

Ettei jäis niinku pallona pomppimaan

Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä ja kehittämisehdotuksia mielenterveyspalveluista Keski-Suomessa

Rej Ekmark
Anne Puttonen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2018
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi AMK
Terveyden edistäminen, ylempi AMK

Tekijä(t) Ekmark, Rej Puttonen, Anne	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä 01.03.2018
	Sivumäärä 77	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty: (X)
Työn nimi Ettei jäis niinku pallona pomppimaan Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä ja kehittämisehdotuksia mielenterveyspalveluista Keski-Suomessa		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK; Terveystieteiden koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Jaatinen, Kari; Raitio, Katja		
Toimeksiantaja(t) Peränen, Nina, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
Tiivistelmä <p>Kansallisten linjausten mukaan terveydenhuollossa pyritään lisäämään kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia, vähentämään eriarvoisuutta, parantamaan palveluiden saatavuutta sekä lisäämään asiakaslähtöisyyttä. Potilaslähtöisyys on myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategian keskeisin tavoite. Asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden kehittämiseksi voidaan hyödyntää kokemusasiantuntijoiden tuottamaa tietoa.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä Keski-Suomessa sekä esittää niiden pohjalta ehdotuksia asiakaslähtöisempien mielenterveyspalveluiden tuottamiseksi. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä.</p> <p>Tutkimus oli laadullinen. Aineisto kerättiin kyselyn ja ryhmähaastattelun avulla mielenterveyspalveluita käyttäneiltä kokemusasiantuntijoilta. Analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia.</p> <p>Asiakaslähtöisyys ei aina toteudu Keski-Suomen mielenterveyspalveluissa. Osallisuuden vahvistamisen näkökulmasta keskeiseksi osoittautui vuorovaikutuksellisuus, potilaan mielihyvien huomioon ottaminen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä tavoitteellisen hoitosuunnitelman luominen yhdessä potilaan, potilaan lähipiirin ja eri ammattilaisverkostojen kanssa. Ammattilaisesta toivottiin potilaan rinnalla kulkijaa. Mielenterveyspalveluihin pääsy koettiin vaikeaksi ja tiedonkulku riittämättömäksi.</p> <p>Tutkimuksen tulosten perusteella mielenterveyspalveluita tulee kehittää asiakaslähtöisemmiksi siten, että hoitoon pääsy matalalla kynnyksellä toteutuu, palvelut on keskitetty saman katon alle ja eri palveluihin pääsee joustavasti ja nopeasti. Asiakaslähtöisyys toteutuu parhaiten, kun potilaan hoito on yksilöllisesti räätälöity.</p>		
Avainsanat Asiakaslähtöisyys, mielenterveyspalvelut, kokemusasiantuntija		
Muut tiedot		

Author(s) Ekmark, Rej Puttonen, Anne	Type of publication Master's Thesis	Date 01.03.2018
	Pages 77	Language of publication:
	Confidential () until	Permission for web publication: (X)
Title of publication So you wouldn't be left bouncing like a ball Views and proposals from experts by experience for the development of mental health services in Central Finland		
Degree programme Master's Degree Programme in Health Care and Social Services Development and Management; Master's Degree Programme in Health Promotion		
Supervisor(s) Jaatinen, Kari; Raitio, Katja		
Assigned by Peränen, Nina, Central Finland Health Care District		
Abstract <p>National policies in health care concentrate on increasing the citizens' health and well-being, reducing inequality, improving availability in health services and increasing the client-oriented approach. The patient-oriented approach is also an essential priority in the strategy of the Central Finland Health Care District. The client-oriented approach and client involvement can be developed by utilizing the information produced by experts by experience.</p> <p>The purpose of the study was to examine the views of the experts by experience in Central Finland and present proposals in order to enhance the client-oriented approach in mental health services. The aim of the study was to produce information about the client-oriented approach in the mental health services in Central Finland.</p> <p>The study had a qualitative research approach. The data were collected with a questionnaire and a group interview from experts by experience who had utilized mental health services. Inductive content analysis was used as the method of analysis.</p> <p>Mental health services in Central Finland were not always seen as client-oriented. The key elements in the point of view of reinforcing client involvement were interaction, paying attention to the patient's opinions, respecting their self-determination and creating a goal-oriented health care plan together with the patients, their families and various professional networks. Companionship was hoped from the professionals. Access to mental health services were found difficult and the information flow inadequate.</p> <p>Based on the results of this study, in order to enhance the client-oriented approach in mental health services, low-threshold and centralized services are required and the various services need to be flexibly and quickly accessible. Individually customized treatment enables the client-oriented approach in the best possible way.</p>		
Keywords/tags Client-oriented approach, mental health services, expert by experience		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Mielenterveyspalvelut sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa	6
3	Mielenterveyspalveluiden yksilöllinen suunnittelu.....	9
3.1	Mielenterveyspalvelut palvelunkäyttäjien kokemina	10
4	Asiakkaan osallisuus mielenterveyspalveluiden lähtökohtana.....	12
4.1	Kokemusasiantuntijat mielenterveyspalveluiden kehittäjinä.....	14
4.2	Lean-ajattelun hyödyntäminen asiakaslähtöisessä mielenterveystyössä	16
5	Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	18
6	Tutkimuksen toteuttaminen	18
6.1	Tutkimukseen osallistujat ja aineisto	19
6.2	Aineiston analysointi	22
7	Tutkimuksen tulokset	24
7.1	Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä	24
7.1.1	Osallisuus ja osallistaminen	25
7.1.2	Verkostot ja verkostotyö	26
7.1.3	Kohtaaminen ja vuorovaikutus.....	28
7.1.4	Palvelujärjestelmä	31
7.2	Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä siitä, kuinka Keski-Suomen mielenterveyspalveluita voitaisiin kehittää asiakaslähtöisemmiksi	34
7.3	Yhteenveto tuloksista.....	38
8	Pohdinta.....	41
8.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	45
8.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	48

Lähteet	50
Liitteet	62
Liite 1. Saatekirje.....	62
Liite 2. Kyselylomake.....	65
Liite 3. Suostumus haastatteluun osallistumisesta.....	70
Liite 4. Haastattelurunko	72
Liite 5. Sisällönanalyysin muodostaminen.....	74

Kuviot

Kuvio 1. Kyselyn analysoinnista muodostuneet yläluokat. Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden asiakslähtöisyyteen vaikuttavista tekijöistä.	21
Kuvio 2. Potilas ensin -strategian onnistumiseen vaikuttavat tekijät.	48

Taulukot

Taulukko 1. Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä siitä, kuinka Keski-Suomen mielenterveyspalveluita voitaisiin kehittää asiakslähtöisemmiksi	40
---	----

1 Johdanto

Hoitotyö on jatkuvassa muutoksen tilassa. Mielensterveystyön saralla sairaaloiden vuodeosastojen potilaspaikat ovat vähentyneet huomattavasti tällä vuosituhanalla. Psykiatrisessa laitoshoidossa hoitajaksoja toteutui Keski-Suomessa 2 116 vuonna 2006 ja 1 355 vuonna 2016. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitoikäntejä puolestaan toteutui Keski-Suomessa 38 678 vuonna 2006 ja 99 983 vuonna 2016. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.) Mielensterveyspalveluita on pyritty entistä enemmän keskittämään avohoitoon sekä suuntaan, joka tukee asiakkaan palveluihin hakeutumista matalalla kynnyksellä sekä Suomessa että muualla Euroopassa (Izmir 2013, 2). Kansallisten hankkeiden mukaan eriarvoisuutta pyritään vähentämään ja kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia lisäämään. Terveydenhuollossa pyritään kustannustehokkaaseen toimintaan ja valinnanvapauden lisääntymiseen, kuitenkin turvaamalla asiakkaan asema. (Alueuudistus 2015; Sote-palveluiden integraatio 2017.) Käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus saattaa herättää asiakkaissa ristiriitaisia tunteita ja pohdintaa, miten mielensterveyspalveluita tullaan tarjoamaan tulevaisuudessa ja kuinka laadukkaita ja asiakaslähtöisiä ne ovat.

Kansallisissa linjauksissa edellytetään, että kunnat sisällyttävät mielensterveys- ja päihdetyön strategian terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaan osana kuntastrategiaansa sekä suositetaan, että mielensterveys- ja päihdeongelmiin paneudutaan samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin, yhdenvertaisuutta palveluihin pääsyssä vahvistetaan ja palveluihin pääsisi helposti yhden oven periaatteella sosiaali- ja terveyskeskusten kautta (Kansallinen mielensterveys- ja päihdesuunnitelma 2016, 15 - 18). Myös Keski-Suomessa kuntien mielensterveys- ja päihdeohjelmat noudattavat tätä valtakunnallista linjausta. Tavoitteena on turvata väestölle tarpeenmukaiset, oikea-aikaiset ja tasapuoliset mielensterveys- ja päihdepalvelut. Keski-Suomen kuntien visiona ovat laadukkaat ja monipuoliset, aidosti kuntalaisten tarpeita palvelevat palveluketjut. (Jyväskylän mielensterveys- ja päihdesuunnitelma 2016.) Asiakkaiden tarpeiden hahmottaminen on ensisijaisen tärkeää, jotta palvelut

voidaan kohdentaa oikein. Potilaan tulee saada osallistua omaan hoitoonsa tiedon antajana yhtä lailla kuin tiedon saajanakin (Ådnanes & Steihaug 2016).

Samalla tavoin Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä halutaan toteuttaa asiakaslähtöistä ja turvallista, näyttöön perustuvaa hoitotyötä sekä kehittää asiakaslähtöisiä hoitotyön toimintamalleja. ”Potilas ensin” – periaatteen mukaan potilaan tutkimus, hoito ja kuntoutus lähtevät potilaan tarpeista. Potilasta kannustetaan ja motivoidaan itsehoitoon ja hoitosuunnitelma tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategia 2015.) Myös vuonna 2020 valmistuva Sairaala Nova perustaa toimintansa asiakaslähtöisyydelle. Terveystieteiden toiminta on yhä edelleen melko organisaatiolähtöistä ja vaatii potilaalta aktiivista hakeutumista useiden eri palveluiden äärelle. Suomessa esiintyy paikkakunnittain suuria eroja hoidon järjestämisessä (Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2016, 9). Terveystieteiden hoito on hajaantunut useisiin palveluihin jopa erikoisalojen sisällä, mikä vaikeuttaa potilaan näkemistä kokonaisuutena (mts.; Ådnanes & Steihaug 2016).

Terveystieteiden toiminnan ja hoitotyön päätöksenteon tulee perustua näyttöön perustuvaan tietoon ja toimintaan (Terveystietolaki 1326/2010; Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 57). Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat tulisi ottaa mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin (Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2016, 23). Palveluiden kehittämiseksi teoreettinen tieto ja kokemustieto tulisi saada toimimaan rinnakkain, jotta asiakkaiden aito osallistuminen ja osallisuus saataisiin näkyväksi sosiaali- ja terveystieteiden palvelujärjestelmässä (Rissanen 2013, 17). Kokemusasiantuntijoiden tuottamaa tietoa voi käyttää haastamaan perinteisiä ammattilais- ja organisaatiolähtöisiä toimintatapoja sekä auttaa kehittämään asiakaslähtöisyyttä ja osallisuutta (Rissanen 2015a, 240). Opinnäytetyön tekijät halusivat lisätä tietoisuutta siitä, että palvelunkäyttäjien näkemykset mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi ovat hyvinkin maltillisia ja toteuttamiskelpoisia. Keskiössä on potilaan kohtaaminen ja potilaan näkemyksen kuuleminen, minkä kautta terveystieteiden ammattilainen voi tavoittaa

potilaan yksilölliset tarpeet ja saattaa potilaan häntä parhaiten palvelevien palveluiden ääreen. Näin toteutuu myös aito potilas ensin – ajattelu.

Aidosti asiakaslähtöisellä terveydenhuollon toimintamallilla saadaan lisättyä hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta ja työntekijöiden sekä ennen kaikkea asiakkaiden tyytyväisyyttä (Virtanen, Suonheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 8). Tässä tutkimuksessa haluttiin tarkastella, toteutuuko Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategian mukainen, asiakaslähtöinen potilas ensin – ajattelu tällä hetkellä ja nostaa kokemusasiantuntijoiden avulla esille palvelunkäyttäjien ääni. Tutkimuksessa käytetään rinnakkain käsitteitä asiakas, potilas, palvelunkäyttäjä ja kokemusasiantuntija. Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat asiakaslähtöisyys, mielen-terveyspalvelut sekä kokemusasiantuntija. Tekijät halusivat käyttää käsitettä asiakaslähtöisyys, koska tekijöiden mielestä se korostaa enemmän potilaan roolia aktiivisena ja vastuullisena toimijana oman hoitonsa suunnittelussa. Käsitettä mielen-terveys- palvelut tullaan käyttämään laajasti kuvaamaan mielen-terveyshoidon järjestämistä yleisesti ja etenkin Keski-Suomessa sekä avo- että sairaalahoidon osalta.

Tutkimuksen toimeksiantaja on Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Tutkimus perustuu sairaanhoitopiirin strategiaan, jonka mukaan potilas tulee ensin. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää asiakaslähtöisten toimintamallien kehittämiseksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin mielen-terveyspalveluissa. Tutkimus toteutettiin kyselyn ja ryhmähaastattelun avulla. Tutkittavat olivat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin koulut- tamia kokemusasiantuntijoita. Tutkittavien anonymiteetin suojaamiseksi kyselyyn vastaajien tai haastateltavien eksaktia määrää ei paljasteta. Tutkimuksen tarkoituk- sena on selvittää kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä mielen-terveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä Keski-Suomessa sekä esittää niiden pohjalta ehdotuksia asia- kaslähtöisempien mielen-terveyspalveluiden tuottamiseksi. Tutkimuksessa tarkastel- laan, miten kokemusasiantuntijat mielen-terveyspalveluiden käyttäjinä kokevat asia- kaslähtöisyyden, mitkä tekijät heidän mielestään edistävät ja heikentävät asiakasläh- töisyyttä ja miten mielen-terveyspalveluita heidän mielestään tulisi kehittää, jotta ne

olisivat asiakaslähtöisempiä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä.

2 Mielenterveyspalvelut sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa

Kansanterveyden kannalta mielenterveys- ja päihdeongelmilla on merkitystä etenkin näihin ongelmiin liittyvän työkyvyttömyyden vuoksi. Mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen esiintyminen on lisääntynyt. Näihin ongelmiin liittyvien palveluiden kehittämisen ohella olisi erittäin tärkeää kehittää mielenterveyttä edistävää ja ongelmia ehkäisevää työtä. (Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2016, 9.) Kunnan tulee huolehtia alueellaan mielenterveyslaissa tarkoitettujen mielenterveyspalveluiden järjestämisestä osana kansanterveystyötä (Mielenterveyslaki 1066/2009). Mielenterveystyön tavoitteena on vahvistaa mielenterveyttä ja vähentää mielenterveyteen kohdistuvia uhkia. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielenterveyttä edistävä työ ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy sekä mielenterveyspalvelut. (Mielenterveyspalvelut.)

Mielenterveystyöhön kuuluu terveyden- ja sosiaalihuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki. Mielenterveystyöhön kuuluu myös yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa sekä mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinällistä kuntoutusta. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014; Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Mielenterveyslaki antaa mahdollisuuden myös hoitoon ohjaamisen ja määräämisen tahdosta riippumatta potilaan oireiden ja tilanteen täyttäessä siihen asetetut kriteerit. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalveluiden järjestämisessä on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. (Mielenterveyslaki 1066/2009.) Hoitoketju määrittää järjestelmän muodostamaksi työkaluksi, jossa moniammatillisesti arvioidaan ja hoidetaan suunnitellusti potilaan yksilöllisen sairauteen liittyviä oireita. Hoitoketju alkaa potilaan palvelutarpeen arvioinnista ja loppuu kun palvelun tarve loppuu tai oireet lievittyvät siinä määrin, ettei potilas enää hoitoa tarvitse. (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2014, 750 - 760; Nordback, Salo, Holmberg-Marttila, Päivä, Liimatainen, Porkkala & Kaila 2010, 1549 - 1551.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä psykiatrian hoito- ja palveluketjuja muodostavat sairaala- ja polikliininen psykiatria. Sairaalapsykiatria keskittyy Keski-Suomen keskussairaalaan ja sisältää psykiatrisen sairaalahoidon sekä yleissairaalapsykiatrian. Hoitoon ohjaututaan lääkärin läheteellä. Hoitoketjut perustuvat hoidon tarpeen arviointiin, diagnostiikkaan sekä hoitosuunnitelmaan ja ne toteutetaan moniammatillisista työryhmistä hyödyntäen. Polikliininen psykiatria on maakunnissa tarjottavaa avohoitoa, joka koostuu muun muassa depressio- ja päihdehoitajista, sairaalahoidon ja avohoidon välillä toimivasta psykiatrisesta akuuttiryhmästä sekä kuntoutumista tukevista hoidosta. Palveluista osaan ohjaututaan lääkärin läheteellä, osaan ilman läheteä. (KSSHP 2014a.) Lisäksi mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämistä ovat tukemassa kolmannen sektorin palveluja tuottavat yhdistykset ja järjestöt.

Nykyisiä julkisia sosiaali- ja terveysalan hoito- ja palveluketjuja sekä toimintaa moititaan tehottomaksi ja kalliiksi yhteiskunnalle (Ahonen, Vuorio & Tähtinen 2015, 9, 11). Maan terveydenhuollon palveluiden kokonaistilanteesta ei ole kattavaa kuvaa. Valta-

kunnallisten rekisterien puutteista johtuen alueelliset tiedot palveluista ovat hajanaisia ja sektorikohtaisia, mikä tekee palveluiden laadun ja saatavuuden seurannasta vaikeaa. Palveluiden koordinoinnissa on runsaasti alueellista vaihtelua. Esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksotessa on kattavasti koordinoitunut palvelut. Kuitenkin kuntoutuksen koordinointi osana mielenterveys- ja päihdepalveluita on kunnissa yleisesti riittämätöntä. (Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2016, 18.) Vuonna 2020 sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu siirtyy sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen sekä maakuntauudistuksen myötä Keski-Suomen erillisiltä kunnilta maakunnalle. Parhaillaan työstettävässä palveluiden järjestämissuunnitelmassa linjataan, miten palvelut aiotaan tulevaisuudessa järjestää, eli millaisia palveluja asukkaat tarvitsevat arkensa tueksi, mitä vaatimuksia eri palveluntuottajille asetetaan ja miten palvelutuotanto pitää organisoida vaatimusten täyttämiseksi. (Hyvönen 2017.) Nuutisen (2017, 1283 – 1290) mukaan käynnissä oleva sote- ja maakuntauudistus tulee asettamaan huomattavia haasteita hoito- ja palveluketjujen rakentamiselle ja ylläpitämiselle.

Sote-uudistuksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palveluiden yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia tehokkaamman toiminnan kehittämisellä. Sosiaali- ja terveyspalvelut on tarkoitus yhdistää asiakaslähtöisiksi, oikea-aikaisiksi ja vaikuttaviksi kokonaisuuksiksi. Asiakkaan ja tiedon tulisi siirtyä palvelusta toiseen saumattomasti. (Alueuudistus 2015; Sote-palveluiden integraatio 2017.) Hakari ja Pohjola (2017) toteavat, että olennaisimmat rakenteelliset muutokset sote- ja maakuntauudistuksessa ovat palveluiden järjestämisvastuun siirtyminen kunnilta maakunnille sekä hyvinvointi- ja terveyspalveluiden käyttäjien valinnanvapauden lisääminen. Marttunen, Kärkkäinen ja Suvisaari (2016) kirjoittavat, että mielenterveyshoidon saatavuus ei vastaa häiriöiden yleisyyttä. Sote-uudistus on mahdollisuus mielenterveyspalveluiden järjestämiseksi nykyistä paremmin eri mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden vaatimalle tasolle vastaamaan väestön tarpeita. Jotta tähän tavoitteeseen päästään, olisi tärkeää saada mielenterveys- ja päihdealan kehittämisasiantuntijuutta mukaan valtakunnallisista elimistä aina käytännön tasolle asti. Myös kokemusasiantuntijuuden merkitys palveluiden ja laadun arvioinnissa sekä kehittämisessä tulisi ottaa käyttöön. (Mts.)

Sote-palveluissa ja niiden tuottamisessa Keski-Suomi on tällä hetkellä hajanainen, mutta toiminnaltaan varsin tehokas. Huolta uudistuksen onnistumiselle aiheuttaa tällä hetkellä tietojärjestelmät ja niiden integraatio palveluntuottajien välillä. Uudistukseen liittyen Keski-Suomen maakunnassa on ollut käynnissä valinnanvapauskokeilu, jossa asukkailla on ollut mahdollista vaihtaa palveluntuottajaa. Palvelun tuottajaa vaihtaneiden suurimmat syyt vaihtoon ovat olleet lääkäriajan saatavuus, hoitopaikan sijainti sekä hoidon laatu. (Ranta, Manu, Laasonen, Uusikylä & Leskelä 2017, 130 – 135.) Keski-Suomen järjestämissuunnitelman (2018) mukaan maakunnan tehtävät ja palvelut järjestetään tukemaan ja edistämään kuntien tavoitteita ja toimintamalleja. Keski-Suomen maakunnan tavoitteena on toimia asiakaslähtöisesti ja aidosti asiakkaiden tarpeen pohjalta, jotta palvelu- ja strategialupaus toteutuu (mts.). Byrokrattinen hoito- ja palvelujärjestelmä ja ongelmat palveluihin pääsyssä voivat hidastaa potilaan toipumista. Mielenterveyskuntoutujan toipumisessa on kiinnitettävä huomiota omien vahvuuksien ja onnistumisten esiin nostamiseen. (Nordling, Järvinen & Lähteenlahti 2015, 133 – 136.) Koska toipuminen on yksilöllinen prosessi, tulisi myös koko palvelujärjestelmän tukea potilaan yksilöllisiä tarpeita.

3 Mielenterveyspalveluiden yksilöllinen suunnittelu

Potilaiden tilanteen yksilöllisellä arvioinnilla pyritään huomioimaan yksilöiden ja olosuhteiden vaihtelevuus sekä niiden yhteys mielenterveyden häiriöihin sekä hoidon suunnitteluun. Hoidon perustana oleva näyttöön perustuva tieto on tietyllä tavalla aina rajallista, koska ihmiset ovat monitahoisia ja reagoivat tilanteisiin ja muutoksiin kuitenkin aina yksilöllisesti. Hoitohenkilöstön tulisi kyetä tavoittamaan potilas ja tunnistamaan hänen tarpeensa aidosti. Yhteistyö potilaan ja hoitohenkilöstön välillä on hoidon lopputuloksen kannalta usein oleellisen tärkeää, sillä niin voidaan tukea potilaan toipumista ja kuntoutumista parhaalla mahdollisella tavalla. (Lönngqvist ym. 2014, 22 - 23.) Myös Ala-Nikkolan (2017, 64) mukaan kuntoutujan toipumisen tukeminen yksilöllisesti on tärkeää, jotta mielenterveyspalveluiden toimijat voivat vastata

tämän tarpeisiin. Toipumista tukevat ihmisarvon kunnioittaminen, aktiivisen osallistumisen tukeminen, yksilöllisten vahvuuksien huomioiminen sekä sairauden kanssa elämisen mahdollistaminen ja tukeminen (mts.).

Potilaan mielipiteet ja toiveet tulisi aina ottaa huomioon potilaan hoitoon liittyvässä päätöksenteossa (Soininen, Putkonen, Joffe, Korkeila, Puukka, Pitkänen & Välimäki 2013), sillä tämä tukee myös potilaan vahvuuksia ja kykyä hoitaa itse itseään sekä lisää potilaan tyytyväisyyttä hoitoon. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa 2015 - 2020 (2015) potilasta kannustetaan itsehoitoon. Tätä tukee se, että hoitosuunnitelmasta sovitaan yhteisymmärryksessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Hoitotyössä on pyritty aiempaa enemmän siihen, että hoito suunnitellaan aidosti yhdessä potilaan kanssa muun muassa niin, että hoidon tarpeet ja tavoitteet kirjataan hoitokertomukseen potilaan ollessa tilanteessa läsnä, sillä yksilöllinen hoitosuunnitelma on potilaan hoidon perusta (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015). Asiakkaat pääsevät tarkastelemaan terveydenhuollon kirjaamia tietoja, reseptejään, lääkitystään ja laboratoriotuloksiaan kansalaisten verkkopalvelu Omakannassa (Omakanta 2017). Jatkossa laajempina suuntauksena on, että asiakkaan tarvitsemat monimuotoiset palvelut määritellään asiakassuunnitelmassa. Asiakassuunnitelman ja asiakkaalle nimetyn oman työntekijän merkitys korostuu etenkin sovitettaessa eri palveluita yhteen, eli kun asiakas käyttää useita eri palveluja samanaikaisesti. (Sote-palveluiden integraatio 2017.)

3.1 Mielenterveyspalvelut palvelunkäyttäjien kokemina

Potilaat ovat melko tyytyväisiä saamaansa psykiatriseen hoitoon (Kuosmanen 2009, 37 - 39; Kuosmanen, Hätönen, Jyrkinen, Katajisto & Välimäki 2006). Kuosmanen (2009, 37 - 39) väitöskirjatutkimuksessa suomalaisten psykiatristen osastojen potilaat olivat tyytyväisimpiä henkilökunnan ja potilaan väliseen yhteistyösuhteeseen. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista potilaista oli kokenut sairaalaan ottamisen hyvänä (mts.). Keski-Suomen keskussairaalan psykiatrian osastoille ja avohoitoon toteutettiin

päivän ajan kestävät kokemusasiantuntija-arvioinnit. Mutasen ja Putkosen (2017) koostamien kokemusarviointien kautta saadun palautteen mukaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin mielenterveyspalveluyksiköistä välittyy myönteisinä ja asiakasläh- töisyyden tunnetta lisäävinä tekijöinä turvallinen ja rauhallinen ilmapiiri, henkilö- kunta on läsnä ja saatavilla, vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaiden välillä on ar- vostavaa sekä omaiset huomioidaan. Myös Kuosmasen (2009, 37 – 39) tutkimuksessa potilaat kokivat, että hoitohenkilökunta osoitti usein tai aina välittämistä ja myötä- tuntoisuutta potilaita kohtaan, ja että he saivat hyvää hoitoa omahoitajaltaan.

Viinikaisen ja Antinahan (2013) sekä Mutasen ja Putkosen (2017) selvitysten mukaan Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyydessä olisi kehitettävää. Po- tilaat ovat kokeneet väheksymistä ja leimaamista, riiteleviä työyhteisöjä ja empatian puutetta. Psykiatrinen hoito saattaa herättää potilaassa kokemuksen hulluksi leimaa- misesta (Rissanen 2015b, 76 - 77). Lääkäreiden kyky kuunnella ja kohdata potilas vaihtelee. Hoitoneuvotteluissa ja lääkärin kierroilla käytetään potilaiden mukaan vai- keita termejä ja tilanteet koetaan hetkittäin pelottaviksi. Potilaat ovat kohdanneet myös vallankäyttöä. (Viinikainen & Antinaho 2013.) Potilaissa tyytymättömyyttä he- rättävät yleensä hoitoon liittyvät rajoitukset ja puutteellinen tiedonsaanti (Kuosma- nen 2009, 37 - 39). Sairaalahoitoon ja potilaana olemiseen liittyy usein oman itse- määräämisoikeuden ja vapauden menettämisen pelko (Rissanen 2015b, 77). Potilaat kokevat riittävän tiedonsaannin ja yhteisesti hoitohenkilöstön kanssa muodostetun yksilöllisen hoitosuunnitelman tärkeäksi asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden kannalta (Mutanen & Putkonen 2017).

Sairaalan vuodeosastoilla tilojen koetaan olevan karut, epäviihtyisät ja sairaala- tai vankilamaiset ja opasteet yksiköihin ovat puutteelliset (Mutanen & Putkonen 2017; Viinikainen & Antinaho 2013). Myös Kuosmasen (2009, 37- 39) mukaan fyysinen ym- päristö sekä mahdollisuudet mielekkäisiin aktiviteetteihin osastoilla koetaan usein huonoiksi. Viinikaisen ja Antinahan (2013) selvityksen mukaan vuodeosastojen henki- lökunta tekee työnsä vaihtelevasti. Keskustelua hoitajien kanssa kaivataan enemmän ja potilaalle välittyy tunne kiireisyydestä. Keski-Suomessa koettiin, että hoitoa pitää

odotella muutamia kuukausia ennen kuin pääsee hoitoon ja hoidon arvioissa samoihin kysymyksiin täytyy vastata kymmeniä kertoja. Hoitajien koetaan vaihtuvan nopeasti, mikä johtaa informaatiokatkoksiin. Hoitoprosessit koettiin liian hitaiksi ja potilaita pallotellaan paikasta toiseen. Ihmisiä toivotaan kohdeltavan ihmisinä, tasa-arvoisesti ja yksilöllisesti heidän sairaudestaan riippumatta, mikä on myös kansallinen linjaus ja aidosti asiakaslähtöisten mielenterveyspalveluiden edellytys. (Mts.)

4 Asiakkaan osallisuus mielenterveyspalveluiden lähtökoh- tana

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategian tavoitteena on, että potilas kokee saaneensa hyvää hoitoa. Tutkimus, hoito ja kuntoutus lähtevät potilaan tarpeista ja potilasta tuetaan olemaan aktiivinen oman sairautensa hoitamisessa ja terveytensä edistämässä. Vertaistuki tulisi lisätä osaksi hyvää hoitoa ja yksityisen- ja kolmannen sektorin toimijoiden osaamista tulisi hyödyntää. Sairaanhoitopiirissä pyritään luomaan nykyistä tehokkaampia, asiakaslähtöisempiä toimintamalleja potilaiden turvalliseen ja vaikuttavaan hoitoon sekä kuntoutukseen. (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategia 2015.) Asiakaslähtöisessä palvelujärjestelmässä asiakkaan arvoja kunnioitetaan ja hänen tarpeensa huomioidaan, hänelle suodaan mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon sekä kommunikatio ja oikea-aikainen hoitoon pääsy mahdollistetaan (Aalto, Vehko, Sinervo, Sainio, Muuri, Elovainio & Pekurinen 2017).

Maailman terveysjärjestö WHO (2016) suosittaa kansalaisten osallistamista ja heidän äänensä kuulemista keinona kaventaa terveyseroja. Muun muassa laajentunut kokemusasiantuntijatoiminta kertoo, että asiakkaan asema on vahvistunut. Kuitenkin asiakkaan pääsy mielenterveys- ja päihdepalveluihin matalalla kynnyksellä ja yhden oven periaatteella on edelleen harvoin todellisuutta. (Kansallinen mielenterveys- ja

päihdesuunnitelma 2016, 22; Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2015.) Kujalan (2003, 35) sekä Morganin ja Yoderin (2011, 1 - 2) mukaan asiakaslähtöisyyden käsitettä käytetään hoitotyössä rinnan potilaslähtöisyyden käsitteen kanssa. Asiakkaalle asiakaslähtöisyys muodostuu asiakkaan kohtaamisen ja vuorovaikutuksen laadusta sekä siitä, miten palveluntarjoaja vastaa asiakkaan odotuksiin palvelusta. Asiakaskeskeisessä ajattelussa palvelut muodostetaan asiakkaan ympärille siten, että asiakas on niiden keskipisteessä. Asiakaslähtöisyydessä kyse on asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioimisesta ja siitä, että asiakas osallistuu alusta asti palvelun suunnitteluun. (Kujala 2003, 29 - 38; Virtanen ym. 2011, 18 - 21.)

Laitilan (2010) mukaan asiakaslähtöisyyttä voidaan arvioida muun muassa dialogisuuden ja molemminpuolisen vastavuoroiseen kunnioitukseen perustuen, osallistamisen ja vastuuttamisen kannalta sekä hoidon jatkuvuuden perusteella. On mahdollista, että joissakin tapauksissa hyvin asiakaslähtöinen toiminta sitouttaa ja kiinnittää potilaita sairaalaan ja hoitoon epäterveesti niin, että se edesauttaa laitostumiskierteen syntymistä. (Mts. 24 – 29.) Potilaiden tulee kuitenkin saada ottaa vastuu omasta terveydestään sekä hyvinvoinnistaan ja siitä huolehtimisesta (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 69). Rissanen kuvaa omassa kuntoutusprosessissaan olleen merkityksellistä, että hoitaja kieltäytyi ottamasta vastuuta tämän kuntoutumisesta, eikä hoitaja yrittänyt määrittää tämän puolesta, mitä tämä tarvitsisi. Rissanen määrittelee tämän osallisuuden ja osallistumisen konkretisoitumiseksi. (Rissanen 2015b, 91.)

Asiakasosallisuus voidaan luokitella eri tasoihin. Terveyspalveluiden käyttäjänä hoitotyön osallisuus on yksinkertaisimmillaan pelkästään omaan hoitoon vaikuttamista. Osallisuutta voi hyödyntää laajemminkin, palvelunkäyttäjä voi toimia esimerkiksi hoitotyön sekä palvelujärjestelmän laadun ja toiminnan kehittäjänä palautteen antamisen kautta. (Leemann & Hämäläinen 2015.) Hoitoon osallistuminen tarkoittaa mahdollisuutta vaikuttaa itseään, sairauttaan ja ympäristöään koskeviin ja liittyviin asioihin ja tehtäviin päätöksiin. Osallisuuden tunne luo mielekkyyttä. Potilaan osallisuutta voidaan lisätä muun muassa vuorovaikutuksellisella tiedon jakamisella. Osallisuus

edellyttää potilaalta jonkin verran elämänhallintaa sekä kykyä selviytyä joskus ristiriitaisistakin tilanteista. (Vuorilehto ym. 2014, 30 - 31.) Kuntien asukkaille on varattava mahdollisuus osallistua ja esittää näkemyksensä maakunnan toiminnasta ja palveluista. Avaamalla yksilöille ja yhteisöille vaikutusmahdollisuuksia omasta terveydestä huolehtimiseen ja aktiiviseen osallistumiseen pyritään kaventamaan hyvinvointieroja. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 2016, 5 - 6; Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 22 - 23.)

Vuorilehdon ja muiden (2014, 73) mukaan verkostolla tarkoitetaan kaikkia niitä tahoja jotka ovat potilaan tai asiakkaan hoidossa ja sen suunnittelussa mukana ja joita voidaan käyttää potilaan hyväksi. Perhekeskeisyydellä tarkoitetaan asiakkaan tai potilaan huomioimista yksilöllisyyden lisäksi myös osana hänen perhettään. Perhe-työssä tärkeää on selvittää yksilöllisesti tämä tukiverkosto, joka voi olla nykyään laajempi ja monimuotoisempi kuin ennen. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009, 39.) Mielenterveystyössä potilaan perhe sekä moniammatillinen tuki- ja yhteistyöverkosto pyritään saamaan mukaan yhteistyöhön. Dialogisuus, vastavuoroisuus sekä vuorovaikutustaidot ovat merkityksellisiä sekä perhe- että verkostotyössä. (Seikkula & Arnkil 2009.) Läheskään aina tämä moniammatillinen verkostojen välinen yhteistyö ei toimi jouhevasti, saumattomasti tai asiakaslähtöisesti (Isoherranen 2012, 5; Kuorilehto 2014, 34).

4.1 Kokemusasiantuntijat mielenterveyspalveluiden kehittäjinä

Näyttöön perustuvassa toiminnassa yhdistyvät tieteellinen tutkimusnäyttö, asiantuntijan kokemukseen perustuva näyttö, potilaan omaan tietoon ja kokemukseen perustuva näyttö sekä käytettävissä oleviin resursseihin pohjautuva toiminta (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 76 - 77). Palvelunkäyttäjien osallistaminen palveluita kehitettäessä on nykyään varsin yleistä. Heidän tarjoamaansa tietoa tarvitaan, jotta tarjottavat palvelut voidaan todeta aidosti tehokkaiksi ja asiakkaiden kannalta tarkoituksen-

mukaisiksi. Palvelunkäyttäjien osallistaminen saattaa parantaa mielenterveyspalveluita. Palvelunkäyttäjien osallisuus näkyy vielä kuitenkin osallistumisena palveluiden suoraan tuottamiseen, esimerkiksi kokemusasiantuntijan osallistumisena terveyspalveluiden vastaanotto- tai ryhmätoimintaan, ennemmin kuin palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen tai arviointiin osallistumisena. (Chambers, McAndrew, Nolan, Thomas, Watts & Kantaris 2017; Semrau, Lempp, Keynejad, Evans-Lacko, Mugisha, Raja, Lamichhane, Alem, Thornicroft & Hanlon 2016.)

Kokemusasiantuntijalla tarkoitetaan kokemusasiantuntijan koulutuksen läpikäynyttä henkilöä, jolla on omakohtainen kokemus siitä, miltä tuntuu sairastaa, olla hoidossa tai kuntoutuksessa tai olla mukana palveluprosessissa läheisen roolissa. Kokemusasiantuntijoilla on tietoa siitä, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet hoitoon, hoidon vaikuttavuuteen, hoidon pariin pääsemiseen, kotona pärjäämiseen sekä mitkä tekijät ovat auttaneet heitä toipumaan. (Chambers ym. 2017; Hietala & Rissanen 2015, 11 - 17; Kostianen, Ahonen, Verho, Rissanen & Rotko 2014, 6.) Kokemusasiantuntijuuden juuret ovat kolmannen sektorin toiminnassa kuten erilaisissa vertaistukeen ja vapaaehtoisuuteen perustuvissa ryhmissä, esimerkiksi AA-ryhmät (Hietala & Rissanen 2015, 12). Keski-Suomessa on tällä hetkellä kaikkiaan 34 kahdeksan kuukauden koulutuksen käynyttä kokemusasiantuntijaa, joilla on kokemusta joko psyykkisistä, somaattisista tai päihdesairauksista (KSSHP 2014b).

Kansallisista, muun muassa Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009 - 2015 (2016) sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman Kas- teen 2012 - 2015 (2015) suosituksista huolimatta yhteistyö ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden sekä potilaiden välillä on vasta aluillaan ja vertais- sekä kokemusasiantuntijatoiminta alueellisesti vaihtelevaa. South, Meah, Bagnall ja Jones (2013) esittävät, että kokemusasiantuntijatoiminta kaipaa edelleen yhteistä termistöä ja roolien parempaa määrittelyä. Kokemusasiantuntijoiden ainutlaatuista näkemystä tulisi hyödyntää myös tieteellisessä tutkimuksessa (Peacock, Issel, Townsell, Chapple-McGruder & Handler 2011). Kokemusasiantuntijoiden ei-ammattilaislähtöi-

sellä, vähemmän kliinisellä toiminnalla voidaan tavoittaa paremmin etenkin matalatuloisia ja huonommin palveluiden piirissä olevia potilaita (Kim, Choi, Choi, Nieman, Joo, Lin, Gitlin & Han 2016; White, Woodward & South 2013).

Falk, Kurki, Rissanen, Kankaanpää ja Sinkkonen (2013) sekä Tuurnas (2016) ovat todenneet, että mielenterveyspalveluiden käyttäjien osallisuuden lisääminen on edelleen keskeinen haaste suomalaisessa mielenterveyspalvelujärjestelmässä. Tuurnaksen (2016, 89) mukaan perinteisten ammattilaislähtöisten palveluiden, kansalaisaktiivisuuden ja käyttäjälähtöisten palveluiden välille tulisi löytää tasapaino. Asiakkaiden kokemuksia tulisi hyödyntää palveluiden suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa (Falk ym. 2013, 4). Rissanen (2015b, 209) mukaan palvelunkäyttäjien todellista osallistumista hoidon suunnitteluun tai kehittämiseen ei osata useinkaan toteuttaa. Joskus potilaan näkökulmaa ei edes potilaan omassa hoidossa huomioida toivotulla tavalla, kuten Kuosmanen (2009, 49) sekä Newman, O'Reilly, Lee ja Kennedy (2015, 180) ovat havainneet. Kokemusasiantuntijatoimintaa kehittämällä voidaan vaikuttaa mahdollisesti myös ihmisten ennakkoluuloihin ja asenteisiin sekä antaa toipumisen mahdollisuudesta laajempi kuva (Rissanen 2013, 17).

4.2 Lean-ajattelun hyödyntäminen asiakaslähtöisessä mielenterveys-työssä

Lean-ajattelussa palvelun arvo määritellään asiakkaan näkökulmasta. Tarkoitus on antaa työntekijöille mahdollisuus osallistua kehitystyöhön, tehdä oikeita asioita sekä parantaa työskentelyolosuhteita ja kilpailukykyä. Tarkoitukseton toiminta, hukka, pyritään minimoimaan. (Kouri 2009, 6 - 11; What is Lean? 2017). Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja ja parantaa palveluiden yhdenvertaisuutta vähemmällä resursoinnilla ja kustannuksilla (Alueuudistus 2015, Sote-uudistuksen tavoitteet). Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Sairaala Novan suunnittelun ensivaiheista lähtien toiminnallisten prosessien lähtökohtana on ollut Lean-

ajattelun hyödyntäminen hoitotyössä ja hoitotyön johtamisessa. Lean-ajattelun hyödyntämisellä on tarkoitus saada Sairaala Novan toimintaa tehostettua vastaamaan paremmin tulevaisuuden haasteisiin sekä tuottamaan potilaslähtöisempää sairaalahoittoa. (Taegen 2015.)

Länsi-Pohjan keskussairaala on vuoden 2015 aikana aloittanut päivystystoiminnan Lean-toimintamalliin pohjautuen. Uudistuksen jälkeen akuuttiklinikan potilaat ovat päässeet aiempaa merkittävästi nopeammin hoitajan vastaanotolle, henkilöstön työnkuvat ovat selkeytyneet ja työhyvinvointi on lisääntynyt, kun jokainen työntekijä tekee sitä mitä parhaiten osaa. (Teirikko 2015.) Lean-menetelmää on sovellettu myös useissa muissa terveydenhuollon yksiköissä hyvin tuloksin (Lean Eksotessa; Mäkijärvi 2013; Pelander 2016; Suneja & Suneja 2017). Lean-menetelmän hyödyntäminen terveydenhuollossa keskittyy kaiken epäolennaisen poistamiseen terveydenhuollon ammattilaisen työstä. Potilaan huomioimisen täytyy olla keskiössä. Henkilökunnan yhteisöllisyys, osastojen toiminnallinen tilasuunnittelu sekä yhteensopivat tietojärjestelmät ovat tärkeitä. Oikea-aikaisella, oikeanlaisella ja vaikuttavalla hoidolla pyritään kustannustehokkaaseen palvelutapahtumaan sekä potilaan työkyvyn palauttamiseen nopeasti. (Houchens & Kim 2014; Leppikangas, Puolakka, Korppi & Laine 2015.)

Härkösen (2017) mukaan Lean-ajattelussa pyritään resurssikeskeisyydestä potilaskeskeisyyteen. Suuri osa organisaatioissa tehtävästä työstä on lisätyötä, kuten järjestämistä, lajittelua ja selvittämistä, joka ei tuota arvoa potilaan hoidon prosessissa, ja johtaa potilaan pallotteluun palvelusta toiseen. Mikäli sama henkilö tuottaisi mahdollisimman suuren osan potilaan hoitoprosessin palveluista ja toteuttaisi samalla käynnillä mahdollisimman monta toimenpidettä, potilas saisi nopeampaa ja tehokkaampaa hoitoa lyhyemmillä odotusajoilla. (Mts.) Ihannetilanteessa potilas saisi yhdellä käynnillä ja samasta paikasta tarvitsemansa terveyspalvelut, hoito toteutuisi oikeaan aikaan ja yksilöllisesti potilaan ja tarpeenmukaisen verkoston kanssa yhteistyössä suunnitellen.

5 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä Keski-Suomessa sekä esittää niiden pohjalta ehdotuksia asiakaslähtöisempien mielenterveyspalveluiden tuottamiseksi. Tutkimuksessa tarkastellaan, miten kokemusasiantuntijat mielenterveyspalveluiden käyttäjinä kokevat asiakaslähtöisyyden, mitkä tekijät heidän mielestään edistävät ja heikentävät asiakaslähtöisyyttä ja miten mielenterveyspalveluita heidän mielestään tulisi kehittää, jotta ne olisivat asiakaslähtöisempiä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia näkemyksiä kokemusasiantuntijoilla on Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä?
2. Miten kokemusasiantuntijoiden mielestä mielenterveyspalveluita Keski-Suomessa voitaisiin kehittää asiakaslähtöisemmiksi?

6 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimus- ja kehittämistoiminnan pyrkimyksenä on muutosten aikaansaaminen ja laadunhallinnan kehittäminen. Tällainen tutkimustoiminta voidaan nähdä myös terveydenhuoltolain määrittelemänä velvoitteena. (Koivuranta-Vaara 2011, 19; Laitinen 2013, 31; Seppänen-Järvelä & Karjalainen 2007, 21 - 30). Tämä tutkimus on luonteeltaan laadullinen. Tutkimuksessa halutaan ensisijaisesti ymmärtää ja tuoda näkyväksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen kokemusasiantuntijoiden ääni ja heidän näkemyksiään mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä. Tutkimuskohteena on

rajattu joukko kokemusasiantuntijoita ja tarkasti määritelty organisaatio, tutkimuskysymysten ollessa muodoltaan lähinnä avoimia. (Janhonen & Nikkonen 2003, 8 - 11; Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 83.)

Tekijät halusivat ymmärtää tutkimusaineistoa ja ilmiöitä mahdollisimman laajasti pyrkimättä kuitenkaan laajempiin, tutkimusaiheen ulkopuolisiin yleistyksiin. Laadullisen tutkimuksen luonteelle ominaista on induktiivinen päättely, jossa havainnot yksittäisistä tapahtumista ja kokemuksista yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi aineistolähtöisesti (Kylmä & Juvakka 2007, 22 - 23). Tutkimuksessa kokemusasiantuntijoiden kokemuksia yhdistelemällä luodaan kokonaisuus tutkittavasta ilmiöstä, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä. Tapaus-tutkimuksen monivaiheisen prosessin aikana ilmeni joitakin odottamattomia asioita, joita ei osattu tutkimusprosessin alussa ottaa huomioon (Laine, Bamberg & Jokinen 2008, 31 – 34) liittyen muun muassa tutkimuksen suunniteltuun aikatauluun sekä analyysiprosessiin.

6.1 Tutkimukseen osallistujat ja aineisto

Tutkimukseen osallistujat valittiin tarkoituksenmukaisesti rajaten, ei satunnaisotoksella. Tutkittavat olivat mielenterveyspalveluita käyttäneitä kokemusasiantuntijoita. Tutkimuksen osallistujat saivat sähköpostitse yhteyshenkilön välityksellä saatekirjeen, linkin Webropol-kyselyyn sekä haastattelukutsun (Liite 1 ja 2). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Täytetyn Webropol- kyselyn lähettäminen tulkittiin suostumukseksi tutkimukseen osallistumiseen. Ryhmähaastattelussa osallistujat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (Liite 3) tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittavien anonymiteetin suojaamiseksi kyselyyn vastaajien tai haastateltavien eksaktia määrää ei paljasteta. Tutkimukseen osallistuvista tai saadusta aineistosta ei julkaista muuta materiaalia lukuun ottamatta tutkimuksen tulokset -luvun esimerkinomaisia lainauksia, jotka ovat peräisin sekä kyselyn että ryhmähaastattelun aineistoista. Ryhmähaas-

tattelu nauhoitettiin, nauhoituksen kesto oli 155 minuuttia. Ryhmähaastattelun litte-roitua aineistoa sekä kyselyn vastausten materiaalia saatiin kokonaisuudessaan 21 kaksipuoleista A4-arkkia, fonttikoolla 12 rivivälin ollessa 1,5 ja arkilla keskimäärin kaksi kappaleen vaihtoa.

Laadullisen tutkimuksen perinteisiä aineistonkeruumenetelmiä ovat erilaiset kyselyt sekä yksilö- ja ryhmähaastattelut. Myös näiden eri metodien yhdistämisellä, haastattelulla ja kyselyllä voidaan täydentää toisiaan, vaikka se tuokin omat haasteensa tutkimusprosessiin ja aineiston analysointiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97; Tuomi & Sarajärvi 2012, 71 - 84). Tutkimuksen aineistonkeruun menetelmiksi valittiin Webropol-kysely (Liite 2) ja toisessa vaiheessa ryhmähaastattelu. Tekijät muodostivat kyselyn kysymykset teoretietoon pohjaten. Kysymykset koskivat muun muassa sitä, miten hoitoon hakeutuminen koettiin, millaisiksi tilat yksiköissä koettiin, miten perhe huomioitiin hoidon aikana, otettiinko toiveet huomioon ja saiko asiakas tarvitsemansa avun. Tekijät halusivat tutkimuksen kysymyksistä laajoja ja tyyliltään avoimia, jotta vastaajilla olisi mahdollisuus tuoda näkemyksensä mahdollisimman autenttisesti näkyviksi. Tällöin voi olla vaarana, että kysymyksiin vastataan hyvin niukasti eikä materiaalia saada riittävästi (Kylmä & Juvakka 2007, 22 – 23), minkä vuoksi aineistoa haluttiin laajentaa ryhmähaastattelun avulla.

Haastattelumenetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu, sillä ryhmähaastattelussa on mahdollista saada nopeasti tietoa samanaikaisesti monelta vastaajalta, ja ryhmässä tutkittavat saattavat myös innostaa toisiaan tuottamaan rikkaampaa asiasisältöä (Hirsjärvi & Hurme 2009, 61 - 63, 78 - 155). Tekijät pohtivat haastattelukysymyksiä ja rooleja haastattelutilanteessa ennakkoon sekä valmistautuivat aineiston analyysiprosessiin, jotta haastattelumateriaalista saataisiin tutkimuskysymyksiin vastaavaa tietoa. Haastattelun kysymykset koskivat kyselyn ohjaamana hieman kyselyä suuremmin asiakaslähtöisyyttä, esimerkiksi mitä haastateltaville tulee mieleen potilaan osallisuudesta hoitoon, asiakaslähtöisestä verkostotyöstä tai asiakaslähtöisestä kohtaamisesta.

Kyselyn vastausten analysoinnissa esiin nousivat kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyyteen vaikuttavista tekijöistä eli seuraavat yläluokat: osallisuus ja osallistaminen, verkostot ja verkostotyö, kohtaaminen ja vuorovaikutus sekä palvelujärjestelmä (ks. kuvio 1). Haastatteluun tulevat kokemusasiantuntijat saivat sähköpostitse haastattelun teemat eli edellä mainitut yläluokat ennen haastattelua. Puolistrukturoitu haastattelurunko (Liite 4) ohjasi haastattelun kulkua joustavasti keskeisten tutkimuskysymysten mukaan. Tutkimuksen tekijät halusivat haastattelun muistuttavan vapaamuotoista keskustelua niin, että kaikki saavat tasapuolisesti äänensä esiin. Haastattelijan yhdeksi tärkeimmäksi tehtäväksi nousee tutkittavien tunteiden ja käsitysten näkyväksi tekeminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 200; Eskola & Suoranta 2005, 94 - 96.) Joidenkin kysymysten aihepiirit herättivät haastateltavissa enemmän ajatuksia, joten näissä kohdissa käytiin enemmän vapaata keskustelua sekä esitettiin lisäkysymyksiä.



Kuvio 1. Kyselyn analysoinnista muodostuneet yläluokat. Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyyteen vaikuttavista tekijöistä.

6.2 Aineiston analysointi

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysi, sen tulkinta ja johtopäätösten tekeminen ovat avainasemassa. Ensin aineisto ja tiedot tarkistetaan, ja niiden ollessa puutteellisia, täydennetään. Tämän jälkeen kerätty tutkimusaineisto tulee järjestää tulkittavaan, yhdenmukaiseen muotoon, jonka jälkeen päästään tekemään päätelmiä.

(Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 221 - 222.) Tutkimuksen analyysiprosessi ei ole yksi yksittäinen tapahtuma vaan lähes koko tutkimuksen kestävä prosessi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 221 - 225). Tutkimuksen analyysiprosessi noudatti sekä kyselyn että ryhmähaastattelun kohdalla induktiivista aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tutkimuksessa haluttiin tehdä vastaajien empiiriset kokemukset näkyviksi, jolloin tämä menetelmä sopii parhaiten tutkimusmenetelmään ja tutkimuskysymyksiin. Induktiivisessa sisällönanalyysissä tutkittavasta aineistosta ja ilmiöstä pyritään löytämään monipuolisesti tarkastellen tutkimustehtävään vastaavaa informaatiota, joka mahdollistaa johtopäätösten tekemisen. Tutkimuksen analyysissä, tuloksissa ja tulosten pohdinnassa on tarkoitus tuoda tutkittavien kokemukset ja tulkinnat tutkittavasta aiheesta esille sellaisenaan, kuitenkin anonymiteettiä suojellen. Teoriaa tässä tutkimuksessa käytetään lähinnä pohdintojen ja johtopäätösten tekemisen apuna. (Eskola 2015, 188 - 191; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 221 - 224; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 112, 115.) Ennen analyysin aloittamista valittiin analyysiyksikkö, joka tässä tutkimuksessa oli lause tai lauseenosa. Tämän jälkeen aineisto luokiteltiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93, 110.)

Ensimmäisessä vaiheessa kyselyn aineisto luettiin useamman kerran huolellisesti läpi etsien aihealueista asiakaslähtöisyyden kannalta merkityksellisiksi koettuja tekijöitä ja näitä kuvaavia ilmaisuja. Näistä ilmaisuista etsittiin samankaltaisuuksia, yhdistäviä tekijöitä sekä myös ristiriitaisuuksia. Esimerkiksi palvelujärjestelmän eri palveluissa hyvät vuorovaikutustaidot ja kohtaaminen sekä perhetyön huomioon ottaminen tulokittiin asiakaslähtöisyyteen vaikuttaviksi tekijöiksi. Näitä asiakaslähtöisyyttä eri tavoin kuvaavia ilmaisuja ryhmiteltiin, jolloin yläluokiksi muodostuivat osallisuus ja osallista-

minen, verkostot ja verkostotyö, kohtaaminen ja vuorovaikutus sekä palvelujärjestelmä (ks. kuvio 1). Haastattelun analysointi aloitettiin heti haastattelutapahtuman jälkeen käymällä läpi haastattelun aikana tehdyt muistiinpanot sekä itse haastattelun kulku. Litteroitu materiaali luettiin useaan kertaan huolellisesti läpi. Tämän jälkeen aineistosta etsittiin ja materiaalista alleviivattiin tutkimuskysymyksiin vastaavat osat. Jälleen aineistosta etsittiin asiakaslähtöisyyden kannalta merkityksellisiksi koettuja tekijöitä ja näitä kuvaavia ilmaisuja. Näistä ilmaisuista etsittiin samankaltaisuuksia, yhdistäviä tekijöitä sekä myös ristiriitaisuuksia. Ennen aineistojen yhdistämistä tutkijat pitivät taukoa palatakseen aineiston pariin myöhemmin. Tauon jälkeen molemmat aineistot luettiin uudestaan läpi ja sen jälkeen tutkimuskysymyksiin vastaava materiaali yhdistettiin yhdeksi kokonaisuudeksi. Kokonaismateriaalista rajattiin pois aineisto, joka ei vastannut tutkimuskysymyksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 224 -225.)

Syvällisellä tutkimusmateriaaliin perehtymisellä on tulkintojen onnistumisen ja kokonaisuuksien ymmärtämisen kannalta suuri merkitys. Analyysin laatu riippuu laadullisessa tutkimuksessa paljolti siitä, kuinka hyvin tutkijat perehtyvät ja herkistyvät aineistolle. (Puusa & Juuti 2011, 120.) Yhdistetty materiaali luettiin useita kertoja läpi yrittäen ymmärtää ilmaisuja syvällisesti. Aineistossa oli hyvin suppeita sekä pitkiä narratiivisia ilmaisuja. Alkuperäisilmaisut pelkistettiin. Molemmista ilmaisutavoista kokemuksen ydin, kokemusasiantuntijan sanoma haluttiin tuoda tuloksiin pelkistetyn ilmaisun avulla. Tutkimuksen analyysiprosessi toteutettiin siis kahdesti, ensin analysoitiin kyselyn aineisto, josta nousivat esiin yläluokat ja ryhmähaastatteluun teemat. Haastattelun jälkeen litteroitu aineisto analysoitiin ja pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin kyselyn analyysiprosessissa esiin nousseiden yläluokkien alle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 224 - 225.) Lopuksi molemmat aineistot yhdistettiin ja pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin yläluokkien alle alaluokiksi, joiksi muodostuivat kokemusasiantuntijoiden vastauksissa toistuvasti esiin nousseet asiakaslähtöisyyden kannalta merkityksellisiksi koetut tekijät (Liite 5).

Tulososioon lisättiin molemmista, sekä kyselyn avoimien kysymysten, että litteroidun haastattelun, aineistosta vastaajien alkuperäisiä ilmaisuja tai osia niistä lisäämään autenttisuutta ja jotta vastaajien sanoma välittyisi lukijalle parhaiten. Lainauksissa ilmeviä murre- ja täytesanoja on paikoitellen muutettu kirjakielisempään muotoon tutkittavien anonyymiteetin takaamiseksi, kuitenkin lauseen merkitystä muuttamatta. Lainauksia ei ole myöskään eroteltu toisistaan numeroin haastateltavien ja kyselyyn vastaajien anonyymiteetin suojaamiseksi. Analyysin loppuvaiheessa, ennen tutkimuksen valmistumista, haluttiin vielä varmistaa päätelmien yhteneväisyys alkuperäisten ilmaisujen kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2012, 112), jolloin päätelmiä sekä tulososiota verrattiin kyselystä saatuihin vastauksiin sekä haastattelun litteroituun materiaaliin.

7 Tutkimuksen tulokset

Tutkimuksessa tarkastellaan, miten kokemusasiantuntijat mielenterveyspalveluiden käyttäjinä kokevat asiakaslähtöisyyden, mitkä tekijät heidän mielestään edistävät ja heikentävät asiakaslähtöisyyttä ja miten mielenterveyspalveluita heidän mielestään tulisi kehittää, jotta ne olisivat asiakaslähtöisempiä.

7.1 Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä

Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyyden kannalta keskeistä on potilaan osallisuus ja osallistaminen, potilasta koskettavien sosiaalisten verkostojen huomiointi ja niiden sisällä toteutettava verkostotyö, potilaan kohtaaminen ja potilaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus sekä palvelujärjestelmän muodostuminen kokonaisuudessaan.

7.1.1 Osallisuus ja osallistaminen

Potilaan osallistuminen ja myös sitoutuminen omaan hoitoonsa nähtiin keskeisenä asiana. Potilaan mielipiteet, näkemykset ja toiveet tulee kuulla ja ottaa huomioon ja vastaavasti ammattilaisten tulee tuoda ilmi hoitoon liittyvää tietoa ja mahdollisuuksia, jotta hoito voidaan suunnitella vastavuoroisesti yksilöllisyys huomioiden sekä keskustellen. Ammatilaisen tulee kannustaa ja motivoida potilasta, jotta tämä olisi aktiivisesti osana hoitoprosessia ja osallistuisi itseensä liittyvään päätöksentekoon eikä jäisi passiiviseksi sivustakatsojaksi. Kokemusasiantuntijat pitävät tärkeänä, että kaikissa hoitoprosessin vaiheissa on olemassa selkeä ja tavoitteellinen hoitosuunnitelma, joka muodostetaan yhdessä potilaan kanssa. Hoitosuunnitelman tulee olla sekä potilaan että ammatilaisen tiedossa, ja siitä tulisi pitää kiinni molemmin puolin. Hoitosuunnitelmasta poikkeaminen pitää myös aina perustella potilaalle.

”Sain päättää itse kaikista meihin liittyvistä asioista.”

”Minusta ei mielestäni ole tehty hoitosuunnitelmaa. Tällä hetkellä suunnitelmassa lukee ottaa lääkettä tämän ja tämän verran ja tulee vastaanotolle silloin ja silloin. Mitään tavoitteita ei esimerkiksi tällä hetkellä ole määritelty eikä ole sovittu mistään päivytyksestä.”

Ammattilaisten on kyettävä suhtautumaan joustavasti ja tarvittaessa muuttamaan aiempia suunnitelmia sekä mukautumaan tilanteeseen voidakseen vastata potilaan tarpeisiin. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on ensiarvoisen tärkeää. Kokemusasiantuntijat toivat esille, että aina potilas ei ole kuitenkaan oikeassa oman sairautensa hoitoon liittyvissä asioissa. Tällöin ammatilaisen tulee aktiivisesti ja jämmästä ohjata potilasta oikeaan suuntaan ja yrittää auttaa potilasta ymmärtämään, miksi hoidossa täytyy edetä tietyllä tavalla. Tällöinkin keskeistä on, että ammatilainen perustelee toimintaansa potilaalle. Sairaalahoidossa itsemääräämisoikeutta ra-

joittavat toimenpiteet nähtiin toisinaan hallintavälineinä ja kiusantekona, kuten esimerkiksi tupakoinnin rajoittaminen. Rajoittamisen tulee aina olla perusteltua ja ammattilaisen tulee selventää potilaalle, miksi häntä rajoitetaan.

”Onneksi sain poistua näistä tilanteista (palavereista) vapaasti tupakalle.”

”Uskalletaan sanoa että nyt et ole ihan ajan tasalla ja saada se potilas ymmärtämään että nyt tässä tilanteessa tarvitaan erilaisia toimenpiteitä kuin itse haluaa.”

7.1.2 Verkostot ja verkostotyö

Eri ammattilaisverkostojen huomioiminen ja mukaan ottaminen potilaan hoidon suunnitteluun nähtiin tärkeänä. Perheen ottaminen mukaan hoidon suunnitteluun korostui. Osa kyselyyn vastaajista koki, että hoidossa onnistuttiin hyvin huomioimaan koko verkosto – potilas, potilaan lähipiiri, avohoito, sairaalahoito, terapeutti, perhe ja sosiaalityö, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, työterveyshuolto, sekä järjestöt – potilaan tarpeiden mukaan, osa taas koki, että verkostoitumisen ja tiedonkulun eri ammattilaisten välillä tulisi olla sujuvampaa ja tehokkaampaa. Eräs tutkittava kuvasi hakeneensa apua lukuisilta ammattilaisilta, ja lopulta muutoksen sai aikaan yksi pätevä ammattilainen, joka ymmärsi syitä sairauden taustalla. Esiin tuotiin myös so- maattisen terveydentilan huomioimisen sekä fyysisten sairauksien hoidon tai hoitoonohjauksen tärkeys, vaikka potilas olisikin mielenterveyspalveluiden käyttäjä.

”Perinteiseen tyyliin minä kävin läpi useita auttajia, ja halusin apua osaamatta kunnolla selittää miksi.”

”Verkostoituminen lasten ympärillä on ollut hyvää.”

Kokemusasiantuntijat näkivät hyvänä, että sekä avo- että sairaalahoidon aikana olisi mahdollisuus sekä perhe- että paritapaamisiin. Erityisesti tärkeäksi koettiin, että lapse huomioidaan riittävästi. Osa tutkittavista koki, että lähipiiriä tai läheisiä ei huomioidu riittävästi tai ei lainkaan hoitoprosessin aikana, osa taas koki, että omaiset otettiin mukaan hoidon suunnitteluun. Perheelle tai puolisolle tulee kertoa, miten sairaus näkyy ja millaisia vaikutuksia sillä saattaa elämään olla, sekä tarjota lähipiirille ohjausta, millaisia palveluja omainen voi hyödyntää oman jaksamisen tukemiseksi. Vanhempia tulee tukea siinä, miten lapsille kerrotaan sairaudesta ikätasoa vastaavalla tavalla ja oikea-aikaisesti. Tutkittavat toivat esille myös toiveen, että esimerkiksi puolisoa haastettaisiin keskustelemaan riittävästi. Toisaalta myös potilasta tulisi haastaa miettimään, mitkä ovat syyt siihen, ettei potilas halua ottaa perhettään mukaan hoitoon, ja ehkä tukea enemmän avoimuuteen, koska vaikea perhetilanne voi olla myös yksi syy psyykkisen oireilun taustalla. Eräs tutkittava toi esiin, että perhetyöhön ei ollut mahdollisuutta, koska hänen kohdallaan hoito oli toteutunut avohoitona ainoastaan muutamia kertoja.

”Läheisen huomiointi epäonnistui sataprosenttisesti. Yritin useampaan kertaan päästä mukaan hoidon suunnitteluun. Minulle ilmoitettiin, ettei sellainen kuulu tähän hoitokokonaisuuteen.”

”Ehkä se perhetilanne on jätetty käsittelemättä kokonaan, joka voikin olla loppujen lopuksi aika suuri vaikuttava tekijä.”

Sairaalahoidossa hoitoneuvottelut, etenkin ennen kotiutumista, ovat tärkeitä, ja niihin tulee kutsua riittävästi verkostoa, jotta kotiutuminen olisi turvallista ja hoito jatkuisi joustavasti avohoidossa. Myös kotikäynnit ennen sairaalasta kotiutumista koettiin tärkeiksi. Hoitokontaktin päättymisen tulee tapahtua rauhallisesti yhdessä suunnitellen ja potilaan näkemyksiä kunnioittaen.

”Vähän oli tunne että jäi yksin ennen kuin avopuoli lähti rullaamaan.”

7.1.3 Kohtaaminen ja vuorovaikutus

Potilaan kohtaaminen ja ammattilaisten vuorovaikutustaidot osoittautuivat keskeiksi kaikissa hoitoprosessin vaiheissa, sekä avohoidossa pitkissä hoitosuhteissa, että hyvinkin lyhytkestoisissa kohtaamisissa. Kokemukset siitä, miten oli tullut kohdatuksi jossakin yksittäisessä lyhytkestoisessakin tilanteessa, saattoivat nousta merkitykselliseksi potilaalle. Varsinkin ensimmäinen kohtaaminen kuvattiin hermostuttavana ja jännittävänä – tilanteessa auttaa, kun ammattilainen on rauhallinen ja vastaanottava. Hoidossa ensiarvoisen tärkeää on turvallisuuden tunne, luottamuksen syntyminen, ajan antaminen, puhumisen mahdollistaminen, tasa-arvoinen kohtelu ja vastavuoroinen keskustelu. Keskeistä on tunne kuulluksi tulemisesta. Ammattilaiselta toivotaan ystävällistä, kannustavaa, auttavaista ja ymmärtäväistä suhtautumista potilaaseen kiireettömässä ilmapiirissä. Samoin tärkeää on tulla otetuksi vakavasti.

”Sain romahtaa, sain käpertyä peiton alle piiloon tärisemään ja minua kehuttiin, vaikka en jaksanut kuin pyykkikoneellisen pestä.”

”Kuulin vain kuinka omahoitajani totesi toiselle potilaalle, ettei hän kerkiä hoitaa hänen asioitaan. En halunnut vaivata häntä.”

Paranemisprosessin kannalta keskeisenä nähtiin, että kun ”kemat menevät yksiin” omahoitajan kanssa, voidaan sitä kautta saavuttaa myös luottamus. Mikäli luottamusta ei saavuteta, potilas saattaa kätkeä todelliset tunteensa, todellisen huonon olonsa ja jättää kertomatta esimerkiksi lääkkeen sivuvaikutuksista. Tällöin hoitosuhteessa tehdään jopa turhaa työtä, joka ei todellisuudessa auta potilasta. Omahoitajasta toivotaan omien asioiden ajajaa silloin, kun itse on heikommassa kunnossa, ja viestinviejänä toisille tahoille, kuten lääkärille.

”Tavallaan pitää kuorta yllä, ei oikeasti sano miltä tuntuu, mikä ahdistaa tai mikä on huonosti. Siinäkin luottamussuhde siihen työntekijään

olisi tärkeä. Pystyisi ehkä pikku hiljaa näkemään myös sinne rivien väliin, sitä kautta tulee syvempi siitä suhteesta.”

”Avopuolella ei välttämättä mene aina hoitajalta lääkärille se sana, välillä tulee semmoinen että lukeeko niitä kukaan, että onko sillä mitään merkitystä mitä kirjataan.”

Vastauksista tuli ilmi, että potilaat aistivat herkästi henkilökunnan suhtautumista heihin. Kohtaamisessa tärkeänä korostui, että hoitohenkilökunta huomioisi kehonkielensä, sanavalintansa, äänensävyänsä, ilmeensä ja eleensä potilaan kanssa asioidessaan. Kokemusasiantuntijat toivat esille miten tärkeää on, että potilaan kertomaan suhtaudutaan mielenkiinnolla ja arvostavasti. Potilaan tulee tulla nähdyksi sellaisena kuin hän itse kokee olevansa. Tässä korostui jälleen kuulluksi tulemisen kokemus, se että henkilökunta kuuntelee aidosti eikä anna omien olettamustensa vaikuttaa kohtaamiseensa voidakseen tukea potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. Samoin toivottiin avoimuutta, mikäli työntekijällä olisi vaikka ”huono päivä”, muutoin potilas saattaa herkästi tulkita työntekijän käytöksen johtuvan jollakin tavalla hänestä. Potilas saattaa myös virheellisesti ajatella, että ”kaikilla muilla menee loistavasti aina”, jolloin nähtiin jopa hyvänä, että työntekijäkin saa joskus olla väsynyt tai murheellinen.

”Lääkärin tapa kohdata minut tuntui todella alentavalta. Hän röhnötti tuolillaan pöydän takana eikä vaikuttanut lainkaan kiinnostuneelta minusta ihmisenä.”

”Olisin toivonut tullessi paremmin nähdyksi sellaisena kuin koin itseni ja tilanteeni olevan. Koin, että ulkoisista tekijöistäni tehtiin enemmän päätelmiä kuin sanomisistani.”

Hoidon tulee olla suunnitelmallista ja tavoitteellista, ja hoidon tavoitteiden tulee olla kaikille selvät. Toivottiin, että hoidossa edettäisiin olennaisia asioita esiin nostaen.

Vuorovaikutus ei saa olla pelkästään jutustelua, vaan sen tukee olla tilanteen selviämiseen tähtäävää, eri menetelmiä hyödyntävää, tavoitteellista keskustelua. Kokeusasiantuntijat toivoivat myös, että eri tapaamiskerroilla jatketaan keskustelua siitä, mihin edellisellä kerralla oli jääty, jotta potilaan ei tarvitse kerrata omaa tarinaansa alusta asti aina uudelleen. Mikäli potilaalla ei ole itsellään osaamista tunteiden ja ajatusten sanoittamiseen, on tärkeää, että ammattilainen yrittää ymmärtää ja tukea potilasta ilmaisemaan itseään. Hoitohenkilökunnalla toivottiin olevan myös tilanteen hallinta sikäli, että he kykenisivät tarvittaessa palauttamaan keskustelun rai- teilleen hoitosuunnitelman mukaisesti.

”Olisin tarvinnut enemmän ajatuksia herättäviä kysymyksiä, johdatte- lua vaikeiden asioiden äärelle, vaihtoehtoisia keinoja jatkuvasti lukkiu- tuneisiin tilanteisiin. Yleisesti tietoa kriiseistä, ihmisen reagoinneista nii- hin.”

”Ammattihenkilökunta antaisi niitä avaimia ja keinoja, mutta sitten pitäisi saada se potilas ymmärtämään, että sun täytyy sitten ottaa niistä keinoista kiinni ja koppi.”

Sekä potilaalle että potilaan läheisille tulee antaa riittävästi tietoa, ohjausta ja tukea hoidon aikana. Hoitohenkilökunnan tulee tukea potilasta löytämään oma halu hoitaa itseään ja tulla autetuksi. Tärkeäksi nähtiin tiedon antaminen saatavilla olevista palveluista, hoito- ja kuntoutusmuodoista, ryhmätoiminnoista sekä eri terapiamuodoista ja terapeuteista.

”Potilas saataisiin itse ymmärtämään, että siitä tilasta missä se potilas on, kukaan muu ei sitä loppujen lopuksi pysty auttamaan, kuin se potilas itse. Eli se oma halu sieltä pitäisi saada jotenkin kaivettua.”

”Missään vaiheessa en muista että minulle olisi oma-aloitteisesti kerrottu mitä apua ja mistä olisi tarjolla.”

7.1.4 Palvelujärjestelmä

Sairaalahoidon suhteen osa kokemusasiantuntijoista näkee, että mielenterveyspalveluihin on vaikea päästä. Toisinaan sairaalahoitoon ei pääse, vaikka potilas itse ja avohoidon ammattilainen olisivat sairaalahoidon kannalla. Terveyskeskuksen vuodeosastoa ei nähdä oikeaksi hoitopaikaksi silloin, kun ongelma on psyykinen. Osa koki sairaalahoitoon pääsyn tai päivystävän psykiatrisen lääkärin vastaanotolle pääsyn esimerkiksi lääkityksen lisäämiseksi onnistuneen aina, kun sille on ollut tarve. Päivystävän psykiatrisen lääkärin vastaanotolle pääsyä odotetaan kuitenkin usein liian pitkä aika toisten hoitoa odottavien tai hoidossa olevien potilaiden seurassa. On potilaalle raskasta, kun joutuu toistuvasti kertomaan samat asiat eri ammattilaisille eri vaiheissa hoitoprosessia.

”Näköjään psykan puolella ei käsitetä että potilas saattaa kuolla sinne ‘leikkausjonoon’.”

”Päivystykseen hakeutuessa pitäisi olla psykiatri heti tavattavissa, ei niin monen mutkan takana kuin nyt. Nyt ensin on akuuttiryhmän hoitajat, sitten päivystävä lääkäri ja sitten vasta päivystävä psykiatri. Potilasta helpottaisi kun heti pääsee psykiatrille ja välttyy turhilta selityksiltä.”

Osalla oli kokemuksia siitä, että he eivät saaneet riittävästi ohjausta ja tietoa, mitä tulee tapahtumaan kun he odottivat pääsyä lääkärin vastaanotolle. Heidän piti odottaa vastaanottoa yksin ja epätietoisina siitä, miten prosessi etenee. Osa koki tullessa unohdetuksi. Siinä tilanteessa osalle saattoi tulla olo, että lähteekin takaisin kotiin ilman hoitoa. Sairaalahoidossa ollessa ei aina osata huomioida potilasta tarpeenmukaisesti. Eräs tutkittava toi esiin että hoitajia on vaikea tavoittaa, ettei hoidon aikana läheskään aina tarjota keskustelua, eikä pahaa oloa pyritä helpottamaan mitenkään.

Tutkittavalle jäi tunne, ettei kukaan ollut täysin tietoinen hänen tilanteestaan ja lopulta hänet kotiutettiin vastoin hänen omaa toivettaan. Eräs tutkittava toi esiin, ettei taas halunnut sairaalaan, koska joutuisi eroon lapsista.

”Minut ohjattiin käytävälle istumaan ja odottamaan. Odotin kauan ja yksin ikkunattomassa käytävässä vailla tietoa siitä, mitä oli tapahtumassa. Se oli todella ahdistavaa. En tiennyt oliko minut unohdettu. En voinut kysyä keneltäkään, sillä siellä ei ollut ihmisiä enkä tiennyt mistä niistä monista ovista olisin voinut lähestyä jotakuta. Olisi ollut mukava, että joku olisi tullut kertomaan väliaikatietoja.”

”Henkilökuntaa kulki koko ajan ohi, mutta olo tuntui unohdetulta. Mieleen voi tulla, että lähdenkin takaisin kotiin.”

Avohoidon suhteen osa kokemusasiantuntijoista toi esiin, että olemassa olevan avohoidon hoitokontakti järjestyy nopeasti, avohoito toimii hyvin ja tarvittaessa käyntien määrää voidaan lisätä joustavasti. Toisaalta osa koki, että avohoidossa lääkärin vastaanotolle on vaikea päästä. Säännölliset käynnit avohoidossa, vaikka harvakseltaankin, koetaan hyväksi vaikka vointi olisikin pysynyt tasaisena. Lisäksi puhelimella tavoittaminen ja kriisipäivystys nähtiin tarpeellisena. Psykiatrisen akuuttityöryhmän toimintaan päivystyksen rajapinnassa ollaan pääsääntöisesti tyytyväisiä. Kotiin annettavat palvelut koetaan turvallisuutta lisääväksi sairaalahoidon jälkeen. Osa taas kokee kaivanneensa konkreettisempaa tekemistä kotiin suuntautuvissa palveluissa.

”Sain hyvin ajan avohoidon lääkäriini, joka arvioi kanssani sairaalahoidon tarpeen. Mukana oli myös sairaanhoitajani. Oli helppo selvittää tilanteeni tutuille ihmisille.”

”Sairalahoidon jälkeen sain tehostetusta kotihoidosta tukea. Hoitajat kävivät kerta viikkoon kotonani. Lisäsi turvan tunnetta psykoosin jälkeen.”

Hoitoympäristön viihtyisyydellä on merkitystä tilanteissa, kun odottaa hoidon arviota pidempään, pidempikestoisissa avohoitopalveluissa tai sairaalahoidossa. Karuksi ja epäviihtyisäksi koettu sekä äänimaailmaltaan rauhaton ympäristö saattaa lisätä ahdistusta ja jopa haitata toipumista. Ympäristön haluttiin olevan ennen kaikkea rauhallinen jotta lepo mahdollistuu, mutta myös esteettisesti miellyttävä. Luonnon läheisyydellä nähtiin olevan rauhoittava ja parantava vaikutus. Viihtyisä ympäristö liitettiin kokonaisuutena siihen, miten ihmisiä arvostetaan, sillä se lisää turvallisuuden tunnetta ja tervetulleeksi olemisen kokemusta. Myös erilaiset ryhmätoiminnot koettiin tärkeinä. Niissä on mahdollista tutustua toisiin potilaisiin ja saada paitsi vertaistukea, myös ystävyyttä. Ryhmissä työskentely nostaa itsetuntoa sekä antaa tietoa omista oireista, niiden hallinnasta ja itsehoidosta.

”Mielellään siirtyy osastolle, joka tukee ympäristöltään enemmän toipumista.”

”Nykyiset tilat ovat ahdistusta lisäävät.”

Kokemusasiantuntijoiden mukaan yksilöllinen hoito ja potilas ensin -ajattelu ei toteudu tällä hetkellä. Potilaan vaikutusmahdollisuudet oman hoitonsa suunnitteluun sekä työntekijöiden valintaan ovat rajalliset. Eri hoitotahot tai erikoisalajat eivät tee kokemusasiantuntijoiden mielestä riittävästi yhteistyötä. Potilaan voimavarat ja oma vastuu avun hakemisesta ja sairautensa hoitamisesta korostuvat, kun hoitovastuuta siirretään erikoisalalta ja yksiköltä toiselle. Pahimmillaan kokemus aiheuttaa potilaalle turvattoman tunteen ”heittopallona” olemisesta, kun eri hoitotahot kiistelevät siitä, minkä erikoisalan tai hoidon pariin potilas kuuluu. Kokemusasiantuntijoilla oli kokemusta palvelujärjestelmän joustamattomuudesta ja myös päällekkäisyydestä. Potilaat myös kokevat jatkuvasti sen tiedon läsnäolon, että terveydenhuollossa resurssit ovat rajallisia. Kokemusasiantuntijoiden näkemyksen mukaan saamansa hoidon suhteen potilaat ovat keskenään hyvin eriarvoisessa asemassa sekä saman paikkakunnan sisällä että valtakunnallisesti.

”Nyt sairauksien hoito on pilkottu niin pieniin erikoisaloihin, että kokonaisuus ja erityisesti potilaan psyykinen vointi unohtuu täysin.”

”Potilaat tiedostaa ja työntekijät tiedostaa, että ei ole aikaa. Hoitohenkilökunnan puute, rahan puute, resurssien puute. Ei tänne mahdu... Hie-man ollut turvaton olo että toimiikohan tää systeemi enää minkään vertaa.”

7.2 Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä siitä, kuinka Keski-Suomen mielenterveyspalveluita voitaisiin kehittää asiakaslähtöisemmiksi

Potilaalla tulee olla moniammatillinen hoitotiimi, jossa on edustettuna potilaan hoidollisen tarpeen mukaan esimerkiksi psykologi, sosiaalityöntekijä, perhetyöntekijä tai päihdetyöntekijä. Tiimissä on 1 tai 2 omahoitajaa, joihin olisi mahdollistaa muodostaa tiiviimpi side, luottamus ja pysyvämpi hoitosuhde. Tämän kokemusasiantuntijat näkivät lisäävän hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta. Omahoitaja tuntee potilaan tarinan eikä potilaan tarvitse kertoa asioitaan aina alusta lähtien, vaan työskentelyä pystytään jatkamaan luontevasti. Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan kanssa, siinä pysytään ja poikkeamista neuvotellaan potilaan kanssa.

”Avopuolella voi käydä keskustelemassa vaikka joka viikko tai kaksi kertaa viikossa ilman, että sillä on minkäänkokoista merkitystä. Ja silloin ei myöskään ota itse vastuuta omasta hoidosta, koska ei sille näe mitään syytä, koska se järjestelmä ei toimi.”

”Se on kuluttavaa, kun potilaana valmistautuu johonkin tiettyyn asiaan, nyt tehdään tällä kerralla tätä, niin sit siitä ei olekaan tietoaakaan. Eli muuttuu ne suunnitelmat jostain kumman syystä. Siinä on aika hukassa kun muutenkin on hukassa itsensä kanssa.”

Tarvittaessa omahoitajan vaihtamisen toivottaisiin olevan entistä hyväksyttävämpää ja jopa hieman rutiininomaisempaa. Nykyisin tämä tuntuu vaikealta, kun työntekijöitä on vähän, mutta potilaita paljon. Kaikki potilaat eivät myös kykene ilmaisemaan tätä toivettaan suoraan omahoitajalle, jolloin asian voisi helpommin ilmaista jollekin toiselle taholle, esimerkiksi sihteerille. Toivottiin, että mikäli omahoitajasta tuntuu, ettei hänellä ole osaamista tai annettavaa potilaalle, tämä myös pystyisi ilmaisemaan potilaalle, että potilaan voisi olla parempi työskennellä toisen ammattihenkilön kanssa. Hoitosuhteen aikana on aika ajoin hyvä tarkistaa, kokeeko potilas työskentelyn hyödyttävän häntä, henkilökemian toimivaksi sekä luottamusta omahoitajaan. Esiin tuli myös ajatus, voisiko potilas jo hoidon alussa itse vaikuttaa omahoitajan valintaan, eikä että se valitaan potilaalle valmiiksi.

”Kaikkihan tietää että työntekijöitä on vähän ja potilaita on paljon ja vaikea saada aikoja.”

”Sitten se (omahoitajan vaihtaminen) pystyttäisiin tekemään niin, että voisi luottaa siihen, ettei siitä tule mitään seurauksia sille potilaalle, että se leimattaisiin hankalaksi.”

Monipuolisempi eri yksiköiden ja erikoisalojen yhteistyö tukisi myös potilaiden jaksamista, kun eri yksiköissä asiointi vähenisi. Potilaat ovat usein monisairaita, eivät pelkästään psyykkisesti tai somaattisesti. Hoitosuunnitelmaa täydennettäisiin myös moniammatillisesti, ja se olisi tiedossa niillä eri tahoilla, joihin potilaalla on kontakti. Myös ammattihenkilöt saisivat tällöin tukea toisistaan. Toivottiin, että myöskään normaalia kuormitusta tai surua ei ”psykiatrisoitaisi”, vaan nähtäisiin se muuttuviin elämäntilanteisiin liittyvänä normaalina asiana. Kaiken kaikkiaan hoidossa toivottiin lisää joustavuutta, jotta muuttuviin tilanteisiin reagoiminen olisi toimivampaa. Tämä korostuu etenkin silloin, kun potilaan voimat ovat ehtyneet eikä hän jaksaa välttämättä aktiivisesti ajaa omia asioitaan. Omalääkäri-systeemiä kaivattiin niiltä osin, että olisi henkilö, joka ottaisi kokonaisvastuun potilaan hoidosta.

”Myös somaattisia sairauksia sairastavat tarvitsivat psyykkistä tukea.”

”Suunnitelmaa tehtäisiin moniammatillisesti, jotta sitten kun asioi eri luukuilla, siellä olisi tieto, että missä mennään.”

Osastohoidosta avohoitoon siirtymisen suhteen toivottiin nopeampaa ja riittävää avohoidon tukea, koska kotiutuminen nähtiin riskinä voinnin nopealle uudelleen huononemiselle. Usein potilaalla on tunne, että jää yksin, kun siirtyy tiiviin osastohoidon piiristä avohoitoon. Avohoidon hoitotiimin omahoitajan tai -hoitajien tapaaminen hoitoneuvottelussa ennen kotiutumista koettiin hyvänä asiana. Omahoitaja voisi kerätä hoitotiimiin riittävästi ammattilaisia, joihin yhteyden saa nopeasti tarpeen mukaan. Tärkeäksi nähtiin riittävä tuki myös perusterveydenhuollossa, eli kontakti omaan terveyskeskukseen ja terveyskeskuslääkäriin. Hoidon tarve tulisi arvioida aidosti yksilöllisesti ja räätälöidä hoito sen mukaiseksi. Näin myös potilaan voinnin huononemiseen voitaisiin reagoida nopeammin.

”Siinä on aika suuri vaaranpaikka, että ne voimat loppuukin uudelleen.”

Psykiatrisen hoidon yksilöllisyyttä tulee kaiken kaikkiaan kehittää ja lisätä. Tämä toteutuu parhaiten, kun potilaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus on aidosti vastavuoroista. Lisäksi eri erikoisalajat tulee saada keskustelemaan keskenään. Palveluiden matalakynnyksisyyttä tulee lisätä, sillä nykyisin on pitkälti potilaan omasta jaksamisesta ja aktiivisuudesta kiinni, millaista hoitoa saa. Kokemusasiantuntijat toivovat, että palvelut saadaan oikeasti saman katon alle, jolloin potilaiden asiointi helpottuu ja tieto myös kulkee paremmin eri tahojen välillä. Kokemusasiantuntijat ehdottivat ”olkkari”-tyyppistä paikkaa, johon potilaat voivat tulla viettämään aikaa ja saamaan neuvoja ja ohjausta. ”Olkkarissa” potilaat voisivat tavata kokemusasiantuntijoita sekä järjestöjen ja yhdistysten edustajia ja tarvittaessa saisivat vertaistukea sekä käytännön apua esimerkiksi asiointiin.

”Tiedän yhden kokemusasiantuntijan, joka tällä hetkellä asioi yhtäaikaista viidellätoista eri luukulla.”

”Että ei jäisi niinku pallona pomppimaan näitten eri alojen tai eri hoitajien tai hoitotahojen väliin.”

Digitaaliset palvelut nähtiin hyvänä lisänä muiden palveluiden rinnalla. Mikäli potilas saa helposti ja tietoturvallisesti työntekijään yhteyden sähköisesti, lisää se turvallisuutta kontaktien välissä. Chat-palvelu nähtiin vaihtoehtoisena reaaliaikaisena keskustelumahdollisuutena esimerkiksi tilanteessa, jossa potilaan on vaikea poistua kotoa tai kirjoittaminen on potilaalle luontevampi tapa ilmaista itseä, sekä anonymisti että esimerkiksi oman työntekijän kanssa. Myös pelien tarjoamat mahdollisuudet mielenterveyshoitotyössä kiinnostivat. Digitaalisissa palveluissa mahdollistuisi myös erityyppinen, anonymi ryhmätyöskentely ja vertaistuki. Sähköiseen palautejärjestelmään liittyen ehdotettiin, että potilaiden anonymit palautteet ja ammattilaisen vastaukset niihin olisivat avoimesti asiakkaiden nähtävillä esimerkiksi sairaanhoitopiirin internetsivustolla. Tämä lisää avoimuutta ja läpinäkyvyyttä.

Kokemusasiantuntijat toivoivat psykiatrisille osastoille enemmän aktiviteetteja ja virikkeellisempää ympäristöä, mikä tukisi potilaan toipumista. Erilaisia toimivia tiloja, luovan ilmaisun ryhmiä, käsityöryhmiä ja liikuntaryhmiä toivottiin. Ryhmissä toivottiin myös tiedon jakamista eri asioista, kuten seksuaalisesta hyväksikäytöstä tai unettomuudesta. Päivystyksen yhteyteen tai päivystyksen kautta toivottiin mahdollisuutta ohjautua tapaamaan osaavaa kriisi- ja traumaterapeutteja. Kokemusasiantuntijat kaipasivat nopeammin tapahtuvaa, yksilöllistä hoitoa sekä monipuolisempaa tiedon jakamista eri palveluista. Kokemusasiantuntijat toivat myös esiin ajatuksen, että tietoa kyllä on siitä, miten mielenterveyden häiriöitä tulisi hoitaa, mutta onko tahtoa ja resursseja muuttaa nykyisiä käytäntöjä.

”Tiedän kyllä että tää kuulostaa ideana aika mahdottomalta mutta, no niin, haluatteko te auttaa vai ette.”

7.3 Yhteenveto tuloksista

Potilaiden osallisuuteen, verkostotyöhön, vuorovaikutukseen sekä palvelujärjestelmään liittyvät tekijät olivat keskeisiä asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi. Osallisuuden kannalta tärkeiksi asiakaslähtöisyyttä tukeviksi asioiksi osoittautuivat vuorovaikutuksellisuus ja riittävä potilasohjaus, kannustaminen osallistumaan, potilaan mieliteiden huomioon ottaminen, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä tavoitteellisen hoitosuunnitelman luominen yhdessä potilaan ja tarpeenmukaisen verkoston kanssa. Joissakin tilanteissa hoitosuunnitelmaa ei ollut tehty yhdessä, potilas ei ollut tietoinen hoitosuunnitelmasta tai hoitosuunnitelma oli vaillinainen. Verkostotyön kannalta asiakaslähtöisyyttä tukee eri verkostojen, kuten potilaan lähipiirin sekä tarvittavien ammattilaisverkostojen mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun. Hoitoneuvottelut ja kotikäynnit nähtiin keskeisinä asiakaslähtöisyyttä tukevinä elementteinä. Verkostoitumisen ja tiedonkulun eri verkostoissa tulisi olla sujuvampaa ja tehokkaampaa. Potilaan lähipiiriä ei aina huomioitu riittävästi hoidon aikana.

Tärkeäksi asiakaslähtöisyyden kannalta osoittautui potilaan kohtaaminen. Hoitosuhteessa tärkeää on luottamuksen syntyminen, ajan antaminen, kiireettömyys, tiedon jakaminen, tasa-arvoinen kohtelu ja vastavuoroinen keskustelu. Ammattilaiselta odotetaan ystävällisyyttä, kannustavaa otetta ja tukea potilaan itseilmaisuuksiin. Toisaalta tilanteen hallinta on oltava ammattilaisella, jolloin hän kykenee tarvittaessa ohjaamaan potilaan huomion oikeisiin asioihin. Keskeistä on avoimuus, tunne kuulluksi tulemisesta ja se, että potilas kokee tullessaan otetuksi vakavasti. Omahoitajan tulee olla potilaan rinnalla kulkija, asioiden ajaja ja viestin viejä toisille tahoille. Keskustelun hoitosuhteessa tulee olla tavoitteellista. Hoitosuhteessa potilaalle tulee syntyä oma halu auttaa itseään. Nämä asiat eivät aina toteudu potilaan toivomalla tavalla, jolloin palvelua ei koeta riittävän asiakaslähtöiseksi.

Palvelujärjestelmään liittyen on runsaasti tekijöitä, joihin puuttumalla voitaisiin lisätä Keski-Suomen mielenterveyspalvelujen asiakaslähtöisyyttä. Tällä hetkellä mielenterveyspalveluihin ja hoitoon pääsy koetaan vaikeaksi, sairaalahoidon arviossa päivystävän lääkärin vastaanotolle pääsyä odotetaan liian pitkään, potilas joutuu kertomaan samat asiat toistuvasti eri ihmisille, avohoidon lääkäriä on vaikea tavoittaa ja potilaan hoitovastuuta siirrellään taholta toiselle. Palvelujärjestelmä koettiin kankeaksi, päällekkäiseksi ja joustamattomaksi ja ammattilaisten sekä resurssien rajallisuus tulee usein ilmi potilaalle. Avohoidon tuen on oltava riittävää etenkin elämän muutostilanteissa, esimerkiksi sairaalasta kotiutuessa. Ympäristöllä ja aktiviteeteilla etenkin sairaalaolosuhteissa on merkitystä potilaan toipumisen kannalta. Rauhallinen ja esteetinen ympäristö, riittävä virikkeellisyys ja mielekäs tekeminen koettiin asiakaslähtöisyyttä lisääviksi tekijöiksi. Tällä hetkellä potilasta ei osata huomioida tarpeeksi yksilöllisesti, potilaan vaikutusmahdollisuudet oman hoitonsa suunnittelussa koetaan liian vähäisiksi ja potilaat kokevat olevansa eriarvoisessa asemassa. Asiakaslähtöisyys toteutuu parhaiten, kun potilaan hoito on yksilöllisesti räätälöity.

Kokemusasiantuntijoita pyydettiin esittämään näkemyksiä siitä, kuinka Keski-Suomen mielenterveyspalveluita voitaisiin kehittää asiakaslähtöisemmiksi. Heidän ehdotuksensa mukaan potilaalla tulee olla moniammatillinen hoitotiimi. Tiimissä on 1 tai 2 omahoitajaa, joilla on kokonaisvastuu potilaan hoidosta. Yksilöllinen ja tavoitteellinen hoitosuunnitelma muodostetaan dialogisesti yhdessä potilaan ja keskeisen verkoston kanssa, ja hoitosuunnitelman avulla tieto kulkee eri toimijoiden välillä. Potilaalla on monipuolisia keinoja tavoittaa ammattilaiset erilaisten kanavien avulla, kuten mobiililaitteella tai sähköisesti. Palveluiden keskittäminen saman katon alle helpottaa hakeutumista eri palveluihin samalla käynnillä. Hoitoon hakeutumisen tulee tapahtua matalan kynnyksen periaatteella. Kokemusasiantuntija-, vertais- sekä järjestötoiminta tukee potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Kokemusasiantuntijoiden kehittämis ehdotukset on esitetty seuraavassa taulukossa (Taulukko 1).

Taulukko 1. Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä siitä, kuinka Keski-Suomen mielen-terveyspalveluita voitaisiin kehittää asiakaslähtöisemmiksi

✓ Tarpeenmukainen, yksilöllisesti räätälöity hoito
✓ Potilas ja koko verkosto mukaan hoidon suunnitteluun
✓ Tiedon ja ohjauksen antaminen monipuolisesti
✓ Dialogisuus
✓ Tavoitteellinen hoitosuunnitelma, jonka avulla tieto kulkee eri toimijoiden välillä
✓ Toimivat tietojärjestelmät
✓ Monipuoliset tavat tavoittaa ammattilainen – mobiililaitte, sähköiset kanavat
✓ Moniammatillinen hoitotiimi, jolla kokonaisvastuu potilaan hoidosta
✓ 1-2 omahoitajaa, omahoitajan vaihtaminen mahdollista
✓ Avohoidossa mahdollista tavata hoitavaa lääkäriä tiiviisti
✓ Hoidon matalakynnyksisyys, helppo hakeutua avun piiriin, apua saa joustavasti ja nopeasti
✓ Palvelut löytyvät saman katon alta
✓ Päällekkäisiä toimintoja tai toimijoita ei ole
✓ Eri erikoisalajat toimivat yhteistyössä
✓ Kriisi- tai traumaterapeutti päivystyksen yhteyteen
✓ Sairaalahoidon arviointiin pääsy tapahtuu maltillisessa ajassa
✓ Sairaalahoidon arvioissa ammattilainen rinnalla kulkijana ja viestinviejänä, jotta potilaan ei tarvitse kertoa samoja asioita toistuvasti eri henkilöille
✓ Tiivis tuki siirtymävaiheissa ja muutostilanteissa, esimerkiksi sairaalahoidosta kotiutuminen
✓ Olohuone; kokemusasiantuntijat, vertaiset, järjestöt
✓ Viihtyisät, esteettiset tilat, luonnon läheisyys, äänimaailmaltaan rauhallinen, virikkeellinen ja aktivoiva ympäristö
✓ Avoin palautejärjestelmä; palautteisiin vastataan ja ne ovat kansalaisen luettavissa

8 Pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä mielen-terveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä Keski-Suomessa sekä esittää niiden pohjalta ehdotuksia asiakaslähtöisempien mielen-terveyspalveluiden tuottamiseksi. Tulosten pohjalta voidaan todeta, että asiakaslähtöisyys ei aina toteudu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin mielen-terveyspalveluissa. Tutkimuksessa nousi esiin, että asiakaslähtöisessä hoidossa tärkeintä on se, miten henkilökunta toimii, miten potilas kohdataan, miten häntä kuunnellaan ja kokeeko potilas saaneensa avun. Tutkittavat nostivat asiakaslähtöisyyden kannalta tärkeiksi asioiksi hoidon hyvän saatavuuden ja matalan kynnyksen palvelut. Myös tässä tutkimuksessa, kuten Viinikaisen ja Antinahon (2013) potilaslähtöisyysselvityksessäänkin, tutkittavat arvioivat hoitoon pääsyn hitaaksi tai jopa vaikeaksi. Lean-toimintaperiaatteen hyödyntäminen voisi edistää hoidon saatavuutta, sillä Lean-ajattelussa pyritään nopeaan ja tehokkaaseen palveluun ilman että potilaan tarvitsee hakea hoitoa useasta yksiköstä ja usealta vastaanotolta (Härkönen 2017).

Lean-ajattelussa potilaan pitäisi olla keskiössä ja kaiken toiminnan palvelu päämäärää, potilaan kuntoutumista (Härkönen 2017). Tutkimuksessa kokemusasiantuntijat toivat kuitenkin ilmi, ettei eri mielen-terveyshoitotyön verkostojen ja toimintayksiköiden välillä tieto kulje toivotulla tavalla eikä yksikään taho ota kokonaisvastuuta potilaan hoidosta. Kokemusasiantuntijat kokivat viestinnässä olevan suuria puutteita jo pelkästään saman hoitoyksikön sisällä ja erityisesti eri erikoisalojen välillä. Myös Ådnesin ja Steihaugin (2016) mukaan terveydenhuolto on pirstaloitunut useisiin erikoisaloihin ja eri yksiköihin ja palveluihin jopa erikoisalojen sisällä, mikä vaikeuttaa potilaan näkemistä kokonaisuutena. Pahimmillaan tämä johtaa potilaan kokemukseen, että häntä pallotellaan puolelta toiselle, kuten eräs kokemusasiantuntija totesi toivovansa, ”että ei jäisi niinku pallona pomppimaan näitten eri alojen tai eri hoitajien tai hoitotahojen väliin.”

Työntekijän tulisi ohjata ja tukea potilasta kokonaisvaltaisesti, jotta potilas osaisi hakeutua tarvitsemiinsa palveluihin (Ådnes & Steihaug 2016). Tutkimustulosten mukaan tiedon ja ohjauksen antaminen nähtiin keskeisenä tekijänä myös siinä, miten potilas kykenee osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun. Itsehoidon toteuttamista pidettiin kuntoutumisen lähtökohtana. Osa kokemusasiantuntijoista koki, etteivät he olleet tietoisia omasta hoitosuunnitelmastaan, hoitosuunnitelma oli vaillinainen tai hoitosuunnitelmaa ei noudatettu. Kokemusasiantuntijat toivoivat enemmän vaikutusmahdollisuuksia siihen, kuka on potilaan omahoitaja. ”Kemioiden toimiminen” koettiin tärkeäksi, mutta toisaalta toive omahoitajan vaihtamisesta koettiin vaikeaksi ilmaista. Kokemusasiantuntijat ehdottivat, että hoitosuhteessa tarkasteltaisiin riittävän usein yhteistyön toimivuutta.

Kun kokemusasiantuntijan tarjoama tieto tunnistetaan, sitä arvostetaan ja se otetaan vakavasti, on se kuntoutujalle itselleen voimaannuttava kokemus (Chambers ym. 2017). Eräs kokemusasiantuntija koki, että tieto ei kulje, esimerkiksi hoitokertomusta ei ollut aina luettu, kun hän on mennyt ammattilaisen vastaanotolle. Kokemusasiantuntija kertoi ratkaisseensa ongelman niin, että hän oli kirjoittanut paperille sairaus- ja hoitohistoriansa, oman tarinansa, ja antoi tämän luettavaksi uudelle hoitajalle tai lääkärille. Hän koki tämän olleen voimaannuttava kokemus. Myös Rissanen (2015b, 123) mukaan kokemuksen muuttamisella toiminnaksi sekä oman tarinan muokkaamisella tulkittavaan ja luettavaan muotoon on merkitystä kuntoutujan toipumisprosessissa. Jää pohdittavaksi, voisiko vastaavaa käytäntöä ottaa mukaan laajemminkin osaksi kuntoutumisprosesseja. Rissanen (2015b, 123) toteaa kuntoutumisen prosessissa olleen merkittävää myös vuorovaikutus, kohtaaminen, mielekäs toiminta, toivon herääminen ja omien kokemusten reflektointi. Hänen mukaansa kuntoutumiseen vaikuttavat monet muutkin tekijät, kuten ongelmiin liittyvät asenteet, osallisuus ja osallistumismahdollisuudet, järjestelmän rakenteet sekä toivon herääminen (mts. 123).

Tutkimuksessa korostui potilaan kohtaamisen ja vuorovaikutuksellisuuden merkitys koko hoito- ja palveluketjun osalta. Potilaille on tärkeää tulla nähdyksi omana persoonanaan, tulla ymmärretyksi ja kunnioitetuksi sekä otetuksi vakavasti. Myös aiempien tutkimusten mukaan hoitosuhteessa hoitajan olemus, sanallinen ilmaisu, potilaan luona käytetty aika, säännöllisesti toteutuvat keskustelut ja tunne siitä, että itsestä välitetään, ovat potilaille tärkeitä (Koivisto, Janhonen & Väisänen 2004; Ådnanes & Steihaug 2016). Kokemusasiantuntijat toivat esiin kaikenlaisen hoitoon liittyvän tiedon saannin tärkeyden. Hoitoon liittyvän tiedon välittämistä potilaalle kuvattiin puutteelliseksi. Myös Ådnanesin ja Steihaugin (2016) mukaan potilailla on tarve saada tarpeeksi tietoa omista oireistaan sekä sairauden ja hoidon etenemisestä sekä saada osallistua omaan hoitoonsa niin tiedon antajana kuin tiedon saajanakin. Hoitava viestintä on perustellusti hyvää ja vastuullista, kun se tukee potilaan kuntoutumista (mts.). Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi olisi kuultava potilasta riittävästä ja turvattava riittävä ohjaus ammattilaisen taholta, sillä kokemusasiantuntijoiden mukaan tämä tukisi myös potilaan minäpystyvyyttä ja kykyä hoitaa itseään.

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että keskustelut potilaan kanssa koettiin tärkeimmiksi hoitotilanteiksi, koska tällöin hoitaja vietti aikaa potilaan kanssa ja potilaan oli mahdollista ilmaista tunteitaan ja mielipiteitään. Myös Koiviston, Janhosen ja Väisänen (2004) tutkimuksessa ilmeni, että hoitajan koettiin voivan auttaa potilasta löytämään ratkaisuja elämän lukkiutuneisiin tilanteisiin. Asiakaslähtöisen hoidon kannalta tärkeimmiksi tekijöiksi koetaan, että hoitajien roolit on määritelty, hoitaja keskustelee potilaan kanssa säännöllisesti ja että keskustelulla on päämäärä ja selkeä struktuuri. Avoimessa dialogisuudessa tavoitellaan yhteisymmärryksen syntymistä. Keskustelijat ovat keskustelussa tasavertaisina eikä kenenkään mielipide ole se ainoa oikea. Erilaiset näkemykset yhdessä johtavat hyviin ratkaisuihin. (Seikkula & Arnkil 2009; Vuori-lehto ym. 2014, 68 – 69.) Tämän tutkimuksen mukaan suullisen ja kirjallisen palautteen antaminen henkilökunnan toiminnasta koettiin haastavaksi mutta kuitenkin tärkeäksi. Vaikuttavan hoitotoiminnan kehittämiseksi viestimisvälinein kerätyllä potilas-palautteella on merkitystä. Esimerkiksi hoitoprosessissa lääkäri voi viestinnällään

vahvistaa tai heikentää ammattitaidon välittymistä potilaan paranemisen ja kuntoutumisen hyväksi. (Köhler, Rautava & Vuorinen 2017, 735 - 740.)

Tutkimuksessa merkitykselliseksi koettiin sekä henkilökunnan sanaton, että sanallinen viestintä. Kokemusasiantuntijat toivat esiin myös yksittäisiä kohtaamisia, jolloin vuorovaikutuksen ja viestinnän katsottiin olevan puutteellista ja henkilökunnan eleiden ja ilmeiden jopa potilasta halventavaa. Esimerkiksi lääkärin asento ja puhetapa saatetaan kokea loukkaavaksi, mikä saa aikaan kokemuksen, että lääkäri ei ole potilaan tilanteesta kiinnostunut. Potilaat aistivat herkästi myös ammattilaisen kiireen. Väärintulkinnan riskiä näistä sanattomista viesteistä kokemusasiantuntijat pitivät ilmeisenä ja toivoivatkin ainakin osittain hoitohenkilökunnan inhimillistävän, tuovan esiin sanoittamalla myös omia, kohtaamiseen ja tulkitsemiseen liittyviä tunteitaan. Tutkittavat toivoivat hoitajan sanoittavan potilaalle, mitä on tapahtumassa. Itsemääräämisoikeuden säilyttäminen ja pakon välttäminen koettiin tärkeäksi. Näitä kokemusasiantuntijoiden esiintuomia huomioita tukevat muiden muassa Koiviston, Janhosen & Väisäsen (2004), Kuosmasen (2009) sekä Ådnesin ja Steihaugin (2016) tutkimukset.

Tekijät pohtivat tutkimuksen alussa, että palvelujärjestelmällä ja hoitoympäristöllä olisi vieläkin suurempi merkitys Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyyteen. Tutkimustulokset vahvistivat kuitenkin ennen kaikkea kohtaamisen ja vuorovaikutuksen olevan hyvän asiakaslähtöisyyden perusta. Silti nopealla palvelun järjestymisellä eli avun saamisella ja tiedon antamisella on myös suuri merkitys asiakaslähtöisyyden kokemukseen. Huonolla kohtaamisella ja puutteellisilla vuorovaikutustaidoilla voidaan jopa mitätöidä muuten onnistunut palvelutapahtuma. Kokemusasiantuntijat toivat esiin, ettei lyhyessä palvelutapahtumassa hoitoympäristöllä ja estetiikalla ole niinkään merkitystä, mikäli potilas vain saa tarvitsemansa avun. Mitä pidemmästä palvelutapahtumasta, esimerkiksi useamman päivän osastohoidosta oli kysymys, sitä suuremmaksi nousi myös ympäristön, estetiikan sekä virikkeellisyyden

merkitys. Kummassakin tapauksessa kuitenkin merkityksellisintä oli palvelujärjestelmän ja palvelutapahtuman sisällä tapahtunut vuorovaikutuksellisuus, tiedon siirtyminen sekä hoitosuunnitelmaan perehtyminen.

Tutkimuskysymyksinä esitettiin seuraavat kysymykset: millaisia näkemyksiä kokemusasiantuntijoilla on Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä sekä miten kokemusasiantuntijoiden mielestä mielenterveyspalveluita voitaisiin kehittää asiakaslähtöisemmiksi? Kokemusasiantuntijoiden mielestä asiakaslähtöisyys ei aina toteudu Keski-Suomen mielenterveyspalveluissa. Potilasta ei aina huomioida riittävästi oman hoitonsa suunnittelussa eikä hoitosuunnitelmaa muodosteta yhdessä potilaan kanssa. Etenkään potilaan perhettä ja lähipiiriä ei aina huomioida riittävästi potilaan hoidossa. Potilasta ei aina kohdata yksilöllisesti ja potilaan ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta leimaa toisinaan kiire sekä välinpitämättömyys. Potilaalle jää toisinaan tunne, ettei hän tule kuulluksi tai otetuksi vakavasti. Palvelujärjestelmässä on joustamattomuutta, päällekkäisiä toimintoja, palvelut eivät toteudu matalan kynnyksen periaatteella ja potilaalle tulee toisinaan tunne siitä, että häntä pallorellaan palvelusta toiseen. Kokemusasiantuntijoiden mielestä mielenterveyspalveluita Keski-Suomessa voitaisiin kehittää asiakaslähtöisemmiksi lisäämällä potilaan ja hänen lähipiirinsä osallisuutta potilaan hoidon yksilöllisessä suunnittelussa, keskittämällä potilaan hoidon kokonaisvastuu yhdelle taholle, kehittämällä toimivat tietojärjestelmät joiden avulla potilaan hoitoon liittyvä tieto on helposti saatavilla sekä keskittämällä eri palvelut saman katon alle, jolloin hoitoon hakeutuminen toteutuisi nopeasti ja matalalla kynnyksellä.

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tekijät noudattivat hyviä tieteellisiä käytäntöjä ja huolellisuutta tutkimuksen aikana, tulosten esittämisessä sekä tutkimustulosten arvioinnissa. Tutkimuksen toteuttamisesta tehtiin kirjallinen sopimus toimeksiantajan kanssa, tutkimussuunnitelma hyväksyttiin toimeksiantajalla ja tutkimukselle haettiin tutkimuslupa. Tutkimuksen aihe

esiteltiin kohderyhmälle ennen tutkimuksen aloittamista. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. (Hyvä tieteellinen käytäntö.) Tekstiin on sisällytetty lähes suoria lainauksia tutkittavien vastauksista helpottamaan luotettavuuden arviointia suhteessa tekijöiden päätelmiin (Hirsjärvi & Hurme 2004, 249). Anonymiteetin säilyminen on turvattu. Kaikki tutkimusmateriaali hävitetään kokemusasiantuntijoille lähetetyssä saatekirjeessä (Liite 1) kuvatulla tavalla heti tutkimuksen valmistuttua.

Yleispätevää, yksiselitteistä ohjetta laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnille ei ole. Kuitenkin tutkimuksen luotettavuutta on tärkeää monitahoisesti arvioida, koska tieteellisen tutkimuksen lähtökohtana on tuottaa luotettavaa tietoa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa täytyy ottaa huomioon koko tutkimusprosessi, sen eri vaiheet sekä tutkijoiden suhde tutkittavaan ilmiöön. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 217 – 218.) Tutkimuksen kohderyhmä oli validi vastaamaan mielenterveyspalveluiden sekä palvelujärjestelmän asiakaslähtöisyydestä. Tekijöiden esittämys aiheesta ja suhde tutkittavaan ilmiöön on kattava. Tekijöiden läheistä suhdetta tutkittavaan ilmiöön voidaan pitää sekä luotettavuutta lisäävänä että sitä heikentävänä tekijänä. (Grönfors 2011, 103 - 106; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 231 - 232.) Grönfors (2011, 166) kuvaa, että mitä lähempänä kenttätyön tuloksena syntynyt tutkimusraportti on todellista tilannetta kentällä, sitä validimpaa tieto on. Tekijät tunnistivat kokemusasiantuntijoiden esittämiä näkemyksiä ja kehittämisehdotuksia omasta työstään. Laadulliselle tutkimukselle tyypilliseen tapaan lopputulos, tutkittavien määrä ja esimerkiksi aikataulut muovaantuivat tutkimussuunnitelmasta osin poikkeavaksi, kuten Kylmä ja Juvakka (2007, 41 - 45) toteavat voivan käydä.

Tekijät eivät saaneet tutkimukseen haluamaansa määrää haastateltavia, mikä olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta. Joihinkin kysymyksiin osa tutkittavista vastasi hieman aiheen vierestä. Tällöin esiin nousee tutkijoiden kyky mukautua ja mukauttaa tutkimusta saadun tutkimusmateriaalin mukaan. Tutkimuksen analyysivaiheessa tekijöille selvisi, minkälaisia vastauksia he saivat kysymyksiinsä. Tässä vaiheessa voidaan pohtia, minkälaiset kysymykset olisi täytynyt esittää tai miten tutkimusongelmat olisi pitänyt asettaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 221.) Saatu aineisto ohjasi tutkimusongelman määrittelyä, käsittelyä ja tulosten muodostumista. Tekijät asettivat

tarkoituksella tutkimuskysymykset laajoiksi ja osin avoimiksi, jotta tutkittavilla olisi mahdollisuus tuoda esiin tärkeiksi ja merkityksellisiksi kokemiaan asioita eikä tekijöiden esiyymmärrys ohjaisi vastausten muodostumista. Objektivistista totuutta mietittäessä pohdittavaksi tulee tutkijoiden pyrkimys ymmärtää tiedonantajia itsenään niin, etteivät tekijöiden omat käsitykset vaikuta tulkintoihin. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 135 - 136).

Laadullisen tutkimuksen validiteettia arvioidessa voidaan pohtia ja verrata tuloksia aiheesta jo aiemmin tehtyihin tutkimuksiin (Hiltunen 2009, 6). Tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttäviä, täysin vastaavia tutkimuksia ei juuri ole. Tämän tutkimuksen tuloksia ja johtopäätöksiä arvioidessa ja vertaillaessa on hyvä tarkastella mielenterveyspalveluista tehtyjä tutkimuksia ja kartoituksia laajemmin. Kokemusasiantuntijoita on palveluiden arvioinnissa ja kehittämistoiminnassa hyödynnetty valtakunnallisesti. Sorjosen (2016) mukaan kokemusasiantuntijat kokevat asenteisiin vaikuttamisen tärkeäksi ja voimaannuttavaksi asiaksi. Kapasen ja Leinosen koostaman kokemusarvioinnin mukaan kokemusasiantuntijat arvioivat, että vuorovaikutustaidot, virikkeellinen ja esteettinen ympäristö, nopea hoitoon pääsy ja sujuva rajapintatoiminta ovat keskeisiä tekijöitä hyvässä hoidossa.

Aallon, Vehkon, Sinervon, Sainion, Muurin, Elovainion & Pekurisen (2017) mukaan potilaan kunnioittava kohtelu toteutuu terveydenhuollossa suhteellisen hyvin. Eniten kehittämistä on potilaan mahdollisuuksissa osallistua omaan hoitoonsa. Hoidon saantia haittaa useimmiten palvelujen yhteensovittamiseen liittyvät tekijät. Tämän tutkimuksen tulokset ovat yhteneväisiä Aallon ja muiden (2017) sekä Viinikaisen ja Antinahan (2013) potilaslähtöisyyselvityksen kanssa. Annettavan palvelun toivotaan tulevaisuudessa olevan kokonaisvaltaisempaa ja että jokin taho ottaa kokonaisvastuun potilaan hoidosta. Yhteistyötä toivotaan tehtävän eri tahojen kanssa, jotta tieto kulki paremmin. Läheisten huomioimista tulisi kehittää. Potilaalle ja läheisille tulisi antaa heidän tarvitsemansa tieto läheisensä sairaudesta, sosiaalipalveluista ja tukiverkostosta. Tiedottamisen, ohjaamisen ja neuvonnan toivotaan parantuvan. Jos hoitaja on asiansa tunteva, ystävällinen ja kohtelias, niin potilaalle syntyy luottavainen tunne

siitä, että hän on hyvässä hoidossa. Ihmisiä toivotaan kohdeltavan ihmisinä, yksilöinä ja tasa-arvoisesti heidän sairaudestaan riippumatta.

8.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Asiakaslähtöisyys ei aina toteudu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin mielenterveyspalveluissa. Asiakaslähtöisyyden perustana on potilaan ja ammattilaisen välinen kohtaaminen, vuorovaikutus, potilaana kuulluksi tuleminen sekä potilaan toiveiden huomiointi. Näiden tekijöiden jälkeen merkityksellisiä ovat nopea ja tarpeenmukaisen hoidon järjestäminen sekä potilaan kokonaistilanteen ja perhetyön huomioiminen. Estetiikalla ja rauhallisella hoitoympäristöllä voidaan täydentää asiakaslähtöisyyden onnistumista, kunhan edellä olevat tekijät ovat toteutuneet. Asiakaslähtöisyys toteutuu parhaiten, kun potilaan hoito on yksilöllisesti räätälöity. Kokemusasiantuntijoiden mukaan tärkeysjärjestyksessä ”Potilas ensin”-strategian onnistumiseen vaikuttavat tekijät on kuvattu oheisessa kuviossa (Kuvio 2).



Kuvio 2. Potilas ensin -strategian onnistumiseen vaikuttavat tekijät.

Suoran potilaspalautteen antamisen terveydenhuollon yksikköön on mahdollisesti asiakaslähtöisin ja toimivin palautteen antamismenetelmä (Mäkelä 2015). Tekijät ehdottavat, että palautejärjestelmää kehitettäisiin toimivammaksi siten, että potilaiden ja omaisten antama palaute siirtyisi suoraan sille yksikölle, jota palaute koskee. Yksikössä tulisi olla henkilö, joka käy palautteet systemaattisesti läpi ja tekee palautteiden perusteella ehdotuksia ja suunnitelmia yksikön toiminnan kehittämiseksi, joiden perusteella yksikössä pyrittäisiin myös toteuttamaan ehdotukset palautteen pohjalta. Tekijät ehdottavat myös, että potilaiden ja omaisten antama palaute olisi sairaanhoitopiirin internetsivuilla avoimesti kansalaisten luettavissa. Kokemusasiantuntijat toivat esiin digitalisaation hyödyntämistä mielenterveyskuntoutumisessa. Informaatioteknologian käytöstä mielenterveyskuntoutumisen hyväksi on kannustavia tutkimustuloksia, kuten Anttilan, Pitkäsen, Hätösen, Kuosmasen, Katajiston ja Välimäen (2016, 274 - 285) tutkimus. Digitaalisen opetusmateriaalin käyttöä suhteessa potilaan mielenterveyden häiriön lievittymiseen olisi syytä tutkia.

Eräs tässäkin tutkimuksessa esiin noussut kokemus on, että potilaat kokevat heitä palloteltavan hoitotaholta toiselle. Tutkimusta voisi keskittää hoitotakuunkin näkökulmasta siihen, miksi potilasta pallotellaan ja kuinka nopeasti palvelun piiriin pääsee sekä siihen, kuinka eri erikoisalojen välisiä kuiluja voitaisiin kaventaa; miten prosessi saataisiin aidosti sellaiseksi, että integroidut palvelut tuodaan potilaan luo. Keski-Suomen keskussairaalan psykiatrian osastoilla implementoidaan safewards –mallia, jonka interventioiden avulla pyritään vähentämään konflikteja hoitajien ja potilaiden välillä sekä lisäämään potilaiden viihtyvyyttä osastoilla. Joitakin opinnäytetöitä on tehty hoitajien kokemuksista mallin toimivuudesta, mutta interventioiden vaikuttavuutta olisi tarpeen edelleen tutkia.

Lähteet

Aalto, A-M., Vehko, T., Sinervo, T., Sainio, S., Muuri, A., Elovainio, M. & Pekurinen, M. 2017. Terveystenhuollon asiakaslähtöisyys - palvelujen käyttäjien kokemuksia terveyspalvelujen toiminnasta. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 12. Viitattu 28.1.2018. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134728/URN_ISBN_978-952-302-880-7.pdf?sequence=1.

Ahonen, A., Vuorio, L. & Tähtinen, T. 2015. Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja suomen sote-uudistus. Markkinoiden toimivuuden ja taloudellisten vaikutusten näkökulma. Kilpailu- ja kuluttajavirasto. Selvityksiä 6/2015. Viitattu 20.9.2017. <https://www.kkv.fi/globalassets/kkv-suomi/julkaisut/selvitykset/2015/kkv-selvityksia-6-2015-potilaan-valinnanvapaus-ruotsin-malli-ja-suomen-sote-uudistus.pdf>.

Ala-Nikkola, T. 2017. Mielenterveyspalvelujen rakenne ja siihen vaikuttavat tekijät Etelä-Suomen sairaanhoitopiirien alueella. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 7.12.2017. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/216723/Mielente.pdf?sequence=1>.

Alueuudistus. 2015. Alustavat ehdotukset sote- ja maakunta-uudistuksen lainsäädännöksi 29.6.2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtiovarainministeriö. Hallituksen reformi. Viitattu 26.11.2017. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2972432/3+Sote-+ja+maakuntauudistuksen+lakiluonnosten+yleisesittelydiat+29.6.2016>.

Anttila, M., Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L., Katajisto, J., Välimäki, M. 2016. Informaatioteknologiaan pohjautuvan opetuksen toteutuminen mielenterveystyössä – potilaiden näkökulma. *Hoitotiede* 28 (4), 274 - 285.

Chambers, M., McAndrew, S., Nolan, F., Thomas, B., Watts, P. & Kantaris, X. 2017. Service user involvement in the coproduction of a mental health nursing metric: The Therapeutic Engagement Questionnaire. *Health expectations* 20 (5), 871 - 877. Viitattu 1.11.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5600248/>.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. p. Tampere: Vastapaino.

Eskola, J. 2015. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat: laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Julkaisussa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II - näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Toim. R. Valli & J. Aaltola. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Falk, H., Kurki, M., Rissanen, P., Kankaanpää, S. & Sinkkonen, N. 2013. Tiivistelmä. Julkaisussa Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Toim. H. Falk, M. Kurki, P. Rissanen, S. Kankaanpää & N. Sinkkonen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 39/2013, 4. Viitattu 17.11.2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN_ISBN_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1.

Grönfors, M. 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätymenetelmät. Toim. H. Vilkkä. Hämeenlinna: SoFia Sosiologi-Filosofiapu Vilkkä. Viitattu 5.10.2016. http://vilkka.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf.

Hakari, K. & Pohjola, P. 2017. Soten kustannushyödyt syntyvät toimintaa uudistamalla. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.12.2017. http://alueuudistus.fi/artikkel/-/asset_publisher/1271139/soten-kustannushyodyt-syntyvat-toimintaa-uudistamalla?p_p_auth=64qRbcl1.

Hietala, O. & Rissanen, P. 2015. Kokemusasiantuntija – hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi sekä palveluiden kehittäjäksi. Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Helsinki: Unigrafia. Viitattu 3.10.2016. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2015/03/Kokemusasiantuntija-opas.pdf>.

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Graduryhmä. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 14.11.2017. http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uud. p. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Houchens, N. W. & Kim, C. S. 2014. The Application of Lean in the Healthcare Sector: Theory and Practical Examples. Julkaisussa Lean Thinking for Healthcare. Toim. N. Wickramasinghe, L. Al-Hakim, C. Gonzales & J. Tan. Springer New York, 43 - 53. Viitattu 12.12.2017. https://www.researchgate.net/publication/284731308_The_Application_of_Lean_in_the_Healthcare_Sector_Theory_and_Practical_Examples.

Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu. 22.01.2018. <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

Hyvönen, E. 2017. Keski-Suomen kuntien toivotaan hakeutuvan yhdessä valinnanvapauspilottiin. Keski-Suomi 2020. Viitattu 19.12.2017. <http://www.ks2020.fi/2017/12/07/keski-suomen-kuntien-toivotaan-hakeutuvan-yhdessa-valinnanvapauspilottiin/>.

Härkönen, L-K. 2017. Lean ja prosessit. Sähköpostiviesti 11.1.2018. Vastaanottaja A. Puttonen. Diaesitys Lean-toimintamallista Silmätautien yksikössä 29.9.2017.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 26.08.2017. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf.

Izmir, C. 2013. Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma. World Health Organization Regional office for Europe. Viitattu 6.2.2018. https://www.thl.fi/documents/10531/115966/Euroopan_mielenterveyden_toimintasuunnitelma_LOPULLINEN.pdf.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uud. p. Juva: WSOY.

Jyväskylän mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2016 – 2020. Jyväskylä. Viitattu 23.08.2017. http://www.jyvaskyla.fi/in-stancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/83609_jyvaskylan_mielenterveys-ja_paihdesuunnitelma_2016-2020_valmis1.pdf.

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

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3. Viitattu 1.10.2016. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS_JA_PAIHDESUUNNI1487308985.pdf?sequence=1.

Kapanen, H. & Leinonen, A. Kokemusrarviointi. Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialueen akuuttipsykiatrian osasto APS7. Hoitoon ohjautuminen, hoito ja avohoitoon siirtyminen. Viitattu 11.1.2018. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/08/Kokemusrarviointi-Tays-APS7.pdf>.

Keski-Suomen järjestämssuunnitelma. 2018. Keski-Suomen järjestämssuunnitelma 2020. Keski-Suomi 2020. Viitattu 27.1.2018. http://www.ks2020.fi/wp-content/uploads/2018/01/Jarjestamissuunnitelma_julkaistava_versio_15012018.pdf.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategia. 2015. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategia 2015 – 2020. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 19.7.2016. <http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B4F7692A3-9B41-482B-8253-39D3D5C710CF%7D/54371>.

Kim, K., Choi, J. S., Choi, E., Nieman, C. L., Joo, J. H., Lin, F. R., Gitlin, L. N. & Han, H-R. 2016. Effects of Community-Based Health Worker Interventions to Improve Chronic Disease Management and Care Among Vulnerable Populations: A Systematic Review. *American Journal of Public Health* 106 (4), e3 – e28. Viitattu 8.1.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4785041/>.

Koivisto, K., Janhonen, S. & Väisänen, L. 2004. Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11, 3; 268-275. Viitattu 22.11.2017. <http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1111/j.1365-2850.2003.00705.x/full>.

Koivuranta-Vaara, P. (toim.) 2011. Terveysthuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2016. <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>.

Kostiainen, E., Ahonen, S., Verho, T., Rissanen, P. & Rotko, T. 2014. Kokemukset käytöön – kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpöpaperi 36/2014. Viitattu 13.9.2017. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125488/URN ISBN 978-952-302-373-4.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125488/URN%20ISBN%20978-952-302-373-4.pdf?sequence=1).

Kouri, I. 2009. Lean Taskukirja. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy. Teknologiaateollisuuden julkaisu 6/2009. Viitattu 12.12.2017. https://teknologiainfo.net/sites/teknologiainfo.net/files/documents/pdf/Alkusivut_Lean_taskukirja.pdf.

KSSHP 2014a. 2014. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Psykiatria. Päivitetty 12.6.2017. Viitattu 25.11.2017. <http://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Erikoisalat/Psykiatria>.

KSSHP 2014b. 2014. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Kokemusasiantuntijat. Päivitetty 12.7.2016. Viitattu 9.11.2016. http://www.ksshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Muu_toiminta/Perusterveydenhuollon_yksikko/Kokemusasiantuntijat.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 1.6.2017. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67266/951-44-5605-X.pdf?sequence=1>.

Kuorilehto, R. 2014. Moniasiantuntijuus sosiaali ja terveydenhuollon perhetyössä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 26.08.2017. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203966.pdf>.

Kuosmanen, L. 2009. Personal liberty in psychiatric care – towards service user involvement. Turun yliopiston julkaisuja. Viitattu 17.11.2017. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/43990/AnnalesD841Kuosmanen.pdf?sequence=1>.

Kuosmanen, L., Hätönen, H., Jyrkinen, A R., Katajisto, J. & Välimäki, M. 2006. Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. Journal of Advanced Nursing (JAN). Informing practise and policy worldwide through research and scholarship. 55, 6; 655 - 663. Viitattu 21.11.2017. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03957.x/abstract?systemMessage=Wiley+Online+Library+usage+report+download+page+will+be+unavailable+on+Friday+24th+November+2017+at+21%3A00+EST+%2F+02.00+GMT+%2F+10%3A00+SGT+%28Saturday+25th+Nov+for+SGT+>.

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

Köhler, H., Rautava, P. & Vuorinen, V. 2017. Hoitava viestintä – Lääkärin ja potilaan keskinäisviestinnän vaikuttavuus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 133 (8): 735 - 741.

Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. 2008. Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Julkaisussa Tapaustutkimuksen taito. Toim. M. Laine, J. Bamberg & P. Jokinen. Helsinki: Yliopistopaino, 9 - 40.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Viitattu 27.10.2016. http://www.epshp.fi/files/5610/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveys- ja_paihdeyossa. Fenomenografinen_lahestymistapa.pdf.

Laitinen, P. 2013. Arjen mielen loppuraportti. Viitattu 15.11.2016. <http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B9B3555DF-4E60-4DD8-936D-994F41FA872C%7D/52554>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. 2016. Keskeneräinen luonnos 27.6.2016. Viitattu 3.10.2016. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2969576/02+J%C3%A4rjest%C3%A4mislaki+2016-06-27>.

Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.

Lean Eksotessa. Viitattu 27.12.2017. Eksote: Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. <http://www.eksote.fi/eksote/tutkimus-ja-kehittaminen/lean-eksotessa/Sivut/default.aspx>.

Leemann, L. & Hämäläinen, R-M. 2015. Asiakasosallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.08.2017. https://www.thl.fi/documents/10531/1787240/Tietopaketti_Asiakasosallisuus.pdf/97b24b5c-2b6b-4308-bf4f-0f863bc8e2e6.

Leppikangas, H., Puolakka, P., Korppi, A. & Laine, H-J. 2015. Leikkaussalityön optimointi – hukkaa minimoimalla ja virtausta parantamalla. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 131 (20), 1947 - 1951. Viitattu 12.12.2017. <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2015/20/duo12479>.

Lönnqvist J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. 11 uud. p. Helsinki: Duodecim.

Maaailman terveysjärjestö WHO. 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hyvinvointi- ja terveyserot. Viitattu 6.2.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/yhteistyö/kansainvalinen/who>.

Marttunen, M., Kärkkäinen, J. & Suvisaari, J. 2016. Mielenterveyspalvelut. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.12.2017. <https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Mielenterveyspalvelut.pdf/182ce61a-be12-426b-b6ca-1c65245b186f>.

Mielenterveyslaki 1066/2009. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 11.12.2009. Viitattu 1.11.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 14.12.1990. Viitattu 1.11.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Mielenterveyspalvelut. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Viitattu 01.11.2016. <http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>.

Morgan, S. S. & Yoder, L. 2011. A Concept Analysis of Person-Centered Care. Journal of Holistic Nursing. Viitattu 1.6.2017. http://www.academia.edu/17275950/A_Concept_Analysis_of_Person-Centered_Care.

Mutanen, S. & Putkonen, M. 2017. Päivä elämässä –kävely. Kokemusasiatuntijan havainnoinnit psykiatrian osastoilla. Sähköpostiviesti 25.10.2017. Vastaanottaja A. Puttonen. Yhteenvedo kokemusasiatuntijoiden havainnoinneista psykiatrian osastoilla.

Mäkelä, M. 2015. Hoitoon ja kohteluun kohdistuva tyytymättömyys. Potilaslain mukaiset muistutukset. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 29.01.2018. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526208275.pdf>.

Mäkijärvi, M. 2013. Lean-menetelmä Suomalaisessa terveydenhuollossa - kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Tampereen yliopisto. Viitattu 15.9.2017.

[http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma suomalaisessa terveydenhuollossa.pdf](http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma%20suomalaisessa%20terveydenhuollossa.pdf).

Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S. H. & Kennedy, C. 2015. Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22, 171 - 182. Viitattu 4.10.2016. [http://web.a.ebsco-](http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=968e8651-ff0b-4696-9281-dcc2b6ec8f5c%40sessionmgr4006&hid=4207)

[host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=968e8651-](http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=968e8651-ff0b-4696-9281-dcc2b6ec8f5c%40sessionmgr4006&hid=4207)

[ff0b-4696-9281-dcc2b6ec8f5c%40sessionmgr4006&hid=4207](http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=968e8651-ff0b-4696-9281-dcc2b6ec8f5c%40sessionmgr4006&hid=4207).

Nordback, I., Salo, M., Holmberg-Marttila, D., Päivä, H., Liimatainen, T., Porkkala, T. & Kaila, M. 2010. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. *Suomen Lääkärilehti* 65 (17), 1549 - 1551.

Nordling, E., Järvinen, M. & Lähteenlahti, Y. 2015. Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä. Julkaisussa *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 - 2015 – Miten tästä eteenpäin? Toim. A. Partanen, J. Moring, V. Bergman, J. Karjalainen, M. Kesänen, J. Markkula, M. Marttunen, S. Mustalampi, E. Nordling, T. Partonen, P. Santalahti, P. Solin, T. Tuulos & S. Wuorio. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos. Työpäpaperi 20/2015, 133 - 141. Viitattu 6.2.2018. <http://www.julkari.fi/handle/10024/129592>.*

Nuutinen, M. 2017. Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 133 (13), 1283 - 1290.

Omakanta. 2017. Kansallinen Terveysarkisto (Kanta). Viitattu 27.1.2018. <http://www.kanta.fi/omakanta>.

Peacock, N., Issel, L. M., Townsell, S. J., Chapple-McGruder, T. & Handler, A. 2011. An Innovative Method to Involve Community Health Workers as Partners in Evaluation Research. *American Journal of Public Health* 101 (12), 2275 – 2280. Viitattu 8.1.2018. <http://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2011.300263>.

Pelander, H. 2016. Sairaanhoidopiirissä opiskellaan tehokkuutta pelaamalla. *Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri*. Päivitetty 5.12.2016. Viitattu 27.12.2017.

<http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/tiedotteet/Sivut/Sairaanhoitopiirissa-opiskellaan-tehokkuutta-pelaamalla.aspx>.

Puusa, A. & Juuti, P. (Toim.) 2011. Menetelmäviidakon raivaajat : perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint.

Ranta, T., Manu, S., Laasonen, V., Uusikylä, P. & Leskelä, R-L. 2017. Kohti uusia maakuntia. Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenvedo. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Viitattu 19.12.2017. http://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/74_Kohti+uusiammaakuntia.pdf/7204434c-72fc-4916-8f77-cb2ffb1178bd?version=1.0.

Rissanen, P. 2013. Kokemusasiantuntijat ja palvelujärjestelmä. Julkaisussa Kuntoutu- jasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Toim. H. Falk, M. Kurki, P. Rissanen, S. Kankaanpää & N. Sinkkonen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 39/2013, 17 - 19. Viitattu 17.11.2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN_ISBN_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1.

Rissanen, P. 2015a. Kokemusasiantuntijatoimintaa kehittämässä – kokemusasiantun- tijan näkökulma. Julkaisussa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 - 2015 – Mi- ten tästä eteenpäin? Toim. A. Partanen, J. Moring, V. Bergman, J. Karjalainen, M. Ke- sänen, J. Markkula, M. Marttunen, S. Mustalampi, E. Nordling, T. Partonen, P. Santa- lahti, P. Solin, T. Tuulos & S. Wuorio. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 20/2015, 239 - 244. Viitattu 26.01.2018. <http://www.julkari.fi/handle/10024/129592>.

Rissanen, P. 2015b. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumi- sesta. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015. Viitattu 4.10.2016. https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2016/06/Paivi_Rissanen.pdf.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Helsinki: WSOY pro.

Seikkula, J. & Arnkil, T. E. 2009. Dialoginen verkostotyö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Tammerprint Oy.

Semrau, M., Lempp, H., Keynejad, R., Evans-Lacko, S., Mugisha, J., Raja, S., Lamichhane, J., Alem, A., Thornicroft, G. & Hanlon, C. 2016. Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-income countries: systematic review. *BMC Health Services Research* 16: 79. Viitattu 1.11.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4774091/>.

Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. 2007. Kehittämistyön risteyskysymyksiä. Stakes. Helsinki: Gummerus.

Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus. 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 26.12.2017. Saatavilla Internetissä: www.kaypa-hoito.fi.

Soininen, P., Putkonen, H., Joffe, G., Korkeila, J., Puukka, P., Pitkänen, A. & Välimäki, M. 2013. Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge? *International Journal of Mental Health Systems* 7 (1), 28. Viitattu 21.12.2017. <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-7-28>.

Sorjonen, K. 2016. Mielenterveyden kokemusasiantuntijat. Fenomenologinen tutkimus toisen asteen kokemuksista. Pro gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 1.6.2017 <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/51489/URN:NBN:fi:jyu-201609304243.pdf?sequence=1>.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste 2012- 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.7.2016. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-kansallinen-kehittamissuunnitelma-kaste>.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 30.12.2014. Viitattu 1.11.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>.

Sote-palveluiden integraatio. 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 1.11.2017. Viitattu 26.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio>.

Sote-uudistuksen tavoitteet. Maakunta- ja sote-uudistus. Hallituksen reformi. Viitattu 28.1.2018. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>.

- South, J., Meah, A., Bagnall, A-M. & Jones, R. 2013. Dimensions of lay health worker programmes: results of a scoping study and production of a descriptive framework. *Global Health Promotion* 20 (1), 6 – 14. Viitattu 8.1.2018. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975912464248>.
- Suneja, A. & Suneja, C. 2017. *Lean ja terveydenhuolto*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Taegen, J. 2015. Uusi sairaala – tilasuunnittelu. Diaesitys henkilöstöinfossa 15.12.2015. Viitattu 18.5.2017. Materiaali Keski-Suomen sairaanhoitopiirin intranetissä Santrassa.
- Teirikko, K. 2015. Sairaalapäivystys otti mallia autoteollisuudesta: Hukkatyö pois ja potilas nopeammin hoitoon. *Yle kotimaa* 22.9.2015. Viitattu 15.9.2017. <https://yle.fi/uutiset/3-8311750>.
- Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 19. Viitattu 15.9.2016. http://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adbcba5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 30.12.2010. Viitattu 1.11.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005 – 2018. Sotkanetin tilastotiedot: Mielenterveys. Viitattu 6.2.2018. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?g=199>.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 7. uud. p. Vantaa: Hansaprint.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 9.uud.p. Vantaa: Hansaprint.
- Tuurnas, S. 2016. *The Professional Side of Co-Production*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto: Suomen yliopistopaino Oy. Viitattu 8.1.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98945/978-952-03-0110-1.pdf?sequence=1>.

Viinikainen, S. & Antinaho, T. 2013. Potilaslähtöisyys -selvitys - Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 4.2. - 24.2.2013. Sähköpostiviesti 15.5.2017. Vastaanottaja R. Ekmark. Potilaslähtöisyys –selvityksen loppuraportti.

Virtanen, P., Suonheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekesin katsaus 281/2011. Viitattu 12.12.2017. <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

What is Lean?. 2017. Lean Enterprise Institute. Viitattu 12.09.2017. <https://www.lean.org/WhatsLean/>.

White, J., Woodward, J. & South, J. 2013. Addressing inequalities in health – what is the contribution of health trainers? *Perspectives in Public Health* 133 (4), 213-220. Viitattu 8.1.2018. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757913913490853>.

Ådnes, M. & Steihaug, S. 2016. "You Never Know What Happens Next" – Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year. *International Journal of Integrated Care*: 16 (3): 5. Viitattu 1.11.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5350637/>.

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Arvoisa kokemusasiantuntija, pyydämme sinua osallistumaan tutkimukseemme. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyyttä. Olemme kiinnostuneet juuri Sinun kokemuksistasi! Tutkimuksessa haemme kokemusasiantuntijoiden kokemuksia ja näkemyksiä muun muassa mielenterveyspalveluiden saatavuudesta. Onko mielenterveyspalveluiden pariin helppo hakeutua, ovatko palvelut olleet toimivia, ovatko ne auttaneet Sinua tai oletko saanut tarvitsemaasi apua?

Tutkimuksen tilaaja on Keski-Suomen keskussairaalan psykiatrian toimialue. Tutkijat opiskelevat työn ohessa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kokemuksellista tietoa, jota voidaan hyödyntää asiakaslähtöisempien mielenterveyspalveluiden kehittämisessä. Tutkimus toteutetaan kyselytutkimuksena, jota myöhemmin täydennetään noin kuuden kokemusasiantuntijan haastattelun avulla. Haastatteluista informoimme myöhemmin. Yhteyshenkilönämme toimii Nina Peränen, hänen kautta kyselyt lähetetään sähköpostiinne ja ne palautuvat anonymieina tutkijoille. Nina Peränen toimii myös tulevien haastattelujen yhteyshenkilönä.

Kyselyyn vastaaminen tapahtuu niin, että saat sähköpostiisi linkin, jonka aukaisemalla (paina linkkiä hiiren oikealla näppäimellä) kysely aukeaa. Kysymyksiä on kaikkiaan neljällä eri sivulla. Vastaaminen vie arviolta 20 minuuttia. Sivun lopussa on aina kohta "Seuraava sivu", josta pääset eteenpäin. Mikäli haluat palata edelliselle sivulle, on se mahdollista. Kyselyn voit myös keskeyttää jo sen aloitettua. Kyselyssä on ohjeet vastaamiseen, ja vastaukset lähtevät tutkijoille siinä vaiheessa, kun painat viimeisellä sivulla olevaa "Lähetä" painiketta. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoinen.

toista. Mikäli et halua osallistua tutkimukseen, jätä vastaamatta kyselyyn. Mikäli vastaat kyselyyn, on se samalla suostumukseksi osallistumisestasi tutkimukseen kyselyn osalta.

Vastaajien tunnistetietoja ei kerätä eikä säilytetä. Tutkijat ovat sitoutuneet vaitiolovelvollisiksi kaikissa tutkimukseen liittyvissä asioissa. Mikäli tutkimusaineistoa tulos-tetaan tutkijoiden käyttöön, se säilytetään tilassa, johon vain tutkijoilla on pääsy. Aineistoa ei säilytetä tai siirretä muuten kuin tietoturvallisesti. Tutkimusaineisto hävitetään välittömästi tutkimuksen valmistuttua toimittamalla se Keski-Suomen keskussairaalan salassa pidettävien materiaalien hävitykseen kahden todistajan läsnä ollessa erillisessä siihen tarkoitettussa suljetussa pakkauksessa.

Mikäli teillä on kysyttävää tutkimuksesta, voitte olla yhteydessä tutkijoihin joko puhelimitse tai sähköpostitse. Sitä tietoa, mitä kokemusasiantuntijoilla on, ei voida mistään muualta saada. Toivomme, että vastaat kysymyksiin. Kiitämme jo etukäteen osallistumisestasi tärkeään hoitotyön kehittämistyöhön!

Rej ja Anne

Rej Ekmark

Sairaanhoitaja, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

rej.ekmark@ksshp.fi

Anne Puttonen

Sairaanhoitaja, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Terveysten edistämisen koulutusohjelma

anne.puttonen@ksshp.fi

puhelin: XXX-XXXXXXX

Opinnäytetyön ohjaajat

Kari Jaatinen

Lehtori, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

kari.jaatinen@jamk.fi

Katja Raitio

Lehtori, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

katja.raitio@jamk.fi

Nina Peränen

Hyvinvointikoordinaattori, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

nina.peranen@ksshp.fi

Liite 2. Kyselylomake

Mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyys Keski-Suomessa. Kokemusasiantuntijoiden näkökulmia ja kokemuksia.

Kysymykset ovat aluksi perustietoja koskevia valintakysymyksiä. Tämän jälkeen seuraa kysymyksiä hoitoon hakeutumistilanteeseen, avohoitopalveluihin ja sairaalahoittoon liittyen. Kysymykset näistä ovat sekä avoimia kysymyksiä että tyytyväisyyttä kuvaava valintakysymys. Kirjoita avoimiin kysymyksiin vapaata tekstiä kysymysten ohjaamana. Kokemuksesi ja näkemyksesi ovat arvokkaita mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi.

1. Sukupuoli:

Mies

Nainen

2. Ikä:

alle 20 v

20–29 v

30–39 v

40–49 v

50–59 v

60 v tai yli

3. Kotikunta:

4. Olen käyttänyt mielenterveydellisiä avohoitopalveluita viimeisen viiden vuoden aikana:

Kyllä

En

Olen käyttänyt, mutta siitä on yli 5 vuotta

5. Olen ollut viimeisen viiden vuoden aikana sairaalahoidossa mielenterveysongelmien vuoksi:

Kyllä

En

Olen ollut, mutta siitä on aikaa yli 5 vuotta

6. Olen ollut tahdosta riippumattomassa hoidossa:

Kyllä

En

7. Jos olen ollut tahdosta riippumattomassa hoidossa, kuinka tyytyväinen siihen olen ollut:

Erittäin tyytyväinen

Tyytyväinen

En osaa sanoa

Tyytymätön

Erittäin tyytymätön

8. Kuinka tyytyväinen olen perhetyön toteutumiseen yleensä hoitoni aikana, huomiointiinko läheiseni toiveideni mukaisesti:

Erittäin tyytyväinen

Tyytyväinen

En osaa sanoa

Tyytymätön

Erittäin tyytymätön

9. Kirjoita halutessasi seuraavaan kohtaan kokemuksistasi perhetyön onnistumisesta:

Seuraava

Seuraavaksi kysytään kokemuksiasi tilanteista, jolloin hakeuduit mielenterveyspalveluiden piiriin. Nämä ovat voineet tapahtua maakuntien terveysasemilla, työterveyshuollossa, yksityislääkärillä tai keskussairaalan päivystyksessä. Kuvaa esimerkiksi, millaisena koit tilanteen kun hakeuduit käyttämään mielenterveyspalveluita tai olisit mielestäsi tarvinnut mielenterveyspalveluita. Voit kuvailla, oliko hoitoon hakeutuminen helppoa, millaisina koit odotusajat vastaanotoille, olivatko odotustilat esteettiset, otettiin sinun toiveesi huomioon ja saiko tarvitsemaasi apua. Voit myös kirjoittaa saiko riittävästi tietoa hoitosuunnitelmastasi ja mielenterveyspalveluista yleensä. Kirjoita myös muista mieleesi tulevista asioista vapaasti.

10. Missä asioissa palveluiden järjestäjä onnistui hyvin, kun hakeuduit hoitoon:

11. Missä asioissa palveluiden järjestäjä olisi voinut onnistua paremmin, kun hakeuduit hoitoon:

12. Kuinka tyytyväinen yleisesti olet siihen, miten hoitoon hakeutumisesi järjestyi:

Erittäin tyytyväinen

Tyytyväinen

En osaa sanoa

Tyytymätön

Erittäin tyytymätön

Edellinen Seuraava

Seuraavat kolme kysymystä koskevat kokemuksiasi mielenterveydellisistä avohoitopalveluista ja niiden pariin siirtymisestä. Kirjoita esimerkiksi kokemuksistasi sairaalahoidon tai hoidonarvion jälkeen siirtymisestä avohoitopalveluiden pariin. Oliko toiminta joustavaa, saitko tarvitsemaasi apua, otettiin sinut ja toiveesi huomioon. Kirjoita myös muista mieleesi tulevista asioista ja kokemuksista liittyen mielenterveyspalveluiden avohoitoon.

13. Missä asioissa avohoitopalveluissa tai niihin siirtyessä palveluiden järjestäjä onnistui hyvin:

14. Missä asioissa avohoitopalveluissa tai niihin siirtyessä palveluiden järjestäjä olisi voinut onnistua paremmin:

15. Kuinka tyytyväinen yleisesti olet mielenterveydellisiin avohoitopalveluihin:

Erittäin tyytyväinen

Tyytyväinen

En osaa sanoa

Tyytymätön

Erittäin tyytymätön

Edellinen Seuraava

Viimeiset kysymykset koskevat mielenterveyspalveluiden sairaalahoitoa. Kuvaa ja kirjoita vapaasti kokemuksistasi, esimerkiksi saitko tarvitsemaasi apua, saitko riittävästi informaatiota hoitosi aikana, oliko ohjaus avohoitopalveluihin joustavaa. Voit myös kirjoittaa kokemuksista psykiatrisen sairaalahoidon arviosta, vaikka et olisikaan päätenyt hoidon piiriin. Kirjoita vapaasti mieleesi tulevista kokemuksista ja ajatuksista.

16. Missä asioissa Keski-Suomen keskussairaala mielenterveydellistä hoitoa tai sairaalahoidon arviota tarjotessaan onnistui hyvin:

17. Missä asioissa Keski-Suomen keskussairaala mielenterveydellistä hoitoa tai sairaalahoidon arviota tarjotessaan olisi voinut onnistua paremmin:

18. Mitä unohdimme kysyä, mitä haluat vielä kertoa?

Kiitos vastauksistasi! Mielenpitesee ja kokemuksesi ovat meille tärkeitä mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi.

Lähetä

Liite 3. Suostumus haastatteluun osallistumisesta

Mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyys Keski-Suomessa

Kokemusasiantuntijoiden näkökulmia ja kokemuksia

- Suostumus haastatteluun osallistumisesta (päivämäärä)

Pyydämme suostumustanne haastatteluun osallistumisesta. Tämä haastattelu on toinen osa tutkimusta, jonka tavoitteena on kokemusasiantuntijoiden avulla selvittää, kuinka asiakaslähtöisiä mielenterveyspalvelut Keski-Suomen alueella ovat. Tarkoituksena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää asiakaslähtöisempien mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi.

Tutkimuksen aineisto muodostuu aiemmin toteutetun avoimen kyselyn sekä tämän haastattelun avulla. Tutkimusmenetelmien yhdistämisellä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman kattava kuvaus. Haastateltavan henkilöllisyys ei käy ilmi tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimusaineisto tullaan hävittämään asianmukaisella tavalla opinnäytetyön valmistuttua.

Mikäli teillä on kysyttävää tutkimuksesta tai haluatte keskeyttää tutkimuksen, voitte olla yhteydessä tutkijoihin joko puhelimitse tai sähköpostitse. Tutkimukseen osallistumisen keskeyttäminen on mahdollista tutkimuksen aikana teidän niin halutesanne.

Reija Anne

Rej Ekmark

Sairaanhoitaja, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

rej.ekmark@ksshp.fi

Anne Puttonen

Sairaanhoitaja, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Terveystieteiden koulutusohjelma

anne.puttonen@ksshp.fi

puhelin: XXX-XXXXXXX

Liite 4. Haastattelurunko

Teema 1, Potilaan osallisuus ja osallistaminen hoitoon. *(esimerkiksi potilaan mahdollisuudet osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, potilaan oikeudet vaikuttaa itseään koskeviin asioihin) kysymykset:*

- Mitä sinulle tulee mieleen lauseesta potilaan osallisuus hoitoon
- entä osallistamisesta hoitoon
- miten kehittäisit potilaan osallistumista hoitoon
- entä osallistamista
- keskustelusta heränneet lisäkysymykset

Teema 2, verkostotyön merkitys. *(esimerkiksi perheen ja lähipiirin huomioiminen ja kuunteleminen, avohoidon ja kolmannen sektorin huomioiminen potilaan lähtökohdista) kysymykset:*

- Mitä sinulle tulee mieleen asiakaslähtöisestä verkostotyöstä
- mikä verkostotyössä toimii tällä hetkellä parhaiten
- miten kehittäisit verkostotyötä
- keskustelusta heränneet lisäkysymykset

Teema 3, potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus. *(esimerkiksi miten henkilökunta kohtaa potilaan, millaista vuorovaikutus potilaan kanssa on, tiedon ja ohjauksen antaminen) kysymykset:*

- Mitä sinulle tulee mieleen potilaan asiakaslähtöisestä kohtaamisesta (tarvittaessa voit kuvailla erilaisia tilanteita esim. pakkohoito/avohoito)
- entä potilaan ja hoitajan/lääkärin asiakaslähtöisestä vuorovaikutuksesta
- miten kehittäisit näitä
- keskustelusta heränneet lisäkysymykset

Teema 4 hoitojärjestelmä. (esimerkiksi nykyinen tapa, miten mielenterveyspalvelut ja niihin ohjaaminen on järjestetty, mielenterveyspalvelujen ja niihin ohjaamisen toimivuus ja joustavuus sekä tilojen viihtyisyys) kysymykset

- Mitä sinulle tulee mieleen sanasta psykiatrinen hoitojärjestelmä
- mikä nykyisessä hoitojärjestelmässä on parasta
- miten kehittäisit hoitojärjestelmää
- keskustelusta heränneet lisäkysymykset

Lisäkysymykset

- jos sinulla olisi valta, mitä kehittäisit ksshp:n psykiatriassa ensimmäiseksi, jotta toiminta olisi asiakaslähtöisempää.
- entä toiseksi
- voiko osastohoitoon ottamatta jättäminen ja avohoidon tarjoaminen sen sijaan joskus olla asiakaslähtöistä, vaikka potilas osastolle haluaisikin
- mitä ajatuksia sinussa herää digipalveluista, voisiko niiden avulla kehittää mielenterveyspalveluja asiakaslähtöisemmäksi
- miten matalan kynnyksen palveluja voitaisiin kehittää
- onko matalan kynnyksen palvelut asiakaslähtöisyyden kannalta tärkeitä
- miten stigmaa, leimaantumista voitaisiin vähentää
- mitä sinulle tulee mieleen sanasta asiakaslähtöisyys, entä asiakaskeskeisyys

Liite 5. Sisällönanalyysin muodostaminen

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Potilaan mielipiteiden, näkemysten ja toiveiden huomiointi	Potilaiden osallisuus ja osallistaminen	Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä Keski-Suomen mielen-terveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä
Tiedon antaminen hoitoon liittyen		
Osallistumaan kannustaminen ja motivointi		
Selkeä ja tavoitteellinen hoitosuunnitelma		
Joustavuus		
Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen		
Ohjaus		

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Eri ammattilaisverkostojen ja lähipiirin mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun	Verkostot ja verkostotyö	Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä Keski-Suomen mielen-terveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä
Sujuva tiedonkulku eri verkostojen välillä		
Perheen ja lähipiirin huomiointi		
Perhe- ja paritapaamiset, hoitoneuvottelut, kotikäynnit, lasten huomiointi		
Tiedon antaminen ja ohjaus		
Somaattisten sairauksien huomiointi ja hoitoonohjaus		

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Turvallisuuden tunne, luottamuksen syntyminen, ajan antaminen, puhumisen mahdollistaminen, tasa-arvoinen kohtelu, vastavuoroinen keskustelu, avoimuus, kuulluksi tulemisen tunne, vakavasti otetuksi tulemisen tunne, tuki itseilmaisuun, ”kemat menevät yksin”</p>	<p>Kohtaaminen ja vuorovaikutus</p>	<p>Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä Keski-Suomen mielen-terveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä</p>
<p>Ammattilainen on ystävällinen, kannustava, auttavainen ja ymmärtäväinen, hänellä on tilanteen hallinta</p>		
<p>Sanallinen ja sanaton viestintä</p>		
<p>Tavoitteellinen keskustelu sekä tiedon, ohjauksen ja tuen antaminen</p>		
<p>Omahoitaja on potilaan asioiden ajaja, viestinviejä</p>		

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Mielenterveyspalveluihin vaikea päästä, lääkärin tapaaminen vaikeaa avohoidossa</p>	<p>Palvelujärjestelmä</p>	<p>Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä Keski-Suomen mielenterveyspalveluiden asiakaslähtöisyydestä</p>
<p>Sairaalahoidossa vastaanotolle pääsyä joutuu odottamaan liian pitkään, samat asiat joutuu kertomaan toistuvasti eri ammattilaisille, tiedonanto riittämätöntä, potilasta ei aina osata huomioida tarpeenmukaisesti</p>		
<p>Avohoidon hoitokontakti järjestyy nopeasti, käyntien määrää lisätään joustavasti, kotiin annettavat palvelut lisäävät turvallisuutta</p>		
<p>Ympäristön, aktiviteettien ja ryhmien merkitys toipumisessa</p>		
<p>Hoitovastuuta siirrellään erikoisalalta toiselle, palvelut päällekkäisiä</p>		