyysinen terveydentila ja mahdolliset muut lääkitykset yhteisvaikutuksineen. (Huttunen 2008, 20-21.)

Kognitiivinen terapian on todettu olevan depression hoidossa yhtä tehokas kuin trisykliset depressiolääkkeet ja todettu vähentävän jopa enemmän depression uusiutumista kuin lääkehoito. (Tamminen, Pylkkänen, Rechartt & Saarinen 2010, 76- 79.)

5.5 Hoidolliset lähestymistavat

Biologinen lähestymistapa perustuu luonnontieteisiin, ja siinä ihmistä hoidetaan anatomisena ja fysiologisena kokonaisuutena kemiallisin lääkkein ja fysikaalisin hoidoin. Psykodynaamisessa lähestymistavassa ihmisten ongelmat katsotaan syntyneen lapsuudessa, ja nämä ongelmat ilmenevät aikuisuudessa mahdollisesti pelkotiloina ja paniikkioireina. Edellä mainitut ongelmat korjautuvat vasta, kun ihminen tiedostaa alitajuiset, varhaislapsuudessa syntyneet konfliktit. Behavioristinen lähestymistapa katsoo ihmisen olevan ulkoisia ärsykeitä vastaanottava olento, jonka käyttäytymistä voidaan ohjata rangaistuksilla ja palkkioilla. Tämä on yleinen lähestymistapa edelleen mielenterveyskuntoutujien kuntouttamisessa. (Kiviniemi ym. 2007, 35.)

Humaanisessa lähestymistavassa korostetaan asiakkaan ja hoitajan yhteistyötä. Asiakkaan voimavaroja, omaa tahtoa, luovuutta, vapautta ja ongelmia voidaan nähdä seurauksena huonosta itsetunnosta, minätietoisuudesta tai itsearvostuksesta. Systeemisessä lähestymistavassa ihminen nähdään osana systeemiä eli ympäristöä, jossa hoidetaan yksilön sijasta koko perhettä tai yhteisöä. Kuntoutumisprosessissa tarvitaan kaikkien jäsenten panosta. Narratiivisessa eli kerronnallisessa lähestymistavassa asiakas pyritään kohtaamaan kokonaisvaltaisesti, jossa nojaututaan asiakkaan kertomukseen, ja asiakkaan ongelmia ei korosteta tai määritellä hoitajan taholta. Konstruktionistisessa lähestymistavassa ei tunneta yhtä ainoaa totuutta, vaan koko mielenterveys käsite muotoutuu jatkuvan vuorovaikutuksen tuloksena asiakkaan ja ympäristön välillä. Sosiaalisen konstruktivismin mukaan todellisuutta luodaan ihmisten keskinäisessä vuorovaikutuksessa hetkittäin. Se, miten asioista puhutaan, muokkaa mielen sisältöjä ja lopulta ohjaa käyttäytymistä. Keskustelemalla aiheesta pyritäänkin yhdessä etsimään näkökulmia nykyistä tyydyttävämmän tilanteen ja todellisuuden kokemiseen. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 102-107.)

Tässä työssä tarkastelemme lähemmin kognitiivista lähestymistapaa koska Hyvinkään Psykiatrian yksikössä se on käytetyin lähestymistapa. (Hilden 2009). Kognitiivisessa lähestymistavassa uskotaan kaiken käyttäytymisen eli myös oireiden olevan tahdonalaista, ja käyttäytymisen motiiveja pohdittaessa pyritään näkemään asioiden positiiviset puolet ja hyväksymään itse kunkin erilainen tapa elää elämäänsä.

Kognitiivisessa teoriassa esitetään ihmisen tulevan masentuneeksi osittain negatiivisten kognitiivisten mallien seurauksena, jotka saattavat aktivoitua stressin ja menetysten yhteydessä. Kognitiivisen terapiamallin uranuurtajana pidetään Aaron T. Beckiä, joka kehitti erityisesti depression hoitoon soveltuvan kognitiivisen terapiamallin sisältäen 20 varsinaista istuntoa ja 3-4 seurantaistuntoa. (Tamminen, Pylkkänen, Rechartt & Saarinen 2010, 76- 79.)

Tutkimusten perusteella on todettu, että kognitiivisesta psykoterapiasta saatu hyöty on noin 80 %. Terapian tarkoituksena on lisätä tietoisuutta oireita ylläpitävästä ajatus- sekä toimintamalleista ja löytää niihin parempia suhtautumistapoja sekä tapoja suhtautua itseensä ja ympäristöön. Hyvät hoitovasteet voidaan saavuttaa myös lyhyillä hoitjaksoilla. Terapiamuotoja ovat yksilö-, ryhmä-, pari- tai perheterapiat ja sen lisäksi on luovia terapiamalleja. Näitä ovat musiikki, taide- ja kirjallisuusterapia sekä psykodraama. Terapioiden muoto ja sisältö vaihtelee runsaasti hoidettavan asiakkaan sekä terapeutin mukaan. Kognitiivinen ja kognitiivis-analyttinen psykoterapia sekä erilaiset käyttäytymisterapiat, interpersonaalinen psykoterapia, traumaterapia ja erilaiset ratkaisukeskeiset lyhytpsykoterapiat ovat runsaassa käytössä. (Huttunen 2008, 11-12.)

Kognitiivinen psykoterapia on kehitetty alun perin depression hoitoon ja 30 vuotta sitten sitä alettiin soveltaa laajemmin käsittämään muitakin psykiatrisia häiriöitä. Kognitiivinen terapia on osoittautunut tehokkaaksi hoitomuodoksi erityisesti yksisuuntaisessa masennustilassa, yleistyneissä ahdistuneisuushäiriöissä, sosiaalisten tilanteiden pelossa, traumaperäisissä stressihäiriöissä, paniikkihäiriöissä sekä lapsuuden depressioissa. Terapian alussa potilaan huomio pyritään kiinnittämään siihen, mitä hänessä itsessään tapahtuu tietynlaisissa tilanteissa, mitä hän ajattelee, millaisia mielikuvia syntyy sekä millaisia tunteita tilanteisiin liittyy. Istuntojen välisenä aikana potilaalla on välitehtäviä. Ongelmallisten tilanteiden purkamisen yhteydessä tutkitaan tilanteista nousseiden tunteiden ja oirekäyttämisen syitä. Ympäristö on vahvassa dialogissa potilaan kanssa ja ympäristön vastine potilaan tunnetiloihin on merkittävä. Siksi kasvuympäristön arvioiminen on tärkeää. (Holmberg & Kähkönen 2006.)

Kognitiivisen teorian ensimmäisenä perusoletuksena pidetään, että ihmiset rakentavat aktiivisella mielensisäisellä tiedonkäsittelyllä omat "totuutensa". Esimerkkinä masentuneen ihmisen kognitiivisesta ajatusvinoumasta mainittakoon, että masentunut ihminen pyrkii tulkitsemaan merkittävät negatiiviset kokemuksensa todisteeksi siitä, että hän on kaikinensa huono. Edelleen fobiasta kärsivällä ihmisellä on taipumus pyrkiä tekemään katastrofitulkintoja liiankin helposti erilaisissa tilanteissa. Mallin toinen perusoletus on, että kognitioiden eli ajatuskulkujen sisällöt, prosessit ja rakenteet vaikuttavat merkittävästi ohmisen käyttäytymiseen ja tunteisiin. Näin ollen masentunut ihminen saattaa antaa vihantunteelleen niin negatiivisen merkityksen, ettei enää kykenekään ilmaisemaan vihantunnettaan verbaalisella tasolla. Tällöin

vihan kokeminen saattaa aktivoida oireilmentymiä, kuten pakonomaisia toimintoja ja ajatuksia. Kolmas perusoletus on, että erilaisiin psykopatologioihin eli psyykkisiin sairauksiin liittyvät kognitiot eli ajatuskulut voidaan pääosin tunnistaa tietoisuudessa. Erilaisista psyykkisistä ongelmista kärsiviä ihmisiä voidaankin nykyään ohjata havaitsemaan ja tunnistamaan heidän ongelmallisiin kokemuksiinsa liittyviä ajatuksia ja tunteita. Neljäs kognitiivisen teorianmallin perusoletus on pyrkiä muuttamaan niitä kognitiivisten ajatuskulkua ja -vinoumia, jotka aiheuttavat oireikäyttymistä. Vääristyneiden ajatusvinoumien tiedostaminen ja niiden korjaaminen onkin keskeistä kognitiivisessa terapiassa. Tämän jälkeen löydetään kognitiivisille ajatusvinoumille vaihtoehtoiset ja toimivammat kognitiot eli mielle yhtymät ja otetaan nämä uudet tulokset käyttöön myös arkielämään. Näin esimerkiksi masentunut ihminen voi nähdä kognitiivisen terapian jälkeen itsensä ja suhteensa muihin vaihtoehtoisella tavalla ehdottoman kielteisyyden sijasta. (Tamminen ym. 2010, 73- 74.)

5.6 Käypähoitosuositukset

Käypähoito -suositukset ovat terveydenhuollon asiantuntijoiden tekemiä yhteenvetoja yksittäisten sairauksien, diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Silti ne eivät korvaa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta ja hoidosta hoitopäätöksiä tehtäessä. Suomessa yleisin psykiatrisen diagnoosi on masennus. (Isometsä, Jousilahti, Lindfors, Luutonen, Marttunen, Pirkola & Salmisen 2009.)

Käypähoito hoitosuositusten mukaan masennus on Suomessa kansanterveysongelma josta kärsii 5 % suomalaisista vuosittain. Masennustilojen tunnistamista sekä erotusdiagnostiikkaa pidetäänkin ensisijaisen tärkeänä. Masennus luokitellaan kolmeen vaiheeseen: akuuttivaiheeseen, jatkohoito- sekä ja ylläpitohoitovaiheeseen. Hoidon perustana tulee olla masennus diagnoosi ja hoitosuunnitelmaan vaikuttavat vaikeusaste sekä masennuksen toistuvuus. Masennuksen erotusdiagnostiikassa on suljettava pois muut psyykkiset - ja somaattiset sairaudet. Masennuspotilaista enemmistön on todettu kärsivän samanaikaisesti myös jostakin muusta psyykkisestä oireyhtymästä, kuten ahdistuneisuus-, persoonallisuus- tai päihdehäiriöstä. (Isometsä ym. 2009.)

Asiakkaan psyykkinen vointi kartoitetaan ensimmäisillä erikoissairaanhoidon käynneillä. Tätä varten on erilaisia mittareita (mm. BDI, MDQ, AUDIT, BAI). Kartoituksessa selvitetään asiakkaan oireet, elämän tapahtumia sekä historiaa jotka koetaan merkitykselliseksi hoidon kannalta. Tällä kartoituksella on tarkoituksena rakentaa asiakkaasta kokonaisvaltainen kuvaus. Myös mahdollinen psykoottisuus ja itsetuhoisuus tulee kartoittaa masentuneelta asiakkaalta. Hoidon perusta psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on asiakasta tukeva vuorovaikutuksellinen psykoterapeuttinen keskustelu sekä lääkehoito. Sairaanhoidajalta masentuneen asiakkaan hoito vaatii aikaa, pitkäjännitteisyyttä sekä yksilöllisiä auttamiskeinoja. Potilaan toipumisen

kannalta merkittäviä asioita ovat hänen tukiverkostonsa ja läheisensä. Asiakkaalle sekä hänen läheisilleen tulee antaa riittävästi tietoa masennuksesta sekä sen hoidosta. Hoitosuunnitelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa tukee hoitoon sitoutumista. Hoidon tulosten kartoittaminen edellä mainituilla mittareilla hoidon edetessä on relevanttia. Sairaanhoitaja voi myös tarkentaa ja hyödyntää lomakkeita omassa työssään. Hoidon jatkuvuus ja seuranta on tärkeää akuuttien oireiden hävitessä taka-alalle. Tällä ehkäistään uudelleen sairastumista. (Lemström 2009, 33-38.)

Masennustilojen akuuttihoitossa keskeisimpiä hoitomuotoja ovat masennuslääkkeet ja vaikuttaviksi osoitetut psykoterapiat. Näiden hoitojen katsotaan olevan yhtä tehokkaita lievissä ja keskivaikeissa masennuksissa. Vaikeissa ja psykoottisissa masennuksissa on aina käytettävä masennus- ja psykoosilääkehoitoa samanaikaisesti. Lisäksi masennuspotilaat hyötyvät säännöllisestä liikunnasta, elämäntilanteen kartoittamisesta ja psykososiaalisen tuen tarjoamisesta. Masennustilasta toipumisenkin jälkeen potilaan hoitoa ja seuranta suositellaan jatkettavaksi noin puolen vuoden ajan masennuksen suuren uusiutumisriskin vuoksi. Lievät ja keskivaikeat masennukset hoidetaan perusterveydenhuollossa. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa suositellaan edelleen hoidettavaksi potilasryhmiä, jotka kärsivät vaikeasta - tai psykoottisesta masennuksesta tai vakavan masennuksen aiheuttamasta itsetuhoisuudesta. (Isometsä ym. 2009.)

Käypähoitosuosituksissa kuvataan epävakaata persoonallisuutta seuraavasti. Tunne-elämän epävakaas, käyttäytymisen säätelyn häiriö ja alttius vuorovaikutussuhteiden ongelmiin ovat kolme diagnostiikan kannalta keskeistä oiretta. Lisäksi epävakaaseen persoonallisuuteen liittyy runsasta psykiatrista ja somaattista oheissairastavuutta. Hoidon suunnittelussa katsotaan keskeiseksi asiaksi kriisien hallinta. Itseä vahingoittava käyttäytyminen on häiriössä tavallista. Epävakaan persoonallisuuden häiriöstä toipumisesta ennuste on melko hyvä. Hoidoksi suositellaan psykoterapiamenetelmiä, joilla voidaan lieventää tehokkaasti potilaan oireistoa ja kuormittumista sekä edistää sopeutumista ja kohentaa toimintakykyä. Lisäksi psykoosilääkkeet saattavat lievittää useamman ulottuvuuden oireita. Mielialaa tasaavien lääkkeiden tarkoitus on vähentää impulsiivista ja aggressiivista käyttäytymistä. Hoitoa suositellaan toteutettavaksi mahdollisimman pitkälti avohoidossa ja sairaalahoidon osalta pääasiassa päiväsairaloissa. (Isometsä ym. 2009.)

Käypähoitosuosituksissa kerrotaan traumaperäisten stressireaktioiden ja -häiriöiden olevan melko tavallisia kaikenikäisille henkilöille. Pitkäaikaisen stressihäiriön ensisijaisena hoitona pidetään psykoterapiaa ja toissijaisena masennuslääkitystä. Käypähoitosuosituksen mukaan trauman jälkeen jatkuvasti oireilevat tulee tutkia ensisijaisesti perusterveydenhuollossa ja ohjata tarvittaessa jatkohoitoon. Lisäksi hoidon tarpeen, hoitomuodon ja häiriöstä aiheutuvan haitan asianmukaista arvioimista ja diagnosointia pidetään tärkeänä. Edelleen tulee muistaa,

että traumaperäisten häiriöiden kanssa esiintyy samanaikaisesti usein muitakin psyykkisiä häiriöitä eli mahdollinen moni häiriöisyys tulee ottaa huomioon hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoidon järjestyksen suunnittelussa. (Isometsä ym. 2009.)

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön käypähoitosuositusten mukaan lukeutuu vaihtelevasti masennus-, hypomania-, mania- tai sekamuotoisia sairausjaksoja ja vähäoireisia tai oireettomia välivaiheita. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen ja huolellinen erotusdiagnoosi on tärkeää potilaan asianmukaisen hoidon saamiseksi, koska tähän häiriöön liittyy suurentunut itsemurhariski, runsasta oheissairastavuutta, sairauden uusiutumista ja -kroonistumista. Seurantatutkimusten mukaan potilailla esiintyy oireita noin puolet ajasta ja jaksojen välinenkin oireilu on yleistä. Käypähoitosuosituksessa pidetään tärkeänä ehkäistä jaksojen uusiutumista ja hoidon suunnittelussa on tärkeää kartoittaa, mikä sairauden vaihe kulloinkin on kyseessä ja huomioida sairauden elämänaikainen kulku. Lisäksi lääkehoitona käytetään mielialaa tasaavia lääkkeitä ja psykoosilääkkeitä sairauden ajankohtaisen vaiheen mukaisesti. Edelleen hoidon vaikuttavuuden lisäämiseksi suositellaan tiedon jakamista sairaudesta ja sen hoidosta. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat potilaat hoidetaan usein psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. (Isometsä ym. 2009.)

Skitsofrenia on käypähoitosuositusten mukaan monimuotoinen psyykinen sairaus, jonka enustetta voidaan parantaa varhaisella tunnistamisella ja varhain aloitetulla hoidolla. Skitsofrenian ehkäisyssä oleellista onkin psykoosivaarassa olevien henkilöiden löytäminen ja varhainen hoito. Psykoosilääkehoito muodostaa hoidon perustan. Käypähoitosuosituksessa suositellaan sosiaalisten taitojen harjoittelua, elämänlaatua ja toimintakykyä parantavia kuntoutusmenetelmiä. Työelämään tähtävällä skitsofreniapotilaalla tulee olla mahdollisuus osallistua tuettuun työllistymiseen. Pitkäaikaishoidossa pidetään tärkeänä potilaiden aktiivista tukemista hoidossa pysymiseen, joustavaa apua kriisitilanteisiin sekä uusien sairausjaksojen ehkäisyä. (Isometsä ym. 2009.)

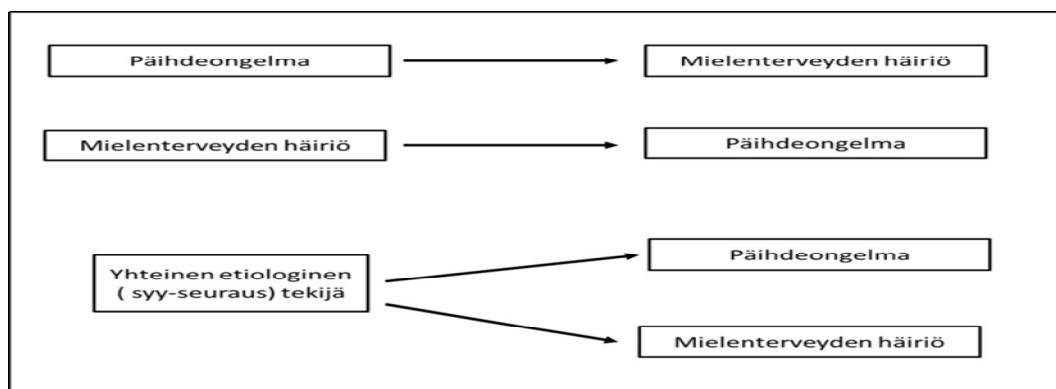
Tällä hetkellä kaksoisdiagnoosintia ei ole määritelty käypähoitosuosituksissa.

Kaksoisdiagnoosinnin yleisyyttä voidaan tarkastella mielenterveyden näkökulmasta. On todettu että noin 30 %:lla mielenterveyden häiriöitä kärsivällä on lisäksi päihdeongelmaa.

Aalto (2008, 7.)

5.7 Kaksoisdiagnoosi

Mielenterveyspalveluita käyttävät saattavat saada myös kaksoisdiagnoosin. Kaksoisdiagnoosi tarkoittaa Aallon (2008, 7) mukaan sitä, että henkilöllä on samanaikaisesti diagnosoitu mielenterveyden häiriö ja päihdeongelma, kuten alkoholi-, huume- tai/ja päihteenomainen lääkekäyttöraippuvuus. Alla oleva (kuvio 3) kuvaa kaksoisdiagnoosipotilaan tilaa.



Kuvio 3. (Kolme kaksoisdiagnoosia eli samanaikaista mielen terveys ja päihdeongelmaa selittävää mallia (Kansanterveys. 4/2008. Aalto.)

Kaksoisdiagnoosit jaotellaan neljään eri alaluokkaan. Ensimmäisessä luokassa potilaalla on psykiatrisia oireita, joita päihteiden käyttö vahvistaa. Toisessa luokassa potilaalla on päihteiden väärinkäyttöä, joka aiheuttaa psykiatrisia komplikaatioita. Kolmannessa luokassa potilaalla on samanaikaisesti päihteiden väärinkäyttöä ja psykiatrisia komplikaatioita. Neljännessä luokassa potilaalla on traumaattinen kokemus, joka johtaa päihteiden väärinkäyttöön. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2010, 750.)

Pääongelmat, joita kaksoisdiagnoosipotilailla tavanomaisemmin esiintyy, ovat mm. väkivalta, asunnottomuus, itsemurhat, huono hoitovaste, korkea uusiutumisen riski ja hoitohenkilöstön negatiivinen asenne potilaita kohtaan. Lisäksi esiintyy usein diagnostisia ongelmia ja siihen liittyviä hoidon suunnittelun ja hoidon tarkoituksenmukaisen toteuttamisen vaikeuksia. (Mantila 2005, 5.)

Aalto toteaa (2008, 7-8) kaksoisdiagnoosipotilaita hoidettavan usein väärissä hoitopaikoissa. Tämä saattaa vaikuttaa negatiivisesti potilaan hoitomotivaatioon. Mantila (2005, 38) on myös tutkinut kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon haasteita. Tutkimuksessa selvisi, että lääkehoidon toteutus ja yhteistyö avopalveluiden- ja laitospalveluiden välillä nousivat suurimmiksi haasteiksi. Lääkehoidon toteutuksessa asiakkaiden lääkehakuisuus ja toisaalta lääkkeitä kieltäytyminen koettiin ongelmaksi. Lisäksi yhteistyö kahden tärkeän toimijatahon väliltä saattoi puuttua kokonaan.

6 Asiakastytyväisyyden tutkiminen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa asiakkaiden mielipiteitä mielen terveystyöstä Hyvinkään Psykiatrian yksikössä. Asiakastytyväisyyskysely tehtiin Psykiatrian yksikön työryhmän sekä heidän asiakkaiden luvalla. Opinnäytetyössä hyödynnettiin pääosin kvantitatiivista, mutta osittain myös kvalitatiivista tutkimusotetta. Tietoa kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla, joka sisälsi 18 monivalintakysymystä ja lisäksi kaksi avointa kysymystä. Luottamus ja ehdoton anonymisyys on säilytetty tietoja käsiteltäessä ja niitä julkistaessa. Edelleen

tutkimusaineiston kattavuus varmistettiin riittävän laajan otannan avulla, mitä suositellaan määrällisessä tutkimuksessa.

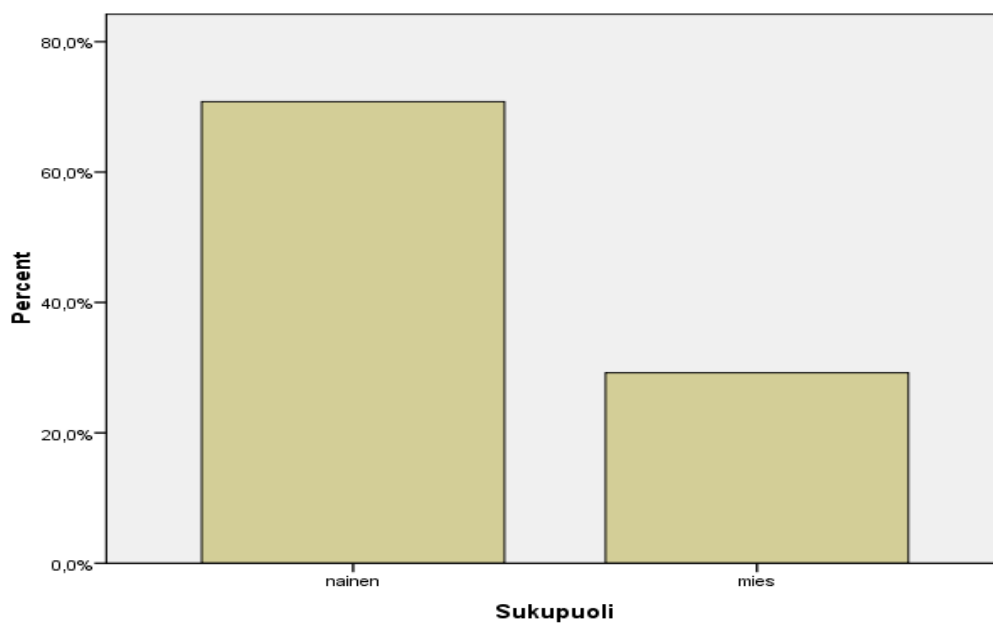
Materiaali analysoitiin SPSS- ohjelmalla. Vehkalahden (2008, 196.) mukaan yhteiskuntatieteissä keskeisintä ristiintaulukointia sekä regressio- ja varianssianalysointia toteutetaan SPSS-ohjelmalla, sillä menetelmävalikoinnin suhteen SPSS on yksi laajemmista tilastollisista ohjelmistoista. Asiakastytyväisyyskyselymme toteutettiin Hyvinkään Psykiatrian yksikön asiakkaille maaliskuun 2010 aikana. Kaavakkeita jaettiin kyseisenä ajanjaksona yhteensä 500 kpl yksikön työntekijöille ja odotustiloihin. Työntekijät antoivat tapaamisen päätteeksi kyselykaavakkeen asiakkailleen edelleen täytettäväksi. Vastaaminen tapahtui anonyymisti. Täytetyt kaavakkeet palautettiin suljettuihin palautuslaatikoihin, jotka sijaitsivat yksiköiden odotustilassa.

Kyselylomaketta suunniteltaessa (liite 1.) lähtökohdiksi tulivat lomakkeen selkeys, täyttämisen helppous, kattavat sekä monipuoliset, mutta kuitenkin lyhyet selkeät kysymykset. Asiakastytyväisyyskyselymme mittarina käytimme vastaavaa vuonna 2007 tehtyä tyytyväisyyskyselyä, jota muokkasimme tarpeitamme vastaavaksi. Kyselylomakkeessa oli lisäksi kaksi avointa kysymystä, ja näiden kysymysten avulla kartoitimme asiakkaiden toiveita ja tarpeita mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi.

Kysyessämme hoitoon hakeutumisen syitä päädyimme kategorisoimaan asiakkaiden vastaukset alaotsikoihin oireiden perusteella, ellei vastaus ollut riittävän selkeästi esitetty. Alaotsikoita oli kuusi, joista neljään saimme selkeät vastaukset. Nämä neljä olivat: masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia ja syömishäiriö. Kaksi luokittelua tarvitsevaa nimesimme mielialaoireiluksi ja ”muu syy”. ”Mielialaoireiluihin” lukeutuivat mielialaoireiden lisäksi erilaiset elämäntilanteen kriisit sekä -käännekohtat ja ”muihin syihin” epäselvät vastaukset kategorisoinnin kannalta, kuten alkoholinkäyttö ja pitkäkestoinen terapia. Avoimet kysymykset on käsitelty kokoamalla vastaukset litteroiden. Vastaukset on koottu isompiin kokonaisuuksiin joita tarkastelemme tarkemmin kappaleessa 7.1

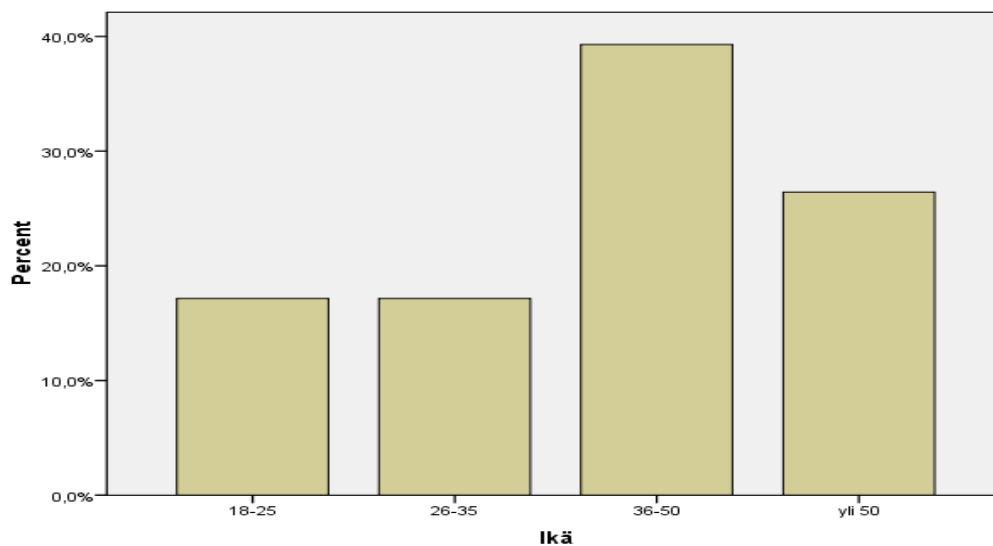
7 Tulokset asiakastyytyväisyydestä Hyvinkään Psykiatrian Yksikössä

7.1 Tulokset diagrammeihin



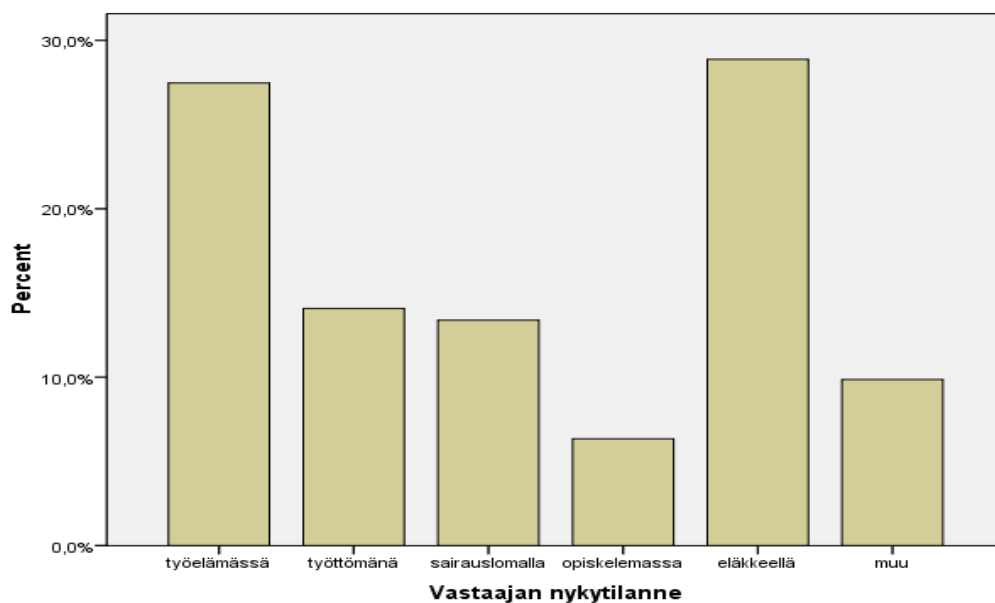
Kuvio 4. Vastaajien sukupuolijakauma

142 vastaajasta 97 oli naisia, 40 miehiä ja viisi kyselylomaketta palautui ilman vastausta.



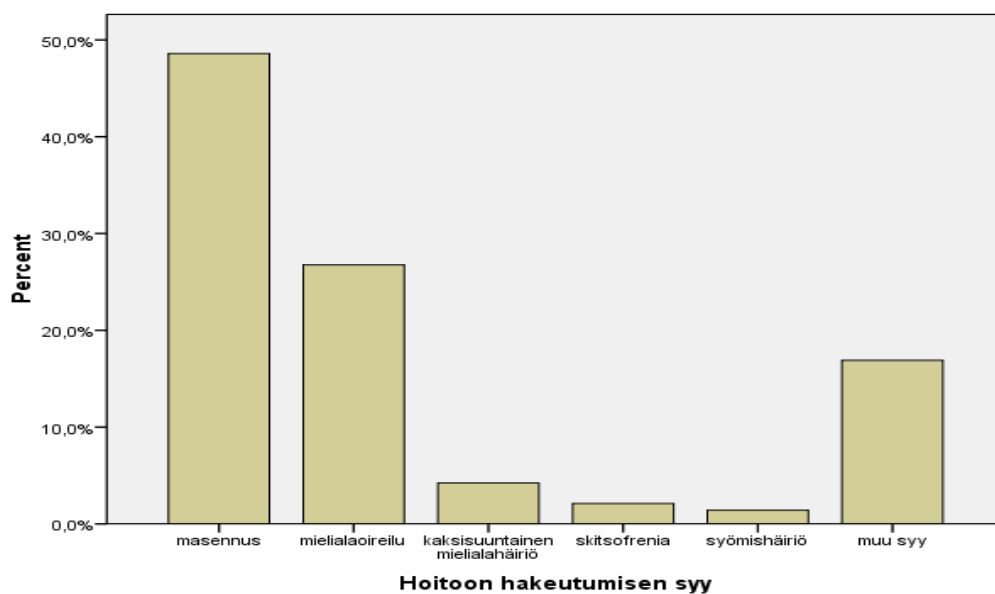
Kuvio 5. Vastaajien ikäjakauma

Suurin osa eli noin 40 % oli iältään 36- 50-vuotiaita.



Kuvio 6. Vastaajien tämänhetkinen elämäntilanne

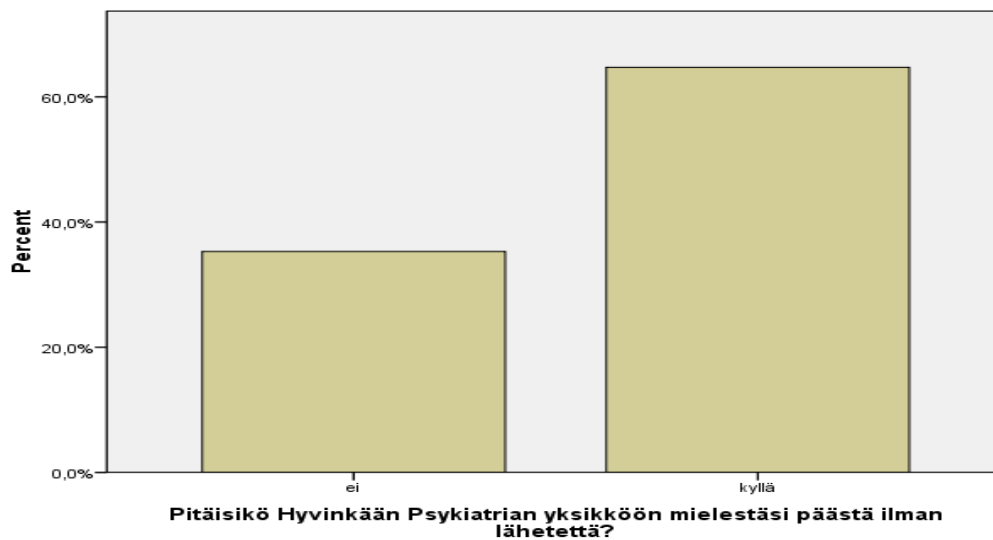
Vastaajista noin 29 % oli eläkkeellä ja työelämässä noin 28 %. Osa vastaajista oli joko työttömänä, sairauslomalla tai opiskelemassa. Lisäksi noin 10 % vastaajista nimesi nykytilakseen kotiäitiyden, äitiysvapaan tai muun vastaavan.



Kuvio 7. Vastaajien hoitoon hakeutumisen syy

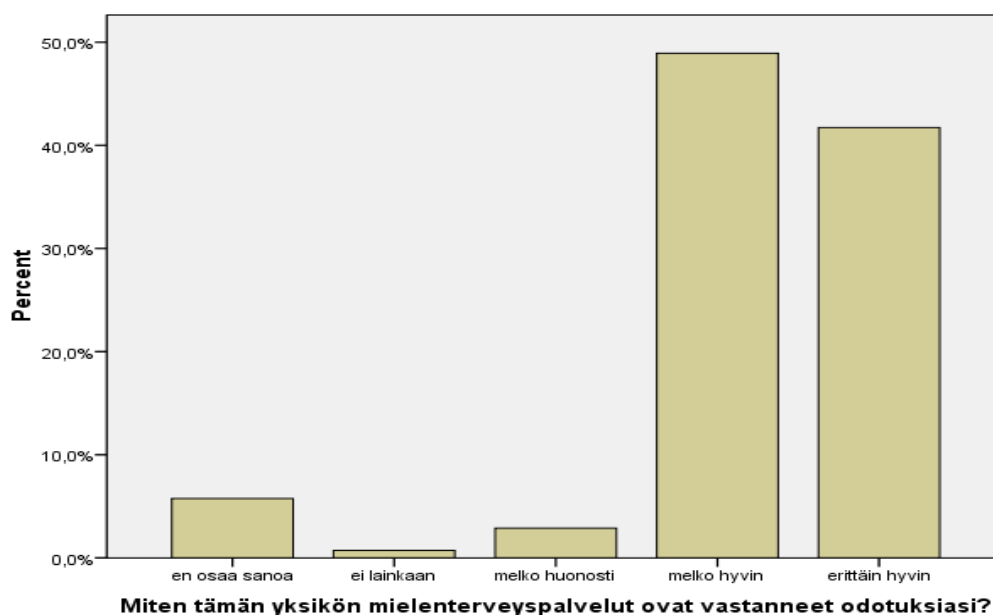
Pääsyy hoitoon hakeutumiselle oli masennus noin 49 %. Toiseksi yleisin hoitoon hakeutumisen syy oli erilaiset mielialaoireilut 27 %. Muita syitä olivat kaksisuuntainen mielialahäiriö (n. 4 %), skitsofrenia (n.2 %) ja syömishäiriö (n. 1 %). Lisäksi muiksi hoitoon hakeutumisen syiksi mainit-

tiin mm. jatkohoito, alkoholinkäyttö, pitkäkestoinen terapia (noin 17 %) Muu syy- tilastointiin päätyivät myös "epäselvät" ja tyhjät vastaukset.



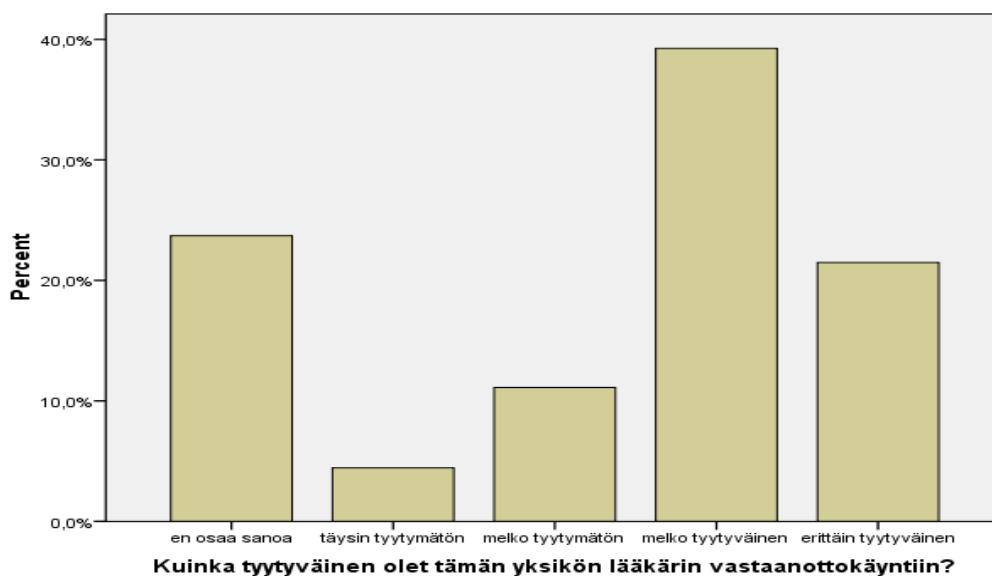
Kuvio 8. Vastaajien mielipide lähetteen tarpeesta

Vastaajista yli 60 % koki että Psykiatrisen yksikön palveluita tulisi olla saatavilla ilman lääkärin kirjoittamaa lähetettä.



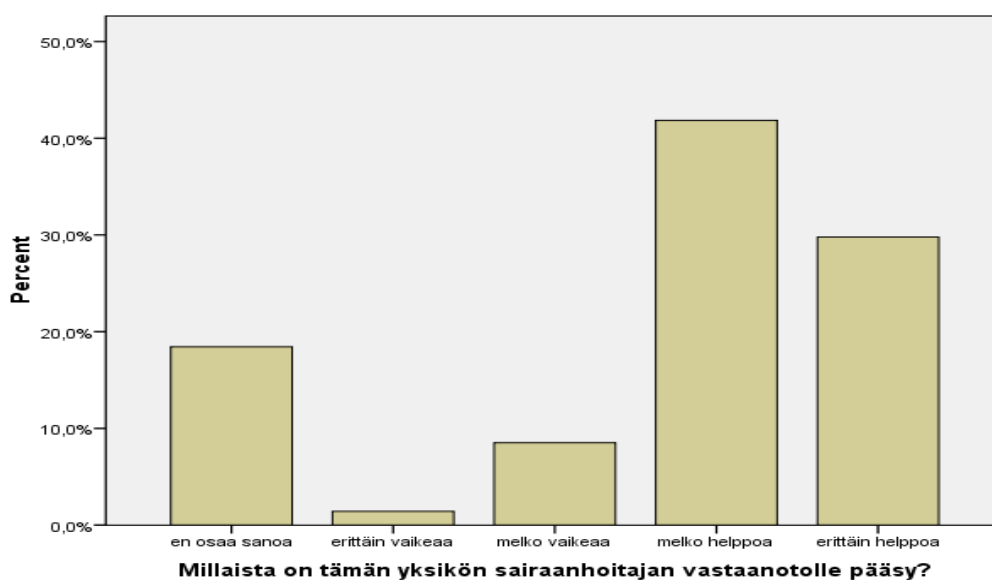
Kuvio 9. Asiakkaiden odotuksien vastaavuus saamastaan palvelusta.

Kysyttäessä asiakkaiden odotuksia saamastansa mielenterveyspalvelusta Hyvinkään Psykiatrian yksikössä, noin 48 % oli melko tyytyväisiä ja erittäin tyytyväisiä oli 41 % vastaajista.



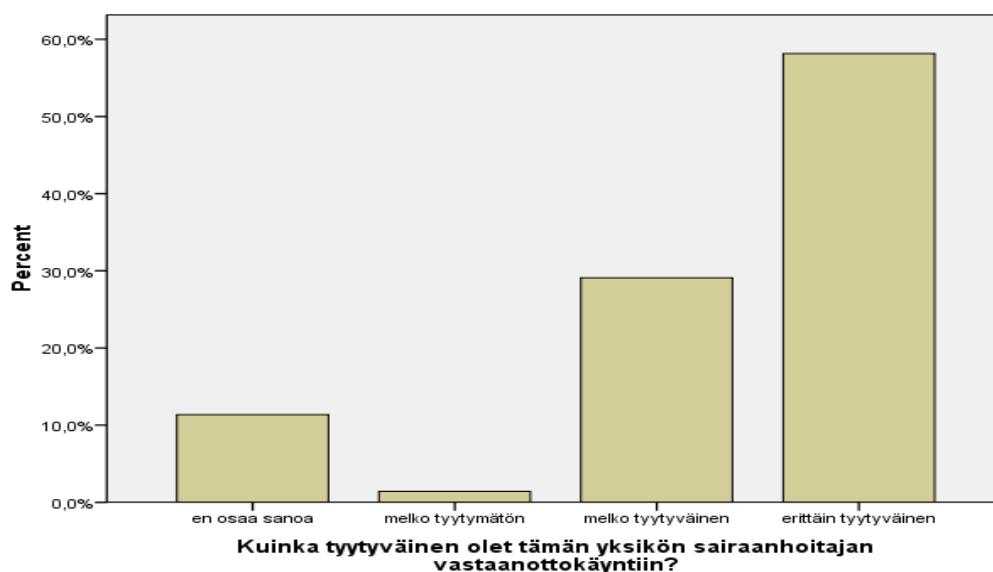
Kuvio 10. Vastaajien tyytyväisyys lääkärin vastaanottokäynteihin.

Lääkäritapaamisiinsa sekä vastaanottoon melko tyytyväisiä oli noin 37 % vastaajista. Vastaajista 23 % ei osannut määrittellä tyytyväisyyttään. Vastaajista 20 % oli erittäin tyytyväisiä saamaansa lääkäripalveluun.



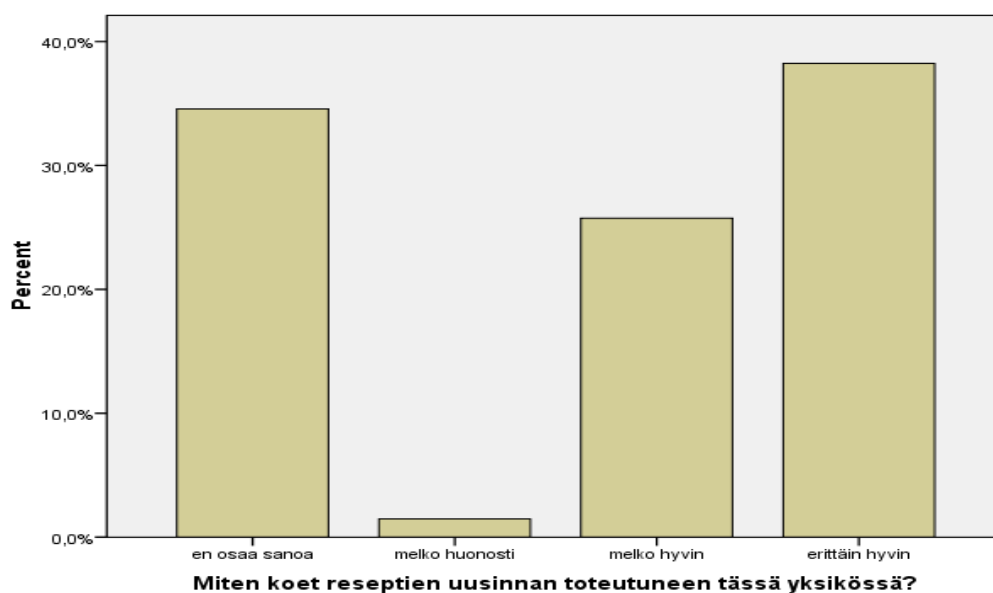
Kuvio 11. Sairaanhoitajan vastaanotolle pääsyn kuvaus.

Sairaanhoitajan vastaanotolle pääsyn koki melko helpoksi noin 42 % ja erittäin helpoksi noin 30 %. Melko vaikeaksi tai erittäin vaikeaksi vastaanotolle pääsyn koki yhteensä noin 10 % vastaajista.



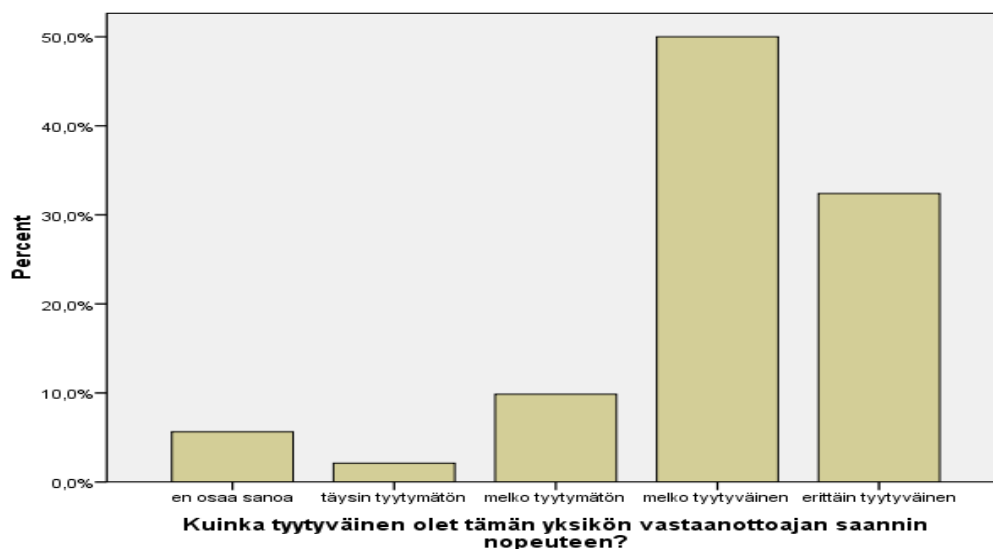
Kuvio 12. Vastaajien tyytyväisyys sairaanhoitajan vastaanottokäynteihin.

Erittäin tyytyväisiä sairaanhoitajan vastaanottokäyntiin oli noin 58 % ja melko tyytyväisiä oli noin 29 % vastaajista. Noin 11 % ei osannut eritellä tyytyväisyyttään sairaanhoitajan vastaanottokäyntiin ja 1 % vastaajista oli melko tyytymättömiä.

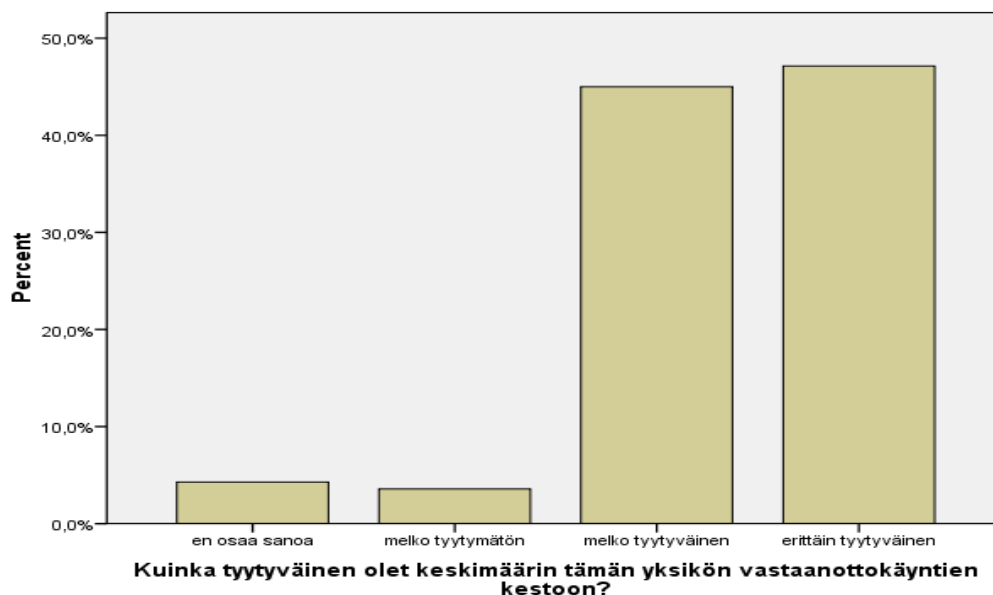


Kuvio 13. Vastaajien näkemys reseptin uusinnan toteutumisesta.

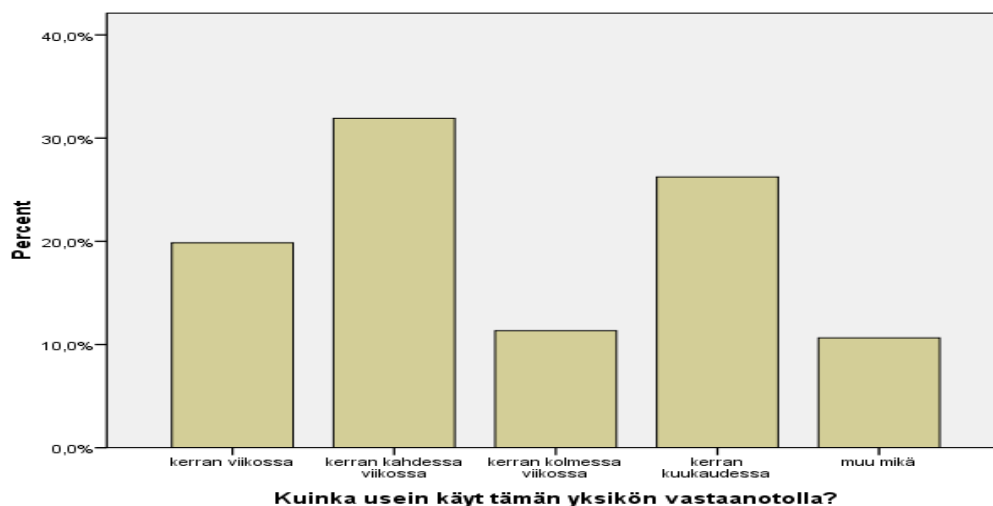
Reseptin uusinnasta yksikön palveluna noin 37 % vastaajista oli erittäin tyytyväisiä. Melko tyytyväisiä oli noin 25 % vastaajista ja noin 33 % vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään reseptien uusinnasta.



Kuvio 14. Vastaajien tyytyväisyys yksikön vastaanottoaikojen saannin nopeuteen. Kysyttäessä vastaanottoajan saannin nopeuteen vastaajista noin 50 % oli melko tyytyväisiä, noin 32 % oli erittäin tyytyväisiä ja melko tai täysin tyytymättömiä oli yhteensä 12 % vastaajista. Noin 6 % vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään.

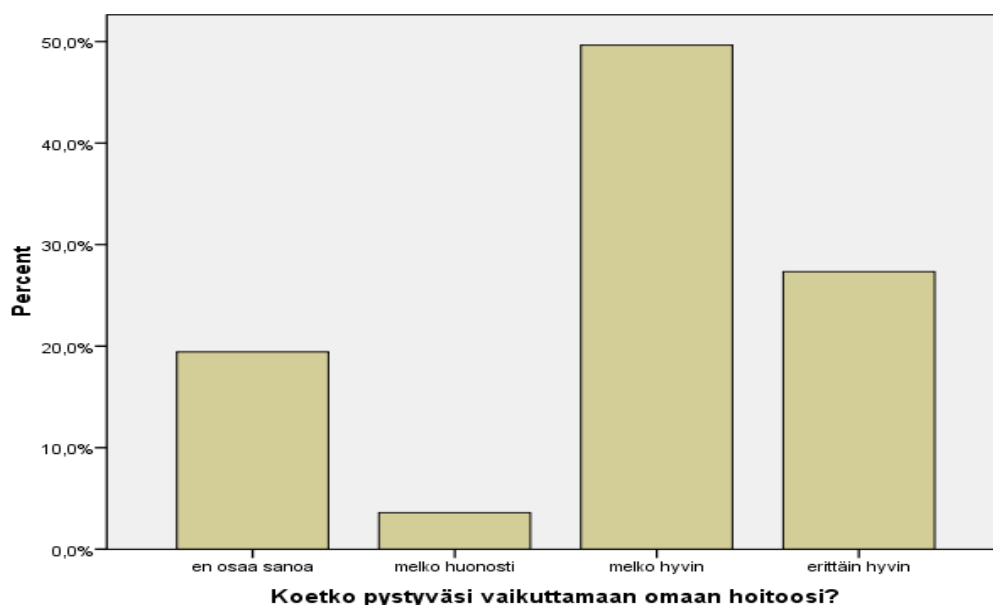


Kuvio 15. Vastaajien tyytyväisyys vastaanottokäyntien kestoan. Vastaanottoajan kestoan vastaajista erittäin tyytyväisiä oli noin 47 %, melko tyytyväisiä oli noin 44 % ja melko tyytymättömiä oli noin 4 %. Ja vastaavasti noin 4 % ei osannut sanoa mielipidettään.



Kuvio 16. Vastaajien käyntitiheys yksikön vastaanotolla.

Noin 32 % vastaajista kävi kerran kahdessa viikossa vastaanotolla. Kerran kuukaudessa kävi noin 26 % vastaajista ja kerran viikossa noin 20 % vastaajista. Kerran kolmessa viikossa kävi noin 11 % vastaajista sekä noin 11 % ilmoitti käyvänsä vastaanotolla epäsäännöllisesti tai tarvittaessa.



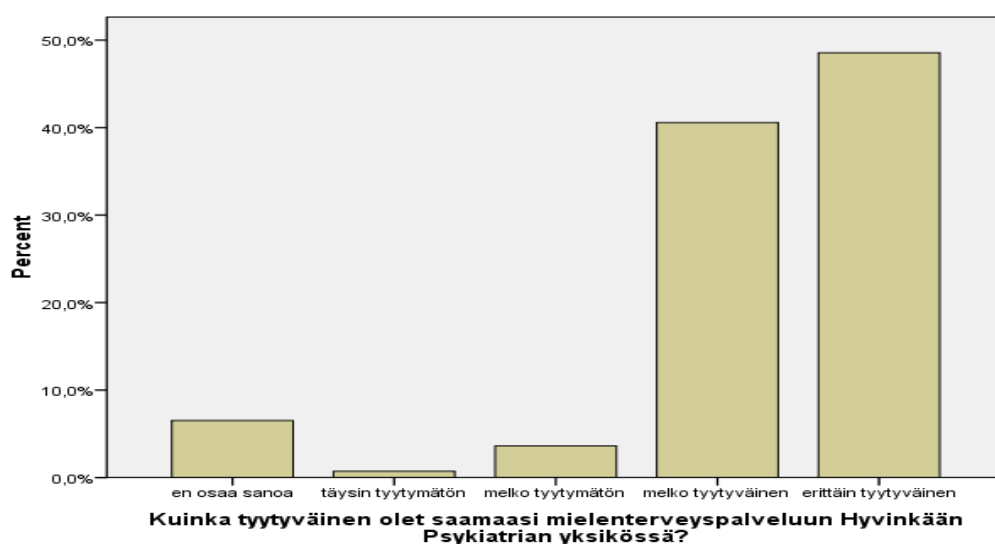
Kuvio 17. Vastaajien kokemus omaan hoitoon vaikuttamisesta.

Noin 49 % koki pystyvänsä melko hyvin vaikuttamaan omaan hoitoonsa ja noin 27 % erittäin hyvin. Noin 4 % koki pystyvänsä vaikuttamaan melko huonosti hoitoonsa ja 19 % ei osannut sanoa.



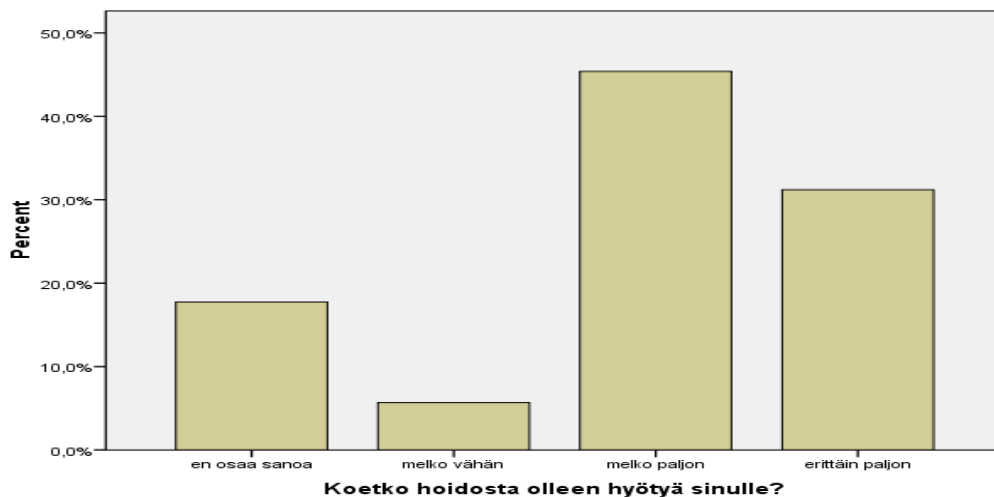
Kuvio 18. Vastaajien kokemus kuulluksi tulemisesta hoidon aikana.

Erittäin hyvin vastaajista koki tullessa kuulluksi noin 55 % melko hyvin, noin 37 % ja melko huonosti vain noin 2 %. Vastaajista 5 % ei osannut sanoa.



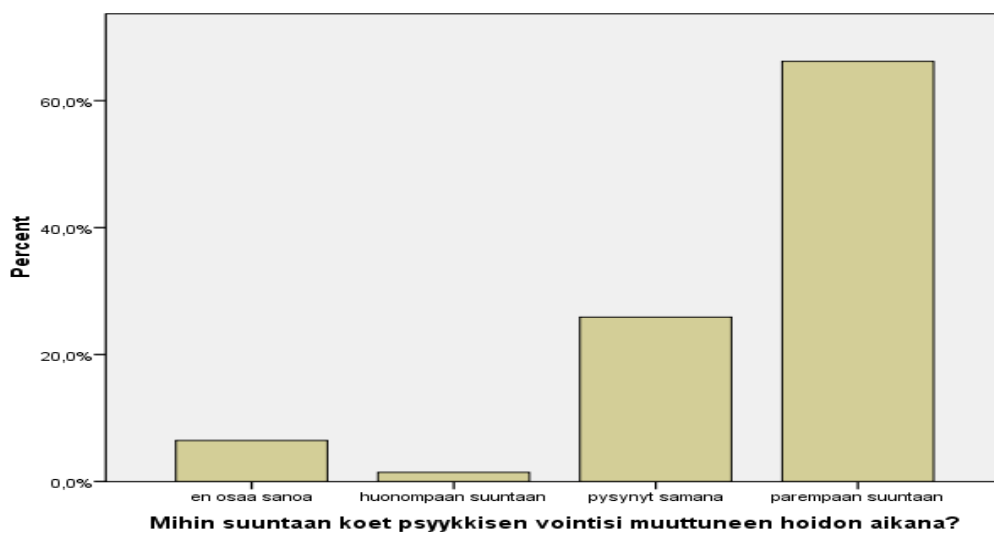
Kuvio 19. Kuinka tyytyväinen olet saamaasi mielenterveyspalveluun Hyvinkään Psykiatrian yksikössä?

Noin 47 % vastaajista oli erittäin tyytyväisiä ja noin 39 % melko tyytyväisiä saamaansa mielenterveyspalveluun Hyvinkään Psykiatrian yksikkö. Yhteensä noin 4 % vastaajista oli joko melko tai täysin tyytymättömiä saamaansa mielenterveyspalveluun. Noin 6 % ei osannut sanoa.



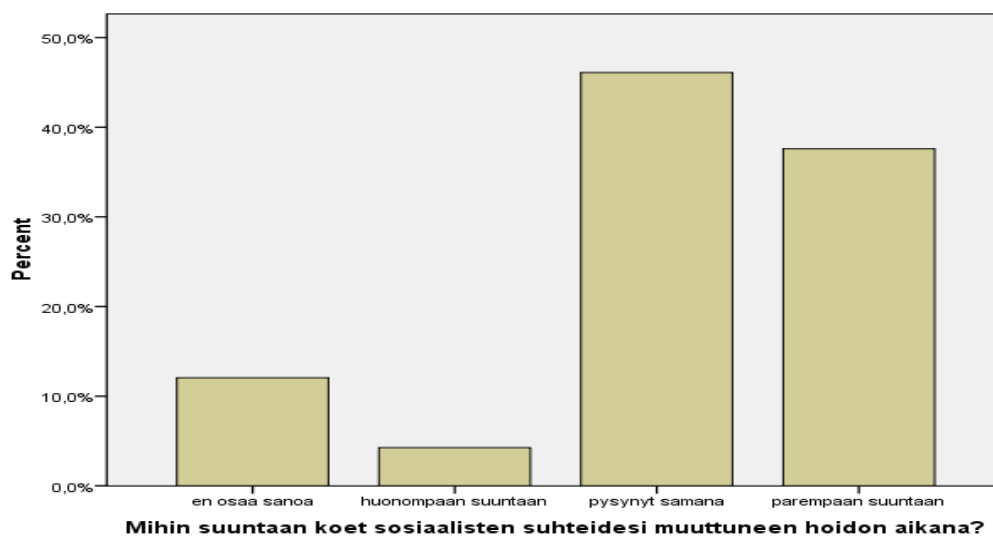
Kuvio 20. Vastaajien mielipide saamansa hoidon hyödyllisyydestä.

Hoidosta koki olleen hyötyä vastaajista noin 45 % melko paljon, noin 31 % erittäin paljon ja melko vähän 6 %. Vastaajista 18 % ei osannut sanoa, oliko hoidosta ollut hyötyä.

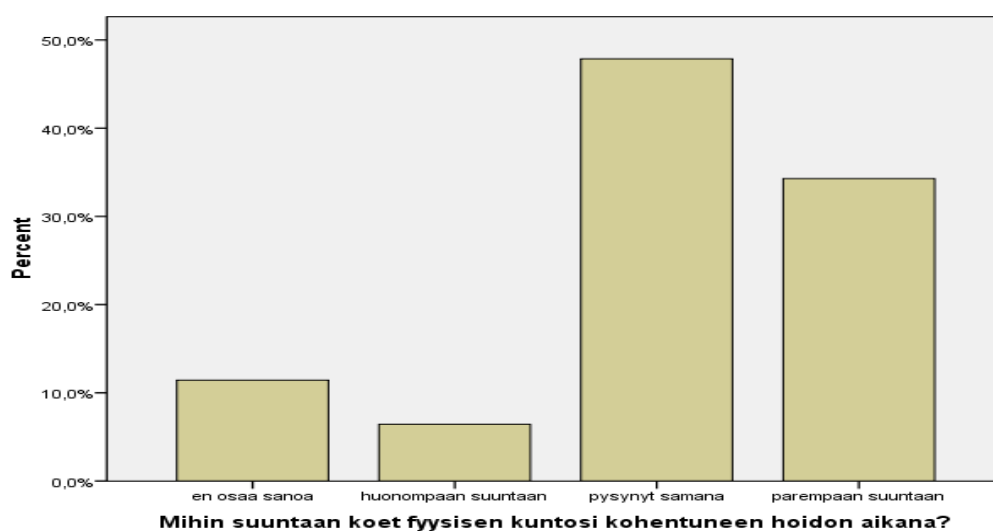


Kuvio 21. Vastaajien mielipide psyykkisen vointinsa muutoksesta hoidon aikana.

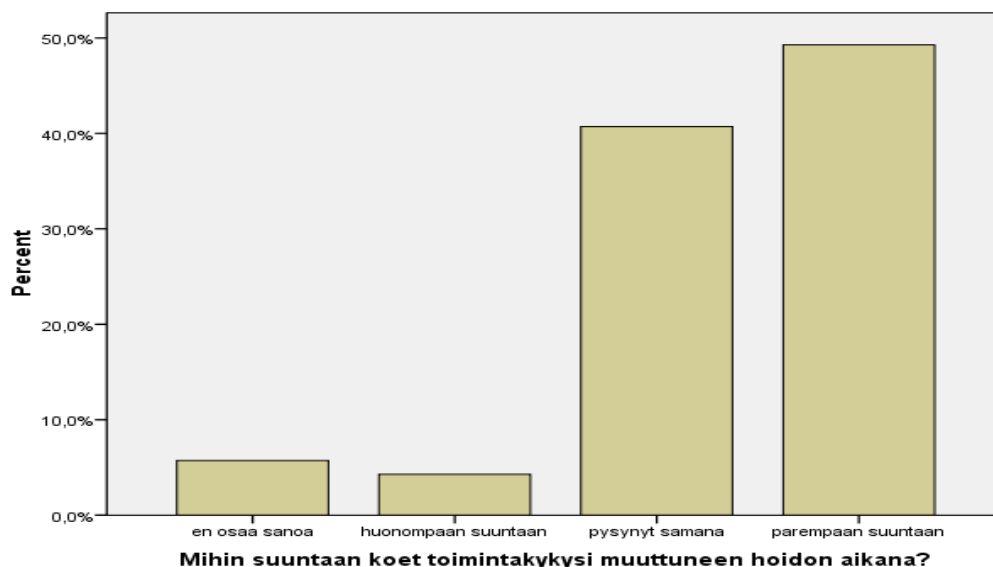
Noin 65 % vastaajista koki psyykkisen vointinsa muuttuneen parempaan suuntaan ja noin 25 % koki vointinsa pysyneen samana. Vastaajista noin 1 % koki vointinsa muuttuneen huonompaan suuntaan ja noin 6 % ei osannut sanoa.



Kuvio 22. Vastaajien kokemus sosiaalisten suhteidensa muuttumisesta hoidon aikana. Noin 46 % vastaajista koki sosiaalisten suhteidensa pysyneen samana. Noin 37 % koki suhteidensa muuttuneen parempaan suuntaan ja noin 12 % ei osannut sanoa. Noin 4 % vastaajista koki sosiaalisten suhteidensa muuttuneen huonompaan suuntaan hoidon aikana.



Kuvio 23. Vastaajien mielipide fyysisen kuntonsa kohenemisestä hoidon aikana. Hoidon aikaisen fyysisen kunnon koki pysyneen samana noin 47 % ja noin 34 % taas koki fyysisen kuntonsa muuttuneen parempaan suuntaan. Noin 6 % vastaajista koki fyysisen kuntonsa muuttuneen huonompaan suuntaan ja noin 11 % ei osannut sanoa.



Kuvio 24. Vastaajien kokemus toimintakyvynsä muutoksesta hoidon aikana.

Noin 49 % vastaajista koki toimintakykynsä muuttuneen parempaan suuntaan ja noin 40 % koki toimintakykynsä pysyneen samana. Vastaajista noin 4 % koki toimintakykynsä muuttuneen huonompaan suuntaan ja 6 % ei osannut sanoa.

7.2 Tulosten tiivistelmä

Kokosimme yhteen mielestämme oleellisia vastauksia tuloksia kuvaavista diagrammeista. Naisia hakeutui hoitoon selkeästi miehiä enemmän noin 70 % ja suurin osa noin 40 % vastaajista oli 36-50 -vuotiaita, joista työelämässä oli 28 % ja 29 % eläkkeellä. Masentuneisuus oli yleisin hoitoon hakeutumisen syy, 49 %. Yli puolet, 60 % koki, että hoitoa pitäisi saada ilman lähetettä. 89 % vastaajista oli melko tai erittäin tyytyväisiä yksikön tarjoamiin mielenterveyspalveluihin. Lääkärin antamiin palveluihin oli melko tyytyväisiä tai tyytyväisiä 57 % vastaajista ja 72 % koki sairaanhoitajan vastaanotolle pääsyn melko tai erittäin helpoksi. Vastaajista 87 % koki sairaanhoitajan vastaanottokäynnin jälkeen olonsa erittäin tai melko tyytyväiseksi.

Omaan hoitoonsa koki pystyvänsä vaikuttamaan 76 % vastaajista melko tai erittäin hyvin ja melko huonosti noin 4 % vastaajista. Vastaajista 92 % koki tulleensa kuulluksi erittäin tai melko hyvin ja 86 % vastasi olevansa melko tyytyväinen tai erittäin tyytyväinen saamiinsa palveluihin Hyvinkään Psykiatrian yksikössä. Vastaajista 86 % koki saaneensa hyötyä hoidosta ja 65 % koki psyykkisen vointinsa muuttuneen parempaan suuntaan hoidon aikana. Vastaajista 25 % koki voinnin pysyneen samana kuin ennen hoitoon hakeutumista. Sosiaaliset suhteet ja fyysisen kunnon koettiin pysyneen samana hoidosta riippumatta, noin 47 %.

7.3 Avointen kysymysten tulokset

Kysymyksessä nro. 18 (Liite 1) selvitettiin asiakkaiden käyttämiä erilaisia mielenterveyspalveluita Hyvinkäällä viimeisen vuoden aikana. Noin 65 % vastaajista ilmoitti käyttäneensä viimeisen vuoden aikana useampia palveluita. Näitä mielenterveyspalveluiden tarjoajia olivat mm. Hyvinkään Psykiatrian yksikkö, nuorisopsykiatrian poliklinikka, yleissairaala psykiatrian poliklinikka, Kellokosken sairaala, oma lääkäri, yksityinen psykiatri, kolmas sektori tai seurakunta.

Avokysymys 19 (Liite 1) selvitti Hyvinkään Psykiatrian yksikön asiakkaiden käsitystä hyvästä hoidosta. Asiakkaat pitivät tärkeänä hyvää lääkitystä, yksilöllistä ja asiakaslähtöistä hoitoa, työntekijän positiivisuutta, empaattisuutta ja yleensäkin positiivista palautetta, avoimuutta, luottamuksellisuutta, työntekijän kykyä ohjata asiakasta oikeaan suuntaan, ennaltaehkäisevää hoitoa, työntekijän ammatillisuutta esimerkiksi havainnoida potilasta ja kykyä puuttua potilaan tilanteeseen voinnin huonontuessa. Tärkeäksi koettiin myös työntekijän läsnäolo, toivon ja neuvojen antaminen, asiakkaiden yhdenvertainen kohtelu, uskon luominen, kokonaisuuden huomioon ottaminen, asiakassuhteen pysyvyys, työntekijän positiivinen palaute, sopiva lääkitys, tasapainoista asiakkaalle sopivaa terapiaa, riittävät käyntimäärät ja -ajat sekä ajan saannin helppous ja nopeus. Matalalla kynnyksellä hoitoon pääsy nousi myös vastauksista tärkeäksi. Lisäksi asiakkaat korostivat vastauksissaan työntekijöiden aktiivisuutta mm. erilaisten hoitovaihtoehtojen tarjoamisessa, kuten mm. toiminnalliset ryhmät, vertaistukiryhmät ja esimerkiksi päivittäisten päivystysaikojen järjestäminen ilman ajanvarausta. Sairaalahoiton järjestäminen tarvittaessa koettiin myös tärkeäksi. Myös lääkärin ja hoitajan oma näkemys ja arvio asiakkaan sen hetkisestä tilanteesta ja sen tiedottaminen asiakkaalle koettiin erittäin tärkeäksi. Tärkeäksi koettiin myös työntekijöiden työnohjaus työntekijöille työssä jaksamisen kannalta.

Avoimessa kysymyksessä 20 (Liite 1) kysyttiin asiakkaiden omia kehitysehdotuksia Hyvinkään mielenterveyspalveluista. Keskeisemmiksi asioiksi nousi palveluiden nopeampi saaminen sekä matalankynnyksen palveluiden tarjoamisen tärkeys. Lähetteellä tuleminen koettiin vaikeaksi ja samalla hoitosuhteesta tahdottiin pitää kiinni niin, että samat luotettavaksi ja hyväksi koetut työntekijät pysyisivät hoitosuhteen ajan samana. Myös henkilöstöresursseja toivottiin lisää sekä palveluiden yhdistymistä, samoin kuin tilojen viihtyvyyden parantamista. Tärkeäksi koettiin myös työntekijöiden ammattitaidon ylläpitämistä, vertaistukiryhmien vetämistä sekä asiakkaan leimautumisen minimointia. Asiakkaalle tulisi myös selventää hänen oikeuksiaan omaan hoitoonsa.

8 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Älyllinen kiinnostus tarkoittaa sitä, että tutkijan tulee olla aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta. Tunnollisuuden vaatimuksessa tutkijan tulisi perehtyä tunnollisesti alansa ja hänen hankkimansa sekä edelleen välittämänsä informaation tulisi olla mahdollisimman luotettavaa. Rehellisyyden vaatimus sisältää vaatimuksen, ettei tutkija saa syylistyä vilpin harjoittamiseen. Vaaran eliminoimisen vaatimus sisältää ajatuksen, että kohtuutonta vahinkoa aiheuttavasta tutkimuksesta tulee pidättäytyä. Ihmisarvoa kunnioittava tutkimus ei saa loukata kenenkään ihmisarvoa tai moraalista arvoa. Sosiaalisen vastuun vaateessa tutkijan tulee huolehtia siitä, että tieteellistä informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Ammatinharjoituksen edistämässä tutkijan tulee toimia tavalla, joka edistää mahdollisimman paljon tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia. Kollegiaalinen arvostus suhtautuu toisiinsa arvostavasti eikä vähättelevästi. (Kankkunen ym. 2008, 172.)

Tutkimustuloksen luotettavuuteen vaikuttavat monet tekijät, kuten kielelliset, kulttuuriset ja tekniset asiat. Tuloksia analysoitaessa luotettavuutta voidaan tutkia kahdesta näkökulmasta: kuinka reabili eli tarkka ja toisaalta kuinka validi eli luotettava tutkimustulos on. Reabiliteetti kertoo, kuinka paljon ja miten merkittäviä mittausvirheitä on tapahtunut joko mittauksista tai tiedonkeruusta tehtäessä. Validiteetti taas kertoo, ratkottiinko tutkimusongelmaa. (Vehkalahti 2008, 123.) Tulosten rehabiliteetin eli luotettavuuden kannalta on oleellista, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tutkimustulosten ja tutkitun aineiston välillä. Tieto, joka on saatu aineiston keruussa, on riippuvaista siitä, miten hyvin tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön ja lisäksi tulosten luotettavuutta arvioitaessa huomioidaan mm. tutkimustulosten totuusarvo, soveltuvuus, pysyvyys ja neutraalius. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36- 37.)

Plagiointi lukeutuu yhdeksi tieteellisen vilpin muodoista, jossa kirjoittaja esittää toisen tekijän ideat, tutkimustulokset ja sanamuodot ikään kuin omiaan käyttämällä vain epämääräisiä viittauksia tiedon alkulähteeseen. Siksi selvästi toiselta saadut ideat, ajatuksenkulut ja sanamuodot tulee merkitä asianmukaisin lähdeviittein. Ongelmana on usein myös julkaisemattomien havaintojen, tulosten tai ideoiden luvaton lainaaminen, mikä on tietenkin tieteellisen käytännön vastaista. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2011, 122.)

Haavoittuvuustekijöiksi kyselylomakkeessa (liite 1.) koitui kysymys numero kahdeksantoista ja taustatietoihin liittyvä kysymys hoitoon hakeutumisen syistä. Kumpaakaan näistä kysymyksistä ei voitu työstää SPSS- tilastointiohjelmalla, koska kysymykset oli aseteltu virheellisesti. Nämä kysymykset analysoimme kuitenkin soveltaen tilastointia ja sisällönanalyysia. Lisäksi yhdeksi haavoittuvuustekijäksi voidaan vielä mainita kyselylomakkeiden liian suuri jakomäärä. Jakomäärän suuruus perustuu siihen, että alkukartoituksessa selvisi kuukauden käyntimääräksi noin 700 käyntiä. Käyntimäärästä ei kuitenkaan selvinnyt, kuinka monta kertaa yksittäinen

asiakas palveluita kuukauden ajalta käytti. Vastausprosenttia olisi selventänyt paremmin se, että olisimme etukäteen numeroineet kaikki kyselylomakkeet. Tällöin olisimme saaneet suoran vastauksen siitä, kuinka monta lomaketta päätyi asiakkaiden täytettäväksi. Jälkikäteen tilastoinneista selvisi että kyselykuukautenamme asiakaskontakteja Hyvinkään Psykiatrian yksikössä oli 493. Vastausprosentiksi näin ollen tuli noin 29%.

Tutkijan tulee valita tarkoin kirjallista ilmaisutyyliään, sillä kielteinen esitystapa voi pahimmillaan leimata koko tutkittavan ryhmän ja koko tieteenalan. Tutkijan tulee välttää tutkimuskohdetta loukkaavia, epäkunnioittavia, yksipuolisia, tirkisteleviä, halventavia tai mustamaalavia ilmaisutapoja ja hänen tulee muistaa, ettei hän edusta opinnäytetyöllään vain itseään, vaan myös omaa oppiainettaan ja koko tiedeyhteisöä. (Vilka 2007, 164-165.)

Validiutta eli pätevyyttä arvioitaessa on oleellista se, mittaako mittari juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Validiteettia voidaan arvioida eri näkökulmista, kuten mm. sisältö-, käsite ja kriteerivaliditeettien näkökulmista. Sisältövaliditeetti merkitsee sitä, että tutkimuksessa tarkasteltava käsite kyetään muuntamaan mitattavaksi mittariksi ja asiantuntijat arvioivat, mittaako tutkimuksen sisältö taustateoriaa. Käsitevaliditeetti kuvaa sitä, kuinka laajasti mitataan tarkasteltavaa käsitettä. Kriteerivaliditeetilla kuvataan mittarin tuloksista saadulla nykyisyyttä tai tulevaisuutta ennustavien kriteerien yhteyttä. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava myös suhteessa tuloksiin, jolloin puhutaan sisäisestä ja ulkoisesta validiteetista. Sisäisesti validista tutkimuksesta puhutaan, kun tulokset johtuvat tutkimuksen asetelmasta ja kun tutkimusasetelma on pysyvä. Tutkimustulosten ulkoisen validiteetin kriteereitä ovat mm. tutkimuksen yleistettävyyden, otoksen edustettavuus ja että otos vastaa tutkittavaa perusjoukkoa. Kyselyä haittaa, jos vastaajat eivät vastaa rehellisesti ja huolellisesti. Edelleen annetut vastausvaihtoehdot saattavat olla vastaajien näkökulmasta katsottuna epäselviä, jolloin väärinkäsitysten tuloksina tulkittujen virheellisten vastausten riski suurenee. (Paunonen, Vehviläinen & Julkunen 1998, 206-212.)

Tutkijoiden omaa lähestymistapaa pidetään tärkeänä tutkimustyössä ja lähestymistapa suhteessa käsiteltävään ilmiöön voi vaihdella. Lähestymistapa voi olla tutkiva ja erittelevä, jolloin tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan eri näkökulmista tai arvioiva ja kritisoiva, jolloin keskitytään enemmän tutkittavan kohteen laatuun. Joskus taas lähestymistapana käytetään vertailevaa ja vastakkain asettelevaa tutkimusta, jolloin korostuu ilmiöiden tai asioiden yhtäläisyydet ja erot. Suhteita osoittavalla lähestymistavalla taas osoitetaan jonkin ilmiön juontuvan toisesta ilmiöstä tai tuodaan esille muut käsiteltävien asioiden keskinäiset suhteet ja suhteet laajempiin ilmiöihin. Tutkittavan ilmiön lähestymistapa voi lisäksi olla kantaa ottava, jolloin tietoisesti joko kannatetaan tai vastustetaan tutkittavaa asiaa sekä yritetään perustellen saada asia näkemään omalta kannalta. (Hirsijärvi ym. 2009, 39.)

9 Tulosten pohdintaa ja kehittämisehdotuksia

9.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli mitata Hyvinkään Psykiatrian yksikön asiakkaiden saamaa palvelua ja kartoittaa asiakkaiden kehittämisehdotuksia palvelun parantamiseksi. Kysely toteutettiin maaliskuussa 2010 ja vastauksista selvisi, että vastaajat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa psykiatriseen palveluun. Vuonna 2007 tehdyn asiakastytytyväisyyskyselyn mukaan sairaanhoitajan vastaanotolle pääsy koettiin hankalaksi ja pääsyä vastaanotolle toivottiin helpommaksi. Vuonna 2010 tehdystä vastaavassa kyselyssä selvisi, että sairaanhoitajan vastaanotolle pääsy oli helpottunut, ja palvelu koettiin hyväksi. Lääkärin vastaanotolle pääsy koettiin tuloksissamme vaikeammaksi sekä lääkärin vastaanottoajat koettiin liian lyhyiksi.

Vastaajistamme selkeästi suurin osa oli naisia ja valtaosa oli työikäisiä. Tämä asetelma herätti kysymyksen, hakeutuvatko naiset yleensä herkemmin mielenterveyspalveluihin? Noin 10 % vastaajista mainitsi nykytilakseen kotiäitiyden tai äitiysvapaan. Olisiko tämä ehkä osasy naisten hakeutumiseen psykiatrisen avun piiriin? Tarkemman vastauksen olisimme saaneet tekemällä ristiintaulukointia SPSS-tilastointiohjelmalla, mutta toisaalta se olisi ollut jo uusi tutkimus.

Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö ja riittävän tiheät käyntimäärät koettiin tärkeäksi. Asiakkaat kaipasivat myös lisää "läpinäkyvyyttä", ammattiauttajan oma mielipide ja hoitoarvio asiakkaan nykytilanteesta koettiin tärkeäksi. Moniammatillisuutta pidetään takeena riittävän kattavan avun saamiseksi. Vastauksistakin ilmeni, että valtaosa vastanneista oli viimeisen vuoden aikana hakeutunut vähintään kerran kuussa tai useammin Hyvinkään Psykiatrian Yksikön eri ammattiauttajien vastaanotolle, kuten lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolle. Tuloksista selvisi, että pääasiallinen hoitoon hakeutumisen syy oli masennus. Masennuksesta toipumiseen vaikuttaa kokonaisvaltaisen avun saaminen, joka edellytti asiakkaan psyko-fyysis-sosiaalisen kokonaisuuden huomioimista ja tätä myös teoretieto tukee. Tulos vahvisti teoria-tietoa masennuksesta yleisimpänä mielenterveyden häiriönä. Masentuneisuuden vuoksi Hyvinkään Psykiatrian yksikköön hakeutui 49 % vastaajistamme. Työntekijöiden ammatillisuus ja hyvät kuuntelu- ja vuorovaikutustaidot lisäsivät asiakkaiden hoitomotivaatiota ja sitoutumista hoitoon. Mielenterveystyön toivottiin olevan kannustavaa ja tukea antavaa. Asiakkaalle annettu terapia koettiin yleisesti lisäävän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Voidaankin kysyä, ovatko nämä kannustavat ja tukea antavat tekijät olennaisia vain mielenterveysasiakkaille?

Kysyttäessä palveluiden saannin nopeudesta sekä siitä, pitäisikö yksikön palveluiden piiriin päästä ilman lähetettä - yli puolet vastaajista (60 %) oli sitä mieltä, että palveluita tulisi saada ilman lähetettä. Noin 50 % oli tyytyväisiä vastaanottoajan saannin nopeuteen. Saamastaan

palvelusta noin 48 % vastaajista oli melko tyytyväisiä ja 41 % erittäin tyytyväisiä. Vastaajat kokivat myös vastaanottokäyntien keston pääosin hyväksi (91 %).

Matalan kynnyksen psykiatrista palvelua toivotaan myös Hyvinkään Psykiatrian yksikköön. Hoitoon pääsyä ilman lähetettä on vielä tarjolla valtakunnallisestikin melko vähän, pääsääntöisesti lapsille ja nuorille. Matalankynnyksen palveluille olisi siis tulevaisuudessa tarvetta ja siitä voisi olla apua mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyssä. Lisäksi kehittämistarpeiksi nousi seuraavia asioita: henkilöstöresurssien lisääminen, palvelujen yhdistäminen samoihin tiloihin, asiakkaiden vertaistuen lisääminen, omaan hoitoon vaikuttaminen, itsemääräämiskeuden lisääminen, leimaantumisen poistaminen sekä asiakkaiden oikeuksien selkeyttäminen. Omaan hoitoon vaikuttamista kysyttäessä noin puolet koki pystyvänsä vaikuttamaan omaan hoitoonsa ja erittäin hyvin lähes 30 %. Yhteensä reilu 20 % ei osannut määritellä osallisuuttaan hoitoonsa tai kykeni melko huonosti vaikuttamaan siihen. Voimaantuminen ja counselling, joita olemme tarkemmin tarkastelleet kappaleessa 5.1, ovat mielenterveystyön työmenetelmiä ja osana asiakkaan hoitoprosessia. Tätä asiaa tukee myös kyselykaavakkeemme toinen kysymys kuulluksi tulemisesta, johon vastasi 92 % asiakkaista. Vastaajat kokivat tulleen kuulluksi erittäin tai melko hyvin ja vain noin 7 % koki tulleen huonosti kuulluksi tai ei osannut vastata.

Vastausten perusteella 76 % koki hyötynensä joko erittäin paljon tai melko paljon saamaansa hoidosta ja noin 65 % vastaajista kokikin psyykkisen vointinsa muuttuneen parempaan suuntaan hoidon myötä. Sen sijaan fyysisen kunnon tai sosiaalisten suhteiden tila koettiin pysyneen joko samana tai jopa huonontuneen hoidon aikana. Kuitenkin noin 89 % vastaajista koki kokonaisvaltaisen psyko-fyysis-sosiaalisen toimintakykynsä joko muuttuneen parempaan tai pysyneen samana saamansa hoidon aikana. Kysymysten asettelulla saattoi olla vaikutusta osittain ristiriitaisiin vastauksiin. Kappaleessamme 5.1, "Hyvänhoidon perusta" myös Kokko (2004, 84-93) toteaa pääasiallisesti mielenterveysasiakkaiden olevan tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Käsitksemme mukaan ristiriitaisiin tuloksiin saattaa vaikuttaa lisäksi mielenterveysasiakkaiden korostunut oma vaatimattomuus, ristiriitaiset käsitykset hyvästä hoidosta ja mahdollisesti puutteellinen ja riittämätön minäkäsitys. Psyko-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus kattaa psyykkisen-, fyysisen- ja sosiaalisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn, jota käsittelemmekin kappaleessa 3.1 "mitä on mielenterveys" sekä 3.2 "Ihmiskäsitys ja kulttuurin yhteys mielenterveyden määrittelyyn".

Moni vastaaja toivoi pääsevänsä osalliseksi verkostopalaveriin. Verkostopalaverilla tarkoitetaan siis sitä, että kaikki asiakkaan ympärillä toimivat ammattiauttajat sekä asiakas itse voisivat määräjain keskustella hoidosta sen tavoitteellisuudesta ja toimivuudesta.

Erityisen tärkeänä vastaajat pitivät työntekijöiden kouluttautumista ja myös jaksamista työssään. Useampi vastaaja toivoi lisää resursseja sekä henkilökuntaa, mutta samalla hoitosuhteen pysyvyyttä tahdottiin vaalia. Useassa vastauslomakkeessa vastaajat käsitelivät työntekijöiden jaksamista työssään ja sen merkitystä heidän saamaansa palveluun sekä resurssien lisäämistä. Tässä vastaajien esimerkkejä edelliseen tekstiin liittyen:

"..Hyvinkään kaupungin työnantajana tulisi panostaa huomattavasti enemmän henkilöstönsä henkiseen työssä jaksamiseen. Työnohjaus.."

"..Lisää henkilökuntaa jotta potilaille enemmän aikoja. Mahdollisuus psykoterapiaan. Lisää ainakin 1 lääkäri, jonot nyt liian pitkiä. Lisää resursseja mielen-terveystyöhön!"

Hoitosuhteen anonymisyys koettiin myös tärkeäksi. Avoimista vastauksista ilmeni mielenterveysasiakkaiden leimaantumisen pelko, jota tulisi minimoida tai mieluiten poistaa tulevaisuuden psykiatriasta. Käytännössä asiakas voi leimautua jo Hyvinkään Psykiatrian yksikön odotustiloissa, jolloin kaikki muut saattavat kuulla asiakkaan etu- ja sukunimen, vaikkei asiakas sitä haluaisikaan. Vastauksissa esiintyi useammassakin kohdassa viittauksia tähän liittyen, kuten seuraavasta vastauslomakkeen kommentista voidaan todeta:

"..Pieni kaupunki. Leimautuu helposti. Häpesin itseäni kun odotin omaa vuoroani Kutomokatu 1.2krs. Kaupungin virkailijoita kulki odotustilan läpi.."

Lisäksi asiakkaalle tulisi kertoa hoitoon vaikuttamisen mahdollisuuksista, kuten seuraavasta kommentista voidaan todeta:

".. Potilaitten pitäisi saada paremmin tietää, että psykologia voi vaihtaa, jos jostain syystä ei tule psykologinsa kanssa toimeen, tai osaa tälle asioistaan puhua..."

Hoito Hyvinkään Psykiatrian yksikössä on vapaaehtoista hoitoa ja näin asiakkaalla pitäisi mielestämme olla mahdollisuus voida vaihtaa toiveen mukaisesti hoitajaa, psykologia tai lääkäriään, koska "henkilökemia" asiakkaan välillä ei välttämättä aina suju. Riittävätkö siis resurssit hoitajan tai lääkärin vaihtamiseen Hyvinkään Psykiatrian yksikössä? Tämä lienee melko vaikeaa tai jopa mahdotonta ainakin lääkärin tarjoaman palvelun osalta, sillä yksikössä työskentelee vain yksi psykiatri.

Kappaleessamme 5.1 "Hyvänhoidon perusta" käsittelemme lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992), joka tukee asiakkaidemme ajatusta mahdollisimman yksilöllisestä ja asia-

kasta huomioivasta hoidosta ja tässä korostuu myös asiakkaan itsemääräämisoikeus myös suhteessa hoitotahon valitsemiseen. Mielestämme asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulisi psykiatriassa lisätä asiakkaiden toiveiden mukaisesti, jolloin asiakas motivoituisi paremmin itsensä hoitamiseen.

Vertaistukiryhmät koettiin hyväksi ja niitä toivottiinkin lisää. Osa halusi myös helpottaa kaikkien palveluiden saantia ja osa taas halusi rajatumpaa lääkityksen seurantaa ja asiakasseurantaa myös viikonloppuisin, kuten seuraavassa vastauksessa ilmenee:

”..Täytyisi käydä yksikön hoitajista joku työläinen varmistamassa ihmisen turvallisuutta tai soittaisi yksinäiselle varsinkin viikonloppuna..”.

Mielestämme asiakkaita tulisi informoida entistä paremmin saatavilla olevista vaihtoehtoisista tarjolla olevista palveluista, sillä Hyvinkään Psykiatrian yksikkö tarjoaa palveluaan arkipäivisin klo 8-16. Ehdotammekin, että Hyvinkäällä eri psykiatriset palveluntarjoajat tiivistäisivät yhteistyötään ja näin ennaltaehkäisivät asukkaiden mielenterveyden häiriöitä ja pystyisivät tarjoamaan monipuolisempia palveluita.

Avoimissa kysymyksissä kysimme asiakkaiden omaa näkemystä hyvästä mielenterveyshoidosta ja vastausprosentti oli lähes 100 %. Hyvä hoito sisälsi asiakkaiden mielestä yksilöllisen ja asiakaslähtöisen hoidon. Edelleen tärkeänä pidettiin lääkitystä, työntekijän avoimuutta, ammatillisuutta, luottamuksellisuutta, positiivista palautetta sekä työntekijän kykyä ohjata asiakasta oikeaan suuntaan sekä havainnoida potilasta ja edelleen kykyä puuttua potilaan tilanteeseen voinnin huonontuessa. Vastauksissa on paljon yhdennäköisyyttä toisiinsa ja myös keräämämme teoriatiedon kanssa. Näitä asioita käsittelemme kirjallisessa osiossamme kappaleissamme 4 sekä 5 koskien mielenterveystyönlakeja, hyvän hoidon kriteereitä sekä hoidollisia lähestymistapoja.

9.2 Kehitysehdotukset

Kehitysehdotuksia yksikön palveluihin asiakkaat antoivat vaihtelevasti ja ne kumpusivat selkeästi omakohtaisista kokemuksista. Useampi vastaajista toivoi yksikön fyysisiin tiloihin toivuutta ja hyvää sijaintia. Tähän saattoi vaikuttaa kyselyn teko hetkellä meneillään ollut remontti yksikön tiloissa, jonka takia yksikön palvelut olivat hajautettuna väliaikaisesti eripuolille Hyvinkäätä. Yksikkö onkin etsimässä toiminnalleen yhteisiä tiloja. Osa vastaajista toivoi työnsä vuoksi mm. ilta- aikoja. Hyvinkään Psykiatrian yksikön näkyvyyttä ja sen palveluista toivottiin myös enemmän informaatiota ja eritoten sitä, että informaatio olisi helpommin saatavilla. Paljon koettiin myös muuttuneen ja siitä annettiin palautetta:

-” Mun mielestä tää on hyvä! Olen tyytyväinen nykyiseen systeemiin! Olen nykyisin tyytyväinen palveluun toisin kuin pari vuotta sitten! olisin itse valmis tekemään lisää kotitöitä!”

ja

- ” Mun mielestä tää on hyvä. Oon vasta matkalla huomaamaan ihmisten moninaisuuden en tiedä yleisesti miten vois muuta ehdottaa.”

Suosittelimme jatkossakin yhteistyötä työelämän ja ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden kanssa. Yhteistyö on moniulotteista, joka parhaimmillaan opettaa niin meitä opiskelijoita kuin jo työelämässä olevia soveltamaan saatua teoretietoa asiakastyöhön. Yhteistyö Hyvinkään Psykiatrian yksikön kanssa oli kokonaisuudessaan mielenkiintoinen ja hyvin haasteellinenkin. Positiiviseksi asiaksi koimme Hyvinkään Psykiatrian yksikön johtajalta Raija Hildeniltä saamaamme tukeen ja sieltä saatuun materiaalin lopputyöhömme. Lisäksi koimme, että koko Psykiatrian yksikön työryhmä suhtautui kyselyymme hyvin positiivisesti ja tuki meitä jakamalla kyselylomakkeita vastaanotoillaan asiakkailleen. Haasteeksi koimme kyselylomakkeiden jakovaiheessa Hyvinkään Psykiatrian yksikön muuton ja sen seurauksena yksikön jakautumisen viiteen eri osoitteeseen.

Tyytyväisyyskyselyyn tulleet vastaukset tukevat voimakkaasti käsityksiä siitä, mitä hyvä hoito on ja miten sitä tulisi toteuttaa. Hyvinkäällä mielenterveyspalvelujärjestelmä on muovautumassa entistä moniammatillisemmaksi ja tulevaisuuden suunnitelmana onkin tarjota mielen-terveys- ja päihdepalveluita asiakkaille keskitetysti samassa paikassa. Alueen toimijat ovat myös jatkossa parantamassa ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä ja tarjoamassa matalankynnyksen palveluita enenevässä määrin. Lisäksi uutuutena erikoissairaanhoidon tarjoaa verkossa kaikille halukkaille ohjausta ja tukea mielenterveyden ongelmiin sekä ennaltaehkäisevää neuvontaa eri elämäntilanteisiin. Lopputulosta tarkastettaessa olemme varsin tyytyväisiä saamaamme kattavaan materiaaliin ja laajahkoon otokseen. Lisäksi kiitämme ohjaavaa opettajaamme, lehtori Aulikki Ylinivaa kärsivällisyydestä ja ymmärryksestä.

Jatkotutkimusaiheena esitämme, että sama tai vastaava asiakastyytyväisyyskysely uusitaan aika ajoin jolloin pystyttäisiin kartuttamaan asiakkaiden tyytyväisyyttä kuin myös kehittämään tarvittaessa työtä asiakkaiden tarpeita kuunnellen. Lisäksi hyvänä jatkotutkimusideana pidämme hoitohenkilökunnan oman ammattitaitoon ja ammattitaidon kehittämishaasteisiin liittyviä tutkimuksia sekä tutkimuksia henkilökunnan arvioista mielenterveyspalveluista ja palveluiden kehittämistarpeista. Tämä tutkimus olisi mahdollisesti merkittävä, koska kyselyssä tutkittaisiin hoitohenkilökunnan antamaa hoitotyön laatua ja näin ollen tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella henkilökunta voi kehittää sekä itseään että koko hoitotyötä asiakasnäkökulma entistä tarkemmin huomioiden.

Lähteet

- Aalto 2008. Tehoa kaksoisdiagnoosien hoitoon. Viitattu 12.9.2011.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2008/
- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: Gummerus.
- Chambers, C. & Ryder, E. 2009. Compassion and caring in nursing. New York : Radcliffe Publishing.
- McDaid 2010. Mental health and chronic physical illnesses; The Need for Continued and Integrated Care. World Federation for Mental Health. Viitattu 5.10.2011.
<http://www.wfmh.org/2010DOCS/WMHDAY2010.pdf>
- Eiilä, K. 2007. Terveyskantelun oikeusperusteet. Helsinki: Pilot.
- Helander, V. 2002. Kolmas sektori. Saarijärvi: Gummerus.
- Hilden, R. 2008. Mielenterveys- ja päihdetyön uudelleen organisointi. Hyvinkää: Päihdeforumi.
- Hilden, Raija. 2007. Asiakaspalautekysely. Hyvinkää: Hyvinkään Psykiatrian yksikkö.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Karisto.
- HUS- Mielenterveystalo 2011. Viitattu 1.9.2011. <http://mielenterveystalo.hus.fi/>
- Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielenhoidossa. Keuruu: Duodecim.
- Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2006. Psykoterapia. Keuruu: Duodecim
- Hymise 2010. Hyvinkään seudun mielenterveysyhdistys ry. Viitattu 3.3.2010.
<http://www.hymise.fi/fi/kriisiapu>
- Hyvinkään kaupunki 2010. Perhe ja sosiaalipalvelut, Mielenterveyspalvelut. Viitattu 23.11.2009. <http://www.hyvinkaa.fi/Perhe-ja-sosiaalipalvelut/Mielenterveyspalvelut/>
- Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tampere: Yliopistopaino.
- Hölttä, M. & Juntunen, M. 2008. Mielenterveyden edistämisen erikoistumisopintojen kehittäminen. Hyvinkää: Laurea.
- Iija, A. 2009. Voimaantumisen kehityshaasteena. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua- mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen Taito. Helsinki: Tammi.
- Isometsä, Jousilahti, Lindfors, Luutonen, Marttunen, Pirkola. & Salminen 2009. Käypähoitosuosituksen. Viitattu 10.12.2009.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2-painos. Juva: WSOY.

- Kananen, J. 2008. Kvantti: Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Yliopistopaino.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. Tutkimus hoitotieteessä. 2009. Helsinki: WSOY.
- Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt: Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Helsinki: Sairaahoitajaliitto.
- Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila - Oikonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima.
- Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Oulu: University Press.
- Koskisu, J. 2004. Eri teitä perille; mitä mielenterveyskuntoutus on?. Helsinki: Edita Prima.
- L 604/2003 Laki kuntoutuksen asiakas yhteistyöstä 13.6.2003
- L 1026/1989 Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989
- L 1116 / 1990 Mielenterveyslaki 14.12.1990
- L 523/1999 Henkilötietolaki 22.4.1999
- L 621/1999 Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 21.5.1999
- L 785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992
- Laakso, K. 2010. Henkilökohtainen tiedonanto
- Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell.
- Lemström, U. 2004. Mielenterveystyön moniammatillista yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät. Tampere: Yliopisto.
- Lemström, U. 2009. Miten perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito voivat yhdessä ja erikseen auttaa masennusta sairastavaa ihmistä. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 33-38
- Lönnqvist 2005. Mielenterveyden ongelmat. Viitattu 3.9.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028
- Mantila, S. 2005. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteet ammattihenkilöstölle päihde- ja mielenterveystyössä. Helsinki: Multiprint.
- Mattila, E. 2009. Vuorokuunteluohjaus dialogissa. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua- mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.
- Mustajoki, M., Alila A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.
- Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Paasu, J. 2005. Kotia ja tukea etsimässä. Lohja: Suomen mielenterveysseura.
- Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimus-metodiikka. 1.-2.painos. Juva: WSOY.

Pesonen, A. 2006. Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista. Tampere: Juvenes Print.

Pietä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen E-M. & Sirola, K. 2002. Terveydenedistäminen, uudistuvat työmenetelmät. Jyväskylä: WSOY.

Piippo, J. 2008. "Trust, Autonomy and Safety at Integrated Network- and Family-Oriented Model for Co-operation, A Qualitative Study" Luottamus, autonomia ja turvallisuus integroidussa verkosto- ja perhekeskeisessä psykiatrisessa hoitomallissa. Jyväskylä: Yliopisto

Poikkeus T. 2011. Näyttöön perustuva hoitotyö - tutkimusklubitoiminta. Hoitotyön kliinisen asiantuntijan luentomateriaali 16.9.2011 HUS, HYKS, Medisiininen tulosityksikkö, Jorvin sairaala.

Ponteva, M. 2006. Psykososiaalinen tuki. Teoksessa Castrén, M., Ekman, S., Martikainen, M., Sahi, T. & Söder, J. (toim.) Suuronnettomuus-opas. Jyväskylä: Gummerus, 123

Puupponen, Raike. & Rastas 2007. Hyvät käytännöt monikulttuurisessa mielenterveystyössä. Viitattu 20.1.2010. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/29139/stadia-1195203029-5.pdf?sequence=1>

Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino.

Stakes. 2006. Kansainvälinen kilpailukykyimme. Viitattu 31.5.2010. URL : <http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/kilpailukyky/kilpailukyky.htm>

Salo, O. & Tuunainen, K. 1996. Da Capo- alusta uudelleen. Hämeenlinna: Karisto.

Schubert, C. 2007. Monikulttuurisuus mielenterveystyössä. Helsinki: Edita Prima.

Sundman, E. 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi.

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Säisänen, L. 2008. Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia mielenterveyspalvelujen käytöstä Järvenpään seudulla. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Hyvinkää. Opinnäytetyö.

Tamminen, T., Pylkkänen, K., Rechartt, M. & Saarinen, P. 2010. Psykoterapia. Hämeenlinna: Karisto.

Tiri 2005. Good results in psychiatric health care and factors affecting them in Finland and in Greece. Viitattu 10.7.2010. <http://herkules oulu.fi/isbn9514277538/isbn9514277538.pdf>

Toivanen 2009. Käsité- ja argumentaatioanalyysi Katie Erikssonin kärsimystä koskevasta ajattelusta. Viitattu 26.1.2010. <http://granum.uta.fi/>

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vehviläinen- Julkunen, K. & Paunonen, M. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Vuori, E. 2008. Henkilökohtainen tiedonanto

Vuori- Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihde-työ: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. Painos. Helsinki: WSOY.

World Federation for mental health. 2011. Viitattu 1.10.2011. <http://www.wfmh.org/>

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake ja saatekirje

18. Mitä seuraavista palveluista olet käyttänyt viimeisen vuoden aikana?

- Nuorisopsykiatrian poliklinikka
 Yleissairaalaopsykiatrian poliklinikka
 Kellokosken sairaala
 Omalääkäri
 Terveystieteiden keskuspsykiatri
 Hyvinkään kaupungin psykiatrian yksikkö
 Yksityinen psykiatri
 VERSO
 Hymise (Hyvinkään mielenterveysseura)
 Seurakunnan diakoniatyö
 Joku muu, mikä? _____

19. Kerro, mitä mielestäsi kuuluu hyvään mielenterveyshoitoon?

20. Kerro omat kehitysehdotuksesi Hyvinkään mielenterveyspalveluista?

Kiitämme yhteistyöstä ja toivomme aurinkoista kevättä!



Hyvä Hyvinkään Psykiatrian yksikön asiakas,

Laurea AMK sairaanhoitajaopiskelijat toteuttavat opinnäytetyönään yhteistyössä Hyvinkään Psykiatrian kanssa asiakastytyytyväisyyskyselyn maaliskuun 2010 aikana. Kyselyn tarkoituksena on selvittää Hyvinkään Psykiatrian Yksikön asiakkaiden tyytyväisyyttä ja kokemuksia saamiinsa mielenterveyspalveluihin. Kyselyyn vastaaminen on erityisen tärkeää palveluiden parantamisen kannalta. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja toivomme yhteistyötä yhteisen kehittämisen puolesta!

Vietäthän siis hetken tämän tyytyväisyyskyselyn parissa ja palautat lomakkeen täytettynä aulassa sijaitsevaan palautuslaatikkoon 31.3.2010 mennessä!

Yhteistyöterveisin sairaanhoitajaopiskelijat

Anne Holkelainen
 Pia Kettunen
 Leena Varinen

TAUSTATIEDOT

Laita rasti (x) valitsemasi vaihtoehdon kohdalle tai kirjoita teksti sille varattuun kohtaan.

Sukupuolesi: nainen mies

Ikäsi: 18-25 26-35 36-50 yli 50

Olet nykyisin: työelämässä työttömänä sairauslomalla opiskelemassa
 eläkkeellä muu, mikä? _____

Hoitoon hakeutumisen syy?

PALVELUN TOIMIVUUS

Laita rasti (X) valitsemasi vaihtoehdon kohdalle tai kirjoita teksti sille varattuun kohtaan.

1. Pitäisikö Hyvinkään Psykiatrian yksikköön mielestäsi päästä ilman lähetettä?

kyllä ei

2. Miten tämän yksikön mielenterveyspalvelut ovat vastanneet odotuksiasi?

erittäin hyvin melko hyvin en osaa sanoa melko huonosti ei lainkaan

3. Kuinka tyytyväinen olet tämän yksikön lääkärin vastaanottokäyntiin?

erittäin tyytyväinen melko tyytyväinen en osaa sanoa melko tyytymätön
 täysin tyytymätön

4. Millaista on tämän yksikön sairaanhoitajan vastaanotolle pääsy?

erittäin helppoa melko helppoa en osaa sanoa melko vaikeaa
 erittäin vaikeaa

5. Kuinka tyytyväinen olet tämän yksikön sairaanhoitajan vastaanottokäyntiin?

erittäin tyytyväinen melko tyytyväinen en osaa sanoa melko tyytymätön
 täysin tyytymätön

6. Miten koet reseptien uusinnan toteutuneen tässä yksikössä?

erittäin hyvin melko hyvin en osaa sanoa melko huonosti ei lainkaan

7. Kuinka tyytyväinen olet tämän yksikön vastaanottoajan saannin nopeuteen?

erittäin tyytyväinen melko tyytyväinen en osaa sanoa melko tyytymätön
 täysin tyytymätön

8. Kuinka tyytyväinen olet keskimäärin tämän yksikön vastaanottokäyntien kestoan?

erittäin tyytyväinen melko tyytyväinen en osaa sanoa melko tyytymätön
 täysin tyytymätön

9. Kuinka usein käytät tämän yksikön vastaanotolla?

kerran viikossa kerran kahdessa viikossa kerran kolmessa viikossa
 kerran kuukaudessa muu, mikä? _____

10. Koetko pystyväsi vaikuttamaan omaan hoitoosi?

erittäin hyvin melko hyvin en osaa sanoa melko huonosti en lainkaan

11. Miten koet tulleeesi kuulluksi hoidon aikana?

erittäin hyvin melko hyvin en osaa sanoa melko huonosti en lainkaan

12. Kuinka tyytyväinen olet saamaasi mielenterveyspalveluun Hyvinkään Psykiatrian yksikössä?

erittäin tyytyväinen melko tyytyväinen en osaa sanoa melko tyytymätön
 täysin tyytymätön

ASIAKKAAN VOINTIIN LIITTYVÄT KYSYMYKSET

Laita rasti (X) valitsemasi vaihtoehdon kohdalle tai kirjoita teksti sille varattuun kohtaan.

13. Koetko hoidosta olleen hyötyä sinulle?

erittäin paljon melko paljon en osaa sanoa melko vähän en lainkaan

14. Mihin suuntaan koet psyykkisen vointisi muuttuneen hoidon aikana?

parempaan suuntaan pysynyt samana en osaa sanoa huonompaan suuntaan

15. Mihin suuntaan koet sosiaalisten suhteidesi muuttuneen hoidon aikana?

parempaan suuntaan pysynyt samana en osaa sanoa huonompaan suuntaan

16. Mihin suuntaan koet fyysisen kuntosi kohentuneen hoidon aikana?

parempaan suuntaan pysynyt samana en osaa sanoa huonompaan suuntaan

17. Mihin suuntaan koet toimintakykyysi muuttuneen hoidon aikana?

parempaan suuntaan pysynyt samana en osaa sanoa huonompaan suuntaan