

POTILASTYYTYVÄISYYS LAPIN SAIRAANHOITOPIIRIN
MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITOPALVELUJEN IN-
TENSIIVIPOLIKLINIKALLA

Kantola Saana
Lämsä Piia

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Terveystieteiden ja hoitotyön koulutusohjelma
Terveystietä (AMK) ja sairaanhoitaja (AMK)

2018

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Terveystieteiden ja hoitotyön
koulutusohjelma
Terveystietä ja sairaanhoitaja

Tekijät	Saana Kantola Piia Lämsä	Vuosi	2018
Ohjaaja	Sirpa Kaukiainen		
Toimeksiantaja	Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdehoitopalvelujen intensiivipoliklinikka		
Työn nimi	Potilastyytyväisyys Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdehoitopalvelujen intensiivipoliklinikalla		
Sivu- ja liitesivumäärä	48 + 11		

Opinnäytetyön tarkoituksena oli potilastyytyväisyyskyselyn avulla selvittää, miten tyytyväisiä potilaat ovat tällä hetkellä Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdehoitopalvelujen intensiivipoliklinikalta saamaansa hoitoon ja eri hoitomuotoihin, mitkä asiat he ovat kokeneet toimiviksi ja mitä kehitysideoita heidän näkökulmastaan nousee esille. Tavoitteena oli kerätä tietoa potilastyytyväisyydestä, jonka avulla Lapin sairaanhoitopiirin intensiivipoliklinikalla on mahdollisuus kehittää toimintaansa potilaslähtöisesti.

Intensiivipoliklinikka tarjoaa avohoidollisia tutkimus- ja hoitajaksoja akuuttia psykiatriasta erikoissairaanhoitoa tarvitseville. Toimeksiantaja koki hyödylliseksi selvittää intensiivipoliklinikan potilastyytyväisyyttä, sillä yksikkö on hiljattain perustettu Rovaniemelle. Kyseisessä yksikössä ei ole tehty aikaisempia potilastyytyväisyystutkimuksia. Mielenterveys- ja päihdetyössä suuntaviivana on laitoshoidon vähentäminen ja monipuolisten avohoitopalveluiden lisääminen, jonka vuoksi aihe on ajankohtainen. Lisäksi potilastyytyväisyyttä mielenterveys- ja päihdetyössä on tutkittu melko vähän verrattuna somaattisiin erikoisaloihin. Opinnäytetyön tietoperusta muodostuu mielenterveyden, mielenterveystyön ja -palvelujärjestelmän sekä potilastyytyväisyyden ja -lähtöisyyden käsitteistä.

Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena, jonka kohderyhmänä oli intensiivipoliklinikan potilaat. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella tammi-maaliskuussa 2018 ja tulokset analysoitiin SPSS-tilastointiohjelmalla. Tutkimusaineisto koostuu 16 vastauksesta. Vastausprosentiksi muodostui 32 %, jolloin katoa tuli 68 %. Tuloksista kävi ilmi, että potilaat olivat eniten tyytyväisiä hoitohenkilökuntaan, hoitoympäristön ilmapiiriin ja toimivaan hoitosuhteeseen. Potilaat kokivat saaneensa apua sitä tarvitessaan. Johtopäätöksenä tutkimuksen tuloksista voidaan todeta, että suurin osa intensiivipoliklinikan potilaista oli tyytyväisiä sen hetkiseen yksikön toimintaan ja saamaansa hoitoon. Kehittämiskohteista nousi esille vertaistuen saannin, ryhmätoiminnan ja tilojen viihtyisyyden lisääminen.

Avainsanat Mielenterveystyö, psykiatrinen avohoito, potilastyytyväisyys, potilaslähtöisyys

School of Social Services, Health
and Sports
Degree Programme in Nursing and
Health Care
Bachelor of Health Care

Authors	Saana Kantola Piia Lämsä	Year	2018
Supervisor Commissioned by	Sirpa Kaukiainen Intensive Outpatient Clinic of Mental Health and Sub- stance Abuse Treatment of Lapland Hospital District		
Subject of thesis	Patient Satisfaction in The Intensive Outpatient Clinic of Mental Health and Substance Abuse Treat- ment of Lapland Hospital District		
Number of pages	48 + 11		

The purpose of this thesis was to find out with a patient satisfaction survey how satisfied patients were at present in the Intensive Outpatient Clinic for mental health and substance abuse services at the Lapland Hospital District and in the various forms of treatment, that they have experienced and what development ideas emerge from their point of view. The aim was to collect information on patient satisfaction, which will enable the Intensive Outpatient Clinic of the Lapland Hospital District to develop in a patient-oriented manner.

The Intensive Outpatient Clinic offers outpatient research and treatment sessions for those in need of acute psychiatric specialist care. The commissioner found it useful to investigate the patient satisfaction of the Intensive Outpatient Clinic since the unit was recently established in Rovaniemi. Earlier patient satisfaction studies have not been performed in this unit. The guideline in mental health and substance abuse work is the reduction of institutional care and the provision of versatile outpatient services, which makes the topic timely. In addition, patient satisfaction in mental health and substance abuse has been studied quite a bit compared to somatic specialty areas. Knowledge base of the thesis consists of mental health, mental health care, mental health service system, as well as patient satisfaction and patient-oriented concepts.

The study was conducted as a quantitative study targeting patients in the Intensive Outpatient Clinic. The material was collected by a questionnaire in January-March 2018 and the results were analyzed using the SPSS statistical program. The research material contains 16 responses. The response rate was 32 % when the erasure rate was 68 %. The results showed that the patients were most satisfied with the nursing staff, the environment and the working care relationship. Patients felt that they received help when they needed it. As a conclusion, the results of the study showed that most of the patients in the Intensive Outpatient Clinic were at present satisfied with the operation and their treatment. Improvement of the access to peer support, group activities and facilities was raised in the development suggestions.

School of Social Services, Health
and Sports
Degree Programme in Nursing and
Health Care
Bachelor of Health Care

Key words

Mental health care, psychiatric outpatient care, patient
satisfaction, patient-oriented

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	8
3	MIELENTERVEYSHOITOTYÖ	9
3.1	Mielenterveyden edistäminen	9
3.2	Mielenterveyspalvelujärjestelmä	12
3.3	Psykiatrinen avohoito	13
3.4	Intensiivinen psykiatrinen avohoito	15
3.4.1	Hoitomuodot	16
3.4.2	Lapin sairaanhoitopiirin intensiivipoliklinikka	18
3.5	Potilaskeskeisyydestä potilaslähtöisyyteen.....	19
3.6	Potilastyytyväisyys mielenterveystyössä.....	21
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	25
4.1	Määrällinen tutkimusmenetelmä	25
4.2	Kohderyhmä ja aineiston keruu	26
4.3	Tutkimusaineiston analysointi	27
5	TUTKIMUSTULOKSET	28
5.1	Taustatiedot	28
5.2	Hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti.....	28
5.3	Tyytyväisyys hoitoympäristöön ja henkilökuntaan	30
5.4	Tyytyväisyys hoitoon ja hoitomuotoihin.....	32
6	POHDINTA	39
6.1	Tulosten pohdintaa	39
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	40
6.3	Ammatillinen kasvu	43
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	44
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET	49

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdehoitopalvelujen intensiivipoliklinikan potilastyytyväisyys. Lapin sairaanhoitopiirin intensiivipoliklinikka tarjoaa erikoissairaanhoidollista psykiatrista avohoitopalvelua. Aihe tulee toimeksiantajan, Lapin sairaanhoitopiirin intensiivipoliklinikan (Liite 1), tarpeesta. Intensiivipoliklinikka on aloittanut toimintansa tammikuussa 2017 ja yksikössä koettiin hyödylliseksi selvittää potilaiden tyytyväisyyttä hoitotyöhön ja toimintaan liittyen. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa toiminnan kehittämisessä. Kohderyhmään kuuluu erityyppisiin psyykkisiin sairauksiin sairastuneita henkilöitä. Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena paperisen potilastyytyväisyyslomakkeen avulla. Kyseisen yksikön potilastyytyväisyydestä ei ole tehty aikaisempia tutkimuksia.

Potilastyytyväisyyden yleinen määritelmä on potilaan tunne ja käsitys, joka perustuu odotusten ja toteutuneen toiminnan yhdenmukaisuuteen. Se on yleisesti käytetty indikaattori terveydenhuollon laadun mittaamiseksi. Potilastyytyväisyydellä on hoitoon sitoutumista, motivaatiota ja kliinisiä tuloksia edistävä vaikutus. (Prakash 2010; Al-Abri & Al-Balushi 2014.) Mielenterveystyössä potilastyytyväisyyttä on kuitenkin tutkittu melko vähän verrattuna somaattisiin erikoisaloihin (Kinnunen 2013, 20).

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä mielenterveys- ja päihdetyössä suuntaviivana on laitoshoidon vähentäminen ja monipuolisten avohoitopalveluiden lisääntyminen. Mielenterveyspalveluiden avohoitokäynnit ovat myös Rovaniemellä kasvusuuntaisia. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 3; SOTKANet 2017.) Hoidon painopisteen siirtyessä avohoitoon, tyytyväisyydellä mielenterveyspalveluihin on kasvava merkitys, sillä potilaan selviytyminen avohoidon turvin edellyttää hoitoon ja palveluihin sitoutumista. (Kinnunen 2013, 9.) Erilaiset avohoidon yksiköt voivat olla myöskin meidän tulevaisuuden työympäristöjämme. Tutkimustulokset tuovat meille potilaslähtöistä tietoa hoitotyytyväisyydestä, joista esille nousseita asioita voimme hyödyntää ja huomioida kaikkialla hoitotyössä.

Opinnäytetyön teemaan liittyy tärkeänä osana potilasturvallisuus, joka käsitteenä tarkoittaa, että potilas saa oikean ja tarvitsemansa hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017a). Intensiivipoliklinikan toiminta mahdollistaa potilaalle hoitomuodon sairaalahoidon ja muiden avohoitopalvelujen välimaastosta. Näemme potilasturvallisuuden osana turvallisuusosaamista, joka on myös yksi Lapin ammattikorkeakoulun strategioista (Lapin AMK).

2 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli potilastyytyväisyyskyselyn avulla selvittää, miten tyytyväisiä potilaat ovat tällä hetkellä Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdehoitopalvelujen intensiivipoliklinikalta saamaansa hoitoon ja eri hoitomuotoihin, mitkä asiat he ovat kokeneet toimiviksi ja mitä kehitysideoita heidän näkökulmastaan nousee esille.

Tavoitteena oli kerätä tietoa potilastyytyväisyydestä, jonka avulla Lapin sairaanhoitopiirin intensiivipoliklinikalla on mahdollisuus kehittää toimintaansa potilaslähtöisesti. Henkilökohtaisena tavoitteenamme oli kehittää ammatillista osaamistamme mielenterveystyössä, lisätä tietoutta intensiivipoliklinikalla toteutettavista hoitotyön menetelmistä, ymmärtää mielenterveystyön palvelujärjestelmää sekä saada potilaiden näkökulmia, siitä mikä lisää heidän tyytyväisyyttä hoitoonsa. Näin ollen tutkimuksen tulokset ovat arvokasta tietoa tulevaan ammattiimme.

Haimme vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

Miten potilaiden osallisuus omaan hoitoonsa ja riittävä tiedonsaanti toteutuu Lapin sairaanhoitopiirin intensiivipoliklinikalla?

Miten tyytyväisiä potilaat ovat tällä hetkellä intensiivipoliklinikan hoitoympäristöön ja henkilökuntaan?

Miten tyytyväisiä potilaat ovat tällä hetkellä intensiivipoliklinikalta saamaansa hoitoon ja hoitomuotoihin?

3 MIELENTERVEYSHOITOTYÖ

3.1 Mielen terveyden edistäminen

Mieli ja mielenterveys on kiinnostanut ihmisiä kautta aikain, ja mielenterveyttä onkin määritelty monin eri tavoin. Käsitteenä mielenterveyttä on historiassa tarkasteltu lähinnä mielen sairauden kautta. Normaalista poikkeavasti käyttäytynyttä ihmistä pidettiin häiriintyneenä tai sairaana. Lääkäri ja tutkija Sigmund Freud (1856–1939) aikanaan määritteli mielenterveyden kyvyksi rakastaa ja tehdä työtä. (Hietaharju & Nuutila 2010, 12.) Nykyisin Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen voi nähdä omat kykynsä ja selviytyä elämään kuuluvista haasteista sekä ottaa osaa yhteisönsä toimintaan (WHO 2014).

Mielenterveys on osa kokonaisvaltaista terveyttä, johon kuuluu psyykkisen hyvinvoinnin lisäksi myös fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi. (WHO 2014.) Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään mielenterveyteen. Mielenterveys antaa ikään kuin perustan, joka tukee arjessa ja kantaa vastoinkäymisissä läpi elämänkaaren. Mielenterveyttä määrittävät yksilölliset tekijät ja kokemukset, kulttuuriset arvot, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus sekä yhteiskunnalliset resurssit ja rakenteet. Esimerkiksi yksilölliset tekijät vaikuttavat siihen, miten ihminen oman mielenterveytensä määrittelee. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 18–19.)

Mielenterveys voidaan ajatella tilaksi, jossa ihmisen mielenterveyttä suojaavat sekä altistavat ja laukaisevat tekijät tasapainottelevat. Suojatekijät toimivat voimavarana ja vahvistavana puskurina elämässä. Ihminen voi sairastua psyykkisesti mielenterveyden tasapainotilan järkkyyssä. Psyykkisellä sairastumisella tarkoitetaan mielenterveyshäiriöitä, joista tavallisimpia ovat masennus, ahdistuneisuushäiriöt sekä vakavat psyykkiset häiriöt kuten psykoosit. Päihderiippuvuus ja ongelmapelaaminen ovat myös mielenterveyshäiriöitä. (Hämäläinen ym. 2017, 18, 25.) Huomion arvoista kuitenkin on, että mielenterveyden häiriöt ja mielenterveys eivät ole toisiaan pois sulkevia, vaan jopa vaikeaa mielenterveyshäiriötä sairastava henkilö voi kokea psyykkistä hyvinvointia. Toisaalta elämän voi kokea

merkityksettömäksi henkilö, jolla ei ole mielenterveyshäiriötä. (Wahlbeck, Hannukkala, Parkkonen, Valkonen & Solantaus 2017.)

Yksi tapa tarkastella mielenterveyshäiriöiden syntyä on haavoittuvuus-stressimalli, jota voidaan hyödyntää myöskin potilastyössä. Mallissa yhdistyy eri tieteenalojen näkemys sairastumiselle altistavista ja siltä suojaavista tekijöistä. (Hämäläinen ym. 2017, 26–27.) Haavoittavien eli altistavien tekijöiden, riittämättömien suojatekijöiden ja stressin yhteisvaikutus voi johtaa psyykkiseen sairastumiseen. Malli helpottaa sairastunutta ja hänen läheisiään ymmärtämään sairastumista, ehkäisemään uudelleen sairastumista sekä tunnistamaan vahvistavia suojatekijöitä, mutta myöskin altistavia tekijöitä. (Tietoa psykoosista: Haavoittuvuus-stressi-malli 2014.)

Mielenterveyshäiriöistä esimerkiksi skitsofreniaan sairastumista voidaan ymmärtää helpommin haavoittuvuus-stressi-mallin avulla. Skitsofrenian Käypä hoito –suosituksessa mainitaan, että haavoittuvuus sairastua skitsofreniaan voi olla perinnöllistä, varhaiskehityksen aikana syntynyttä tai näitä molempia. Sairaus voi puhjeta erilaisten stressitekijöiden seurauksena, kuten aikuistumisen tai parisuhteen muodostamisen yhteydessä. Stressitekijänä voi toimia myös huumausaineet, esimerkiksi kannabiksen käyttö. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015.)

Mielenterveyttä edistetään mielenterveystyöllä, jolla tarkoitetaan laaja-alaista ihmisen hyvinvointia ja terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä vahvistavaa työtä. Siinä keskitytään ihmisen voimavaroihin ja vahvuuksiin, vahvistetaan pärjäävyyttä ja lisätään suojaavia ulkoisia tekijöitä. Mielenterveystyö pitää sisällään ennaltaehkäisevän, edistävän ja korjaavan tason. Korjaavaa toimintaa ovat mielenterveysongelmien tutkimus, hoito ja kuntoutus. (Hämäläinen ym. 2017, 18, 32; Hietaharju & Nuutila 2010, 16.) Osana mielenterveystyötä on kehittää väestön elinoloja siten, että ne ehkäisevät mielenterveyden häiriöiden syntymistä, tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä ja edistävät mielenterveystyötä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 262–263.) Mielenterveystyön valtakunnallisesta suunnittelusta, valvonnasta ja viranomaisohjauksesta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b).

Mielenterveystyötä toteutetaan usein moniammatillisena hoitoryhmätyöskentelynä. Mielenterveystyössä asiakkaita ovat yksittäisten ihmisten lisäksi perheet ja

erilaiset yhteisöt. (Hämäläinen ym. 2017, 28.) Hietaharju ja Nuuttila (2010, 16) nostavat esiin, että mielenterveystyö kohdistuu myös koko yhteiskuntaan. Perheen ja verkoston mukaan ottaminen on tärkeää jo varhaisessa vaiheessa hoitoa. Oleellista on myös perheen ja läheisten voimavarojen vahvistaminen. (Hämäläinen ym. 2017, 31–33.)

Koposen ym. (2012, 138–149) tekemässä tutkimuksessa on tarkasteltu, millaisena mielenterveyspotilaan läheisenä oleminen näyttäytyy vertaisryhmässä. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että mielenterveyspotilaiden läheiset kokivat, ettei heitä huomioitu tarpeeksi potilaan hoitoprosessissa, eikä heitä hyväksyty yhteistyökumppaneiksi. Mielenterveyshäiriöön sairastuminen voi aiheuttaa kriisin ja stressitilanteen myös potilaan perheenjäsenille, ja siihen voi liittyä pelkoa leimautumisesta. Perhekeskeisessä hoidossa huomioidaan sairastuneen koko ihmissuhdekenttä. Läheiset tulisi ottaa aktiivisesti mukaan hoidon kaikissa vaiheissa ja myöskin he kaipaavat usein tukea, ohjausta ja neuvontaa. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 191–192.)

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjauksissa vuoteen 2015 on painotettu erityisesti potilaan osallisuutta sekä hänen asemansa vahvistamista, ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä, palveluiden toteuttamista toimivana kokonaisuutena sekä hyvää mielenterveyshoitoa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012). Esimerkiksi asiakkaan asemaa vahvistavana tekijänä nähdään kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat osana mielenterveys- ja päihdetyön suunnittelua, toteuttamista ja arviointia (Kontio, Ala-Nikkola, Wahlbeck, Vastamäki & Joffe 2015, 44). Palveluiden toimivuutta tulisi puolestaan lisätä mielenterveys- ja päihdetyön avopalveluita tehostamalla ja kehittämällä, jolloin laitospaikkojen tarve vähitellen vähenisi. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Laitila ja Pietilä (2012, 22–29) kuvaavat työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Osallisuudella tarkoitetaan osallistumista omaan hoitoon ja sen suunnitteluun, tarjolla olevaan toimintaan sekä mahdollisuutta kehittää toimintaa esimerkiksi palautteen antamisella. Osallisuus antaa potilaalle vastuuta sekä sitouttaa hoitoon. Osallisuuden kokemuksella katsotaan olevan terapeuttinen ja voimaannuttava merkitys. Tutkimuksessa todettiin, että aito asiakaslähtöisyys voi toteutua vain, jos potilas kokee osallisuutta.

3.2 Mielenterveyspalvelujärjestelmä

Mielenterveyspalvelut ovat mielenterveyshäiriöitä sairastaville ihmisille suunnattuja palveluja, jotka vastaavat ihmisten yksilöllisiin tarpeisiin ja saatuihin palautteisiin (Hämäläinen ym. 2017, 28). Jokaisen kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on vastata asukkaiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisystä, varhaisesta tunnistamisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Mielenterveyspalveluihin kuuluu neuvonta, ohjaus ja tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki, sekä mielenterveyshäiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2017b).

Mielenterveyshäiriöiden hoidossa ensisijaisena pidetään sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluita ja avohoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Avohoito koostuu pääasiassa vastaanottokäynneistä perusterveydenhuollossa, psykiatrisilla poliklinikoilla ja mielenterveystoimistoissa. Kuntouttava ja hoitava psykoterapia erikoislääkäripalveluineen, mukaan lukien työterveyshuollonpalvelut, ovat usein yksityissektorin toiminnan alla. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2014; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2017b.)

Tilastojen mukaan mielenterveyspalveluja tuottavat eniten terveyskeskukset ja erikoissairaanhoido (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2017b). Erikoissairaanhoidosta vastaa sairaanhoitopiirien kuntayhtymät. Erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvat psykiatrian poliklinikat ja psykiatrisessa sairaalahoidossa olevat potilaat. Kuntouttava työtoiminta, asumispalvelut ja kotipalvelut kuuluvat kunnan sosiaalihuollon järjestettäväksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.) Lisäksi yksi tärkeä ja monipuolisia mielenterveyspalveluita järjestävä osapuoli on kolmas sektori, johon kuuluu erilaiset järjestöt. Järjestöt toiminnallaan pyrkivät muun muassa ennaltaehkäisemään mielenterveysongelmia ja edistämään mielenterveyttä matalan kynnyksen toimintaperiaatteella. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 59–60; Hietaharju & Nuutila 2010, 24–26.) Vanhin mielenterveysalan järjestöistä on vuonna 1897 perustettu Suomen Mielenterveysseura (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 60).

Mielenterveystyötä, johon mielenterveyspalveluiden tuottaminen kuuluu, säädetään terveydenhuoltolaissa ja mielenterveyslaissa (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2017b). Mielenterveyslaissa säädetään muun muassa mielenterveyspalveluiden yhteensovittamisesta. Kuntien tehtävänä on järjestää julkiset, järjestöjen tuottamat ja yksityiset mielenterveyspalvelut toimivaksi kokonaisuudeksi. (Mielenterveyslaki 1116/1990 1:5§.) Aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira valvovat mielenterveyspalveluita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

3.3 Psykiatrinen avohoito

Psykiatrisen potilaan avohoitoon kuuluvat julkisen terveydenhuollon psykiatriset poliklinikat, mielenterveystoimistot, akuuttityöryhmät, yksityiset mielenterveyspalvelut sekä erilaiset kotihoitopalvelut. Avohoidossa järjestetään lisäksi niin sanottuja välimuotoisia palveluita, kuten päiväsairala- tai päivätoimintaa. (Hämäläinen ym. 2017, 68–69.) Hietaharju ja Nuutila (2010, 21) käyttävät termiä psykiatrinen päiväosasto tarkoittamaan arkisin päiväaikaan avoinna olevaa hoito-osastoa. Päiväosastot voivat sijaita erillisessä toimipisteessä tai sairaalan yhteydessä.

Mielenterveys- ja päihdehoitotyössä kehityssuunta on menossa laitoshoidon painotteisesta mallista kohti monipuolisten avohoitopalvelujen mallia (Harjajärvi ym. 2006, 3). Tilastot osoittavatkin, että aikuisten avohoitokäynnit ovat noususuunnassa Rovaniemellä vuosien 2013–2015 välillä (SOTKANet 2017). Psykiatrisen avohoidon lisääminen ei ole pelkästään Suomessa esiintyvä suuntaus, vaan siihen on pyritty lähes kaikkialla länsimaissa. Suuntaukseen ovat vaikuttaneet muun muassa psykiatrian tieteen ja psyykenlääkkeiden kehitys. (Alanko 2017, 5.)

Pyrkimys psykiatrisen sairaalahoidon vähentämiseen sai Suomessa alkunsa jo 1960-luvulta. Vuonna 1991 uudistettiin mielenterveyslakia avohoitopainotteisemmaksi, jonka seurauksena 80 prosenttia psykiatrisista sairaalapaikoista suljettiin 20 vuoden aikana. Mielisairaanhoidopiirit lakkautettiin ja psykiatristen palvelujen tuottaminen siirtyi kunnille. 1990-luvun syvä talouslama vaikutti siihen, että psykiatrista avohoittoa ei ollut mahdollista kehittää vastaamaan tarpeita. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon on lisäksi arvioitu joutuneen muita erikoisaloja suurempien

supistusten kohteeksi. Näin ollen 1990-luvun rakennemuutokset enemmän heikensivät kuin lisäsivät psykiatrisen palvelujärjestelmän toimivuutta. (Niemelä & Blanco-Sequeiros 2015; Hyvönen 2008, 3.)

Myös Hyvönen (2008, 3) toteaa väitöskirjassaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon menetysten olleen korostuneen suuret laman jälkeisen taloudellisen tilanteen korjaamisessa. Säästöjä toteutettiin myös siirtämällä varoja psykiatrian erikoissairaanhoidosta somaattisen erikoissairaanhoidon tilanteen korjaamiseen (Hyvönen 2008, 150). Nämä historian tapahtumat muistuttavat psykiatrian voimakkaasta yhteydestä taloudellisiin ja kulttuurisiin tekijöihin, jonka vuoksi psykiatrian erikoisalana olisi tärkeä olla lähellä muuta lääketiedettä, terveydenhuoltoa ja yhteiskuntaa sekä tuoda esille mielenterveyden suurta merkitystä koko kansanterveyden kannalta (Hyvönen 2008, 3).

Psykiatristen avopalvelujen kehittämistä pidetään tärkeänä hoidollisista, inhimillisistä ja taloudellisista syistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 43). Nguyenin (2017) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa on vertailtu päiväsairaalahoitoa ja ympärivuorokautista sairaalahoitoa akuuttien psykiatristen häiriöiden hoidossa. Tutkimuksessa on todettu päiväsairaaloiden vähentävän ympärivuorokautisen sairaalahoidon tarvetta sekä parantavan potilaan hoitotuloksia. Se on myös kustannustehokkaampaa ympärivuorokautiseen sairaalahoitoon verrattuna. Pitkä sairaalahoito laskee mielenterveyskuntoutujan toimintakykyä, jolloin hoidon toteutuminen muualla kuin sairaalaympäristössä on hoidollisesti perusteltua (Harjajärvi ym. 2006, 71). MERTTU-hankkeessa on tutkittu työikäisen väestön mielenterveyspalvelujen vaikuttavuutta Suomessa. Hankkeen tieteellisistä analyysistä voidaan havaita avohoitopainotteisen linjauksen liittyvän alentuneeseen itsemurhakuolleisuuteen. (Harjajärvi ym. 2006, 26, 72–73.)

Monipuolisten avopalvelujen katsotaan tuottavan enemmän hyvinvointia, ja niihin panostaminen on yleensä vaikuttavampaa kuin laitospalveluihin panostaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 43). Laitoshoidon käyttöä voitaisiin pyrkiä vähentämään lisäämällä monimuotoisia, liikkuvia, päivystäviä ja ihmisen arkeen integroituja avopalveluita. Huomiota tulisi kiinnittää erityisesti myös niin sanottuihin välimuotoisiin palveluihin, kuten erilaisiin järjestetyn päivätoiminnan muotoihin. Samaan aikaan kuitenkin laitoshoidon tulisi kehittää suuntaan, jossa hoito

tapahtuisi vähemmän potilaita laitostavissa ja leimaavissa, kodinomaisemmissa ympäristöissä. Psykiatrisia laitoshoitopaikkoja tulisi edelleen olla riittävästi niitä tarvitseville, mutta laitoshoidon ei tulisi olla ensisijainen hoitomuoto. Laitoshoidon voidaan nähdä avohoidon tukevana, niin sanottuna tehohoidon, silloin kuin pelkkä avohoidon ei riitä. (Harjajärvi ym. 2006, 73.)

Mielenterveys- ja päihdepotilailla ja heidän läheisillään on omat yksilölliset palvelutarpeensa, jotka tulee huomioida kehitettäessä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluita. Monimutkaisessa järjestelmässä erityisesti haavoittuvassa asemassa olevat voivat kohdata usein vaikeuksia. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien ei tulisi jäädä valtaväestölle suunnitelluista toimenpiteistä ja palveluista sivuun. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

3.4 Intensiivinen psykiatrinen avohoidon

Intensiivinen psykiatrinen avohoidon on mielenterveyspalvelu, joka on kehitetty osaksi mielenterveyspalvelujärjestelmää. Intensiivinen avohoidon tarjoaa vaihtoehdon sairaalahoidolle ja muille avohoidon palveluille erilaisissa mielenterveydellisessä kriisivaiheessa oleville potilaille. Se mahdollistaa intensiivisemmän eli tehostetumman hoidon ja tuen tason, kuin psykiatrisia poliklinikkapalveluita käyttävillä potilailla on ollut aikaisemmin saatavilla. Ikään kuin välimallin palveluna se myös helpottaa siirtymistä sairaalahoidosta muiden avohoidon palveluiden piiriin. (Smith, Ruiz-Sancho & Gunderson 2001.) Avohoidon palveluihin siirtyvä potilas tarvitsee varsinkin aluksi tiivistä tukea ja palveluita arjessa pärjäämisen tueksi (Harjajärvi ym. 2006, 74).

Intensiivipoliklinikalla toteutettava hoitotyö pitää sisällään muun muassa terapeutteja yksilö- ja perhekeskusteluja, ryhmätoimintaa ja vertaistukea (Smith ym. 2001; Hietaharju & Nuutila 2010, 21). Parhaimmillaan intensiivinen poliklinikkahoito tarjoaa terapeutin ympäristön, jossa potilaat tuntevat itsensä kuulluksi ja ymmärretyksi. Intensiivisessä avohoidossa potilas voi kokea olonsa riittävän turvalliseksi ja saada säännöllisyyttä arkeen, jota perinteinen poliklinikkahoito ei välttämättä saa aikaan. Intensiivisessä poliklinikkahoidossa tarkoituksena on, että kukin potilas on aktiivinen osallistuja hoitosuunnitelmansa luomisessa ja toteutuksessa. (Smith ym. 2001.)

3.4.1 Hoitomuodot

Hoitosuhdetyö on psykiatrisen hoitotyön ydin, jolla tarkoitetaan potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta (Hietaharju & Nuutila 2010, 84). Yksilökeskustelujen sisältö muodostuu potilaan hoidon tavoitteiden ja yksilöllisten tarpeiden pohjalta. Yhteistyösuhteen alussa keskustelut ovat yleensä tutustumista ja luottamuksen rakentamista. Keskusteluiden tavoitteena on edistää potilaan toipumista ja selviytymistä sekä kohottaa potilaan itsetuntoa. Hoitajan antama palaute on potilaalle tärkeää. (Hämäläinen ym. 2017, 153.) Keskusteluissa voidaan hyödyntää eri terapiasuuntauksia, kuten kognitiivista psykoterapiaa (Hämäläinen ym. 2017, 35). Hoitosuhdetyöskentelyä ohjaavat hoitotyön eettiset periaatteet ja arvot, kuten luottamuksellisuus, yksilöllisyys, oikeudenmukaisuus, ihmisen kunnioittaminen, yhdenvertaisuus sekä terveys- ja perhekeskeisyys. (Hietaharju & Nuutila 2010, 84; Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 74, 85).

Keskustelut pyrkivät dialogisuuteen ja tähtäävät potilaan vahvuuksien ja myönteisten puolien vahvistamiseen, mutta niihin kuuluu myös oireiden, tunteiden ja selviytymiskeinojen käsittely. Keskustelun avulla hoitajan tehtävänä on tukea olemassa olevia voimavaroja ja auttaa potilasta ratkomaan päivittäiseen elämään kuuluvia ongelmia ja näin synnyttää potilaalle voimaannuttavia kokemuksia ja turvallisuuden tunnetta. Omahoitajuutta ja siitä muodostuvaa luottamuksellista omahoitaja-potilassuhdetta pidetään potilaalle ainutlaatuisena ja merkittävänä ihmissuhteena. (Hämäläinen ym. 2017, 153–155.) Hoidolliset keskustelut vaativat hoitajalta hyviä vuorovaikutus- ja ohjaustaitoja, ammatillisuutta, empatiaa sekä taitoa havainnoida sanallista ja ei-sanallista viestintää. Keskustelun eteenpäin ohjaamisessa hyödynnetään erilaisia kysymystyyppejä. (Hietaharju & Nuutila 2010, 91–97; Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 86–91.)

Yhtenä intensiivisen poliklinikkahoidon kulmakivenä ovat erilaiset ryhmätoiminnot. Ryhmätoiminta mahdollistaa potilaalle mahdollisuuksia kehittää viestintätaitojaan ja osallistua sosiaalistumiskokemuksiin. Ryhmätoiminnalla pyritään saamaan aikaan ympäristö, jossa potilaat kohtaavat, tukevat ja auttavat toisiaan. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2006.) Ryhmään kuulumisen, avautumisen ja hyväksyntä ovat jo itsessään hoidollisia tekijöitä.

Ryhmään kuulumisen tunne muodostuu ryhmän kehitysvaiheiden ja jäsenten sosiaalisten taitojen mukaan. Turvallisessa ryhmässä ihminen voi vapautua ilmaisemaan kokemuksia ja asioita, joita ei välttämättä ole muissa tilanteissa kertonut. (Hämäläinen ym. 2017, 211.) Ryhmien avulla pyritään myös ahdistavien tunteiden purkamiseen, mutta myös itsetuntemuksen, itseilmaisukyvyn ja itsetunnon lisäämiseen (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 115).

Ryhmänohjaajien roolina on antaa tietoa, opettaa uusia taitoja ja ohjata potilaita, kun he harjoittavat uusia käyttäytymismalleja. Ryhmiä voi olla useita erityyppisiä, yleisesti ottaen ne sisältävät psykoedukaatiota, taitojen kehittämissyryhmiä, tukiryhmiä ja virkistystoimintaa. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2006.) Lapin sairaanhoitopiirin intensiivipoliklinikan viikko-ohjelma sisältää esimerkiksi ulkoilua, mindfulness-, hyvinvointi- ja voimavara-ryhmiä sekä kokemusasiantuntijan ryhmiä (Kuusela 2017).

Psykoedukaatiolla tarkoitetaan opastavaa hoitoa tai koulutuksellista hoitomallia. Se ei kuitenkaan ole yksipuolista opettamista, vaan vuorovaikutuksellista kognitiivista työskentelyä. Psykoedukatiivisten lähestymistapojen taustalla on teoria haavoittuvuus-stressi-mallista. Kuitenkin haavoittuvuus-stressi-malli on itsesäänkin hyvä psykoedukatiivinen työväline, jonka avulla voidaan lisätä ymmärrystä ja tietoa sairaudesta ja sairastumisesta yhdessä perheen kanssa. (Bruijn 2006, 4219.) Anttila ym. (2016, 276) mainitsee psykoedukaatiolla olevan positiivinen merkitys muun muassa lääkehoidon toteutumiseen, potilaiden sosiaaliseen toimintakykyyn sekä hoitotyytyväisyyden lisääntymiseen.

Psykoedukatiiviset ryhmät ovat hyödyllinen osa mielenterveyshoitotyötä ja potilaan kokonaishoitoa (Anttila ym. 2016, 276). Psykoedukaatioryhmillä on selkeät tavoitteet, joita voivat olla esimerkiksi tuen saaminen toisten kokemuksista, ensitiedon saaminen sairaudesta, elämänrytmin merkityksen ymmärtäminen, sairauden ensioireiden tunnistaminen sekä uusien selviytymiskeinojen luominen. Oireenhallintakurssit ovat esimerkki psykoedukaatioryhmistä. Ryhmiin on kehitetty erilaisia työskentelyä tukevia havainnollistavia materiaaleja. Toiminnallisessa ryhmässä käytetään usein erilaisia luovan ilmaisun menetelmiä. Tekojen kieli voi olla toimintaa, joiden avulla tuodaan julki omia ajatuksia ja tunteita. Toiminnalliset ryhmät voivat myös sisältää esimerkiksi erilaisia liikuntamuotoja. Tukea antavat

ryhmät puolestaan ovat yleensä keskusteluryhmiä, ja niihin voi sisältyä erilaisia ilmaisun muotoja, kuten kirjoittamista, musiikkia tai kuvataidetta. (Hämäläinen ym. 2017, 209–217.)

Intensiivisen psykiatrisen avohoidon hoitomuodoista vertaistuki on vapaaehtoisuuteen perustuvaa, vastavuoroisten kokemusten vaihtoa ja siinä samankaltaisessa elämäntilanteessa olevat tukevat toisiaan. Kokemusten jakaminen vertaisten kesken lievittää ahdistuneisuutta ja poistaa pelkoja. Vertaistuki auttaa ymmärtämään paremmin menneisyyttä ja antaa myös toiveikkuutta tulevan kohtamiseen. Psykoosisairauteen sairastuminen aiheuttaa syrjäytymisen vaaran sekä leimaavia syyllisyyden ja häpeän tunteita. Samat ongelmat läpikäyneiden tuki ja yhdessä jakaminen usein helpottavat tilannetta huomattavasti. (Koponen ym. 2012; Suvisaari ym. 2014, 192.) Vertaistuen on todettu lievittävän psyykkisiä oireita, vähentävän sairaalahoidon tarvetta, lisäävän sosiaalista tukiverkostoa sekä tehostavan sosiaalista toimintakykyä ja itsetuntoa (Davidson, Bellamy, Guy & Miller 2012; Mental Health Foundation).

Vertaistukimuotoja voivat olla vertaistukiryhmät ja kahdenkeskinen tuki. Vertaistukiryhmät ovat suljettuja tai avoimia ryhmiä ja keskustelun lisäksi niissä voi olla mukana toiminnallista ohjelmaa, kuten askartelua. Kokemusasiantuntijoita voidaan ottaa mukaan ryhmään ammattilaisten rinnalle. Vertaistuen lisäksi kokemusasiantuntijat antavat roolimallin kuntoutumisen etenemiselle. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 114; Suvisaari ym. 2014, 192–193.)

3.4.2 Lapin sairaanhoitopiirin intensiivipoliklinikka

Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdehoitopalvelujen intensiivipoliklinikka on Rovaniemellä sijaitseva avohoidollinen yksikkö. Se tarjoaa avohoidollisia tutkimus- ja hoitajaksoja akuuttia psykiatrista erikoissairaanhoitoa tarvitseville, silloin kun potilas ei tarvitse sairaalahoitajaksoa, mutta myöskään pelkät polikliiniset käynnit eivät riitä, vaan tarvitaan tehostetumpaa hoidollisesti määriteltyä interventioita. Intensiivipoliklinikalle tullaan läheteellä. Kriisijaksolle on mahdollista päästä hyvinkin nopeasti, jopa saman päivän aikana. Yksikkö on auki maa-

nantaista torstaihin klo 9.00–15.00 ja perjantaisin klo 9.00–14.00. Illat, yöt ja viikonloput potilaat viettävät kotona tai esimerkiksi ulkopaikkakuntalaiset voivat yöpyä potilashotellissa. (Kuusela 2017.)

Yksikön toiminta aloitettiin tammikuussa 2017 Rovaniemellä Muurolan sairaalan yhteydessä väistötiloissa, josta yksikkö siirrettiin kaupungin keskustaan Rovaniemen kaupungin ja Lapin sairaanhoitopiirin avohoitopalvelujen yhdistymisen jälkeen. Intensiivipoliklinikalla on tällä hetkellä 10 potilaspaikkaa, mutta sijainnin vaihtumisen myötä tarve on kasvanut suuresti. Henkilöstö koostuu lääkäristä, kolmesta sairaanhoitajasta ja mielenterveyshoitajasta. Tarpeen mukaan potilaan hoitoon osallistuvat myös psykologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti tai sosiaalityöntekijä. Intensiivipoliklinikalle tullaan hyvin erilaisten psyykkisten sairauksien myötä. Potilailla voi olla esimerkiksi masennusta, voimakasta ahdistuneisuutta, psykoosisairauksia, traumoja tai syömishäiriödiagnostiikkaa. (Kuusela 2017.)

Hoitomenetelminä Lapin sairaanhoitopiirin intensiivipoliklinikalla käytetään terapeuttisia yksilökeskusteluja, ryhmätoimintaa ja yhteisön tukea. Näiden menetelmien tavoitteena on auttaa potilasta psyykkisten oireiden helpottumisessa, voimavarojen vahvistumisessa ja uusien ratkaisujen löytymisessä. Potilaiden vointia seurataan hoitajakson aikana. Hoito suunnitellaan yksilöllisiin tarpeisiin pohjautuen yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Potilailta edellytetään osallistumista yksilö- ja ryhmätoimintaan, hoitajakson aikaista päihteettömyyttä sekä itsenäistä lääkityksestä huolehtimista. (Kuusela 2017.)

Hoitajakson päättäminen intensiivipoliklinikalla on ajankohtaista, kun akuutit oireet ovat lieventyneet, hoitajaksolle asetetut tavoitteet ovat saavutettu sekä jatkohoidon suunnitelmat on tehty. Voinnin huonotuesssa siirtyminen sairaalahoitoon on joskus tarpeellista. (Kuusela 2017.)

3.5 Potilaskeskeisyydestä potilaslähtöisyyteen

Terveystieteiden tutkimuksessa on perinteisesti puhuttu potilaskeskeisyydestä, jolloin potilas on palvelujen keskiössä ja toiminta suunnitellaan potilasta varten. Tämä työskentelytapa on kuitenkin usein organisaatio- ja asiantuntijalähtöistä. Potilaslähtöisyyttä voidaan tarkastella potilaskeskeisyyden seuraavana vaiheena. Tällöin po-

tilas ei ole ainoastaan toiminnan passiivinen kohde vaan osallistuu yhdessä palveluntarjoajan kanssa aktiivisesti palvelujen toteutukseen ja suunnitteluun. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44.) Tieto ja osaaminen eivät ole pelkästään hoitohenkilökunnalla, vaan potilaan asiantuntijuutta pidetään arvokkaana. Tällä edistetään myöskin potilaan hoitoon sitoutumista. (Anttila ym. 2016, 276.) Potilaslähtöisyys nähdäänkin yhä merkittävämmässä roolissa potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa (Pölkki 2013, 3).

Kun hoidon suunnittelussa lähdetään liikkeelle potilaan tarpeista, se antaa mahdollisuuden yhä vaikuttavampien ja tuottavampien terveyspalvelujen järjestämiseen. Vaikka tavoitteena on tuottaa hyvää hoitoa, käsitys toteutetusta ja saadusta hoidosta eivät välttämättä kohta toisiaan, kun potilaalta itseltään kysytään. (Pölkki 2013, 3.) Tutkimuksissa on havaittu, että myös hoitohenkilökunnan ja potilaiden väliset käsitykset potilaiden tarpeista ja niihin vastaamisesta eroavat usein toisistaan. Hoitohenkilökunta kiinnittää usein eniten huomiota potilaan terveyteen liittyviin tarpeisiin, kun taas potilaiden huolet liittyvät usein tiedonsaantiin ja sosiaalietuuksiin. (Fröjd, Laurila, Kilku & Kaltiala-Heino 2003, 6.)

Potilaslähtöisyys voidaan hoitotyössä nähdä arvoperustana, jolloin jokainen potilas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä hyvinvointivajeesta riippumatta (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 18). Mielenterveyspalveluissa potilaiden näkökulman huomioiminen korostuu yhä enenevässä määrin. Myös valtakunnallisissa mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksissa on huomioitu potilaiden osallisuuden merkitys. Mielenterveystyössä potilaiden ilmaisemiin toiveisiin ja tahtoihin on usein suhtauduttu epäilevästi. On ajateltu, että mielenterveyden häiriöiden vuoksi henkilö ei olisi kykenevä ilmaisemaan todellisia tarpeitaan, jonka vuoksi mielenterveyspotilaiden mahdollisuudet vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin ovat monella tapaa puutteelliset. (Fröjd ym. 2003, 3.)

Potilaslähtöiset palvelut järjestetään mahdollisimman toimiviksi potilaan tarpeista lähtien. Edellytyksenä on palvelutarjoajan ja potilaan yhteisymmärrys siitä, miten potilaan tarpeet voidaan täyttää parhaalla mahdollisella tavalla. Yhteisymmärryksen saavuttaminen edellyttää kattavaa tietoa potilaista ja heidän tarpeistaan. Potilaslähtöisemmillä toimintamalleilla voidaan lisätä hoidon vaikuttavuutta, kustannustehokkuutta ja potilaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä. (Virtanen ym. 2011,

18; Hämäläinen ym. 2017, 34–35.) Potilaslähtöisyyden on aiemmin pelätty jopa lisäävän kustannuksia ja ruuhkauttavan toimintoja, mutta käytännön kokemukset osoittavat päinvastaisia tuloksia. Myöskin hoitohenkilökunnan näkökulmasta uuden kumppanuuden tuoma muutos yleensä positiivinen, sillä kun kehittäminen kohdistetaan hoitotyön perimmäisiin arvoihin, työn tarkoituksenmukaisuus ja mielekkyys lisääntyvät. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 45.)

3.6 Potilastyytyväisyys mielenterveystyössä

Potilastyytyväisyys on tärkeä ja yleisesti käytetty indikaattori terveydenhuollon laadun mittaamiseksi. Käsitteelle potilastyytyväisyys ei ole kuitenkaan tarkkaa määritelmää terveydenhuollossa. (Prakash 2010.) Fröjd ym. (2003, 8) ovat havainneet potilastyytyväisyyden olevan käsitteenä vaikea, koska aina ei ole selvää, mitkä asiat vaikuttavat potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen. Potilaan kokemana tyytyväisyys on aina subjektiivinen kokemus peilattuna hänen omiin hoitoa tai palvelua kohtaan asettamiinsa odotuksiin (Kinnunen 2013, 11). Yleisimmin käytetty määritelmä potilastyytyväisyydelle onkin potilaan tunne ja käsitys, joka on riippuvainen odotusten ja toteutuneen toiminnan yhdenmukaisuudesta (Prakash 2010; Kinnunen 2013, 10). Hoitotyytyväisyys vaikuttaa sekä kliinisiin tuloksiin kuin myös hoitoon sitoutumiseen ja motivaatioon (Al-Abri & Al-Balushi 2014; Kinnunen 2013, 7).

Hoitotyössä potilastyytyväisyys voidaan nähdä potilaslähtöisyyden tuloksena. Potilaan antaman palautteen avulla voidaan myös kehittää hoitotyötä potilaslähtöisesti. (Prakash 2010.) Potilastyytyväisyyttä ja hoidon laatua käsitteinä ei voi täysin rinnastaa toisiinsa (Kinnunen 2013, 10), sillä hoidon laatu on vain yksi potilastyytyväisyyteen vaikuttava tekijä (Varis 2005, 10). Monet muutkin tekijät kuin pelkästään hoidon laatu voivat vaikuttaa potilastyytyväisyyteen (Varis 2005, 10).

Viimeisen 20 vuoden aikana potilaille suunnattuihin tyytyväisyyskyselyihin on kiinnitetty enemmän huomiota ja niiden on huomattu olevan olennaisia tiedonlähteitä puutteiden tunnistamiseksi ja tehokkaan toiminnan kehittämiseksi. Standardoidut kyselylomakkeet ovat yleisin työkalu potilastyytyväisyysmittausten suorittamiseen. Kyselylomakkeet tulee kuitenkin laatia huolellisesti, jotta potilaan mielipide saadaan tuotua esille tarkasti ja oikeanlaisena. (Al-Abri & Al-Balushi 2014.)

Potilastyytyväisyysmittauksia voidaan toteuttaa terveydenhuollon yksikössä säännöllisesti tai esimerkiksi, kun hoitokäytännöissä tai toimintaympäristössä tapahtuu muutoksia (Fröjd ym. 2003, 7–8). Potilastyytyväisyyskyselyssä on hyvä eritellä tyytyväisyyteen vaikuttavat eri tekijät ja palveluprosessin osat, jotta voidaan yksilöidä mihin osaan kokonaisuutta potilas oli tyytyväinen ja mihin ei. Näin ollen tuloksia on helpompi käyttää toiminnan kehittämiseen. (Fröjd ym. 2003, 4.)

Myös mielenterveyspalveluiden arvioinnissa potilastyytyväisyysmittauksia käytetään yleisesti (Fröjd ym. 2003, 6). Kuitenkin verrattain somaattiseen hoitotyöhön, mielenterveystyössä potilastyytyväisyyttä on tutkittu melko vähän (Kinnunen 2013, 20). Hoidon painopisteen siirtyessä avohoitoon, tyytyväisyydellä mielenterveyspalveluihin on kasvava merkitys, sillä potilaan selviytyminen avohoidon turvin edellyttää hoitoon ja palveluihin sitoutumista. Oma-aloitteinen hoitoon hakeutuminen ja sitoutuminen ovat todennäköisempiä, mikäli potilas on tyytyväinen saamiinsa palveluihin. (Kinnunen 2013, 9.)

Fjörd ym. (2003, 4) tuovat Ruggeriin & Tansellaan (2002) viitaten esille, että sairauden diagnoosilla tai vakavuudella on useissa tutkimuksissa todettu olevan vain heikko yhteys potilastyytyväisyyteen. Mahdolliset arviointi- ja hahmotusongelmat yhdellä alueella eivät tee potilasta kykenemättömäksi toimimaan toisella alueella. Huomionarvoista kuitenkin on, että potilaan kokonaisvaltainen elämäntilanne ja yksilölliset odotukset hoidosta voivat vaikuttaa tyytyväisyyttä mitattaessa. (Kinnunen 2013, 11.)

Useiden tutkimusten tuloksena on voitu nähdä, että psykiatriset potilaat ovat useimmiten tyytyväisiä hoitoonsa. Tyytyväisyys avohoitoon on ollut suurempaa sairaalahoitoon verrattuna. (Kinnunen 2013, 14; Fröjd ym. 2003, 8.) Myös vapaaehtoisesti hoidossa olevien potilaiden on todettu olevan enemmän tyytyväisiä hoitoonsa verrattuna tahdonvastaisessa hoidossa oleviin potilaisiin (Kinnunen 2013, 7).

Potilastyytyväisyyttä mielenterveystyössä mittaavissa useissa tutkimuksissa on havaittu samansuuntaisia tuloksia tyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksissa tyytyväisyyttä hoitoon ovat lisänneet toimiva hoitosuhde, jossa potilaat kokivat tullessa kuulluksi ja autetuksi, hoitohenkilökunnan ammattitaito, omaisten huomioiminen osana hoitoa, tiedonsaanti sekä osallisuus hoitoon liittyvissä

asioissa. Potilaiden keskinäinen vertaistuki on koettu tyytyväisyyttä lisäävänä tekijänä. Lisäksi potilaat ovat kokeneet psykoedukatiiviset toimintatavat, kuten oireiden tunnistamisen ja hallinnan, mielekkääksi osaksi hoitoa. Edellä mainituista tyytyväisyyteen vaikuttavien asioiden puutteellisuus on vaikuttanut potilaiden hoitoon tyytymättömyyteen. (Kinnunen 2013, 14–16.)

Psykiatriseen avohoitoon suunnatuissa tutkimuksissa on lisäksi noussut tyytyväisyyttä lisäävänä tekijänä esille hoitajan kanssa käydyt keskustelut, kontaktien säännöllisyys ja hoitosuhteen pitkä kesto. Avohoidossa potilaat kokivat hyötывänsä sitä enemmän, mitä pidempiaikainen hoitosuhde oli. Hoitoon pääsy sekä tiedon saaminen sairaudesta, hoidosta ja lääkityksestä on useissa tutkimuksissa arvioitu heikoiksi osa-alueiksi. (Kinnunen 2013, 17–18.) Potilaiden iän vaikutuksesta tyytyväisyyteen on saatu tutkimuksissa vaihtelevia tuloksia. Osassa tutkimuksista potilaan korkeampi ikä oli yhteydessä parempaan hoitotyytyväisyyteen, kun taas toisissa tutkimuksissa näiden väliltä ei ole löydetty selvää yhteyttä. (Kinnunen 2013, 16–18.)

Seija Kokon (2004, 115) hoitotieteen väitöskirjassa on haastateltu mielenterveys-toimiston asiakkaita ja työntekijöitä siitä, millaista on hyvä mielenterveystyö. Väitöskirjan tuloksista käy ilmi, että potilaat toivovat vaikutusmahdollisuuksia ja mahdollisuutta osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon hoidon jokaisessa vaiheessa. Hoidon jatkuvuuden kannalta esimerkiksi yksilökeskustelut koettiin tärkeäksi käydä mahdollisuuksien mukaan saman työntekijän kanssa. Tarvittaessa muiden auttamismuotojen järjestäminen koettiin myös tärkeäksi.

Henkilökunnan kanssa potilaat toivoivat toimivaa yhteistyösuhdetta sekä arvostavaa, kunnioittavaa ja ihmisarvon säilyttävää suhtautumista mielenterveyspotilaisiin. Lisäksi toivottava luottamus työntekijöiden ammattitaitoon nousee tuloksista esille. (Kokko 2004, 115.) Samankaltaisia tuloksia on myös saatu Mäntysen, Vehviläinen-Julkusen, Miettisen ja Kvistin (2015, 18) tutkimuksessa, jossa potilaat arvioivat hoidon laatua kasvattavan motivoitunut ja ammattitaitoinen henkilöstö. Tämä nähtiin erikoissairaanhoidon vahvuutena. Kokon (2004, 115) väitöskirjassa työntekijän ammattitaitoa kuvataan taitona toimia erilaisissa tilanteissa sekä kykenä säilyttää auttamissuhteen ammatillisuus ja asiakaslähtöisyys.

Hyvässä mielenterveystyössä potilaiden näkökulmasta mielenterveyspalvelut toivottiin järjestettävän siten, että heillä on mahdollisuus saada kaikki mielenterveystieteellisten ongelmiansa vuoksi tarpeellisenä pitämänsä apu samasta toimipisteestä ja tämä apu olisi helposti saatavilla. Potilaat arvostivat lisäksi mielenterveyspalveluiden monipuolisuutta, moniammatillisuutta ja nopeaa hoitoon pääsyä. Avohoitopainotteinen hoitolinja oli toivottavaa. Lisäksi mahdollisuus osallistua vertaistukitoimintaan, joka sisällöltään vastaa potilaan tarpeita ja toiveita, mainittiin vastauksissa. Keskustelut hoitajan tai lääkärin kanssa sekä tunne kuulluksi tulemisesta koettiin merkitykselliseksi ja auttavan monin eri tavoin. Ennen kaikkea potilaiden oli tärkeä kokea saaneensa apua käytetyistä mielenterveyspalveluista. (Kokko 2004, 83, 115.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE (2009) puolestaan määrittelee eettisesti hyvän mielenterveystyön sellaiseksi, joka auttaa potilasta selviytymään omassa arjessaan ja yhteiskunnassa mahdollisimman itsenäisesti, ja joka on sujuvaa, tarkoituksenmukaista ja turvallista ihmisen kokonaisuhoitoa. Tavoitteena on, että potilas saa tarvitsemansa yksilölliset, oireidensa ja sairautensa edellyttämät palvelut nopeasti ja joustavasti. Hoitosuhteessa tulisi vallita luottamuksellisuus. Ihmisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä asiakaslähtöinen hoitotyö korostuvat myöskin eettisesti hyvän mielenterveystyön periaatteissa.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Määrällinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön menetelmänä oli määrällinen tutkimus. Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, joka perustuu kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen numeroiden ja tilastojen avulla. Keskeistä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on käsitteiden määrittely, tutkittavien henkilöiden valinta, aineiston keruu, muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon sekä päätelmien teko tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140.) Muuttujat voivat olla selittäviä, kuten kohderyhmän taustatiedot, tai selitettäviä, kuten vastaajan tyytyväisyys hoitoon. Lisäksi kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuu kirjallisuuskatsauksen kattavuus mittausvälineen perustana sekä mittausvälineen rakentaminen ja esitestaaminen. Tutkimusmenetelmän valintaa määrittävät tutkittava ilmiö ja se, mitä siitä on tarpeen tietää. Määrällinen tutkimusmenetelmä sopii tilanteeseen, jossa halutaan laajasta kohderyhmästä yleistettävää tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54–55.)

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin määrällinen tutkimus, sillä tarkoituksena oli kerätä tietoa intensiivipoliklinikan potilaiden potilastyytyväisyydestä. Potilastyytyväisyyden mittaaminen luotettavasti edellyttää mahdollisimman kattavaa otantaa kohderyhmästä, jolloin valittu menetelmä toimi tutkimuksen tavoitteen ja tarkoituksen kannalta parhaiten. Intensiivipoliklinikan potilaiden potilastyytyväisyyttä oli tarkoitus kuvata niin, että kokonaiskuva potilastyytyväisyydestä välittyy selkeästi. Tähän tarkoitukseen soveltui tulosten esittäminen tilastollisessa muodossa.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdehoitopalvelut ja yhteyshenkilönä mielenterveys- ja päihdepalvelujen ylihoitaja Johanna Erholtz. Toimeksiantosopimus allekirjoitettiin 26.1.2018 (Liite 1). Tutkimuslupa opinnäytetyölle saatiin 8.1.2018 (Liite 2).

4.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Lapin sairaanhoitopiirin intensiivipoliklinikan potilaat. Intensiivipoliklinikalla hoidetaan potilaita, joilla voi olla esimerkiksi masennus, psykoosisairauksia, voimakasta ahdistuneisuutta, traumoja tai syömishäiriöitä (Kuusela 2017). Intensiivipoliklinikan potilasryhmän sisällä ei tehty rajauksia kyselyyn osallistumiselle esimerkiksi sairauden, iän tai sukupuolen perusteella. Näin huomioitiin myös tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus. Potilastyytyväisyyttä tutkittaessa vaarana on, että tutkimukseen valikoituvat koostuvat tyytyväisiltä vaikuttavista henkilöistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221).

Kyselylomake on yleisimmin käytetty tapa kerätä aineistoa määrällisessä tutkimuksessa. Kyselylomakkeesta voidaan käyttää myös käsitettä mittausväline. Kyselytutkimuksen etuna on, että sen avulla on mahdollista kerätä laaja tutkimusaineisto ja otanta. Aineiston pinnallisuus voi olla kyselytutkimuksen heikkous. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–195.) Kyselytutkimuksessa voidaan kerätä aineistoa ainakin kahdella päätavalla; posti- ja verkkokyselynä tai kontrolloituna. Kontrolloidussa kyselyssä tutkija joko jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti tai toimittaa ne esimerkiksi postitse ja noutaa ne itse ilmoitetun ajan kuluttua. Vaikka tutkimuksen aihe on tärkein kyselylomakkeeseen vastaamishalukkuutta lisäävä tekijä (Hirsjärvi ym. 2009, 196–204), huolellinen lomakkeen laadinta ja kysymysten suunnittelu tehostavat tutkimuksen onnistumista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114).

Kysymyksiä on mahdollista muotoilla monin tavoin; kysely voi sisältää avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä ja asteikkoihin perustuvia kysymystyypppejä. Useimpiin lomakkeisiin myös sisältyy taustakysymyksiä, kuten sukupuoli, ikä ja ammatti. Kyselylomakkeen laadinnassa on tärkeää huomioida selkeä ulkoasu, kysymysten sopiva määrä ja järjestys, sanamuodot ja niiden ymmärrettävyys sekä kysymysten sopiva rajaaminen. Lomakkeen alussa on hyvä kertoa kyselyn tarkoituksesta ja sen merkityksestä vastaajalle sekä täyttö- ja palautusohjeet. (Hirsjärvi ym. 2009, 196–204.)

Tutkimuksen mittausvälineenä käytettiin kyselylomaketta (Liite 3). Tutkimusaineisto kerättiin paperisina kyselylomakkeina, jotka toimitettiin intensiivipoliklini-

kalle 26.1.2018. Kyselylomakkeita toimitettiin yhteensä 50 kappaletta. Kyselylomake sisälsi suurimmaksi osaksi monivalintakysymyksiä ja asteikkokysymyksiä, joita täydentämään oli laadittu myös avoimia kysymyksiä. Kysymykset laadittiin kirjallisuuskatsauksessa esitellyn teorian ja tutkimusongelmien pohjalta. Kyselylomakkeen alussa oli saateteksti ja ohjeet kyselyyn vastaamiselle. Kyselylomakkeen mukana annettiin suljettava vastauskuori, ja intensiivipoliklinikalle toimitettiin lukollinen palautuslaatikko kyselylomakkeita varten. Intensiivipoliklinikan henkilökunta jakoi kyselylomakkeita vastausaikana potilailleen. Alustavaksi vastausajaksi suunniteltiin kolme viikkoa. Tutkimuksen luotettavuus huomioiden vastausaikaa pidennettiin aiemmin suunnitellusta, jotta saataisiin kattavampi katsaus potilastyytyväisyydestä. Kyselylomakkeet haettiin 15.3.2018, jolloin vastausajaksi muodostui seitsemän viikkoa.

4.3 Tutkimusaineiston analysointi

Kyselylomakkeiden analysointi aloitettiin silmäilemällä kyselylomakkeet läpi kokonaiskuvan saamiseksi. Kaikki kyselylomakkeet voitiin ottaa mukaan tutkimukseen eikä annetuissa vastauksissa tai merkinnöissä ilmennyt epäselvyyksiä. Kuitenkaan osassa lomakkeissa kaikkiin kysymyksiin ei ollut vastattu.

Suljettujen kysymysten vastaukset syötettiin SPSS-tilastointiohjelmaan, jolloin pystyttiin tarkastelemaan vastauksien frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Avoimien kysymysten vastauksia käytettiin sellaisenaan suorina lainauksina. Analysoinnin jälkeen oleellisista tutkimustuloksista tehtiin Excel-ohjelmalla kuvioita, joiden avulla voitiin tuoda esille tulokset selkeässä muodossa.

5 TUTKIMUSTULOKSET

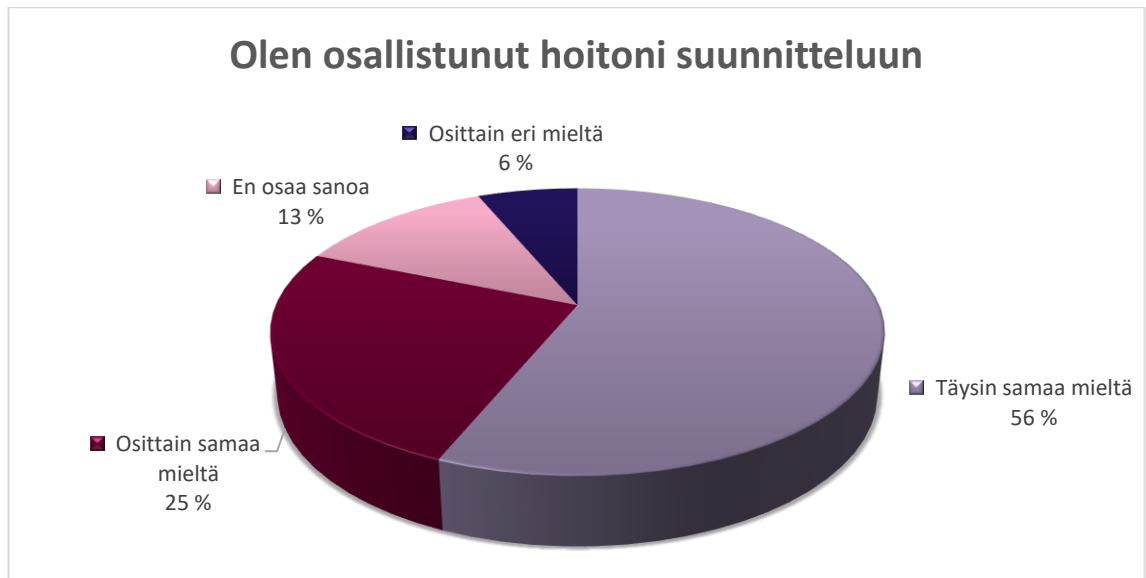
5.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi 16 Lapin sairaanhoitopiirin intensiivipoliklinikan potilasta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 32,0 %. Vastausten katoprosentti oli 68 %. Kyselylomaketta tarjottiin kaikille kyselyajankohtana intensiivipoliklinikalla hoidossa olleille potilaille ja heistä kaikki vastasivat kyselyyn. Kyselylomakkeen alussa selvitettiin potilaiden taustatietoja. Potilaista kahdeksan (50 %) oli 18–25 –vuotiaita, neljä (25 %) oli 26–35 –vuotiaita, kolme (18,8 %) oli 36–45 –vuotiaita ja yksi (6,3 %) oli 55–65 –vuotias. Intensiivipoliklinikan palveluita oli käyttänyt kestoaltaan yksi (6,3 %) potilas alle viikon, viisi (31,3 %) potilasta 1–3 viikkoa, kaksi (12,5 %) potilasta 1–2 kuukautta, viisi (31,3 %) potilasta 3–5 kuukautta ja kolme (18,8 %) potilasta yli kuuden kuukauden ajan.

Enemmistö potilaista (50,0 %, n=8) potilasta oli tullut poliklinikalle muusta avohoidon yksiköstä. Potilaista viisi (31,3 %) oli tullut psykiatriselta sairaalaosastolta. Kolme potilasta (18,8 %) oli valinnut vastausvaihtoehdoksi ”Jostain muualta, mistä?”. Näitä paikkoja olivat työterveyshuolto, psykiatrian poliklinikka ja akuutti-tiimi. Intensiivipoliklinikan sairaanhoitajan palveluita oli käyttänyt 16 (100,0 %), lääkärin palveluita 15 (93,75 %), fysioterapeutin palveluita kuusi (37,5 %), sosiaalityöntekijän palveluita viisi (31,25 %) potilasta. Sekä toimintaterapeutti että psykologi osallistuivat kahden (12,5 %) potilaan hoitoon.

5.2 Hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti

Potilaista yli puolet oli osallistunut oman hoitonsa suunnitteluun. (Kuvio 1.) Riittävästi tietoa omasta hoitosuunnitelmaan oli saanut 62,5 % (n=10) potilaista, jotka olivat kyseisen väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Osittain samaa mieltä oli 25,0 % (n=4) ja osittain eri mieltä 6,3 % (n=1). Tavoitteiden asettamisen osallisuudesta täysin samaa mieltä oli 56,3 % (n=9), osittain samaa mieltä 25,0 % (n=4) ja osittain eri mieltä 12,5 % (n=2). Kysyttäessä tietääkö potilas hoitajaksonsa tavoitteet väittämän kanssa täysin samaa mieltä oli 37,5 % (n=6), osittain samaa mieltä 37,5 % (n=6), osittain eri mieltä 6,3 % (n=1) ja täysin eri mieltä 6,3 % (n=1).



Kuvio 1. Olen osallistunut hoitoni suunnitteluun

Valta osa potilaista koki, että heidän mielipiteensä on otettu huomioon hoitoaan koskevilla asioilla. Tästä samaa mieltä oli 66,7 % (n=10), osittain samaa mieltä 20,0 % (n=3), osittain eri mieltä 6,7 % (n=1) ja täysin eri mieltä 6,7 % (n=1). Alle puolet vastanneista potilaista oli täysin samaa mieltä, että on saanut riittävästi tietoa omasta tilanteestaan ja sairaudestaan. (Kuvio 2.) Lähes kaikki potilaat olivat joko täysin samaa mieltä (50,0 %, n=8) tai osittain samaa mieltä (37,5 %, n=6) että tiedonanto oli ymmärrettävää.

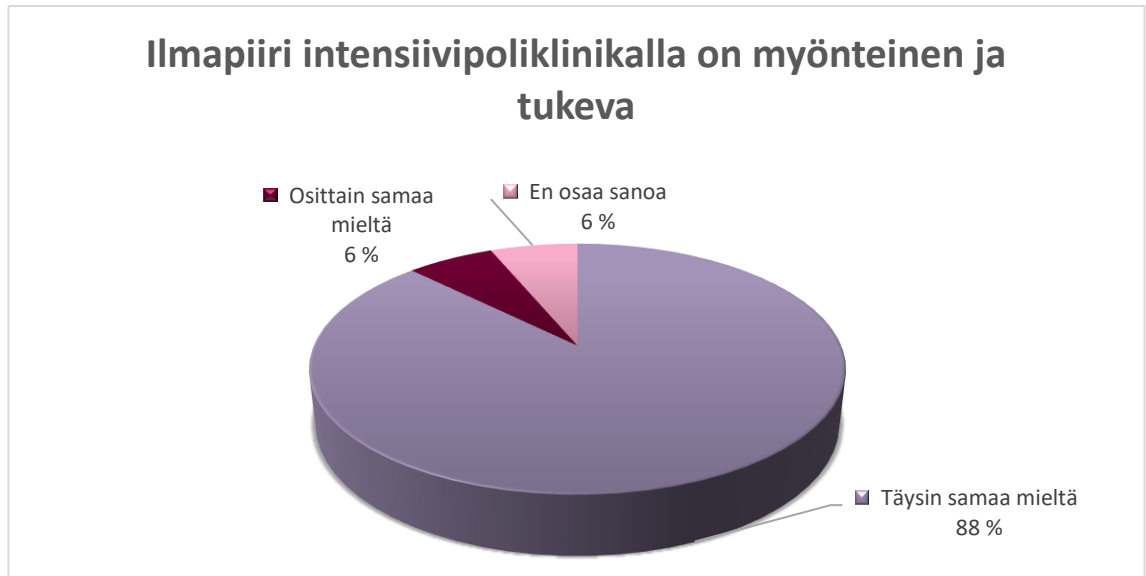


Kuvio 2. Olen saanut riittävästi tietoa omasta tilanteestani ja/tai sairaudestani

Yhdellä väittämällä kartoitimme potilaiden omaisten huomioimista hoidossa. Vastanneista lähes kaikki olivat täysin samaa mieltä (35,7 %, n=5) tai osittain samaa mieltä (35,7 %, n=5) väittämän kanssa, vain yksi oli täysin eri mieltä (7,1 %, n=1). Enemmistö potilaista koki tulleen kuulluksi. Täysin samaa mieltä oli 11 (68,8 %) potilasta ja osittain samaa mieltä kaksi (12,5 %) potilasta. Kukaan vastanneista ei ollut väittämän kanssa täysin eri mieltä, mutta osittain eri mieltä oli yksi (6,3 %) potilas. Tietoa muista tukitoimista, kuten sosiaalietuuksista oli myös saanut lähes kaikki. Täysin samaa mieltä oli seitsemän (43,8 %) potilasta, osittain samaa mieltä viisi (31,3 %) potilasta ja osittain eri mieltä yksi (6,3 %) potilas. Seitsemän (43,8 %) potilasta vastasi, että on osallistunut jatkohoitonsa suunnitteluun. Myös osittain samaa mieltä tämän väittämän kanssa oli viisi (31,3 %) potilasta. Yksi (6,3 %) oli vastannut olevansa osittain eri mieltä.

5.3 Tyytyväisyys hoitoympäristöön ja henkilökuntaan

Osion väittämillä kartoitettiin hoitoympäristöön ja henkilökuntaan liittyviä tyytyväisyystekijöitä. Tämän osion tulokset näyttäytyivät positiivisena. Asiantuntevaksi henkilökunnan kokivat lähes kaikki kyselyyn vastanneet. Täysin samaa mieltä oli 86,7 % (n=13) potilasta ja osittain samaa mieltä oli 6,7 % (n=1). Henkilökunnan käytös oli kunnioittavaa ja ystävällistä 93,8 % (n=15) mielestä. Myöskin ilmapiiri intensiivipoliklinikalla koettiin lähes kaikkien potilaiden mielestä myönteisenä ja tukevana. (Kuvio 3.) Sijainnin koki hyväksi 68,8 % (n=11) potilasta, osittain samaa mieltä oli 6,3 % (n=1) ja osittain eri mieltä 12,5 % (n=2). Kuitenkin lähes kaikki potilaat kokivat, että intensiivipoliklinikalle oli melko helppo tulla, sillä väittämästä täysin samaa mieltä oli 56,3 % (n=9) ja osittain samaa mieltä 31,3 % (n=5).



Kuvio 3. Ilmapiiri intensiivipoliklinikalla on myönteinen ja tukeva

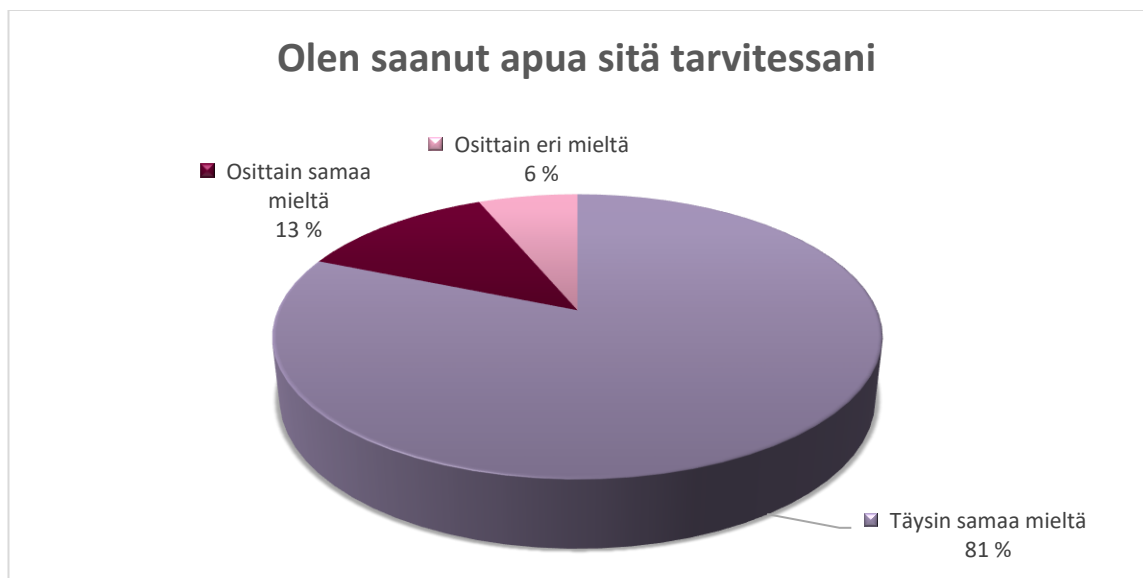
Aukioloajat koettiin pääsääntöisesti riittävinä ja sopivina. Täysin samaa mieltä oli 56,3 % (n=9), osittain samaa mieltä oli 25,0 % (n=4) ja osittain eri mieltä 6,3 % (n=1). Sen sijaan intensiivipoliklinikan tilojen viihtyisyys jakoi mielipiteitä. Tilojen viihtyisyydestä täysin samaa mieltä oli 31,3 % (n=5), osittain samaa mieltä 31,3 % (n=5), osittain eri mieltä 18,8 % (n=3) ja täysin eri mieltä 12,5 % (n=2). Hieman yli puolet potilaista kokivat käyntinsä intensiivipoliklinikalla miellyttäväksi. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Koen käyntini intensiivipoliklinikalla miellyttäväksi

5.4 Tyytyväisyys hoitoon ja hoitomuotoihin

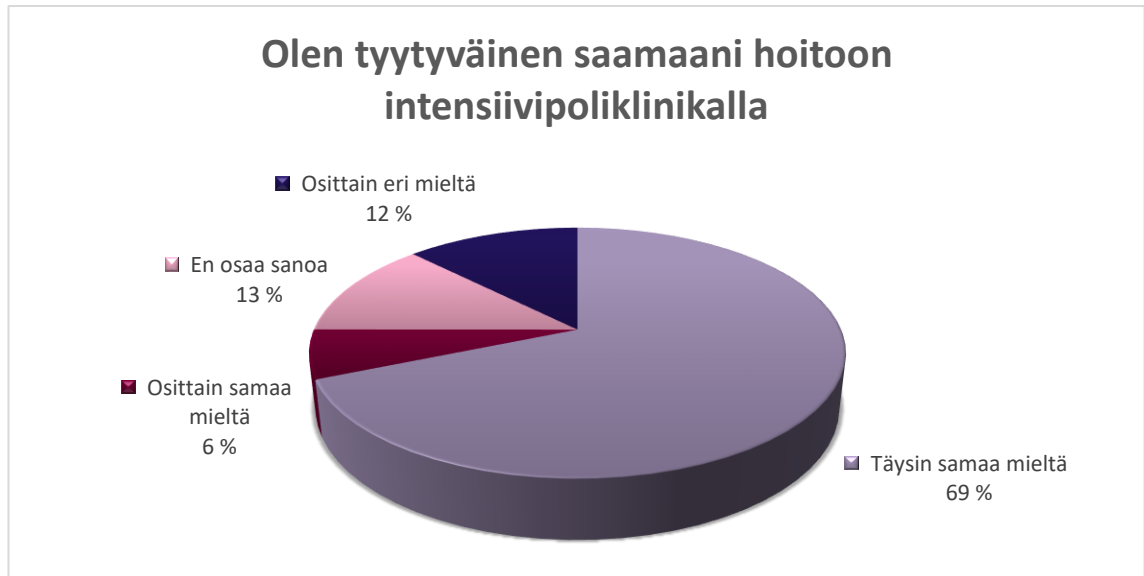
Väittämällä selvitettiin yleisiä tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä hoidossa. Potilaista 56,3 % (n=9) oli täysin samaa mieltä ja 31,3 % (n=5) oli osittain samaa mieltä, että on päässyt hoitoon riittävän nopeasti. Osittain eri mieltä väittämästä oli 12,5 % (n=2) potilasta. Suurin osa potilaista oli kokenut saaneensa apua sitä tarvitessaan. (Kuvio 5.) Potilaiden kokemukset siitä onko hoito edistänyt toipumista, olivat vaihtelevia. Vastanneista täysin samaa mieltä oli 46,7 % (n=7), osittain samaa mieltä oli 26,7 % (n=4), osittain eri mieltä 6,7 % (n=1) ja täysin eri mieltä 6,7 % (n=1).



Kuvio 5. Olen saanut apua sitä tarvitessani

Kysyttäessä onko hoito intensiivipoliklinikalla vastannut odotuksia, kolmasosa potilaista ei ollut osannut kantaa asiaan. Odotusten täyttymisestä vastanneista täysin samaa mieltä oli 35,7 % (n=5) ja osittain samaa mieltä 21,4 % (n=3). Vastanneista täysin eri mieltä oli 7,1 % (n=1). Väittämässä ei tarkennettu kuitenkaan olivatko odotukset hoidosta positiivisia vai negatiivisia.

Potilaista 62,5 % (n=10) oli täysin samaa mieltä ja 18,8 % (n=3) oli osittain samaa mieltä, että hoito intensiivipoliklinikalla nivoutuu hyvin yhteen muun arkielämän kanssa. Kuitenkin 12,5 % (n=2) oli osittain eri mieltä ja 6,3 % (n=1) täysin eri mieltä tästä väittämästä. Viimeisessä osion väittämässä kartoitettiin yleistä tyytyväisyyttä intensiivipoliklinikalta saatuun hoitoon. Vastauksista nousi esille, että valtaosa potilaista koki tyytyväisyyttä saatuun hoitoon. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Olen tyytyväinen saamaani hoitoon intensiivipoliklinikalla

Potilailla oli mahdollisuus avoimen kysymyksen avulla tuoda ilmi, mihin asioihin he ovat erityisen tyytyväisiä tällä hetkellä intensiivipoliklinikan toiminnassa. Vastauksista nousi esille potilaiden tyytyväisyys omahoitajakeskusteluihin, ammattitaitoiseen henkilökuntaan sekä yksilölliseen tukeen ja ohjaukseen.

”Pääsee juttelemaan aina jos jokin mietityttää.”

”Kuunnellaan potilaiden toiveita.”

Myös intensiivipoliklinikan toimintaan liittyviä kehitysehdotuksia ja toiveita nousi esille.

”Olen tyytyväinen kaikkeen muuhun paitsi lääkehoitoon.”

”Mahtava henkilökunta! Toiminta liian suppeaa ja tilat aivan liian pienet.”

Potilaat toivat esille erityisesti ajanvietteeseen ja toiminnallisuuteen liittyviä toiveita.

”Enemmän ohjattua toimintaa.”

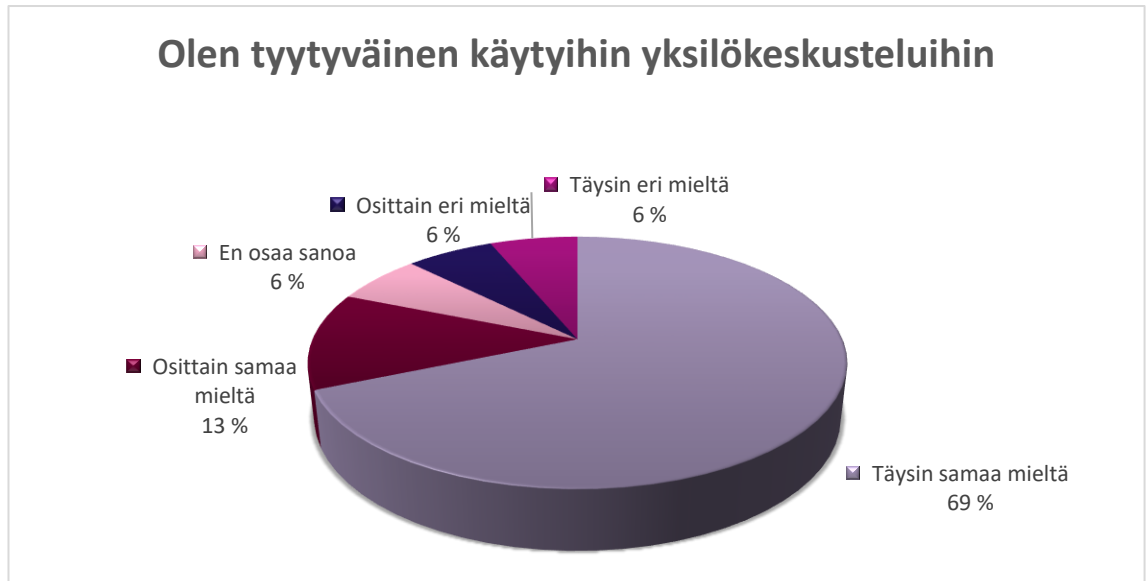
”Enemmän jonkinäköistä toimintaa päivän aikana.”

Seuraavaksi kyselylomakkeessa esitettiin väittämiä liittyen intensiivipoliklinikan hoitomuotoihin; yksilökeskusteluihin, ryhmätoimintaan ja vertaistukeen. Yksilökeskusteluihin käytetty aika koettiin täysin riittäväksi 62,5 % (n=10) mielestä ja osittain riittäväksi 18,8 % (n=3) mielestä. Yksi (6,3 %) potilas oli vastannut väittämään osittain eri mieltä. Kuitenkin keskustelujen määrällisestä riittävydestä osittain eri mieltä oli neljä potilasta. (Kuvio 7.) Valtaosa koki saaneensa käydyistä keskusteluista apua. Potilaista 56,3 % (n=9) oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja osittain samaa mieltä oli 31,3 % (n=5) potilasta. Täysin eri mieltä oli 6,3 % (n=1).



Kuvio 7. Yksilökeskusteluja on ollut riittävän usein

Lähes kaikki potilaat toivoivat saavansa keskustella saman sairaanhoitajan tai mielenterveyshoitajan kanssa, sillä väittämään vastanneista täysin samaa mieltä oli 68,8 % (n=11) ja osittain samaa mieltä 18,8 % (n=3) potilasta. Tämä oli toteutunut intensiivipoliklinikalla täydellisesti puolella (50,0 %, n=8) potilaista ja osittain 31,3 % (n=5) potilaalla. Osittain eri mieltä siitä, ovatko keskustelut toteutuneet saman sairaanhoitajan kanssa, oli 12,5 % (n=2) potilasta. Hoitosuhteen toimivuudesta täysin samaa mieltä olivat 81,3 % (n=13) potilasta, osittain samaa mieltä 6,3 % (n=1) ja osittain eri mieltä oli 6,3 % (n=1). Yleisesti potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä käytyihin yksilökeskusteluihin. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Olen tyytyväinen käytyihin yksilökeskusteluihin

Väittämien lisäksi myös avoimen kysymyksen avulla kartoitettiin asioita, joihin potilaat ovat tyytyväisiä yksilökeskusteluissa. Koettuun tyytyväisyyteen vaikutti hoitajan ominaisuudet ja aloitteellisuus, hoitosuhteen laatu, kokemus avunsaannista sekä rauhallinen ympäristö ja ilmapiiri.

”Saan pohtia asioita sairauteeni liittyen ja käymme vaikeita tilanteita läpi.”

”Hoitaja on aidosti kiinnostunut ja hoitaa asioitani.”

”Oikeasti kuunnellaan ja jos on joku ongelma, hoitaja ottaa yhteyden lääkäriin eikä vain levittele käsiään. Eli ongelmiin saa apua.”

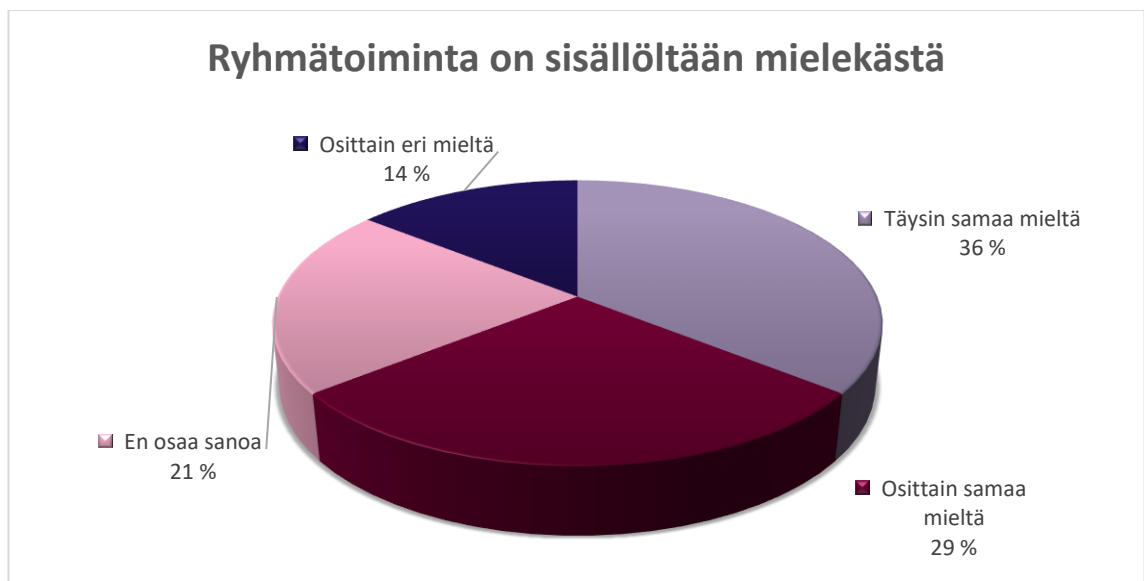
”Keskusteluja on tarpeeksi usein ja hoitajatkin pyytävät juttelemaan jos/kun itse ei uskalla/pysty pyytämään keskustelua.”

Yksilökeskusteluihin liittyvät kehitysideoita ja toiveita liittyivät pääsääntöisesti niiden määrään ja ajan riittävyteen. Potilaat toivoivat yksilökeskusteluja olevan useammin ja niiden olevan kestoaltaan pitempiä.

”Vähän pitempiä.”, ”Vähissä ovat.”, ”Useammin.”

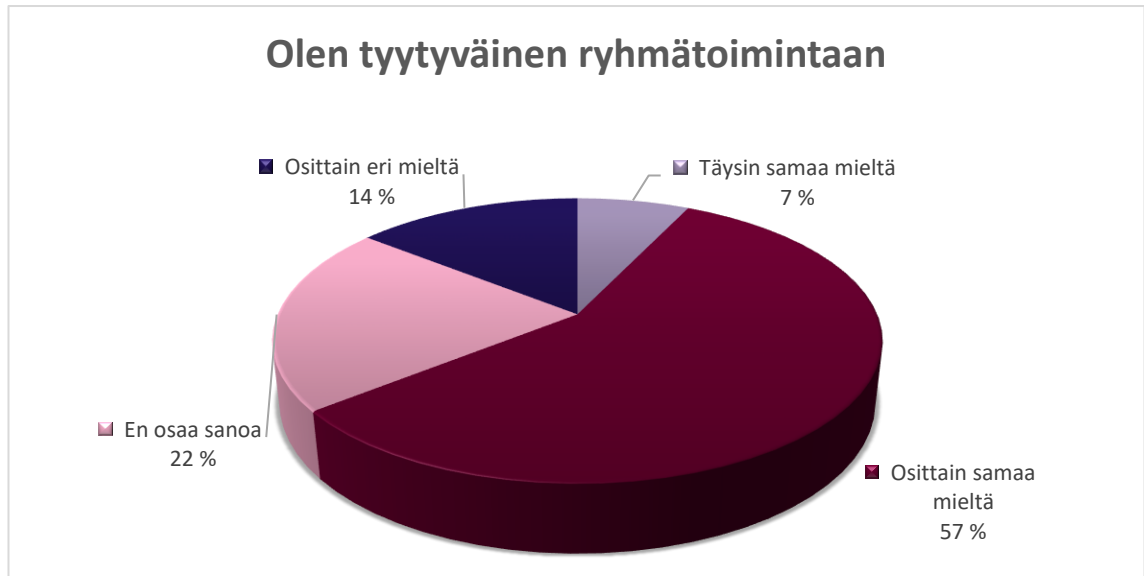
”Annettaisiin enemmän apua arkisiin asioihin ja niiden selviämiseen.”

Kartoitimme ryhmätoiminnan tyytyväisyyttä neljällä väittämällä. Ensimmäinen väittämä käsitteli ryhmätoiminnan sisällön mielekkyyttä. Potilaista kolmannes ei ollut vastannut ryhmätoimintaa käsitteleviin väittämiin lainkaan tai olivat valinneet vaihtoehdon ”En osaa sanoa”. Vastanneista hieman yli puolet koki ryhmätoiminnan sisällön jollain tapaa mielekkääksi. (Kuvio 9.) Ryhmätoiminnan määrällisessä riittävydessä oli jonkin verran tyytymättömyyttä potilaiden keskuudessa, sillä riittävydestä osittain eri mieltä oli neljä (28,6 %) ja täysin eri mieltä kaksi (14,3 %) väittämään vastannutta. Täysin riittäväksi ryhmätoiminnan koki kolme (21,4 %) ja osittain riittäväksi kaksi (14,3 %) vastaajaa.



Kuvio 9. Ryhmätoiminta on sisällöltään mielekästä

Ryhmätoimintaosuudessa eniten (35,7 %) ”En osaa sanoa” –vastauksia oli tullut väittämään, jossa kysyttiin, oliko potilas kokenut ryhmätoiminnasta olleen apua. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 21,4 % (n=3), osittain samaa mieltä 35,7 % (n=5) ja osittain eri mieltä 7,1 % (n=1) väittämään vastannutta. Yli puolet potilaista oli tyytyväisiä intensiivipoliklinikan ryhmätoimintaan. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Olen tyytyväinen ryhmätoimintaan

Ryhmätoimintatapahtumista ja –teemoista mielekkäimmiksi potilaat kokivat erityisesti mielenterveysjärjestö Balanssissa käymisen, hyvinvointi- ja positiivisuusryhmät, musiikkiin liittyvät ryhmät ja lautapelit.

”Kun olemme käyneet Balanssin toiminnassa.”

”Sellaiset joihin liittyy musiikkia.”

Ryhmätoimintaan liittyen potilaat olivat erityisen tyytyväisiä avoimeen ilmapiiriin, yhdessä tekemiseen, keskusteluihin ja vapaaehtoisuuteen. Ryhmätoiminnan kehittämiseksi ehdotettiin sen määrän lisäämistä. Myös toimivampia tiloja ja kuntosalitoimintaa kaivattiin.

”Rento ja kannustava ilmapiiri niinku koko polilla.”

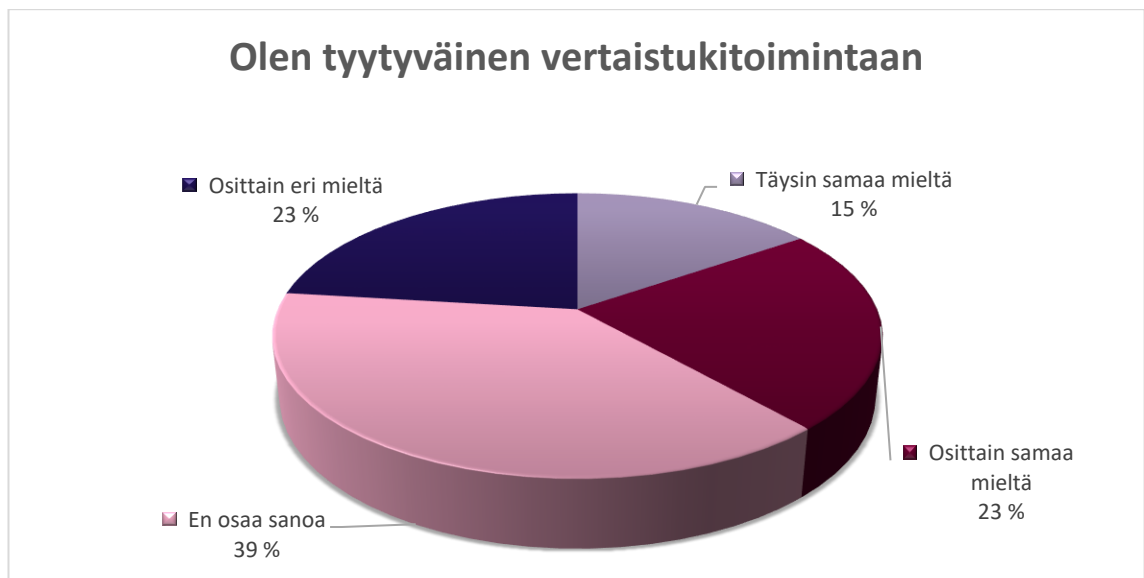
”Tilat täysin puutteelliset nyt. Suurin osa toiminnoista jäi Muurolaan.”

”Ryhmätoimintaa voisi olla useammin.”

Viimeisessä osiossa väittämät koskivat vertaistukea. Myös tässä osiossa oli verrattain muita osioita enemmän katoa vastauksissa. Vertaistukea koki saaneensa yhdeksän potilasta, joista kyseisen väittämän kanssa täysin samaa mieltä oli 14,3 % (n=2) ja osittain samaa mieltä oli 50,0 % (n=7) väittämään vastannutta. Vertaistuen saannista osittain eri mieltä oli 14,3 % (n=2) vastannutta. Vertaistuen riittävyys jakoi mielipiteitä vastaajien kesken. Vertaistuen osittain riittämättömäksi

koki 30,8 % (n=4) ja täysin riittämättömäksi 7,7 % (n=1) vastaajaa. Täysin riittäväksi sen puolestaan koki 15,4 % (n=2) ja osittain riittäväksi 30,8 % (n=4).

Viisi (38,5 %) väittämään vastannutta potilasta ei osannut sanoa ovatko he kokeneet vertaistuesta olleen apua ja kolme potilasta ei ollut vastannut väittämään lainkaan. Vastaajista täysin samaa mieltä oli 15,4 % (n=2), osittain samaa mieltä 30,8 % (n=4) ja osittain eri mieltä 15,4 % (n=2) siitä ovatko he kokeneet vertaistuesta olleen apua. Kolmannes potilaista koki olevansa tyytyväisiä intensiivipoliinikan vertaistukitoimintaan, mutta neljäsosa potilaista oli kyseisen väittämän kanssa osittain eri mieltä. Kuitenkaan vajaa puolet potilaista ei ollut osannut ottaa asiaan kantaa. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Olen tyytyväinen vertaistukitoimintaan

Lomakkeen viimeisissä kysymyksissä kysyttiin, mihin asioihin potilaat ovat tyytyväisiä vertaistukitoiminnasta ja kuinka he kehittäisivät vertaistukitoimintaa. Näihin avoimiin kysymyksiin tuli vastauksia vähäisissä määrin. Vastanneet potilaat kokivat hyödylliseksi mahdollisuuden jakaa kokemuksia muiden potilaiden kanssa. Vertaistukea toivottiin järjestettävän myös ohjattuna toimintana.

”Kuulee, että muilla on samanlaisia kokemuksia esim. sairaalajajasta kuin itsellä.”

”Olisi ns. ohjattuja vertaistukihetkiä.”

6 POHDINTA

6.1 Tulosten pohdintaa

Opinnäytetyössämme tarkoituksena oli selvittää, miten tyytyväisiä potilaat ovat tällä hetkellä intensiivipoliklinikan toimintaan sekä sieltä saamaansa hoitoon ja eri hoitomuotoihin. Tutkimuksen avulla halusimme lisäksi saada selville mitkä asiat potilaat ovat kokeneet toimiviksi intensiivipoliklinikalla sekä tuoda esille potilaslähtöisiä kehitysideoita intensiivipoliklinikan käytettäväksi. Tutkimustulokset potilastyytyväisyydestä ja sitä lisäävistä tekijöistä olivat samansuuntaisia kuin useissa psykiatrian erikoisalalla tehdyissä potilastyytyväisyyttä mittaavissa tutkimuksissa. Toisin kuin Kinnusen (2013, 17-18) tutkielmassa, tutkimuksessamme hoitosuhteen kestolla ei ollut merkittäviä vaikutuksia koettuun potilastyytyväisyyteen. Myöskään potilaiden iällä ei ollut selvää yhteyttä saatuihin tuloksiin.

Tutkimuksessamme havaittiin, että suurin osa intensiivipoliklinikan potilaista oli tällä hetkellä tyytyväisiä yksikön toimintaan ja saamansa hoitoon. Yleistä tyytyväisyyttä mitattaessa liki 75% vastanneista potilaista koki tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Osittain eri mieltä tyytyväisyydestään oli noin 12% vastanneista. Tutkimuksemme tuloksista kävi ilmi, että intensiivipoliklinikan potilaat olivat eniten tyytyväisiä hoitohenkilökuntaan ja hoitoympäristön ilmapiiriin. Hoitohenkilökunta miellettiin asiantuntevana ja heidän käytöksensä kunnioittavana ja ystävällisenä. Myös Kinnusen (2013, 14-16) tutkielmassa käy ilmi, että psykiatrian erikoisalalla potilaat ovat olleet useimmiten tyytyväisiä hoitohenkilökunnan ammattitaitoon. Kokko (2004, 115) tuo esille, että ammattitaitoinen ja käytöksellään potilaita kunnioittava henkilökunta on yksi oleellinen potilastyytyväisyyttä lisäävä tekijä.

Ilmapiiri intensiivipoliklinikalla koettiin myönteisenä ja tukevana. Lisäksi yksi eniten hoitoon tyytyväisyyttä lisäävä tekijä oli potilaiden kokemus siitä, että he ovat saaneet apua sitä tarvitessaan. Myös enemmistö potilaista koki hoitosuhteen hoitajan kanssa toimivaksi. Tämän suuntaisia tuloksia on saatu myös aiemmista potilastyytyväisyyttä mittaavista tutkimuksista mielenterveystyössä (Kinnunen 2013, 14-16).

Kinnusen (2013, 14-16) ja Kokon (2004, 115) tutkimuksissa riittävä vertaistuen saanti vaikutti koettuun potilastyytyväisyyteen. Tutkimuksessamme potilaat kokivat kehittämiskohteina vertaistuen ja ryhmätoiminnan riittävyyden sekä tilojen viihtyisyyden. Yli kolmannes potilaista koki vertaistuen saannin suhteen riittämättömyyttä. Ohjatun vertaistukitoiminnan lisääminen nousi yhtenä kehitysideana esille. Myöskin ryhmätoiminnan riittävyys koettiin osittain puutteellisena, mikä kävi ilmi sekä väittämien että avoimien kysymysten vastauksista.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä lähtökohtia ovat muun muassa potilaiden itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, anonymiteetti ja haavoittuvat ryhmät (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 223). Tutkimuksen eettisyys ja sen huomioiminen alkavat jo aiheenvalintaa tehdessä. Tällöin täytyy pohtia, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 129.) Lapin sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan ohjeiden mukaan potilaisiin kohdistuvissa tutkimuksissa potilaalle tehtävät yhteydenotot ohjautuvat hoitavan yksikön, tässä opinnäytetyössä Lapin sairaanhoitopiiriin intensiivipoliklinikan kautta (Lapin sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta 2009).

Tutkimukseen osallistunut kohderyhmä kuuluu erityisryhmään psyykkisen haavoittuvuutensa vuoksi, jolloin eettisyys ja sen huomioiminen korostuivat tutkimuksessamme (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 265; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 213). Kuitenkin tutkimuksemme tavoite kehittää intensiivipoliklinikan toimintaa potilaslähtöisesti, edellytti kyseiseltä kohderyhmältä kerättävää tietoa potilastyytyväisyydestä.

Haavoittuviin ryhmiin kohdistuva tutkimus on haaste tutkimusetiikalle. Haavoittuviin ryhmiin kuuluu esimerkiksi mielenterveysongelmaiset, lapset, raskaana olevat ja muistisairaat. Tutkimuksessa onkin aina erikseen arvioitava, miten näihin ryhmiin kuuluvilta voidaan saada tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221–222.) Kyselylomakkeita ja

kaessaan intensiivipoliklinikan henkilökunnalla oli mahdollisuus arvioida potilaidensa psyykinen kyvykyys tutkimukseen osallistumiselle, jotta heidän tietoisesta suostumuksestaan voidaan varmistua.

Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettinen perusta muodostuu ihmisoikeuksista, ja tutkijan velvollisuutena on tutkittavien suojan turvaaminen. Tutkimukseen osallistuville on selvitettävä ymmärrettävästi mistä tutkimuksessa on kyse sekä sen menetelmät ja tavoitteet. Tutkittavien suojaan kuuluu osallistuvien vapaaehtoinen suostumus, jolloin heillä on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Oleellista on myös osallistujien hyvinvoinnin turvaaminen, joka on asetettava kaiken edelle. Tutkimustietojen tulee olla luottamuksellisia, näin ollen saatuja tietoja ei luovuteta ulkopuolisille, eikä niitä käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Kaikkien osallistujien on jäätävä nimettömiksi, eikä heidän identiteettinsä saa paljastua missään vaiheessa tutkimusprosessia. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 131; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Kyselylomakkeen alussa esittelimme itsemme, opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteen sekä mihin saatuja tutkimustuloksia käytetään ja miten tulokset julkaistaan. Kyselylomakkeeseen vastaaminen ei vaatinut henkilötietoja, mutta korostimme kuitenkin, ettei osallistujien identiteetti tule ilmi missään vaiheessa tutkimusta. Toimme myös esiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Kyselylomakkeen yhteydessä annettiin suljettava kirjekuori tutkittavien yksityisyyden turvaksi. Lisäksi arvioimme avoimista kysymyksistä saatavien suorien lainauksien käytettävyyden identiteetin suojelemiseksi.

Kaikissa tutkimuksissa arvioidaan luotettavuutta, sillä tutkimusprosessi on aina altis erilaisille virheille, jotka voivat johtua tutkittavista, aineistosta tai tutkijasta (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kananen 2015, 338). Esimerkiksi tutkija voi vaikuttaa saatuihin tuloksiin valikoimalla aineistoa yleistulkinnallisin perustein sopiviksi tai tekemällä analyysivaiheessa vääriä johtopäätöksiä (Kananen 2015, 338). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Tämän luotettavuustarkastelun tarkoituksena on pyrkiä poistamaan osa virheistä (Kananen 2015, 338).

Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja pysyvyyttä, eli sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Esimerkiksi tulosta voidaan pitää reliaabelina, jos kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen tai jos samaa henkilöä tutkittaessa eri tutkimuskerroilla saadaan sama tulos. Reliabiliteetti ei takaa validiteettia, mutta validiteettia pidetään edellytyksenä reliabiliteetille. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kananen 2015, 343.)

Validiteetilla tarkoitetaan sitä, mittaako valittu mittari tai tutkimusmenetelmä juuri sitä, mitä on tarkoituksena mitata. Käytännössä tämä viittaa siihen kuinka hyvin teorian keskeiset käsitteet on pystytty luotettavasti muuttamaan kysymyksiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.) Mittaria tulee osata käyttää oikealla tavalla, oikeaan kohteeseen, ja jotta se tavoittaa kohteen, myös oikeaan aikaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kananen 2015, 343.) Voidaan pohtia, onko luotu mittari riittävän kattava vai jääkö jokin osa-alue mittaamatta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189).

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat meille anonyymejä jo alusta asti, emmekä olleet itse vaikuttamassa siihen, ketkä tutkimukseen osallistuvat. Näin ollen toimimme puolueettomasti. Esitetasimme kyselylomaketta lähipiirillämme, joiden huomioiden pohjalta muokkasimme kyselylomaketta toimivammaksi. Kyselylomakkeen huolellisella laadinnalla ja kysymysten tarkalla muotoilulla pyrimme välttämään sekä meidän että kohderyhmän välisiä väärinymmärryksiä. Lisäksi kyselylomakkeessa annoimme mahdollisuuden avoimiin vastauksiin, jolloin vastaajalla oli mahdollisuus tuoda esille asioita osa-alueista, joita emme mahdollisesti kartoittaneet kyselylomakkeen suljetuissa kysymyksissä. Avoimissa kysymyksissä vastaajan oli mahdollisuus omin sanoin tuoda mielipiteensä esille. Näitä vastauksia käytimme suorina lainauksina, jotta voitaisiin minimoida mahdolliset tulkintavirheet. Emme voi olla täysin varmoja vastattiinko kyselylomakkeen kysymyksiin sosiaalisesti toivottavalla tavalla. Kasvokkain tapahtuvan haastattelun sijaan anonyymia kyselylomaketta käyttämällä mahdolliset sosiaalisesti toivottavat vastaukset voivat olla vähäisempiä.

Jälkikäteen pohdittaessa intensiivipoliklinikan potilasmäärään ja odotettavissa olevaan vastausmäärään nähden toimittamamme kyselylomakemäärä oli turhan suuri. Osittain tästä johtuen vastausten kato (68 %) muodostui korkeaksi, vaikka

kaikki kyselyaikana intensiivipoliklinikalla olleet potilaat vastasivatkin kyselyyn. Pidemmällä vastausajalla katoprosentti olisi ollut alhaisempi. Osaan kysymyksistä huomattava määrä potilaista oli vastannut ”En osaa sanoa” tai kysymykseen ei ollut vastattu ollenkaan. Näin oli varsinkin vertaistukeen ja ryhmätoimintaan liittyvissä kysymyksissä. Vertaistukeen liittyvät kysymykset ovat voineet olla haastavia vastata, sillä voi olla vaikea havainnoida ja olla tietoisia missä tilanteissa vertaistukea on voitu saada. Kyseiset kysymykset olivat sijoitettuna lomakkeen viimeiselle sivulle, jolloin motivaatio kyselyyn vastaamiselle on voinut heikentyä tai vastaaja ei ole huomannut kysymysten jatkumista viimeiselle sivulle saakka.

Puolella kyselyyn vastanneista potilaista hoitajakso intensiivipoliklinikalla oli kestänyt alle kaksi kuukautta ja näistä kuudella potilaalla alle kolme viikkoa. Tästä syystä osaan kysymyksistä on voinut olla haastava vastata. Näitä kysymyksiä ovat voineet olla tukitoimiin, jatkohoitoon ja odotusten täyttymiseen liittyvät kysymykset. Toistettaessa tutkimus toisena ajankohtana voisi yksittäisten kysymysten vastausprosentti vaihdella potilaiden hoitosuhteiden keston mukaan. Uskomme kuitenkin, että toistettaessa tutkimus nousisi esille samansuuntaisia tuloksia potilastyytyväisyydestä intensiivipoliklinikalla.

6.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön avulla olemme oppineet näkemään potilastyytyväisyyden aiempaa laajempaa kokonaisuutena, johon voi vaikuttaa monet muutkin asiat kuin pelkkä hoidon tuloksellisuus. Potilastyytyväisyyteen vaikuttavien tekijöiden tiedostaminen ja huomioiminen ovat merkittävässä roolissa tulevassa ammattisamme sekä erilaisissa hoitotyön ja terveydenhoitotyön toimintaympäristöissä. Kootessamme tietoperustaa, saimme syvemmän osaamisen mielenterveyshoitotyöstä ja sen palvelujärjestelmästä. Koska ihminen on psykofyysissosiaalinen kokonaisuus, niin ennaltaehkäisevän kuin korjaavankin mielenterveyshoitotyön hallitsemista tarvitaan kaikkialla hoitotyössä.

Opinnäytetyöprosessi opetti meille suunnitelmallisuutta, yhteistyötaitoja sekä kokonaisuuden hallintaa ja asioiden yhteensovittamista. Lisäksi kehityimme tiedon-

hakutaidoissamme ja opimme hyödyntämään erilaisia hoitotyön näyttöön perustuvia lähteitä ja tietokantoja. Koemme, että kriittinen lukutaitomme on kehittynyt ja osaamme aiempaa paremmin löytää ja hyödyntää tarvitsemaamme tietoa. Määrällisen tutkimusmenetelmän avulla saimme hyvän kokemuksen kyselytutkimuksen toteuttamisesta, josta on hyötyä tulevassa työelämässä esimerkiksi hoitotyön kehittämiseen tähtäävien tutkimusten toteuttamisessa. Opinnäytetyöprosessin aikana opimme havaitsemaan tutkimuksen toteuttamiseen liittyviä mahdollisia ongelmatilanteita ja tulevaisuudessa ottamaan paremmin näitä asioita ennalta huomioon. Opinnäytetyöprosessissamme haasteelliseksi koitui aikataulun tiukkuus, joka voitaisiin jatkossa välttää huolellisella ja väljemmällä aikataulusuunnitelmalla.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Johtopäätöksenä opinnäytetyön tuloksista voidaan tulkita, että toiminta ja hoitotyö Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdepalvelujen intensiivipoliklinikalla oli potilaiden näkökulmasta toimivaa, ja kokonaisuudessaan potilaat kokivat olevansa suurimmaksi osin yksikön palveluihin tyytyväisiä. Potilaiden arvioimana osallisuus omaan hoitoon toteutui suurimmalla osalla hyvin ja ainakin osittain lähes kaikkien kohdalla. Hoitohenkilökunta intensiivipoliklinikalla oli ammattitaitoista ja käytökseltään ystävällistä ja potilaita kunnioittavaa. Potilaat kokivat saaneensa apua sitä tarvitessaan. Hoitohenkilökunnan tiedonanto oli riittävää ja ymmärrettävää. Intensiivipoliklinikan toiminnan kehittämiseksi ryhmätoimintaa ja ohjattua vertaistukitoimintaa olisi hyvä lisätä. Potilaat kokivat käynnit intensiivipoliklinikalla miellyttäväksi, mutta tilojen viihtyisyyteen ja toimivuuteen tulisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota.

Koska tutkimuksessamme kartoitettiin melko laajana kokonaisuutena intensiivipoliklinikan potilastyytyväisyyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä, voisi jatkotutkimuksena potilastyytyväisyysmittauksen rajata pienempään osa-alueeseen, kuten intensiivipoliklinikalla käytettyihin hoitomuotoihin. Vertaistuen saannin on havaittu useissa tutkimuksissa lisäävän merkittävästi potilastyytyväisyyttä. Tämän vuoksi potilaiden kokemuksia vertaistuesta ja sen saannista olisi aiheellista tutkia aiempaa syvemmin eri hoitotyön yksiköissä.

LÄHTEET

- Al-Abri, R. & Al-Balushi, A. 2014. Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. Viitattu 25.10.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3910415/>.
- Alanko, A. 2017. Improving mental health care. Finnish mental health policy rationale in the era of dehospitalisation. Väitöskirja. Viitattu 11.1.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/220946/IMPROVIN.pdf?sequence=1>.
- Anttila, M., Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L., Katajisto, J. & Välimäki, M. 2016. Informaatioteknologiaan pohjautuvan opetuksen toteutuminen mielen-terveystyössä – Potilaiden näkökulma. *Hoitotiede* Vol. 28 No 4, 274–285.
- Bruijn, T. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. *Suomen Lääkärilehti* 41/2006 vsk 61, 4219–4225. Viitattu 2.2.2018 https://moodle.eoppimispalvelut.fi/pluginfile.php/924424/mod_resource/content/1/K%C3%A4yt%C3%A4nn%C3%B6n%20psykoedukaatiota%20perheelle...artikkeli.pdf.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, R. 2012. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. Viitattu 2.2.2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363389/>.
- ETENE 2009. Mielenterveysetiikka – Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. ETENE-julkaisuja 25. Viitattu 25.10.2017 <http://etene.fi/documents/1429646/1559066/ETENE-julkaisuja+25+Mielenterveysetiikka+-+Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf/90f79932-aa31-4399-807f-5c2ee36d106d>.
- Fröjd, S., Laurila, A-M., Kilkku, N. & Kaltiala-Heino, R. 2003. ARVO –mielenterveyspalveluarvio mielenterveyspalvelujen käyttäjien kokemusten kuvaajana. Viitattu 23.2.2018 <http://www.pshp.fi/download/noname/%7B1F7E25D5-A130-42B4-A93C-53AD3B50EC3D%7D/365>.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Viitattu 30.8.2017 <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Acta187.pdf>.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. *Mieli ja Terveys*. Helsinki: Edita Prima.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. *Käytännön mielen-terveystyö*. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hyvönen, J. 2008. Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopion yliopisto. *Lääketiede*. Väitöskirja. Viitattu

2.2.2018 <http://www.oppi.uef.fi/uku/vaitokset/vaitokset/2008/isbn978-951-27-1160-4.pdf>.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveystoiminta. 5., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kinnunen, A. 2013. Potilaiden arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 23.2.2018 http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130421/urn_nbn_fi_uef-20130421.pdf.

Koikkalainen, P. & Rauhala, L. 2013. Potilaslähtöisyys – uhka vai mahdollisuus? Tutkiva Hoitotyö: Hoitotieteellinen aikakauslehti Vol. 11 No 2, 44–46.

Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Oulun yliopisto. Hoitotiede. Väitöskirja. Viitattu 25.10.2017 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514273435.pdf>.

Kontio, R., Ala-Nikkola, T., Wahlbeck, K., Vastamäki, M. & Joffe, G. 2015. Laitoshoidosta avohoitoon – näyttö käyttöön mielenterveystyön palvelujärjestelmän uudistamisessa. Tutkiva Hoitotyö: Hoitotieteellinen aikakauslehti Vol. 13 No 4, 44–46.

Koponen, T., Jähi, R., Männikkö, M., Lipponen, P., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2012. Mielenterveyspotilaan läheisen olemisen moninaisuus – tutkimuskohteena vertaisryhmä. Hoitotiede Vol. 24 No 2, 138–149.

Kuusela, S. 2017. Opinnäytetyöhön liittyvää materiaalia. Sähköposti saana.kantola@edu.lapinamk.fi 16.10.2017.

Laitila, M. & Pietilä, A-M. 2012. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkiva Hoitotyö: Hoitotieteellinen aikakauslehti Vol. 10 No 1, 22–29.

Lapin AMK. Turvallisuusosaaminen. Viitattu 7.9.2017 <http://www.lapinamk.fi/fi/Esittely/Lapin-AMKin-strategia/Turvallisuusosaaminen>.

Lapin sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta 2009. Lapin sairaanhoitopiirissä tehtävien opinnäytetöiden eettinen ohjeistus. Viitattu 7.9.2017 http://www.lshp.fi/fi-FI/Ammattilaisille/Opiskelijat__Sosiaali_ja_terveydenhuolto.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Mental Health Foundation. Peer support. Viitattu 22.10.2017 <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/p/peer-support>.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Miettinen, M. & Kvist, T. 2015. Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä ja johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta? *Hoitotiede* Vol 27. No 1, 18–30.

Nguyen, D. 2017. Evidence Summary. Psychiatric Disorder Management: Day Hospital Care vs Inpatients Care. The Joanna Briggs Institute. Viitattu 29.10.2017 http://ez.lapinamk.fi:2133/sp-3.27.1a/ovid-web.cgi?&S=LOLJPDMBLHHFKAOIFNGKPGPFJEG-DAA00&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl_190.

Niemelä, S. & Blanco-Sequeiros 2015. Psykiatrian merkitys korostuu sosiaali- ja terveystalouden yhdistyessä. Viitattu 11.1.2018 <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2015/6/duo12161>.

Prakash, B. 2010. Patient Satisfaction. Viitattu 25.10.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3047732/>.

Pölkki, T. 2013. Tutkimustiedon tuottaminen potilaan näkökulmasta. *Tutkiva Hoitotyö: Hoitotieteellinen aikakauslehti* Vol. 11 No 2, 3.

Ruggeri, M. & Tansella, M. 2002. To what extent do mental health services meet patients` needs and provide satisfactory care? Viitattu 23.2.2018 https://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2002/03000/To_what_extent_do_mental_health_services_meet.12.aspx.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 31.1.2018 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi35050#K1>.

Smith, G., Ruiz-Sancho, A. & Gunderson, J. 2001. An Intensive Outpatient Program for Patients With Borderline Personality Disorder. Viitattu 22.10.2017 <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.52.4.532>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 23.10.2017. <http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma – Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Viitattu 30.8.2017 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69912/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>.

SOTKANet 2017. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit / 1 000 18 vuotta täyttäneitä. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.8.2017 https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=s_Y1BgA=®ion=szY1BwA=&year=sy4rtzbW0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2006. Substance Abuse: Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment. Viitattu 22.10.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64093/>.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2014. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 11., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 136–220.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Linjaukset. Viitattu 10.12.2017 <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/linjaukset>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 23.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Asiakkaan ääni on vahvistunut mielen-terveys- ja päihdepalveluissa. Viitattu 25.10.2017 <https://www.thl.fi/fi/-/asiakkaan-aani-on-vahvistunut-mielenterveys-ja-paihdepalveluissa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a. Potilasturvallisuus. Viitattu 7.9.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 23.10.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>.

Tietoa psykoosista: Haavoittuvuus-stressi-malli 2014. Videonauhoite. Toim. Mielenterveystalo. Youtube-video. Viitattu 31.1.2018 https://www.youtube.com/watch?v=p_GA0yOI-A4.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

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

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Teke-sin katsaus 28/2011. Viitattu 25.10.2017 <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>.

Wahlbeck, K., Hannukkala, M., Parkkonen, J., Valkonen, J. & Solantaus, T. 2017. Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. Viitattu 31.1.2018 <http://ez.lapinamk.fi:2866/duo13731>.

WHO 2014. Mental health: a state of well-being. Viitattu 10.12.2017 http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Tutkimuslupa
- Liite 3. Kyselylomake

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdehoitopalvelut, Intensivipoliklinikka Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Johanna Erholtz, 040 730 3364, johanna.erholtz@lshp.fi	
	Työn aihe Potilastyytyväisyys Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdehoitopalvelujen intensiivipoliklinikalla	
Tekijä	Nimi Pila Lämsä Saana Kantola	Opiskelijanumero A1501476 A1401439
	Katuosoite Rantavälikantie 20 G Väylätie 47 A 30	Postinumero 96300 Postitoimipaikka Rovaniemi
	Puhelin 045 114 4546 050 337 3988	Sähköpostiosoite pila.lamsa@edu.lapinamk.fi saana.kantola@edu.lapinamk.fi
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoitaja AMK Terveydenhoitaja AMK	Ryhmätunnus R72H15S R72T15S
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Sirpa Kaukiainen	Tehtävänimike Lehtori
	Toimipaikka ja osoite Lapin ammattikorkeakoulu, Jokiväylä 11 96300 Rovaniemi	
	Puhelin 040 052 6897	Sähköpostiosoite sirpa.kaukiainen@lapinamk.fi
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtaan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Rovaniemi 26.1.2018	<i>[Handwritten signature]</i>
Tekijä	Rovaniemi 18.1.2018	<i>[Handwritten signature]</i>
Lapin AMK	Rovaniemi 18.1.2018	<i>[Handwritten signature]</i>

Liite 2 1(3)



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
LAPPI BUOHCCEDIKŠUNBIIRE

1 (4)

TUTKIMUKSEN TIEDOT	
<input checked="" type="checkbox"/> Uusi hakemus <input type="checkbox"/> Jatkoaika aiemmalle tutkimukselle <input type="checkbox"/> Muutos aiempaan hakemukseen, mikä	
Tutkimuksen lyhyt nimi Potilastyytyväisyys Lapin sairaanhoitopiirin mielen terveys- ja päihdehoitopalvelujen intensiivipoliklinikalla	
Tutkimusdiarinumero	TUT 2/2018
Pääkaavanumero 902 (kts. ohje)	
Tutkimuksen luonteen määrittely (allihakusana, voi valita useita) <input type="checkbox"/> Tilaustutkimus <input type="checkbox"/> Lääketutkimus, Eudra CT-numero <input type="checkbox"/> Laitetutkimus <input type="checkbox"/> Rekisteritutkimus <input type="checkbox"/> Hoitomenetelmävertailututkimus <input type="checkbox"/> Kudostutkimus <input type="checkbox"/> Alkio- tai sikiötutkimus <input type="checkbox"/> Translationaalinen tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> Terveyspalvelujärjestelmän toimintaa, kehittämistä ja vaikuttavuutta koskeva tutkimus <input type="checkbox"/> Muu tutkimus	
Opinnäyte <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> Licensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Syventävä työ <input checked="" type="checkbox"/> AMK opinnäytetyö <input type="checkbox"/> YAMK opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	
Tutkimuksen vastuuhenkilö PPSHP:ssä	Sirpa Kaukiainen, Sirpa.Kaukiainen@lapinamk.fi , 040 052 6897 Ohjaava opettaja
Muut tutkimusryhmän jäsenet (nimi, vastuualue)	
Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, vastuualue)	Saana Kantola, terveydenhoitajaopiskelija Piia Lämsä, sairaanhoitajaopiskelija
Tutkimuspaikat	<input type="checkbox"/> Operatiivinen <input type="checkbox"/> Medisiininen <input checked="" type="checkbox"/> Mie-Pä <input type="checkbox"/> Päivystys-ensihoito <input type="checkbox"/> Sairaanhoidolliset tukipalvelut <input type="checkbox"/> Perusterveydenhuolto <input type="checkbox"/> Keskushallinto Vastuualue Lapin sairaanhoitopiirin mielen terveys- ja päihdehoitopalvelujen intensiivipoliklinikka
PPSHP:n ulkopuoliset tutkimuspaikat	
Tutkimuksen toteutusaika ja tutkimusluvan voimassaoloaika	8.1.2018 – 31.5.2018 (Lupa myönnetään pääsääntöisesti enintään viideksi vuodeksi)
Tutkimuksen kustannukset	<input type="checkbox"/> Tutkimus aiheuttaa LSHP:lle kustannuksia (laboratorio, kuvantaminen, yms.). Arvio vuosittaisista kustannuksista (selvitys tutkimussuunnitelmaan tai liitteeksi): <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksesta ei aiheudu sairaanhoitopiirille ylimääräisiä kustannuksia
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma	<input type="checkbox"/> VTR, projektinumero (yleensä K): <input type="checkbox"/> Kaupallinen tutkimus projektinumero (yleensä T): , sopimusnumero: <input checked="" type="checkbox"/> Muu rahoittaja, mikä: opinnäytetyön tekijät

Liite 2 2(3)



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
LAPPI BUOHCCEDIKŠUNBIIRE

2 (4)

Muut tarvittavat viranomaisluvut tai lausunnot

- Eettinen toimikunta Fimea Valvira (kudosluvut) Valvira (laitetutkimukset) THL
 LSHP rekisteritutkimuslupa LSHP rekisteritutkimuslupa; ilmoitusvelvollisuus Tietosuojavaltuutetun toimistoon Muu, mikä:

LUVAN HAKIJAN TIEDOT JA ALLEKIRJOITUS

Nimi: Saana Kantola
Piia Lämsä

Osoite:

Puhelin:

Sähköposti: Saana.Kantola@edu.lapinamk.fi
Piia.Lamsa@edu.lapinamk.fi

Päiväys ja luvanhakijan/vastuuhenkilön allekirjoitus:

Saana Kantola
Saana Kantola
8.1.2018

Piia Lämsä
Piia Lämsä

Allekirjoituksellani sitoudun omasta ja tutkimusryhmän puolesta noudattamaan LSHP:n ohjeistusta sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä. Olen informoinut asianosaiset ja esimiehet ja sopinut resurssien käytöstä.

LIITTEET

- Tutkimussuunnitelma
 Tiedote ja suostumus tutkittavalle
 Rekisteriseloste
 Kustannuserittely
 Tutkimussopimus ja/tai rahoituspäätös
 Muu, mikä:

Viranomaisluvut/lausunnot:

- Eettisen toimikunnan puoltava lausunto
 Fimean käsittelyilmoitus
 Valviran lupa
 THL:n lupa
 Muu viranomainen, mikä:

TOIMINTAYKSIKÖN KANNANOTTO (yksi tai useampia kukin yksiköstään, jossa tutkimus toteutetaan)

Puollan hakemusta

En puolla hakemusta (hakemus esitetään siitä huolimatta päättäjälle)

Päivämäärä

Allekirjoitus

8.1.2018

merk. Johanna Erhoiz, ylihoitaja

PÄÄTÖS (yksi seuraavista: Johtajayliääkäri, hallintoylihoitaja, tulosalueen johtaja, tulosalueen ylihoitaja)

Lupa myönnetään hakemuksen mukaisesti

Lupa myönnetään seuraavin korjauksin/ehdoin

Hakemus hylätään, miksi:

Päivämäärä

Allekirjoitus

8.1.2018

Katri Vuopala

Katri Vuopala, LT
vs.johtajayliääkäri
Lapin sairaanhoitopiirin ky.



Valmis tutkimustyö/opinnäytetyö lähetetään Lshp:lle sähköpostilla: paivi.posio@lshp.fi

OHJEET	
<p>Tutkimusluvan myöntäjät löytyy Lshp intrasta: http://intra.lshp.fi/download.aspx?ID=3308&GUID={AD8EBD4A-0403-42CE-A36C-ACF05F1F4BD4}</p> <p>Tutkimusdiariin tutkimuksen kirjaa johtajaylilääkärin sihteerin.</p> <p>Valmis tutkimustyö/opinnäytetyö lähetetään Lshp:lle sähköpostilla: paivi.posio@lshp.fi</p>	
<p>PÄÄKAAVANUMEROT</p> <p>LÄÄKETIETEELLISET TUTKIMUKSET</p> <p>Kliiniset tutkimukset 831 Kansainvälinen monikeskustutkimus 841 Kansallinen monikeskustutkimus 851 Kansallinen yhden keskuksen tutkimus</p> <p>Läketutkimukset 833 Kansainvälinen monikeskustutkimus 843 Kansallinen monikeskustutkimus 853 Kansallinen yhden keskuksen tutkimus</p> <p>Perustutkimukset 830 Kansainvälinen monikeskustutkimus 840 Kansallinen monikeskustutkimus 850 Kansallinen yhden keskuksen tutkimus</p> <p>Kyselytutkimukset 836 Kansainvälinen monikeskustutkimus 846 Kansallinen monikeskustutkimus 856 Kansallinen yhden keskuksen tutkimus</p> <p>Palvelurakennetutkimukset 832 Kansainvälinen monikeskustutkimus 842 Kansallinen monikeskustutkimus 852 Kansallinen yhden keskuksen tutkimus</p> <p>Muu tutkimukset 839 Kansainvälinen monikeskustutkimus 849 Kansallinen monikeskustutkimus 859 Kansallinen yhden keskuksen tutkimus</p> <p>Muut lääketieteelliset tutkimukset 860 Lääketieteen syventävät opinnäytetyöt 862 Väitöskirjat 865 Muut tutkimukset</p>	<p>SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON, TERVEYSTIETEIDEN JA MUUT TUTKIMUKSET</p> <p>Ammattikorkeakoulussa tehdyt opinnäytetyöt 900 Sos.-ja terv.huollon opinnäytetyöt (ylempi AMK-tutkinto) 901 Muut opinnäytetyöt 902 Sos.-ja terv.huollon opinnäytetyöt (perustutkinto)</p> <p>Gradut 910 Hoitotieteelliset tutkimukset 911 Terveystieteelliset tutkimukset 912 Muut tutkimukset</p> <p>Lisensiaattityöt ja väitöskirjat 920 Hoitotieteelliset tutkimukset 921 Terveystieteelliset tutkimukset 922 Muut tutkimukset</p> <p>Muut tieteelliset tutkimukset 930 Hoitotieteelliset tutkimukset 931 Terveystieteelliset tutkimukset 932 Muut tutkimukset</p>

Liite 3 1(6)

1



Hei!

Olemme sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoita Lapin ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötilastyytyväisyydestä Lapin sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdepalvelujen intensiivipoliklinikalla. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tämän kyselylomakkeen avulla selvittää, miten tyytyväisiä olette intensiivipoliklinikalta saamaanne hoitoon, mitkä asiat olette kokeneet toimiviksi ja miten kehittäisitte toimintaa. Tämän tiedon avulla intensiivipoliklinikalla on mahdollisuus kehittää toimintaansa teidän näkökulmat huomioiden.

Osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömästi. Kyselylomakkeista saatavat tiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä vastauksia voi yhdistää osallistujiin. Kyselylomakkeista saatavat tulokset esitetään valmiissa julkisessa opinnäytetyössä keväällä 2018. Lomakkeet hävitetään asianmukaisella tavalla vastausten analysoinnin jälkeen.

Vastaamiseen kuluu aikaa n. 10 minuuttia. Palautathan täytetyn kyselylomakkeen **kirjekuoreen suljettuna** hoitajalle.

Ystävällisin terveisin,

Piia Lämsä ja Saana Kantola

Valitse vastausvaihtoehdoista yksi.

1. Ikäsi?

18-25 v 26-35 v 36-45 v 46-54 v 55-64 v yli 65 v

2. Kuinka kauan olet käyttänyt intensiivipoliklinikan palveluita?

alle viikon 1-3 viikkoa 1-2 kuukautta 3-5 kuukautta yli 6 kuukautta

3. Mitä kautta hakeuduit intensiivipoliklinikalle?

muusta avohoidon yksiköstä psykiatriselta sairaalaosastolta

jostain muualta, mistä?

Liite 3 2(6)

2

4. Minkä ammattiryhmän palveluita olet saanut intensiivipoliklinikalla? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- o lääkäri/psykiatri o sairaanhoitaja/mielenterveyshoitaja o toimintaterapeutti
 o psykologi o fysioterapeutti o sosiaalityöntekijä

Seuraavaksi esitämme väittämiä. Valitse parhaiten mielipidettäsi kuvaava vastausvaihtoehto väliltä täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä.

Huomioithan, että väittämät koskevat hoitajaksoasi intensiivipoliklinikalla.

5. Hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
<i>Olen osallistunut hoitoni suunnitteluun</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Olen saanut riittävästi tietoa hoitosuunnitelmastani</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Olen osallistunut hoitajaksoni tavoitteiden asettamiseen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hoitajaksoni tavoitteet ovat tiedossani</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Mielipiteeni on otettu huomioon hoitoani koskevissa asioissa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Olen saanut riittävästi tietoa omasta tilanteestani ja/tai sairaudestani</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tietoa on annettu ymmärrettävästi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Omaiseni/läheiseni on huomioitu hoidossani</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Olen kokenut tulleeeni kuulluksi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Olen saanut tietoa muista tukitoimista (esim. sosiaaliset tuet)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Olen osallistunut jatkohoitoni suunnitteluun</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liite 3 3(6)

3

6. Hoitoympäristö ja henkilökunta

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
<i>Henkilökunta on asiantuntevaa</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Henkilökunnan käytös on kunnioittavaa ja ystävällistä</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ilmapiiri intensiivipoliklinikalla on myönteinen ja tukeva</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Intensiivipoliklinikan sijainti on hyvä</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Intensiivipoliklinikalle on helppo tulla</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Aukioloajat ovat riittävät/sopivat</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Intensiivipoliklinikan tilat ovat viihtyisät</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Koen käyntini intensiivipoliklinikalla miellyttäväksi</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Hoito intensiivipoliklinikalla

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
<i>Olen päässyt hoitoon riittävän nopeasti</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Olen saanut apua sitä tarvitessani</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hoito on edistänyt toipumistani</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hoito intensiivipoliklinikalla on vastannut odotuksiani</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hoito intensiivipoliklinikalla mukautuu hyvin arkeeni</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Olen tyytyväinen saamaani hoitoon intensiivipoliklinikalla</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Mihin asioihin erityisesti olet tyytyväinen tällä hetkellä intensiivipoliklinikan toiminnassa?

Liite 3 4(6)

4

9. Mitä kehittämissideoita sinulla on liittyen intensiivipoliklinikan toimintaan?

Seuraavat väittämät koskevat intensiivipoliklinikan hoitomuotoja.

10. Yksilökeskustelut hoitohenkilökunnan kanssa

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
<i>Keskusteluihin on varattu riittävästi aikaa</i>					
<i>Keskusteluja on ollut riittävän usein</i>					
<i>Koen keskusteluista olleen apua</i>					
<i>Käyn keskustelut mieluiten saman sairaanhoitajan/mielenterveyshoitajan kanssa</i>					
<i>Keskustelut on käyty saman sairaanhoitajan/mielenterveyshoitajan kanssa</i>					
<i>Koen hoitosuhteeni sairaanhoitajan/mielenterveyshoitajan kanssa toimivaksi</i>					
<i>Olen tyytyväinen käytyihin yksilökeskusteluihin</i>					

11. Mihin asioihin olet tyytyväinen yksilökeskusteluissa?

Liite 3 5(6)

5

12. Miten kehittäisit yksilökeskusteluja?

13. Ryhmätoiminta

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
<i>Ryhmätoiminta on sisällöltään mielekästä</i>					
<i>Ryhmätoimintaa on riittävän usein</i>					
<i>Koen ryhmätoiminnasta olleen apua</i>					
<i>Olen tyytyväinen ryhmätoimintaan</i>					

14. Mitkä ryhmätoimintapahtumat tai -teemat olet kokenut mielekkäimmiksi?

15. Mihin asioihin olet tyytyväinen ryhmätoiminnassa?

Liite 3 6(6)

6

16. Miten kehittäisit ryhmätoimintaa?

17. Vertaistuki

Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
---------------------------	-----------------------------	---------------------	---------------------------	-------------------------

*Olen saanut vertaistukea**Vertaistuen määrä on ollut riittävää**Koen vertaistuesta olleen apua**Olen tyytyväinen vertaistukitoimintaan*

18. Mihin asioihin olet tyytyväinen vertaistukitoiminnassa?

19. Miten kehittäisit vertaistukitoimintaa?

Kiitos vastaamisesta kyselyyn!