

LAMK Lahden ammattikorkeakoulu
Lahti University of Applied Sciences

Asiakastyytyväisyys mielenterveyspalveluiden avohoidon vastaanotoilla

Asiakastyytyväisyyskyselylomakkeen
kehittäminen

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Nummela Laura
Nykänen Sanna

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

NUMMELA, LAURA

NYKÄNEN, SANNA: Asiakastyytyväisyys mielenterveyspalveluiden
avohoidon vastaanotoilla
Asiakastyytyväisyyskyselylomakkeen
kehittäminen

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 50 sivua, 4 liitesivua
Kevät 2016

TIIVISTELMÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa asiakastyytyväisyyskyselylomake käytettäväksi Lahden pääterveysasemalla toimivien psykiatristen sairaanhoitajien ja psykologien vastaanotoilla.

Tuotoksen tarkoitus oli antaa vastaanottojen asiakkaille mahdollisuus kertoa heidän näkemyksensä siitä miten hoito on toteutunut, mikä heitä on auttanut toipumisessa ja missä olisi kehitettävää. Asiakkailta saatu tieto antaa työntekijöille mahdollisuuden kehittää omaa työtään sekä vastaanottojen toimintaa asiakaslähtöisemmäksi ja tarkistaa, että hoito toteutuu annettujen suositusten mukaan.

Tuotos valmistui tiiviissä yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Kehitysprojektin pohjana toimi tietoperusta, johon kerättiin tutkimustietoa asioista jotka vaikuttavat asiakkaiden kokemaan tyytyväisyyteen ja laatuun mielenterveyspalveluiden avohoidon toimintaympäristöissä. Tietoperusta toimi pohjana kun kyselylomaketta kehitettiin toimeksiantajan tarpeisiin vastaavaksi.

Tuotoksen pohjana toimiva tutkimustieto osoittaa, että asiakkaat näkevät hoidon laadun positiivisena käsitteenä. Asiakkaiden tyytyväisyyteen eniten vaikuttavia tekijöitä ovat kohtaaminen ja vuorovaikutus, tiedonsaanti, asiakaskeskeisyys ja osallisuuden mahdollisuus.

Asiasanat: laatu, asiakastyytyväisyys, osallisuus, mielenterveyspalvelut, avohoito

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

NUMMELA, LAURA

NYKÄNEN, SANNA:

Client satisfaction in mental health services
outpatient receptions

Development of a client satisfaction questionnaire

Bachelor's Thesis in Nursing
Spring 2016

50 pages, 4 pages of appendices

ABSTRACT

The goal of this practice-based thesis was to develop a client satisfaction questionnaire to be used at receptions of psychiatric nurses and psychologists in the main health center of Lahti.

The purpose of this thesis was to give the clients an opportunity to tell how their treatment is being implemented, what has helped them towards recovery and what could be improved. Information coming from clients gives the employees an opportunity to develop their own work and the procedures of the receptions. It is also an opportunity find out if treatment is being implemented according to the recommendations.

The questionnaire was developed in tight collaboration with the commissioner. Information was gathered about factors affecting client satisfaction and quality in outpatient settings of mental health services. Information from research was used as a foundation for the questionnaire. The questionnaire was developed according to the commissioner's wishes.

The information gathered for this thesis shows that clients recognize the quality of care as a positive concept. Factors that affect the most clients' satisfaction are: encountering and interaction, access to information, client centeredness and the opportunity to be involved.

Key words: quality, client satisfaction, involvement, mental health services, outpatient care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	2
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	3
4	TIEDONHAKU	4
5	LAATU JA ASIAKASTYYTYVÄISYYS MIELENTERVEYSPALVELUISSA	5
5.1	Laatu	5
5.1.1	Lainsäädäntö	6
5.1.2	Laatusuositukset	6
5.2	Asiakastyytyväisyys	8
5.3	Asiakastyytyväisyyden merkitys hoidolle	9
5.4	Kohtaaminen ja vuorovaikutus	10
5.5	Tiedonsaanti	13
5.6	Asiakaskeskeisyys	14
5.7	Osallisuus	15
5.7.1	Osallisuus omaan hoitoon	16
5.7.2	Osallisuus palveluiden kehittämiseen	17
5.8	Muita asiakastyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä	18
6	ASIAKASTYYTYVÄISYYDEN MITTAAMINEN	20
6.1	Kyselylomake	21
6.2	Kyselyn validiteetti ja reliabiliteetti	22
6.3	Erlaisia mittareita	23
7	KYSELOMAKKEEN LUOMINEN	28
7.1	Mielenterveystyön avohoidon palvelut Lahdessa	28
7.2	Psykiatrinen kuntoutustyöryhmä	29
7.3	Psykiatrinen vastaanottotyöryhmä	29
7.4	Tarve kyselylomakkeelle	30
7.5	Projektin eteneminen	30
7.6	Tuotos	35
8	POHDINTA	37
8.1	Asiakastyytyväisyyden mittaaminen	37
8.2	Pohdintaa tuotoksesta	37

8.3	Opinnäytetyön luotettavuus	39
8.4	Opinnäytetyö oppimisprosessina	40
8.5	Jatkotutkimusehdotuksia	42
	LÄHTEET	43
	LIITTEET	51

1 JOHDANTO

Terveydenhuolto on kehittymässä koko ajan potilas- ja yksilökeskeisemmäksi. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaasta on tulossa aktiivinen toimija, ei vain toimien kohde. Mielen terveystyössä potilaan osallisuus hoitoon on tunnustettu arvo ja tavoite. Potilaan osallisuuteen liittyy asiakaslähtöisyys, sen toteuttamisessa on edelleen puutteita. (Laitila 2010, 2.)

Yksi painopistealueista kehitettäessä mielen terveystyöpalveluita on kokemusasiantuntijoiden käyttö suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioitaessa palveluita. Heidän asiantuntemustaan palveluista tulisi käyttää nykyistä enemmän. (Mielen terveystyö- ja päihdesuunnitelma 2009, 13, 20.) Palveluiden käyttäjien näkökulmat ovat yhä tärkeämpiä mielen terveystyöpalveluille. Jotta pystymme tulevaisuudessakin vastaamaan mahdollisimman hyvin ja kustannustehokkaasti kansalaisten tarpeisiin, on heidän näkökulmansa otettava mukaan palveluita kehitettäessä. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 53.) Asiakastyytyväisyyttä kartoittamalla saadaan taustaa toiminnan kehittämiseksi ja yhä enemmässä määrin ovat terveydenhuollon organisaatiot kiinnostuneita keräämään tietoa toimintansa palveluidensa toimivuudesta osana laatutyön kehittämistä (Meronen & Pylkkänen 2005, 3035).

Tämän opinnäytetyö on kehittämisprojekti, jonka tuotoksena on valmistunut asiakastyytyväisyyskysely Lahden pääterveysasemalla toimivan psykiatrisen vastaanottojärjestelmän vastaanotoilla käytettäväksi. Tarve kyselylle on noussut työryhmän työntekijöiltä. Työryhmän työntekijät ovat kiinnostuneita kuulemaan palautetta tekemästään työstä sekä asiakkaiden kokemuksia siitä, mikä heitä on auttanut. Kyselyllä on tarkoitus kerätä myös asiakkaiden ajatuksia kehittämisen kohteista. Näiden lisäksi kysely pyrkii kiinnittämään asiakkaan huomiota omaan osuuteensa ja vastuuseensa toipumisestaan.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa asiakastyytyväisyyskysely käytettäväksi Lahden kaupungin psykiatrisen vastaanottoyöryhmän vastaanotoilla.

Tarkoituksena on lisätä tietoisuutta vastaanottojen asiakkaiden tyytyväisyydestä palveluihin ja heidän näkökulmistaan hoidon vaikuttavuuteen ja laatuun.

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö on prosessi, jossa mukana on tekijöiden lisäksi muita toimijoita. Prosessin tavoitteena on jokin tuotos, esimerkiksi esite, perehdytyskurssi tai hanketyyppinen toteutus tuotekehityksen muodossa. Oleelliseksi osaksi toiminnallisessa opinnäytetyössä nousee vuorovaikutus toimijoiden tai toimeksiantajan ja tekijöiden välillä.

Toiminnallinen opinnäytetyö yhdistää toiminnallisuuden, tutkimuksellisuuden, teoreettisen tiedon sekä raportoinnin yhdeksi kokonaisuudeksi. Tekijöiden on osoitettava kykyä yhdistää ammatin teoreettinen tieto käytäntöön, pohtia alan teorioita ja käsitteitä kriittisesti sekä kehittää oman alan ammattikulttuuria. (Lahtinen & Mustonen 2015, 4-5; Vilka & Airaksinen 2003, 9, 42.)

Tutkimustiedon kerääminen voi liittyä tuotoksen ideointi- tai kehittämisvaiheeseen. Käytetyn tiedon tulisi liittyä siihen millainen kohderyhmä opinnäytetyön tuotoksella on. Valintojen ja ratkaisujen perustelu sekä pohtiva ja kriittinen ote kirjoittamisessa osoittavat tutkimuksellisuutta toiminnallisessa opinnäytetyössä. (Lahtinen & Mustonen 2015, 5.)

Tutkimukselliseen opinnäytetyöhön verrattuna toiminnallisessa opinnäytetyössä ei kuvata käytetyn aineiston käsittely- ja analyysimenetelmiä yhtä perusteellisesti, ne on kuitenkin kuvattava selkeästi ja tarkoituksenmukaisesti. Painotus on toiminnan kuvaamisessa jonka on lukijalle oltava niin selkeää, että toiminnan etenemistä voi raportista seurata aukottomasti. (Lahtinen & Mustonen 2015, 5.)

4 TIEDONHAKU

Tiedonhaku aloitettiin tutustumalla aiemmin tehtyihin samankaltaisiin opinnäytetöihin joista saatiin ajatusta työn keskeisistä käsitteistä ja prosessista yleensä.

Aineistoa haettiin liittyen mielenterveyspalveluiden avohoidon asiakastytyväisyyteen. Tavoitteena oli löytää opinnäytetyön lähteiksi yleisesti hyväksytyjä lähteitä kuten tutkimusartikkeleita, väitöskirjoja ja pro graduja. Käytössä olivat tietokannat Medic, CINAHL ja Melinda, lisäksi täydentäviä hakuja tehtiin Masto-Finnan artikkelihakupalvelun kautta. Työhön haettiin suomen- ja englanninkielisiä lähteitä, jotka on julkaistu 2000-luvulla. Kirjoittamattomana suositukseksi on tämän tasoisten töiden yhteydessä pidetty, että kymmentä vuotta vanhempaa tutkimusta ei käytettäisi lähteenä. Tästä on joustettu, koska hakutuloksista vuosina 2000–2005 julkaistuja tutkimuksista löytyi aiheeseen hyvin vastaavia ja luotettavia lähteitä.

Tiedonhaun prosessissa käytettiin apuna tiedonhankintaklinikkaa minne varattiin yksi tapaaminen. Informaatikon avulla hakusanoihin saatiin selkeämpiä rajauksia minkä jälkeen tiedonhaku helpottui. Muilta osin tiedonhaku oli hyvin itsenäistä.

Hakusanoina käytimme suomenkielisiä termejä; ”mielenterveys” ja ”psykiatria” yhdessä termin ”potilas-/asiakastytyväisyys” kanssa sekä englanninkielisiä termejä; ”community mental health services”, ”psychiatric outpatient” tai ”psychiatry” yhdistettynä termiin ”customer/patient/user satisfaction”. Lisäksi lähteitä poimittiin aiemmin tehdyistä opinnäytetöistä sekä hakujen perusteella löytyneiden lähteiden lähdeluetteloista.

Tiedonhaun tuloksena oli lähteitä, joista löytyi aiemmin kehitettyjä asiakastytyväisyyskyselyjä mielenterveyspalveluiden avohoidon ympäristöissä. Näitä esitellään tarkemmin työn tietoperustassa. Asiakastytyväisyystutkimusten tuloksista saatiin näyttöä tuotoksen kysymysten taustalle.

5 LAATU JA ASIAKASTYYTYVÄISYYS MIELENTERVEYSPALVELUISSA

5.1 Laatu

Laatu on monipuolinen käsite joka on vaikea määrittää, sillä se on useiden muuttujien toimintaa (Kvist 2004, 23). Terveystieteiden palveluiden laadusta puhuttaessa tarkastellaan kokonaisuuksiin kohdistuvia vaatimuksia ja odotuksia, sekä piirteitä, joilla kokonaisuudet (organisaatiot, palvelut tai prosessit) pyrkivät täyttämään niille asetetut laatuvaatimukset. Laadukkaan hoidon voidaan katsoa olevan tasavertaista palvelua asiakkaille oikeaan aikaan oikeassa paikassa ja jokaiselle tarpeidensa mukaan. Laadukas hoito pyrkii terveyden ja hyvinvoinnin maksimoimiseen, minimoimaan riskit ja tuottaen asiakkaille hyvinvointia. Laatu ohjaavat paitsi asiakkaan odotukset ja yleiset vaatimukset, myös hoidolle osoitetut taloudelliset voimavarat. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadussa keskeisiksi elementeiksi on määritelty asiakaskeskeisyys, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, oikeudenmukaisuus, valinnanvapaus, potilasturvallisuus, korkeatasoinen osaaminen ja vaikuttavuus. (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008, 20–21; Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2014; WHO 2006, 9–10.) Vastuu palveluiden laadusta on kaikilla osapuolilla valtakunnan tason päättäjistä ammattihenkilöihin ja palveluiden käyttäjiin. Ammattihenkilölle tärkeintä on tarjota parasta mahdollista hoitoa asiakkaalleen. Asiakkaat ovat mukana vaikuttamassa terveyden tuottamiseen tunnistamalla omia tarpeitaan, tehden valintoja ja työskentelemällä itse terveystavoitteiden saavuttamiseksi ammattihenkilö tukena. (WHO 2006, 10, 23.)

Hoidon laatu voidaan jakaa kolmeen eri tekijään: tekninen laatu, ihmistenvälisen vuorovaikutus- ja hoitosuhteen laatu ja ympäristön viihtyvyys. Tekninen laatu heijastelee sitä, miten hoito tavoittaa sille ennalta määritellyt hyvän hoidon standardit. Tekninen laatu on objektiivisesti mitattavissa ja vaikuttaa asiakkaiden tyytyväisyyteen.

(Donabedian 1980, Edlundin, Youngin, Kungin, Sherbournen & Wellsin 2003, 632 mukaan; Edlund ym. 2003, 643.)

5.1.1 Lainsäädäntö

Terveydenhuoltolain (1326/2010, 3§, 8§) tarkoituksena on taata palveluiden laatu sekä vahvistaa asiakaskeskeisyyttä. Terveydenhuollon palveluiden laadun parantamiseen tähtää myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994, 15§) linjaamalla, että ammattihenkilön on pyrittävä täydentämään osaamistaan tavalla, jonka perusta on yleisesti hyväksytyissä ja kokemuseräisesti perustelluissa menettelytavoissa. Ammattieettiset velvoitteet koskevat kaikkia terveydenhuollon ammattiryhmiä.

Asiakkaalla on oikeus päästä laadultaan hyvään hoitoon yksilöllisyyttä, ihmisarvoa ja yksityisyyttä kunnioittaen. Hoitosuunnitelma sekä ymmärrettävissä oleva tieto ovat asiakkaan oikeuksia, kun asiakas ja terveydenhuollon ammattihenkilö yhdessä tekevät päätöksiä hoidosta. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen antaa asiakkaalle mahdollisuuden olla mukana päättämässä hoidostaan, sekä halutessaan saada hoitoa vaihtoehtoisilla muodoilla lääketieteen hyväksynnän rajoissa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3§, 4§, 5§, 6§.)

5.1.2 Laatusuositukset

WHO:n antama terveystalouden laatusuositus Quality of care (2006) antaa mallin terveydenhuollon palveluiden laadunhallinnan prosessiin. Prosessin tarkoituksena on saavuttaa paras mahdollinen hyöty kansanterveydellisesti ja taloudellisesti, sekä parantaa jo olemassa olevia palveluita. Hyvin tehdystä kehitystyöstä ja resursoinnista huolimatta parannettavaa palveluista löytyy. Näyttöä löytyy siitä, ettei toivottuihin tavoitteisiin päästä ja palveluiden laatu on edelleen huolenaiheena. (WHO 2006, 3.)

Ensimmäinen valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalalle suunnattu laadunhallinnan suositus on annettu vuonna 1995. Sen keskeisiä periaatteita olivat laadunhallinnan ottaminen osaksi jokapäiväistä työtä, asiakkaan aseman vahvistaminen ja tiedolla ohjaaminen. Tätä seurasi toinen suositus vuonna 1999, joka edelleen kannustaa ottamaan asiakkaat mukaan terveystalveluiden laatutyöhön sekä keräämään asiakaskokemuksia ja palveluita koskevaa tietoa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999, 3, 4, 7–9.)

Palvelukohtaisia laadunhallinnan suosituksia on valmisteltu vuodesta 1999 lähtien valtakunnallisen laatusuosituksen nostettua esiin tarpeen palvelukohtaisille laatusuosituksille (Pekurinen ym. 2008, 11; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999, 32).

Mielenterveystalveluiden laatusuositus (2001) on koonnut yhteen keskeisimmät rakenteelliset ja toiminnalliset seikat, joista laadukkaan mielenterveystyön katsotaan koostuvan asiakkaan, ammattihenkilön ja hallinnon näkökulmista. Laadukas mielenterveystyö pitää sisällään tehokkaan hoidon, on voimavaroja vahvistavaa, ongelmia ehkäisevää, tukee ja selvittää psykososiaalisia ongelmia sekä pyrkii mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen. (Mielenterveystalveluiden laatusuositus 2001, 3, 6–9.)

Nykyinen hallitus on ohjelmassaan tarttunut sosiaali- ja terveysalan palveluiden kehittämiseen ja asettanut yhdeksi kärkihankkeistaan vahvistaa kokemusasiantuntijuuden käyttöönottoa sekä asiakkaiden osallisuutta. Ihmisoikeuksien toteutuminen ja ihmisten omien valintojen mahdollistaminen kuuluvat myös hallituksen kärkihankkeisiin. (Ratkaisujen Suomi 2015, 20.) Lahden kaupunki strategiassaan ottaa myös huomioon asukkaidensa hyvinvoinnin ja siihen liittyvät palvelut. Kaupunki haluaa lisätä asukkaiden osallisuutta kehittäessään palvelujärjestelmiä tehokkaammiksi ja asiakaslähtöisemmiksi, yksi kehittämisen keinoista on avopalveluiden kehittäminen. (Lahden kaupungin strategia 2025 2013, 11, 12, 19, 24.)

5.2 Asiakastyytyväisyys

Mielenterveyspalveluiden laatu perustuu hoitotuloksiin sekä asiakkaan tyytyväisyyteen (Siponen 2000, 4). Asiakkuus sosiaali- ja terveydenhuollossa ei ole yksiselitteinen käsite. Asiakkaaksi nimitetään lähes kaikkia palveluissa asioivia riippumatta siitä ovatko he aktiivisesti mukana tekemässä valintoja hoitonsa suhteen vai pelkästään toimien kohteena. Asiakkuudesta puhumalla halutaan korostaa lisääntyntä valinnan ja vaikuttamisen mahdollisuutta, asiakaskeskeisyyttä sekä asiakkaan kannalta laadukkaampia palveluita. (Valkama 2012, 77–79.)

Asiakkaat laatua määritellessään lähtevät liikkeelle siitä, mikä heidän mielestään on hyvää mielenterveystyötä. Hoidon laatu asiakkaalle on positiivinen käsite. Hoidon voimavarat, hoitoprosessi ja hoidon tulokset ovat asiakkaiden ja omaisten kokemusten mukaan hoidon laadun kriteereitä. (Kvist 2004, 43–44; Schröder, Ahlström & Larsson 2006, 93.) Hoidon laatua tarkasteltaessa asiakasnäkökulmasta on usein kyse asiakastyytyväisyydestä. Asiakastyytyväisyys on hoidon laadun mittari, mutta pelkästään se ei riitä kuvaamaan luotettavasti hoidon laatua. Tyytyväisyys on asiakkaan subjektiivinen kokemus ja erityisesti mielenterveystyössä korostuvat asiakkaan oma kokemusmaailma ja mielipiteet. Mielenterveyspalveluiden keskeistä laatua on ottaa asiakkaan henkilökohtainen näkemys huomioon, sillä hän on oman itsensä paras asiantuntija. Henkilökunnalla voi olla erilainen käsitys hoidon laadusta kuin asiakkailla, mutta paras mittari mielenterveystyön laatuun on se, miten asiakas palvelut kokee ja miltä hänestä tuntuu. (Kvist 2004, 27–28; Siponen 2000, 2; Varis 2005, 10.)

Tutkimusta mielenterveyspalveluiden asiakastyytyväisyydestä on varsin niukasti. Useimmat tutkimuksista kertovat valtaosan asiakkaista olevan tyytyväisiä palveluihin. (Meronen & Pylkkänen 2005, 3035; Olteidal, Garratt & Johannessen 2007, 273.) Tyytyväisyys voi kuitenkin johtua siitä, ettei asiakkaalla ole aiempaa kokemusta vastaavista palveluista. Tyytyväisyys saattaa kuvastaa asiakkaan sen hetkistä elämäntilannetta enemmän kuin asiakkaan tyytyväisyyttä palveluihin. Perusteltua olisi tarkemmin

tarkastella tyytyväisyyden sijaan kokemuksia palveluista ja asiakkaiden omia arvioita toipumisesta. (Awara & Fasey 2008, 332; Meronen & Pylkkänen 2005; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 14.)

Asiakastyytyväisyyden voi jakaa kahteen osaan, hoitoon kohdistuviin odotuksiin sekä hoidon arviointiin (Vuori 1999, Siposen & Välimäen 2003, 130 mukaan). Kokemusta tyytyväisyydestä muokkaavat monet asiat kuten asiakkaan elämänhistoria, diagnostiset tekijät ja hoidon kesto.

Asiakastyytyväisyyttä voidaan selvittää esimerkiksi henkilöstön ammattitaidon, asiakkaan saaman avun ja kohtelun, tiedonsaannin, hoitoympäristön ja hoidon saatavuuden kannalta. Asiakastyytyväisyyden ulottuvuuksiin avohoidon alueella liitetään lisäksi tyytyväisyys palveluihin yleisellä tasolla, ammattihenkilön ja asiakkaan välinen vuorovaikutussuhde, hoitomenetelmät ja niiden vaikuttavuus. (Meronen & Pylkkänen 2005; Perreault, Katerelos, Sabourin, Lechner & Desmarais 2001, 111.)

Perreault ym. (2006) tutkimuksesta käy selväksi, ettei asiakastyytyväisyys ole ominaisuus jota joko on tai ei ole. Tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä voi esiintyä samaan aikaan ja vaikka asiakas ilmaisee voimakasta tyytymättömyyttä palvelun johonkin osaan, voi hän silti olla tyytyväinen palveluihin yleisellä tasolla. (Perreault, Pawliuk, Veilleux & Rousseau 2006, 237.) Usein asiakkaat ilmaisevat tyytymättömyyden palveluihin vasta kun palvelu on ollut erittäin huonoa (Varis 2005, 17).

5.3 Asiakastyytyväisyyden merkitys hoidolle

Laadun ja asiakastyytyväisyyden mittaaminen on tärkeää paitsi palveluntarjoajalle työn kehittämisen näkökulmasta, mutta myös hoidon tulosten takia (Schröder, Ahlström, Wilde-Larsson & Lundqvist 2011, 445). Tyytyväiset asiakkaat ovat usein sitoutuneempia omaan hoitoonsa sekä hoitosuunnitelmaan, sekä antavat helpommin anteeksi inhimilliset virheet liittyen hoitopaikkaan ja työntekijöihin kuin tyytymättömät asiakkaat (Siponen 2000, 4). Hoitosuunnitelmaan sitoutuminen on yhteydessä parempiin hoitotuloksiin. Sitoutumisen tärkeys korostuu

mielenterveyspalveluissa erityisesti avohoidon alueella missä hoidon kesken jättäminen on ongelma. Hoidon keskeyttäminen saattaa lisätä sairauden uusimisen tai pahenemisen riskiä, joka taas on yhteydessä sairaalahoidon lisääntyneeseen tarpeeseen. Asiakas jättäytyy pois hoidon parista suuremmalla todennäköisyydellä, jos hän on tyytymätön palveluihin. Tätä voidaan ehkäistä jos tiedetään mihin asiakkaat ovat tyytymättömiä. (Ruggeri, Salvi, Bonetto, Lasalvia, Allevi, Parabiaghi, Bertani & Tansella 2007, 50; Sohn, Barrett & Talbert 2014, 925.)

Eräs asiakastyytyväisyyteen yhteydessä oleva tekijä on asiakkaan halukkuus palata hoitopaikkaan. Asiakkaat, jotka kertoivat olevansa tyytyväisempiä hoitoonsa, olivat valmiimpia palaamaan hoitaneeseen paikkaan. Hyvä hoito auttaa asiakasta kohti toipumista ja edesauttaa asiakkaan hoitoon hakeutumista myös jatkossa jos sellaiseen ilmenee tarvetta. (Lundqvist, Ahlström, Wilde-Larsson & Schröder 2012, 632.)

5.4 Kohtaaminen ja vuorovaikutus

Kohtaaminen tapahtuu kahden ihmisen välillä, sitä luonnehditaan käymiseksi kohti toista ihmistä. Aito kohtaaminen syntyy, kun ihmisten elämänpiirit saavat kosketuspintaa keskenään, osapuolien kuitenkin säilyttäessä heille kuuluvan elintilan. (Mattila 2007, 12–14.) Vuorovaikutus on sosiaalista ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen vaihtoa, jonka ydin on kommunikaatio. Vuorovaikutus liittyy ihmisen ympäristöönsä kahden ihmisen välisessä suhteessa, johon kumpikin tuo omat kulttuuritaustansa ja arvonsa. Hoitosuhdetyöskentelyssä korostuu auttava vuorovaikutussuhde. Kommunikointia tapahtuu sekä sanallisesti että sanattomasti. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 12–14.)

Inhimilliset piirteet ja vuorovaikutussuhteet koetaan tärkeiksi. Asiakkaan tyytyväisyyden kannalta merkittävimpiä ovat tilanteet, joissa hän on suoraan tekemisissä palvelua edustavan ammattihenkilön kanssa. (Crosier, Scott & Steinfeld 2012, 46; Johansson & Eklund 2003, 345; Kvist 2004, 43–44; Meronen & Pylkkänen 2005; Sohn ym. 2014, 924.) Kohteliaisuus sekä kunnioitus ovat tyytyväisyyttä lisääviä tekijöitä.

Tyytyväisyyttä alentavaksi tekijäksi on tunnistettu ammattihenkilön alentuva tai loukkaava puhetapa (Oltedal ym. 2007, 274–275) sekä kiire hoitotilanteissa ja tapaamisissa (Siponen 2000, 7). Asiakkaat arvioivat olevansa tyytyväisimpiä kohtaamisen ja vuorovaikutuksen elementteihin mielenterveystyössä (Siponen & Välimäki 2003, 132) ja kommunikaatio on yksi asiakkaiden korkealle arvostamista hyvän hoidon tekijöistä (Bramesfeld, Wedegärtner, Elgeti & Bisson 2007).

Tapaamisissa koettu lämpö, empatia, riittävä aika, huolenpito ja ammattihenkilön pyrkimys ymmärtää asiakasta ja tämän yksilöllistä tilannetta, ongelmia ja tapaa kommunikoida luovat pohjaa hyväksi koetulle hoidolle. Asiakkaat haluavat tulla kohdatuiksi ainutkertaisina, arvokkaina ja itsenäiseen ajatteluun kykenevinä henkilöinä. Ammattihenkilön ymmärtävä, empaattinen ja asiakkaasta kiinnostunut asenne luo kohtaamiselle ilmapiirin, jossa asiakas voi tuntea olevansa hyväksytty ja arvostettu. Arvostava kohtaaminen auttaa vähentämään asiakkaan kokemaa häpeää, jota mielenterveyden sairaus tai häiriö voi asiakkaalle aiheuttaa. (Johansson & Eklund 2003, 342–343; Kokko 2014, 80–81; Laitila 2010, 104, 108; Schröder ym. 2006, 96–98; Siponen 2000, 5; Siponen & Välimäki 2003, 131.)

Hoidon suhteen esiintyvistä erimielisyyksistä huolimatta asiakkaat haluavat tuntea mielipiteensä ja asenteensa arvostetuiksi. Tämä on yhteydessä asiakkaan kokeman arvottomuuden tunteen vähenemiseen, itsetunnon paranemiseen ja antaa asiakkaalle vapauden ilmaista tunteita, ajatuksia ja näkökulmia ilman tuomitusta tulemisen pelkoa. Vaikka asiakkaat arvostavat rakentavaa kritiikkiäkin, voivat ammattihenkilön liian voimakkaasti ilmaisemat tunteet ja mielipiteet johtaa negatiivisiin hoitotuloksiin. (Priebe, Dimic, Wildgrube, Jankovic, Cushing & McCabe 2011, 404–405.)

Aito, lämmin, avoin ja persoonallinen vuorovaikutussuhde on asiakkaille tärkeää. Ammattihenkilön on taidon ja tekniikan lisäksi osattava tuoda vuorovaikutussuhteeseen myös jotain itsestään. Ammatillisuuden rajoissa voi ammattihenkilö kertoa asiakkaalle itsestään, tuoden persoonallista

otetta hoitosuhdetyöskentelyyn lisäten näin asiakkaiden luottamusta ja asiakastyytyväisyyttä. (Laitila 2010, 109; Priebe ym. 2011, 404–405.)

Luottamus antaa asiakkaalle mahdollisuuden puhua ongelmistaan turvallisessa ilmapiirissä. Merkittävä tekijä asiakkaan ja ammattihenkilön välisen luottamuksen syntymisessä on henkilökohtaisten kemioiden kohtaaminen. Yksi asiakkaiden määrittelemistä hoidon laatuun ja asiakastyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä on mahdollisuus valita hänen hoidostaan vastaava henkilö. (Laitila 2010, 106; Oltedal ym. 2007, 274; Schröder ym. 2006, 97, 98.)

Ammattihenkilö osoittaa ammattitaitoa ja osaamista kuuntelemalla sekä antamalla asiakkaalle tilaa puhua ja auttamalla häntä sanoittamaan tilannettaan, kun asiakas sen kokee vaikeaksi. Keskustelut ammattihenkilön kanssa koetaan sekä terapeuttisina että tukea antavina ja ammattihenkilöiden antamaa ohjausta arvostetaan. Asiakkaat kokevat tärkeäksi kuitenkin ettei ammattihenkilö käy liian nopeasti ja kärkkäästi tekemään tulkintoja, määritelmiä ja väliintuloja ja arvostavat sitä, että saavat ajan kanssa avata sisäistä maailmaansa. Liian nopea eteneminen saattaa asiakkaalle näyttäytyä epäpätevyutenä ja heikentää luottamusta. (Johansson & Eklund 2003, 342–343; Siponen & Välimäki 2003, 131.)

Tyytymättömyyttä lisäävä tekijä on asiakkaan kokemus siitä, ettei ammattihenkilö ymmärrä tai halua ymmärtää häntä. Tällainen tulkinta voi johtua siitä, ettei ammattihenkilö katso asiakasta silmiin, unohtaa asiakkaan nimen tai selaa potilaskertomusta kesken tapaamisen. Asiakas kokee, että ammattihenkilö ei ole tapaamisessa läsnä, kiinnostunut hänestä eikä halua kuunnella tai ymmärtää häntä. Mukava ja hyvä käytös ei yksinään riitä asiakkaan luottamukseen saavuttamiseksi vaan tarvitaan aitoa kohtaamista, kun asiakas on valmistautunut paljastamaan sisäistä maailmaansa. (Johansson & Eklund 2003, 342–343; Schröder ym. 2006, 96–98.) Asiakkaat kokevat tyytymättömyyttä myös päämäärättömästä hoitosuhdetyöskentelystä. Asiakkaat haluavat vastaanotoilta tavoitteellista ja aitoa vuorovaikutusta, jossa paneudutaan asiakkaan ongelmiin syvällisesti. Pelkkä kuulumisten vaihtaminen ja lääkehoidon seuranta eivät

vastaa asiakkaiden käsitystä hyvästä hoitosuhdetyöskentelystä. (Laitila 2010, 103.)

5.5 Tiedonsaanti

Yksi mielenterveyspalveluiden tavoitteista on tukea asiakkaita omaehtoiseen toimintaan ja oman elämänsä hallintaan, tähän liittyy päätöksenteko. Päätöksenteon tueksi asiakas tarvitsee tietoa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999, 20; Terveydenhuollon laatuopas 2011, 9.)

Mielenterveyspalveluiden asiakkaat eivät aina välttämättä ole oma-aloitteisia pyytämään tietoa tai uskalla kysyä hoidosta, lääkityksestä tai jatkosuunnitelmista, tällöin on tärkeää että ammattihenkilöt täyttävät velvollisuutensa ja antavat tietoa oma-aloitteisesti ja aktiivisesti. (Siponen 2000, 9–10; Varis 2005, 25.) Asiakkaat kaipaavat enemmän tietoa hoitoprosessin suunnittelusta, lääkehoidosta sekä vaihtoehtoisista hoitomuodoista. Tutkittaessa mielenterveyspalveluiden asiakastyytyväisyyttä on havaittu, että tiedonsaanti on yksi heikoimmin suoriutuvista osa-alueista. (Perreault ym. 2001, 114; Siponen & Välimäki 2003, 131–132.)

Tiedonsaanti vaikuttaa merkittävästi tyytyväisyyden kokemukseen ja on yksi osallisuuden mahdollistavista tekijöistä. Asiakkaalla on oltava riittävästi tietoa omasta tilanteestaan ja siihen liittyvistä vaihtoehtoista jotta hän pystyy osallistumaan hoitonsa suunnitteluun siinä määrin kuin haluaa. Asiakkaat haluavat tietoa liittyen heidän omaan hoitoonsa ja sen vaihtoehtoihin mutta myös yleistä tietoa koskien hoitopaikkaa ja sen käytäntöjä. (Kvist 2004, 43–44; Perreault ym. 2001, 118; Schröder ym. 2006, 98; Sohn ym. 2014, 924; Swanson, Bastani, Rubenstein, Meredith & Ford 2007, 426.)

Erityisesti lääkehoidon haittavaikutuksista annettu tieto on yhdistetty asiakkaan positiiviseen kokemukseen saamastaan hoidosta.

Psykoedukaation tulisi kuulua aina asiakkaan hoitoon, sen tarkoitus on

lisätä asiakkaan tietoisuutta omasta sairaudestaan sekä jokapäiväisestä elämästä sen kanssa (Depressio 2014). Psykoedukaation vaikutus asiakastyytyväisyyteen on merkittävä (Barak, Szor, Kimhi, Kam, Mester & Elizur 2001, 132; Oltedal ym. 2007, 274).

Hoitoonsa tyytymättömällä asiakkaalla on myös oltava tiedossa mahdollisuus valittaa hoidostaan ja tätä kautta vaikuttaa omaan hoitoonsa (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 25; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011, 9). Asiakkaat, jotka tietävät minne voivat valittaa huonoksi kokemastaan hoidosta, ovat olleet muita tyytyväisempiä hoitoonsa (Lundqvist ym. 2012, 632; Varis 2005, 25).

5.6 Asiakaskeskeisyys

Asiakaskeskeisyys on yksi sosiaali- ja terveysalan perusajatuksista ja entistä hyväksytympi kehittämistavoite. Asiakaskeskeisyys, tai asiakaslähtöisyys, on palvelun sovittamista asiakkaan toiveita, odotuksia ja tarpeita vastaavaksi. Peruslähtökohtana on ihmisen kunnioitus ja itsemäärämisoikeuden toteutuminen. (Pekurinen ym. 2008, 10; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999, 11.)

Asiakaskeskeisessä toiminnassa palvelut räätälöidään asiakkaalle ottaen huomioon myös hänen lähiyhteisönsä ja ympäristönsä, jolloin toiminta vastaa tarpeisiin asiakkaan näkökulmasta. Halutessaan asiakkaalla on mahdollisuus ottaa osaa häntä koskevien päätösten tekemiseen, tämä on olennaista asiakaskeskeisen toiminnan toteutumiseksi.

Asiakaskeskeisyyteen liittyviä käsitteitä ovat jatkuva laadun kehittäminen ja arviointi, asiakkaiden osallistuminen ja demokratia sekä henkilöstön osaaminen. (Hyvärinen 2011, 1; Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 27; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle, 11.)

Asiakaskeskeisyyden toteutumiselle haasteita asettavat organisaatioiden vakiintuneet toimintatavat, henkilökunnan asenteet ja kaavamaisuus palveluissa (Hyvärinen 2011, 1).

Asiakaskeskeisyyden yksi tekijä on hyvä kommunikaatio. Hyvän kommunikaation tunnusmerkkejä psykiatrian alalla on asiakkaan huoliin ja toiveisiin keskittyminen. Organisaation ja ammattihenkilön kiinnostuksen kohteena tulisi olla se, mitä asiakkaalla on sanottavana omasta tilanteestaan. (Priebe ym. 2011, 404.) Ammattihenkilöiden tulisi hallita omia arvojaan sekä ennakkokäsityksiään ja kuunnella asiakkaan mieltymyksiä sekä näkemystä tilanteesta. Asiakkaat eivät halua standardoitua ja kasvotonta hoitoa vaan kaipaavat toimien sovittamista heidän yksilölliseen tilanteeseensa. (Johansson & Eklund 2003, 342; Laitila 2010, 104–105.)

Asiakkaista osa kuitenkin kyseenalaistaa asiakaskeskeisyyden osana mielenterveyspalveluita ja yhdistää termin ennemmin kaupan alaan. Taustalla on ajatus siitä, että hyvinvointi- ja terveyspalveluissa asiakas tarvitsee ensisijaisesti hoitoa, eikä sitä aina ole mahdollista järjestää asiakkaan mieltymyksen mukaan. (Laitila 2010, 96.)

5.7 Osallisuus

Osallistuminen ja osallisuus ovat hyvin lähellä toisiaan mutta niillä on oma merkityksensä. Osallistuminen kuvaa asiakkaan mukanaoloa, vaikka vain läsnäoloa. Osallisuus on osallistumista laajempi käsite, se on asiakkaan vapaaehtoista osallistumista joka pitää sisällään ajatuksen asiakkaan vaikuttamisesta palveluun. Pitkäaikaisia muutoksia saadaan aikaan omaehtoisuuden ja sitoutumisen kautta ja niiden syntymisen edellytys on vapaaehtoisuus ja oma halu muutokseen. Asiakkaan osallisuutta voidaan tarkastella ja kehittää monista eri näkökulmista mutta keskeistä on asiakkaan osallisuuden lisääminen omaan hoitoon ja päätöksentekoon. (Valkama 2012, 57–58.) Ensisijaisesti eivät osallistuminen ja osallisuus ole kuitenkaan itsearvoja, vaan niiden on toteuduttava kunkin omalla kohdalla, omassa hoidossa ja kuntoutuksessa palvellen asiakkaan yksilöllistä hyvinvointia ja selviytymistä (Laitila 2010, 91).

5.7.1 Osallisuus omaan hoitoon

Jokaisella tulisi olla oikeus osallistua omaan elämäänsä liittyvien suunnitelmien ja päätösten tekoon, hoitosuunnitelman tekoon osallistuminen tulisi olla itsestäänselvää. Vakavakaan sairaus ei ole este päätösten tekemiselle ja prosessissa mukana olemiselle. Toipumista tavoitellessa on tärkeää, ettei asiakas jää passiivisena vastaanottamaan hoitoa vaan pyritään saamaan asiakas mukaan omaan hoitoonsa ja tuomaan oma asiantuntijuutensa mukaan prosessiin. Asiakkaalla itsellään on suuri vastuu toipumisesta. Ammattihenkilön rooli on olla asiakkaan neuvonantaja, yhteistyökumppani ja tarjota tukensa asiakkaalle toipumisprosessissa. Asiakkaan taitoja ja voimavaroja kohentamalla sekä hänen ympäristönsä haitallisten vaikutusten ja reaktioiden vähentämiseen pyrkimällä tavoitellaan asiakkaalle mielekkäämpää elämää. (Depressio 2014; Lavikainen ym. 2004, 48–49; Pekurinen ym. 2008, 20; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 13.) Yhteinen päätöksenteko voi ammattihenkilöltä vaatia omien ennakkokäsitysten ja asenteiden asettamista syrjään. Asiakkaan yksilöllisen tilanteen ymmärtäminen ja aito kuuntelu luovat tietä täsmällisille, sopiville ja hoidon kaikkia osapuolia tyydyttävälle päätöksille sekä hoitoon sitoutumiselle. (Priebe ym. 2011, 405; Johansson & Eklund 2003, 342.)

Asiakkaat näkevät osallisuuden mahdollisuutena olla mukana, tulla kuulluksi ja päästä vaikuttamaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekoon sekä päättämään hoitoajoista, jatkohoidosta tai käyntien tiheydestä. Asiakkaat haluavat olla mukana vaikuttamassa omaan hoitoonsa. Osallistumisen mahdollisuus on asiakastyytyväisyyttä lisäävä tekijä. Yhteiset neuvottelut mahdollistavat parhaimmillaan yhteisen päätöksenteon ja tasavertaisen mielipiteiden vaihdon. Myös erilaisiin järjestettyihin toimintoihin mukaan lähteminen nähtiin hoitoon osallistumisen muotona. (Laitila 2010, 90–91; Olstedal ym. 2007, 277; Swanson ym. 2007, 426.)

Asiakkaat arvostavat hyvin korkealle itsemääräämisoikeutta ja mahdollisuutta osallistua (Bramesfeld ym. 2007) ja kokevat näiden

toteutuvan hyvin (Siponen & Välimäki 2003, 131, 132). Hoitoonsa osallistuvat depressioasiakkaat ovat olleet muita tyytyväisempiä palveluihin (Swanson ym. 2007, 426).

Voi kuitenkin olla, että ammattihenkilöillä on edelleen taipumus ottaa johtava rooli, sillä osa asiakkaista tuntee, ettei saa tarpeeksi tilaa osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Vähimmillään asiakkaan tulisi osallistua hoitoonsa kertomalla ammattihenkilölle oman näkemyksensä ongelmastaan. Silloin kun ammattihenkilöllä ja asiakkaalla on yhteinen ymmärrys ongelmasta ja puhuvat samaa kieltä, voi apua saada oikeisiin asioihin. Asiakas ja ammattihenkilö työskentelevät silloin kohti samaa tavoitetta. (Awara & Fasey 2008, 333; Johansson & Eklund 2003, 342.)

Kaikissa tilanteissa yhteinen päätöksenteko ei ole paras mahdollinen ratkaisu minkä lisäksi on muistettava, etteivät kaikki asiakkaat halua osallistua päätöksentekoon, vaan suosivat perinteisempää hoitosuhdetta, missä ammattihenkilö ottaa enemmän vastuuta päätöksenteosta. Yleisesti kuitenkin jaetun päätöksenteon malli on asiakkaille mieleisempi sekä yhteydessä parempiin hoitotuloksiin. (Priebe ym. 2011, 405; Swanson ym. 2007, 428.)

5.7.2 Osallisuus palveluiden kehittämiseen

Asiakkaat ja heidän läheisensä tietävät miten palvelut toimivat ja vastaavat tarpeisiin sekä missä olisi parannettavaa. Palveluiden käyttäjien osallistaminen kehitystyöhön voi huomattavasti parantaa palveluiden suunnittelua ja tarjontaa. Asiakkaat myös haluavat olla mukana kehittämässä käyttämiään palveluita. WHO (2006, 10) esittääkin julkaisussaan, ettei laadun parantamiseen tähtääviä toimia voitaisi asianmukaisesti suunnitella ja toteuttaa ottamatta palveluiden käyttäjiä mukaan. Samaa sanovat Laitilan (2010, 86) tutkimukseen osallistuneet mielenterveyspalveluiden asiakkaat. Käyttäjien osallistaminen palveluiden suunnitteluun nähdään välttämättömyytenä, kun palveluista halutaan paras mahdollinen hyöty asiakkaalle (Lavikainen ym. 2004, 24; WHO 2006, 11, 23).

Monilla palveluiden käyttäjistä on mielipiteitä ja sanottavaa siitä, mihin suuntaan palveluita tulisi kehittää mutta he eivät saa ääntään kuuluviin (Laitila 2010, 86). Suuri osa palveluihin osallistumisesta on välillistä, yleensä jonkin informaation keräämistä esimerkiksi asiakastyytyväisyyskyselyin. Suora ja aito osallistuminen on asiakkaan osallistumista päätöksentekoon, yhteissuunnittelua ja -kehittelyä jonka tuloksena palvelut vastaavat tarpeisiin ja perustuvat yhteiseen näkökulmaan. (Valkama 2012, 61.) Asiakkaiden ottaminen mukaan palveluiden suunnitteluun ja arviointiin on kustannustehokasta toimintaa, joka helposti paljastaa kehittämisen kohteet palveluissa ja edesauttaa palveluiden kehittymistä asiakkaalle laadukkaammiksi (Schröder ym. 2006, 101).

5.8 Muita asiakastyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä

Asiakkaat ovat tyytyväisempiä palveluihin joiden saavutettavuus on kohtuullisen helppo. Tämä voi tarkoittaa joko sijainniltaan helposti saavutettavissa olevaa paikkaa tai sitä, että hoitavaan paikkaan voi saada yhteyden esimerkiksi puhelimitse, kun asiakkaalle siihen on tarve. (Schröder ym. 2006, 97.)

Palveluiden piiriin pääsemistä joutuu joskus odottamaan ja odotusaika vaikuttaa tyytyväisyyteen. Asiakkaan kokemus liian pitkästä odotusajasta vähentää asiakastyytyväisyyttä ja on yhteydessä huonoksi koettuun mielenterveyteen. (Crosier ym. 2012, 46, 49; Lundqvist ym. 2012, 632.) Hoitoonpääsyä edeltävä pitkä odotusaika vaikuttaa asiakkaan arvioon omista vaikutusmahdollisuuksista negatiivisesta, samoin kokemukseen autetuksi tulemisesta (Siponen & Välimäki 2003, 131, 132).

Hoidon jatkuvuus asiakkaan näkökulmasta on sitä, että asiakkaan ei hoitonsa aikana tarvitse aloittaa tarinaansa alusta aina, jos hänen hoidostaan vastaava ammattihenkilö vaihtuu. Tieto asiakkaan tarpeista ja hoidosta tulisi välittyä asianmukaisesti ja sujuvasti hoitavien henkilöiden välillä. Tämä auttaa myös ammattihenkilöitä pysymään ajan tasalla asiakkaan hoitosuunnitelmasta ja tavoite kaikilla pysyy samana. Asiakkaat

kokevat joutuvansa herkästi aloittamaan hoitosuhdetyöskentelyn alusta häntä hoitavan ammattihenkilön vaihtuessa. (Crosier ym. 2012, 46; Laitila 2010, 99–100; Olte dal ym. 2007, 277; Schröder ym. 2006, 97.)

Asiakastyytyväisyyttä heikentäväksi tekijäksi on havaittu useamman eri ammattihenkilön kanssa asiointi (Lundqvist ym. 2012, 632).

Asiakkaat, jotka arvioivat itsensä hyvin sairaaksi kokevat myös hoidon vastaavan huonommin heidän tarpeisiinsa. Myös sairauden kesto voi vaikuttaa siihen, miten asiakkaat kokevat hoidon vastaavan heidän tarpeisiinsa. Sairauden jatkuessa pitkään voivat asiakkaat antaa huonompia arvioita siitä, miten hoito vastaa heidän tarpeisiinsa. (Bramesfeld ym. 2007.)

Asiakkaat arvostavat lääkehoitoa kun se on heidän tarpeisiinsa räätälöity ja tukee heidän toipumistaan (Schröder ym. 2006, 98). Muun hoidon lisäksi lääkehoitoa saavat ovat vastanneet olevansa tyytyväisempiä hoitoonsa (Olte dal ym. 2007, 273).

Tyytyväisyyteen vaikuttavia taustamuuttujia voivat olla sukupuoli, koulutus, äidinkieli, tulot ja työllisyystilanne. Korkeammin koulutetut, työssäkäyvät, paremmin ansaitsevat ja paikallista kieltä äidinkielenään puhuvat ovat olleet hoitoonsa tyytyväisempiä. Taustamuuttujista ikä on tekijä, joka vahvimmin korreloi tyytyväisyyden ja asiakkaan kokeman laadun kanssa, iäkkäämmät arvioivat laatua paremmaksi ja ovat tyytyväisempiä hoitoonsa. Taustamuuttujien vaikutus asiakkaan kokemaan tyytyväisyyteen on kuitenkin suhteellisen pieni. (Awara & Fasey 2008, 331; Bramesfeld ym. 2007; Lundqvist ym. 2012, 633; Olte dal ym. 2007, 273; Swanson ym. 2007, 419.) Sukupuolen merkitys tyytyväisyyden kokemukselle jää epäselväksi, sillä tässä työssä käytettyjen lähteiden tulokset olivat keskenään epä johdonmukaisia. Tämän lisäksi naiset ovat tutkimuksissa olleet yli edustettuna, kun palveluiden laatua ja asiakastyytyväisyyttä mielenterveyspalveluiden avovastaanotoilla on tutkittu. (Lundqvist ym. 2012, 633.)

6 ASIAKASTYYTYVÄISYYDEN MITTAAMINEN

Palvelukokemuksia ja autetuksi tulemisen kokemuksia seuraamalla voidaan havainnoida palveluiden toimivia osia. Tähän tarvitaan systemaattisten palautejärjestelmien kehittelyä. (Lavikainen ym. 2004, 53; Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 14; Sosiaali- ja terveysalan laadunhallinta 2000-luvulle 1999, 13.) Asiakastyytyväisyyden mittaaminen on ja tulee olemaan tärkeä osa mielenterveyspalveluita nykyisen kuluttajapolitiikan tultua osaksi terveyspalveluita. Terveyspalveluiden kaikilla tasoilla vaaditaan näyttöä asiakkaiden osallistamisesta palveluiden laadun kehittämiseen ja arviointiin. Asiakastyytyväisyyskyselyt ovat vastanneet tähän tarpeeseen. (Powell, Holloway, Lee & Sitzia 2004, 16.)

Käytännössä asiakastyytyväisyyden mittaaminen on tarjotun palvelun laadun mittaamista ja laadunhallintaa. Laadunhallinta ei ole itse tarkoitus, vaan keino osoittaa palveluiden osat jotka eivät toimi ja auttaa kehittämään niitä vastaamaan vaatimuksia. Hoidon laadun tutkimusten lähtökohtana on auttaa ymmärtämään eroja, joita jatkuvasti kohdataan potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä. (Kvist 2004, 66; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999, 15.) Terveysdenhuollon laatua ja palveluiden tehokkuutta kehitettäessä on huomioitava myös näyttöön perustuvat tutkimukset. Palveluiden käyttäjiltä saatu palaute kertoo annettavan hoidon ja palvelun laadusta. Palaute on keskeistä julkisen terveydenhuollon laadun kehittämisessä. On kuitenkin muistettava, ettei asiakastyytyväisyys pelkällään kerro laadusta. (Care Quality Commission 2015a, 6; Siponen 2000, 40; Varis 2005, 12, 13.)

Mielenterveyskuntoutujien kohdalla usein puhutaan omien voimavarojen vahvistamisesta. Mahdollisuus antaa palautetta hoidosta sekä omista tarpeista ja mielipiteistä on voimavarojen vahvistamista. Suurin haaste on saada mielenterveyskuntoutujien ääni kuuluviin. Liian helposti mielenterveyskuntoutujien antama palaute sivuutetaan ajatellen, että psyykkisten ongelmien takia mielenterveyskuntoutuja ei ole kykenevä ilmaisemaan omia tarpeitaan. (Varis 2005, 7.) Mielenterveyspalveluiden käyttäjillä on käsitys siitä, ettei heidän mielipiteitään haluta kuulla minkä

lisäksi asiakkaiden halu ja uskallus osallistua oman hoidon sekä palveluiden suunnitteluun ja arviointiin vaihtelevat. (Laitila 2010, 87–88.)

6.1 Kyselylomake

Kyselylomakkeella voi kerätä ja tarkastella tietoa ilmiöistä, toiminnoista, mielipiteistä, asenteista tai arvoista. Kyselyä voidaan ajatella haastatteluna, jonka on toimittava itsenäisenä työvälineenä ilman haastattelijan apua. Kyselytutkimuksessa mittarilla tarkoitetaan kysymysten ja väitteiden kokoelmaa, jolla pyritään mittaamaan kiinnostuksen kohteena olevaa ilmiötä kuten asenteita, kokemuksia tai mielipiteitä. Mittaamiseen soveltuvan välineen luominen ei ole helppoa kun mietittävänä on monta asiaa; esimerkiksi mittaavatko kysymykset tutkittavia asioita, toimivatko mittarit luotettavasti, milloin ajankohta kyselylle on oikea ja niin edelleen. (Vehkalahti 2008, 11–12.)

Kyselyn huolellinen suunnittelu on olennaista halutun tiedon esiin saamiseksi. Kyselytutkimuksen kiinnostuksen kohteet ovat yleensä abstrakteja, mutta niiden mittaus vaatii konkreettisia kysymyksiä tai väitteitä. Tämän vuoksi abstraktit yläkäsitteet on operationalisoitava eli työstettävä ymmärrettävään ja mitattavaan muotoon. (Vehkalahti 2008, 18–20.)

Kysymysten muoto on yksi suurimmista virheen aiheuttajista, huonosti suunniteltu tai puutteellinen kyselylomake voi antaa virheellisiä tuloksia. Kyselyssä käytettävät kysymykset on hyvä testata ennen kuin kysely varsinaisesti otetaan käyttöön. On tärkeää, että vastaaja kokee kysymysten aiheet tärkeäksi itselleen, jolloin vastaus kysymykseen saadaan varmemmin. Hyvät kysymykset ovat onnistumisen perusedellytys ja huolellinen suunnittelu on tärkeää luotettavien tulosten saamiseksi. Luotettavien tulosten lisäksi voidaan pyrkiä herättelemään asiakkaan halua ja valmiutta osallistua omaan hoitoonsa ja ottamaan enemmän vastuuta toipumisestaan, kysymysten muotoilu saa tästä näkökulmasta aivan uuden merkityksen. Huomiota on kiinnitettävä myös kysymysten kieliasuun, jotta vastaaja ymmärtää kysymykset oikein. Kysymyksiä ja

vastausvaihtoehtoja suunniteltaessa on tiedettävä mihin kysymyksiin vastauksia etsitään ja että tutkittavaan ilmiöön on mahdollista saada vastauksia kyselylomakkeen avulla. On myös selvittävä kuinka tarkkoja vastauksia halutaan, sekä kuinka tarkkoja vastauksia on mahdollisuus saada. (Care Quality Commission 2015a, 8; Heikkilä 2008, 47–48; Picker Institute Europe 2014, 13–14.)

6.2 Kyselyn validiteetti ja reliabiliteetti

Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida mittaamisen, mutta myös tulosten luotettavuuden kannalta (Kankkunen & Vehviläinen 2010, 157). Validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Käytännössä validiteetti on hyvä silloin, kun tutkimuksen kohderyhmä ja kysymykset ovat oikeat. Reliabiliteetti tarkoittaa kyselylomakkeen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen, jota voidaan arvioida mittaamalla tutkimusilmiöitä samalla mittarilla eri aineistoissa. (Kankkunen & Vehviläinen 2010, 152.)

Reliabiliteettiin vaikuttaa se, ketkä kyselyyn vastaavat. Asiakkaita saattaa estää vastaamasta kielelliset ongelmat, kognitiiviset vaikeudet, diagnoosi psykiatrian alalta, päihderiippuvuus tai näkemiseen liittyvät vaikeudet. Negatiivisten arvioiden antamista palveluista voi estää pelko siitä, että mahdollisuus saada hoitoa voi vaarantua tai näkemys siitä, että muutosta ei vastaamisesta huolimatta tule tapahtumaan. Mitä useampi näistä tekijöistä vaikuttaa samassa vastaajassa, sen todennäköisempää on, että vastaus kyselyyn jää saamatta. Mielen terveyden ongelmiin saattaa liittyä neurokognitiivisia häiriöitä, jotka vaikuttavat asiakkaan kykyä alentavasti ymmärryksen, päättelyn ja päätöksenteon taidoissa, jolloin kyselyyn osallistuminen voi tuntua vaikealta. Mielen terveyspalveluissa vastausprosentti on ollut perinteisesti matala, jolloin tulokset voivat olla vääristyneitä eivätkä näin ole yleistettävissä koko asiakaskuntaan. (Gayet-Ageron, Agoritsas, Schiesari, Kolly & Perneger 2011; Powell ym. 2003, 14–15.)

6.3 Erilaisia mittareita

Suomessa varsinkaan standardoituja kyselyitä mielenterveyspalveluiden asiakastyytyväisyyden kartoittamiseksi ei ole laajemmassa käytössä (Meronen & Pylkkänen 2005, 3035, 3038). Seuraavaksi esitellään mielenterveyspalveluiden avohoidon asiakkaille suunnattuja asiakastyytyväisyyskyselyjä muualta maailmasta.

Englannissa on kerätty lähes vuosittain mielenterveyspalveluiden asiakkaiden kokemuksia palveluista Community Mental Health -kyselyllä vuodesta 2004 lähtien. Kyselyn tarkoitus on kartoittaa, ymmärtää ja parantaa palveluiden käyttäjien kokemuksia postikyselyn avulla. Kyselyä on vuosien varrella kehitetty useaan otteeseen, viimeisin versio kyselystä on ollut käytössä vuosina 2014 ja 2015. Kyselyn kehitystyössä ovat olleet mukana palveluiden käyttäjät eli kyselyn kohderyhmä. Kyselyn avulla kartoitetaan hoidon laatua, palveluiden vaikuttavuutta sekä sitä, vastaavatko palvelut asiakkaiden mielestä tarpeita. (Care Quality Commission 2015b, 2, 4, 6, 9; Picker Institute Europe 2014, 9, 10.) Kysymykset käsittelevät terveydenhuollon asiakkaan käyttäjäkokemuksen muodostavia asioita näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Kyselyn 48 kysymystä käsittelevät ammattihenkilöitä, hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia, hoidosta vastaavan henkilön vaihtumista, hoitoja ja elämän muita alueita sekä taustamuuttujia. (Care Quality Commission 2015a, 6, 7, 9.)

Asiakkaiden kanssa yhteistyössä kehitetyn Mental Health Statistics Improvement Program - Consumer Survey -kyselylomakkeen tarkoitus on mitata asiakkaiden käsityksiä mielenterveyspalveluista ja sitä käytetään laajalti julkisrahoitteisten palveluiden arvioimiseen Yhdysvalloissa. Alkuperäinen kysely vuodelta 1997 ei ollut suoranaisesti tarkoitettu asiakastyytyväisyyden mittaamiseen, mutta siinä käytetään yleisesti asiakastyytyväisyyteen liitettyjä käsitteitä. Alkuperäisestä kyselystä on kehitetty useita eri versioita vastaamaan eri alueiden ja kohderyhmien tarpeita, yksi niistä on vuonna 2014 toteutettu kysely Washingtonin osavaltion mielenterveyspalveluiden aikuisasiakkaille. Kyselyn

luotettavuus ja käytettävyys on osoitettu hyväksi. Kyselyssä kysytään yleisestä tyytyväisyydestä palveluihin, palveluiden laadusta, osallisuudesta omaan hoitoon, palveluiden saatavuudesta, vastaajan toimintakyvystä ja sen paranemisesta, vastaajan sosiaalisesta verkostosta sekä kokemuksia mielenterveyden sairauden aiheuttamasta syrjäytymisestä ja syrjinnästä. (Barrett, Young, Teague, Winarski, Moore & Ochshorn 2010, 154; McBride, Wilson, Suazo, Smith & Serles 2014, 4, 9, 10–12.)

Mielenterveyspalveluiden avohoidon asiakkaille suunnattu Quality in Psychiatric Care - Out-Patient (QPS-OP) -kysely pitää sisällään kysymyksiä koskien vastaajan taustamuuttujia ja palveluiden laadun eri ulottuvuuksia; kohtaaminen, osallisuus ja voimaannuttaminen, osallisuus ja tiedonsaanti, hoidon päättyminen, tuki, hoitopaikka ympäristönä, läheiset ja yhteyden saaminen hoitopaikkaan. Ikä, sukupuoli, kansallisuus, koulutus, työllisyystilanne ja mahdollinen aiempi yhteys psykiatriseen hoitoon kuuluvat kyselyn taustamuuttujiin. Lisäksi taustamuuttujina selvitettiin hoitoon pääsyä edeltänyttä aikaa ja kokemusta siitä, oliko vastaanotto alkanut ajallaan, tietääkö asiakas minne hän voi valittaa sekä onko asiakas valmis palaamaan hoitopaikkaan. Kysely on kehitetty haastattelemalla avohoidon asiakkaita heidän näkemyksistään laadukkaasta mielenterveystyöstä ja todettu tarkoituksenmukaiseksi työkaluksi mittaamaan laatua asiakkaan näkökulmasta. (Lundqvist ym. 2012, 629, 631; Schröder ym. 2011, 446, 451.)

Siponen & Välimäki käyttivät tutkimuksessaan Hanssonin ja Höglandin (1995) kehittämää kyselyä. Psykiatristen asiakkaiden tyytyväisyyttä mittaamaan kehitetyn kyselyn on osoitettu olevan validi mittari. Mittari pitää sisällään yhdeksän asiakohtaa koskien vastaajan taustamuuttujia; ikä, sukupuoli, psykiatristen oireiden kesto, hoidon jatkuvuus, näkemys odotusajasta, vastaanottojen kesto ja määrä, hoitavan henkilön ammatti, vastaajan halukkuus kuulla toista henkilökunnan edustajaa hoidossaan ja hoitoon ohjannut osapuoli. Asiakastyytyväisyyttä kyselyssä kartoitettiin seuraavilla aiheilla; ammattihenkilön ja asiakkaan välinen suhde, tiedonsaanti ja mahdollisuudet vaikuttaa hoitoon, hoidon sisältö sekä

hoidon järjestelyt. Lisäksi kysytään asiakkaan tyytyväisyydestä hoitoon yleisesti. (Siponen & Välimäki 2003, 131.)

Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire (PCSQ) kysyy yleisestä tyytyväisyydestä, asiakkaan näkemystä psykiatrin henkilökohtaisista sekä ammatillisista ominaisuuksista ja kokemuksia voimaantumisesta sekä autetuksi tulemisesta. Kyselyssä vastataan nelikohtaisella Likert-asteikolla positiivisesti ja negatiivisesti muotoiltuihin väittämiin jotka vuorottelevat kyselyssä. (Awara & Fasey 2008, 328.)

Opinion questionnaire on outpatient services (OQOS) on suunnattu avohoidon asiakkaille. 21 kohtaa sisältävä kysely kartoittaa tiedonsaantia, hoitopaikan ympäristöä ja saavutettavuutta, hoitosuhdetta ja yhteistyötä sekä hoitoa. Tutkimuksessaan Perreault ym. (2001) muokkasivat kyselystä yhteistyössä tutkimuksessa osallisena olleen klinikan kanssa 35 kohtaa sisältävän kyselyn, lisätyt kysymykset koskivat muun muassa klinikan tupakointiin liittyviä sääntöjä, klinikan palveluita sekä yleistä tyytyväisyyttä. (Perreault ym. 2001, 113–114; Perreault ym. 2006, 236.)

Mielenterveyspalveluiden avohoidon asiakkaille suunnattua Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ) -kyselyä on käytetty selvittämään palvelukokemuksia Norjalaisissa valtakunnallisissa tutkimuksissa. Kyselyssä käsitellään hoidon tulosten, ammattihenkilön kommunikaation sekä tiedonsaannin laatua muun muassa kysymällä tunteeeko asiakas hyötyneensä tapaamisista ammattihenkilön kanssa, kokeeko asiakas muutosta psykologisessa tilassaan, huomioiko ammattihenkilö asiakkaan mielipiteet liittyen hänen hoitoonsa tai ymmärtänyt asiakasta sekä kokeeko asiakas saaneensa riittävästi tietoa liittyen hoitoonsa. Kysymyksiin vastataan viiden kohdan Likert-asteikolla. Lisäksi kysely sisältää joitain yksittäisiä kysymyksiä sekä joukon kysymyksiä taustamuuttujista. Kyselyn on osoitettu mittaavan luotettavasti asiakkaiden näkemyksiä (Olsen, Garratt, Iversen & Bjertnaess 2010.)

Johansson ja Eklund (2003) haastattelivat mielenterveyspalveluiden avo- ja laitoshoidon asiakkaita kolmella avoimella kysymyksellä. Kysymykset

koskivat asiakkaiden tärkeimpiä kokemuksia annetusta hoidosta ja sen merkityksestä heidän elämäänsä. Lisäksi kysyttiin miten asiakkaat ovat kokeneet ammattihenkilöiden ymmärtävän heitä. Tulokset esitettiin erikseen avohoidon ja laitoshoidon näkökulmista. (Johansson & Eklund 2003, 340.)

Perreault ym. (2006) katsoivat, että kvalitatiivisella otteella saavutetaan strukturoituun lähestymistapaan verrattuna monia hyötyjä. He perustelevat lähestymistapaansa sillä, että asiakkaan suuremmalla vapaudella vastata esitettyihin kysymyksiin jolloin asiakas voi keskittyä hänelle tärkeisiin asioihin ennemmin kuin tutkijan muodostamaan käsitykseen siitä mikä on tärkeää. Kvalitatiivinen ote sallii paremmin negatiivisten kokemusten ilmaisun ja löytää paremmin kehittämisen kohteet joita asiakkaan näkökulmasta palveluissa on. Lisäksi kvalitatiivinen metodi käy hyvin palveluiden suorituskyvyn arviointiin pitkällä aikavälillä. Tutkimuksessa summataan, että näiden syiden takia kvalitatiivinen lähestymistapa mielenterveyspalveluiden asiakastyytyväisyyteen on hyvin käyttökelpoinen. Kvalitatiivinen tutkimus voidaan lopulta tiivistää kahteen kysymykseen; "Mistä pidät eniten hoitopaikassasi?" ja "Mitä hoitopaikassasi voisi parantaa?". Helposti ymmärrettävät kysymykset lisäävät kyselyn lähestyttävyyttä ja antavat asiakkaille mahdollisuuden ilmaista seikat joihin ovat tyytyväisiä sekä asiat jotka ovat syynä tyytymättömyyteen. Kysymyksen muotoilu "Mitä hoitopaikassasi voisi parantaa?" pitää sisällään vähemmän tunnelatausta kuin kysymys muotoiltuna esimerkiksi "Mihin olet tyytymätön hoitopaikassasi?" ja sen katsotaan tuottavan vastauksia joita voi suoraan soveltaa hoitopaikan ja siellä tehtävän työn kehittämiseen. Kehittämisen kohteita kartoittavaan kysymykseen vastauksia kertyi enemmän. Asiakkaat vastasivat kyselyyn itsenäisesti ja sillä katsottiin olevan joitakin etuja haastatteluun verrattuna. Haastattelussa voivat asiakkaat pyrkiä antamaan positiivisia vastauksia antaakseen hyväksyttävämpiä vastauksia. Itsenäisesti täytetty kyselylomake saattaa vähentää tulosten vääristymistä tätä kautta minkä lisäksi se on kustannustehokkaampi tapa lähestyä asiakkaita.

Vastausprosentti kyselyssä oli hyvä (71 %) ja 96 %:ssa oli annettu ainakin yksi vastaus. (Perreault ym. 2006, 234–235, 239, 240.)

7 KYSELOMAKKEEN LUOMINEN

7.1 Mielenterveystyön avohoidon palvelut Lahdessa

Mielenterveyslain (1116/1990, 1§) mukaan mielenterveystyö on yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä. Tämän lisäksi mielenterveystyö on mielisairauksien ja mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Konkreettinen osa mielenterveystyötä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, eli mielenterveyspalvelut, joita asiakkaille mielenterveyden diagnoosin perusteella annetaan.

Vastuu palveluiden järjestämisestä on kunnilla, joiden on järjestettävä palvelut ensisijaisesti avohoidon palveluina vastaamaan oman alueensa tarpeita niin sisällöllisesti kuin laadullisestikin (Mielenterveyslaki 1116/1990, 3§, 4§). Avohoitona annettavat palvelut ovat lähellä asiakkaita ja heidän arkeaan, tukevat asiakkaiden omia voimavaroja ja palvelevat hyvin heidän toipumistaan. Tehokkaat avohoidon palvelut ehkäisevät ongelmien pahenemista ja saattavat vähentää laitoshoidon tarvetta. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012, 14, 43.)

Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan psykososiaalisiin palveluihin kuuluvat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Lahdessa mielenterveysasioissa palvelevat lääkärit, sairaanhoitajat ja psykologit. (Mielenterveys- ja päihdepalvelut 2015.)

Lahden kaupungin järjestämät mielenterveyspalvelut ovat osa pääterveysasemaa ja vaativaa perusterveydenhuollon mielenterveystyötä. Lahden alueella toimii kolme lähiklinikkaa, Itäinen, Eteläinen ja Keskustan lähiklinikat, joilla hoidetaan lieviin mielenterveyden ongelmiin liittyvät kartoitus- ja ohjaukskäynnit. Lievän depression tai ahdistuneisuushäiriön, unettomuuden ja hyvässä hoitotasapainossa olevien pitkäaikaisten sairauksien (krooninen depressio, skitsofrenia) hoito ja seuranta kuuluvat lähiklinikoiden työhön. Pääterveysaseman alla toimii

mielenterveyspalveluiden avohoidon kaksi työryhmää joille kuuluu vaativampaa hoitoa tarvitsevat asiakkaat. (Rajala 2015.)

7.2 Psykiatrinen kuntoutustyöryhmä

Tiivistä tukea ja kuntoutumista tarvitsevat psykoosisairautta sairastavat ihmiset ovat psykiatrisen kuntoutustyöryhmän asiakkaita. Psykiatristen sairaanhoitajien tehtäviin kuuluu psyykkisen toimintakyvyn ja kotona selviytymisen tukeminen, lääkehoidon turvaaminen sekä sairaalahoitojen välttäminen. Ryhmässä käytetään työmenetelminä kotikäyntejä, vastaanottoja, verkostoyhteistyötä sekä erilaisia ryhmiä. (Rajala 2015.)

7.3 Psykiatrinen vastaanottotyöryhmä

Psykiatriseen vastaanottotyöryhmään kuuluu 5 sairaanhoitajasta ja 2 psykologia. Työryhmän asiakkaisiin lukeutuvat keskivaikeaa depressiota sairastavat sekä asiakkaat joilla ahdistuneisuushäiriö haittaa työ- tai toimintakykyä. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien asiakkaiden jatkohoidon seuranta tapahtuu myös täällä. (Rajala 2015.)

Supportiivisen keskustelun tavoitteena on auttaa ylläpitämään tai palauttamaan asiakkaan toimintakykyä sairauden, persoonallisuuden ja elämäntilanteen asettamien rajoitteiden puitteissa. Asiakkaan kyky hallita psyykkistä tasapainoaan on keskustelun tarkoituksena. Keskeisiä teemoja keskustelussa ovat arkipäivän ongelmien ratkaisut. (Luhtasaari 2010.)

Supportiiviset keskustelut asiakkaiden kanssa kattavat yhdestä kymmeneen käyntiä. Ryhmien ohjaaminen, verkostoyhteistyö sekä lähiklinikoiden ja pääterveysaseman työntekijöiden konsultointi kuuluvat työryhmän työnkuvaan. Työmenetelmiin kuuluvat ohjaus ja neuvonta, asiakkaiden psyykkisten oireiden arviointi ja hoito sekä tarvittaessa jatkohoitoon ohjaaminen. Psykologien palvelut on suunnattu aikuisasiakkaille ja työhön kuuluu edellisten lisäksi suppea psykologinen tutkimus, terapeuttiset keskustelut, lausuntojen tekeminen sekä luennot ja opetuskeskustelut. Vastaanottotyöryhmän asiakkaaksi voi ohjautua

lähiklinikoiden, terveysneuvon tai erikoissairaanhoidon kautta tai asiakas voi itse hakeutua vastaanottotyöryhmän vastaanotolle (Rajala 2015).

7.4 Tarve kyselylomakkeelle

Kyselylomakkeen laatiminen lähti toimeksiantajan tarpeesta saada tietoa asiakkaidensa tyytyväisyydestä saamaansa hoitoon. Toimeksiantajalta on tähän saakka puuttunut strukturoitu tapa kerätä tietoa asiakkailtaan ja työkalua yhtenäisen sekä vertailukelpoisen tiedon tuottamiseen on kaivattu.

Toimeksiantaja halusi käyttöönsä selkeän ja nopeasti analysoitavan kyselylomakkeen jonka avulla kartoittaa asiakkaidensa tyytyväisyyttä palveluihin. Yksi tavoitteista oli saada käyttöön työkalu, jonka avulla saadaan esiin asiakkaiden kokemuksia työryhmässä tehdyn työn vaikutuksesta. Asiakaslähtöisyys sekä toiminnan ja laadun kehittäminen olivat tavoitteina ensimmäisestä tapaamisesta lähtien. Kyselyn olisi tarkoitus toimia työkaluna tarjoten asiakkaille vaikutusmahdollisuuksia ja asiakkaiden vastausten myötä uusia työskentelymalleja työntekijöiden käyttöön.

Kyselyä käyttäen toimeksiantaja voi tarkastella ja kehittää toimintaansa saadun tiedon avulla paremmin vastaamaan asiakkaiden tarpeita ja näin vastata paremmin hoidolle asetettuihin laatuksiteereihin sekä kehittää palveluita asiakaslähtöisempään suuntaan.

7.5 Projektin eteneminen

Ensimmäinen tapaaminen toimeksiantajan kanssa tapahtui tammikuussa 2015. Tapaamisessa yhteyshenkilö esitteli Lahden pääterveysaseman yhteydessä toimivien työryhmien toimintaa ja kertoi heidän ajatuksistaan tulevasta yhteistyöstä ja tuotoksesta. Tavoitteena olisi tuottaa asiakastyytyväisyyskysely, vielä tässä vaiheessa ajatuksena oli tuottaa kysely sekä yksilövastaanottojen että ryhmätoiminnan asiakkaiden käyttöön. Ajatuksena oli, että kyselyjä tuotettaisiin muutamia erilaisia

erilaisten ryhmien käyttöön. Yksilövastaanottojen käytössä kyselyn voisi täyttää hoidon päätteeksi ja pitkäaikaisessa hoitosuhteessa esimerkiksi vuoden välein jolloin kaikilla asiakkailla on yhtäläinen mahdollisuus osallistua hoidon laadun ja vaikuttavuuden arviointiin.

Tapaamisen jälkeen aloitettiin aiheeseen tutustuminen sekä tiedonhaku ja sovittiin tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa. Ohjaavan opettajan kanssa projektia lähdettiin rajaamaan. Toimeksiantajan ajatuksena alun perin oli asiakastytyväisyyskyselyn toteuttaminen osana opinnäytetyötä, opettajan ohjauksesta projekti rajattiin kyselylomakkeen toteuttamiseen ja sen pilotointiin koska tutkimusluvan saamista asiakastytyväisyyskyselyn suorittamiseksi ohjaava opettaja piti epätodennäköisenä. Rajaus ehkäisi myös työn kasvamisen liian suureksi kokonaisuudeksi. Tietoperustan rajaamiseen saatiin suuntaviivoja keskeisiä käsitteitä yhdessä pohtimalla. Tässä vaiheessa keskeisiksi käsitteiksi valikoituivat asiakaslähtöisyys, avohoito ja asiakastytyväisyys. Mielenterveyden sairauksien käsitteleminen ja avaaminen työssä katsottiin tässä vaiheessa tarpeettomaksi. Kyselylomakkeen muotoa mietittiin paperisen, asiakkaalle jaettavan ja sähköisen version välillä. Paperiseen versioon päädyttiin koska katsottiin sen olevan helpommin lähestyttävä ja saavuttavan asiakkaat paremmin kuin sähköinen kysely. Asiakaskyselyn kohderyhmää mietittiin myös. Työryhmien asiakaskunta on hyvin laaja ja erilaiset asiakkaat tuovat mukanaan omat erityispiirteensä joten rajauksia oli tehtävä. Tavoitteeksi asetettiin yhden kyselylomakkeen tuottaminen jollekin tietylle asiakasryhmälle.

Tämän jälkeen sovimme tapaamisen maaliskuun alkuun yhdessä tekijöiden, ohjaavan opettajan ja toimeksiantajan edustajien kanssa jonka tavoitteena olisi yhdessä pohtia kyselylomakkeen sisältöä, laajuutta, ulkonäköä ja näkökulmia lomakkeen kysymyksiin.

Tapaamisessa kyselylomakkeen sisältöä pohdittiin yhdessä tarkemmin ja mietittiin mikä on se tiedon tarve, johon kyselyn tulisi vastata. Pääkohdat olisivat asiakkaan palaute työntekijöiden tekemästä työstä ja asiakkaan näkökulma työn vaikuttavuudesta. Näiden lisäksi kyselylomakkeelta

toivottiin osallistavaa näkökulmaa ja mietittiin olisiko kyselylomakkeella mahdollista saada asiakas huomaamaan ja pohtimaan omaa panostaan toipumiseen. Toimeksiantajan edustajat olivat yhtä mieltä siitä, että lomakkeen tulisi olla selkeä ja nopeasti analysoitava. Toimeksiantajan edustajien kanssa päästiin yhteisymmärrykseen siitä, että kyselylomake tulisi käytettäväksi vastaanottotyöryhmän vastaanotoilla. Näin kyselylomakkeen käytettävyyttä voidaan keskittyä kehittämään näiden asiakkaiden ominaispiirteisiin sopivaksi. Kyselylomake oli tarkoitus projektin aikana pilotoida eli sen käytettävyyttä testata asiakkailla. Pilotointi sovittiin järjestettäväksi tulevan kesän aikana, kyselylomakkeen tulisi olla valmis kesäkuun alkuun mennessä.

Tapaamisen jälkeen palattiin lähteiden pariin ja työstämään opinnäytetyön suunnitelmaa esitettäväksi huhtikuussa sekä alustavasti hahmottelemaan kyselylomaketta. Projekti vaati tutkimusluvan, johon hakemus (Liite 1) lähetettiin tässä vaiheessa, hakemukseen liitteeksi laitettiin opinnäytetyön suunnitelma. Suunnitelma selvitti työn etenemisen tarkemmin. Pari viikkoa myöhemmin lupa saatiin (Liite 2).

Lähteistä löytyi useita mielenterveyspalveluiden avohoidon asiakkaille kehitettyjä asiakastyytyväisyyskyselyjä sekä niiden avulla suoritettuja asiakastyytyväisyystutkimuksia. Näistä muodostui kattava kuva asioista, jotka vaikuttavat mielenterveyspalveluiden avohoidon asiakkaiden kokemaan tyytyväisyyteen palveluita kohtaan sekä tietoa siitä mitkä asiat tekevät palveluista laadukkaita asiakkaiden näkökulmasta.

Kevään tapaamisissa kyselylomaketta hiottiin vastaamaan toimeksiantajan toiveita ja näkemyksiä. Tekijät olivat koonneet tiedonhaun perusteella listan aiheita ja kysymyksiä joita kysely voisi sisältää. Samaan listaan oli esitetty erilaisia asteikkoja joiden avulla vastaaminen kyselyyn voisi tapahtua, Likert-asteikko yhtenä esimerkkinä. Asiakkaalle helpoimmaksi ja houkuttelevammaksi vastata katsottiin mahdollisimman yksinkertainen asteikko ja kysymyksiä lähdetäisiin kehittämään suuntaan missä niihin voisi vastata yksinkertaisesti kyllä tai ei. Listaa kysymyksistä käytiin läpi yhdessä ja siitä karsittiin päällekkäisyyksiä ja toimeksiantajan

näkökulmasta turhia kysymyksiä. Kyselyn laajuutta mietittiin yhdessä ja päätettiin, että sen tulisi mahtua yhdelle A4-arkille kun se tulostetaan kaksipuoleisena.

Seuraavaan tapaamiseen tekijöillä oli esittää edellisen tapaamisen perusteella valituista kysymyksistä muodostettu kyselylomake muutamana erilaisena versiona. Vaihtoehtoista keskusteltiin vertailemalla niitä sisällön, muotoilun ja ulkonäön perusteella. Tässä vaiheessa karsittiin taustamuuttujia koskevista kysymyksistä pois asioita, joiden katsottiin olevan epäoleellisia. Kysymyksistä karsiutui jälleen pois päällekkäisyyksiä ja niiden muotoilua korjattiin. Erityistä huomiota kiinnitettiin kysymysten muotoiluun johdattelevuuden osalta, kysymykset oli muotoiltu positiivisesti ja katsottiin, että ne saattoivat johdatella vastaajaan antamaan myönteisemmän vastauksen. Kysymyksiä työstettiin neutraalimpaan suuntaan.

Kyselylomakkeesta muodostui kevään aikana useita eri versioita joita hienosäädettiin tekijöiden ja ohjaavan opettajan ehdotuksien perusteella, näiden perusteella muodostuneet versiot lähetettiin takaisin toimeksiantajalle, joka palautti ne korjaus- ja kehitysehdotuksin. Ennen pilotointia kyselylomaketta testattiin muutaman projektin ulkopuolisen vapaaehtoisen toimesta ja opiskelijakollegoilta sille pyydettiin arvio. Ehdotuksia kyselyn parantamiseksi saatiin muutamia.

Viimeinen tapaaminen yhdessä tekijöiden ja toimeksiantajan kanssa ennen pilotointia, osui kesäkuun alkuun. Tapaamisessa esiteltiin viimeisin versio kyselylomakkeesta, joka vielä yhdessä arvioitiin ulkoasun ja kysymysten muotoilun osalta. Muutamia korjauksia sovittiin tehtäväksi vielä tässä vaiheessa. Pilotoinnin toteutuksesta kokonaisuudessaan vastasivat työryhmän työntekijät eikä tekijöillä ollut osaa tähän. Pilotointi suoritettiin kesällä ja kyselylomaketta jaettiin kahden kuukauden ajan asiakkaille.

Kyselylomakkeessa ensimmäisenä oli kolmelle riville mahtuva vastausohje. Kyselyssä on 15 kysymykseen vastausvaihtoehtoina kyllä tai

ei, esimerkiksi ”Oletko osallistunut hoitosi tavoitteiden suunnitteluun?” tai ”Koetko saaneesi riittävästi tietoa hoitoosi liittyen?”. Vastausvaihtoehdoille oli kummallekin oma laatikko ja vastaus valittiin laatikko rastittamalla. Kyselyn lopussa asiakasta pyydettiin arvioimaan kuinka hyvin esimerkiksi keskustelut työntekijän kanssa tai lääkitys ovat auttaneet häntä viiden kohdan Likert-asteikolla jossa viimeinen vaihtoehto oli ”Tämä ei koske minua”. Viimeisen vastausvaihtoehdon tarkoituksena oli estää tulosten vääristyminen. Yhteensä näitä kohtia oli kahdeksan. Lisäksi kyselylomakkeessa oli neljä avointa kysymystä. Taustamuuttujia kartoitettavia kohtia kyselyn alussa oli kuusi. Yhteensä pilotointiin menneessä kyselylomakkeessa oli kohtia 33 täyttäen A4-arkin molemmat puolet.

Syksyn tapaamisessa käytiin läpi pilotoinnista saatuja tuloksia. Toimeksiantajan puolesta oltiin hyvin tyytyväisiä tässä vaiheessa saatuihin vastauksiin ja kerrottiin, että kehittämisen kohteita työntekijöille oli pilotoinnin tuloksena löytynyt jonkin verran. Kysely oli jo tässä vaiheessa osoittautunut hyväksi työkaluksi. Lisäksi kyselylomakkeen teemat olivat toimineet työntekijöille työvälineenä vastaanotoilla asiakkaiden kanssa keskustellessa hoidon etenemisestä. Tekijöille tärkeää oli saada palautetta kyselylomakkeen käytettävyydestä. Asiakkailta palautetta kyselylomakkeesta ei saatu ja tapaamisessa käytiin läpi työntekijöiden ajatuksia lomakkeen kehittämisestä.

Kysely oli edelleen liian laaja, se haluttiin mahtuvaksi yhdelle sivulle ja yksinkertaisemmaksi. Kyselyä tarkasteltaessa löytyi kysymyksistä edelleen päällekkäisyyksiä ja johdattelevaa muotoilua, joista haluttiin eroon ja joidenkin kysymysten tarpeellisuus kyseenalaistettiin kokonaan. Avoimista kysymyksistä haluttiin luopua vähäisten vastausten vuoksi ja koska ne vastauksille jätetyn tilan vuoksi vaativat suuren tilan lomakkeella. Yksi avoimista kysymyksistä koski tapaamisten tunnelmaa. Sanana ”tunnelma” koettiin hankalasti määriteltäväksi ja ymmärrettäväksi. Likert-asteikon käyttö kyseenalaistettiin ja lopulta päädyttiin luopumaan siitä.

Taustamuuttujia kartoitettavat kohdat jäivät ennalleen.

Kyselylomakkeen muokkaaminen jatkui keväältä tuttuun malliin. Tekijät muokkasivat kyselyä saamiensa ehdotusten pohjalta ja uusi, yhdelle sivulle mahtuva versio lähetettiin toimeksiantajalle hyväksyttävästi. Toimeksiantajan edustajat arvioivat version omassa tapaamisessaan ja palauttivat itse muokkaamansa hahmotelman tekijöille. Tämän pohjalta muodostui kyselystä versio joka tekijöiden toimesta jää viimeiseksi.

Toimeksiantajan puolelta oltiin mukana kehitystyössä koko projektin ajan hyvin innokkaasti. Kommunikaatio toimeksiantajan, tekijöiden ja ohjaavan opettajan välillä tapahtui pääasiassa sähköpostitse. Kyselyn eri versioita lähetettiin arvioitavaksi sähköpostitse toimeksiantajalle ja ohjaavalle opettajalle minkä lisäksi osapuolia informoitiin projektin etenemisestä. Tietoa vaihdettiin runsaasti ja kaikki osapuolet olivat aktiivisesti mukana jakamassa omia näkemyksiään ja kehittämisehdotuksia. Toimeksiantajan, tekijöiden ja ohjaavan opettajan väliset sähköpostikeskustelut ja tapaamiset, joissa kyselyä yhdessä työstettiin, täydensivät hyvin toisiaan.

Tapaamisia ohjaavan opettajan kanssa sovittiin muutamia, joiden aikana tarkistettiin suuntaa mihin tekijät ovat opinnäytetyötä viemässä ja sovittiin aikatauluja. Ohjaava opettaja on antanut suuren panoksen kyselyn kehittämiseen tuomalla esiin omia huomioitaan ja kehittämisajatuksiaan.

Tekijät olivat projektin aikana opiskeluissaan eri vaiheissa ja aikataulujen yhteensovittaminen tuntui ajoittain vaikealta. Yhteisen työskentelyn välineeksi valikoitui Googlen tarjoama Drive – työkalu joka mahdollisti työskentelyn omien aikataulujen puitteissa, kuitenkin samaa dokumenttia työstäen. Omien aikataulujen puitteissa tapaamisia sovittiin, jotta voidaan yhdessä tarkistaa missä opinnäytetyö on milloinkin menossa ja sopia miten jatketaan eteenpäin. Tapaamisten puitteissa opinnäytetyötä työstettiin yhdessä eteenpäin.

7.6 Tuotos

Tuotos on 20 kohdan kyselylomake (Liite 3) jota psykiatrisen vastaanottotyöryhmän vastaanotoilla voidaan asiakkaille antaa

täytettäväksi siinä vaiheessa kun käyntejä vastaanotolla on takana muutamia ja kokemusta palveluista kertynyt siinä määrin, että asiakas voi kertoa oman näkemyksensä palveluista. Valmis tuotos jää toimeksiantajan käyttöön eikä varsinaista kyselyä suoriteta opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Tulevaisuudessa kyselyn tuloksia voidaan käyttää palveluiden arvioinnissa ja kehittämisessä.

Ensimmäisenä kyselyssä on vastausohjeet, joita seuraa kuusi kohtaa kartoittaen vastaajan taustamuuttujia. Varsinaisia kysymyksiä on 14 joihin vastausvaihtoehdot ovat kyllä tai ei. Kohdat 7–15 ovat kysymyksiä. Kohdissa 16–20 pyydetään asiakasta kertomaan kokeeko hän saaneensa apua esimerkiksi vertaistuesta tai lääkityksestä. Ennen viimeistä viittä kohtaa on vastaamista ohjaava kysymys sekä vastausohjeena jättää vastaus vain kohtiin jotka koskevat asiakasta. Näin vältetään tulosten vääristyminen esimerkiksi lääkitystä koskevassa kohdassa. Kyselylomakkeen lopussa kysytään asiakkaan halukkuutta kertoa omin sanoin asioista joihin hän on tyytyväinen tai jotka eivät hänen mielestään toimi, vastaus kehoitetaan antamaan lomakkeen kääntöpuolelle joka on jätetty tyhjäksi. Viimeisenä esitetään asiakkaalle kiitos vastauksista.

8 POHDINTA

8.1 Asiakastyytyväisyyden mittaaminen

Useissa tutkimuksista tuodaan esiin asiakastyytyväisyyden mittamiseen liittyviä epäkohtia sosiaali- ja terveystalvaeluissa, erityisesti mielenterveystalvaeluissa. Suuri osa asiakastyytyväisyystutkimuksista summaa, että asiakkaat yleisellä tasolla ovat tyytyväisiä palveluihin. Tämä ei auta työntekijöitä ja organisaatioita kehittämään työtään kun tavoitteena on asiakkaan toipuminen. Asiakasnäkökulmaa toki tarvitaan, sillä asiakkaiden näkemykset siitä mistä laadukas palvelu muodostuu, on usein hyvin erilainen kuin ammattihenkilöillä. Asiakastyytyväisyyden mittaamisen sijaan olisi ehkä perustellumpaa kartoittaa asiakkaiden kokemuksia ja antaa asiakkaille aidosti vapaus kertoa tekijöistä, joiden avulla mielenterveystalvaeluista saadaan laadukkaita.

Mielenterveystalvaeluissa keskeistä on autetuksi tuleminen ja oireiden helpottuminen. Asiakkaan matka kohti toipumista ei välttämättä ole asiakkaalle miellyttävä kokemus, toipuminen voi vaatia kipeiden asioiden avaamista ja läpikäymistä. Kun lähdetään kartoittamaan asiakastyytyväisyyttä, on syytä tarkoin pohtia, mitä sillä halutaan saavuttaa. Halutaanko todella asettaa tehty työ kriittisen arvioinnin kohteeksi vai esittää hyviä tuloksia tukemaan jo olemassa olevia toimintamalleja.

8.2 Pohdintaa tuotoksesta

Tämä työ tehtiin tavoitteena tuottaa asiakastyytyväisyyskyselylomake, jonka avulla saadaan palautetta tehdystä työstä, tarjotaan asiakkaalle mahdollisuus kertoa oma näkemyksensä häntä auttaneista asioista ja saadaan asiakas miettimään omaa osuuttaan ja vastuutaan hoidossaan.

Motivoiva haastattelu ja sen soveltaminen kyselylomakkeeseen oli yhtenä teemana opinnäytetyössä kun projektia aloitettiin. Ajatuksena tämä oli mielenkiintoinen sekä houkutteleva ja teemaa pidettiin mukana

suunnitelman esitykseen saakka. Esitystilaisuudessa heräsi ajatus siitä, että teemana motivoiva haastattelu on liian vaativa sovellettavaksi tähän muotoon koska menetelmä nojaa vahvasti ammattihenkilön ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen. Kyse on ehkä enemmän asiakkaan voimaannuttamisesta oman hoitonsa asiantuntijaksi ja siihen vaikuttajaksi.

Lopullisessa versiossa on muutamia kysymyksiä, joiden voidaan katsoa tuovan esiin asiakkaan omaa vastuuta toipumisprosessissa. Kysymysten muotoilun kautta on haettu asiakasta puhuttelevaa ja osallistavaa otetta. Tapa puhutella asiakasta tässä lomakkeessa on erilainen kuin mitä vastaan tuli esimerkiksi aiemmin tehtyjen opinnäytetöiden kautta. Suuri osa asiakastyytyväisyyskyselyistä puhuttelee vastaajaa organisaatio- ja työntekijälähtöisesti ja näillä on haettu vahvasti arviota organisaation suoriutumiseksi. Tässä kyselyssä taas on pyritty puhuttelemaan asiakasta ja lomakkeen kautta välittyä kiinnostus asiakkaan kokemusta ja mielipidettä kohtaan.

Kyselyyn valitut vastausvaihtoehdot, kyllä tai ei, eivät suoranaisesti anna tilaa asiakkaan ilmaista henkilökohtaista mielipidettään kulloinkin kysytyn asian kohdalla. Asiakkaalla on kuitenkin mahdollisuus kertoa kokemuksistaan omin sanoin kyselylomakkeen kääntöpuolelle.

Mielenterveyspalveluiden asiakkaiden halu ja uskallus osallistua palveluiden kehittämiseen voivat vaihdella suuresti. Asiakkaille omien näkökulmien esiin tuominen voi olla vaikeaa monesta syystä eikä aktiivinen osallistuminen välttämättä kuulu suomalaiseen kulttuuriin. (Laitila 2010, 88.) Nimettömänä täytettävä kyselylomake antaa hienovaraisen vaihtoehdon osallistua palveluiden kehittämiseen ja mahdollisuuden tuoda esiin kokemuksia ja mielipiteitä ilman pelkoa leimautumisesta negatiivisenkaan palautteen perusteella.

Tuotoksen tukena on käytetty tutkittua tietoa mielenterveyspalveluiden avohoidon asiakastyytyväisyyteen vaikuttavista asioista. Mallia kyselyyn on otettu kansainvälisistä samalle kohderyhmälle suunnatuista kyselyistä. Nämä toimivat pohjana kun tuotosta lähdettiin yhteistyössä

toimeksiantajan kanssa tekemään. Viimeisessä versiossa korostuvat toimeksiantajan toiveet kyselylomakkeelle. Lopullinen tuotos on onnistunut yhdistämään tutkitun tiedon sekä toimeksiantajan tarpeet yhdeksi kokonaisuudeksi.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tietoperusta on pyritty rajaamaan mielenterveyspalveluiden avohoidon asiakkaita koskevaan tietoon. Tämä varmistaa sen, että kysymysten pohjalla ollut tieto on kyselylomakkeen kohderyhmää koskevaa.

Tiedonhaun rajoituksia mietittiin tekijöiden kesken tarkasti. Jossain määrin opinnäytetyöhön valitut lähteet ovat vanhahkoja. Tämän tasoisiin töihin yleensä kelpuutetaan mukaan enintään kymmenen vuotta vanhaa tutkimusta. Tästä kuitenkin joustettiin, koska vanhempi tutkimustulos antoi aihetta hyvin avaavaa sekä opinnäytetyötä tukevaa tietoa. Tekijät katsoivat tiedon olevan kuitenkin luotettavaa. Uudempi tutkimustulos antoi samansuuntaisia tuloksia joka puolestaan lisäsi vanhemman tutkimustuloksen luotettavuutta ja käytettävyyttä tässä työssä.

Hakutuloksista pois pyrittiin rajaamaan lähteet joissa asiakastyytyväisyyttä oli tutkittu maissa, jotka kulttuuriltaan poikkeavat paljon suomalaisesta. Kulttuuriset erot vaikuttavat siihen miten tunteisiin ja mielialoihin liittyvistä asioista puhutaan ja miten niihin suhtaudutaan (Kulttuuri ja mielenterveys) jolloin mielenterveyspalveluiden asiakastyytyväisyyden lähtökohdat voivat siis erilaisissa kulttuureissa olla hyvin erilaiset. Muun muassa yksi intialainen tutkimus hylättiin tämän perusteella.

Luotettavuutta tietoperustassa lisää se, että monet tuloksista toistuvat useissa tutkimuksista. Tämä näkyy tietoperustassa rinnakkain käytettyinä lähteinä.

8.4 Opinnäytetyö oppimisprosessina

Opinnäytetyö on tehty Lahden ammattikorkeakoulun toiminnallisen opinnäytetyön ohjeita noudattaen. Toiminnallista opinnäytetyötä on ollut mielenkiintoista ja opettavaista tehdä. Opinnäytetyö prosessi on ollut sukellus tuntemattomaan. Tämän tapainen prosessityöskentely oli uutta, aiempaa kokemusta tämän tyyppisestä työstä ei ollut. Prosessin läpi vieminen on ollut opettavainen kokemus.

Ensimmäisenä mieleen tulee työn suunnan etsiminen ja rajaaminen. Kun aihe on mielenkiintoinen ja siihen löytyy innostavia näkökulmia, tässä tapauksessa asiakasta osallistava, on työhön helppo uppoutua. Toisaalta se on hyvä asia ja innostaa työskentelemään hyvän lopputuloksen eteen. Toisaalta vaarana on asettaa tavoitteet osaamiseen ja annettuun aikaan nähden liian kunnianhimoisiksi. Useaan otteeseen työn aikana sai huomata joutuneensa liian kauas siitä, mikä on työssä keskeistä, esimerkiksi tiedonhakua tehdessä. Selkeästi määritelty suunta ja hyvin tehdyt rajaukset auttavat pysymään annetuissa rajoissa.

Tiedonhaun prosessi suuremmassa mittakaavassa on auennut todella hyvin työtä tehdessä. Tiedonhakuun nykymuotoisessa hoitotyön koulutusohjelmassa panostetaan paljon antamalla opiskelijalle perusteet hoitotieteestä ja tutkimus- ja kehittämismenetelmistä. On ollut opettavaista nähdä ja kokea näin vahva linkki tutkitun tiedon ja käytännön välillä. Hämmäntävää on ollut tutkitun tiedon määrä, joka samalla on toiminut oppina tiedon luotettavuuden sekä käytettävyyden arviointiin. Työtä tehdessä vastaan on tullut paljon mielenkiintoista tietoa ja kriittistä arviointia on saanut harjoittaa jotta aiheesta ei eksytä.

Paljon päänvaivaa työtä tehdessä syntyi lähteitä etsiessä, varsinkin kotimaisia lähteitä ei meinannut löytyä. Käytimme informaattikkoa hyväksemme oikeanlaisten lähteiden löytämiseen. Informaatikon tapaamisesta oli paljon hyötyä ja saimme vinkkejä hakusanoihin joilla kirjallisuutta alkoi löytyä ja opinnäytetyön kirjallinen osuus alkoi edetä hyvin eteenpäin.

Opinnäytetyötä tehdessä ohjaus on olennainen osa projektia. Opinnäytetyölle nimetty ohjaava opettaja on mukana koko prosessin ajan ohjaten tekijöitä oikeaan suuntaan. Opinnäytetyön tarkoitus on nimensä mukaisesti näyttää oppimisen prosessi eikä niinkään näyttää, mitä tekijät jo osaavat. Ohjauksen hyödyntäminen on osa prosessia ja olennaista oikean suunnan pitämiseksi. Tämän prosessin aikana ohjaaja oli aktiivisesti mukana kyselylomakkeen kehittämisessä antaen suuren panoksen tuotokseen. Kuitenkin, prosessia taaksepäin katsottaessa voidaan todeta, että ohjausta olisi pitänyt hyödyntää enemmän myös muilla alueilla, kuten tiedonhaussa sekä raportin kirjoitusvaiheessa. Tiedonhaku ja raportin kirjoitus ovat suuri osa prosessia, joista tekijät tässä työssä ovat vastanneet hyvin itsenäisesti. Tekijät olisivat saaneet paremmin pidettyä työn hallinnassa ja ylimääräisiltä paineilta olisi säästyttävä, kun työtä olisi viety eteenpäin enemmän ohjauksen tuella.

Aikataulutuksen suhteen tekijät saivat muutaman oppitunnin. Suunnitelmaseminaarin ja työn valmistumisen ajankohta arvioitiin turhan optimistisesti ja näitä jouduttiin siirtämään kuukaudella eteenpäin. Tekijät arvioivat ehtivänsä tekemään enemmän kuin mitä lopulta oli mahdollista muiden opiskelujen rinnalla. Aikatauluista ei kuitenkaan ollut tarvetta joustaa enempää eikä suurta epäonnistumasta voida katsoa tapahtuneen aikataulutuksen suhteen.

Kehittämisen prosessin eri vaiheet ovat opinnäytetyön myötä tulleet tekijöille tutuiksi. Jatkossa on tekijöillä paremmat lähtökohdat lähteä vastaavan tyyppisiin projekteihin mukaan, koska kokemusta kehittämisprojektin vaatimuksista on olemassa. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen on ollut hyvin opettavainen ja ammatillisesti kasvattava haaste ja kokemus. Työtä tehdessä parin kanssa on parityöskentely harjaantunut hurjasti, koska kaikesta on pitänyt päättää yhdessä. Yhteistyömme on sujunut mutkattomasti ja kaikesta on päätetty yhteisymmärryksessä.

8.5 Jatkotutkimusehdotuksia

Asiakastyytyväisyyskysely jää vastaanottotyöryhmän käyttöön. Tulevaisuudessa voi olla hyvä palata arvioimaan, miten hyvin kysely on vastannut työryhmän työntekijöiden tiedon tarpeeseen, onko kyselylomakkeesta ollut hyötyä työn kehittämisessä ja mitä on kehitetty. Kyseeseen tulee myös kyselylomakkeen jatkokehittäminen, kun kysely on ollut käytössä ja kokemuksia sen käytöstä sekä siitä saatavista vastauksista on saatu enemmän.

Alkuperäinen suunnitelma oli kehittää useampia erilaisia kyselylomakkeita muun muassa ryhmätoiminnan asiakkaille sekä kuntoutustyöryhmän käyttöön jonka asiakkaat ovat hyvin erilaisia kuin vastaanottotyöryhmässä. Tulevaisuudessa voisi kyseeseen tulla asiakastyytyväisyyskyselyiden kehittäminen näiden ryhmien käyttöön.

LÄHTEET

Awara, M. & Fasey, C. 2008. Patients' satisfaction and quality of care in psychiatric out-patient settings. *Journal of Mental Health*, June 2008; 17(3), 327–335.

Barak, Y., Szor, H., Kimhi, R., Kam, E., Mester, R. & Elizur, A. 2001. Survey of patient satisfaction in adult psychiatric outpatient clinics. *European Psychiatry* 2001; 16: 131-133.

Barrett, B., Young, M.S., Teague, G.B., Winarski, J.T., Moore, K.A. & Ochshorn, E. 2010. Recovery Orientation of Treatment, Consumer Empowerment, and Satisfaction with Services: A Mediation Model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Volume 34, No. 2, 153-156.

Bramesfeld, A., Wedegärtner, F., Elgeti, H. & Bisson, S. 2007. How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Services Research* 2007, 7;99.

Care Quality Commission. 2015a. 2015 Community Mental Health Survey: Statistical release. Saatavissa:
http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20151020_mh15_statistical_release.pdf

Care Quality Commission. 2015b. CQC's response to the 2015 Community Mental Health Survey. Saatavissa:
http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20151020_mh15_cqc_comment_v1.2.pdf

Crosier, M., Scott, J. & Steinfeld, B. 2012. Improving satisfaction in patients receiving mental health care: A case study. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39:1, 42-54.

Depressio. 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023>

Edlund, M.J., Young, A.S., Kung, F.Y., Sherbourne, C.D. & Wells, K.B. 2003. Does Satisfaction Reflect the Technical Quality of Mental Health Care? *Health Services Research*, Apr2003, Vol. 38, Issue 2, 631--645.

Gayet-Ageron, A., Agoritsas, T., Schiesari, L., Kolly, V. & Perneger, T.V. 2011. Barriers to Participation in a Patient Satisfaction Survey: Who Are We Missing? *PLoS One*, Volume 6, Issue 10. Saatavissa: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0026852#abstract0>

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

Hyvärinen, H. 2011. Asiakslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110374/urn_nbn_fi_uef-20110374.pdf

Johansson, H. & Eklund, M. 2003. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2003; 17, 339–346.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro oy

Kokko, S. 2014. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9514273435/isbn9514273435.pdf>

Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T. & Sorsa, M. 2002. Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kulttuuri ja mielenterveys. 2015. Mielenterveystalo.fi, HUS. [viitattu 14.12.2015] Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/maahanmuuttajat/Pages/kulttuuri_ja_mielenterveys.aspx

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu?- Potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia. Kuopion yliopisto. Saatavissa: <http://wanda.uef.fi/ukuvaitokset/vaitokset/2004/isbn951-781-950-1.pdf>

Lahtinen, P. & Mustonen, M. 2015. AMK-opinnäytetyöprosessi. Käsikirja. Lahden ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala.

Lahden kaupungin strategia 2025. 2013. Saatavissa: [http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/929701668024465BC2257B5C002329AE/\\$file/Lahden%20kaupungin%20strategia%202025%20p%C3%A4ivitys%202013.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/929701668024465BC2257B5C002329AE/$file/Lahden%20kaupungin%20strategia%202025%20p%C3%A4ivitys%202013.pdf)

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Viitattu [17.11.2015] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lavikainen, J. (toim.), Lahtinen, E. (toim.) & Lehtinen, V. (toim.). 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksia 2004:17. Helsinki. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111124/Selv200417.pdf?sequence=1>

Luhtasaari, S. 2010. Tukea antava (supportiivinen) psykoterapia. Teoksessa Luhtasaari, S. Masennus. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00032

Lundqvist, L.-O., Ahlström, G., Wilde-Larsson, B. & Schröder, A. 2012. The patient's view of quality in psychiatric outpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 629–637.

Mattila, K-P. 2007. Arvostava kohtaaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.

McBride, D., Wilson, C.M., Suazo, N., Smith, M. & Serles, J. 2014. Adult Consumer Survey 2014. Tool Kit. The Washington Institute for Mental Health Research and Training. Western Branch. Saatavissa: <https://depts.washington.edu/pbhjp/sites/default/files/2014%20ACS%20Toolkit.pdf>

Meronen, M-L. & Pylkkänen, K. 2005. Asiakastyytyväisyys mielenterveyspalveluissa. YTHS:n asiakastyytyväisyystutkimus. Suomen lääkärilehti 30–32/2005, 3035–3039.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut. 2015. Lahden kaupunki. [viitattu 7.10.2015] saatavissa: <http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/38EB8BBC70638B70C2256E7E0038C0DE>

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2009. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112002/passthru.pdf?sequence=1>

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2012. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. Helsinki. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>

Mielenterveyslaki 1116/1990. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111122/laatusuositus.pdf?sequence=1>

Mäkelä, A., Ruukonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Olsen, R.V., Garratt, A.M., Iversen, H.H. & Bjertnaess, O.A. 2010. Rasch analysis of the Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ). BMC Health Services Research 2010, 10:282. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-282.pdf>

Oltedal, S., Garratt, A. & Johannessen, J. O. 2007. Psychiatric outpatients' experiences with specialized health care delivery. A Norwegian national survey. Journal of Mental Health. April 2007; 16(2); 271–279.

Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/2008. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76850/R38-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>

Perreault, M., Katerelos, T.E., Sabourin, S., Leichner, P. & Desmarais, J. 2001. Information as a distinct dimension for satisfaction assessment of outpatient psychiatric services. International Journal of Health Care Quality Assurance, 14/3, 2001, 111–120.

Perreault, M., Pawliuk, N., Veilleux, R. & Rousseau, M. 2006. Qualitative Assessment of Mental Health Service Satisfaction: Strengths and Limitations of a Self-Administered Procedure. Community Mental Health Journal, Vol. 42, No. 3.

Picker Institute Europe. 2014. Redevelopment of the community mental health service users survey. The coordination center for the NHS patient survey programme. MH14 Development report v3. Saatavissa: http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH14/MH14_Development_report_v3.pdf

Powell, R.A., Holloway, F., Lee, J. & Sitzia, J. 2004. Satisfaction research and the uncrowned king: Challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, February 2004; 13(1), 11-20.

Priebe, S., Dimic, S., Wildgrube, C., Jankovic, J., Cushing, A. & McCabe, R. 2011. Good communication in psychiatry - a conceptual review. *European Psychiatry* 26, 403–407.

Rajala, T. 2015. Lahden kaupungin mielenterveys ja päihdepalvelut 2015. PowerPoint-esitys [sähköpostiviesti] Vastaanottaja Nykänen, S. Lähetetty 8.4.2015.

Ratkaisujen Suomi. 2015. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Saatavissa: http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82

Ruggeri, M., Salvi, G., Bonetto, C., Lasalvia, A., Allevi, L., Parabiaghi, A., Bertani, M. & Tansella, M. 2007. Outcome of patients dropping out from community based mental health care: a 6-year multiwave follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement 437, Vol. 116, 42–52.

Schröder, A., Ahlström, G. & Larsson, B.W. 2006. Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 93–102.

Schröder, A., Ahlström, G., Wilde-Larsson, B. & Lundqvist, L-O. 2011. Psychometric properties of the Quality in Psychiatric Care - Outpatient (QPC-OP) instrument. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2011, 20, 445–453.

Siponen, U. 2000. Potilaiden tyytyväisyys psykiatriseen avohoitoon. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Siponen, U. & Välimäki, M. 2003. Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003, 10, 129–135.

Sohn, M., Barrett, H. & Talbert, J. 2014. Predictors of Consumer Satisfaction in Community Mental Health Center Services. *Community Mental Health Journal*, 50(8), 922–925.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. 1999. Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö; Suomen kuntaliitto; Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76248/laadunhallinta2000.pdf?sequence=1>

Swanson, K.A., Bastani, R., Rubenstein, L.V., Meredith, L.S. & Ford, D.E. 2007. Effect of mental health care and shared decision making on patient satisfaction in a community sample of patients with depression. *Medical Care Research and Review*, volume 64, number 4, August 2007, 416–430.

Terveydenhuollon laatuopas. 2011. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Saatavissa: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Saatavissa: <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Laatu. [viitattu 6.11.2015] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta>

Valkama, K. 2012. Asiakkuuden dilemma - Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Vaasan yliopisto. Acta wasaensia no 267, Sosiaali- ja hallintotiede. Saatavissa:

http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-412-4.pdf

Varis, U. 2005. Potilastyytyväisyys aikuispsykiatrisessa sairaalahoidossa. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu.

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

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

WHO. 2006. Quality of care. A process for making strategic choices in health systems. World Health Organization. Saatavissa:

http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf

LIITTEET

LIITE 1

LAHTI

LAHDEN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveystoimiala

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

1 (2)

Ennen tutkimusluvan hakemista tutustu mm. seuraaviin tietosuojavaltuutetun toimiston ohjeisiin:

- Rekisteritutkimuksen tietosuojapöytäkirjoille ja tietopyyntöjä käsitteleville rekisterinpitäjille
<http://www.tietosuoja.fi/42551.htm>

- Tietosuoja ja tieteellinen tutkimus henkilötietolain kannalta

<http://www.tietosuoja.fi/3147.htm>

Tutkimuslupaohjeet: ks. kääntöpuoli.

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS		Saapumispäivä	Diaarinumero	
1. Tutkimusluvan hakija tai tutkimusryhmän vastuuhenkilö	Sukunimi	Nykänen		
	Osoite	[Redacted]		
	Puhelin	[Redacted]	Sähköposti Sanna.nykanen@student.lamk.fi	
	Oppi-/tutkimuslaitos:	<input type="checkbox"/> Yliopisto <input type="checkbox"/> Muu korkeakoulu <input type="checkbox"/> Keskiasteen/ammattillinen koulu <input checked="" type="checkbox"/> Ammattikorkeakoulu <input type="checkbox"/> Muu oppilaitos <input type="checkbox"/> Muu taustayhteisö kuin oppilaitos/koulu		
	Suoritetut tutkinnot			
2. Tutkimuksen ohjaaja	Nimi	Helena Sillanpää		
	Toimipaikka ja osoite	Lahden ammattikorkeakoulu, Hoitajankatu Lahti		
	Puhelin toimeen	050 5265929	Oppiarvo/ammatti Lehtori, Hoitotyön opettaja	
3. Tutkimuksen tiedot	Tutkimuksen nimi ja aihe (lyhyt kuvaus)	Asiakastytyttöviihityksen kehittäminen mielenterveys- ja päihdepalveluihin; avohoidon voike		
	Tutkimuksen kohdealue:	<input type="checkbox"/> Lastensuojelupalvelut <input type="checkbox"/> Terveysneuvontapalvelut <input type="checkbox"/> Lahden kaupunginsairaala <input type="checkbox"/> Psykososiaaliset palvelut <input checked="" type="checkbox"/> Avoterveydenhoito <input type="checkbox"/> Vanhusten avopalvelut <input type="checkbox"/> Sosiaalipalvelut <input type="checkbox"/> Suun terveydenhuolto <input type="checkbox"/> Lääkinnällinen kuntoutus <input type="checkbox"/> Päijät-Hämeen perheneuvola <input type="checkbox"/> Kliiniset tukipalvelut (apteekki, laboratorio, röntgen) <input type="checkbox"/> Vammaispalvelut <input type="checkbox"/> Muu kohdealue, mikä:		
	Tutkimuksen laatu:	<input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> Ammatillinen oppinnäyte <input type="checkbox"/> Muu oppinnäyte <input type="checkbox"/> Muu, mikä:		
	Pääasiallinen tutkimusmenetelmä (rastita yksi vaihtoehto):	<input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Asiakirja-/tilastoanalyysi <input type="checkbox"/> Koeasetelma <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Muu, mikä:		
	Tutkimuksen kohderyhmä:	<input checked="" type="checkbox"/> Asiakkaat/potilaat <input type="checkbox"/> Työntekijät <input type="checkbox"/> Työyhteisö <input type="checkbox"/> Muu, mikä:		
	Aineiston suunniteltu keruu-aika:	alkaa 5.6.2015	päättyy 28.5.15	Tutkimuksen valmistuminen (arvioitu päivämäärä): 30.11.2015
	4. Kustannukset	Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalle aiheutuvista ylimääräisistä kustannuksista (aineiston hankkiminen, tietojen poiminta asiakastietorekisteristä tms.):		
	5. Tutkimussuunnitelman julkisuus	<input checked="" type="checkbox"/> Annan Lahden sosiaali- ja terveystoimialalle luvan antaa tutkimussuunnitelmaani koskevia tietoja ulkopuolisille.		
		<input type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelmastani ei saa antaa tietoja ulkopuolisille.		

LAHTI

*) Lahden kaupunki
Kirjaamo
Hariukatu 31
PL 202 15101 Lahti

2 (2)

6. Luvat	Onko käyty ennalta keskusteluja Lahden sosiaali- ja terveystoimialan edustajan kanssa? Kenen kanssa, milloin ja mitä on sovittu? Muut tutkimusta varten saadut luvat: <input type="checkbox"/> THL:n lupa; luvan sisältö: <input type="checkbox"/> STM:n lupa; luvan sisältö: <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	yhteyshenkilö Tiina Rajala, keskusteluja käyty keuhkolla 2015. Tarkempi kuvaus liitteessä.
7. Osoite	Allekirjoitettu tutkimuslupa lähetetään osoitteeseen: Lahden sosiaali- ja terveystoimiala / Kirjaamo PL 116, 15101 LAHTI	<i>Kirjaamo</i> @ lahti.fi Sähköposti: virasto.sotevi@lahti.fi
8. Tutkimusluvan hakijan allekirjoitus ja/tai Tutkimusryhmän vastuuhenkilön allekirjoitus	Luovutan sähköisesti valmiista tutkimusraportista yhden kappaleen korvauksetta Lahden sosiaali- ja terveystoimialalle. Sitoudun siihen, että minulla ei ole oikeutta luovuttaa saamiani salassa pidettäviä tietoja sivullisille, eikä käyttää niitä muuhun tarkoitukseen kuin mihin tutkimuslupa on myönnetty.	
	Päiväys 24.4.2015	Allekirjoitus Sari Nykä
	Päiväys	Allekirjoitus
Lahden sosiaali- ja terveystoimialan edustaja täyttää kohdat 9. – 11.		
9. Päätös	<input type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään esitetystä muodosta. <input type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään seuraavien ehtojen mukaan: Päätöksen päivämäärä ja pykälä §. Päätöksentekijä Virka-asema	
10. Päätöksen jakelu	<input type="checkbox"/> Kirjaamo <input type="checkbox"/> Hakija <input type="checkbox"/> Yhteyshenkilö <input type="checkbox"/> Muualle, mihin/kenelle:	
11. Liitteet	<input type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input type="checkbox"/> Tutkimuslupa <input type="checkbox"/> Tietoturva- ja salassapitositoumus (jokainen tutkimusta tekevä allekirjoittaa henkilökohtaisesti) <input type="checkbox"/> Muut liitteet:	

TUTKIMUSLUPAOHJEET

Tutkimuslupahakemuksessa tai sen liitteissä tulee käydä ilmi seuraavat asiat

- Tutkimusluvan hakija tai tutkimusryhmän vastuuhenkilö**
Tutkimukselle nimetään vastuullinen johtaja. Tällä tarkoitetaan tutkimuksen toteuttajan/rekisterinpitäjän määräämää henkilöä, joka on vastuussa kyseisen tutkimuksen toteuttamisesta.
- Tutkimuksen ohjaaja**
Jos on kyse opinnäytetyöstä, merkitään opinnäytetyön ohjaajan tiedot.
- Tutkimuksen tiedot**
Tutkimuksen nimi ja aihe: lyhyt kuvaus aiheesta, liitteeksi tutkimussuunnitelma.
- Tieteellistä tutkimusta varten muodostettavan henkilörekisterin käytön on aina perustuttava asianmukaiseen tutkimussuunnitelmaan.
- Tutkimuksen kohdealue/-alueet sosiaali- ja terveystoimialan palveluyksiköissä;
Lahden sosiaali- ja terveystoimialan palveluyksiköistä löytyy tarkempaa tietoa osoitteesta: www.lahti.fi
- Kustannukset**
Arvio Lahden sosiaali- ja terveystoimialalle aiheutuvista ylimääräisistä kustannuksista:
- Aineiston hankkiminen, tietojen poimiminen asiakas-/potilastietorekisteristä tms.
- Tutkimussuunnitelman julkisuus**
Hakija määrittelee, saako Lahden sosiaali- ja terveystoimiala antaa tutkimussuunnitelmaa koskevia tietoja ulkopuolisille tahoille.
- Luvat**
Onko käyty ennalta keskusteluja Lahden sosiaali- ja terveystoimialan edustajan kanssa? Kenen kanssa, milloin ja mitä on sovittu?
- Tieto käydyistä keskusteluista auttaa tutkimuslupaprosessin etenemisessä.
- Osoite**, mihin tutkimuslupa lähetetään
Kirjataan osoite, mikäli se on eri kuin tutkimusluvan hakijalla.
- Hakijan allekirjoitus ja sitoumukset**
- Sitoudun siihen, että minulla ei ole oikeutta luovuttaa saamiani salassa pidettäviä tietoja sivullisille, eikä käyttää niitä muuhun tarkoitukseen kuin mihin tutkimuslupa on myönnetty.
- Luovutan sähköisesti valmiista tutkimusraportista yhden kappaleen korvauksetta Lahden sosiaali- ja terveystoimialalle.

Kohdat 9. – 11. täyttää Lahden sosiaali- ja terveystoimiala.

LAHTI		VIRANHALTIJAPÄÄTÖS
Lahden kaupunki Sosiaali- ja terveystoimiala/Terveyspalvelut Terveyspalvelujen johtaja		04.05.2015/13 §
Asianumero	D/1672/13.00.00.00/2015	
Päätöslaji	Tutkimuslupa	
Otsikko	Tutkimusluvan myöntäminen: Asiakastytyväisyyskyselyn kehittäminen mielenterveys- ja päihdepalveluihin; avohoidon vastaanotolle	
Päätöserustelut	<p>Lahden ammattikorkeakoulun, hoitotyön koulutusalan opiskelija Sanna Nykänen on hakenut tutkimuslupaa Asiakastytyväisyyskyselyn kehittäminen mielenterveys- ja päihdepalveluihin; avohoidon vastaanotolle -opinnäytetyötä varten.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa asiakastytyväisyyskysely Lahden kaupungin mielenterveyspalveluiden psykiatrisen vastaanottotyöryhmän käyttöön. Kyselylomake toimitetaan vastaanottotyöryhmälle, joka jakaa kyselyä asiakkaille täytettäväksi. Vastaanottotyöryhmän työntekijät jakavat lomaketta, keräävät vastaukset, tarkastelevat vastauksia itse ja toimittavat yhteenedon vastauksista opinnäytetyöntekijöille. Aineiston keruu-aika on 5.6.–28.8.2015 ja tutkimuksen arvioitu valmistuminen on 30.11.2015.</p>	
Päätös	Myönnän tutkimusluvan Sanna Nykäselle hakemuksensa mukaisesti Lahden kaupungin terveyspalvelujen mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Valmis tutkimus toimitetaan tutkimusluvan myöntäjälle.	
Lisätietojen antaja	Terveyspalvelujen johtaja [REDACTED]	
Toimivallan peruste	Sosiaali- ja terveystoimialan johtosääntö, päätösvaltataulukko	
Nähtävänäoloaika	15.05.2015	
Nähtävänäolopaikka	Konsernipalvelut, Kirjaamo, Harjukatu 31, 15100 Lahti	
Muutoksenhaku	Oikaisuvaatimus	
Saaja	Sanna Nykänen	
Tiedoksi	[REDACTED]	
Asiakirjat		
Liitteet		
Allekirjoitus	[REDACTED] Terveyspalvelujen johtaja	

LIITE 3

Tämän lomakkeen avulla selvitämme asiakkaidemme tyytyväisyyttä mielenterveyspalveluiden yksikkömme palveluihin. Saamiemme vastausten avulla voimme kehittää toimintaamme. Sinun palautteellasi on merkitystä. Kysymykset koskevat tämänhetkistä hoitojaksoasi.

-
1. Sukupuoli: mies nainen 2. Ikä: ____ vuotta
3. Hakeuditko palveluiden piiriin
 omasta aloitteesta läheisen ehdotuksesta terveyspalveluiden kautta muuta kautta
4. Millä seuraavista vastaanotoista olet käynyt? psykiatrinen sairaanhoitaja psykologi
5. Kuinka kauan hoitojakso on kestänyt? alle puoli vuotta alle 1 vuotta yli 1 vuotta
6. Tapaamiset: jatkuvat ovat päättymässä
-

- | | Kyllä | Ei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. Onko tapaamisia riittävästi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Oletko kokenut tapaamisten ilmapiirin hyväksi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Oletko osallistunut hoitosi tavoitteiden suunnitteluun? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Onko oma osallistumisesi hoitosi suunnitteluun sinulle tärkeää? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Oletko oppinut uusia tapoja ajatella ja/tai toimia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Koetko voivasi vaikuttaa toipumiseesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Koetko saaneesi riittävästi tietoa eri hoitovaihtoehtoista, itsehoitomenetelmistä, vertaistuesta, lääkehoidosta, kuntoutuksista, ym.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Oletko saanut tietoa vertaistuen mahdollisuuksista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Koetko saaneesi apua keskusteluista työntekijän kanssa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Koetko saaneesi hoidon lisäksi apua seuraavista asioista:

Laita vastaus vain kohtiin joista sinulla on kokemusta.

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 16. Vertaistuki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Läheisten tuki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Omahoitomenetelmät / itsehoito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Lääkitys | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sähköiset tietopalvelut, Hyvis, Internet-palvelut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haluaisitko vielä kertoa mihin olet tyytyväinen tai mikä ei mielestäsi toimi? Voit halutessasi kirjoittaa siitä kääntöpuolelle.

Kiitos vastauksistasi