

POTILAIKEN ARVIOINTEJA
PSYKIATRISEN HOIDON LAADUSTA
Kyselytutkimus

Asko Kinnunen

Pro gradu – tutkielma

Hoitotiede

Hoitotyön johtaminen

Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos

Huhtikuu 2013

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	PSYKIATRISEN HOIDON LAADUN TUTKIMUS	10
2.1	Tilastotietoa psykiatrisesta sairaanhoidosta Suomessa.....	10
2.2	Kirjallisuuskatsaus	10
2.3	Hoidonlaadun tutkimus psykiatriassa.....	12
2.4	Tahdonvastaiset toimenpiteet ja potilastyytyväisyys	12
2.5	Hoidonlaatu psykiatrisessa osastohoidossa	14
2.6	Hoidonlaatu psykiatrisessa avohoidossa	17
2.7	Potilaan fyysisen terveyden huomiointi mielenterveyspalveluissa	19
2.8	Tutkimusten yhteenvetoa	20
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
4	TUTKIMUSMENETELMÄT	23
4.1	Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat	23
4.2	Mittari.....	24
4.3	Mittarin luotettavuus	25
4.4	Aineisto ja sen analyysi.....	27
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	29
5.1	Kyselyyn vastanneiden psykiatristen potilaiden taustatiedot	29
5.2	Potilaiden arvioinnit eri henkilöstöryhmiltä saamastaan hoidosta	31
5.3	Potilaiden arvioinnit hoidon laadusta summamuuttujittain	31
5.3.1	Potilaiden arvioinnit henkilöstön ammatillisuudesta	31
5.3.2	Potilaiden arvioinnit hoitoon osallistumisesta ja tiedon saannista.....	32
5.3.3	Potilaiden arvioinnit fyysisten tarpeiden huomioimisesta	33
5.3.4	Potilaiden arvioinnit riittävästä henkilöstöresursseista.....	34
5.3.5	Potilaiden arvioinnit kipujen ja pelkojen lievittämisestä	35
5.3.6	Potilaiden arvioinnit henkilöstön yhteistyöstä	35
5.4	Potilaiden arvioinnit hoidon tuloksellisuudesta.....	36
5.5	Potilaiden parhaimmaksi ja huonoimmaksi arvioimat hoidon laadun osatekijät.....	37
5.6	Psykiatristen potilaiden arvioinnit hoidon laadusta taustamuuttujittain	39
5.7	Tutkimustulosten yhteenveto	41
6	POHDINTAA	43
6.1	Tulosten tarkastelua.....	43
6.2	Tutkimuksen eettisyys	47
6.3	Tutkimuksen luotettavuus	48
6.4	Tutkimuksen perusteella tehdyt johtopäätelmät ja suositukset	49
6.5	Jatkotutkimushaasteet.....	50
	LÄHTEET	52

LIITTEET

LIITE 1. Tiedonhaku

LIITE 2. Keskeisimmät psykiatrisen hoidon laatua kuvaavat tutkimukset

Kinnunen, Asko

Potilaiden arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta.
Kyselytutkimus
Pro gradu -tutkielma, 55 sivua, 2 liitettä (10 sivua)
Yliopistotutkija, TtT Tarja Kvist ja
Professori, THT Katri Vehviläinen-Julkunen

Tutkielman ohjaajat:

Maaliskuu 2013

Asiasanat: hoidon laatu, psykiatrinen hoitotyö, mielenterveys, potilastyytyväisyys

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden arvioita psykiatrisen hoidon laadusta psykiatrisilla poliklinikoilla ja vuodeosastoilla. Tutkimukseen osallistuneet potilaat (n=72) olivat olleet hoidossa neljän suomalaisen sairaalan psykiatrisilla vuodeosastoilla tai poliklinikoilla. Kyselyt lähetettiin potilaille kotiin postitse hoitajakson päätyttyä.

Aineisto kerättiin muokatulla Ihmisläheinen hoito – mittarilla (RILH – mittari). Mittarissa on 8 taustamuuttujaa ja 42 - Likert asteikollista hoidon laatua kuvaavaa muuttujaa, mitkä muodostavat kuusi summamuuttujaa: henkilöstön ammatillisuus, hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti, fyysisten tarpeiden huomiointi, riittävät henkilöstöresurssit, kipujen ja pelkojen lievittäminen ja henkilöstön yhteistyö. Mittarissa oli lisäksi neljä tulosmuuttujaa, millä mitattiin hoidon tavoitteiden saavuttamista ja hoidon tuloksia.

Aineisto analysointiin SPSS for Windows 19 tilasto-ohjelmalla. Potilaiden taustamuuttujat kuvailtiin frekvensseillä ja prosentiosuuksilla. Tulosten kuvailuun käytettiin frekvenssejä ja prosentiosuuksia, keskiarvoja sekä keskihajontaa. Summamuuttujien keskiarvojen eroja suhteessa taustamuuttujiin testattiin parametrittömillä Man Whitneyn U- ja Kruskal Wallisin- testeillä sekä parametrisillä t-testillä ja varianssianalyysillä. Mittarin reliabiliteettia testattiin Cronbachin alfalla, mikä sai tässä aineistossa arvon 0,911.

Potilaat arvioivat psykiatrisen hoidon laadun melko hyväksi (ka=3,70). Parhaimmin hoidon laadun osa-alueista toteutuivat henkilöstön ammatillisuus (ka=3,90) ja fyysisten tarpeiden huomiointi (ka=3,90). Heikoimmat osa-alueet olivat kipujen ja pelkojen lievittäminen (ka=3,27) sekä riittävät henkilöstöresurssit (ka=3,61).

Iältään yli 51 vuotiaat potilaat arvioivat fyysisten tarpeiden huomiointin ja henkilöstöresurssit paremmin toteutuneiksi kuin nuoremmat potilaat. Päivystyksellisesti hoitoyksikköön tulleet potilaat arvioivat henkilöstön ammatillisuuden (ka 3,52 vs. ka 4,09) ja henkilöstöresurssit (ka 3,19 vs. ka 3,84) huonommiksi kuin potilaat, jotka tulivat hoitoyksikköön suunnitellusti. Poliklinikalla hoidossa olleet potilaat arvioivat paremmaksi henkilöstön ammatillisuuden, hoitoon osallistumiseen ja tiedon saannin sekä kipujen ja pelkojen lievitykseen kuin vuodeosastolla olleet potilaat.

Hoidon laadun arviot ovat samansuuntaiset, kuin RILH mittarilla aikaisemmin saadut tulokset psykiatrian erikoissairaanhoidossa ja Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksiköissä. Tulokset psykiatrisessa sairaanhoidossa ovat keskiarvoltaan matalampia, kuin erikoissairaanhoidon somaattisten tulosyksiköiden vastaavat tulokset.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää psykiatrisessa sairaanhoidossa hoidon laadun kehittämiseen ja terveysalan koulutusyksiköissä opetusmateriaalina.

Faculty of Health Sciences

Department of Nursing Science

Nursing Science

Nursing Leadership and Management

Kinnunen, Asko:

The level of the thesis

Supervisors:

March 2013

Patient evaluations on the quality of psychiatric care. Survey.

Master's Thesis, 55 pages, 2 appendices (10 pages)

University researcher, PhD Tarja Kvist and

Professor, PhD Katri Vehviläinen-Julkunen

Keywords: quality of care, psychiatric care, mental health, patient satisfaction

The purpose of the study was to describe Patients evaluation of the quality of psychiatric care in psychiatric outpatient and inpatient clinics in four hospitals in Finland. The material for the study was collected from patients (n=72) at four outpatient adult psychiatric clinics and from four inpatient psychiatric wards. The questionnaire was sent to patients home after discontinuation of their treatment.

The data was collected using the structured questionnaire, Revised Humane Caring Scale (RHCS). The original Humane Caring Scale (HCS) was developed in Kuopio University Hospital in the early 1990s and it is applied to measure the quality of care as evaluated by patients.

SPSS 19.0 for Windows software was used for statistical analysis. The results were reported using frequencies, percentages and statistics (mean, standard deviation). The relationship between the sum variables and the background variables were tested using parametric (t-test and analysis of variance) and nonparametric (the Mann–Whitney U and the Kruskal–Wallis) tests. Item homogeneity was analyzed using Cronbach alpha ($\alpha=0,911$) coefficient.

The quality of care was evaluated to be quite good by the patients (Mean 3.70). Patients highly appreciated the professional practice (mean 3.90) and the cognition of physical needs (mean 3.90). The most poorly executed area of care was pain and apprehension management (mean 3.27) and the human resources (mean 3.61).

The patients over 51 –years old were more satisfied with the cognition of physical needs and with the human resources. When compared with patients who came to clinic via psychiatric emergency services, those who had an appointment in the psychiatric clinic, were more dissatisfied with the professional practice (mean 3.52 vs. mean 4.09) and the human resources (mean 3,19 vs. mean 3,84).Patient in outpatient psychiatric care were more satisfied with the professionalism of care personnel, information and participation in their own care and pain apprehension management, compared with patients in inpatient care.

The evaluations of psychiatric patients on quality of care were similar with earlier studies on the matter where the Humane Caring Scale (RILH) was used. Psychiatric patients considered quality of care to be poorer than the patients of certain basic health care and specialized health care units.

The results of the research can be utilized in the development of the quality of psychiatric care. In addition, this study provides also information for the health care education in the schools of nursing.

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

The New York Times julkaisi 14.3.2012 Theresa Brownin kolumnin, *Hospitals Aren't Hotels* (Sairaalat eivät ole hotelleja). Kolumnissa Brown tuo esiin tosiasian, että sairauksien hoito vaatii usein kivuliaita toimenpiteitä, mitkä ovat ihmisarvoa alentavia. On myös tilanteita, missä potilasta ei voida edes kivuliailla toimenpiteillä auttaa ja hänelle joudutaan ilmoittamaan enneaikaisesta elämälopusta. Voidaanko sairaalaa pitää hotellina, missä asiakas odottaa laadukasta hoitoa ja arvioi palvelun tasoa? Onko potilas oikea henkilö arvioimaan saamaansa hoidon laatua? (Brown 2012.)

Suomessa terveydenhuoltolaki astui voimaan 1. päivänä toukokuuta 2011. Laki edellyttää terveydenhuollon toimintayksiköiltä suunnitelmaa laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (L.1326/2010). Suunnitelman tarkemmasta sisällöstä kerrotaan erillisessä asetuksessa: *Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta* (Asetus 341/2011). Asetuksen käytännön toteutusta varten Kuntaliitto on julkaissut sairaanhoitopiirien aloitteen pohjalta laatuoppaan terveydenhuoltoyksiköille (Terveydenhuollon laatuopas 2011). Oppaassa laadunhallintaan on otettu mukaan keskeiset laatuun liittyvät asiakokonaisuudet. Nämä ovat potilas tai asiakaskeskeisyys, oikea-aikaisuus, osaaminen, turvallisuus, sujuvuus sekä vaikuttavuus. Näitä asiakokonaisuuksia käsitellään oppaassa erikseen asiakkaan, henkilökunnan ja johdon näkökulmasta. Laatuoppaassa ehdotetaan myös mittareiden käyttöönottoa laadun seurannan apuvälineiksi. Esimerkkinä mittareista ehdotetaan potilaskyselyjä sekä potilaspalautteita. (Terveydenhuollon laatuopas 2011.)

Brownin (2012) kolumnikirjoitus The New York Times - lehdessä avasi yleisönosastolla vilkkaan keskustelun potilasnäkökulman huomioimisesta hoidon laadun arvioinnissa. Robert Schaffer kirjoittaa, että voi olla, ettei potilas ole aina oikea henkilö arvioimaan toteutettujen hoitojen tehokkuutta tai mielekkyyttä, mutta potilas on varmasti oikea henkilö kertomaan, joutuiko hän odottamaan kellon soiton jälkeen 20 minuuttia ennen hoitajan saapumista. Potilas on myös oikea henkilö kertomaan, jätettiinkö hänet yksin makaamaan baareille nurkkaan ilman kummempaa tietoa odotusajasta tai miltä tuntui, kun hoitaja vaihtoi rutiininomaisesti annettavan lääkkeen toiseen ilman selitystä tai miten hämmäntävää oli joutua eri henkilöiden toiminnan kohteeksi ilman minkäänlaista selitystä, mitä he tekivät ja ketä he olivat. (Schaffer 2012.) Yhdysvalloissa potilastyytyväisyydellä on tärkeä sija sairaaloiden kilpaillessa asiakkaistaan ja esittäessään erinomaisuuttaan.

Terveydenhuoltohenkilöstön työvoimapulasta alkunsa saanut magneettisairaalamallin kehittäminen alkoi Pohjois-Amerikassa jo yli 25 vuotta sitten. The American Nurses Credentialing Center (ANCC) myöntää sairaalalle magneettisairaalan statuksen sen täyttäessä magneettisairaalle asetetut laatuvaatimukset. Hyvien tulosten siivittämänä magneettisairaalaideologia on levinnyt muualle ja myös Suomeen. Potilastyytyväisyydellä on tässä mallissa tärkeä sija (Kvist ym. 2013.) Myös Brown lopettaa kolumnin toteamalla potilaan kokemuksen hoidosta olevan kiistaton ja arvokas näkökulma arvioitaessa sairaaloiden hoidon laatua. Arvioinneissa on hyvä muistaa, että hoito voi olla joskus kivuliasta. (Brown 2012.)

Myös psykiatrisessa sairaanhoidossa hyvä hoito voi satuttaa. Psykiatrisen hoidon laadun arvioinneissa on huomioitava mielenterveystyön erityispiirteet. Potilaan ja henkilökunnan välinen vuorovaikutussuhde on mielenterveystyössä tärkein hoidon työväline. Potilastyytyväisyyskysely akselilla hyvä – huono ei ole aina riittävä arviointi mielenterveyspalveluissa, missä hyvä hoito voidaan kokea jossain vaiheessa hoitosuhdetyöskentelyä ahdistavaksi ja tuskalliseksi. Asiakastyytyväisyyttä kartoittaessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota koko hoitoprosessiin eikä ainoastaan yhteen hoitokertaan tai jaksoon. Mielenterveyspalveluissa hoitosuhteen ajallisella jatkuvuudella on suuri merkitys. (Meronen & Pylkkänen 2005.)

Erityispiirteinä mielenterveystyössä on myös potilaan tahdonvastainen hoito ja pakkotoimenpiteet, mitkä usein aiheuttavat eettisiä ristiriitatilanteita. Mielenterveydenhäiriö kohdistuu usein juuri potilaan ajatteluun ja sitä kautta potilaan itsenäiseen päätöksentekokykyyn. Psykiatrisen hoidon piirissä on paljon potilaita, joiden taudin kuvaan kuuluu sairauden tunnottomuus. Potilas ei silloin itse koe tarvitsevansa apua. Vapaaehtoinen hoitoon sitoutuminen on potilaalle vaikea ja potilas voi suhtautua hoitoon jopa vihamielisesti. (Lönnqvist 2010, Leino - Kilpi & Välimäki 2009.)

Potilaiden kokemalla tyytyväisyydellä on suuri merkitys potilaan hoitomotivaatiolle. Vapaaehtoisesti hoidossa olevien potilaiden on todettu olevan tyytyväisempiä hoitoonsa (Shiva ym. 2009). Psykiatrisen hoitotyön kehittäminen ja hoidon laadun varmistaminen edellyttävät tietoisuutta hoidon laatuun vaikuttavista tekijöistä.

Psykiatrinen hoitojärjestelmä on ollut Suomessa erillään somaattisesta sairaanhoidosta aina vuoteen 1991 asti, jolloin voimaan tullut Erikoissairaanhoitolaki (L. 1062/1989 tarkista yhtenevä lakiviittaus) yhdensi koko maassa hallinnollisesti sairaanhoitopiirien kautta psykiatrian yhdeksi erikoisalaksi muiden lääketieteellisten erikoisalojen joukossa. Psykiatrian ja muun sairaanhoidon erillisistä kehityskaarista on ollut haittaa niin psykiatialle itselleen kuin myös somaattiselle sairaanhoidolle. Erillisuus ei ollut omiaan ainakaan vähentämään mielenterveyspotilaaseen liitettyä

stigmaa. Samoin terveydenhuollon tietämys psykiatrisista sairauksista, osaaminen mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa sekä potilaan kokonaisvaltainen hoito jäivät yleissairaanhoidossa utopiaksi eriytyneiden organisaatorakenteiden vuoksi. Vastaavasti psykiatrisessa sairaanhoidossa potilaan somaattisten oireiden huomiointi jäi sivummalle. (Kärkkäinen 2004.)

Kallein tapa hoitaa vaikeista mielenterveyshäiriöistä kärsiviä potilaita on mielisairaalassa tapahtuva laitoshoido (Korkeila 2011). Mielenterveyspalvelut ovat Suomessa muihin länsimaihin verrattuna laitoskeskeisiä. Psykiatrista laitoshoidoa on lähdetty muuttamaan avohoitopainotteisemmaksi. (STM 2009.)

Euroopan laajuudessa mielenterveyspotilaiden hoidon laadun ja rahoitusmallien tutkimuksessa todetaan, että suurin osa Helsingin- ja Uudenmaansairaanhoitopiirin (HUS) henkilöstöstä on sidottu ympärivuorokautisen osastohoidon palveluihin. Päiväosastoja on niukasti eikä päihdepalveluja ole tarjolla kuin 10 %:ssa toiminnoista. Sairaalapalveluille ei juurikaan ole olemassa vaihtoehtoja. Ympärivuorokautista erikoissairaanhoidon palvelua on tarjolla ainoastaan sairaaloiden yhteydessä päivystyksessä. Tarve olisi liikkuvalla akuuttiyksikölle, joiden palvelut olisivat mielenterveyskuntoutujien käytävissä niin kotiolosuhteissa kuin myös asumispalveluiksiöissä. (Kontio ym. 2013.)

Ongelmana ei välttämättä ole usein julkisuudessa esitetty resurssipula vaan olemassa olevien resurssien oikeanlainen kohdentaminen. Julkisen rahoituksen turvin ylläpidettävät kalliit laitoshoitopaikat eivät ole enää perusteltuja taloudellisesti eivätkä tuloksellisesti. Suomessa pyöröovi syndrooma eli tilanne, missä potilas palaa sairaalaan uudelleen hyvinkin nopeasti osastohoidon päätyttyä, on yleisempi kuin muissa pohjoismaissa. (Korkeila 2011.) Osastohoido ei ole pitkällä aikavälillä tulokseltaan tehokasta (Hawthorne ym. 2009). Suomessa ei ole avohoidon tukipalveluja tarpeeksi ongelmatilanteiden selvittämiseksi ja ratkaisemiseksi paikan päällä ilman osastohoitajaksoa. Saavatko asumispalveluyksiköt apua erikoissairaanhoidosta vai jääkö heille ainoaksi mahdollisuudeksi lähettää potilas sairaalaan? (Korkeila 2011.)

Mieli-2009 työryhmän ehdotuksissa mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi vuoteen 2015 ensimmäisellä sijalla on asiakkaan aseman vahvistaminen. Tällä tarkoitetaan muun muassa sitä, että mielenterveys- ja päihdeongelmiin paneudutaan samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin. Pääsy palveluihin ja kohtelu niissä on oltava yhdenvertaista kaikkien muiden palvelun käyttäjien kanssa. Mielenterveyspotilaiden syrjintää ja leimautumista on kaikin mahdollisin keinoin vältettävä. Palveluihin pääsy on järjestettävä yhden oven periaatteella

painopisteen ollessa perusterveydenhuollossa. Mielenterveys- ja päihdepalvelut järjestetään yhdessä muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden kanssa. (STM 2009.) Yleissairaalaan sijoitetuilla psykiatrisilla akuuttiosastoyksiköillä lyhyillä hoitoajoilla on saatu lupaavia tuloksia Kanadassa (Kowall ym. 2011).

Tulevaisuuden psykiatrinen hoito on moniammatillista avohoitoa potilaan luonnollisessa ympäristössä potilaan sosiaalisen verkoston säilyttäen. Erikoissairaanhoidon integroituna perusterveydenhuoltoon tukien potilaan selviytymistä avohoidon palvelujen turvin. Osastohoitopaikkojen määrä pienenee ja osastohoito toteutetaan yleissairaalan yhteyteen rakennetuilla hoitoyksiköillä potilaan kokonaisvaltaisen hoidon parantamiseksi ja potilaiden leimautumisen vähentämiseksi. Pakon käyttöä tullaan vähentämään ja potilaan vapaaehtoista hoitoon sitoutumista kannustamaan. Kokemusasiantuntijoiden rooli tulee olemaan aktiivinen hoitoprosessien suunnittelussa ja arvioissa. (STM 2009.)

Hoidon painopisteen siirtyessä avohoitoon potilaan kokemalla tyytyväisyydellä mielenterveyspalveluihin on kasvava merkitys. Potilaan selviytyminen avohoidon turvin edellyttää potilaan sitoutumista tarjolla oleviin palvelujärjestelmiin. Hoitosuhteissa painottuu potilaan vapaaehtoisuus. Potilaan oma-aloitteinen hoitoon hakeutuminen ja sitoutuminen hoitoon ovat todennäköisempiä, jos potilas on tyytyväinen saamiinsa palveluihin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden arvioita hoidon laadusta psykiatrisilla osastoilla ja poliklinikoilla ja löytää potilaiden arvioinneista mahdollisia eroja taustamuuttujittain.

2 PSYKIATRISEN HOIDON LAADUN TUTKIMUS

2.1 Tilastotietoa psykiatrisesta sairaanhoidosta Suomessa

Vuoden 2010 tilastojen mukaan Suomessa sai psykiatrista laitoshoidoa yhteensä 29127 potilasta. Hoitojaksoja vuoden 2010 aikana oli yhteensä 42000. Yhtä potilasta kohden kertyi keskimäärin 1,4 hoitojaksoa vuoden aikana. Hoitojakson keskimääräinen pituus oli 35 päivää. Pisimmät hoitojaksot olivat skitsofrenia diagnosoilla, keskimäärin 70 päivää ja lyhyimmät masennusdiagnoosilla, keskimäärin 25 päivää. Hoitojaksojen kesto on lyhentynyt 2000-luvulla viidellä päivällä. Yli vuoden hoidossa oli 1050 potilasta. 68 % potilaista tuli hoitojaksolle päivystyksenä. 26 % potilaista tuli osastohoitojaksolle suunnitellusti ja loput olivat siirtopotilaita poliklinikoilta, toisista sairaaloista tai toisilta erikoisaloilta. Miehiä ja naisia oli yhtä paljon. Sukupuolijakauma vaihteli kuitenkin ikäluokittain. Yli 60-vuotiaiden potilaiden sekä nuorten, 15–25 vuotiaiden aikuisten, joukossa, oli enemmän naisia kun vastaavasta 25–59-vuotiaista potilaista enemmistö oli miehiä. (THL 2012.)

2.2 Kirjallisuuskatsaus

Tuotteen *laatu* on sen kyky täyttää asiakkaan vaatimukset tai tarpeet. Toiminnan laatua tarkasteltaessa verrataan toisiinsa toiminnalle asetettuja tavoitteita ja saavutettuja tuloksia. (Terveydenhuollon laatuopas 2011.) ”Laatu on niistä piirteistä ja ominaisuuksista koostuva kokonaisuus, johon perustuu palvelujärjestelmän, organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuneet odotukset” (Stakes 2008). Hyvä laatu terveydenhuollossa tarkoittaa, että potilas saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Hoito on näyttöön perustuvaa ja pyrkii terveyden ja hyvinvoinnin maksimointiin ja terveysriskien minimointiin. (Stakes 2008.)

Potilastyytyväisyys kuvaa, ovatko potilaan kokemukset saadusta hoidosta ja potilaan odotukset hoitoa kohtaan yhteneväiset. Potilastyytyväisyyteen vaikuttaa siis potilaan hoitoa kohtaan asettamat odotukset. (Heidegger ym. 2008.) Käsite *potilastyytyväisyys* ei ole suoraan rinnastettavissa käsitteen *hoidon laatu* kanssa. Potilastyytyväisyys muodostaa yhden osa-alueen hoidon laadusta. (Kvist 2004, Huey-Ming & Chang-Yi 2008).

Hoidon laatuun alettiin kiinnittää Suomessa huomiota 1970-luvulla. Hoidon laadun tutkimus käynnistyi terveystieteissä 1980 – luvulla. Systemaattiset laadunhallintajärjestelmät löysivät tiensä suomalaiseen terveydenhuoltoon 1990-luvulla. Hoidon laadun arviointi yksistään potilaan näkökulmasta antaa liian yksipuolisen kuvan (Kvist 2004, Heidegger ym. 2008.). Kvist (2004) laajentaa laadun sisältöä tarkastelemalla hoidon laatua sekä terveydenhuollon ammattilaisten että terveydenhuollon johdon näkökulmasta. Myös organisatoriset tekijät ovat mukana vaikuttamassa hoidon laatuun. (Kvist 2004.)

Kvist (2004) havainnollistaa väitöskirjassaan hoidonlaatua kolmio-kuviolla. Kolmion raamit muodostavat perusedellytykset hoidon laadulle. Tärkeimmät hoidon laatua edistävät tai estävät tekijät ovat henkilökohtaiset voimavarat. Tämä muodostaa mallissa kolmion yhden sivun. Toinen sivu kolmiosta muodostuu työyhteisöstä, minkä toimivuus todettiin hoidonlaadussa tärkeäksi osatekijäksi. Kolmiomallissa kolmion kannan muodostaa organisaatio, mikä luo perusedellytykset hoidon laadun toteutumiseen. Näin organisaatio on vastuussa esimerkiksi liiallisesta kiireestä tai henkilöstön alimitoituksesta johtuvasta hoidon laadun heikkenemisestä. (Kvist 2004.) Tässä tutkimuksessa hoidon laatua tarkastellaan potilaiden tyytyväisyyden kautta.

Psykiatrisen hoidon laadusta on Suomessa vähän tutkimuksia (Meronen & Pylkkänen. 2005, Varis 2005, Kuosmanen ym. 2006). Potilaan tai asiakkaan kokema tyytyväisyys on aina subjektiivinen kokemus peilattuna hänen omiin palvelua kohtaan asettamiinsa odotuksiin. On huomioitava, että potilaan sosioekonominen tausta ja kokonaisvaltainen elämäntilanne sekä potilaan omat odotukset voivat vaikuttaa potilaan arvioon saamastaan hoidon laadusta. Näistä varauksista huolimatta potilaan oma arvio saamastaan hoidosta on oikeutettu ja tarkoituksenmukainen osatekijä arvioitaessa hoidon kokonaislaatua. (Awara & Fasey 2008.)

Tätä tutkimusta varten tehtiin kirjallisuuskatsaus psykiatrisen hoidon laadusta. Tietoa haettiin systemaattisesti elektronisista tietokannoista. Käytössä olivat Medic, Chinal, PsycInfo, PubMed ja Linda. Hakusanoina käytettiin “patient satisfaction”, “psychiatric care”, “quality of care”, “quality improvement”, ”quality standards” sekä suomenkielisissä tietokannoissa ”potilastyytyväisyys”, ”psykiatria”, ”mielenterveys”, “tyytyväisyys”, “hoitotyö” ja “laatu”. (liite 1.) Tutkimusten valintakriteereinä käytettiin tutkimuksen ajankohtaa. Kymmenen vuotta vanhemmat tutkimukset rajattiin ulkopuolelle muuttuneiden hoitokäytänteiden vuoksi. Tutkimuksen julkaisukielenä edellytettiin olevan englanti tai suomi sekä informanttien ikä rajattiin 18 – 65 vuoteen. Lisäksi hakuja rajattiin tiivistelmän saatavuuteen ja tieteelliseen tutkimukseen sisältäen vertaisarvioidut tieteelliset artikkelit. Tutkimusten alkusilmäilyissä kiinnitettiin huomiota otsikoihin sekä lähempään

tarkasteluun valittujen kohdalla tutkimustulosten sisältöön fokuksen ollessa tutkimuskysymyksissä. Tutkimuksista valittiin yhteensä mukaan 31 tutkimusta (liite 2), mitkä kaikki käsittelevät hoidon laatua mielenterveyspalveluissa. Manuaalisella haulla etsittiin *Hoitotiede* lehdestä aiheeseen liittyviä artikkeleita.

2.3 Hoidonlaadun tutkimus psykiatriassa

Hoidon laatua käsiteltäessä yksi tärkeä osatekijä on potilaan henkilökohtainen kokemus saamastaan hoidosta. (Längle ym. 2003; Kvist 2004; Bjørngaard ym. 2007; Oltedal 2007, Hackman ym. 2007, Shiva ym. 2009). Osana laatutyön kehittämistä pyritään kartoittamaan potilaiden ja asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Ajatellaan, että asiakkaalla on oikeus hyvään palveluun. Taustalla on näkemys potilaasta itsenäisenä toimijana, jolla on oikeus tulla kuulluksi omaa hoitoaan koskevilla asioilla (Meronen & Pylkkänen 2005.) Psykiatrisen potilaan kokemus saamastaan hoidosta osana kokonaisuuden laatua on ollut keskusteluissa jo vuosia (Längle 2003 ym.; Schröder ym. 2006) On myös kyseenalaistettu, ovatko mielenterveyspotilaat kykeneväisiä arvioimaan hoidon laatua varsinkin sairaalassa oloaikana, jolloin heidän sairautensa laatu voi vaikuttaa juuri ajatteluun ja arviointikykyyn. (Ruggeri 2007). Nykyisin lähdetään kuitenkin siitä, että psykiatrisen hoidon laadun arviointi ilman potilaan näkökulman huomioonottamista ei ole riittävä. Potilaan omalla kokemuksella ja arviolla on suuri merkitys psykiatrisessa hoidossa. (Bjørngaard ym. 2007, Oltedal 2007, Schröder 2011). Psykoottisen potilaan mahdolliset arviointi- ja hahmotushäiriöt yhdellä alueella eivät tee potilasta kykenemättömäksi toimimaan toisella alueella. Potilaan ajattelun ja arviointikyvyn normaalina toimivaa osaa voidaan hyödyntää kuuntelemalla potilaan mielipidettä ja sitä kautta myös vahvistetaan potilaan tervettä osaa persoonasta. (Lönnqvist 2010.)

Potilastyytyväisyys heijastaa osaltaan tuotetun palvelun onnistumista ja lisää potilaan vapaaehtoista hoitoon hakeutumista sairauden tilan sitä vaatiessa sekä potilaan vapaaehtoista sitoutumista hoitoon. Tämä on ennen kaikkea mielenterveyspalveluissa tärkeää (Varis 2005; Awara & Fasey 2008).

2.4 Tahdonvastaiset toimenpiteet ja potilastyytyväisyys

Asiakas- ja potilastyytyväisyystutkimuksissa on todettu mielenterveyspotilaiden enemmistön olevan saamaansa palveluun tyytyväisiä (Siponen & Välimäki 2003, Howard ym. 2003, Meronen & Pylkkänen 2005, Oltedal ym. 2007, Ruggeri ym. 2007, Kuosmanen 2009, Awara & Fasey 2008, Schröder 2011, Lundqvist ym. 2012). Suurin osa mielenterveyspalvelujen piirissä olevista asiakkaista on hoitosuhteessa vapaaehtoisesti. Myös psykiatrisessa osastohoidossa valtaosa

potilaiden hoitajaksoista toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (THL 2012.) Psykiatrisen sairaanhoidon erityispiirteisiin kuuluvat vastentahtoiset hoitotoimenpiteet (Välimäki ym. 2000).

Tahdonvastaisella hoidolla tarkoitetaan potilaan toimittamista hoitoon psykiatriseen sairaalaan ilman potilaan omaa suostumusta. Tahdonvastaisilla toimenpiteillä tarkoitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimenpiteitä, mihin ei vaadita potilaan suostumusta. Tahdonvastaisia toimenpiteitä voidaan tehdä vain potilaille, jotka ovat tahdonvastaisessa hoidossa ja ne ovat mainitut mielenterveyslaissa: liikkumisvapauden rajoittaminen, hoidollinen kiinnipitäminen, eristäminen muista potilaista, sitominen, omaisuuden haltuunotto, omaisuuden ja lähetysten tarkistaminen, henkilön tarkistaminen ja yhteydenpidon rajoittaminen (Mielenterveyslaki 1116/1990).

Suomessa on viime vuosina muiden länsimaiden tapaan alettu kiinnittämään huomiota tahdosta riippumattomaan hoitoon ja sen aikaisiin pakkotoimenpiteisiin (Tuohimäki 2007). Nykykäsityksen mukaan pakkotoimenpiteitä pitäisi käyttää psykiatriassa ainoastaan viimeisenä keinona silloin, kun se on välttämätöntä potilaan tai muiden turvallisuuden kannalta (Keski-Valkama 2010, Meehan ym. 2004). Tutkimus osoittaa, että pakkotoimenpiteet ovat edelleen yleisesti käytössä länsimaisessa psykiatriassa, mutta niiden valinnassa ja määrässä on huomattavia eroja maiden välillä. Suomi asettuu kansainvälisessä vertailussa lepositeiden ja huone-eristysten käytössä keskivaiheille. (Keski-Valkama 2010.)

Hoitoilmoitusrekistereistä kerättyjen tietojen perusteella Suomessa psykiatrisessa osastohoidossa raportoituja pakkotoimien kohteina olevia potilaita oli 9 % (2610 potilasta) kaikista osastolla hoidetuista potilaista. Potilaista 1 733 oli eristetty (6,6 %), leposide oli ollut 819:llä (3,2 %). Tahdonvastaisen injektion oli saanut 584 potilasta (2,1 %). Vastaavat luvut vuodelta 2004 ovat 1913 (6,5 %) eristettyä potilasta ja 1141 (3,9) leposide-eristettyä potilasta kaikista 29579 psykiatrisen laitoshoidossa olleista potilaista. (THL 2011.) Tuohimäen (2007) aineisto noudattaa prosenttiosuuksilla maanlaajuista tilastoa. Kaikista seurantajakson osastohoidossa olevista potilaista eristämishoidon kohteena oli 6,6 % ja leposide-eristettyjen määrä oli 3,8 % (Tuohimäki 2007.) Kaikkien eristysten määrä on Suomessa jonkin verran vähentynyt viimeisten vuosien aikana. Huone-eristysten määrä on hieman noussut ja leposide-eristysten määrä on laskenut. (Kontio 2011, THL 2012.)

Vapauden rajoitukset koettiin hoidon laatua alentavina tekijöinä. Vapauden rajoituksina potilaat kokivat liikkumavapauden ja yhteydenpidon rajoittamisen osastohoidon aikana ja henkilökohtaisten tavaroiden haltuunoton. (Kuosmanen 2009.)

Pakkokeinojen käyttö oli yhteydessä potilaan kokemaan yleiseen tyytymättömyyteen psykiatrisessa osastohoidossa (Iversen ym. 2007, Kuosmanen 2009). Norjalaistutkimuksessa eroteltiin subjektiivinen ja objektiivinen pakon käyttö. Pakkokeinot jaettiin viiteen ryhmään: potilaan oikeudelliseen asemaan, potilaan henkilökohtaiseen kokemukseen pakosta, vastentahtoiseen lääkitsemiseen, lääkinnälliseen sidontaan ja mekaaniseen sidontaan. Tutkimuksessa todettiin, että potilaan henkilökohtainen kokemus pakkokeinojen kohteeksi joutumisesta ei aina ollut sama, kuin objektiivinen, ulkoapäin todettu pakon käyttö. (Iversen ym. 2007)

Ennen pakkotoimiin ryhtymistä potilaalle olisi annettava valinnan mahdollisuus (Schröder ym. 2004). Potilaan tiedottaminen pakkotoimien syistä sekä pakkotoimien käytännön toteutuksesta auttavat potilasta hahmottamaan ja osittain jopa hyväksymään vastentahtoiset toimenpiteet. (Alanne 2009, Kontio 2011, Meehan ym. 2004, Robins ym. 2005, Veltkamp 2008.)

Potilaan ja hoitohenkilökunnan tiiviin ja potilasta kunnioittavan vuorovaikutuksen merkitys korostuu pakkotoimien yhteydessä. Potilasta on kohdeltava ihmisarvoa kunnioittaen myös vastentahtoisissa hoitotoimenpiteissä. Potilaat, jotka ymmärsivät pakkotoimien syyt, hyväksyivät niiden käytön myös jälkepäin tarkasteltuna paremmin kuin potilaat, jotka eivät ymmärtäneet eristyshoidon perusteita. (Hoekstra ym. 2004, Veltkamp ym. 2008, Robins ym. 2005).

2.5 Hoidonlaatu psykiatrisessa osastohoidossa

Potilaat olivat psykiatrisessa sairaalassa hoitoonsa kokonaisuudessaan tyytyväisiä. Hoidon laatua käsittelevissä tutkimuksissa todettiin henkilökunnan ja potilaiden väliset suhteet tärkeäksi potilaiden tyytyväisyyttä arvioitaessa. (Howard ym. 2003, Längle ym. 2003, Siponen & Välimäki 2003, Summers 2003, Ruggeri 2007, Kuosmanen 2009, Stenhouse 2011). Myös omahoitajasuhteeseen oltiin tyytyväisiä. Hoitaja koettiin välittäväksi, sympaattiseksi ja auttavaksi. (Varis 2005, Kuosmanen 2009, Borge ym. 2008)

Potilaat arvostivat hoitajan osoittamaa huomiota ja hoitajalta saatua aikaa potilaan kanssa. Tämä ilmeni hoitajan varaamasta ajasta potilaan kanssa käytyihin keskusteluihin sekä hoitajan aloitteesta potilaan mukaan ottaminen eri toimintoihin. (Stenhouse 2011.) Hoitajien läsnäolo osastolla potilaiden saavutettavissa tulkittiin hoitajien sitoutuneisuudeksi työtään kohtaan. (Howard ym.

2003, Schröder ym. 2006) Tyytyväisyyttä lisäsi myös tunne, että potilaiden omaan arvioon heidän voinnistaan luotettiin. (Varis 2005).

Hoitohenkilökunnan osaaminen lisäsi potilaiden tyytyväisyyttä. (Schröder ym. 2006, Summers 2003, Ruggeri 2007, Borge ym. 2008) Osaamisella tarkoitettiin henkilökunnan ammattitaitoa keskustella ja kuunnella potilasta, sekä tarpeen vaatiessa myös henkilökunnan kykyä osata rajata potilaita ammattitaitoisesti. (Schröder ym. 2006.) Potilaiden kokema apu häpeän tunteen voittamisessa koettiin tärkeäksi. Mielenterveyden ongelman vuoksi hoitoon joutuminen tai hakeutuminen koetaan häpeällisenä. Psykiatriseen sairauteen liittyy stigma ja sairauden vuoksi potilaat ovat joutuneet elämässään usein lisävaikeuksiin. Potilaat toivoivat henkilökunnan puolelta saavansa tukea oman häpeän tunteen voittamisessa ja tulevansa kohdelluksi kuin ketkä tahansa ”normaalit” ihmiset. (Schröder ym. 2006.)

Tietoisuus omista jatkohoitosuunnitelmista lisäsi tyytyväisyyttä (Varis 2005). Potilaan omaisten huomioiminen sekä mahdollisuus ylläpitää omia ihmissuhteitaan hoidon aikana koettiin tyytyväisyyttä lisäävänä. (Varis 2005, Kuosmanen 2009.)

Hoidon laatua voidaan parantaa potilasopetuksella. Tyytyväisyyttä hoitoon pystyttiin lisäämään potilaille aktiivisesti opetetuilla taidoilla, mistä heille oli apua osastohoidon jälkeen. Tällaisia olivat oireiden tunnistaminen ja hallinta, lääketietous, päihderiippuvuus tietous, opastus erilaisista avohoidon palveluista ja elämisen taidot. (Hackman ym. 2007.) Myös potilaiden keskenään antama vertaistuki osastolla koettiin tyytyväisyyttä lisäävänä tekijänä (Howard ym. 2003, Borge ym. 2008)

Osa potilaista koki, että he eivät olleet saaneet riittävästi apua ongelmiinsa sairaalajakson aikana. Myös potilaan kokemus ei ymmärretyksi tulemisesta lisäsi tyytymättömyyden tunnetta (Varis 2005, Kuosmanen 2009). Vain alle puolelle potilaista oli kerrottu heidän oikeudestaan valittaa saamastaan hoidosta, mikäli he eivät olleet siihen tyytyväisiä. (Kuosmanen 2009.)

Potilaat olivat tyytymättömiä vuorovaikutukseen hoitajien kanssa. Kontaktien määrä sekä niiden kesto koettiin riittämättömiksi. Potilaat kokivat hoitajan kiireen olevan este hakeutua kontaktiin hoitajan kanssa. Hoitajan tekemiä työtehtäviä potilaat eivät pitäneet aina hoitajalle kuuluvina. Hoitajalta odotettiin aktiivista lähestymistä ja keskustelukontaktin avaamista potilaan kanssa ja kiinnostuksen osittamista potilaiden ongelmia kohtaa. Tämän puuttuminen tulkittiin mielenkiinnon puutteeksi hoitajan puolelta sekä puutteeksi psykiatrisessa osastohoidossa. (Stenhouse 2011.)

Tyytymättömyyttä osastohoidossa aiheutti potilailla puutteellinen tiedon saanti. Enemmän tietoa kaivattiin yleisesti osastolla tapahtuvasta hoidosta ja osaston käytänteistä. Myös omaa hoitoa

koskevista asioissa ja omaan sairauteen liittyvissä kysymyksissä koettiin saavan liian vähän tietoa. (Varis 2005; Ruggeri ym. 2007, Kuosmanen 2009). Hoitosuunnitelman laatimiseen toivottiin potilaiden puolelta enemmän osallisuutta. (Howard ym. 2003, Varis 2005; Ruggeri ym. 2007) Potilaan perheen huomiotta jättäminen hoidossa (Howard ym. 2003, Ruggeri ym. 2007) aiheutti potilailla tyytymättömyyttä.

Lääkehoidon tietämys herätti monissa potilaissa tyytymättömyyttä. Ennen kaikkea lääkkeiden sivuvaikutuksista haluttiin enemmän tietoa. (Howard ym. 2003, Längle ym. 2003.) Lääkehoidon määräyksissä koettiin että potilaan mielipidettä ei kuunneltu. (Längle ym. 2003.)

Myös potilaan vapauden rajoittaminen osastohoidossa koettiin tyytyväisyyttä alentavana tekijänä (Kuosmanen 2009). Hoitoympäristön virikkeiden vähyys (Varis 2005, Kuosmanen 2009) ja oman rauhan puute koettiin hoidon laatua heikentäväksi (Kuosmanen 2009).

Ulkomaalaistaustaiset potilaat arvioivat hoidon laadun matalammaksi kantaväestöön verrattuna (Oltedal ym. 2007, Bauer & Alegria 2010.). Potilaan äidinkielen huomiointi psykiatrisessa hoitotyössä on merkittävä jo potilaan oireiden kartoituksessa Jos potilas ei hallitse hoitoympäristössä käytettävää kieltä, voi se johtaa potilaan psyykkisen tilan virhearvioon. Epäpätevät tulkit voivat olla vahvistamassa tai jopa luomassa kuvaa potilaan harhaisesta ja häiriintyneestä ajatusmaailmasta. Ammattitulkkiä käytöllä voidaan parantaa potilaan hoidon laatua. (Bauer & Alegria 2010.)

Taustatekijöiden yhteydestä potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen on tutkimuksissa vaihtelevia löydöksiä. Osassa tutkimuksia vanhemmat potilaat olivat tyytyväisempiä hoitoonsa (Varis 2005, Kuosmanen ym.2006, Baran & Rahmqvistin 2010). Toisissa tutkimuksissa potilaan iän ja tyytyväisyyden välillä ei löydetty tilastollista yhteyttä (Howard ym. 2003; Baum, Eschweiler ym. 2003) Sukupuolen ja tyytyväisyyden välillä tutkimusten tuloksissa oli myös erisuuntaisia yhteyksiä. Eräissä tutkimuksissa miehet olivat tyytyväisempiä hoitoonsa (Kuosmanen 2006) kun toisissa tutkimuksissa sukupuoli ei ollut yhteyttä koettuun tyytyväisyyteen (Howard ym. 2003; Baum, Eschweiler ym. 2003; Varis 2005)

Ensikertalaiset ja lyhytkestoisessa hoidossa olleet olivat osastohoitoon tyytyväisempiä kuin pitkään sairaalassa olleet (Varis 2005, Kuosmanen 2006).

Potilaan diagnoosilla todettiin olevan yhteys potilaan kokemaan potilas-hoitaja suhteeseen: skitsofreenikoille potilas-hoitajasuhde oli tärkeä kun vastaavasti persoonallisuushäiriöistä kärsivät

potilaat eivät pitäneet suhdetta tärkeänä. (Baum ym. 2003.) Italialaisessa pitkittäistutkimuksessa (n=948) ei todettu diagnoosin vaikuttavan tyytyväisyyteen. (Ruggeri ym. 2007.)

Taustatekijä, minkä yhteys potilastyytyväisyyteen oli kaikissa tutkimuksissa samansuuntainen, oli potilaan työssäkäynti. Potilas, jolla oli säännöllinen työ, arvioi hoidon laadun paremmaksi kuin hänen ei työssä käyvä potilastoverinsa. Tämä yhteys oli samansuuntainen niin osastohoidossa kuin myös avohoidossa olevilla potilailla. (Oltedal ym. 2007, Awara & Fasey 2008, Lundqvist ym. 2012.)

2.6 Hoidonlaatu psykiatrisessa avohoidossa

Potilaat olivat avohoidossa tehdyissä tutkimuksissa kokonaisuudessa tyytyväisiä hoidon laatuun. Tyytyväisyys kohdistui ennen kaikkea potilas-hoitaja suhteeseen. (Ruggeri ym. 2007, Awara ym. 2008.) Hoitajan kanssa käytyjä keskusteluja pidettiin tärkeänä. Potilaat kokivat tullessa ymmärretyksi ja autetuksi (Siponen & Välimäki 2003, Kokko 2004, Schröder ym. 2011, Lundqvist ym. 2012)

Kontaktin säännöllisyys ja pitkäkestoisuus sekä ajan ja tilan saaminen keskusteluissa koettiin merkittäväksi hoidon laadun osa-alueeksi (Meronen & Pylkkänen 2005, Schröder ym. 2011). Avohoidossa hoitosuhteen kestolla oli vaikutusta potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen. Mitä pidempiaikainen hoitosuhde oli, sitä enemmän potilas koki hyötyvänsä hoidosta. Tämä kuitenkin edellytti strukturoitua ja tiivistä työskentelyä. Jos vastaanottokäynnit eivät olleet tavoitteellisia, tyytyväisyys hoitoon väheni käyntikertojen lisääntyessä. (Meronen & Pylkkänen 2005.) Potilaat kokivat hoidon laadun kärsivän jos he joutuivat käynnillä tapaamaan useita eri ammattikunnan edustajia (Bjørngaard 2007, Lundqvist ym. 2012).

Mielenterveystoimistojen asiakkaat kertovat hyvän mielenterveystyön koostuvan ammattitaitoisen henkilökunnan kanssa käydyistä keskusteluista, lääkehoidosta ja omaisille tarjottavasta mielenterveysongelmia käsittelevästä tiedosta. Myös vertaistuki muiden avohoidon potilaiden kanssa yhteistoiminnan sekä jaettujen kokemusten kautta koettiin tärkeäksi. (Kokko 2004.)

Hoidon laatuun laskettiin kuuluvan mukaan empatian ja ymmärryksen kokeminen ja hoitajan tarjoama aika kuunteluun. Myös hoitajan välittämisen osoitus silloin, kun potilas oli vihainen sekä potilaan hoidon koordinointi, koettiin laatua lisääviksi tekijöiksi. Potilastyytyväisyyttä lisäsi myös mahdollisuus vaikuttaa terapeutin valintaan sekä henkilökunnan puolelta koettu ystävällisyys ja kunnioitus. (Oltedal ym. 2007).

Kontaktin saaminen avohoidon yksikköön sekä hoitoon pääsy arvioitiin heikoksi osa-alueeksi (Siponen & Välimäki 2003, Schröder ym. 2011). Kontaktin saamisella tarkoitettiin helpoutta saavuttaa oma kontaktihenkilö, mahdollisuutta saada vastaanottoaika tarvittaessa, mahdollisuutta saada hoitoyksikköön puhelinyhteys sekä mahdollisuutta saada tarvittaessa aika hoitavalle lääkärille. (Schröder ym. 2011.)

Myös avohoidossa potilaat toivoivat enemmän tietoa sairaudestaan ja hoidostaan, lääkityksestä ja lääkkeiden sivuvaikutuksista (Ruggeri 2007, Awara & Fasey 2008). Potilaat olivat tietämättömiä omista oikeuksistaan potilaana. (Siponen & Välimäki 2003). Omaisten huomiointi hoitoprosessissa koettiin riittämättömäksi. (Oltedal ym. 2007, Ruggeri 2007, Schröder ym. 2011.) Vastaanottoaikojen sopimattomuus, käytetty terapiamuoto sekä kokemus terapeutin kaikkivaltiudesta aiheuttivat tyytymättömyyttä (Awara & Fasey 2008). Suomalaistutkimuksessa vastaanottotilat olivat tyytymättömyyttä aiheuttava tekijä (Meronen & Pylkkänen 2005). Hoitojärjestelmällä todettiin laajassa norjalaistutkimuksessa olevan vähäisempi merkitys potilaan kokemaan tyytyväisyyteen (Bjørngaard ym.2007).

Taustamuuttujien yhteyksissä avohoidon potilaiden arvioissa hoidon laadusta oli tutkimuksissa osittain ristiriitaisia löydöksiä. Naiset olivat tyytymättömämpiä hoidon laatuun kuin miehet (Awara & Fasey 2008) Toisissa tutkimuksissa puolestaan naissukupuoli oli yhteydessä paremmin koettuun tyytyväisyyteen. (Bjørngaard ym.2007, Oltedal ym. 2007, Lundqvist ym. 2012.)

Parisuhteessa eläminen vaikutti positiivisesti koettuun tyytyväisyyteen (Lundqvist ym. 2012). Vastaavasti siviilisäädyn ei todettu vaikuttavan koettuun tyytyväisyyteen (Awara & Fasey 2008).

Pitkäksi koettu odotusaika sekä vaikeus hoitokontaktin saamisessa olivat merkitsevästi yhteydessä avohoidossa olevien potilaiden tyytymättömyyden kokemukseen (Siponen & Välimäki 2003, Summers & Happel 2003, Bjørngaard ym.2007, Lundqvist ym. 2012).

Korkeampi koulutus ja säännöllinen lääkitys olivat yhteydessä paremmin koettuun tyytyväisyyteen (Oltedal ym. 2007). Ruotsalaisessa tutkimuksessa matalammin koulutetut arvioivat hoidon laadun paremmaksi. (Lundqvist ym. 2012.),

Potilaiden korkeampi ikä olivat yhteydessä paremmaksi koettuun hoidon laatuun. (Bjørngaard ym.2007, Oltedal ym. 2007, Awara & Fasey 2008, Lundqvist ym. 2012.) Suomalaistutkimuksessa nuoremmat potilaat olivat tyytyväisempiä saamaansa informaatioon ja he kokivat mahdollisuuden vaikuttaa omaan hoitoon paremmaksi kuin vanhemmat potilaat (Siponen & Välimäki 2003).

Potilaat, jotka kävivät säännöllisesti töissä, arvioivat hoidon laadun ja saamansa palvelun korkeammaksi kuin työttömät potilaat (Oltedal ym. 2007, Awara & Fasey 2008, Lundqvist ym. 2012.) Tilastollisesti korkein hoidon laadun ennustaja oli potilaan ilmoittama halukkuus palata sairaalaan, jos hänen psyykinen terveydentilansa sitä vaatii (Lundqvist ym. 2012).

Hyvä yleisterveyden kokeminen, puuttuva osastohoitohistoria, pidempi hoitokontakti ja säännölliset käynnit avohoitoyksikössä olivat yhteydessä paremmin koettuun tyytyväisyyteen (Bjørngaard ym.2007). Terapian kesto ja terapeutin koulutusta eivät olleet yhteydessä koettuun tyytyväisyyteen (Awara & Fasey 2008). Pitkä sairaushistoria ja mielenterveysongelman suurempi vakavuusaste oli yhteydessä vähemmän koettuun tyytyväisyyteen (Ruggeri ym. 2007).

2.7 Potilaan fyysisen terveyden huomiointi mielenterveyspalveluissa

Fyysisen terveyden huomiointi on tärkeä osa laadukasta mielenterveyspalvelua ja hoitoa (Hallet & Hewison 2012). Mielenterveyspotilaiden sairastavuus ja kuolleisuus ovat korkeampia kuin muun väestön (Osborn ym. 2007, Parks ym. 2006, Wahlbeck ym. 2011, Hallet & Hewison 2012, Manderbacka ym. 2010 ym. Abrams, 2010). Terveysthuollossa mielenterveyspotilaiden fyysisiä oireita ei välttämättä huomioida ja hoideta yhtä lailla kuin mielenterveysongelmista ei kärsivien kohdalla. (Wahlbeck ym. 2011; Manderbacka ym. 2012; Abrams ym. 2010.)

Yhteispohjoismainen tutkimus osoittaa, että vakavasta mielenterveyshäiriöistä kärsivillä on Suomessa jopa kolminkertainen riski kuolla ennen aikaisesta muuhun väestöön verrattuna. Käytännössä tämä tarkoittaa, että mielenterveyden häiriöstä kärsivä nainen kuolee Suomessa keskimäärin 15 vuotta aikaisemmin ja mies 20 vuotta aikaisemmin. Osa ennen aikaisista kuolemista johtuu itsemurhista ja onnettomuuksista, mitkä ovat mielenterveyden häiriöistä kärsivillä yleisempiä kuin terveellä väestöllä. Kuolleisuuteen vaikuttavat myös köyhyys, epäterveelliset elämäntavat, työttömyys ja syrjäytyminen. Mutta myös hoitoon pääsy on mielenterveyspotilailla vaikeampaa, kuin muulla väestöllä. Fyysisten oireiden tunnistaminen ei luonnistu terveydenhuollon henkilökunnalta mielenterveyspotilaiden kohdalla yhtä hyvin mielenterveysongelmien ollessa etualalla. (Wahlbeck ym 2011.)

Suomalaisen tutkimuksen mukaan sepelvaltimosairauksia ei hoideta mielenterveysongelmista kärsivillä yhtä hyvin kuin muiden kohdalla. Alle 70 -vuotiaiden psykoosipotilaiden riski kuolla sepelvaltimotautiin on 2 – 3 kertainen muuhun väestöön verrattuna. Riskin arvellaan johtuvan siitä

että 50 – 70 -vuotiaiden psykoosipotilaiden kohdalla sepelvaltimoiden verenkiertoa parantavia toimenpiteitä tehdään puolet vähemmän, kuin muilla vastaavassa ikäluokassa. (Manderbacka ym. 2012.) Amerikkalaisessa tutkimuksessa todettiin mielenterveyspotilaan leikkauksen jälkeisen kuoleman riskin olleen suurempi kuin muun väestön. (Abrams ym. 2010).

Englantilaisessa tutkimuksessa selvitettiin kuinka suunnitelmallisella ja systemaattisella johtamisella voidaan parantaa psykiatrisen osastohoidon aikana tapahtuvaa potilaan fyysisen terveydentilan seuranta. Interventiotutkimuksessa käytettiin PDSA (Plan, Do, Study, Act) toimintamallilla Ylipaino ja sen liitännäissairaudet vaikuttavat potilaan fyysiseen ja sosiaaliseen elämään. Antipsykoottinen lääkitys on yhteydessä ylipainoon, mikä johtaa moninkertaiseen riskiin sairastua aikuisiän diabetekseen. Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota yhden psykiatrisen sairaalan kuudella osastolla potilaan painoindeksiin, ruokailutottumuksiin, lääkkeiden sivuvaikutusten yhteyttä painon hallintaan, potilaan verenpaineeseen, pulssiin ja ruumiinlämpöön. Varhaisella tunnistamisella ja ylipainoon johtavien asioihin puuttumisella voidaan parantaa potilaan terveydentilaa ja elämänlaatua. (Hallet & Hewison 2012.)

2.8 Tutkimusten yhteenvetoa

Kun verrataan somaattiseen sairaanhoitoon, hoidon laatua ja potilastyytyväisyyttä psykiatrisessa sairaanhoidossa on tutkittu vielä vähän. Toteutettujen tutkimusten perusteella valtaosa potilaista ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon (Howard ym. 2003, Längle ym. 2003, Siponen & Välimäki 2003, Summers 2003, Ruggeri 2007, Kuosmanen 2009, Stenhouse 2011). Erityisen merkittävänä potilaat kokevat suhteen potilaan hoidosta vastuussa olevaan henkilökuntaan (Howard ym. 2003, Längle ym. 2003, Siponen & Välimäki 2003, Summers 2003, Kokko 2004, Ruggeri 2007, Kuosmanen 2009, Stenhouse 2011, Schröder ym. 2011, Lundqvist ym. 2012). Osastohoidossa koetaan kuitenkin kontaktin olevan hoitohenkilökuntaan usein liian vähäistä. Tyytymättömyyttä aiheuttaa myös kokemus osattomuudesta oman hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. (Howard ym. 2003, Varis 2005, Ruggeri ym. 2007, Kuosmanen 2009, Stenhouse 2011.) Myös lääkehoitoa sekä omaa hoitoa yleisesti koskeva tiedonsaanti koetaan usein riittämättömäksi niin osastohoidossa kuin myös avohoidossa. (Howard ym. 2003, Längle ym. 2003, Varis 2005, Ruggeri 2007, Awara & Fasey 2008). Psykiatrisessa osastohoidossa potilaan rajoittaminen ja potilaaseen kohdistuvat vastentahtoiset toimenpiteet aiheuttavat yleisesti tyytymättömyyttä (Hoekstra ym. 2004, Meehan ym. 2004, Robins ym. 2005, Veltkamp ym.2008, Iversen ym. 2007, Kuosmanen 2009, Alanne 2009, Kontio 2011).

Psykiatrisen potilaan hoidon laatua alentaa usein psykiatrisen potilaan somaattisen terveyden vähäisempi huomiointi. Mielen terveystilalla on alhaisempi keskimääräinen eliniän odote kuin muulla väestöllä. Osa varhaisista kuolemista selittyy itsemurhilla ja elämäntavoilla. Mutta myös psykiatrisen potilaan oikea-aikainen somaattisen sairauden toteaminen ja hoitoon pääsy toteutuu huonommin, kuin ei psykiatrisilla potilailla. (Osborn ym. 2007, Parks ym. 2006, Wahlbeck ym. 2011, Hallet & Hewison 2012, Manderbacka ym. 2010 ym. Abrams, 2010.)

Tutkimusnäyttö taustamuuttujien yhteydestä potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen ei ole yksimielistä. Kuitenkin yhden taustamuuttujan yhteys potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen saamaansa hoitoon psykiatrisessa sairaanhoidossa osoittautui kaikissa tutkimuksissa samansuuntaiseksi: potilaan työssäkäynti on selkeästi yhteydessä potilaan kokemaan parempaan tyytyväisyyteen. (Oltedal ym. 2007, Awara & Fasey 2008, Lundqvist ym. 2012.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkielman tarkoituksena on kuvata psykiatristen potilaiden arviointeja hoidon laadusta. Tavoitteena on tuottaa tietoa psykiatrisen hoitotyön kehittämistä varten. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiseksi potilaat arvioivat hoidon laadun psykiatrisilla osastoilla ja psykiatrisilla poliklinikoilla?
2. Mitkä hoidon laadun osa-alueet ovat potilaille psykiatrisessa osastohoidossa ja poliklinikalla merkittäviä?
3. Miten psykiatristen potilaiden arvioinnit hoidon laadusta eroavat taustamuuttujittain?

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat

Tutkimus etenee metodologisista lähtökohdista käsin. Metodologisten perustojen reflektointi on välttämätöntä, koska ilman reflektiota tehdyt käytännön metodologiset ratkaisut eivät ole tietoisesti perusteltuja. (Raunio 1999, 35, 38.) Varsinkin aloittelevat tutkijat eivät ole aina tieteen filosofisista perusolettamuksista täysin tietoisia. Tieteen filosofiset perustelut on hyvä kirjoittaa auki, jotta välttyttäisiin epäjohdonmukaisilta päätelmiltä (Hirsjärvi ym. 2000.) Myös empiiriseen tutkimukseen keskittyneille tutkijoille filosofis-metodologiset kysymykset ovat tutkimuksen teon taustalla, vaikka se voi aluksi vaikuttaa toisarvoiselta. Tutkija ei välttämättä ole valinnut tietoisesti tutkimuksensa lähtökohdaksi tiettyjä ontologisia ja epistemologisia perusteita, mutta ne ovat löydettävissä kaikissa tutkimukseen liittyvissä ratkaisuissa. Tiettyyn tutkimusalueeseen tai tutkimusmetodiin erikoistuminen sinänsä jo pitää sisällään ontologisen käsityksen olemassa olevaisesta. (Raunio 1999, 39.)

Metodologisten lähtöolettamusten merkityksestä käytännön tutkimukselle ei olla tutkijayhteisöissä täysin yksimielisiä. On syntynyt eri koulukuntia sen mukaan, kuinka tärkeänä tieteellisen maailmankatsomuksen ja tutkimuskäytännössä sovellettavien metodien välinen yhteys on. *Metodologisessa fundamentalismissa* edellytetään että tutkimuksen käytännön toteutus ei voi lähteä liikkeelle ennen tieteenfilosofisten peruskysymysten selvittämistä. Fundamentalisteille tutkimuskohteen ymmärtäminen tieteellisen maailmankatsomuksen kautta on paljon tärkeämpää kuin tutkimuksessa käytetyt menetelmät. Metodologisessa fundamentalismissa ei voida valita tutkimusmenetelmiä tutkimusongelman käytännön ratkaisun perusteella vaan tutkijan on ehdottomasti pidättäydyttävä tiettyä ontologista käsitystä vastaavassa menetelmässä. (Raunio 1999, 32.)

Tutkimuksen tekemiseen on tullut uudistuksen virtaa 1990-luvulla. Tiukasta fundamentalismista on osittain irrottauduttu kohti vapaampaa suuntausta. Tutkimuskohdetta voidaan lähestyä pragmaattisesti ensisijaisesti tutkimusongelman ratkaisua silmällä pitäen. *Metodologinen elektikko* keskittyy tarkoituksenmukaisesti tutkimusmetodeihin huomioiden tutkimustehtävän ja tavoitteet sekä käytössä olevat resurssit. Tieteenfilosofisten lähtöolettamusten pohdiskelu on elektikolle toisarvoista. Käytännöllispainotteisessa metodologiassa tieteen maailmankatsomuksellisten perusteiden jäsentely ja pohdiskelu katsotaan ennemmin haitalliseksi. Tutkimusongelmien ratkaisu

on keskiössä ja ongelmiin parhaiten sopivien tutkimusmenetelmien soveltaminen on riippumatonta ontologisista näkemyksistä. (Raunio 1999, 32.)

Tutkimuksen metodologisissa lähtökohdissa ontologia ja epistemologia kietoutuvat erottamattomasti yhteen. Ontologia kuvaa tutkittavan ilmiön luonnetta. Tutkimuksen epistemologia käsittelee kysymystä tiedon saannin ongelmasta, millä metodologisella otteella pystytään parhaiten lähestymään tutkittavaa ilmiötä. (Hirsjärvi ym. 2000.) Tämän tutkimuksen ontologinen lähtöoletus nojautuu positivismiin, missä todellisuus nähdään aistien havaittavissa olevana totuutena. Epistemologinen tarkastelu lähtee liikkeelle materialistisesta käsityksestä tiedosta, mitä voidaan objektiivisesti saada tutkijasta erillään olevana arvovapaana tietona. Tällaista tietoa on mahdollista kerätä mittaamalla. Survey tutkimus on tyypillinen esimerkki positivistiseen ontologiaan nojautuvasta metodista. (Hirsjärvi ym. 2000.)

4.2 Mittari

Tutkimusaineisto kerättiin *muokatulla Ihmisläheinen hoito-* mittarilla (RILH). Mittari on kehitetty hoidon laadun arviointiin. Mittarin lähtöajatuksena on, että hyvä hoito rakentuu kaikkien ammattiryhmien yhteistyönä (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008).

Kyselylomake rakentuu kahdeksasta taustamuuttujasta sekä kuuden summamuuttujan ihmisläheistä hoitoa kuvaavista 42 Likert -asteikollisista väittämistä. (1=täysin eri mieltä, 2= osittain eri mieltä, 3= en osaa sanoa, 4=osittain samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä). Summamuuttujat ovat 1.) Henkilöstön ammatillisuus, 2.) Hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti, 3.) Fyysisten tarpeiden huomiointi, 4.) Riittävät henkilöstöresurssit, 5.) Kipujen ja pelkojen lievittäminen ja 6.) Henkilöstön yhteistyö (liite 3). Lisäksi mittarissa on neljä Likert -asteikollista tulosmuuttujaa, millä mitataan hoidon tulosten ja tavoitteiden saavuttamista. Lisäksi lopussa pyydetään arvioimaan kouluarvosanoista tutulla asteikolla 4 – 10 ammattikunnittain lääkäreiden, hoitajien, laitoshuoltajien ja koko henkilökunnan antamaa hoitoa.

RILH -mittarissa taustamuuttujia ovat potilaiden sukupuoli, ikä vuosina, asuminen yksin tai toisen henkilön kanssa, ammatillinen koulutus, ammattiasema, sairaalaan tulon syy joko hoitoon tai tutkimuksiin, sairaalaan tulon muoto päivystyksellisesti tai suunnitellusti ja sairaalassa oloaika. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008.)

Alkuperäisen mittarin, Ihmisläheinen hoito -mittari (ILH), rakentaminen lähti liikkeelle vuoden 1993 Eeva Töyryn julkaisemassa tutkielmassa *Sairaalapotilaiden käsityksiä ihmisläheisestä*

hoidosta. Mittarin kehittäminen aloitettiin käsitteen *ihmisläheinen hoito* määrittelystä. (Töyry 1993.) Mittaria varten kerättiin aineistoa niin potilaiden kuin myöhemmin myös henkilökunnan käsityksistä, mitä on ihmisläheinen hoito. Mittarin kehittäminen on kuvattu Eeva Töyryn (2001) väitöskirjassa ”Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa, mittarin kehittäminen ja käyttö”. Tämän jälkeen mittaria on kehitetty edelleen ja se on ollut käytössä useissa väitöskirjoissa, pro gradu tutkielmissa sekä ammattikorkeakoulujen opinnäytetoissa. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008.)

4.3 Mittarin luotettavuus

Arvioitaessa kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella erikseen mittaamista ja aineiston keruuta sekä tutkimuksen tuloksia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009) Mittaamisen luotettavuuden perustana on käytettävä mittari. Mittarin luotettavuutta arvioitaessa keskitytään mittarin validiteettiin ja reliabiliteettiin. (Burns & Grove 2005, Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009.)

RILH mittarin luotettavuutta on arvioitu mittarin kehittämishistorian aikana useammassa eri vaiheessa (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008). Mittarin validiteettia tarkasteltaessa halutaan selvittää, mittaako mittari sitä, mitä sillä halutaan mitata. Luotettavan mittarin runkona on hyvä teoreettinen rakenne. (Burns & Grove 2005, Metsämuuronen 2006, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Muokatussa ihmisläheinen hoito – mittarissa tämän rungon muodostaa mittarin luomisvaiheessa toteutettu käsitteen *ihmisläheinen hoito* käsiteanalyysi (Töyry 1993). Mittarin teoreettista rakennetta voidaan testata faktorianalyysillä (Burns & Grove 2005 Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). RILH – mittarin käsitevaliditeettia on mittarin luomisesta alkaen testattu useaan kertaan. ILH - mittari valittiin 2007 yhdeksi tulosmittariksi Kuopion yliopistollisen keskussairaalan ja Kuopion yliopiston yhteiselle tutkimushankkeelle *Vetovoimainen ja turvallinen sairaala*. Tässä vaiheessa mittari päivitettiin vastaamaan paremmin sen hetkisiä hoitoprosesseja. Uusittu mittari esitettiin (n=1238) ja aineiston pohjalta tehtiin eksploratiivinen faktorianalyysi. Faktoreiden lopulliseksi lukumääräksi saatiin kuusi kaikkiaan 42 eri muuttujalla. Nämä kuusi faktoria selittivät 57 % muuttujien varianssista ja kaikkien muuttujien lataukset olivat yli 0,30. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008).

Mittarin reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteettia voidaan kuvata mittarin sisäistä johdonmukaisuutta kuvaavalla Cronbachin alfa

Taulukko 1. Muokatun ihmisläheinen hoito - mittarin muuttujat, summamuuttujat ja Cronbachin alfa kertoimet tässä tutkimuksessa käytetyssä aineistossa.

Muokatun Ihmisläheinen hoito (RILH) – mittarin muuttujat	Summamuuttujat	Cronbachin alfa kertoimet
Arvostaminen Hyväksyminen omana itsenään Huolien kuunteleminen Asioihin paneutuminen sopivasti Arviointiin voinnista luotettiin Luottamuksellisuus asioiden puhumisessa Ystävällinen kohtelu Asiallinen kohtelu Tervetullut sairaalaan Turvallinen olo Voinnin kysyminen Apua tarvittaessa Hoito perustuu tarpeisiin Kipuihin suhtauduttiin vakavasti Myönteinen ilmapiiri Ammattitaitoinen hoitohenkilöstö Ammattitaitoiset lääkärit	Henkilöstön ammatillisuus	0,982
Riittävä tieto sairaudesta Sairauteen liittyvät rajoitukset selitettiin ymmärrettävästi Riittävä tieto lääkähoidosta Riittävä tieto jatkohoidosta Selkeät jatkohoito-ohjeet Hoitoon liittyvien kysymysten esittämismahdollisuus Hoitoympäristöön ja – yhteisöön liittyvät ohjeet ja rajoitukset selitettiin Mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun Puhuminen ymmärrettävällä kielellä Omaisten huomiointi Keskustelumahdollisuus kahden kesken henkilökunnan kanssa	Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti	0,943
Sopiva ruuan määrä Sopiva juoman määrä Apua puhtauden ylläpidossa Liikuntakyvyn ylläpito	Fyysisten tarpeiden huomiointi	0,887
Riittävä henkilökuntamäärä Kiireetön ilmapiiri Henkilökunnalla riittävästi aikaa	Riittävät henkilöstöresurssit	0,883
Ymmärrettävä ohjaus kipujen hoidossa Pelkojen lievittäminen Kipujen erilaiset hoitomuodot Kipujen oikea-aikainen lääkehoito	Kipujen ja pelkojen lievittäminen	0,848
Henkilökunnan hyvä yhteistyö Henkilökunnan kunnioitus toistensa ammattitaitoon Muu ammattitaitoinen henkilöstö	Henkilöstön yhteistyö	0,925

kertoimella. Arvo kuvaa summamuuttujan sisällä olevien yksittäisten muuttujien kykyä mitata samaa asiaa. Muuttujien odotetaan korreloivan keskenään. Luotettavan mittarin Cronbach alfa luvut eivät saa arvoja alle 0,6. (Burms & Grove 2005, Metsämuuronen 2006, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009) Tämän aineiston Cronbachin alfa arvot sijoittuivat välille 0,883 – 0,982 (taulukko 1). Alkuperäisen ILH -mittarin jatkokehittelyssä huomattiin, että mittarin reliabiliteetti jäi alhaisemmaksi, kun mittarissa oli sekä myönteisiä että kielteisiä väittämiä. Tämän vuoksi mittarista jätettiin 1997 kielteiset väittämä kokonaan pois. Mittaria on edelleen jatkoehitetty ja päivitetty Kuopion yliopiston ja myöhemmin Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksella tutkimushankkeissa. Nykyisessä muodossaan mittarin kaikki summamuuttujat saavat Cronbachin alfa arvoja yli 0,6. Vuoden 2008 laajassa tutkimushankkeessa (n=2566) mittarin Cronbach alfa luvut olivat välillä 0.775–0.946 (Kvist ym. 2013). Uusitusta ILH -mittarista käytetään lyhennettä RILH. Mittari on käännetty englanniksi, vietnamiksi ja saksaksi. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008). Mittarista on myös puolankielinen versio (Kvist 2013).

4.4 Aineisto ja sen analyysi

Aineisto on kerätty *Vetovoimainen ja turvallinen sairaala* - tutkimushankkeessa vuoden 2008 aikana. Kyselyt toteutettiin konservatiivisella, operatiivisella ja psykiatrisella tulosalueella. Tässä pro gradu-tutkielmassa hyödynnetään psykiatrisen tulosalueen kyselyjen tuloksia Itä- ja Keski-Suomen alueilla neljän eri sairaalan psykiatrisilla osastoilla ja kolmen eri sairaalan psykiatrian poliklinikoilla. Sairaalat olivat Jyväskylässä Juurikkaniemen ja Kangasvuoren sairaalat, Joensuussa Pohjois-Karjalan keskussairaala, Kuopiossa Kuopion yliopistollinen keskussairaala ja Mikkeliissä Mikkelin keskussairaala. Psykiatrian poliklinikat olivat Joensuun alueella Pohjois-Karjalan keskussairaalaan kuuluva psykiatrian poliklinikka sekä Tikkamäen ja Lieksan aikuispsykiatrian poliklinikat, Kuopion alueella Kuopion yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian poliklinikat sekä Siilinjärven psykiatrian poliklinikka ja Mikkelin alueella Mikkelin keskussairaalan aikuispsykiatrian poliklinikka.

Kohderyhmän kyselytutkimuksessa muodostivat neljän sairaalan psykiatrisen vuodeosaston potilaat sekä psykiatristen poliklinikoiden asiakkaat. Kysely lähetettiin hoitojakson päätyttyä postitse kotiin. Kustakin yksiköstä osallistujia otettiin 10 % kaikista syyskuussa ja joulukuussa 2008 kotiutetuista potilaista. Kyselyt lähetettiin marraskuussa 2008 ja helmikuussa 2009. Jos hoitoyksikössä kotiutettujen potilaiden määrä oli pieni, kuten esimerkiksi viisi, lähetettiin kysely kaikille viidelle.

Osassa yksiköitä valittuna ajankohtana syyskuussa ei ollut yhtään kotiutettua potilasta. Kysely pyydettiin lähettämään takaisin postitse kuukauden sisällä. Kyselyt lähetettiin vain kertaalleen ilman uusintakyselyä

Kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 566 kappaletta. Kyselyistä palautettiin 72 lomaketta. Vastausprosentti oli siten 13 %. Alueellinen edustus kaikkien vastanneiden joukossa on nähtävissä taulukossa 2. Kun lisäksi huomioidaan sairaalakohtaisesti lähetettyjen kaavakkeiden määrä suhteutettuna vastaavasta sairaalasta palautettujen kaavakkeiden määrään, saadaan taulukosta 2 hieman poikkeavat luvut: vastausprosentit vaihtelevat aluekohtaisesti Mikkelin keskussairaalan 3,3 %:sta aina Joensuun Pohjois-Karjalan keskussairaalan 19 %:ään asti (Taulukko 2).

Taulukko 2. Lähetetyt ja palautetut kyselylomakkeet alueittain.

	Lähetetyt lomakkeet (n).	Palautetut lomakkeet (n)	Aluekohtainen vastausprosentti (%)
KYS	178	31	18 %
Mikkelin keskussairaala	181	6	3 %
Pohjois-Karjalan keskussairaala	110	21	19 %
Keski-Suomen keskussairaala	105	15	14 %
Kaikki	574	73	13 %

Aineiston käsittelyssä ja analyysissä käytettiin SPSS 19 for Windows tilasto-ohjelmaa. Taustatiedot kuvataan frekvensseillä ja prosenteilla. Muuttujien arvoja kuvataan tunnusluvuilla; keskiarvoilla sekä keskihajonnalla. Summamuuttujien normaalijakautuneisuus tarkistettiin Kolmogorov-Smirnovin -testillä. Summamuuttujista kaksi oli jakauman mukaisia. Summamuuttujat olivat *Hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti*, Kolmogorov-Smirnov -testin p-arvolla 0,094, sekä *Kipujen ja pelkojen lievittäminen* (p-arvo 0,333). Nämä normaalijakautuneet summamuuttujat testattiin parametrisillä t-testillä ja varianssianalyysillä. Muut neljä jakaumasta vapaat summamuuttujat testattiin Mann-Whitneyn U-testillä tai Kruskal-Wallis -testillä taustamuuttujien ryhmien koon mukaan. Taustamuuttujista ikä ja hoitoaika luokiteltiin uudelleen. Aineiston rakennevaliditeettia testattiin Cronbachin alfa kertoimilla. Kaikki kuusi summamuuttujaa saivat arvoksi yli 0,7 (taulukko 1), mitä voidaan pitää luotettavana (Burms & Grove 2005, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Kyselyyn vastanneiden psykiatristen potilaiden taustatiedot

Kyselytutkimukseen osallistui yhteensä 72 potilasta, joista 40 oli ollut hoidossa vuodeosastolla ja 32 oli avohoidon poliklinikan potilaita. Vastaaajista naisia oli 58 % (n=40) ja miehiä 42 % (n=29). Vuodeosastolla hoidossa olleesta kolmen potilaan vastauskaavakkeesta tieto sukupuolesta puuttui (taulukko3).

Taulukko 3. Kyselyyn osallistuneiden potilaiden sukupuolijakauma hoitoyksiköittäin (n).

		Sukupuoli, n=69		yhteensä, n
		nainen, n	mies, n	
Osasto/pkl	vuodeosasto	17	20	37
	poliklinikka	23	9	32
yhteensä		40	29	69

Nuorin vastaajista oli 18 vuotta ja vanhin kyselyyn vastannut oli ilmoittanut iäkseen 80 vuotta. Vastaaajien keski-ikä oli 45 vuotta. Alle kolmasosa (26 %) oli iältään alle 35 vuotta. Kolmasosa (35 %) sijoittui ikäluokkaan 36 – 50 ja toinen kolmasosa (30 %) luokkaan 51 – 65 vuotta. Yli 65-vuotiaita oli mukana 6 vastaajaa. Melkein puolet vastaajista (47 %) asui yksin ja yli puolet vastaajista (52 %) asui yhdessä joko puolison tai jonkun muun henkilön kanssa. Puolet vastaajista oli suorittanut ammatillisen tutkinnon kun melkein kolmasosa oli ilman koulutusta. Neljällä vastaajista oli ammattikorkeakoulututkinto ja viidellä oli korkeakoulutasoinen loppututkinto. Kyselyyn vastanneiden asemaa työelämässä kartoitettiin ammatillista asemaa kuvaavassa kysymyksessä. Alempia toimihenkilöitä oli yhteensä viisi. Ylempiä toimihenkilöitä ei vastaajien joukossa ollut. Neljäsosa vastaajista ilmoitti ammatillisen asemansa työntekijäksi ja vähän alle puolet (49 %) vastaajista oli eläkkeellä. (taulukko 4).

Reilu kolme viidestä (64 %) ilmoitti tullessa sairaalaan tai poliklinikalle suunnitellusti. Vastaavasti noin kaksi viidestä (36 %) oli tullut terveydenhuollon yksikköön päivystyksellisesti. Tulossyynä oli suurimmalla osalla (77 %) sairauden hoito. 56 % vastanneista (n=44) oli ollut hoidossa vuodeosastolla. Vuodeosastolla hoidossa olleista 40 potilaasta 25 ilmoitti kyselyssä hoitoajan pituuden. Näin keskimääräiseksi hoitoajaksi muodostui potilaiden kertomana 31 päivää keskihajonnan ollessa 39 päivää. Pisin hoitoaika oli 160 päivää ja lyhyin oli pituudeltaan 2 päivää.

Taulukko 4. Kyselyyn vastanneiden psykiatristen potilaiden (n=72) taustatiedot (n, %)

TAUSTAMUUTTUJA	n	%
<u>Sairaala</u>		
KYS	31	43
Mikkelin keskussairaala	6	8
Pohjoiskarjalan keskussairaala	21	28
Keski-Suomen keskussairaala	15	20
<u>Sukupuoli</u>		
Nainen	40	58
Mies	29	42
<u>Luokiteltu ikä</u>		
alle 35 v	19	26
36 – 50	25	35
51- 65	22	31
66 -80	6	8
<u>Asumismuoto</u>		
yksin	34	48
puolison yms. kanssa	37	52
<u>Koulutus</u>		
Korkeakoulu	5	7
Amk	4	5
Ammatillinen tutkinto	36	50
Ei koulutusta	22	31
Muu	5	7
<u>Ammattiasema</u>		
Alempi toimihenkilö	5	7
Yksityisyrittäjä/maanviljelijä	1	1
Työntekijä	18	25
Eläkeläinen	35	49
Muu	13	18
<u>Tulo sairaalaan</u>		
Suunnitellusti	45	64
Päivystyksenä	25	36
<u>Tulosyy</u>		
Tutkimus	9	13
Sairausten hoito	54	77
Muu	7	10
<u>Olin potilaana</u>		
poliklinikalla	32	44
vuodeosastolla	40	56
<u>Hoitoajan pituus</u>		
1 – 10 vuorokautta	10	14
11 – 30 vuorokautta	8	11
31 – 180 vuorokautta	7	10

5.2 Potilaiden arvioinnit eri henkilöstöryhmiltä saamastaan hoidosta

Kyselylomakkeen lopussa potilaita pyydettiin arvioimaan yhdellä kokonaisarvosanalla ammattiryhmittäin saamastaan hoidosta. Arvioinnin kohteina olivat lääkärit, hoitohenkilökunta ja laitoshuoltajat. Lisäksi tutkimukseen osallistuneita pyydettiin antamaan yksi kokonaisarvosana koko henkilöstölle. Arviointina käytettiin kouluarvosanoista tuttua asteikkoa neljästä kymmeneen. Kaikki ammattiryhmät saivat keskiarvoksi yli kahdeksan. Korkeimman yleisarvosanan saivat laitoshuoltajat keskiarvolla 8,44. Hoitohenkilöstö arvioitiin keskiarvolla 8,25. Hoitajia seurasi lääkäreiden saama arvio toiseksi alimpana arvolla 8,19. Koko henkilökunnan yleisarvosana oli 8,18. Keskiarvo kaikista neljästä arviosta on 8,27. (taulukko 5).

Taulukko 5. Psykiatrisessa hoidossa olleiden potilaiden arvioinnit eri henkilöstöryhmiltä saamastaan hoidosta (n, Ka, Sd)

	n	Ka	SD
Yleisarvosana laitoshuoltajille	57	8,44	1,30
Yleisarvosana hoitajille	63	8,25	1,57
Yleisarvosana lääkäreille	70	8,19	1,70
Yleisarvosana koko henkilökunnalle	65	8,18	1,41
Keskiarvo		8,27	

5.3 Potilaiden arvioinnit hoidon laadusta summamuuttujittain

5.3.1 Potilaiden arvioinnit henkilöstön ammatillisuudesta

80 % (n=56) tutkimukseen osallistuneista potilaista oli osittain tai täysin samaa mieltä väittämästä, että lääkärit olivat ammattitaitoisia. Vastaava luku hoitohenkilöstön ammattitaidosta oli 74 % (n=52). (Taulukko 6.) 79 % (n=55) vastaajista koki olevansa tervetullut sairaalaan vastausvaihtoehdoilla täysin samaa mieltä (56 %, n=39) tai osittain samaa mieltä. (23 %, n=16) Hoito arvioitiin turvalliseksi ainakin osittaisella myöntymyksellä yhteensä 80 % (n=57) vastaajista (täysin samaa mieltä 56 %, n=40). Potilaat kokivat myös olevansa tervetulleita sairaalaan vastausvaihtoehdolla osittain tai täysin samaa mieltä 79 % (n=55). Hoidon arvioitiin perustuvan tarpeisiin 75 % (n=53). Potilaat kokivat tullessa kohdeksi asiallisesti ja ystävällisesti. Molempiin väittämiin oli vastattu 77 % (n=56) osittain tai täysin samaa mieltä. (Taulukko 6).

Taulukko 6. Psykiatristen potilaiden (n=72) arvioinnit henkilöstön ammatillisuudesta (n, %)

Summamuuttuja: Henkilöstön ammatillisuus	täysin eri mieltä n / %	osittain eri mieltä n / %	en osaa sanoa n / %	osittain samaa mieltä n / %	täysin samaa mieltä n / %
Minua arvostettiin (n=72)	8/11	7/10	8/11	16/22	33/46
Minut hyväksyttiin omana itsenä (n=72)	7/10	12/17	3/4	14/19	36/50
Huoliani kuultiin (n=71)	7/10	7/10	4/6	19/27	34/48
Asioihini paneuduttiin sopivasti (n=71)	8/11	9/13	7/10	20/29	27/38
Arviointiini omasta voinnistani luotettiin (n=71)	9/13	10/14	11/16	17/24	24/34
Voin puhua luottamuksellisesti henkilökunnalle asioistani (n=70)	8/11	6/9	5/7	15/21	36/50
Hoitoni perustui tarpeisiini (n=71)	8/11	2/3	8/11	16/23	37/52
Olin tervetullut sairaalaan (n=70)	6/9	4/6	5/7	16/23	39/56
Hoitoni oli turvallista (n=71)	8/11	5/7	1/1	17/24	40/56
Vointiani kysyttiin riittävästi (n=71)	11/16	9/13	3/4	15/21	33/47
Sain apua tarvittaessa (n=72)	6/8	7/10	4/6	21/29	34/47
Minua kohdeltiin asiallisesti (n=71)	6/8	7/10	2/3	19/26	37/51
Minua kohdeltiin ystävällisesti (n=72)	6/8	6/8	4/6	19/26	37/51
Kipuihini suhtauduttiin vakavasti (n=67)	9/13	5/8	15/23	16/24	22/33
Hoitoyksikön ilmapiiri oli myönteinen (n=69)	6/9	7/10	6/9	20/29	30/44
Hoitohenkilökunta oli ammattitaitoista (n=71)	5/7	6/9	8/11	16/23	36/51
Lääkärit olivat ammattitaitoisia (n=71)	7/10	2/3	6/9	15/22	41/58

Tämän summamuuttujan alhaisimman arvioin sai väittämä, *Kipuihini suhtauduttiin vakavasti*, mihin vastaajista 57 % (n=38) ilmoitti olevansa osittain (24 %, n=16) tai täysin samaa mieltä (33 %, n=22). Tässä väittämässä vastausvaihtoehto, *en osaa sanoa*, oli valittu useimmiten (23 %, n=15). Myös väittämä, *Arviointiini omasta voinnistani luotettiin*, sai tässä summamuuttujassa alhaiset pisteet: 58 % (n=41) yhtyi väittämään osittain (24 %, n=17) tai täysin (34 %, n=24). Eniten vastausvaihtoehtoa, *Täysin eri mieltä*, oli valittu väittämään, *Vointiani kysyttiin riittävästi* (16 %, n=11). Tämän väittämän kanssa oltiin osittain tai täysin samaa mieltä luvulla 68 % (n=48). (Taulukko 6).

5.3.2 Potilaiden arvioinnit hoitoon osallistumisesta ja tiedon saannista

Potilaan mahdollisuudesta osallistua hoitoonsa sekä potilaan tiedonsaantia mitattiin tutkimuksessa yhdellätoista väittämällä. Potilaat arvioivat kommunikaation kielellisen ymmärrettävyyden korkeaksi. 71 % (n=57) oli asiasta osittain tai täysin samaa mieltä. Myös mahdollisuus keskustella

tarvittaessa henkilökunnan kanssa kahden kesken (osittain tai täysin samaa mieltä 77 %, n=52) sekä mahdollisuus esittää hoitoon liittyviä kysymyksiä (osittain tai täysin samaa mieltä 71 %, n=49) saivat potilailta tässä summamuuttujassa korkeat arvioinnit. (Taulukko 7).

Taulukko 7. Psykiatristen potilaiden (n=72) arvioinnit hoitoon osallistumisesta ja tiedonsaannista (n, %)

Summamuuttuja: Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti	täysin eri mieltä n / %	osittain eri mieltä n / %	en osaa sanoa n / %	osittain samaa mieltä n / %	täysin samaa mieltä n / %
Sain riittävästi tietoa sairaudestani (n= 70)	11/16	11/16	6/9	28/40	14/20
Minulle selitettiin ymmärrettävästi sairauteen liittyviä rajoituksia (n=70)	10/14	8/11	9/13	24/34	19/27
Sain riittävästi tietoa lääkeshoidostani (n= 72)	11/15	11/15	5/7	20/28	25/35
Voin esittää hoitooni liittyviä kysymyksiä (n= 69)	8/12	6/9	6/9	16/23	33/48
Minulle selitettiin ymmärrettävästi hoitoympäristöön ja hoitoyhteisöön liittyvät ohjeet ja rajoitukset (n= 72)	5/7	9/13	12/17	19/26	27/38
Sain riittävästi tietoa jatkohoidostani (n=71)	12/17	5/24	7/10	22/31	25/35
Sain selkeät jatkohoito-ohjeet (n=72)	9/13	8/11	7/10	21/29	27/38
Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä (n= 72)	5/7	6/8	4/6	20/28	37/51
Minulla oli mahdollisuus osallistua hoitoni suunnitteluun(n=70)	7/10	8/11	8/11	22/31	25/36
Omaiseni otettiin riittävästi huomioon (n=72)	12/17	7/10	15/21	19/26	19/26
Voin tarvittaessa keskustella asioistani kahden kesken henkilökunnan kanssa (n=68)	11/16	3/4	2/3	18/27	34/50

Matalimmalle hoidon laatua arvioitiin tässä summamuuttujassa väittämille, *Minulle selitettiin ymmärrettävästi sairauteeni liittyviä rajoituksia* (osittain tai täysin samaa mieltä 61 %, n=43), *Sain riittävästi tietoa sairaudestani* (osittain tai täysin samaa mieltä 60 %, n=42) sekä *Omaiseni otettiin riittävästi huomioon* (osittain tai täysin samaa mieltä 52 %, n=38). (Taulukko 7).

5.3.3 Potilaiden arvioinnit fyysisten tarpeiden huomioimisesta

Potilaan fyysisten tarpeiden huomioimista arvioitiin kyselylomakkeessa neljällä väittämällä. Ruoan ja juoman sopivan saannin määrää tutkimukseen osallistuvat arvioivat pitkälti yhteneväisesti. 72 % (n=44) vastaajista oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että he saivat ruokaa ja juomaa sopivasti. Täysin tai osittain eri mieltä sopivasta ruoan määrästä oli 12 % (n=7) vastaajista kun vastaava luku

juoman suhteen oli 14 % (n=8). Väittämään, *Minua autettiin tarvittaessa henkilökohtaisen puhtauden ylläpitämisessä*, yhtyivät ainakin osittain tai aina 65 % (n=32). Alhaisimmaksi arvioitiin liikkumiseen saatu apu. Tarvittaessa apua liikkumiseen kokivat saaneensa ainakin osittain tai aina 57 % (n=21). (Taulukko 8).

Taulukko 8. Psykiatristen potilaiden (n=72) arvioinnit fyysisten tarpeiden huomioimisesta (n, %)

Summamuuttuja: Fyysisten tarpeiden huomiointi	täysin eri mieltä n / %	osittain eri mieltä n / %	en osaa sanoa n / %	osittain samaa mieltä n / %	täysin samaa mieltä n / %
Sain ruokaa sopivasti (n= 72)	3/5	4/7	9/16	11/19	31/53
Sain juomaa sopivasti (n=72)	4/7	4/7	8/14	11/19	31/53
Minua autettiin tarvittaessa henkilökohtaisen puhtauden ylläpitämisessä (n=55)	6/11	2/4	15/27	12/29	20/36
Minua autettiin tarvittaessa liikkumisessa (n=54)	7/13	1/2	15/28	13/24	18/33

5.3.4 Potilaiden arvioinnit riittävistä henkilöstöresursseista

RILH -mittarin summamuuttuja, *Riittävät henkilöstöresurssit*, sisälsi kolme väittämää. Potilaiden arviot jakaantuivat näissä väittämissä suhteellisen tasaisesti. 63 % (n=43) vastaajista oli joko osittain tai täysin samaa mieltä, että henkilökunnalla oli heille riittävästi aikaa. Samoin 60 % (n=41) vastaajista koki hoitoyksikön ilmapiirin kiireettömäksi valitsemalla vastausvaihtoehdon täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä. Henkilökunnan riittävyys arvioitiin korkeimmaksi 68 % (n=46). (Taulukko 9).

Taulukko 9. Psykiatristen potilaiden (n=72) arvioinnit riittävistä henkilöstöresursseista (n, %)

Summamuuttuja: Riittävät henkilöstöresurssit	täysin eri mieltä n / %	osittain eri mieltä n / %	en osaa sanoa n / %	osittain samaa mieltä n / %	täysin samaa mieltä n / %
Henkilökunnalla oli minulle riittävästi aikaa (n= 69)	11/16	10/15	5/7	19/28	24/35
Henkilökuntaa oli riittävästi (n= 68)	7/10	4/6	11/16	21/31	25/37
Ilmapiiri oli kiireetön (n= 68)	10/15	10/15	7/10	17/25	24/35

5.3.5 Potilaiden arvioinnit kipujen ja pelkojen lievittämisestä

Kipujen ja pelkojen lievittämistä mitattiin neljällä väittämällä. Tuloksissa oli huomattavissa selvää vaihtelua summamuuttujan sisällä. Vastaajista 27 % (n=17) oli täysin tai osittain samaa mieltä väittämästä *Kipujen hoidossa käytettiin myös muita hoitomuotoja*. 35 % (n=23) vastaajista koki saaneensa ymmärrettävää ohjausta kipujen hoidosta ainakin osittain. Täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä oli 53 % (n=35) vastaajista väittämästä, *Sain kipuihini oikea-aikaista lääkehoitoa*. Väittämään, *Henkilökunta lievitti pelkojani*, yhtyi osittain tai täysin 61 % (n=42) vastanneista. (Taulukko 10).

Taulukko 10. Psykiatristen potilaiden (n=72) arvioinnit kipujen ja pelkojen lievittämisestä (n, %)

Summamuuttuja: Kipujen ja pelkojen lievittäminen	täysin eri mieltä n / %	osittain eri mieltä n / %	en osaa sanoa n / %	osittain samaa mieltä n / %	täysin samaa mieltä n / %
Sain kipuihini oikea-aikaista lääkehoitoa (n=66)	8 / 12	8 / 12	15/23	15/23	20/30
Kipujeni hoidossa käytettiin myös muita hoitomuotoja (n=63)	22/35	5/8	19/30	8/13	9/14
Sain ymmärrettävää ohjausta kipujen hoidosta (n=65)	12/19	6/10	24/37	10/15	13/20
Henkilökunta lievitti pelkojani (n=69)	10/15	4/6	13/19	19/28	23/33

5.3.6 Potilaiden arvioinnit henkilöstön yhteistyöstä

Henkilöstön yhteistyötä mitattiin kolmella muuttujalla. Muu henkilökunta arvioitiin ammattitaitoiseksi vaihtoehtoilla osittain tai täysin samaa mieltä 78 %:n (n=54) osuudella vastaajista. 66 % (n=46) oli osittain tai täysin samaa mieltä väittämästä, että henkilökunta toimi hyvässä yhteistyössä keskenään. 62 % (n=44) vastaajista yhtyi osittain tai täysin näkemykseen henkilökunnan keskinäisestä asiantuntemuksen kunnioituksesta. (Taulukko 11).

Taulukko 11. Psykiatristen potilaiden (n=72) arvioinnit henkilöstön yhteistyöstä (n, %)

Summamuuttuja: Henkilöstön yhteistyö	täysin eri mieltä n / %	osittain eri mieltä n / %	en osaa sanoa n / %	osittain samaa mieltä n / %	täysin samaa mieltä n / %
Muu henkilökunta oli ammattitaitoista (n=69)	4/6	4/6	7/10	21/30	33/48
Henkilökunta toimi hyvässä yhteistyössä keskenään (n=70)	8/11	2/3	14/20	18/26	28/40
Henkilökunta kunnioitti toistensa asiantuntemusta (n=71)	6/9	3/4	18/25	20/28	24/34

5.4 Potilaiden arvioinnit hoidon tuloksellisuudesta

Neljällä tulosmuuttujalla arvioitiin hoidon tulosten saavuttamista. Patteriston tässä osuudessa kaikkiin yksittäisiin muuttujiin oli vastaukset kaikilta tutkimukseen osallistuneilta potilailta (n=72). Näiden neljän väittämän vastaukset jakaantuivat tasaisesti. 64 % (n=46) vastaajista oli osittain tai täysin samaa mieltä väittämän, *Hoidossani saavutettiin sille asetettu tavoite*, kanssa. Väittämään, *Olen tyytyväinen hoitoni tulokseen*, vastaajista 65 % (n=47) oli osittain tai täysin samaa mieltä. Korkein hoidon laadun arvio oli väittämällä *Olen tyytyväinen saamaani hoitoon*. Tässä väittämässä yhteensä 71 % (n=51) vastaajista oli osittain tai täysin samaa mieltä. Vähiten samaa mieltä oltiin väittämän, *Aetimme yhdessä henkilökunnan kanssa selkeän tavoitteen hoidolleni*, kanssa. Tähän väittämään vastasi osittain tai täysin samaa mieltä yhteensä 52 % (n=42) vastanneista. Tähän väittämään oltiin eniten, 22 % (n=16) vastaajista, valittu vastausvaihtoehto *en osaa sanoa*. (Taulukko 12).

Taulukko 12. Psykiatristen potilaiden (n=72) arvioinnit hoidon tavoitteiden saavuttamisesta (n, %)

Tulosmuuttujat	täysin eri mieltä n / %	osittain eri mieltä n / %	en osaa sanoa n / %	osittain samaa mieltä n / %	täysin samaa mieltä n / %
Aetimme yhdessä henkilökunnan kanssa selkeän tavoitteen hoidolleni (n=72)	9/13	5/7	16/22	21/23	21/29
Hoidossani saavutettiin sille asetettu tavoite (n=72)	10/14	4/6	12/17	21/29	25/35
Olen tyytyväinen hoitoni tulokseen (n=72)	10/14	5/7	10/14	21/29	26/36
Olen tyytyväinen saamaani hoitoon (n=72)	11/15	3/4	7/11	15/21	36/50

5.5 Potilaiden parhaimmaksi ja huonoimmaksi arvioimat hoidon laadun osatekijät

Toisena tutkimuskysymyksenä haluttiin selvittää, mitkä hoidon osa-alueet muodostavat potilaiden arvioinneissa hoidonlaadusta merkittävimmät alueet. Tarkasteltaessa kysymyspatteristoa kokonaisuudessaan voidaan yhteenvetona katsoa kymmenen hoidon osa-alueita, mitkä potilaat arvioivat korkeimmiksi. Arviointiasteikko oli välillä 1 – 5 suuremman numeron edustaessa parempaa hoidonlaatua. (taulukko 13).

Henkilöstön ammatillisuutta kuvaavista 17 summamuuttujasta yhteensä seitsemän väittämää arvioitiin hyväksi keskiarvon ollessa kaikissa väittämissä yli neljä. (Taulukko 12). Lääkärien ammattitaito arvioitiin korkeimmaksi keskiarvolla 4,14. Muu henkilökunta arvioitiin ammattitaitoiseksi arvolla 4,09 ja hoitohenkilökunta arvolla 4,01. Toiseksi korkeimman arvioinnin keskiarvolla 4,11 sai potilaan kokemus olla tervetullut hoitoyksikköön. Myös kielellisesti ymmärrettävä kohtaaminen arvioitiin korkeaksi (ka = 4,08). Fyysisten tarpeiden huomiointista ruuan (ka = 4,09) ja juoman (ka = 4,05) sopiva määrä arvioitiin korkeaksi. Samoin asiallinen ja ystävällinen kohtelu saivat molemmat arvion keskiarvolla 4,04. Hoitoyksikössä turvallisuuden kokemus oli korkea keskiarvolla 4,07. Potilaat arvioivat oman hoitonsa perustuvan tarpeisiin keskiarvolla 4,01. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Psykiatristen potilaiden parhaimmiksi arvioidut hoidon laadun osatekijät (n, Ka, Sd). Suluissa summamuuttuja, mihin muuttuja kuuluu.

Muuttuja	n	ka	sd
Lääkärit olivat ammattitaitoisia (Henkilöstön ammatillisuus)	71	4,14	1,291
Olin tervetullut sairaalaan (Henkilöstön ammatillisuus)	70	4,11	1,280
Muu henkilökunta oli ammattitaitoista (Henkilöstön yhteistyö)	69	4,09	1,160
Sain ruokaa sopivasti (Fyysisten tarpeiden huomiointi)	58	4,09	1,204
Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä (Hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti)	72	4,08	1,242
Hoitoni oli turvallista (Henkilöstön ammatillisuus)	71	4,07	1,377
Sain juomaa sopivasti (Fyysisten tarpeiden huomiointi)	58	4,05	1,262
Minua kohdeltiin ystävällisesti (Henkilöstön ammatillisuus)	72	4,04	1,294
Minua kohdeltiin asiallisesti (Henkilöstön ammatillisuus)	71	4,04	1,314
Hoitohenkilökunta oli ammattitaitoista (Henkilöstön ammatillisuus)	71	4,01	1,270
Hoitoni perustui tarpeisiin (Henkilöstön ammatillisuus)	71	4,01	1,336

Asteikko: 1= täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä

Kymmenen huonoimmin toteutunutta hoidon osa-aluetta esitellään taulukossa 13. Myös tässä arviointiasteikko on 1 – 5. Pienempi numeroarvo edustaa heikompaa hoidonlaatua. Summamuuttujittain määrällisesti eniten alhaisia arviointeja hoidonlaadusta saivat summamuuttajat *Hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti* sekä *Kipujen ja pelkojen lievittäminen*. (Taulukko 14).

Taulukko 14. Psykiatristen potilaiden huonoimmiksi arvioidut hoidon laadun osatekijät (n, ka, sd). Suluissa summamuuttuja, mihin muuttuja kuuluu.

Muuttuja	n	ka	sd
Kipuihini suhtauduttiin vakavasti (Henkilöstön ammatillisuus)	67	3,55	1,374
Arviointiini omasta voinnistani luotettiin (Henkilöstön ammatillisuus)	71	3,52	1,413
Sain riittävästi tietoa lääkehoidostani (Hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti)	72	3,51	1,482
Henkilökunnalla oli minulle riittävästi aikaa (Riittävät henkilöstöresurssit)	69	3,51	1,491
Ilmapiiri oli kiireetön (Riittävät henkilöstöresurssit)	68	3,51	1,471
Minulle selitettiin ymmärrettävästi sairauteeni liittyviä rajoituksia (Hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti)	70	3,49	1,380
Sain kipuihini oikea-aikaista lääkehoitoa (Kipujen ja pelkojen lievittäminen)	66	3,47	1,361
Omaiseni otettiin riittävästi huomioon (Hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti)	72	3,36	1,407
Sain riittävästi tietoa sairaudestani (Hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti)	70	3,33	1,380
Sain ymmärrettävää ohjausta kipujen hoidosta (Kipujen ja pelkojen lievittäminen)	65	3,09	1,343
Kipujeni hoidossa käytettiin myös muita hoitomuotoja (Kipujen ja pelkojen lievittäminen)	63	2,63	1,440

Asteikko: 1= täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä

Alhaisin arvio koski kipujen lievittämistä. Arvolla 2,63 potilaat arvioivat väittämän, *Kipujeni hoidossa käytettiin myös muita hoitomuotoja*, paikkansapitävyyttä. Myös oikeanlainen ohjaus kivun hoidossa (ka = 3,09) sekä oikea-aikainen lääkehoito (ka = 3,47) saivat alhaisen laatuarvion. Kivunhoitoon liittyen myös henkilökunnan vakavuus suhtautumisessa potilaan kipuihin arvioitiin alhaiseksi keskiarvolla 3,55. Tämä väittäjä kuuluu summamuuttujaan *Henkilöstön ammatillisuus*. Toinen väittäjä summamuuttujasta henkilöstön ammatillisuuteen, koskee henkilökunnan luottamusta potilaan omaan arvioon voinnistaan: *Arviointiini omasta voinnistani luotettiin*, sai keskiarvon 3,52. (Taulukko 14.)

Summamuuttuja, *Hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti*, sisälsi 11 väittämää. Näistä väittämistä neljä kuului kymmenen matalimman arvion saaneiden joukkoon. Riittävä tiedon saanti omasta

sairaudesta sai arvon 3,33. Riittävä tieto lääkehoidosta arvioitiin tasolle 3,51. Sairauteen liittyvien rajoitusten ymmärrettävä selvittäminen sai arvoksi 3,49. Omaisten huomiointi arvioitiin keskiarvolla 3,36. (Taulukko 14.)

Kaksi väittämää, mitkä arvioitiin hoidonlaadussa alhaiseksi, liittyivät henkilöstöresursseihin. Molemmat väittämät liittyvät potilaiden kokemaan kiireeseen. Väittämät, *Ilmapiiri oli kiireinen* ja *Henkilökunnalla oli minulle riittävästi aikaa*, saivat molemmat arvon 3,51. (Taulukko 14.)

5.6 Psykiatristen potilaiden arvioinnit hoidon laadusta taustamuuttujittain

Tässä tutkimuksessa oli yhteensä kahdeksan taustamuuttujaa (taulukko 3). Tutkimuksen taustatiedoissa kysyttiin potilaan ikää, sukupuolta, asumismuotoa joko yksin tai toisen kanssa, koulutustaustaa ja ammattiasemaa. Lisäksi potilaiden hoitoon liittyen kysyttiin sairaalaan tuloon syytä joko tutkimukseen tai sairauden hoitoon, hoitoyksikköä poliklinikalla tai vuodeosastolla sekä sairaalaan tuloa päivystyksellisesti tai suunnitellusti. Vuodeosaston potilailta kysyttiin lisäksi hoitoaikaa vuorokausissa. Psykiatristen potilaiden hoidon laadun arvioinnit erosivat tilastollisesti merkitsevästi suhteessa potilaiden ikään, hoitopaikkaan poliklinikalla tai vuodeosastolla sekä sairaalaan tulomuotoon päivystyksellisesti tai suunnitellusti.

Poliklinikalla hoidossa olleet potilaat arvioivat henkilöstön ammatillisuuden korkeammaksi kuin osastohoidossa olleet potilaat ($p=0,006$). Myös kipujen ja pelkojen lievittämisen ($p=0,018$) sekä hoitoon osallistumisen ja tiedon saannin ($p=0,030$) arvioivat poliklinikkapotilaat paremmin toteutuneiksi kuin vuodeosastolla hoidossa olleet potilaat. (Taulukko 15).

Vanhemmat potilaat arvioivat fyysisten tarpeiden huomioinnin ($p=0,042$) paremmaksi kuin nuoremmat potilaat. Myös henkilöstöresursseja vanhemmat potilaat arvioivat paremmiksi ($p=0,040$) kuin nuoremmat potilaat (Taulukko 15).

Suunnitellusti kutsuttuna sairaalaan tai poliklinikalle tulleet potilaat arvioivat henkilöstön ammatillisuuden korkeammaksi kuin potilaat, jotka tulivat sairaalaan päivystyksellisesti ($p=0,037$). Myös henkilöstöresurssit arvioitiin paremmiksi ($p=0,029$), kun käynti oli suunniteltu. (Taulukko 15).

Taulukko 15. Hoidon laadun osa-alueiden toteutuminen psykiatristen potilaiden (n=72) arvioimana taustamuuttujittain (ka, sd, n, Mannin - Whitney-testi, Kruskalin - Wallisin testi).

Taustamuuttuja	Henkilöstön ammatillisuus		Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti		Fyysisten tarpeiden huomiointi		Riittävät henkilöstö resurssit		Kipujen ja pelkojen lievittäminen		Henkilöstön yhteistyö	
	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD
Sukupuoli												
Nainen (n=40)	4,12	1,02	3,84	0,98	3,84	1,19	3,78	1,22	3,35	1,12	4,07	0,96
Mies (n=29)	3,80	1,13	3,61	1,17	4,12	0,93	3,53	1,29	3,33	1,17	3,74	1,25
p-arvot	0,111		0,381		0,508		0,343		0,956		0,351	
Ikä												
18–35 (n=19)	4,08	1,12	3,85	1,00	3,50	1,04	3,61	1,16	3,29	0,99	4,18	1,10
36–50 (n=25)	3,58	1,32	3,37	1,32	3,67	1,32	3,55	1,34	2,99	1,28	3,60	1,09
51–65 (n=22)	4,05	0,92	3,80	1,04	4,33	0,75	3,57	1,35	3,50	1,15	3,80	1,24
66–80 (n=6)	4,13	1,18	3,89	1,42	4,75	0,50	4,83	0,41	3,62	1,41	4,17	1,60
p-arvot	0,483		0,430		0,042*		0,040*		0,445		0,137	
Asumismuoto												
Puolison yms. kanssa (n=37)	3,99	1,11	3,76	1,08	3,86	1,21	3,90	1,15	3,35	1,17	3,84	1,23
Yksin (n=34)	3,79	1,23	3,56	1,18	3,93	1,03	3,31	1,37	3,20	1,21	3,85	1,15
p-arvot	0,665		0,478		1,00		0,075		0,559		0,888	
Pohjakoulutus												
Korkeakoulututkinto (n=5)	4,01	1,36	3,80	1,01	4,19	0,99	3,87	1,48	3,50	1,53	4,07	1,09
AMK (n=4)	3,74	1,02	3,46	0,99	4,50	0,50	3,08	1,26	2,87	0,97	4,08	0,42
Ammatillinen tutkinto (n=36)	3,77	1,32	3,53	1,23	3,63	1,32	3,52	1,38	3,06	1,23	3,64	1,28
Ei koulutusta (n=22)	4,07	0,79	3,91	0,84	4,00	0,89	3,70	1,09	3,52	0,88	4,18	0,92
Muu (n=5)	4,16	1,50	3,64	1,76	4,30	1,10	4,07	1,46	3,75	1,71	3,67	1,89
p-arvot	0,635		0,790		0,641		0,725		0,471		0,592	
Ammattiasema												
Alempi toimihenkilö (n=5)	2,82	1,61	2,60	1,17	3,30	1,44	2,60	1,48	2,55	1,48	3,60	1,26
Yksityisyrittäjä/Maanviljelijä (n=1)	4,53	-	4,45	-	5,00	-	5,00	-	4,25	-	4,33	-
Työntekijä (n=18)	4,18	0,99	3,81	1,00	3,83	1,33	3,69	1,16	3,38	1,00	3,91	0,98
Eläkeläinen (n=35)	3,78	1,16	3,54	1,20	4,07	1,00	3,53	1,38	3,25	1,31	3,67	1,34
Muu (n=13)	4,21	1,07	4,19	0,75	3,75	0,99	4,03	0,94	3,40	0,90	4,38	0,92
p-arvot	0,250		0,067		0,462		0,268		0,594		0,374	
Hoitoyksikön muoto												
Vuodeosasto(n=40)	3,55	1,23	3,42	1,23	4,05	1,08	3,41	1,29	2,98	1,28	3,63	1,31
Poliklinikka(n=32)	4,35	0,78	3,98	0,89	3,61	1,14	3,88	1,24	3,63	0,94	4,15	0,95
p-arvot	0,006*		0,030*		0,162		0,079		0,018*		0,113	
Tulo sairaalaan												
Päivystyksellisesti(n=25)	3,52	1,23	3,42	1,30	3,97	1,07	3,19	1,30	3,11	1,24	3,51	1,31
Suunnitellusti (n=45)	4,09	1,06	3,79	1,02	3,78	1,15	3,84	1,23	3,33	1,14	4,04	1,09
p-arvot	0,037*		0,195		0,566		0,029*		0,456		0,079	
Tulosyy												
Tutkimus(n=9)	4,43	0,69	4,33	0,90	4,50	0,76	3,67	1,56	3,84	0,97	4,41	0,88
Sairauden hoito(n=54)	3,80	1,23	3,55	1,17	3,80	1,16	3,56	1,25	3,21	1,23	3,78	1,23
Muu(n=7)	4,11	1,10	3,92	0,77	3,83	1,09	4,24	1,33	3,32	0,91	4,05	1,15
p-arvot	0,194		0,060		0,226		0,299		0,172		0,273	
Hoitoaika												
1 – 10 päivää (n=10)	3,41	1,42	3,35	1,34	3,97	1,16	3,33	1,52	3,13	1,46	3,53	1,38
11 – 30 päivää (n=8)	3,54	1,56	2,98	1,43	3,88	1,38	3,21	1,63	3,06	1,43	3,25	1,72
31 – 180 päivää (n=7)	3,49	0,79	3,62	0,93	4,46	0,46	3,50	1,13	3,07	1,03	4,14	0,72
p-arvot	0,951		0,620		0,841		0,964		0,993		0,650	

*tilastollisesti merkitsevä, p arvo alle 0,05

5.7 Tutkimustulosten yhteenveto

Lähdin liikkeelle tutkimuskysymyksellä, millaiseksi potilaat arvioivat hoidon laadun psykiatrisilla osastoilla ja psykiatrisilla poliklinikoilla. Tutkimuksen aineistosta hoidon laadun keskiarvoksi psykiatrisilla poliklinikoilla ja vuodeosastoilla saadaan 3,70. Potilaiden arviot hoidon laadusta vaihtelivat summamuuttujittain välillä 3,27 ja 3,90. Parhaimmaksi hoidon laadun osa-alueeksi potilaat arvioivat henkilöstön ammatillisuuden ja fyysisten tarpeiden huomioinnin. Molemmat summamuuttujat saivat arvon 3,90. Seuraavaksi arviossa tulee henkilöstön yhteistyö arvolla 3,86. Hoitoon osallistuminen ja tiedonsaanti arvioitiin neljänneksi parhaaksi summamuuttujaksi arvion ollessa 3,67. Riittävät henkilöstöresurssit saivat arvon 3,61 ja huonoimmaksi osa-alueeksi muodostui summamuuttuja Kipujen ja pelkojen lievittäminen arvolla 3,27. (Taulukko 16).

Taulukko 16. Psykiatristen potilaiden arviot hoidon laadusta summamuuttujittain.

Summamuuttuja	n	Ka	Sd
Henkilöstön ammatillisuus	72	3,90	1,16
Fyysisten tarpeiden huomiointi	58	3,90	1,11
Henkilöstön yhteistyö	72	3,86	1,18
Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti	72	3,67	1,12
Riittävät henkilöstöresurssit	69	3,61	1,28
Kipujen ja pelkojen lievittäminen	71	3,27	1,18
Hoidon laatu		3,70	

Asteikko: 1= täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli, mitkä hoidon osa-alueet ovat potilaille psykiatrisessa osastohoidossa ja poliklinikalla merkittäviä? Potilaat arvioivat henkilöstön ammattitaidon korkeaksi. Myös fyysisten tarpeiden huomiointi sekä turvallisuuden tunne toteutuivat hyvin. Potilaat kokivat tullessa ystävällisesti ja asiallisesti kohdelluiksi ja kielellinen kommunikaatio oli ymmärrettävää. (taulukko 13).

Puutteita potilaiden arvioimana esiintyi potilaan kivun hoidossa. Potilaat kokivat, ettei heidän kipuja otettu vakavasti ja kivun hoidossa ei käytetty lääkkeettömiä hoitomuotoja. Myös sairauteen ja lääkehoitoon liittyvään tiedon saantiin sekä hoitoon osallistumiseen ja omaisten riittävään huomiointiin potilaat olivat tyytymättömiä. potilaat kokivat myös että henkilökunnalla ei ollut heille riittävästi aikaa. (taulukko 14).

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli, kuinka psykiatristen potilaiden arvioinnit hoidon laadusta erosivat taustamuuttujittain. Sukupuolella ei osoittautunut tässä aineistossa olevan tilastollisesti merkitsevää eroa hoidon laadun arvioinneissa. Taustamuuttujista potilaiden ikä näyttäytyi siten, että vanhemmat potilaat olivat tyytyväisempiä fyysisten tarpeiden huomioimiseen sekä riittäviin henkilöstöresursseihin. Suunnitellusti hoitoon tulleet potilaat arvioivat henkilöstön ammatillisuuden korkeammaksi kuin päivystyspotilaat. Myös henkilöstön riittävyys arvioitiin paremmaksi, kun hoitoon tulo oli suunniteltu. (taulukko 15).

Vuodeosaston ja poliklinikalla hoidossa olleiden potilaiden arvioissa hoidon laadusta löytyi tilastollisesti merkitseviä eroja. Vuodeosaston potilaat arvioivat kipujen ja pelkojen lievityksen, henkilöstön ammatillisuuden sekä hoitoon osallistumisen ja tiedon saannin toteutuvan huonommin kuin poliklinikan potilaat. (taulukko 15).

6 POHDINTAA

6.1 Tulosten tarkastelua

Lähden tarkastelemaan tutkimuksen tuloksia peilaten niitä aikaisempiin tutkimuksiin. Vertailukohteina ovat Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen magneettisairaalahankkeen tutkimukset (n=2566) potilastyytyväisyydestä (Kvist ym. 2013), Mäenpään (2012) rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksiköissä hoidettavana olleiden potilaiden (n=96) hoidon laadun arviot sekä Kvistin (2004) väitöskirjan erikoissairaanhoidossa toteutetut tutkimukset hoidon laadusta kolmen eri sairaalan vuodeosastoilla ja poliklinikoilla (n=2631). Lisäksi tarkastelen tuloksia kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten valossa.

Psykiatristen potilaiden arviot hoidon laadusta saivat tässä tutkimuksessa keskiarvoksi 3,70. Arvio on alhaisempi, kuin laajemmissa, samalla mittarilla tehdyissä tutkimuksissa erikoissairaanhoidon eri tulosyksiköiden alueilla (Kvist ym. 2013). Samalla RILH –mittarilla tutkituissa rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuollon yksiköiden potilaiden (n=96) tuloksissa yleisarvosana hoidon laadun arvioinnista oli tätäkin tulosta alhaisempi keskiarvolla 3,58 (Mäenpää 2012). Arviot ovat matalampia, kuin Kvistin (2004) aineiston keskiarvot hoidon laadusta. Tarkasteltaessa kuitenkin Kvistin (2004) aineiston tuloksia tulosalueittain, käy esille, että psykiatrian tulosalueella hoidon laadun arviot saivat kauttaaltaan kaikissa sairaaloissa alhaisemmat arviot, kuin operatiivisella ja konservatiivisella tulosalueella. Viime vuosien laajemmissa tutkimuksissa RILH -mittarilla on saatu hoidon laadun keskiarvoiksi 4,18 (n=2566, sd=0,69). Tämän perusteella voidaan hoidon laadun arvioissa asettaa tavoitteeksi 4,00. (Kvist ym. 2013).

Kysymyslomakkeen viimeisenä kysymyksenä potilaat arvioivat eri henkilöstöryhmiä heidän antamastaan hoidosta kouluarvosanoista tutulla asteikolla 4 – 10. Yleisarvosanaksi koko henkilökunnalle muodostui arvosana 8,18. Korkeimman yleisarvosanan saivat laitoshuoltajat keskiarvolla 8,44. Seuraavana tulivat hoitajat keskiarvolla 8,25 ja kolmantena lääkärit kokonaiskeskiarvolla 8,19. Mielenkiintoinen löydös on, että laitoshuoltajien antamaa hoidon laatua arvioidaan tämän aineiston perusteella korkeammaksi kuin itse hoitohenkilökunnan tai lääkäreiden antamaa hoitoa. (Taulukko 4.) Tämän aineiston keskiarvo sijoittuu aikaisempien vastaavalla mittarilla tehtyjen tutkimusten tulosten keskivälille. Mäenpään (2012) rikosseuraamusyksiköissä mitatuissa arvioissa henkilökunnan keskiarvot olivat kauttaaltaan matalampia kuin tässä psykiatrian aineistossa. Mäenpään rikosseuraamusalan yksikön aineistossa hoitohenkilökunnan antama hoito oli

arvioitu korkeimmaksi keskiarvolla 7,79 lääkäreiden seuratussa arvolla 7,53 (Mäenpää 2012). Kvistin (2008) erikoissairaanhoidossa tekemässä tutkimuksessa koko henkilöstön arvosanoiksi kolmen sairaalan vuodeosastoilla (n=619) saatiin 8,85 ja poliklinikoilla(n=885) 8,73. Kvistin aineistossa olivat mukana myös psykiatrian yksiköt. Myös Kvistin aineistossa (2004) Iisalmen aluesairaalan kohdalla laitoshuoltajien antama hoito oli arvioitu hoitohenkilökunnan tai lääkäreiden antamaa hoitoa korkeammaksi niin poliklinikoilla (ka=8,82, n=111) kuin myös vuodeosastoilla (ks=8,99, n=52).

Summamuuttuja *Henkilöstön ammatillisuus* sai tässä tutkimuksessa keskiarvoksi 3,90 (n=72). Tämä hoidon osa-alue arvioitiin fyysisten tarpeiden huomioon ottaen parhaiten toteutuneeksi. Tulos on linjassa myös muiden tutkimusten kanssa. (Längle ym. 2003, Siponen & Välimäki 2003, Meronen & Pylkkänen 2005, Varis 2005, Schröder ym. 2006, Ruggeri ym. 2007, Kuosmanen 2009, Schröder ym. 2011, Lundqvist ym. 2012) Kuosmanen (2009) väitöskirjatutkimuksessa juuri potilas-hoitaja-suhteet koettiin merkittäviksi tyytyväisyyden perustaksi psykiatrisessa osastohoidossa. Useita suomalaisia sairaaloita käsittelevässä aineistossa (n=2566) henkilöstön ammatillisuus arvioitiin korkeimmaksi (Ka = 4.49, Sd = 0.67) hoidon laadun osa-alueeksi (Kvist ym. 2013). Myös Mäenpään (2012) rikosseuraamusyksiköiden potilaiden arvioinneissa henkilöstön ammatillisuus oli parhaiten toteutunut summamuuttuja.

Summamuuttuja Henkilöstön ammatillisuus sisältää 17 muuttujaa. Näiden väittämien joukossa aineistosta nousi kaksi väittämää, mitkä kuuluivat kymmenen huonoimmiksi arvioitujen hoidon laadun osatekijöihin (Taulukko 13.) Nämä olivat muuttujat, *Kipuihini suhtauduttiin vakavasti* (ka=3,55, n=67) ja *Arviointiini omasta voinnista luotettiin* (ka=3,52, n=71). Nämä tulokset herättävät käytännön osastotyön kautta ajatuksia henkilökunnan suhtautumisesta potilaan kipuihin. Psykiatrisen potilaan somaattisiin kipuihin suhtautuminen psykiatriassa on ongelmallista, koska potilaan herkästi epäillään olevan lääkehakuinen.

Hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti käsitti yhteensä 11 muuttujaa. Psykiatriset potilaat arvioivat tämän osa-alueen keskiarvolla 3,67 (n=72). Summamuuttuja sijoittuu potilaiden arvioinneissa kuuden joukossa neljänneksi. Parhaiten tässä summamuuttujassa toteutuivat väittämät, *Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä*, ja *Voin esittää hoitoni liittyviä kysymyksiä*. Rikosseuraamusyksiköissä vastaava summamuuttujan keskiarvo oli 3,58 ja parhaiten toteutuneet väittämät olivat samat (Mäenpää 2012). Tarkasteltaessa yksittäisten väittämien vastausten jakautumista, käy ilmi, että ymmärrettävällä kielellä puhuminen ei vielä sano mitään asiasisällöstä. Samoin kysymysten esittämismahdollisuus ei kerro paljoa välitetyn tiedon sisällöstä. Väittämiin,

Minulle selitettiin ymmärrettävästi sairauteni liittyviä rajoituksia ja sain riittävästi tietoa sairaudestani, arvioitiin heikoimmin toteutuneiksi tässä summamuuttujassa. Myös omaisten huomiointi hoidossa arvioitiin heikosti toteutuneeksi osa-alueeksi.

Potilaiden tiedon saanti psykiatrisessa sairaanhoidossa on myös muiden tutkimusten perusteella osoittautunut riittämättömäksi (Howard ym. 2003, Siponen & Välimäki 2003, Varis 2005, Schröder ym. 2006, Ruggeri ym. 2007, Awara & Fasey 2008, Kuosmanen 2009.) Tutkimusnäytön perusteella voidaan todeta, että potilaille omaisten integroiminen hoitoprosessiin on tärkeä osa hoitoa, mutta se ei aina toteudu potilaiden toivomalla tavalla (Ruggeri ym. 2007, Kuosmanen 2009). Väitöskirjatutkimuksessa (Kvist 2004) kolmen erikoissairaanhoidon yksikköjen vuodeosastojen ja poliklinikoiden kymmenen huonoiten toteutuneen hoidon laadun osatekijän joukossa olivat kolmanneksi huonoiten toteutunut, *Mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun*, ja neljänneksi huonoin, *Riittävä tiedon saanti*. Tässä aineistossa Kuopion yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian tulosalueen potilaat arvioivat juuri tiedon saannin ja mahdollisuuden osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon huomattavan alhaiseksi. Mielenkiintoinen huomio Kvistin (2004) väitöskirjatutkimuksen tuloksissa on se, että potilaiden ja henkilöstön arviot hoidon laadusta erosivat toisistaan. Vaikka potilaat arvioivat tiedon saannin ja osallistumismahdollisuuden hoidon suunnitteluun alhaiseksi, ei tätä hoidon laadun osatekijää yksikään henkilöstöryhmä arvioinut huonoksi. (Kvist 2004.),

Fyysisten tarpeiden huomiointi arvioitiin kyselytutkimuksessa keskiarvolla 3,90 (n=58). Tämä osia arvioitiin parhaiten toteutuneeksi henkilöstön ammatillisuuden rinnalla. Summamuuttuja koostui neljästä väittämästä liittyen riittävään ruoan ja juoman määrään sekä tarvittaessa avun saantiin henkilökohtaisen puhtauden ylläpidossa ja liikkumisessa. Tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimusten kanssa, missä vuodeosastojen potilaat arvioivat fyysisen terveyden edistämisen ja ylläpitämisen toiseksi parhaiten toteutuneeksi hoidon alueeksi - parhaiten toteutuivat juoman saanti ja avun saanti eritystoimintaan (Kvist 2004). Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä potilaiden arvio fyysisten tarpeiden huomioimisesta asettui alhaisemmalle tasolle keskiarvolla 3,78 (Sd=1,11) (Mäenpää 2012).

Hoidon laadun osa-alue, *Riittävät henkilöstöresurssit*, arvioitiin tutkimuksessa toiseksi alhaisimmalle tasolle keskiarvolla 3,61 (n=69, Sd 1,28). Samansuuntaiset tulokset henkilöstöresurssien riittävydestä on saatu samalla mittarilla toteutetuissa laajemmissa tutkimuksissa (n=2566), vaikkakin hieman korkeammalla keskiarvolla (ka=3,80, Sd=1,13) neljää suomalaista sairaalaa käsittelevässä aineistossa (Kvist ym. 2013). Vankilapotilaiden arviot

henkilöstöressurssien riittävydestä olivat alhaisemmat keskiarvolla 3,42 (Sd=1,24). Vaikka keskiarvo on huomattavasti matalampi, on se suhteutettava koko rikosseuraamuslaitoksen aineistoon, missä koko hoidon laatua kuvaava keskiarvo (ka=3,58) oli huomattavasti muita tutkimuksia alhaisempi. Voidaan todeta, että vankipotilaiden arviot riittävästä henkilöstöressursseista ovat paremmat ja siten poikkeavat samalla mittarilla saaduista tuloksista.(Mäenpää 2012.) Vankipotilaiden tyytyväisyys henkilökunnan määrään on linjassa Variksen (2005) tutkimuksen kanssa. Potilastyytyväisyyttä suomalaisessa aikuispsykiatrisessa sairaanhoidossa selvittävän tutkimuksen perusteella potilaat olivat henkilökunnan määrään tyytyväisiä (Varis 2005).

Kipujen ja pelkojen lievittämistä mitattiin neljällä yksittäisellä muuttujalla (n=71). Keskiarvolla 3,27 summamuuttuja sijoittui tutkimuksessa matalimmalle tasolle psykiatristen potilaiden hoidon laadun arvioinnissa. Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksiköiden vankipotilaiden arviot kipujen ja pelkojen lievityksessä edustivat niin ikään välttävällä tasolla keskiarvolla 3,06 heikoimmin toteutunutta hoidon laadun osa-aluetta. Kvistin tutkimuksessa (2004) kipujen ja pelkojen lievittäminen sisältyi eri summamuuttujiin, koska Ihmisläheinen hoito- mittarin jatkokehittelyssä osaa summamuuttujista muokattiin (Kvist ym. 2008). Kipujen lievitys kuului summamuuttujaan *Fyysinen terveys*. Väittäjä, *Sain tarvittaessa apua kipuihini*, sai keskiarvoksi vuodeosastoilla (n=603) 1,29 arvojen ollessa asteikolla 1=paras ja 5=huonoin. Keskiarvo oli koko hoidon laadusta 1,57. Näin ollen hoidon laadun osatekijä, kivun lievitys, arvioitiin kokonaisuaineistossa huomattavasti keskiarvoa paremmaksi. Kuitenkin tarkasteltaessa yksittäisiä tulosalueita, huomataan, että myös tässä aineistossa juuri psykiatrian tulosalueen keskiarvot summamuuttujalla *Fyysinen terveys*, ovat alle hoidon laadun kokonaiskeskiarvon. (Kvist 2004.) Kirjallisuuskatsauksen perusteella niin kansainvälisissä kuin myös kansallisissa tutkimuksissa fyysisten tarpeiden huomiointi psykiatrisessa sairaanhoidossa jää vähemmälle huomiolle. Samoin potilaan fyysisten kipujen lievityksestä ei ole juurikaan mainintaa psykiatrista hoitotyötä käsittelevissä tutkimuksissa.

Henkilöstön yhteistyö keskiarvolla 3,86 sijoittui potilaiden arvioimana toiseksi parhaimmaksi hoidon laadun osa-alueeksi (n=72). Tulos on yhteneväinen Mäenpään (2012) rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä tehtyjen kyselyjen kanssa, missä vankipotilaiden arviot keskiarvolla 3,72 (Sd=1,03) ylittävät tutkimustuloksessa hoidon kokonaiskeskiarvon 3,58. Myös Kvistin (2004) aineistossa henkilökunnan yhteistyö ja henkilökunnan keskinäinen kunnioitus arvioitiin hyväksi. Poliklinikoilla arviot olivat matalammat kuten kaikilla muillakin hoidon osa-alueilla.(Kvist 2004.)

Taustamuuttujista potilaan iällä oli tilastollisesti merkitystä hoidon laadun arvioinneissa. Vanhemmat potilaat olivat tyytyväisempiä fyysisten tarpeiden huomiointiin ($p=0,042$) ja henkilöstöresursseihin ($n=0,040$). Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä tehdyssä tutkimuksessa oli havaittavissa samansuuntainen tulos. Iältään yli 51-vuotiaat potilaat arvioivat hoidon laadun paremmaksi kuin nuoremmat potilaat (Mäenpää 2012). Kvistin erikoissairaanhoidon käsittelevässä aineistossa ikä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä kaikilla hoidon laatua kuvaavilla osa-alueilla. Yli 65-vuotiaat potilaat olivat tyytyväisempiä hoidon laatuun kuin nuoremmat potilaat. Poliklinikoiden potilaista yli 44-vuotiaat arvioivat kaikki hoidon laadun osa-alueet paremmiksi kuin poliklinikoiden nuoremmat potilaat. Henkilökunnasta yli 51-vuotiaat hoitajat arvioivat hoidon laadun paremmaksi kaikilla muilla osa-alueilla paitsi ei-mahdollisuuteen osallistua hoitoon. (Kvist 2004.)

Taustamuuttujista hoitoyksikön muodolla, poliklinikka tai vuodeosasto, näytti olevan tilastollisesti merkitystä hoidon laadun arvioinneissa. Psykiatrisilla poliklinikoilla hoidossa olleet potilaat arvioivat henkilöstön ammatillisuuden ($p=0,006$), kipujen ja pelkojen lievittämisen ($p=0,018$) sekä hoitoon osallistumisen ja tiedon saannin ($p=0,030$) paremmaksi kuin vuodeosastolla hoidossa olleet potilaat. (Taulukko 15). Kvistin (2004) aineistossa psykiatrisilla poliklinikoilla hoidon laadun arviot olivat kaikissa sairaaloissa alhaisempia kuin muiden tulosalueiden, operatiivisen ja konservatiivisen tulosalueen, potilaiden arviot. Ero psykiatristen poliklinikoiden ja psykiatristen vuodeosastojen välillä ei ollut yhteneväinen vaan vaihteli sairaaloittain. (Kvist 2004.)

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä, minkä tarkoituksena on tiedeyhteisön itseohjautuva ennakointi huonon tieteellisen käytöksen estämiseksi. Tutkimusetiikan lähtökohtana toimivat arvot. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Hirsjärven ym. (2001) mukaan jo tutkimusaiheen valinta on eettinen valinta. Millä perusteilla aihetta halutaan tutkia (Hirsjärvi 2001.) Tärkeänä osana tutkimusetiikassa on tutkittavien tietoon perustuva suostumus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkkunen 2009.) Tämän suostumuksen ovat antaneet kaikki tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat jo tiedonkeruuvaiheessa. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa, kuten myös muiden alojen tutkimuksissa, kuuluu noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Nämä käytänteet ovat eri tiedeyhteisöjen luomia eettisiä pelisääntöjä. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK, on luonut ohjeet hyvään tieteelliseen käytäntöön. (TENK 2002). Myös Itä-Suomen yliopisto on sitoutunut

noudattamaan TENK:n ohjeistusta (UEF 2012). Ohjeet määrittelevät tieteellisen toiminnan eettisesti kestäväällä pohjalla (TENK 2012). Tämän opinnäytetyön aineisto on kerätty vuonna 2008 Itä-Suomen yliopiston Hoitotieteen laitoksen tutkimushankkeessa. Tutkimuksella on Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettisen toimikunnan myönteinen lausunto numerolla 46/2007 ja tutkimukseen osallistuvien sairaaloiden käytänteiden mukaiset tutkimusluvut.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan tarkastella mittaamista ja siihen liittyviä tekijöitä ja toisaalta tulosten kannalta huomioitavia luotettavuuskysymyksiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009). Tässä tutkimuksessa käytettyä mittaria voidaan pitää luotettavana. Mittaria on kehitetty yli kahdenkymmenen vuoden ajan. Mittarin luotettavuuden perustan muodostaa mittarin rakentamisvaiheessa tehty käsiteanalyysi ja sen pohjalta luodut kysymykset. Mittaria on jatkokehitetty yliopiston tutkimushankkeissa ja mittari on ollut käytössä useissa väitöskirjoissa ja opinnäytetöissä. Mittarin hyvää rakennevaliditeettia kuvaa osaltaan sillä saadut Cronbachin alfa kertoimet. Tässä tutkimuksessa Cronbach alfa kerroin sai arvon 0,911, mitä voidaan pitää hyvänä (Burns ym. 2005, Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009).

Tutkimuksen tuloksia arvioitaessa puhutaan sisäisestä ja ulkoisesta validiteetistä. Sisäinen validiteetti kuvaa tulosten johtumista yksistään tutkimusasetelmasta. Sisäisen validiteetin häiriötekijöitä ovat esimerkiksi historia, poistumat tai valikoituminen. Ulkoinen validiteetti kuvaa tulosten yleistettävyyttä. Otoksen olisi oltava mahdollisimman edustava, jotta tutkimustuloksia voitaisiin yleistää. Harkinnanvaraiset otokset sulkevat pois tulosten yleistettävyyden koko populaatioon. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen, 2009.) Tässä tutkimuksessa osallistujien valikoitumisen ei voida katsoa häirinneen tulosten luotettavuutta. Tutkimukseen valittiin sattumanvaraisesti kymmenen prosenttia tietyn ajanjakson aikana tutkimuksessa mukana olleilla poliklinikoilla ja osastoilla hoidetuista potilaista. Tämän tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa on syytä huomioida alhainen vastausprosentti 13 %. Kyselyt lähetettiin potilaille kotiin postitse hoitajakson päätyttyä. Kyselylomakkeen palautti vain noin joka kymmenes. Voidaan ajatella, että vain hoitoon myönteisesti suhtautuneet potilaat halusivat vielä muistella hoitajaksoa kyselyyn osallistumalla. Toisenlainen menetelmä olisi voinut kannustaa vastaamaan myös muita potilasryhmiä. Myös uusintakysely olisi voinut nostaa vastausprosenttia.

Hoitojakson pituudessa on huomattava määrä puuttuvia vastauksia. Tutkimukseen osallistuneiden keskimääräinen hoitoaika osastohoidossa on aineiston perusteella 31 päivää. Vastaajista oli ollut vuodeosastolla hoidossa 40 potilasta mutta vain 25 potilasta oli ilmoittanut hoitoajan pituuden.

6.4 Tutkimuksen perusteella tehdyt johtopäätelmät ja suositukset

Tässä tutkimuksessa potilaat arvioivat kolmen suomalaisen sairaalan psykiatristen vuodeosastojen ja psykiatristen poliklinikoiden hoidon laatua. Hoidon laadun keskiarvoksi saatiin 3,70. Tulosta voidaan pitää hyvänä, mutta ei kiitettävänä. Tulos on aikaisempiin erikoissairaanhoidossa toteutettuihin tutkimuksiin verrattuna alhaisempi, mutta samansuuntainen, kun tulosta verrataan aikaisemmissa tutkimuksissa psykiatrian tuloksiköiden tuloksiin. Samalla mittarilla toteutettuun vankipotilaiden hoidon laadun arvioihin verrattuna tässä tutkimuksessa hoidon laatu arvioitiin hieman paremmaksi.

Tutkimustuloksista nousee esille hoidon laadun osatekijöitä, joiden erityinen huomioiminen psykiatrisessa hoitotyössä on tutkimuksen mukaan perusteltua.

Johtopäätelmät:

1. Psykiatristen potilaiden somaattisia kipuja ei huomioida riittävästi. Potilaat kokivat, että heidän kipujaan ei oteta tarpeeksi vakavasti. Kipujen lääkehoito ja kipujen lääkkeetön hoito oli puutteellista.
2. Psykiatrisen potilaan omaa hoitoa koskeva tiedonsaanti on puutteellista. Potilaat arvioivat, että he eivät saaneet tarpeeksi tietoa sairaudestaan. Myös sairauteen liittyvät rajoitukset jäivät potilaille osittain epäselväksi. Potilaat arvioivat psykiatrisen lääkehoidon tietämyksen myös puutteelliseksi.
3. Psykiatrisen potilaan osallisuus omaan hoitoon on riittämätöntä. Myös potilaan omaisten huomiointi koettiin liian vähäiseksi.
4. Psykiatrisen hoitotyön henkilöstö koetaan kiireiseksi.

Suositukses:

1. Kipujen hoitoon psykiatrisessa sairaanhoidossa on kiinnitettävä parempaa huomiota. Mielenterveyspotilaiden joukossa on kaksoisdiagnoosipotilaita, joilla on päihderiippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttöä. Tämä ei kuitenkaan saa peittää alleen sitä tosiasiaa, että osalla

potilaista voi olla vakavasti otettavia kipuja mielenterveysongelmien rinnalla. Myös kaksoisdiagnoosi potilailla voi olla kipuja. Nämä kiputilat ovat huomioitava ja niiden hoitoon on panostettava, tarvittaessa myös lääkkeellisesti. Kivun hoidossa lähtökohtana on pidettävä sitä, että kipua on silloin, kun potilas sanoo sitä olevan ja kivun voimakkuus on sitä luokkaa, mitä potilas sen kertoo olevan.

2. Potilaan tiedonsaantia omaa sairauttaan koskevista asioista on parannettava. Myös potilaan käyttämistä lääkkeistä on tiedotettava potilasta ja annettava potilaalle painetussa muodossa olevaa tietoa lääkkeiden vaikutuksista. Psykelääkkeiden sivuvaikutusten tietoinen salaaminen potilaalta ei ole eettisesti kestävää toimintaa.

3. Psykiatrisen potilaan osallisuutta omaan hoitoon on lisättävä. Potilas on otettava hoitosuunnitelman tekoon mukaan aktiivisena osapuolena. Potilaan omaisten huomiointi hoidon aikana on tärkeää. Potilaan omaiset ja läheiset ihmiset ovat potilaan voimavara ennen kaikkea potilaan sairauden vaikeina aikoina.

4. Henkilöstön tietoisuutta heidän käytöksen ja ajankäytön tärkeydestä potilaiden näkökulmasta on lisättävä. Henkilöstöressit ovat aina rajalliset mutta se, millä tavalla henkilökunta kohtaa potilaan, voi olla avainasemassa. Myös ajallisesti lyhyen kohtaamisen potilaan kanssa voi saada omalla käytöksellä merkittäväksi ja tulokselliseksi.

Nämä tutkimustulokset toimivat näyttöön perustuvan psykiatrisen hoitotyön kehittämisessä kohti laadukkaampaa ja potilaslähtöisempää hoitoa. Potilastyytyväisyyden kehittäminen on kaikilla terveydenhuollon aloilla tavoiteltavaa. Erityisesti se on mielenterveyspalvelujen piirissä välttämätöntä, koska mielenterveyspalvelujen tulevaisuuden kehityssuunta on avohoitopainotteinen. Mielenterveyspalvelujen kehittäminen kohti avohoittoa edellyttää mielenterveyspotilaiden sitoutumista tarjolla oleviin palveluihin.

6.5 Jatkotutkimushaasteet

Vaikka mielenterveyspalvelut muodostavat oman erikoisalansa, ovat peruselementit potilaan ja asiakkaan hoidon laadussa samat. Mielenterveystyössä korostuu potilaan ja hoitajan välinen suhde ja paranemisprosessi voi olla ajallisesti moninkertainen verratessa hoitajaksojen pituuksia somaattiseen sairaanhoitoon. Tästä huolimatta myös mielenterveyspotilaan ravinnon ja puhtauden tarve sekä kipujen lievitys ovat olennaisia hoidon laadun osatekijöitä.

Verrattaessa tämän tutkimuksen tuloksia samalla mittarilla saatuihin aikaisimpiin tuloksiin, joudutaan toteamaan, että saadut tulokset psykiatrisissa yksiköissä olivat kauttaaltaan heikommat kuin somaattisissa yksiköissä, konservatiivisilla ja operatiivisilla tulosalueilla. Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikön tulokset edustivat samalla mittarilla mitattuna alhaisinta hoidon laatua. Voidaan kysyä, onko hoidon laatu mielenterveyspalveluissa yleisesti ottaen alhaisempaa, kuten tutkimustulokset antavat ymmärtää, vai onko RILH mittarissa ominaisuuksia, mitkä heikentävät tuloksia juuri psykiatrisessa sairaanhoidossa? Psykiatrisen hoidon laadun tutkimukseen on kehitelty omia mittareita. Näissä mittareissa jää kuitenkin potilaan fyysisten tarpeiden huomiointi sekä potilaiden kipujen lievitys huomioimatta. RILH mittarissa nämä hoidon laadun osa-alueet ovat mukana.

Mielenterveyspalveluiden kehityssuuntana Suomessa on, että psykiatrisen ja somaattisen sairaanhoidon kuilua halutaan kaventaa ja psykiatriset hoitoyksiköt integroida tavallisten sairaaloiden ja terveyspalveluiden yhteyteen. Psykiatristen potilaiden stigmaa halutaan vähentää ja heidän terveystarpeensa huomioida samalla vakavuudella kuin myös muiden asiakkaiden. On siten johdonmukaista mitata myös samalla mittarilla niin psykiatristen kuin somaattisten potilaiden tyytyväisyyttä sekä hoidon laatua. Jatkotutkimushaasteena on kehittää RILH mittaria mielenterveyspalveluiden käyttöön.

Kertynyt tutkimusnäyttö psykiatrisen hoidon laadusta osoittaa jo selkeästi hoidon laadun osa-alueita, joiden merkitys kokonaislaatua tarkasteltaessa korostuu. Omaa hoitoa koskeva tiedonsaanti ja potilaan kokemus mahdollisuudesta omaan hoitoon osallistumisesta näyttävät olevan puutteellisia. Potilaiden ja henkilökunnan arvioinnit hoidon laadusta eivät ole aina yhteneväiset. Hoidon laadun kehittämisen näkökulmasta olisi tärkeää tutkia, tiedostaako henkilökunta potilaiden arvion hoidon laadun osatekijöistä.

LÄHTEET

Abrams E, Vaughan-Sarrazin M & Rosenthal G. 2010. Influence of Psychiatric Comorbidity on Surgical Mortality. Arch Surg. 145 (NO. 10), OCT 2010.

Alanne C. 2009. Eristämiskokemus potilaan näkökulmasta ja palautekeskustelu eristämisen jälkeen. Psykologian lisensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto.

Asetus 341/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 341/2011 laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta.

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

Bara A. & Rahmqvist M. 2010. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. International Journal for Quality in Health Care. Vol: 22, no: 2, 86-92

Baum W, Eschweiler G.W, Längle G, Renner G, Schwärzler F, U'Ren R, Wollinger A. 2003. Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients' view. International journal for quality in health care. 15, no: 3, 213-221.

Bauer A & Alegria M. 2010. The Impact of Patient Language Proficiency and Interpreter Service Use on the Quality of Psychiatric Care: A Systematic Review Psychiatr Serv. 2010 August; 61(8): 765–773.

Bjørngaard J, Ruud T, Garratt A. & Hatling T. 2007. Patients' Experiences and Clinicians' Ratings of the Quality of Outpatient Teams in Psychiatric Care Units in Norway. Psychiatric Services. August 2007 Vol. 58 No. 8. 1102–1107.

Borge L. & Fagermoen M. 2008. Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. Journal of Mental Health, April 2008; 17(2): 193 – 205

Brown, T. 2012. Hospitals Aren't Hotels. Mielipideartikkeli 14.3.2012. New York Times. www-dokumentti. Viitattu 28.2.2013. < <http://www.nytimes.com/2012/03/15/opinion/hospitals-must-first-hurt-to-heal.html> >

Burns N & Grove, S.K. 2005. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization. 5th Ed. St. Louis: Elsevier Saunders.

Hackman A, Brown C, Yang Y, Goldberg R, Pharm J, Lucksted A, Wohlheiter K. & Dixon L. 2007. Consumer Satisfaction with Inpatient Psychiatric Treatment Among Persons with Severe Mental Illness. Community Mental Health Journal. Vol. 43, No. 6, December 2007.

Hallet N. & Hewison A. 2012. How to address the physical needs of clients in a mental health setting. Nursing Management, March 2012, Vol 18. Nr.10.

- Hawthorne W, Green E, Folsom, D. & Lohr J. 2009. A Randomized Study Comparing the Treatment Environment in Alternative and Hospital-Based Acute Psychiatric Care. *Psychiatric Services*. September 2009 Vol. 60 No. 9.
- Heidegger T, Nuebling M, Saal D, Kreienbuhl G. 2008. Patient-centred outcomes in clinical research: does it really matter? *Br J Anaesth* 2008; 100: 1–3.
- Heinämäki, L. 2012. Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. Tutkimus 75/2012. THL. www-dokumentti. Viitattu 25.2.2013. < <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/aeaadcaa-9bdd-43ba-a7b2-bdb7b3fe1238> >
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P 2001. Tutki ja kirjoita. Tammer-paino Oy. Tampere.
- Hoekstra T, Lendemeijer H. & Jansen M. 2004. Seclusion: the inside story. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 276-283.
- Howard P. B, El-Mallakh P, Rayens M. K. & Clark J. J.(2003) Consumer perspectives on quality of inpatient mental health services. *Psychiatric Nursing* Vol. 17, Issue 5 , Pages 205-217.
- Huey-Ming & Chang-Yi 2008. Patient satisfaction versus quality. *Nurs Ethics* January 2008 15: 121-124.
- ITHACA-hankeryhmä (2011). Ihmisoikeuksien ja terveydenhoidon arviointi mielenterveys- ja päihdelaitoksissa ja -asumispalveluissa. ITHACA-työkalu. Raportti 20/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Iversen K, Høyer G. & Sexton H. 2007. Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *International Journal of Law and Psychiatry* 30 (2007) 504–511.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.
- Keskivalkama, A. 2010. The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry. A persistent challenge over time. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. 2011.
- Kokko S. (2004). Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvotoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Väitöskirja. Oulu University Press.
- Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals: towards evidence based clinical nursing. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto.
- Korkeila J. 2011. Psykiatristen hoitojärjestelmien kansainvälinen vertailu – onko sillä antia Suomelle? *Suomen Lääkärilehti* 36/2011 vsk 66.
- Kowall J, Swenson J, Aubry T, Marchand H. & Macphee C. 2011. Improving access to acute mental health services in a general hospital. *Journal of Mental Health*, February 2011; 20(1): 5–14
- Kuosmanen L, Hätönen H, Jyrkinen A.R, Katajisto J, Välimäki M. 2006. Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of advanced Nursing*. 55, Issue 6. 11 Jul. 2006.

Kvist T. 2004. Hoidon laatu-potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Akateeminen väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kopion yliopisto.

Kvist K, Vehviläinen-Julkunen K. & Kinnunen J. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät *Hoitotiede* 2006 vol. 18 no. 3 s. 107-119.

Kvist T. & Vehviläinen-Julkunen K. 2008. Ihmisläheinen hoito -mittarin kehittäminen ja innovatiivinen käyttö. *Hoitotiede* 20 (6), 377–387.

Kvist T, Mäntynen R, Turunen H, Partanen P, Miettinen M, Wolf G.A. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes? *Journal of Nursing Management* 21, 152–164.

Kvist T. 2013. Opinnäytetyöohjauskeskustelu Itä-Suomen yliopiston Hoitotieteen laitoksella 5.4.2013. Kuopio.

Kärkkäinen, J. (2004). Onnistuiko psykiatrian yhdentymisen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiri uudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. *Stakes, Tutkimuksia* 138. Saarijärvi.

L. 1062/1989. Erikoissairaanhoitolaki. 1.12.1989. www-dokumentti. Viitattu 14.3.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

L. 1116/1990. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 14.3.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Mielenterveyslaki>

L.1326/2010. Terveystieteiden lakien muuttaminen. Finlex. www-dokumentti. Viitattu 25.2.2013.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>>

Leino – Kilpi H. & Välimäki M. 2009. Etiikka hoitotyössä. WSOY oppimateriaalit. Helsinki

Lönnqvist J. 2010. Psykiatria. Duodecim. Porvoo.

Manderbacka K, Arffman M, Sund R, Haukka J, Keskimäki I, Wahlbeck K. 2012. How does a history of psychiatric hospital care influence access to coronary care: a cohort study. *BMJ Open* 2012, 2.

Mattila M. 2009. Tutkimusasetelma. KvantiMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 22.2.2013.
<<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/tutkimus/asetelma.html>>

Meehan T, Vermeer C. & Windsor C. 2000. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 2, 370–377.

Meronen M.-L. & Pylkkänen K. 2005. Asiakastyytyväisyys mielenterveys palveluissa: YTHS:n asiakastyytyväisyys tutkimus. *Suomen lääkärilehti*. vol. 60 no. 30–32 s. 3035–3039

Metsämuuronen J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Mäenpää A. 2012. Potilaiden arviointeja hoidon laadusta eräissä Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksiköissä. Pro Gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.

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.

Osborn D, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A & King M. (2007). Relative Risk of Cardiovascular and Cancer Mortality in People With Severe Mental Illness From the United Kingdoms General Practices Data Base. *Arc Gen Psychiatry* 2007;64:242-249

Parks J, Svendsen D, Singer P. & Foti M.(2006) Morbidity and Mortality with serious Mental Illness. Thirteenth in a Series of Technical reports. National Association of State Mental Health Programm Directors.

Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.

Pudas-Tähkä, S.-M, Axelin A. 2007: Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K, Axelin, A, Stolt M, Ääri R.-L. (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turun yliopisto.

Raunio K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Gaudeamus, Helsinki.

Robins, C., Sauvageot, J., Cusack, K., Suffoletta-Maierle, M. & Frueh, C. 2005. Consumers' perceptions of negative experiences and "Sanctuary harm" in psychiatric settings. *Psychiatric Services* 56, 1134–1138.

Ruggeri M, Lasalvia A, Salvi G, Cristofalo D, Bonetto C, Tansella M. 2007. Applications and usefulness of routine measurement of patients satisfaction with community -based mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 2007: 116 (Suppl. 437): 53–65

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkojulkaisu. Viitattu 11.3.2013
<http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html>

Schaffer R. 2012. Using Patient Surveys to Rate Hospitals. Yleisön osaston kirjoitus. The New York Times. 22.3.2012. www -dokumentti. Viitattu 7.3.2013.
<<http://www.nytimes.com/2012/03/23/opinion/using-patient-surveys-to-rate-hospitals.html>>

- 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, Larsson B.-W. & 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
- Shiva A, Haden S. & Brooks J. (2009). Psychiatric civil and forensic inpatient satisfaction with care: the impact of provider and recipient characteristics. *Soc Psychiat Epidemiol* (2009) 44:979–987
- Siponen, U. & Välimäki, M. 2003. Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003,10, 129–135
- Stakes 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38 / 2008.
- Stenhouse, R. C. 2011. 'They all said you could come and speak to us': patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011, 18, 74–80.
- STM 2009. Mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma. Mieli 2009- työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.< <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf> >
- Summers M. & Happell B. 2003. Patient satisfaction with psychiatric services provided by a Melbourne tertiary hospital emergency department. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003, 10, 351–357.
- THL 2011. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 2011. Psykiatrian erikoisalalan laitoshoidon 2010. Tilastoraportti, 4/ 2011. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2010.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011. Päivi Koivuranta-Vaara (toim). Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Kuntaliiton verkkojulkaisu. www-dokumentti. Luettu 27.2.2013. < <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9ef21c0e-4519-4cd5-867d-57ed2d4c758b> >
- THL 2012. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2010. Tilastoraportti 3/ 2012. THL. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2012/Tr03_12.pdf
- TENK, 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkojulkaisu. Luettu 19.4.2012. Saatavilla: < http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut>
- Tuohimäki C. 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients: a part of the Nordic project Paternalism and Autonomy. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto.

Töyry E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 86. Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Töyry E. 1993. Sairaalapotilaiden käsityksiä ihmisläheisestä hoidosta. Pro Gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.

UEF.2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkojulkaisu. Luettu 11.6.2012. Saatavilla: <<http://www.uef.fi/uef/tutkimusetiikka> >

Varis U. 2005: Potilastyytyväisyys aikuispsykiatrisessa sairaalahoidossa. Pro Gradu- tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotiede. Kuopion Yliopisto.

Veltkamp E, Nijma H, Stolker, J, Frigge K, Dries P. & Bowers L. 2008. Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 59, 2.

Välimäki M, Holopainen A. & Jokinen M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WSOY oppimateriaalit. Helsinki.

Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M.& Munk Laursen T. 2011. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 2011, 199:453–458.

Liitetaulukko.1. Tiedonhaku.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Viitteet	Valitut
Cinahl	“patient satisfaction” AND “psychiatric care”	2002-2013 Abstract Available Peer Reviewed Adult 19-64	66	6
	“quality of care” AND “psychiatric care”	2002-2013 Abstract Available Peer Reviewed Adult 19-64	39	4
	“quality improvement” AND “psychiatric care”	2002-2013 Abstract Available Peer Reviewed Adult 19-64	44	3
	“quality standards AND “psychiatric care”	2002-2013 Abstract Available Peer Reviewed Adult 19-64	4	1
Medic	hoito AND laatu	2002-2013 asiasanojen syno- nyymit käytössä	109	2
	psykiatri*AND hoi*AND laatu	2002-2013 asiasanojen syno- nyymit käytössä	9	1
	potilast* AND mielenterv* AND potilastyytyv*	2002-2013 asiasanojen syno- nyymit käytössä	9	3
PubMed	“quality of care” AND “psychiatric”	Peer Reviewed Humans 2002-2013 Abstract available	39	1
	“quality improvement” AND “psychiatric care”		25	1
PsycInfo	“patient satisfaction” AND “psychiatric care”	2002-2013 Language: English; Age Adult 19-64	43	2
	“quality of care” AND “psychiatric care”		37	1
	“quality improvement” AND “psychiatric care”	2002-2013 Language: English; Age Adult 19-64	34	3
Linda, tarkennettu haku	hoidon laatu	2002-2013	47	1
	potilastyyt*	2002-2013	15	1

Liitetaulukko 2. Keskeisimmät psykiatrisen hoidon laatua kuvaavat tutkimukset.

Tekijä, tutkimuksen nimi, lähde, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Aineisto / Otos (n)	Keskeiset tulokset
Awara M. & Fasey C. (2008). Patients' satisfaction and quality of care in psychiatric Out-patient settings. <i>Journal of Mental Health</i> , 17(3), 327–335. UK.	Kuvata avohoidon asiakkaiden odotuksia mielenterveyspalveluihin ja kuvata taustatekijöiden yhteyttä asiakastytyväisyyteen.	Kysely	n=103	<p>85 % vastaajista oli mielenterveyspalveluihin tyytyväisiä.</p> <p>Naissukupuoli, nuori ikä ja työttömyys olivat yhteydessä vähemmän koettuun tyytyväisyyteen.</p> <p>Siviilisäätö, terapian kesto ja terapeutin koulutusta eivät olleet yhteydessä koettuun tyytyväisyyteen.</p> <p>Tyytymättömyyttä herätti terapiamuoto, terapia-aikojen sopimattomuus, tunne terapeutin kaikkivaltiudesta sekä tiedon puute lääkkeiden sivuvaikutuksista</p>
Bauer A & Alegria M.(2010). The Impact of Patient Language Proficiency and Interpreter Service Use on the Quality of Psychiatric Care: A Systematic Review <i>Psychiatric Services</i> . 61(8), 765–773. UK.	Selvittää psykiatrisen potilaan rajoittuneen kielitaidon (englanti) ja tulkkien käytön vaikutusta hoidon laatuun	Kirjallisuus- atsaus	n=26	<p>Kirjallisuus ei riitä perustaksi näyttöönperustuvien ohjeiden luomiseen siitä, kuinka rajoittuneen englannin kielen taitoisen potilaan psykiatrista hoidon laatua voidaan parantaa.</p> <p>Kielen huono hallinta voi johtaa potilaan psyykkisen tilan virhearvioon. Epäpätevät tulkit pahentavat tilannetta ja voivat johtaavirhearvioon potilaan harhoista ja häiriytyneestä ajatusmaailmasta. Ammattitulkien käyttö parantaa potilaan hoidon laatua.</p>
Borge L. & Fagermoen M. (2008). Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. <i>Journal of Mental Health</i> , 17(2), 193 – 205. Norja.	Kuvata potilaiden toipumisprosessia psykiatrisen sairaalahoidon aikana.	Haastattelu	n=15	<p>Psykiatriselle osastohoidolle on edelleen tarvetta. Osa potilaista kokee tarvitsevansa toipumiseen osastohoitojakson.</p> <p>Toipumisprosessi jakaantuu kahteen osaan: 1) itsensä kokeminen potilaana ajassa ja tilassa, 2)oman itsensä kokonaisuuden ja oman arvostuksen löytäminen.</p> <p>Kokonaisuus koostuu henkilöstön ammatillisuudesta, ystävällisyydestä ja ympäristöstä. Muiden potilaiden vertaistuki on osastolla tärkeää.</p>
Bjørngaard J, Ruud T, Garratt A.& Hatling T.(2007). Patients' Experiences and Clinicians'	Selvittää potilaiden ja ammattilaisten käsityksiä hoidon laadusta avohoidossa.	Kysely	n=6570	<p>Ammattilaisten ja potilaiden näkemykset hoidon laadusta eivät ole aina yhteneväisiä. Järjestelmään liittyvät tekijät selittivät vähäisen osan hoidon laadun kokemuksesta.</p> <p>Naissukupuoli, vanhempi ikä, hyvä</p>

Ratings of the Quality of Outpatient Teams In Psychiatric Care Units in Norway. Psychiatric Services. Vol. 58 No. 8. Norja.					yleisterveyden kokeminen, puuttuva osastohoitohistoria, pidempi hoitokontakti, säännölliset käynnit avohoitoyksikössä ja kohtuullisina koetut odotusajat olivat yhteydessä paremman hoidon laadun kokemiseen.
Hackman A, Brown C, Yang Y, Goldberg R, Pharm J, Lucksted A, Wohlheiter K. & Dixon L.(2007) Consumer Satisfaction with Inpatient Psychiatric Treatment Among Persons with Severe Mental Illness. Community Mental Health Journal. Vol. 43, No. 6. USA.	Selvittää potilasopetuksen vaikutusta potilastyytyväisyyteen ja hoidonlaatuun.	Interventio tutkimus	n=136		Tyytyväisyyttä hoitoon pystytään lisäämään osastohoidon aikana potilaille aktiivisesti opetetuilla taidoilla, joita he pystyvät hyödyntämään sairaalahoidon jälkeen. Tällaisia ovat oireiden tunnistaminen ja hallinta, lääketietous, päihderiippuvuus tietous, avohoidon palvelut ja elämisen taidot.
Hallet N. & Hewison A. (2012). How to address the physical needs of clients in a mental health setting. Nursing Management. Vol 18. Nr.10. UK	Selvittää intervention vaikutusta psykiatrisen osaston henkilökunnan toiminnassa	Interventio tutkimus	Psykiatri sen sairaalan kuusi osastoa.		Potilaiden fyysisen terveyden seurantaan psykiatrisessa osastohoidossa voidaan vaikuttaa PDSA (Plan,Do, Study,Act) menetelmällä. Fyysisen terveyden huomioinnilla voidaan parantaa hoidon laatua.
Hawthorne W, Green E, Folsom, D. & Lohr J.(2009) A Randomized Study Comparing the Treatment Environment in Alternative and Hospital-Based Acute Psychiatric Care. Psychiatric Services 60:1239–1244. USA.	Verrata perinteistä psykiatrista osastohoitoa lyhytkestoiseen akuuttiin osastohoitajaksoon	Kysely.	n=93		Hoidon tulokset ja potilaiden tyytyväisyys hoitoon ovat korkeammat ja kustannukset matalammat lyhytkestoisessa hoidossa (shortterm, acute residential treatment START). Henkilökunnan arvio hoidon laadusta oli lyhytkestoisessa hoidossa korkeampi.
Howard P. B, El-Mallakh P, Rayens M. K. & Clark J. J.(2003) Consumer perspectives on quality of inpatient mental health services. Psychiatric Nursing Vol. 17, Issue 5 , Pages 205-217.	Kuvata psykiatrisen sairaalan potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon.	Kysely.	n=204		Valtaosa potilaista oli tyytyväisiä hoitoonsa sairaalassaolon aikana. Tyytymättömyyttä aiheutti osattomuus omaan hoitosuunnitelmaan, perheen huomiotta jättäminen hoidossa sekä tiedon puute lääkkeiden vaikutuksista Mahdollisuus yhdessäoloon muiden potilaiden kanssa, hoitajan saavutettavuus tarvittaessa ja keskustelut hoitajan kanssa lisäsivät tyytyväisyyttä. Sukupuolella ja iällä ei ollut vaikutusta tyytyväisyyteen.

Iversen K, Høyer G. & Sexton H. (2007) Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. International Journal of Law and Psychiatry 30. 504–511. Norja.	Kuvata pakkokeinojen vaikutusta potilaan kokemaan tyytyväisyyteen psykiatrisessa osastohoidossa.	Triankulaatio: rekisteritutkimus, kysely, haastattelu	n=243	Potilaan subjektiivinen kokemus pakosta ei aina vastaa ulkoapäin todettua, objektiivista, pakkoa. Pakkokeinot jaettiin viiteen ryhmään: laillinen asema, potilaan kokemus, pakkolääkintä, lääkinällinen sitominen, mekaaninen sitominen.
				Pakkokeinojen käyttö lisäsi potilaiden kokemaa yleistä tyytymättömyyttä osastohoitoon.
				Mitä enemmän potilas joutui pakkokeinojen kohteeksi, sitä suurempi oli hänen tyytymättömyys hoitoa kohtaan.
Kokko S. (2004). Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvotoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Suomi.	Kuvata asiakkaiden ja henkilökunnan näkemystä hyvästä mielenterveystyöstä.	Haastattelu	n=41	Asiakkaiden kuvaukset hyvästä mielenterveystyöstä: 1) ammattitaitoiset työntekijät auttavat vaikeuksissa olevia; s.o. lääkinällinen hoito, keskustelu, perheenjäsenten tiedotus aiheesta 2) yhdessä tekeminen auttaa; s.o. keskustelut ja kokemusten jakaminen muiden samassa tilanteessa olevien kanssa, yhteistoiminnan kautta yhdessä olemista kuten kokoontumiset ja retket.
Kontio R, Malin M, Joffe G, Vastamäki M. & Wahlbeck K.(2013). HUS-alueen mielenterveys- ja päihdepalvelut liian laitospalveluita. Suomen Lääkärilehti 7/2013 vsk 68.	Kuvata Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin mielenterveys- ja päihdepalveluja osana eurooppalaista tutkimusta.	Kartoittava poikittais tutkimus	n=26 kuntaa	HUS alueella on 539 mielenterveys- ja päihdetoimintaa 10 % näistä tarjosi sekä mielenterveys että päihdepalveluita Suurin osa henkilöstöstä on sidottu laitospalveluihin Ympäri vuorokautista akuuttitilanteisiin suunnattua avohoitoa on tarjolla vain sairaalapäivystyksessä Tarjolla ei juuri ole liikkuvia päivystyspalveluita eikä akuutteja päivätoimintayksiköitä
Korkeila J. (2011). Psykiatristen hoitojärjestelmien kansainvälinen vertailu – onko sillä antia Suomelle? Suomen Lääkärilehti 36/2011 vsk 66.	Kuvata mielenterveys palvelujärjestelmien yhtäläisyyksiä ja eroja eri maissa.	Kirjallisuus katsaus	n=26	Mielenterveyspalvelujen laatu on yhteydessä maan kansantuloon. Taloudellinen hyvinvointi näkyy myös palvelujen parantamisessa. Pakkotoimissa Suomi sijoittuu länsimaiden keskivaiheelle. Suomessa pyöröovi syndrooma on yleisempää kuin muissa pohjoismaissa. Suomessa olisi panostettava avohoidon kehittämiseen. Portinvartijamalli, missä

				perusterveydenhuollon kautta hakeudutaan erikoissairaanhoidon, edellyttää perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon osaamisen kehittämistä.
Kowall J, Swenson J, Aubry T, Marchand H. & Macphee C. (2011). Improving access to acute mental health services in a general hospital. <i>Journal of Mental Health</i> . 20(1): 5–14. Kanada.	Selvittää yleissairaalassa toimivan lyhytaikaisen mielenterveys akuuttihoitoyksikön (UCC, Urgent Consultation Clinic) kehitystä ja tehokkuutta	Kysely	n=143	Akuutisti oirehtivat mielenterveyspotilaat pääsivät hoitoon nopeammin UCC (Urgent Consultation Clinic) yksiköiden ansiosta. Potilaiden oireiden vakavuusaste pieni, potilaiden yleinen toimintakyky ja kokemus elämänlaadusta parani UCC yksikön toiminnan kautta.
Kuosmanen L. (2009). Personal liberty in psychiatric care. Towards service user involvement. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Suomi.	Kuvata psykiatristen potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon sekä tarkastella tyytyväisyyteen yhteydessä olevia tekijöitä.	Kysely	n= 313	Hoitoon kokonaisuudessaan oltiin tyytyväisiä. Eniten tyytyväisyyttä ilmaistiin potilashoitaja suhteisiin, omahoitajaan, hoitajien luotettavuuteen, hoitajilta saatuaan aikaan, omaisten huomioimiseen hoidossa ja kontaktin ylläpitämiseen omaisiin hoidon aikana. Tyytymättömyyttä aiheutti puutteellinen tiedon saanti, potilaan vapauden rajoittaminen, oman rauhan mahdollisuuden puuttuminen, virikkeiden vähyys ja tietämättömyys potilaan oikeuksista Osa potilaista koki, että he eivät olleet saaneet riittävästi apua ongelmiinsa sairaalajakson aikana. Taustamuuttujista nuorella iällä, naissukupuolella sekä pitkällä sairaalassaoloajalla todettiin olevan tilastollinen yhteys tyytymättömyyteen.
Kvist T. (2004). Hoidon laatu potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia. Väitöskirja, Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto. Suomi.	Kuvata hoidon laatua potilaiden ja eri henkilöstöryhmien arvioimana.	Kysely	n=2631 (potilaat n=1538, hoitajat n=850, johtajat n= 115, lääkärit n=128)	Hoidon laatu oli kokonaisuudessa hyvä. Potilaiden ja henkilöstöryhmien arvioinneissa hoidon laadusta oli eroja. Hoidon laatua heikensi potilaiden kokemus riittämättömästä tiedon saannista ja osallistumisesta oman hoidon suunnitteluun. Myös kiire ja vähäiset henkilöstöresurssit arvioitiin hoidon laatua heikentäväksi.
Kvist T, Mäntynen R, Turunen H, Partanen P, Miettinen M, Wolf G.A. & Vehviläinen-Julkunen K. (2013). How magnetic are Finnish	Kuvata magneettisairaala mallin toteutumista neljässä eri sairaalassa.	Kysely	n=2566	Hoidon laatu oli potilaiden arvioimana korkeatasoista. Hoitajien työtyytyväisyys oli korkea. Potilasturvallisuudessa oli huomattavia eroja sairaaloiden välillä. Hoitotyön johtajien johtamistietoisuus oli matala.

hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes? Journal of Nursing Management 2013, 21, 152–164. Suomi.

Länge G, Baum W, Wollinger G, Renner G, Uren R, Schwärzler F. & Eschweiler, W.(2003). Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients view. International Journal for Quality in Health Care. Vol 15, Number 3 .213-221. Saksa.

Lundqvist, L.-O, 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. Norja.

Meronen M.-L. & Pylkkänen K. (2005). Asiakas tyytyväisyys mielenterveys palveluissa: YTHS:n asiakastyytyväisyys tutkimus. Suomen lääkäri-lehti. vol. 60 no. 30–32 s. 3035–3039. Suomi.

Osborn D, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A & King M. (2007). Relative Risk of Cardiovascular and Cancer Mortality in People With Severe Mental Illness From the United Kingdom's

Kuvata, mitä hoidon osaluueita psykiatrisessa osastohoidossa potilaat pitävät tärkeänä hoitoon liittyvänä osana ja kuinka tyytyväisiä potilaat ovat niihin

Selvittää psykiatrisen avohoidon potilaiden näkemyksiä hoidon laadusta.

Kuvata potilastyytyväisyyttä opiskelijoiden mielenterveys palveluissa.

Arvioida psykiatrisista sairauksista kärsivien ihmisten ennen aikaista kuolleisuutta ja sen yhteyttä tupakointiin, antipsykoottiseen lääkitykseen ja sosiaaliseen eristäytyneisyyteen.

Kysely

Kysely

Kysely

Rekisteritutkimus

n=101

n=340

n=281

n=34655
9

Potilaat pitivät tärkeänä suhdetta henkilökuntaan sekä potilaiden oikeuksien kunnioittamista.

Potilaat kykenevät erottamaan kokemansa tärkeyden ja tarvitsemansa hoidon

Potilaat olivat tyytyväisiä eriasteisiin terapiasuhteisiin klinikan henkilökunnan kanssa

Potilaat eivät olleet tyytyväisiä lääkitykseensä.

Potilaiden kokonaistyytyväisyys hoitoon oli hyvä.

Taustatekijöistä korkeampaa hoidon laatua edusti naissukupuoli, korkeampi ikä, parisuhde, alempi koulutustaso ja työssä käynti.

Tilastollinen yhteys hoidon laatuun löytyi odotusajan pituudella, usean eri ammattikunnan edustajan tapaamisella ja heikolla mielenterveyden tilalla.

Korkein yksittäinen hoidon laadun ennustaja oli potilaan halukkuus terveydentilan vaatiessa palata sairaalaan.

Pääsääntöisesti (81 %) potilaat kokivat saaneensa tarvitsemansa avun. Hoito koettiin myös rankaksi.

On tarvetta kehittää mittausmenetelmiä mielenterveyspalveluihin mitkä kartoittavat hoidon ajallista jatkuvuutta ja hoitoprosessia kokonaisuutena.

Vaikeista mielenterveysongelmista kärsivillä potilailla on suurempi riski kuolla sydän- ja verisuoniliitännäisiin sairauksiin alle 75 vuoden iässä.

Suurentunutta riskiä selittää vain osittain tupakointi, antipsykoottinen lääkitys tai sosiaalinen eristäytyneisyys.

General Practices Data
Base. Arc Gen
Psychiatry. 64:242–249.
UK.

Parks J, Svendsen D, Singer P. & Foti M.(2006). Morbidity and Mortality with serious Mental Illness. Thirteenth in a Series of Technical reports. National Association of State Mental Health Program Directors. USA.	Selvittää vakavista mielenterveysongelmista kärsivien ennenaikaisten kuolemien syitä.	Kirjallisuuskatsaus	13 tutkimusta	Vakavista mielenterveysongelmista kärsivät henkilöt kuolevat keskimäärin 25 vuotta aikaisemmin kuin muu väestö. 30–40 % kuolemista johtuu itsemurhista ja onnettomuuksista. 60 % terveydentilasta johtuvista sairauksista kuten kardiovaskulaariset-, keuhko- ja infektiosairaudet. Mielenterveyspotilailla on muuta väestöä korkeammat riskitekijät kuten ylipaino ja tupakointi.
Ruggeri M, Lasalvia A, Salvi G, Cristofalo D, Bonetto C, Tansella M. (2007). Applications and usefulness of routine measurement of patients satisfaction with community -based mental health care. Acta Psychiatr Scand. 116 (Suppl. 437). 53–65. Italia.	Kuvata potilaiden kokemaa tyytyväisyyttä mielenterveyspalveluihin .	Kysely	n= 948	Potilaiden yleinen tyytyväisyys palveluihin oli korkea. Tyytyväisyyttä todettiin henkilökunnan osaamiseen ja käyttäytymiseen. Matala tyytyväisyys oli hoitoon pääsyssä, tiedon puutteessa ja sukulaisten poisjäämisessä hoitoprosesseista Mitä pidempi hoitokontakti ajallisesti oli ja mitä vaikeampi mielenterveysongelman aste oli, sitä vähemmän potilas oli tyytyväinen hoidon laatuun. Diagnoosilla ei ollut yhteyttä koettuun tyytyväisyyteen.
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. Ruotsi.	Kuvata potilaiden käsityksiä hoidon laatuun liittyvistä tekijöistä psykiatrisessa hoidossa.	Haastattelu	n= 20	Hoidon laatuun liittyvät tekijät: potilaan ihmisarvon kunnioitus, potilaan tunne hoidon turvallisuudesta, potilaan osallisuus hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, potilaan toipumisprosessi, hoitoympäristön viihtyisyys. Tutkimuksessa tuli esille kaksi uutta ulottuvuutta: potilaan kokema apu oman häpeän tunteen voittamisessa ja toivomus tulla kohdelluksi kuin kuka muu tahansa terve ihminen.
Schröder A, Ahlström G, Larsson B.-W. & Lundqvist L.-O. (2011). Psychometric properties of the Quality in Psychiatric Care - Outpatient (QPC-OP) instrument. International Journal of Mental Health Nursing. 20, 445–453. Ruotsi.	Kuvata psykiatrisen avohoidon potilaiden käsityksiä hoidon laadusta	Kysely	n=1340	Potilaat arvioivat hoidon laadun hyväksi. Heikoimmaksi hoidon laadun osaluueksi arvioitiin yhteydenotto mahdollisuudet hoitavaan yksikköön. Korkeimmat arviot hoidon laadusta saivat hoitohenkilökunnan kanssa tapahtuneet kohtaamiset. Tähän kuului empatian ja ymmärryksen kokeminen, hoitajan tarjoama aika kuunteluun, hoitajan

Schröder A. & Ahlström G. (2004). Psychiatric care staff's and care associates' perceptions of the concept of quality of care: a qualitative study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . 2004; 18, 204–212. Ruotsi.	Kuvata hoito henkilökunnan käsityksiä psykiatrisen hoidon laadusta.	Haastattelu.	n=20	välittämisen osoitus kun potilas on vihainen, potilaan hoidon organisointi . Tutkimuksessa löytyi neljä pääluokkaa. 1) Potilaan ihmisarvon kunnioitus, 2) potilaan osallisuus omaan hoitoonsa, 3) potilaan toipuminen ja 4) hoitoympäristö.
Shield T, Campbell S, Rogers A, Worrall A, Chew-Graham C. & Gask L. (2003). Quality indicators for primary care mental health services. <i>Quality & Safety in Health Care</i> . 2003;12: 100–106. UK.	Kuvata mielenterveyspalvelujen hoidon laadun osatekijöitä.	Kysely	n=115	Eri tahojen edustajien yhteistyössä mielenterveyspalvelujen laadusta löydettiin avaintekijät, joidenka katsotaan kuuluvan peruselementteihin arvioitaessa psykiatrisen hoidon laatua. Nämä ovat luokiteltavissa 21 päänäkemykseen hoidosta.
Shiva A, Haden S. & Brooks J. (2009). Psychiatric civil and forensic inpatient satisfaction with care: the impact of provider and recipient characteristics. <i>Soc Psychiat Epidemiol</i> 44:979–987. USA.	Selvittää potilaan kokemaa tyytyväisyyttä oikeuspsykiatrisessa ja tavallisessa psykiatrisessa sairaalassa sekä niihin yhteydessä olevia taustatekijöitä.	Kysely	n=196 ja n=188	Osaston tyypillä (oikeuspsykiatria-yleispsykiatria), iällä eikä diagnoosilla todettu olevan eroa koettuun tyytyväisyyteen. Potilaiden etnisellä taustalla oli vaikutusta potilaan kokemaan tyytyväisyyteen: Latinalaisamerikkalaiset ja tummaihoiset olivat tyytymättömiä hoitoonsa jos heillä oli ollut hoitohenkilökunnan kanssa ongelmia. Valkoihoisten kohdalla ei vastaavaa eroa löytynyt. Tummaihoiset olivat tyytymättömiä saamaansa hoitoon ja kokivat saaneensa vähemmän apua osastohoidosta.
Oltedal S, Garratt A. & Johannessen J.O. (2007). Psychiatric outpatients' experiences with specialized health care delivery. A Norwegian national survey. <i>Journal of Mental Health</i> . 16(2): 271 – 279. Norja.	Selvittää, mitkä tekijät ovat avohoidon potilaille tärkeitä psykiatrisissa mielenterveyspalveluissa .	Kysely	n=6677	Korkeimmat arviot tyytyväisyydestä saivat mahdollisuus vaikuttaa terapeutin valintaan, henkilökunnan puolelta koettu ystävällisyys ja kunnioitus sekä yhteistyössä potilaan perheen huomiointi. Korkeampi ikä, naissukupuoli, korkeampi koulutus, työssä käynti ja säännöllinen lääkitys olivat yhteydessä paremmin koettuun tyytyväisyyteen. Potilaat, joidenka äidinkieli ei ollut eurooppalainen, arvioivat tyytyväisyyden matalammaksi.
Siponen U. & Välimäki M. (2003). Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. <i>Journal</i>	Kuvata potilaiden tyytyväisyyttä psykiatrisessa avohoidossa.	Kysely	n=171	Hoitoon kokonaisuudessaan oltiin hyvin tyytyväisiä. Potilas-hoitaja suhteisiin oltiin tyytyväisiä. Potilaat kokivat tulleensa ymmärretyksi ja he luottivat henkilöstöön.

of Psychiatric and
Mental Health Nursing,
2003, 10, 129–135.
Suomi.

Toivottiin enemmän tietoa liittyen
sairauteen, lääkytykseen ja hoitoon sekä
potilaan oikeuksiin.

Pitkä odotusaika vähensi potilaan
kokemaa tyytyväisyyttä.

Älätään nuoremmat potilaat olivat
tyytyväisempiä saamaansa informaatioon
sekä kokemukseen vaikuttaa omaan
hoitoon.

Stenhouse R. (2011).
‘They all said you could
come and speak to us’:
patients’ expectations
and experiences of help
on an acute psychiatric
inpatient ward. Journal
of Psychiatric and
Mental Health Nursing,
2011, 18, 74–80

Selvittää potilaiden
kokemuksia avun
saamisesta psykiatrisella
osastolla.

Haastattelu n=13

Hoitohenkilökunta koettiin liian
kiireiseksi keskustelujen varten. Useita
hoitajien tekemiä tehtäviä ei pidetty
hoitajille kuuluvina tehtävinä.

Potilaat odottivat hoitajien puolelta
aktiivista lähestymistä ja kontaktin ottoa.
Tämän puuttuminen koettiin osoituksena
mielenkiinnon ja hoidon puuttumisesta.
Tämä kokemus vieraannutti potilaita
henkilökunnasta ja vaikeutti potilaan
lähestymistä hoitajaa kohtaan.

Hoitajan osoittama huomio ja ajanvietto
potilaan kanssa koettiin tärkeäksi.

Osa vastaajista kertoi vertaistuen olevan
tärkeä osastohoidon aikana koska he eivät
saaneet odottamaansa apua
henkilökunnalta. Toisille potilaille
muiden potilaiden kanssa keskustelu vain
lisäsi heidän henkistä taakkaansa.

Summers M. & Happell
B. (2003).
Patient satisfaction with
psychiatric services
provided by a
Melbourne tertiary
hospital emergency
department. Journal of
Psychiatric and Mental
Health Nursing, 2003,
10, 351–357. Australia.

Kuvata psykiatristen
potilaiden tyytyväisyyttä
saamaansa palveluun
Melbournen
yleissairaalan yhteydessä
olevassa päivystyksessä.

Kysely n=276

Potilaiden tyytyväisyys oli korkeaa
luokkaa psykiatriaan erikoistuneen
henkilökunnan saatavuudessa, saadussa
kohtelussa, tuessa ja hoidossa.

Tyytymättömyyttä aiheuttivat pitkät
odotusajat, yksityisyyden puute
päivystysyksikön tiloissa sekä muun
henkilökunnan kielteiset asenteet.

Varis U.(2005).
Potilastytyväisyys
aikuispsykiatrisessa
sairaalahoitossa. pro
Gradu tutkielma.
Kuopion yliopisto.
Suomi.

Selvittää,
aikuispsykiatrisessa
sairaalahoitossa olevien
potilaiden tyytyväisyyttä
hoitoonsa.

Kysely N= 101

Eniten tyytyväisyyttä ilmaistiin
turvallisuuden tunteesta
henkilökunnan määrään,
mahdollisuuden keskustella
hoitajan kanssa, hoitajien
halukkuuteen vastata esitettyihin
kysymyksiin, omahoitajuuteen, oman
rauhan mahdollisuuteen, tietoisuuteen
jatkohoitosuunnitelmista,
mahdollisuuteen ylläpitää omia
ihmissuhteitaan ja siihen että heidän
omaan arvioon heidän voinnistaan

luotettiin.

Tyytymättömiä oltiin virikkeiden vähyyteen, tiedonsaannin puutteeseen sekä osallistumiseen omaa hoitoa koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon sekä kokemukseen ei ymmärretyksi tulemisesta.

Koulutuksella ja sukupuolella ei tilastollista yhteyttä koettuun tyytyväisyyteen.

Vanhemmat, pidempään hoidossa olleet ja ensikertalaiset potilaat olivat tyytyväisempiä hoitoon.

Useampi hoitajakso oli yhteydessä vähempään tyytyväisyyteen.
