

ITÄINEN TIIMI RY
Verkkari-projekti
Rantakatu 26 B
80100 Joensuu
www.itainentiimi.fi

Veli Hyttinen
Kaisa Jormanainen
Tiina Koistinen
Tero Paasu

MIELENTERVEYSPALVELUIDEN SAATAVUUS JA LAATU SAVONLINNAN ALUEELLA

Tilastoraportti
Kesäkuu 2009

Sisältö

1 Johdanto.....	3
2 Tutkimusprosessin kulku.....	4
3 Tutkimuksen tulokset.....	5
3.1 Taustamuuttujat	5
3.2 Kunta ja sen palvelut sekä henkinen hyvinvointi.....	6
3.3 Tarkoituksen mukainen hoito ja tutkimus.....	10
3.4 Ihmisarvo ja -oikeudet mielenterveyspalveluissa	12
3.5 Hoidon suunnittelu	18
3.6 Ensisijaisen avohoidon kuntouttava ote	22
3.7 Mahdollisuus psykiatriseen sairaalahoitoon	28
3.8 Toimiiko hoitotakuu?	31
3.9 Mielenterveysyhdistysten rooli kuntoutumisessa	34
3.10 Palaute kyselystä ja sen onnistumisesta	37
3.11 Tutkimuksen kritiikkiä ja korjausehdotuksia	38
Liitteet	41
Lähdeluettelo	47

MIELENTERVEYSPALVELUIDEN SAATAVUUS JA LAATU SAVONLINNAN ALUEELLA

1 Johdanto

Pohjois-Karjalassa ja sen reuna-alueilla vapaaehtoista mielenterveystyötä tekevän ja paikallisten mielenterveysyhdistysten yhteistyötiiminä toimivan Itäinen tiimi ry:n tehtävänä on toimia yhdistävänä tekijänä mielenterveyskuntoutujien ja mielenterveysyhdistysten kesken, auttaa psykiatrisessa avohoidossa olevia ja sairaalasta palaavia kuntoutumisessa sekä kehittää oikeus- ja edunvalvontatoimintaa potilasneuvoston kautta. Tämän lisäksi Itäinen tiimi tiedottaa, valistaa ja neuvoo mielenterveyteen liittyvissä asioissa, edistää yleistä mielenterveyttä ja tekee ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä sekä järjestää opinto-, virkistys-, retki- ja liikunta-toimintaa sekä tarpeen mukaan työmahdollisuuksia (Itäinen tiimi ry 2009). Itäinen tiimi ry:n hallituksen päätöksellä haettiin uutta projektia nimeltä Verkkari eli Vertainen vastassa. Verkkari-projektin toiminnan tarkoituksena "on luoda alueellinen Vertainen vastassa -toimintamalli sairaalasta palaavien kuntoutujien uudelleen sairastumisen estämiseksi vertais-tukitoiminnan avulla"¹ (Itäinen tiimi ry 2009). Projektin yhtenä osa-alueena on hanke, missä kartoitetaan edunvalvontatyötä järjestön toiminta-alueella sekä yhdistyksen alueella toimivissa yksittäisissä mielenterveysyhdistyksissä.

Käsillä oleva tutkimus kartoittaa omalta osaltaan tätä työtä. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esiin Savonlinnan yhdistyksen jäsenten näkemyksiä ja kokemuksia mielenterveyspalvelujen laadusta ja saatavuudesta sekä myös ns. hoitotakuun onnistumisesta psyykkisistä häiriöistä ja ongelmista kärsivien ihmisten kohdalla. Lisäksi tutkimuksella halutaan saada tietoa Savonlinnan oman mielenterveysyhdistyksen toiminnan merkityksestä ja vaikuttavuudesta psyykkisesti oireilevan ihmisen ponnisteluissa kohti mielekästä elämää ja osallistuvaa kansalaisuutta. Itse tutkimus toteutettiin deskriptiivisen eli kuvailevan tilastotieteen menetelmiä käyttäen. Toisin sanoen tässä tutkimuksessa ei pyritä todennäköisyyslaskentaan perustuvien

¹ Samaan päämäärään pyrkii myös Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste. Sen tavoitteena on osallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen vähentäminen, hyvinvointierojen supistaminen terveyttä lisäämällä sekä palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantaminen, jolloin alueelliset erot kapeutuvat. Keinoina tässä käytetään ennaltaehkäisyä, henkilöstön riittävyttä ja pätevyyttä sekä luomalla selkeät palvelukokonaisuudet (http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste).

menetelmien avulla selvittämään, miten otoksen antamat vastaukset pätevät koko kohdeporusjoukkoon.

Savonlinnan yhdistyksen jäsenistö toimii tässä tutkimusten sarjassa siinä mielessä edelläkävijänä, että sille lankesi pilottiryhmän rooli. Se merkitsee sitä, että samanlainen kysely on tulevaisuudessa tarkoitus toteuttaa myös muissa Itäinen tiimi ry:n jäsenjärjestöissä. Näin ollen tiimi saa arvokasta tietoa tulevaisuutta varten kyselylomakkeen kehittämisestä ja tutkimusprosessin adaptoinnista mielenterveyskuntoutujia ja -yhdistyksiä ajatellen.

2 Tutkimusprosessin kulku

Pohja käsillä olevalle tutkimukselle oli Potilasneuvoston² tarve kartoittaa sekä kuntoutuja-puolen mielenterveyspalveluiden laadun ja saatavuuden tasoa, tyytyväisyyttä saatuihin palveluihin sekä hoitotakuun toteutumista. Nämä olivat samalla tämän tutkimuksen selvitettäviä asiaongelmia. Varsinainen tutkimusongelma oli näiden edellä mainittujen asioiden tämän hetkinen tilanne tarkasteltavassa populaatiossa (liite 2). Tutkimuksessa toteutettiin luottamuksellisuutta, avoimuutta, läpinäkyvyyttä ja hyviä ja hyväksi havaittuja raportointitapoja.

Osa-ongelmien kartoituksen jälkeen aloitettiin paperimuotoisen kyselykaavakkeen (liite 1) luominen. Sen toteutukseen osallistuivat Itäinen tiimi ry:n toiminnanohjaaja Anne Ilmakari-Hämäläinen, yhdistyksen sihteeri KTM Veli Hyttinen sekä Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun sosionomiopiskelijat Kaisa Jormanainen ja Tiina Koistinen. Lomake lähetettiin Savolaiset selviytyjät ry:n toiminnasta vastaavalle jäsenrekisterin pitäjälle lähetettäväksi edelleen kaikille yhdistyksen jäsenille. Lomakkeet numeroitiin juoksevasti, että olisi mahdollista kontrolloida sitä, keille vastaajille pitäisi lähettää uusintakysely. Itse vastaajien identiteetti jäi tietoon vain Savolaiset selviytyjät ry:n jäsenrekisterin pitäjälle eikä tutkijaorganisaatiolla ole vastaajista mitään tietoja, joilla heidät voitaisiin tunnistaa tai yksilöidä aihealueen henkilökohtaisuuden ja arkaluontoisuuden takia. Uusintakysely lähetettiin 14 henkilölle.

² Potilasneuvosto ei ole osa hoitojärjestelmää, vaan siitä riippumaton elin, joka on yhteistyössä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alaisuudessa toimivan omaisneuvoston kanssa. Se kokoontuu 2 – 3 kertaa vuodessa ja sen tarkoituksena on hoitojärjestelmästä riippumattomana elimenä tuoda esiin psykiatriseen sekä avo- että laitoshoitoon liittyvää laadunvarmennus- ja oikeuksien turvaamiskeskustelua sekä parannusehdotuksia, jotka toimitetaan omaisneuvoston käsittelyyn potilasedustajan kautta.

Lopullisen havaintoaineiston analysointiin osallistuivat it-tradenomi Tero Paasu ja Itäinen tiimi ry:n sihteeri Veli Hyttinen toiminnanohjaajan alaisuudessa ja ohjauksessa. Itse analysoinnissa käytettiin hyväksi Microsoft Excel 2007:ä ja Spss for Windows 15.0 –ohjelmistoa sekä raportoinnissa Microsoft Word 2007:ä ja DoPDF v.6 –kovertointiohjelmaa. Tuotoksena syntynyt raportti luovutettiin Anne Ilmakari-Hämäläiselle ja hänen kautta yhdistyksen puheenjohtajalle sekä hallitukselle. Samoin raportista lähetettiin yksi paperimuotoinen kappale Savolaiset selviytyjät ry:lle sekä Verkkari-projektin rahoittajalle Raha-automaattiyhdistykselle. Raportin rakenne myötäilee pitkälle sosiaali- ja terveydenhuollon laatusuosituksia käsittelevää dokumenttia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

3 Tutkimuksen tulokset

3.1 Taustamuuttajat

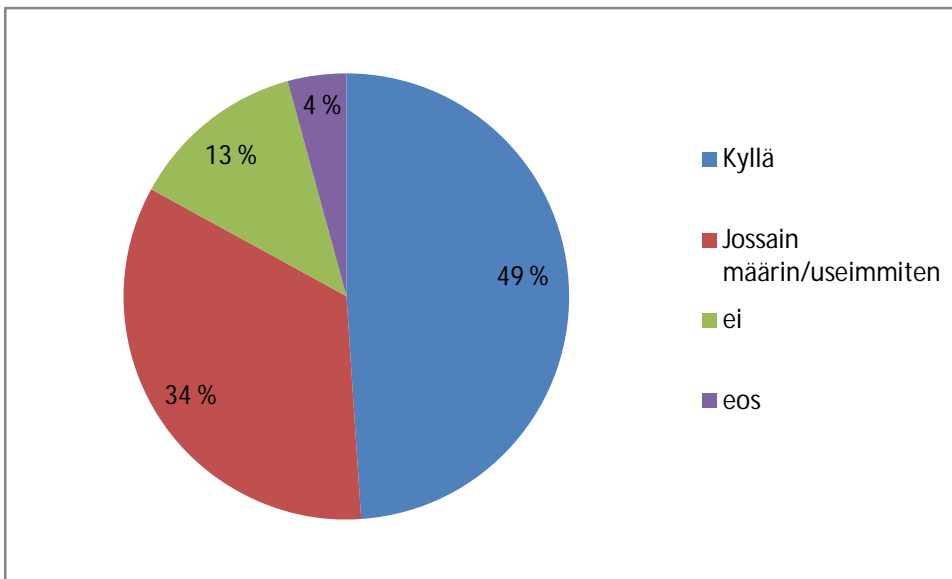
Tutkimuksen kohdeperusjoukkona toimii siis Savonlinnan kaupungissa oleva Savolaiset selviytyjät ry:n jäsenistö (86 kappaletta). Otantakehyksenä toimi Itäinen tiimi ry:n hallussa ollut tieto Savonlinnan yhdistyksen jäsenmäärästä. Kysely lähetettiin kaikille, joten kysymyksessä on kokonaistutkimus kohdejoukon populaation koosta johtuen. Kehikkoperusjoukosta kyselyyn vastasi 47 tilastoyksikköä (vastausprosentti n. 54,7 %), jonka voidaan katsoa olevan jo erittäin hyvä tällaisessa kyselyssä. Vastauskato oli 2 tilastoyksikköä (n 4,3 %), jotka sisältyvät kaikkiin vastanneisiin.

Vastausten pohjalta saatiin myös lisäksi tietää otoksen taustamuuttujista se, että noin joka neljännellä (25,5 %:lla) ei ollut taustalla kokemusta psykiatrisesta sairaalahoidosta. Sen sijaan vastaajien iästä tai sukupuolesta ei tässä kyselyssä oltu kiinnostuneita. Tutkimukseen kertyi ylipeittoa pääasiallisesti avointen kysymysten muodossa.

3.2 Kunta ja sen palvelut sekä henkinen hyvinvointi

Tutkimuksessa lähdettiin aivan ensimmäisen liikkeelle siitä, miten vastaajat kokivat elämissensä omassa kunnassaan. Tarkemmin sanoen kysyttiin sitä, miten kunnassa tuetaan ihmisten hyvinvointia ja mielenterveyttä sekä miten kuntalaisia autetaan peruspalveluiden saamisessa (kaavio 1).

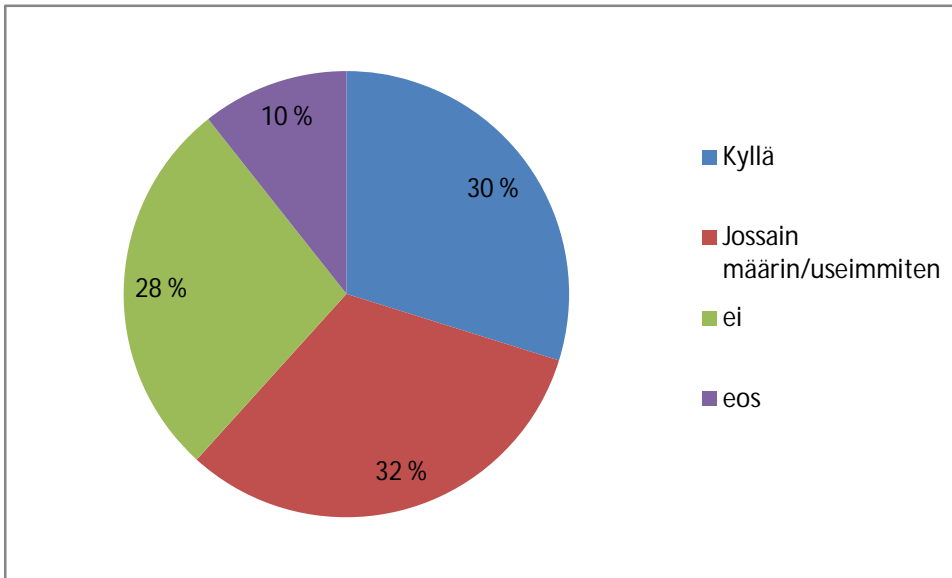
Onko kuntoutujien hyvä elää Savonlinnassa ja sen lähialuilla³? Hieman vajaat puolet vastaajista näkivät, että seutukunnalla on hyvä elää ja reilun kolmanneksen mielestä oma kunta miellettiin jossain määrin tai useimmiten hyväksi elinympäristöksi. Sen sijaan reilu kymmenes vastaajista ei tuntenut kotipaikkaansa hyväksi.



Kaavio 1. Kunnassa tuetaan asukkaiden hyvinvointia ja mielenterveyttä. Koen, että kunnassani on hyvä ja turvallista elää.

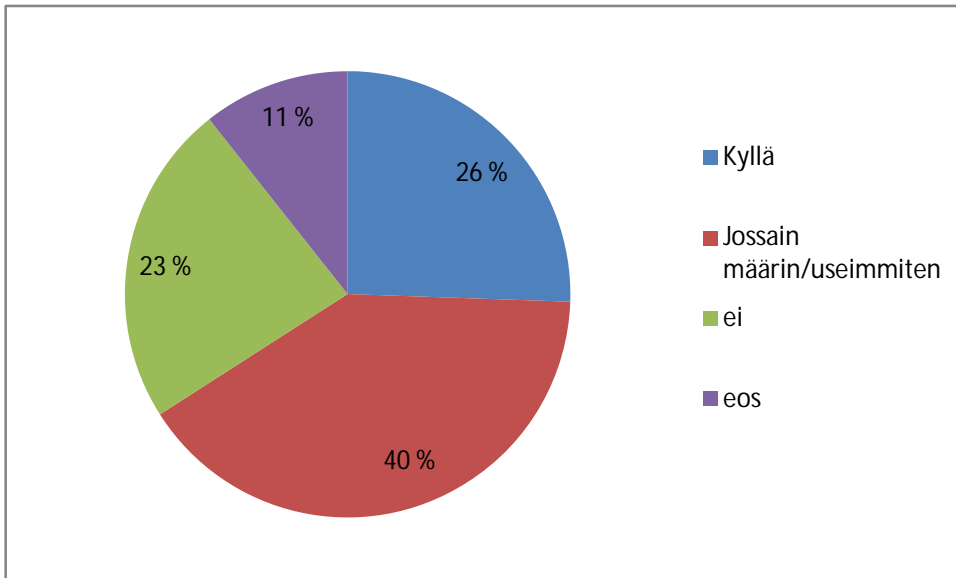
³ Kyselyssä olevien avointen vastausten perusteella oli nähtävissä, että kuntoutujien joukossa oli ihmisiä, jotka asuivat myös Savonlinnan ulkopuolella, siis kaupungin lähikunnissa. Nimeltä mainittuja kuntia olivat Savonranta, Joroinen ja Kerimäki.

Luottamus kunnallisiin mielenterveyspalveluihin jakaantui suhteellisen tasaisesti eri vastausvaihtoehtojen kesken (kyllä, jossain määrin/useimmiten ja ei). Näistä kukin sai n. kolmanneksen siivun. Joka kymmenes vastaajista ei osannut ilmaista mielipidettään tähän kysymykseen (kaavio 2).



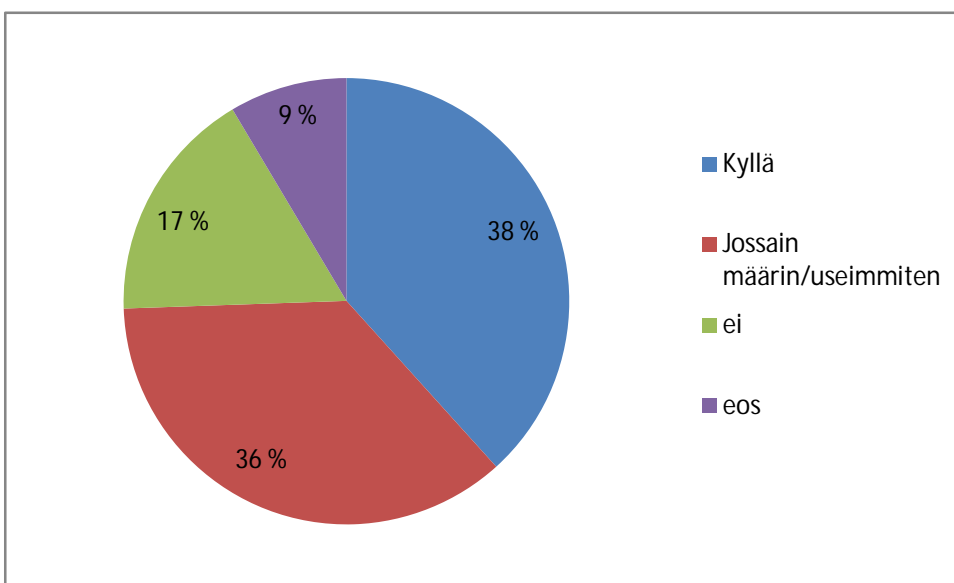
Kaavio 2. Kunnassa tuetaan asukkaiden hyvinvointia ja mielenterveyttä. Luotan kuntani mielenterveyspalvelujen laatuun.

Miten kuntalaisia autetaan peruspalveluiden saavuttamisessa? Näissä asioissa apua ja neuvontaa koki saavansa 26 % vastaajista. Ainakin jossain määrin tai useimmiten apua ja neuvontaa sai 62 % vastaajista. Vastaajista 23 % koki, ettei tarvittava informaatio ole heitä tavoittanut millään tavalla (kaavio 3).



Kaavio 3. Kuntalaista autetaan peruspalveluissa. Koen saavani tarpeeksi tietoa ja neuvontaa.

Lähdettäessä tarkastelemaan, miten saatava apu on adaptoitunut palvelukäyttäjän elämäntilanteeseen, nähdään 38 % saavan apua omaan tilanteeseensa sopeutettuna. Päinvastaisen vastauksen antoi 17 % vastaajista. Näiden väliin jäivät ne arviot, joiden mukaan heidän elämäntilanteeseensa kiinnitettiin palveluissa huomiota jossain määrin tai useimmiten. Heidän suhteelliseksi osuudekseen muodostui 36 %. Graafisesti ilmaistuna sama tilanne näyttäytyy seuraavalla tavalla (kaavio 4).



Kaavio 4. Kuntalaista autetaan peruspalveluissa. Saan elämäntilanteeni kannalta sopivaa tukea ja apua.

Miten sitten kunnan mielenterveyspalveluiden laatu vaikuttaa siihen, onko kunnassa hyvä elää? 93,8 % mielestä hyvät mielenterveyspalvelut vaikuttivat siihen, että kunnassa on hyvä elää. Vieläpä 43 % näki, että tyytyväisyys kunnan palveluihin useimmiten tai jossain määrin takasi kunnan olevan paikka, missä on turvallista ja hyvä elää. Toisaalta puolet niistä, jotka kokivat kunnan mielenterveyspalveluiden tason jossain määrin hyvänä, näkivät vielä kunnan useimmiten tai jossain määrin hyvänä elinympäristönä. Yllättävää kyllä, saman lausunnon antoivat myös ne, jotka eivät luottaneet kunnan mielenterveyspalveluihin.

Samaa hyvää kuntalaisuutta voidaan tarkastella elämäntilanteeseen tarvittavan tuen sopivuudella. Lähes 79 % niistä, jotka saivat elämäntilanteeseensa sopivaa tukea, katsoivat, että kunnassa on ehdottoman hyvä elää ja vielä 37,5 % useimmiten tai jossain määrin elämäntilanteeseensa integroitua tukea saaneista oli samaa mieltä. Siirryttäessä sitten tarkastelemaan niitä, joiden mielestä kunnassa on useimmiten tai jossain määrin hyvä elää, havaitaan muutos, jonka mukaan 15,8 % elämäntilanteeseensa sopivaa tukea saaneista pitivät kuntaa ainakin jossain määrin tai useimmiten hyvänä paikkana. Prosenttiosuus muuttui samassa tapauksessa 62,5 %:ksi niiden joukossa, jotka olivat saaneet elämäntilanteeseensa sovellettua tukea useimmiten tai jossain määrin.

Samalla on hyvä tarkastella myös sitä, mikä merkitys palveluiden kautta saadulla tiedolla ja neuvonnalla oli kokemukseen hyvästä kuntalaisuudesta. 84,6 % niistä, jotka saivat mielestään riittävästi tietoja ja neuvoja, katsoivat, että kunnassa on hyvä elää. Useimmiten tai jossain määrin tietoja saaneiden prosentuaalinen osuus laski tosin 37,2 prosenttiyksikköä edellisestä. Vieläpä 15,4 % niistä, jotka olivat saaneet tarpeeksi tietoa ja neuvontaa, arvostivat kuntaansa jossain määrin hyväksi paikaksi elää. Yllättävä harppaus oli taas se 47,4 % ryhmä, joka oli saanut useimmiten tai jossain määrin tarpeeksi neuvontaa. He arvelivat, että tästä huolimatta kunta oli useimmiten tai jossain määrin hyvä paikka elää. Vertailuna mainittakoon, että kaksi viidestä niistä, jotka eivät olleet saaneet tarvitsemaansa määrää tietoa ja neuvontaa, katsoivat, että kunnassa on useimmiten hyvä elää.

Mielenterveyspalveluiden kokeminen laadultaan hyväksi koostuu monesta eri osasta, mutta tässä otetaan esille, onko palveluiden kautta saatu tieto ja neuvonta elämäntilanteen kannalta sopivaa. 81,8 % niistä, jotka saivat ehdottomasti tarpeeksi tietoja ja neuvontaa, oli se elämäntilanteen kannalta sopivaa. Sen sijaan vain vajaan viidenneksen (18,2 %) mielestä saatu tuki

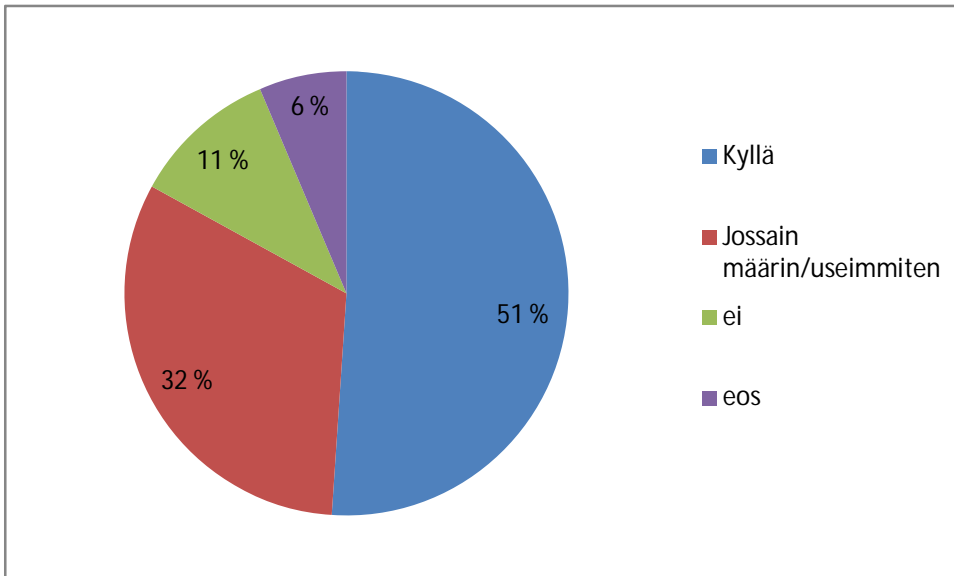
oli useimmiten tai jossain määrin elämäntilanteeseen nähden sopivaa. Sen sijaan niiden 42,1 % niistä, jotka saivat useimmiten tai jossain määrin tarpeeksi tukea ja neuvontaa, se oli elämäntilanteen kannalta hyödyllistä. Reilut puolet (52,6 %) edellä mainitusta ryhmästä piti sitä useimmiten tai jossain määrin tarpeellisena.

Toinen tarkastelukulma kunnan mielenterveyspalveluiden laatuun avautuu informaation saamisen kautta. Lähes 70 % tarpeeksi tietoa ja neuvontaa saaneista koki mielenterveyspalveluiden laadun hyväksi. Sen sijaan ne, jotka olivat saaneet niitä jossain määrin, olivat huomattavasti tyytymättömiä palveluihin: vain 27,8 % heistä koki palveluiden laadun hyväksi. Yllättävää on, että 44,4 % useimmiten tai jossain määrin informaatiota saaneista koki palvelut useimmiten tai jossain määrin hyväksi, mutta vajaa kolmannes (30,8 %) tarpeeksi informaatiota saaneista sen sijaan näki palvelut ainakin jossain määrin tai useimmiten hyväksi.

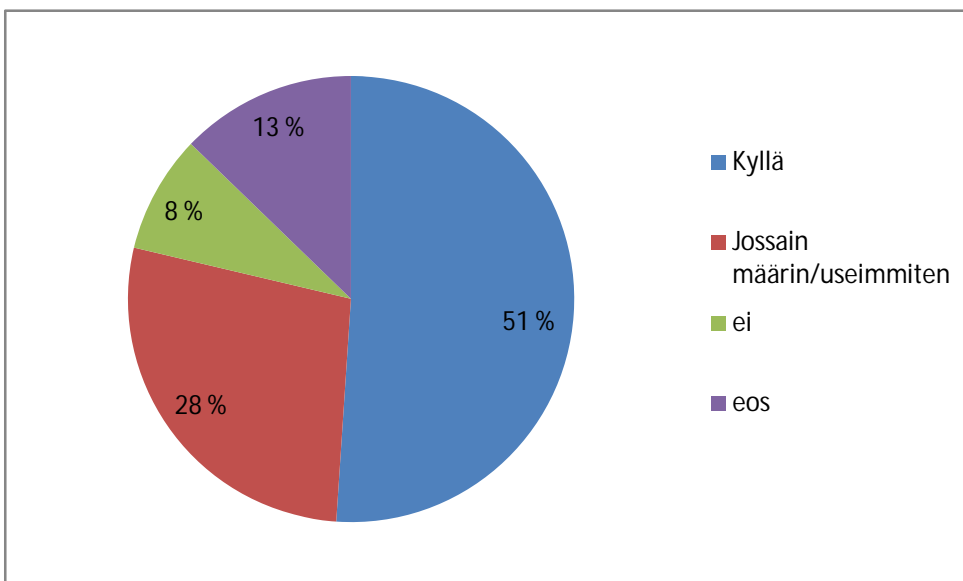
Kolmas ”ikkuna” avautuu tarkasteltaessa sitä, miten kunnan mielenterveyspalvelut nähtiin elämäntilanteeseen adaptoituneen tuen kautta. 66,7 % niistä, jotka olivat saaneet elämäntilanteeseensa nähden sopivaa tukea, koki, että kunnallisten mielenterveyspalveluiden laatu oli ehdottomasti hyvää. Sen sijaan vain viidennes (17,6 %) niistä, jotka olivat saaneet useimmiten sopivaa tukea, näki palvelut hyvinä. Siirryttäessä tarkastelemaan, joiden näkemyksen mukaan kunnan mielenterveyspalveluiden laatu oli useimmiten tai jossain määrin hyvää, vastaavat suhteelliset osuudet olivat 22,2 % ja 47,1 %.

3.3 Tarkoituksen mukainen hoito ja tutkimus

Tarkasteltaessa vastaajien tietoisuutta kunnan eri mielenterveyspalveluista ja niiden pariin hakeutumisesta havaitaan (kaavio 5 ja 6), että hieman yli puolet (51 %) vastaajista tiesi millaisia palveluja on saatavissa ja miten niihin hakeudutaan. Sen sijaan ne vastaajat, jotka tiesivät palveluista jossain määrin tai ei ollenkaan myös tieto, miten palveluiden pariin hakeudutaan, väheni lievästi. Niinkin suuri osa kuin 13 %:a vastaajista ei tiennyt miten palveluiden pariin hakeudutaan.



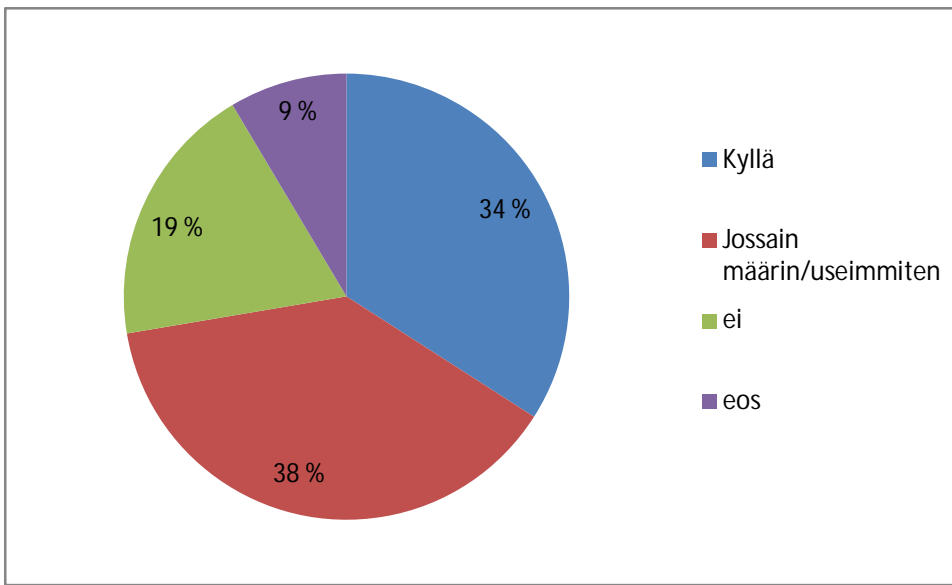
Kaavio 5. Jokainen pääsee elämäntilanteensa ja ongelmiansa kannalta tarkoituksenmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon. Olen tietoinen kuntani eri mielenterveyspalveluista.



Kaavio 6. Jokainen pääsee elämäntilanteensa ja ongelmiansa kannalta tarkoituksenmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon. Tiedän, miten mielenterveyspalveluihin hakeudutaan.

Miten vastaajat sitten kokivat sen, miten heidän psyykkinen oireilunsa vaikutti palveluiden saatavuuteen jos sitä verrataan ns. tavallisiin kuntalaisiin? Toisin sanoen onko mahdollista saada palvelua tasa-arvoisesti muihin kuntalaisiin nähden. Kaavio 7 pohjalta näyttää siltä, että 72 % vastaajista koki, että ainakin useimmiten tai jossain määrin on mahdollista saada tasa-arvoista palvelua verrattuna muihin kuntalaisiin ja ehdottoman kyllä-vastauksen antoi hie-

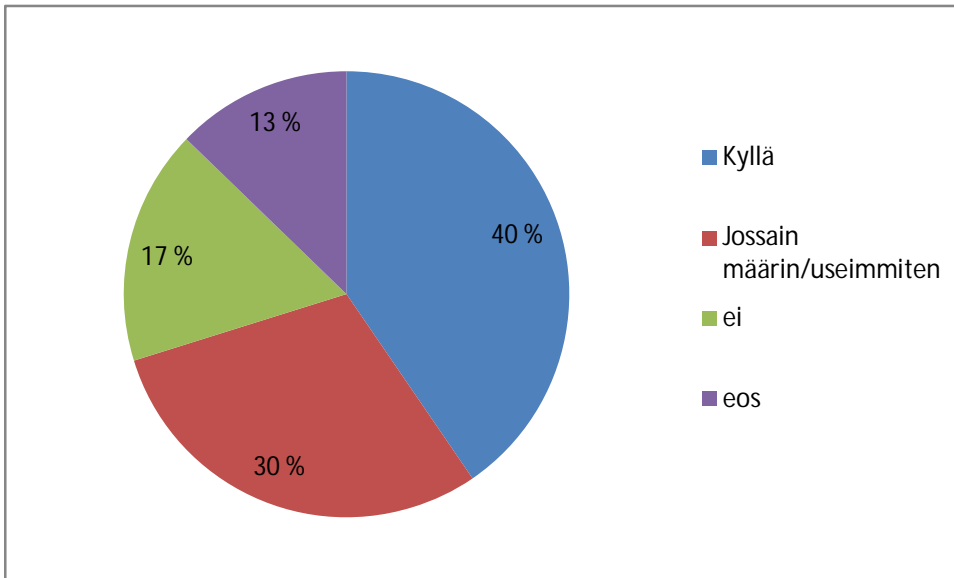
man yli kolmannes vastaajista. Sen sijaan huolestuttavan suuri määrä (19 %) oli niitä, jotka kokivat, että tasavertaisuus ei toteudukaan. Vaikeampaa on luonnollisestikin sanoa, paljonko tästä määrästä on todellista syrjintää ja mikä vastaajan oman erilaisuuden kokemisen tunnetta.



Kaavio 7. Koen saavani palveluita tasavertaisesti muihin kuntalaisiin nähden.

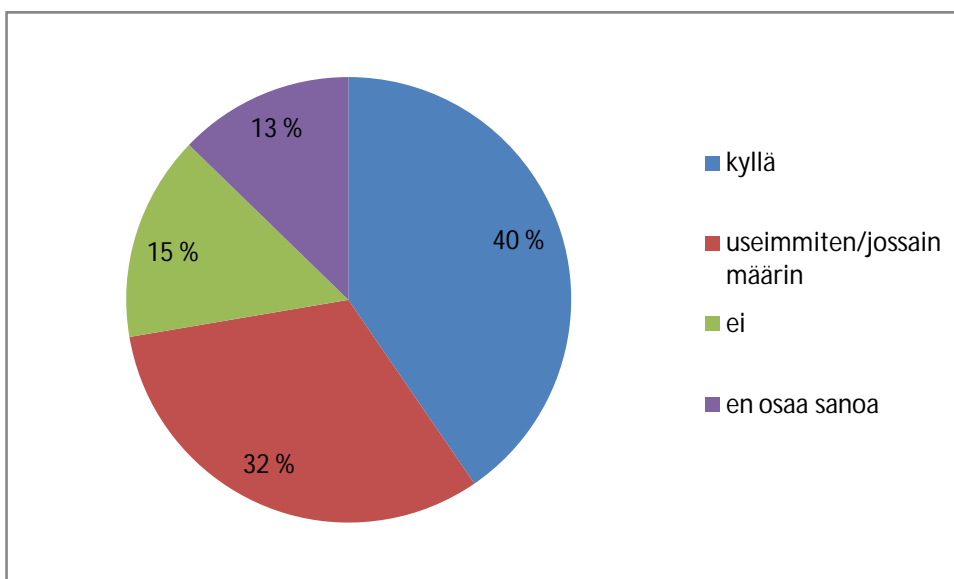
3.4 Ihmisarvo ja -oikeudet mielenterveyspalveluissa

Siirryttäessä tarkastelemaan yleisellä tasolla tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon (kaavio 8) 40 % vastaajista oli ilmeisen tyytyväinen saamaansa palveluun ja vajaat kolmannes oli tyytyväinen hoitoon useimmiten tai jossain määrin. Sen sijaan 17 % ei ollut tyytyväinen hoitoon ja 13 % ei osannut sanoa kantansa. Hyvä jatkokysymys olisikin selvittää, mistä tämä kokemus tyytyväisyydestä tai tyytymättömyydestä suhteessa saamaansa hoitopalveluun on syntynyt tai mistä tekijöistä se koostuu.



Kaavio 8. Olen tyytyväinen saamaani hoitoon.

Yksi hoitotyytyväisyyteen vaikuttava tekijä on hyvä palvelu. Jopa 40 % vastaajista koki kaavio 9 mukaisesti, että heidän hoidossaan toteutui hyvä palvelu ja vielä hieman vajaan kolmanneksen mielestä se toteutui useimmiten tai jossain määrin. Näin ollen vähintään useimmiten tai jossain määrin sai hyvää palvelua 72 % prosenttia vastaajista, kuten seuraavasta kaaviosta (kaavio 9) voi nähdä. Tässäkin tapauksessa tarkemmin jäi kuitenkin erittelemättä, mistä tekijöistä vastaajat kokivat hyvän palvelun koostuvan.

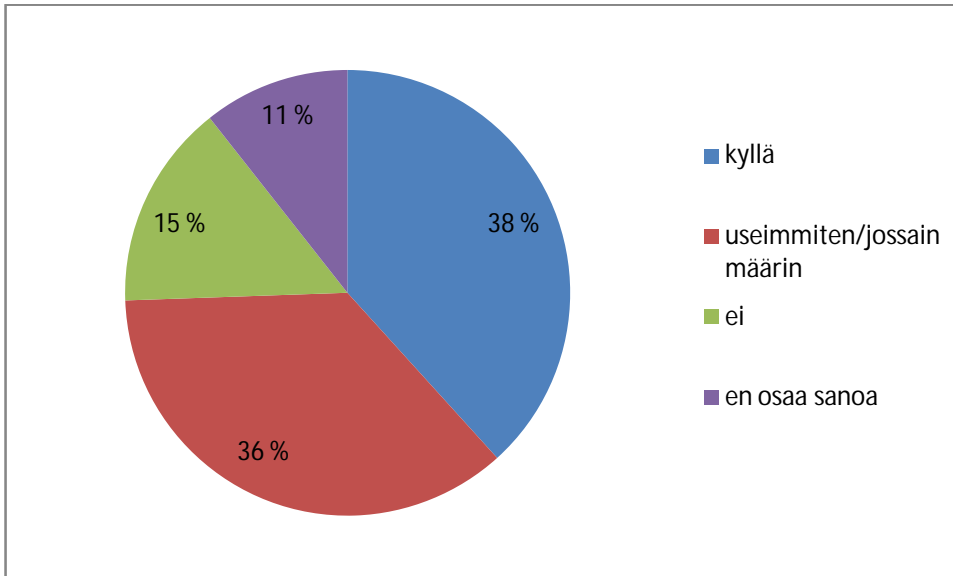


Kaavio 9. Hoidossani toteutuu hyvä palvelu.

Seuraavaksi tarkastellaan sitä, miten tyytyväisiä saamaansa hoitoon olivat ne ihmiset, jotka osasivat hakeutua mielenterveyspalveluiden pariin. Hieman yli puolet (52,2 %) niistä, jotka olivat tietoisia hoitomahdollisuuksista, olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, ja myös jossain määrin tai useimmiten tyytyväistenkin osuus oli 34,8 %. Vain 13 % vastaajista eivät olleet tyytyväisiä. Tyytyväisyystaso laski huomattavasti siirryttäessä tarkastelemaan niitä, joilla oli tietoa vain useimmiten tai jossain määrin. Tyytyväisten osuus laski 35,5 prosenttiyksikköä verrattuna niihin, joilla oli selvää tietoa hoitomahdollisuuksista, mutta jossain määrin tai useimmiten tyytyväisten osuus sen sijaan nousi 41,7 %:iin.

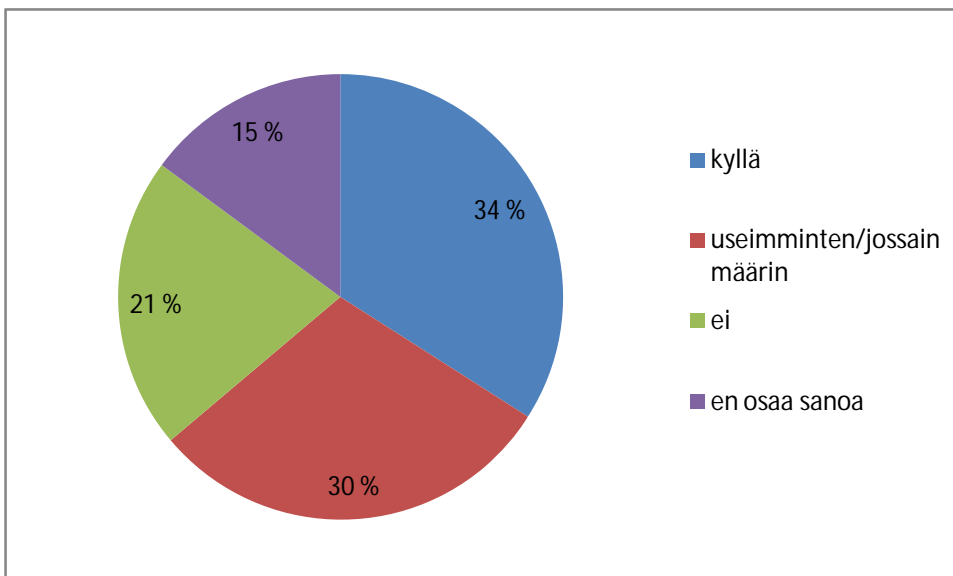
Jos taas lähdetään tarkastelemaan asiaa toisin päin eli miten tyytyväisyys hoitoon näkyy tietoisuutena mielenterveyspalveluihin hakeutumisenä, huomataan seuraavaa. 80 % niistä, jotka olivat ehdottoman tyytyväisiä hoitoon, tiesivät miten hakeutua palveluiden pariin; jossain määrin tyytyväisten joukossa vastaava luku oli huomattavasti pienempi eli 13,3 %. Useimmiten tai jossain määrin tyytyväisillä tieto hoitomahdollisuuksista ei laskenut kuin 53,3 %; vastaava luku oli 33,3 %:a niiden joukossa, jotka nyt tiesivät nyt useimmiten tai jossain määrin hoitoon hakeutumisen mahdollisuudesta. Vertailukohtana voidaan huomata, että 13,3 % useimmiten tai jossain määrin hoitoon tyytyväisistä ei tiennyt miten hoitoon hakeudutaan.

Seuraavaksi siirrytään tarkastelemaan sitä, miten vastaajat kokivat tulleen kohdelluiksi käyttäessään palveluja (kaavio 10). Tällöin havaitaan, että 38 % koki, että heitä on kohdeltu hyvin ja 36 % mielestä kohtelu on ollut useimmiten tai jossain määrin hyvää. Näin ollen vähintään jossain määrin hyvää kohtelua sai osakseen 74 % vastaajista. Sen sijaan niiden prosenttiosuudet, jotka eivät kokeneet tulleen hyvin kohdelluiksi tai eivät osanneet antaa vastausta, säilyivät samana kuin edellisessä kaaviossa.



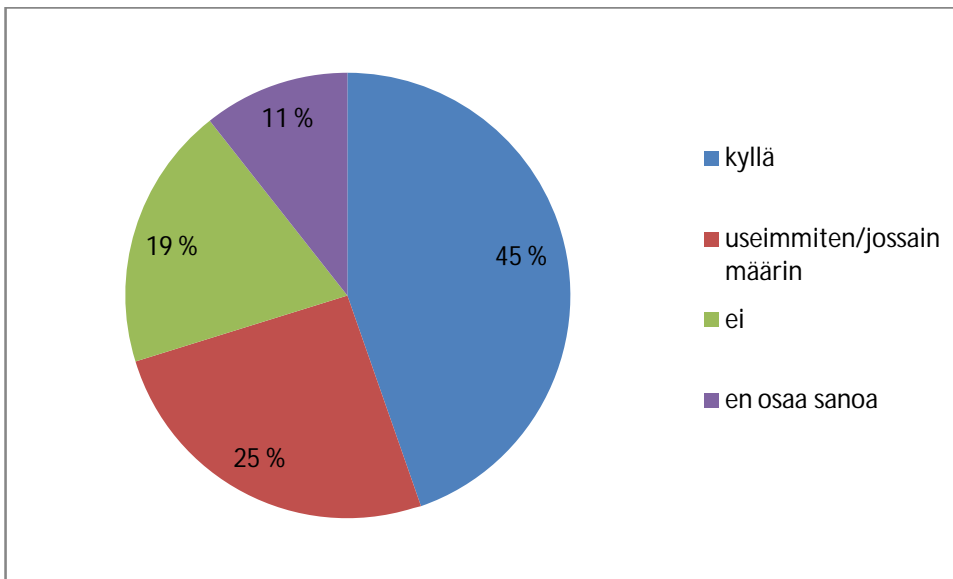
Kaavio 10. Hoidossa toteutuu hyvä kohtelu.

Seuraavaksi tarkastellaan sitä, miten hoidossa toteutuu oikeus hyvään hoitoon (kaavio 11). Reilun kolmanneksen (34%) mielestä tämä toteutui heidän arviointinsa mukaan hyvin ja vaajaan kolmanneksen (30 %) mielestä hyvin jossain määrin. Varsin suuri osa (21 %) vastaajista antoi kielteisen palautteen ko. asiasta ja 15 % prosenttia ei osannut kertoa asiasta mitään.



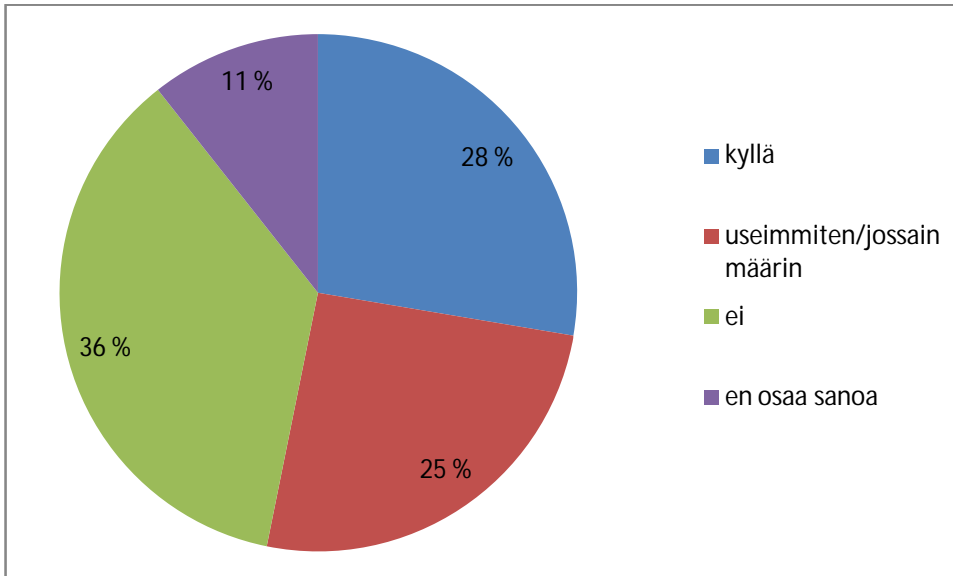
Kaavio 11. Oikeus hyvään hoitoon toteutuu kohdallani.

Tarkasteltaessa vastaajien tiedonsaantia hoidostaan (kaavio 12) havaitaan, että tämä puoli on toteutunut melko mallikelpoisesti. 45 % kohdalla tiedon saaminen onnistui ehdottoman hyvin ja useimmiten tai jossain määrin sitä sai neljännes vastaajista. Näin siis jopa 70 % prosenttia sai ainakin jossain määrin tietoa hoidostaan ja siihen liittyvistä asioista. Vastapainona havaitaan, että 19 % vastaajista kertoi, etteivät he saaneet tietoa.



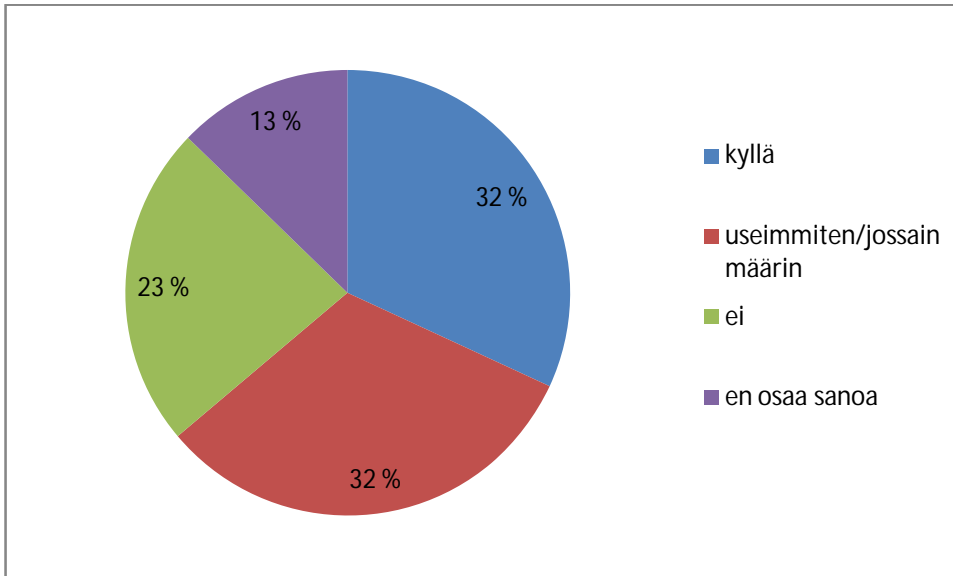
Kaavio 12. Saan tietoa hoitoni liittyvistä asioista.

Seuraavat kohdat liittyvätkin sitten asiakkaan omien valintojen ja ratkaisuiden tekemiseen. Seuraava kaavio (kaavio 13) näyttää, että vaihtoehtomuutta on vielä suhteellisen paljon tarjolla hoitojärjestelmässä, sillä 36 % mielestä oikeutta vaihtoehtoihin ja valinnan vapauteen ei tarjottu. Tosin 53 % mielestä sitä oli kuitenkin tarjolla vähintään jossain määrin tai useimmiten. Tässä on muistettava se, että tilanne, jossa ihminen tulee hoitoon, voi olla varsin kaootinen ja näin ollen joudutaan turvautumaan ainakin alussa parhaiksi havaittuihin keinoihin.



Kaavio 13. Hoidossani toteutuu oikeus valinnanvapauteen ja vaihtoehtoihin.

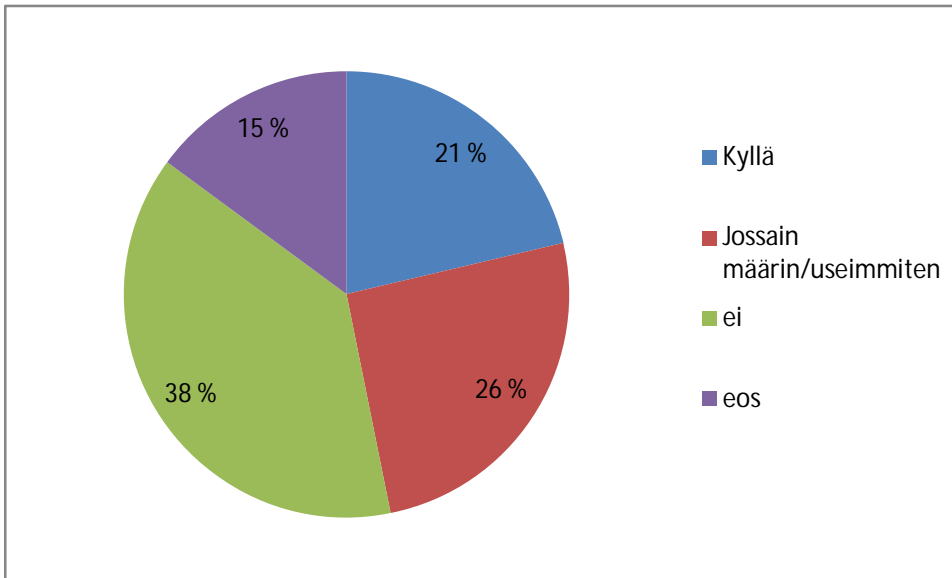
Miten kävi oikeuden itsemääräämiseen Savonlinnassa ja sen lähialueilla. Monestihan oletus on se, että hoito vie itsemääräämisoikeuden ihmiseltä. Tässä tapauksessa näyttää kuitenkin siltä, että tämä puoli on toteutunut melko hyvin. 32 % vastaajista kertoi itsemääräämisoikeuden toteutuneen hoidossa hyvin ja saman verran oli myös niitä vastaajia, jotka kertoivat sen toteutuneen useimmiten tai jossain määrin. Vajaalla neljänneksellä itsemääräämisoikeus oli kokenut haaksirikon ja hieman vähempi osuus (13 %) ei tiennyt, oliko oikeus säilynyt vai menetetty.



Kaavio 14. Hoidossani toteutuu oikeus itsemääräämiseen.

3.5 Hoidon suunnittelu

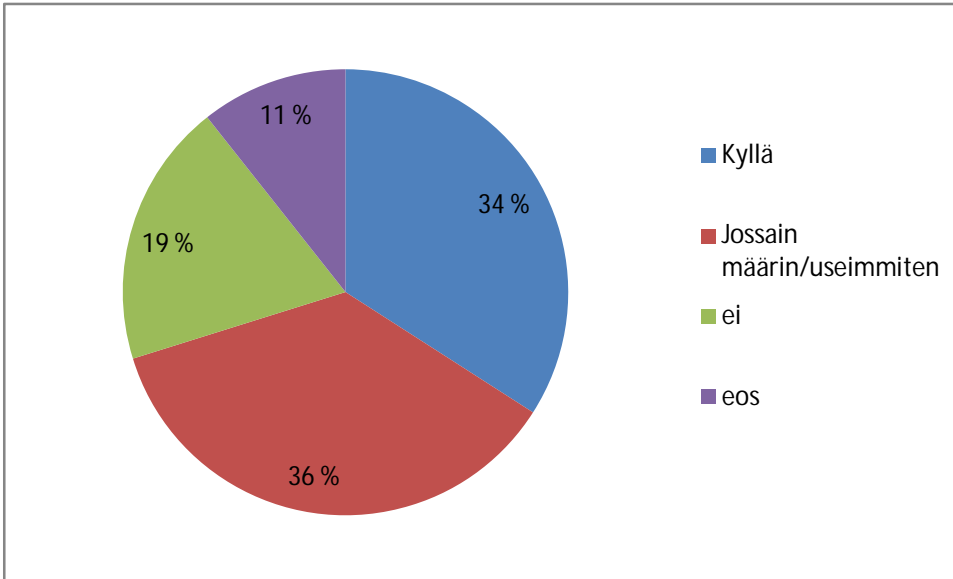
Hoidon pohjana on hoitosuunnitelma. Etenkin sairaalahoitoa vaativissa tapauksissa laaditaan aluksi myöhemmin päivitettävä alustava hoitosuunnitelma. Riippumatta hoidon muodosta (avo- tai laitoshoido) hoitosuunnitelma rakennetaan potilaan historian, elämäntilanteen ja oireiden pohjalta (Huttunen 2009). Hoidettavalla on oikeus sen tekemiseen yhdessä hoitavan tahon kanssa ja sitä on myös hoidettavan myös vaadittava kirjallisesti. Vajaalle puolelle kyselyyn vastaajalle oli laadittu vähintään jonkinlainen hoitosuunnitelma (kaavio 15), mutta yllättävän monelle (38 %) sitä ei ole laadittu. Lisäksi 15 % ei osannut sanoa asiasta mitään.



Kaavio 15. Hoidostani on laadittu kirjallinen suunnitelma.

Ohimennen mainitaan se havainto, että hoitosuunnitelman laatimisella ja vastaavasti henkilön kokemalla tyytyväisyydellä hoitoon on selvä vaikutus toisiinsa. Toisin sanoen esim. niillä, joille oli laadittu kirjallinen hoitosuunnitelma, olivat tyytyväisempiä hoitoonsa kuin ne, joilla se oli tehty jossain määrin tai ei ollenkaan. Joukkoon mahtui yksi poikkeus: 38,9 % niistä, joille ei oltu laadittu kirjallista hoitosuunnitelmaa, olivat jossain määrin tyytyväisiä saamaansa hoidon laatuun.

Siirryttäessä tarkastelemaan miten oma osallistuminen hoidon suunnitteluun on toteutunut (kaavio 16), havaitaan, että 70 % vastaajista oli ainakin jossain määrin voinut osallistua itse hoitonsa suunnitteluun. Kuitenkin joka viides ei ollut saanut tällaista mahdollisuutta lainkaan.

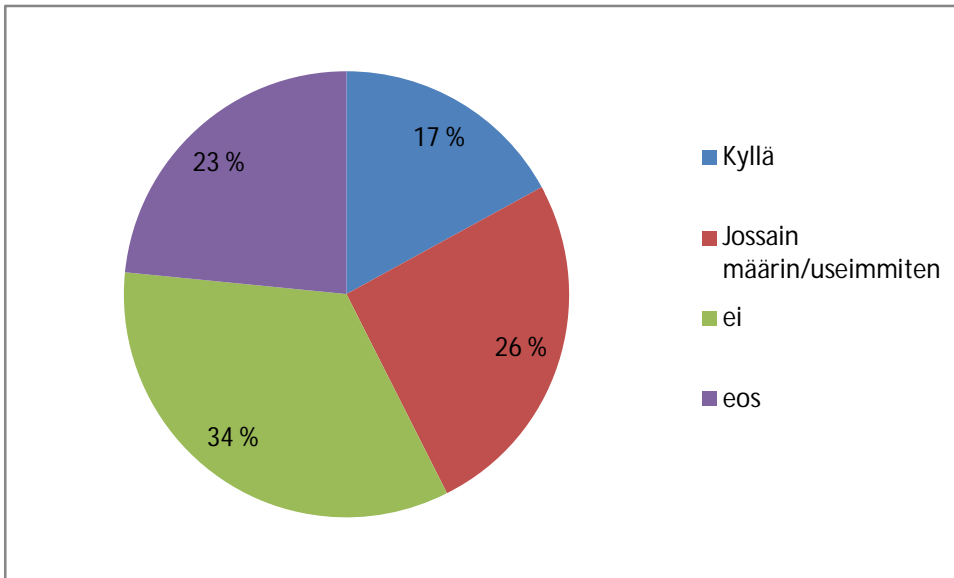


Kaavio 16. Olen itse voinut osallistua hoitoni suunnitteluun.

Puolet niistä, jotka olivat voineet osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja 47,1 % niistä, jotka jossain määrin tai useimmiten olivat voineet osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, olivat saamaansa hoitoon tyytyväisiä. Samoin 47,1 % niistä, jotka olivat useimmiten tai jossain määrin voineet osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, olivat useimmiten tai jossain määrin tyytyväisiä hoitoonsa. Huomiota herättävää on kuitenkin, että lähes joka viides (22,2 %) niistä, jotka eivät voineet osallistua hoidon suunnitteluun, olivat jossain määrin tyytyväisiä hoitoon. Vastaavasti kielteisen vastauksen antaneiden määrä niiden joukosta, jotka olivat ehdottoman tyytyväisiä hoitoonsa, oli vain 11,1 %. Vertailutietona mainittakoon, että 14,4 % suunnittelun osallistuneista ei ollut saamaansa hoitoon tyytyväisiä.

Kyselyssä haluttiin tietää myös se, miten muu ympäristö on otettu huomioon hoitoa suunniteltaessa. Lähtökohtana on se, että sairastuminen ja hoito ei tapahdu tyhjiössä, vaan se koskettaa lähiomaisia: perhettä, elämäkumppania ja usein mahdollisesti myös oireilevan lapsuudenaikaisia primäärisuhteita.

Näyttäisi siltä, että tätä omaisnäkökulmaa ollaan jo ottamassa vakavasti huomioon, mutta verrattuna kaavioon (kaavio 16), huomataan, että tässä on vielä parantamisen varaa. Seuraavasta kuviosta (kaavio 17) näemme, että joka kolmannella tämä näkökulma ei ollut toteutunut ja peräti 23 % vastaajista ei osaa antaa kysymykseen vastausta. Vähintäänkin jossain määrin hoitoon on osallistunut omaisia 43 % vastaajista.



Kaavio 17. Läheiseni ovat voineet osallistua hoidon suunnitteluun.

Tilanne ei sinänsä vaikuta huonolta, sillä on kuitenkin muistettava, että psyykkiisiin sairauksiin kuuluu sekä häpeän että syyllisyyden tunteita suhteessa itseen että lähiympäristöön. Lisäksi sairaalahoidossa täytyy saada hoidettavan suostumus siitä, saako lähiomaisia ja ketä heistä informoida laitoshoidon joutumisesta.

Seuraavassa otetaan esille esimerkin omaisesti joitakin hoitotyytyväisyyteen liittyviä näkökulmia. Tarkastelun kohteena ovat tällöin tietoisuus kunnan mielenterveyspalveluista, väylät hoitoon hakeutumisessa, laadittu kirjallinen hoitosuunnitelma, oma osallistuminen hoidon suunnitteluun sekä tietoisuus ihmisen hoidosta vastaavasta henkilöstä.

Miten tietoisuus kunnan mielenterveyspalveluista vaikutti hoitotyytyväisyyteen? Reilu puolet (52,5 %) niistä, jotka olivat tietoisia kunnan tarjoamista mielenterveyspalveluista, olivat tyytyväisiä hoitoon ja vielä vajaa kolmannes (30,4 %) niistä, jotka olivat tietoisia kunnallisista palveluista, oli useimmiten tai jossain määrin tyytyväisiä hoitoon. Vastaavasti ne, jotka olivat jossain määrin tietoisia asioista, eivät olleet merkittävästi tyytymättömiä hoitoonsa. Heidän osuutensa olivat nimittäin vain 46,2 % ja 30,8 %. Tätä väitettä tukee myös se, että 40 % palveluista tietämättömistä oli vielä ainakin jossain määrin tyytyväisiä saamaansa hoitoon.

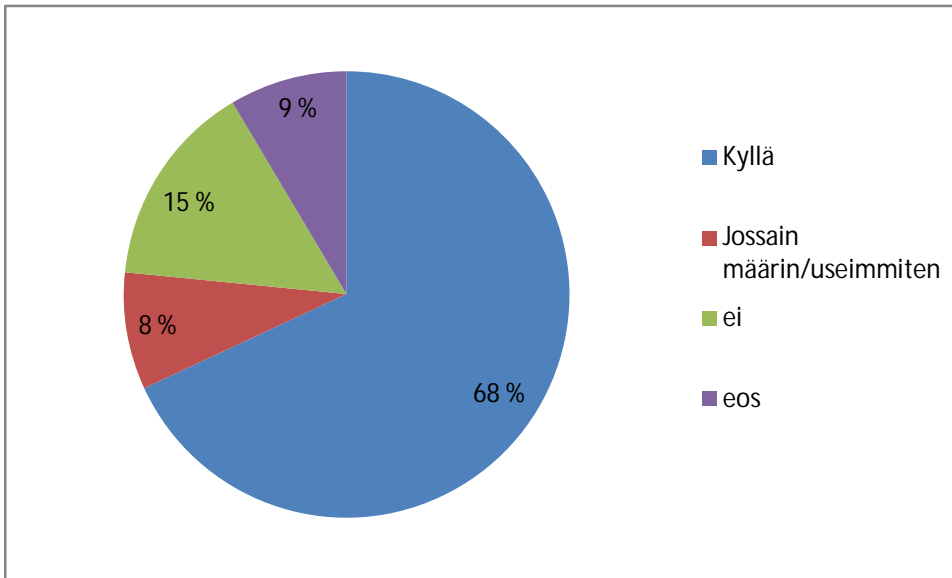
Läheistä sukua edelliselle asetelmalle on tarkastelunäkökulma, joka valottaa tietoisuutta hoitoonhakeutumisväylistä suhteessa hoitotyytyväisyyteen. Edelleenkin 52,5 % niistä, jotka olivat tietoisia väylistä, olivat tyytyväisiä hoitoon ja useimmiten tyytyväistenkin osuus ei

kasvanut kovinkaan paljon; heitä oli nyt 34,8 %. Sen sijaan vain 16,7 % niistä, jotka jossain määrin tunsivat ne väylät, joiden kautta hoitoon hakeudutaan, olivat tyytyväisiä hoitoonsa. 41,7 % niistä, jotka olivat jossain määrin tietoisia väylistä, olivat jossain määrin tai useimmiten tyytyväisiä hoitoonsa.

Entä millainen tyytyväisyyskuvaus saadaan niistä asiakkaista, joilla oli kirjallinen hoitosuunnitelma? 44,4 % niistä, joilla oli laadittu kirjallinen hoitosuunnitelma, olivat mielipiteensä mukaan tyytyväisiä hoitoon. Vastaavasti hieman yli puolet (54,5 %) niistä, joilla oli jonkinlainen hoitosuunnitelma oli tyytyväinen saamaansa hoitoon. Sen sijaan reilulla kolmanneksella niistä, joilla joko oli kunnollinen hoitosuunnitelma tai sen tapainen, oli useimmiten tai jossain määrin tyytyväinen hoitoonsa. Tosin 38,9 % niistä, joilla ei ollut minkäänlaista hoitosuunnitelmaa, olivat kuitenkin jossain määrin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Kun tätä verrataan vastaavaan ryhmään niiden joukosta, jotka olivat tyytyväisiä hoitoon, prosentuaalinen osuus ei poikkea paljoakaan.

3.6 Ensisijaisen avohoidon kuntouttava ote

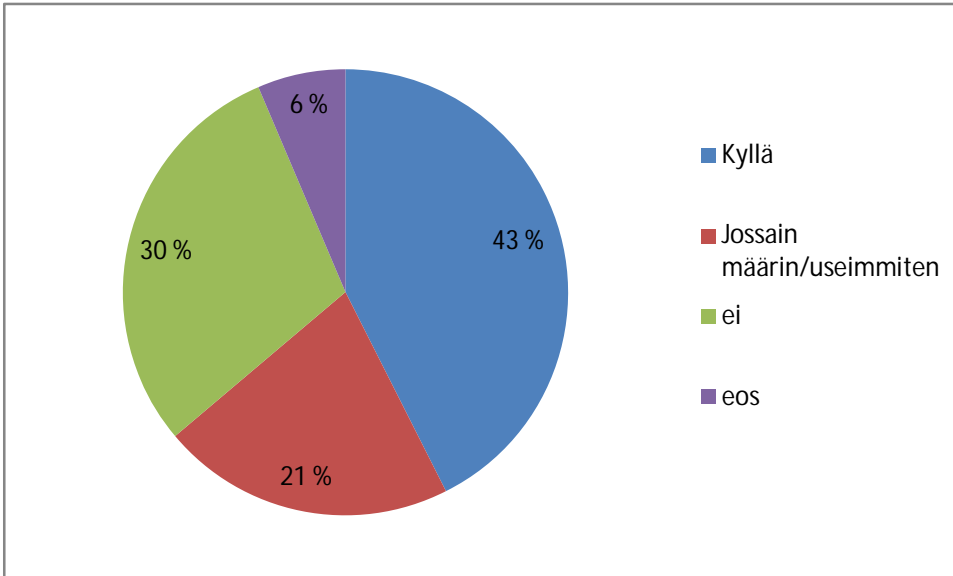
Laatusuosituksen mukaan ensisijaista on avohoito ja siinä on toteutettava kuntouttavaa otetta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Tässä vaiheessa valtaosa vastaajista (68 %) totesi, että heidän hoitonsa on toteutettu laatusuosituksen mukaan ehdottomasti avohoitona ja vähintäänkin useimmiten se on toteutettu 76 %. Koska vastaajista 15 % kertoi hoidon olevan jotain muuta kuin avohoitoa, herää kysymys millaisia muita kuntoutustoimenpiteitä on sitten käytetty (kaavio 18).



Kaavio 18. Hoito on ensisijaisesti avohoitoa.

Hoidossa on myös toivon ylläpitämisen lisäksi tärkeää jatkuvuus sekä emotionaalisella tasolla että de facto. Tähän liittyvä eräs aspekti on se, että hoitoa saava henkilö tietää kuka on se, joka vastaa hänen hoidostaan ja miten hyvin tarvittaessa tähän vastuuhenkilöön saa yhteyden myös silloin, kun sairaudenkuvassa tapahtuu yllättäviä muutoksia.

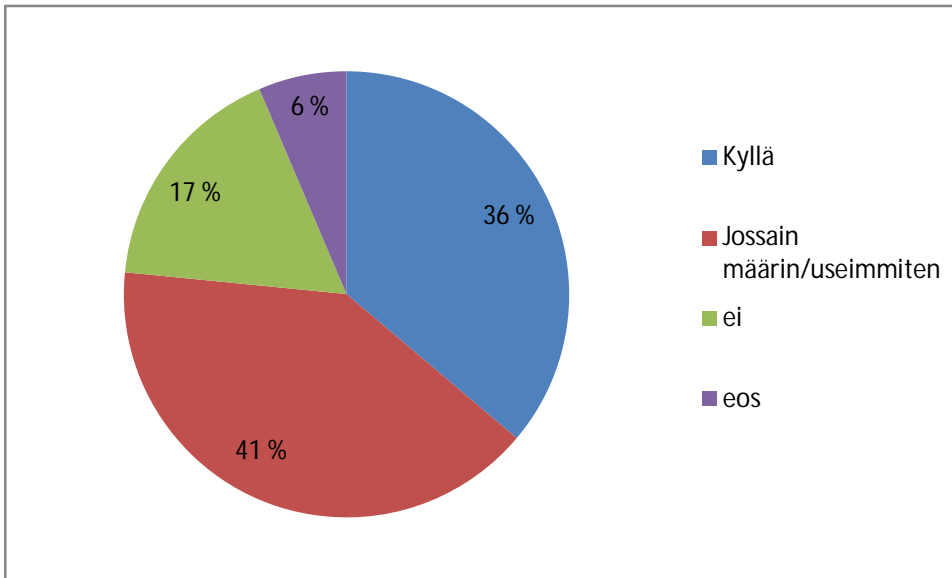
Tämäkin puoli on hoidettu melko hyvin (kaavio 19), koska 43 % oli ehdottomasti tietoinen em. mainitusta asiasta ja vähintään useimmiten tai jossain määrin asiasta oli tietoinen 65 % vastaajista. Huolestuttavaa on kuitenkin se, että lähes kolmannella ei ollut tätä tietoa henkilöstä, johon voi ottaa tarvittaessa yhteyttä.



Kaavio 19. Minulla on tieto siitä, kuka on hoidostani vastaava henkilö ja voin ottaa häneen yhteyttä tarvittaessa.

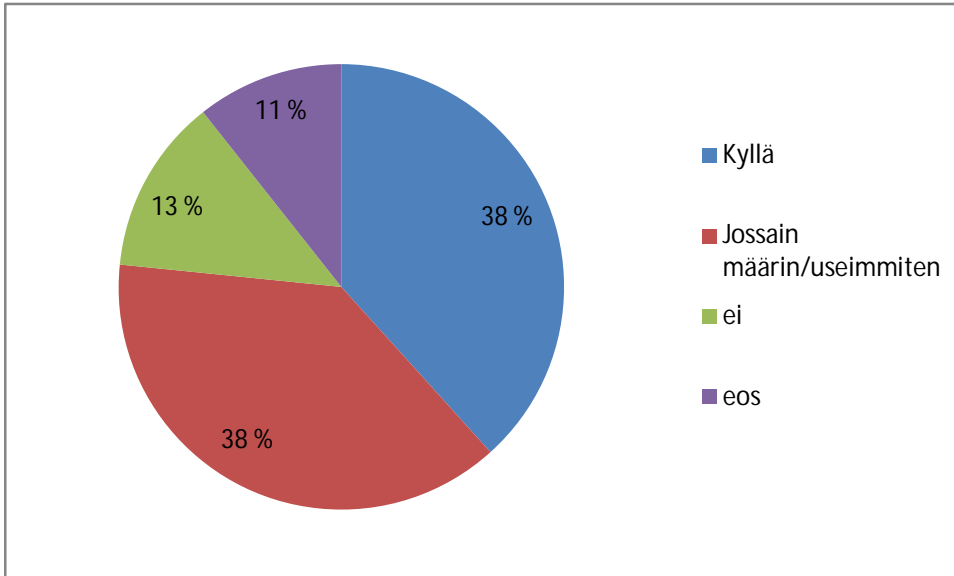
Miten vaikuttaa hoitotyytyväisyyteen sitten se, että ihminen tietää kuka on vastuussa hänen hoidostaan. Ristiintaulukointi tuotti tästä seuraavanlaisen tuloksen. 72,2 % niistä, jotka ehdottomasti tiesivät heidän hoidostaan vastaavan henkilön, olivat ehdottomasti tyytyväisiä hoitoonsa ja useimmiten tai jossain määrin vastanneiden keskuudessa oli ehdottomasti tyytyväisiä hoitoonsa vielä 40,0 %. Reilu viidennes (22,2 %) niistä, jotka tiesivät hoitonsa vastuuhenkilön, olivat useimmiten tai jossain määrin tyytyväisiä hoitoonsa. Huomattavan poikkeaman kuitenkin tuo se tieto, että tasan neljä viidestä, jotka tiesivät useimmiten hoitonsa vastuuhenkilön, olivat useimmiten tai jossain määrin tyytyväisiä hoitoonsa. Noin reilu kolmannes niistä, jotka eivät tiesivät sitä, kuka vastaa heidän hoidostaan, olivat joko ehdottomasti tyytyväisiä tai jossain määrin tyytyväisiä saamaansa hoitoon.

Mitä tulee em. toivon ylläpitämiseen hoitosuhteen aikana (kaavio 20), havaitaan, että tätä aspektia toteutetaan melko hyvin. 36 % vastaajista totesikin, että se ominaisuus on kuulunut ehdottomasti kuntoutukseen ja vieläpä 77 % oli sitä mieltä ainakin jossain määrin. Millaista on sitten se hoito, jossa ei asiakkaalle välity toivon näköalaa? Tällaista hoitoa oli oman näkemyksensä mukaan saanut melkein joka viides vastaaja.



Kaavio 20. Hoidossani ylläpidetään toivoa ja mahdollisuuksia kuntoutumiseen.

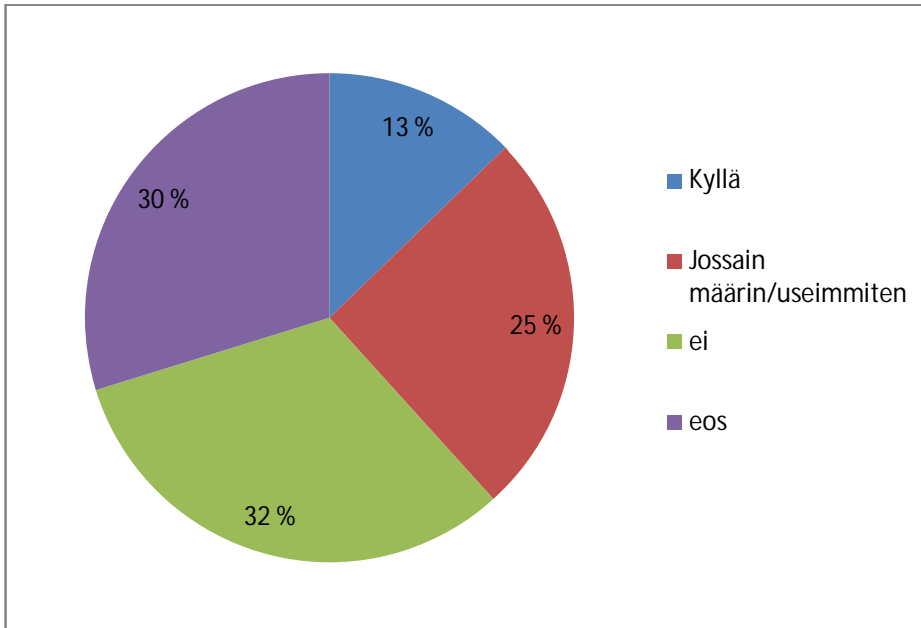
Seuraavaksi tarkastellaan miten osallistuminen omaan kuntoutuksen suunnitteluun toteutuu avohoidon puolella. Jopa lähes 40 %:a vastaajista pystyi sanomaan varmasti, että hän oli voinut osallistua oman kuntoutuksensa suunnitteluun ja ainakin jossain määrin tai useimmiten peräti 76 % vastaajista (kaavio 21). Kuitenkin jos otamme vertailukohtaksi laitoshoidon vastaavat luvut (kaavio 16), niin paranemista ei ole tapahtunut kuin muutaman prosenttiyksikön verran: kyllä-vastausten osalta 4 prosenttiyksikköä ja jossain määrin/useimmiten vastausten kohdalla kaksi prosenttiyksikköä. Tosin ei-vastausten antaneiden määrä on pienentynyt parilla prosenttiyksiköllä, kun siirrytään laitoshoidon puolelta avohoitoon. Sen sijaan tietämättömiä on edelleenkin sama määrä.



Kaavio 21. Olen itse voinut osallistua kuntoutukseni suunnitteluun.

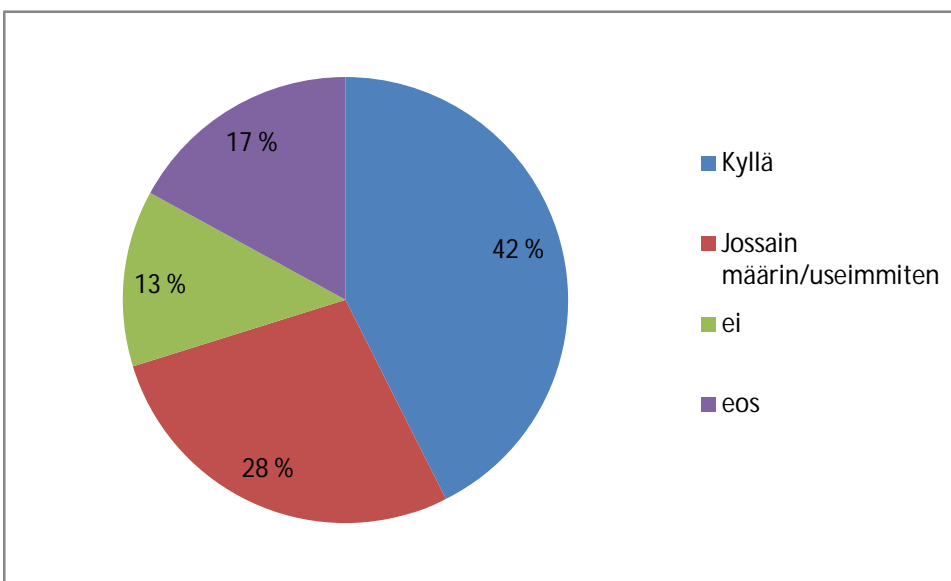
Tuotaessa omaisnäkökulmaa kuntoutuksen suunnitteluun havaitaan, että 13 % vastaajista arvioi omaisten pystyneen osallistumaan tähän. Neljännes vastaajista puolestaan arvioi, että omaiset ovat jossain määrin/useimmiten pystyneet olemaan mukana kuntoutuksen suunnittelussa, kuten kaaviosta 22 on nähtävissä.

Kun näitäkin lukuja verrataan laitoshoidan vastaaviin määriin (kaavio 17), on huomattavissa, että avohoito näyttäisi olevan hieman intiimimpää aluetta omaisnäkökulman suhteen. Kyllä-vastausten osuus on laskenut hieman eli 4 prosenttiyksikkö ja jossain määrin tai useimmiten pysynyt suunnilleen samoissa suhteellisissa lukemissa. Ei-vastausten määrä oli taas vastaavasti vähentynyt parilla prosenttiyksiköllä. Kuitenkaan perustavanlaatuisia muutoksia prosentiosuuksissa ei ole nähtävissä.



Kuvio 22. Omaiseni ovat voineet osallistua kuntoutukseni suunnitteluun.

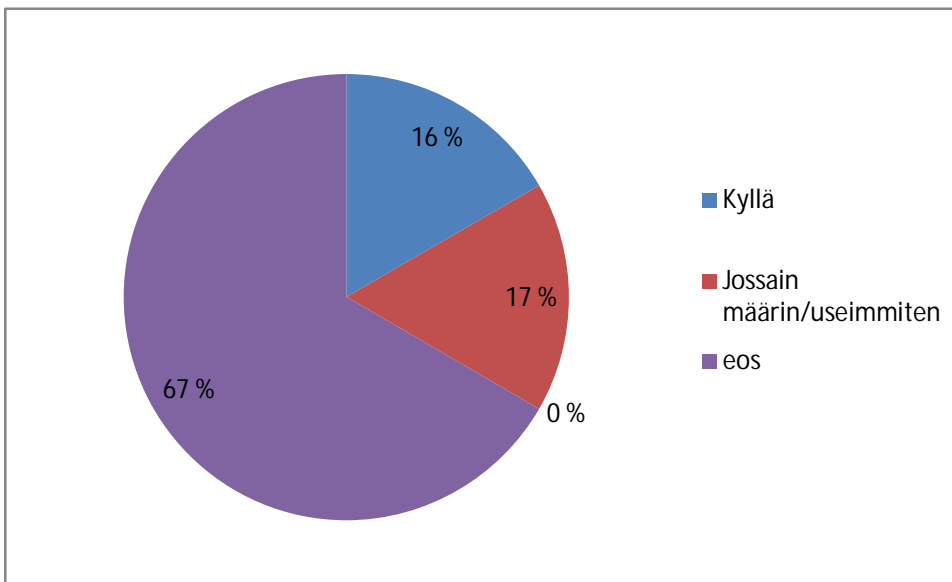
Itse kuntoutus toteutettiin paikallisesti melko hyvin jos tarkastellaan läheisyys -periaatetta. Ehdottomasti tätä mieltä oli 42 % vastaajista. Kuitenkin reilu kymmenes vastaajista arvioi, että tämä ei toteutunut heidän kohdallaan (kaavio 23). Jos näin on, niin millainen on hoidon toimivuus, kun otetaan huomioon kuntoutujien varallisuustaso ja liikkumisesta johtuvat kustannukset kodin ja kuntoutuspaikan välillä.



Kuvio 23. Kuntoutus toteutuu elinympäristöni läheisydessä.

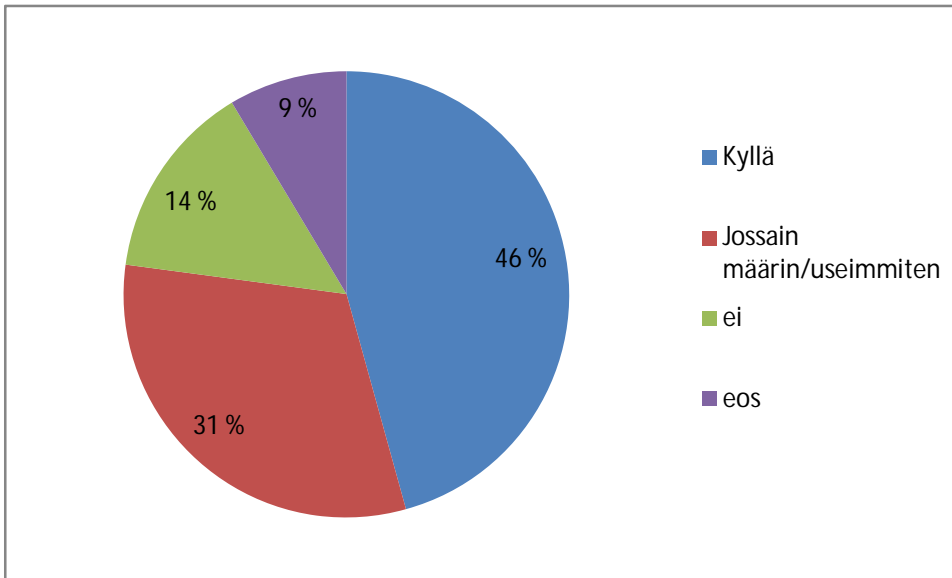
3.7 Mahdollisuus psykiatriseen sairaalahoitoon

Millainen mahdollisuus sitten on Savonlinnassa ja sen ympäristössä päästä sairaalahoitoon? Joukosta valittiin ensin ne, joilla ei ollut aiempaa psykiatrista laitoshoitokontaktia. Heitä vastaanneista oli 12 kpl eli melko tarkasti neljäsosa. Luonnehtivaa oli yleinen epävarmuus sairaalan pääsyn suhteen tilanteen niin vaatiessa (kaavio 24), vaikka kukaan ei väittänyt, että sinne ei pääsisi. Vain 16 %:a uskoi ehdottomasti pääsevänsä sairaalaan tilanteen vaatiessa. Saman verran oli myös niitä, jotka antoivat vastauksen, jossa ilmeni, että he saattaisivat useimmiten sinne päästä.



Kuvio 24. Pääsen psykiatriseen hoitoon tilanteen niin vaatiessa (n = 12). Vastajilla ei ollut kokemusta psykiatrisesta laitoshoidosta ennen kyselyajankohtaa.

Tilanne muuttuu kuitenkin selvästi, kun samaa asiaa kysyttiin niiltä, jotka olivat jo kokeneet vähintään yhden sairaalahoitojakson (kaavio 25). Vajaa puolet uskoi nyt pääsevänsä sairaalahoitoon tilanteen niin vaatiessa ja hieman vajaa kolmannes oli sitä mieltä, että tämä toteutuisi useimmiten. Tämä tukisi ainakin sitä sanontaa, jossa todetaan sairaalaan päästävän eikä jouduttavan. Toisaalta herää kysymys, että onko liian myönteinen sairaalakokemus ruokkimassa kuntoutujan omaa halua ns. pyöröovi –ilmiöön.

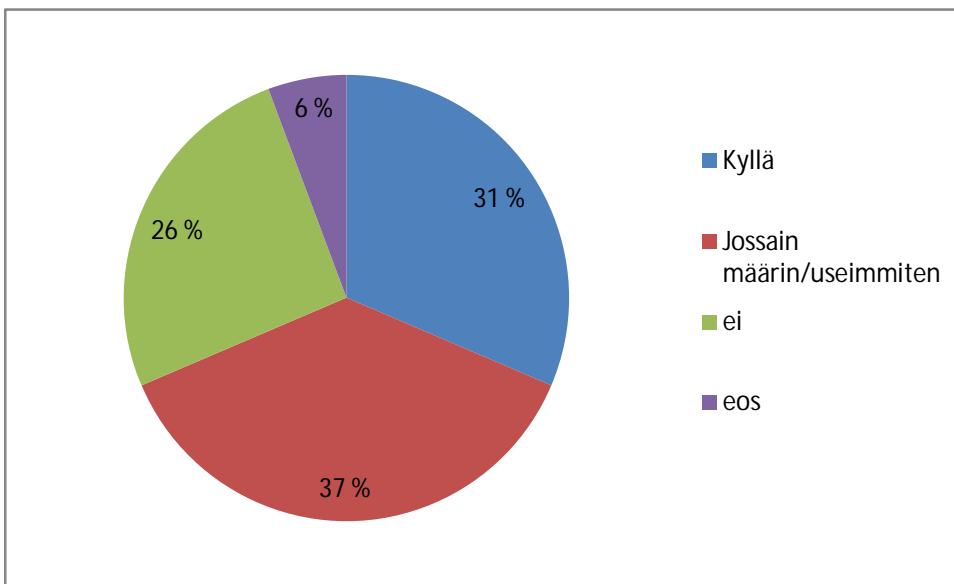


Kaavio 25. Pääsen psykiatriseen laitoshoitoon tilanteen niin vaatiessa. Vastaajilla oli kokemusta psykiatrisesta laitoshoidosta ennen kyselyajankohtaa.

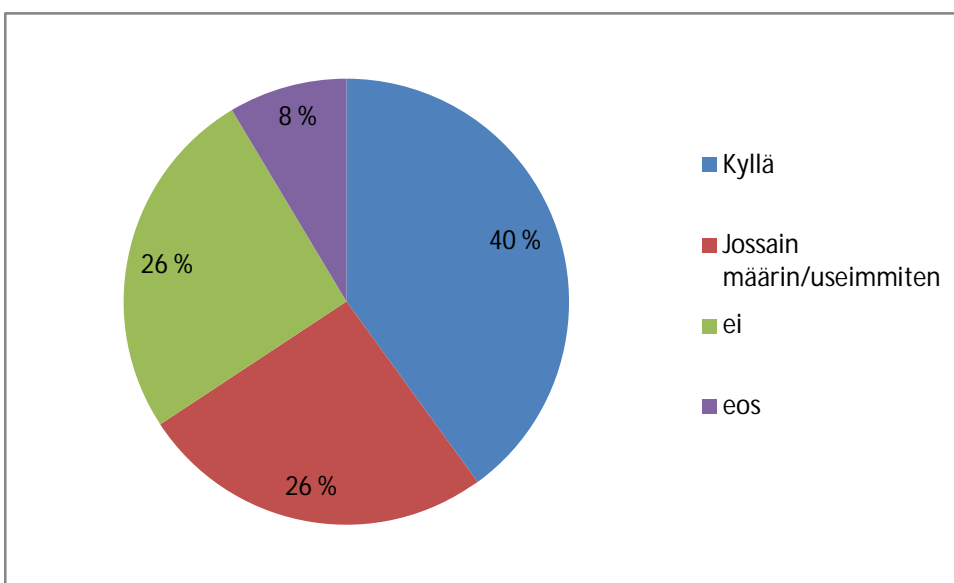
Miten sairaalassa huomioidaan ihmisen sen hetkinen elämän tilanne? Tämän asian suhteen vastaajat olivat ilmeisen tyytyväisiä, sillä 37 %:a ilmoitti, että on nykyinen tilanne on otettu huomioon. Samaa mieltä olivat myös ne, jotka antoivat vastauksen useimmiten tai jossain määrin.

Tunnettu tosiasiahan on se, että muutos kuntoutumisessa tapahtuu hoidonomaisten kontaktien välillä arkipäivän elämässä. Seuraavassa tarkastellaan (kaavio 26 ja 27), miten tätä oivalusten ja niiden toimeenpanoa tuetaan joko sairaalasta lähtevien tai avohoidossa olevien parissa. Vajaa kolmannes sairaalasta lähtevistä on kokenut, että heitä ehdottomasti tuetaan siivilielämään siirtymisessä. Tämän lisäksi 37 % vastasi, että näin tapahtuu useimmiten tai jossain määrin. Sen sijaan reilu neljännes koki jäävänsä tyhjän päälle tämän asian suhteen eli eivät olleet saaneet mitään tukea.

Kun siirrytään laitoshoidon puolelta avohoitoon, lukemat muuttuvat niin, että avohoidon puolella saadaan enemmän tukea arkipäivässä selviämiseen. Ehdottoman kyllä-vastauksen antaneiden määrä nousi vajaat kymmenen prosenttiyksikköä. Sen sijaan niiden määrä, jotka olivat saaneet useimmiten tai jossain määrin tukea, väheni 11 prosenttiyksikköä siirryttäessä laitospuolelta avohoitoon. Puolestaan niiden joukossa, jotka kokivat, että eivät olleet saaneet mitään tukea arkielämässä selviämiseen, ei tapahtunut mitään muutosta, olipa kysymys sitten laitos- tai avohoidosta.



Kaavio 26. Sairaalasta kotiutuessani olen saanut tarpeeksi tukea arkipäivässä selviytymiseen.

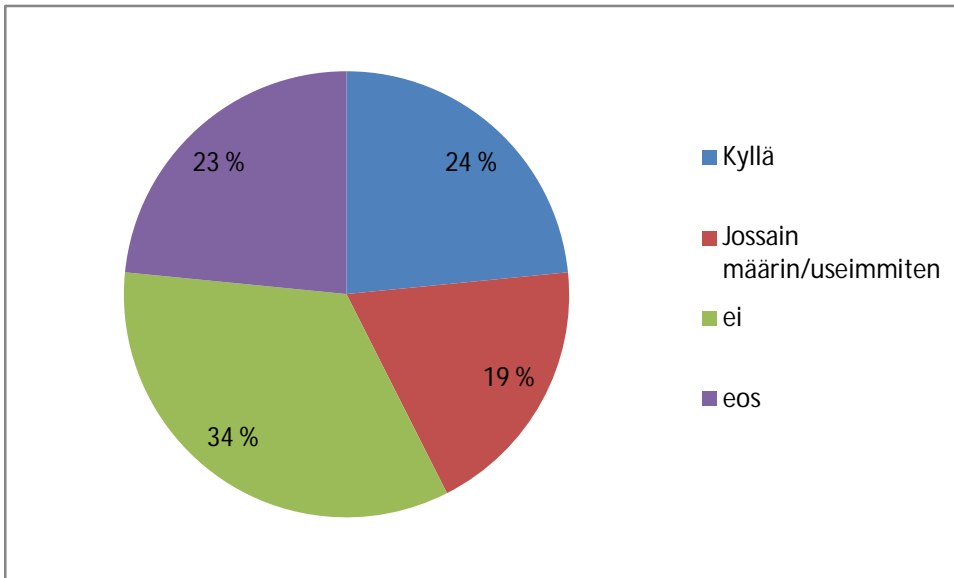


Kaavio 27. Kotiutumisvaiheessa olen saanut avohoidolta riittävästi tukea.

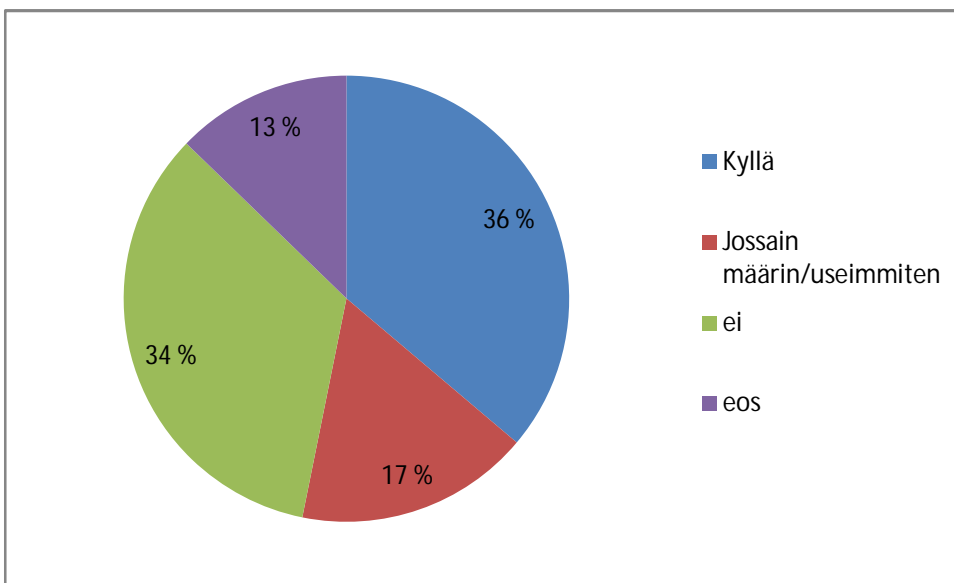
3.8 Toimiiko hoitotakuu?

Vuonna 2005 voimaan tulleella hoitotakuulla tarkoitetaan "säädettyjä terveyskeskusten ja sairaaloiden kiireettömän hoidon ja kiireettömien tutkimusten määräaikoja. Tällä pyritään yhtenäistämään eri alueilla asuvien suomalaisten terveydenhuollon palvelujen saatavuutta ja poistamaan hoitovaje". Oleellisena sisältönä hoitotakuulle on se, että hoitoon on päästävä kolmen viikon sisällä ja erikoissairaanhoidon - kuten psykiatrisissa tapauksissa - puolen vuoden sisällä (Lääkäriliito 2006). Erityisesti sairaalahoidon ajatellen "hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon sisällä lähetteen saapumisesta. Jos potilas tarvitsee sairaalahoidon, on hoito aloitettava kuuden kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista." Potilaalle ei saa aiheuttaa ylimääräisiä kuluja jos häntä ei ole mahdollista hoitaa omassa yksikössä vaan hänet on ohjattava toiseen sairaanhoitopiiriin tai yksityiselle sektorille (Oulun kaupunki 2009).

Savonlinnan seudulla vastaajista 43 % oli kokemuksensa mukaan päässyt ainakin useimmiten tai jossain määrin erikoislääkärin vastaanotolle säädettyssä määräajassa, vaikka hievenen yli kolmannes kyselyyn vastanneista oli päinvastaista mieltä (kaavio 28). Kun siirrytään tarkastelemaan psykiatriseen hoitoon pääsemistä (kaavio 29), luvut muuttuvat siten, että vastaavanlaisen tuloksen antoi 54 % vastanneista. Nyt ehdottoman myönteisen vastauksen antaneiden määrä oli 12 prosenttiyksikköä enemmän kuin erikoislääkärin vastaanotolle pääsyn kohdalla kävi. Sen sijaan niiden prosenttiosuus, jotka eivät olleet päässeet psykiatriseen hoitoon määräajassa, pysyi samana kuin mitä oli erikoislääkärin vastaanotolle pääsyssä.



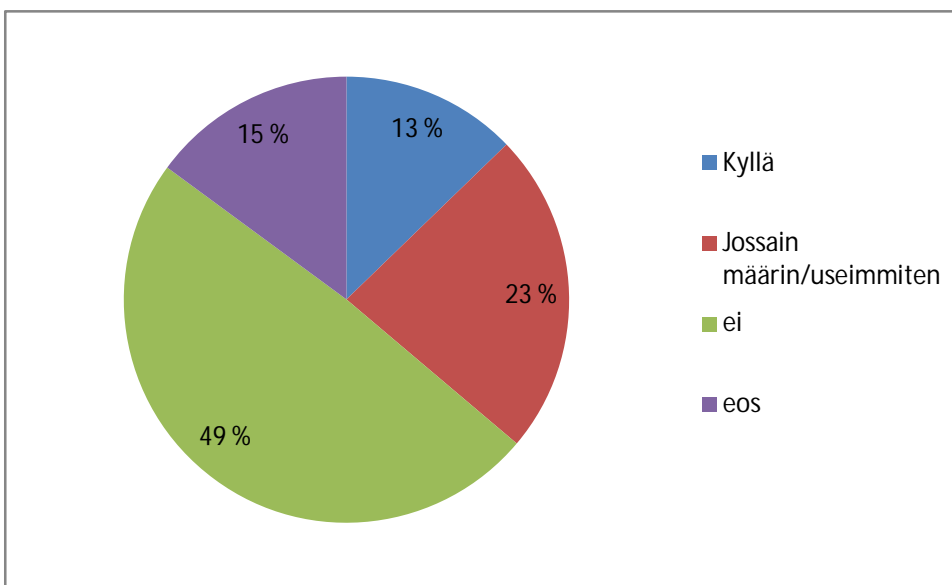
Kaavio 28. Hoitotakuun toteutuminen hoidossa. Pääsen erikoislääkärin vastaanotolle määräajassa eli kolmessa viikossa.



Kaavio 29. Hoitotakuun toteutuminen hoidossa. Pääsen psykiatriseen hoitoon määräajassa eli puolessa vuodessa.

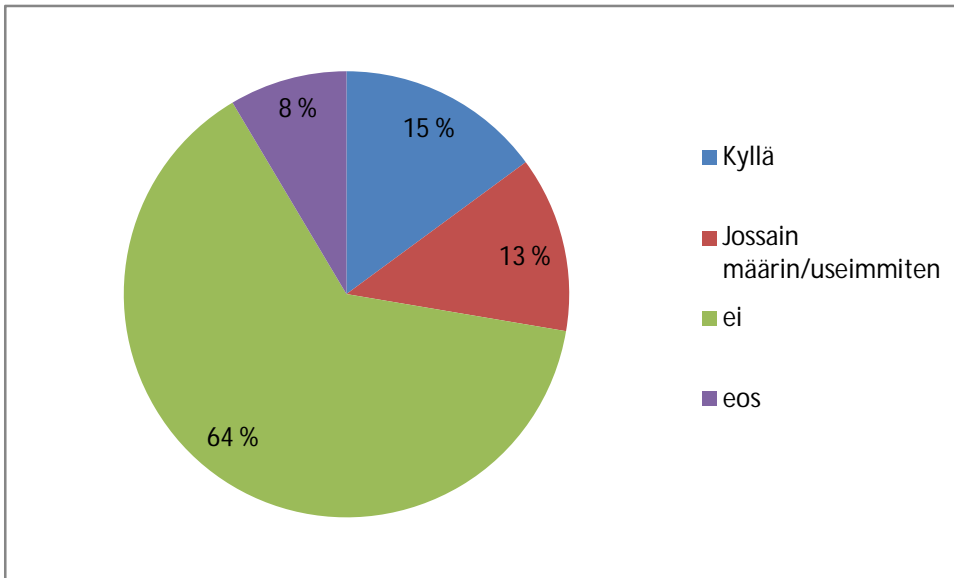
Kuitenkin vastaajien oman arvion mukaan nämä suhteellisen hyviltä näyttävät arviot hoitoon pääsystä tuntuvat vaatimattomilta suhteessa siihen, miten vastaajat arvioivat hoitotakuun aikarajat koskien mielenterveysongelmia. Hieman vajaa puolet vastanneista piti näitä aikoja sopimattomina ja vain 13 % ehdottoman hyvinä, kuten kaaviosta 30 on nähtävissä.

Vertailutietona mainittakoon, että oman ilmoituksensa mukaan esim. Oulussa tilanne on sen suuntainen, että aikuispsykiatriassa keskimääräinen jonotusaika mielenterveyspalveluiden kiireettömäksi arvioidun hoidon jonossa on 56 vrk "(Oulun kaupunki 2009). Suomen lääkäri-liiton tekemän tutkimuksen mukaan "pääsy lääkärin vastaanotolle on nopeutunut vain joka neljännen terveyskeskuksessa työskentelevän lääkärin mielestä" (Lääkäriliitto 2006). Tämä koski mm. juuri psykiatria, jossa oli ainakin vielä syksyllä 2006 taiteilua voimavarojen ja hoi- totakuun määräaikojen ristiaallokossa.



Kaavio 30. Koen, että määräajat ovat sopivia mielenterveysongelmissa.

Mitä tulee hoidossa eteen tuleviin ongelmakohtiin, niin näyttäisi siltä, että vastaajat tuntuisi- vat olevan suhteellisen valveutuneita oikeuksiinsa nähden, koska vain vajaat puolet vastaajis- ta ei tiennyt tai ei osannut sanoa, miten toimia ongelmatilanteissa. Sen sijaan Potilasneuvos- ton (kaavio 31) tunteminen yhtenä tällaisena edunvalvonnan toteuttajana näytti olevan hata- rammalla pohjalla. Nimittäin kaiken kaikkiaan 72 % ei tiennyt tai ei osannut sanoa mitään tästä mahdollisuudesta. Tässä on siis tutkimuspuolen organisaatiolle selvä kehittämisen paik- ka esim. tiedotuksellisesti että toiminnallisesti.



Kuvio 31. Olen tietoinen myös Itäinen tiimi ry:n Potilasneuvostosta edunvalvonnan toteuttajana.

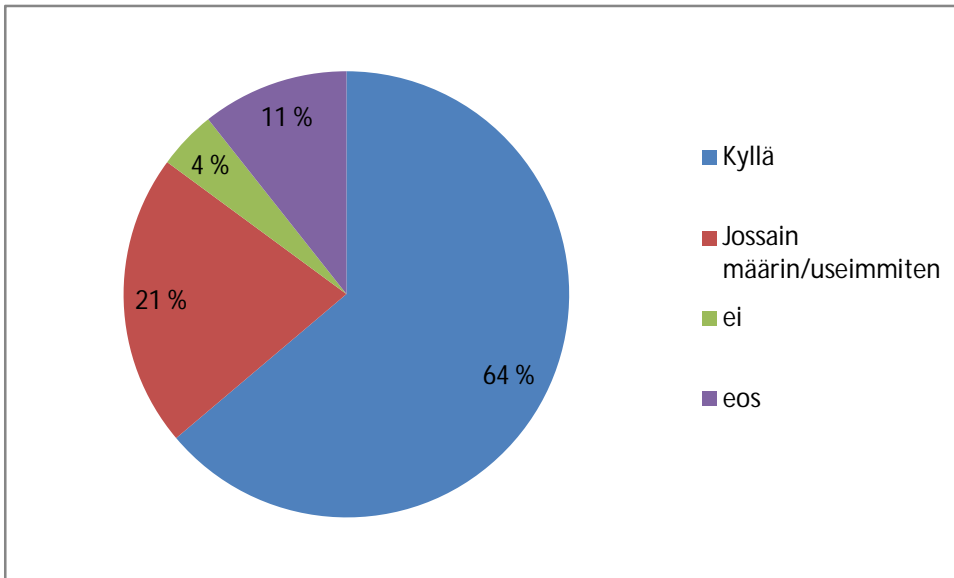
3.9 Mielensterveysyhdistysten rooli kuntoutumisessa

Itäinen tiimi ry:n toiminta-alueella Pohjois-Karjalassa ja sen reuna-alueilla on jäsenenä 19 mielensterveysyhdistystä ja kaksi kannatusyhteisöä (Itäinen tiimi ry 2009). Toimivia, täysin omia yhdistyksiä puuttuu joistain kunnista, kuten Liperistä, Polvijärveltä⁴, Tohmajärveltä⁵. Seuraavaksi tarkastellaan väitettä, että mielensterveyskuntoutujien saama vertaistuki toteutuu yhteisössä eli mielensterveysyhdistyksissä. Onko yhdistyksellä merkitystä vastaajien mielestä?

Jopa 94 %:n mielestä on tarpeellista, että kunnan alueella tai vastaajien lähialueella toimii mielensterveysyhdistys ja lopuilla ei ollut selvää mielipidettä asiaan. Sijaan kysyttäessä paikallisen mielensterveysyhdistyksen roolia omassa kuntoutumisessa vastauskirjo muuttui seuraavanlaiseksi: selvän enemmistön mielestä sillä oli tärkeä merkitys kuntoutumisessa, mutta neljänneksen mielestä sillä ei ollut merkitystä tästä näkökulmasta. Olisiko niin, että näillä ihmisillä on muita kuntoutumisen ja vertaistuen kanavia kuin yhdistys vai onko heillä elävää kokemusta mielensterveysyhdistyksen toiminnasta?

⁴ Polvijärvellä ja Liperissä on ryhmätoimintaa Outokummun mielensterveysyhdistys Välke ry:llä.

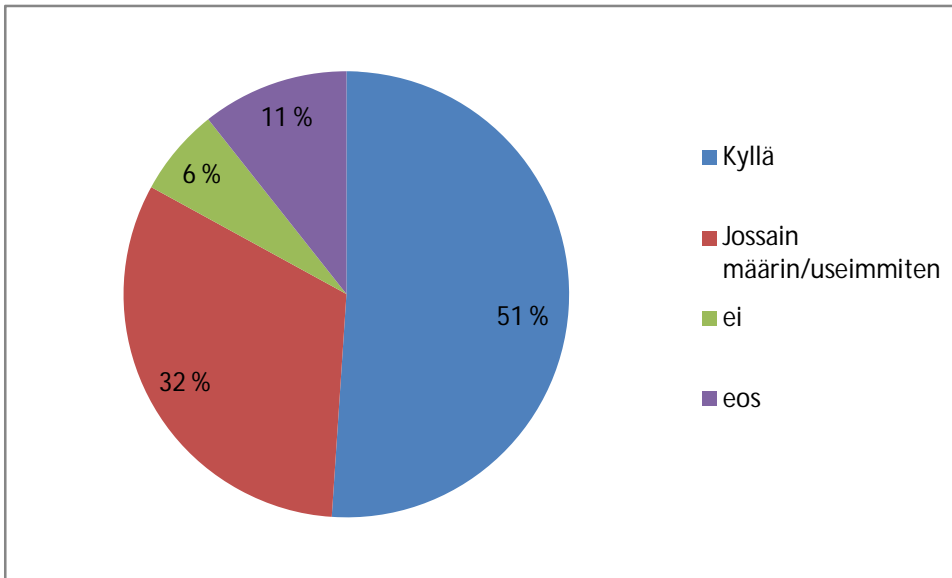
⁵ Tohmajärvellä on rekisteröity yhdistys, mutta sillä ei ole aktiivista toimintaa.



Kaavio 32. Koen mielenterveysyhdistyksen toiminnan merkittäväksi oman kuntoutumisen kannalta.

69,8 % niistä, joiden mielestä yhdistys on tarpeellinen heidän omalla paikkakunnallaan, näkivät sen nimenomaan kuntoutumisen kannalta. Tämän lisäksi vielä hieman yli viidennes eli 20,9 % näki sen tästä näkökulmasta useimmiten tai jossain määrin tarpeellisena.

Seuraavan kaavion peruseella pureudutaan jo käytännönläheisempään ja konkreettisempaan näkemykseen yhdistyksen toiminnasta. Siinä selvitetään sitä, miten moni on tuntenut saavansa tukea toimiessaan yhdistyksessä (kaavio 33). Tuki on yksi ehkä merkittävin mielenterveysyhdistyksessä vaikuttava voima, vaikkei suinkaan ainoa. Melko tarkalleen puolet on kokenut saavansa tukea mielenterveysyhdistyksessä, vaikka 64 % koki yhdistyksen merkittäväksi kuntoutumisen kannalta. Ne 21 %:a, jotka kokivat yhdistyksen toiminnan jossain määrin tai useimmiten merkitykselliseksi kuntoutumisen kannalta, ovatkin saaneet vertaistukea vähän enemmän toimiessaan yhdistyksessä. Sen sijaan ei- tai en osaa sanoa - vastauksen antaneiden prosenttiosuudet pysyivät käytännössä samoina, mikä onkin luonnollista.



Kaavio 33. Koen saavani tukea toimiessani mielenterveysyhdistyksessä.

Miten liittyvät sitten vertaistuki ja yhdistyksen tarpeellisuus omalla paikkakunnalla toisiinsa? Vastaus seuraavanlainen: reilut puolet (57,1 %) yhdistystä tarpeellisena pitäneistä oli saanut vertaistukea yhdistyksessä ja tasan joka kolmannes oli saanut vertaistukea useimmiten tai jossain määrin.

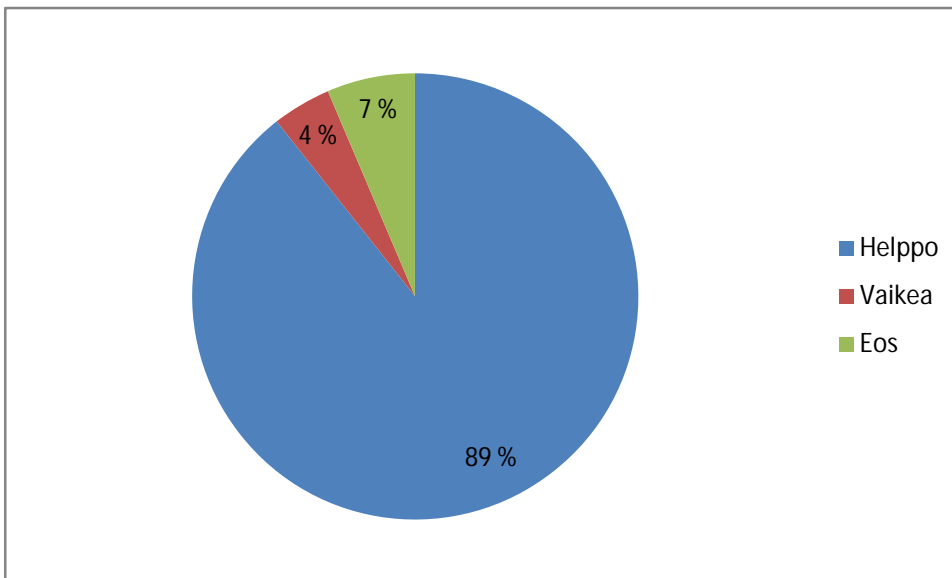
Viimeisenä varsinaisena kysymyksenä tässä tutkimuksessa otetaan esille se, miten yhdistyksessä saatu vertaistuki vaikutti kokemukseen yhdistyksen toiminnasta kuntoutumisen kannalta. Työhypoteesina tässä on se, että vertaistuki on eräs niistä tärkeimmistä elementeistä, joka auttaa kuntoutumisessa. Tulosta voisi luonnehtia murskaavaksi, sillä 79,3 % niistä, jotka näkivät yhdistyksen ehdottoman tarpeellisena juuri kuntoutumisen kannalta, olivat saaneet kokea yhdistystoiminnassa vertaistukea. Vastaavasti vain 10,0 % niistä, jotka olivat saaneet ehdottomasti kokea vertaistukea yhdistyksessä, näkivät yhdistyksen tarpeellisena kuntoutumisen kannalta useimmiten tai jossain määrin. Kun siirrytään tarkastelemaan niitä, jotka olivat kokeneet saavansa useimmiten tai jossain määrin vertaistukea yhdistyksessä, niin 80,0 % heistä piti yhdistystä tarpeellisena juuri kuntoutumisen kannalta. Näyttäisi siltä, että tämä kokemus on kovin dikotominen⁶ ja näkemyksiin yhdistyksen tarpeellisuudesta vahvasti vaikuttava, sillä 13,8 % niistä, jotka olivat saaneet vertaistukea vain useimmiten tai jossain määrin, pitivät yhdistyksen perustamista tarpeellisena.

⁶ kahtia jakautuva

3.10 Palaute kyselystä ja sen onnistumisesta

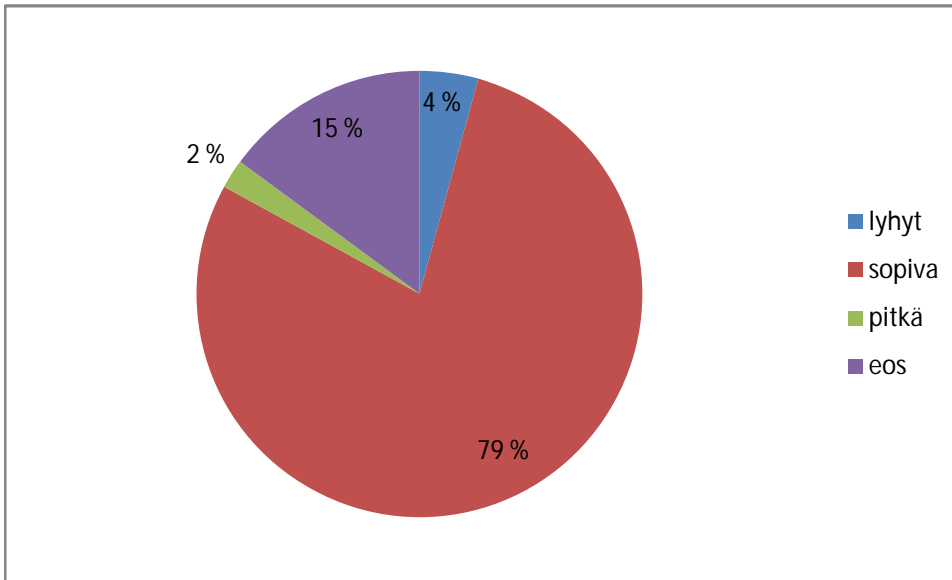
Aivan lopuksi haluttiin myös tietoa kyselyn pohjana olleesta lomakkeesta. Ovathan Savolaiset selviytyjät ry:n edunvalvontahankkeen kyselytutkimuksen pilottiryhmä, kuten alussa tulikin mainittua. Palautteessa haluttiin tietää oliko kyselyyn vastaaminen helppoa ja kysyttiinkö siinä olennaisia asioita. Itse lähetetystä lomakkeesta haluttiin palautetta sen osalta oliko lomake selkeä sekä sopivan pituinen täytettäväksi.

Kokonaisuudessa kysely sai hyvin myönteisen vastaanoton palautteen antaneiden keskuudessa. 87 % mielestä kyselyssä otettiin kantaa olennaisiin asioihin; loput eivät osanneet ottaa asiaan mitään kantaa. Myös kyselyyn vastaaminen oli nähty helpoksi. Liitteenä olevan kyselylomakkeen (liite 1) vastauksen muuttujat olivatkin kaikki luokittelueron eli nominaaliasteikon tasoisia muuttujia. Lähes 90 % vastaajista oli sitä mieltä, että vastaaminen oli helppoa ja vain harvat olivat kokeneet vastaamisen vaikeaksi, kuten alla olevasta kaaviosta (kaavio 34) käy jälkimmäisen kysymyksen osalta selvästi ilmi.



Kaavio 34. Palaute kyselylomakkeesta. Kyselyyn vastaamisen vaikeusaste.

Myös kyselyyn vastaamisen tekninen puoli sai hyvät arvioinnit. 94 % arvioi sen selvästi selkeäksi. Loput vastaajista eivät osanneet ilmaista näkemystään asiasta. Lähes neljä viidestä piti lomaketta sopivan pituisena. Vain muutama prosentti piti sitä liian pitkänä ja 4 % piti sitä liian lyhyenä. Nämä näkyvät seuraavasta diagrammista (kaavio 35).



Kaavio 35. Palaute kyselylomakkeesta. Kyselylomakkeen pituus.

Tutkimusorganisaatio halusi vielä tietää tulevaisuutta silmällä pitäen, oliko kysymykset aihealueen kannalta olennaisia. Vastaajat arvioivat melko yksimielisesti (87 %), että lomakkeessa kysyttiin olennaisia asioita. Epäolennaisuuksia ei tunnustanut löytävänsä kukaan.

3.11 Tutkimuksen kritiikkiä ja korjausehdotuksia

Hyvään tutkimustyöhön perusvaatimukseen kuuluvat validiteetti eli pätevyys, reliabiliteetti eli luotettavuus, objektiivisuus eli puolueettomuus, avoimuus, vastaajien tietosuoja sekä hyödyllisyys ja käyttökelpoisuus (Lahtonen 2007). Lisäksi siihen kuuluu myös terve itsekriittinen henki. Siksi myös käsillä olevan tutkimukseen halutaan tuoda myös havaintoja ja korjausehdotuksia.

Suoranaista kritiikkiä tai korjausehdotuksia ei oikeastaan tullut vastaajien taholta, mutta tutkimuksen tekijät havaitsivat tiettyjen muutosten olevan tarpeen seuraavien vastaavien kyselyjen kannalta. Tarkoitus on näin ollen luoda itseään korjaava, iteratiivinen prosessi. Näitä kehittämisehdotuksia tuodaan nyt seuraavassa esille.

Ensinnäkin tämän tutkimuksen kaltaisissa asioissa ollaan tekemisissä vahvasti vastaajien subjektiivisten tuntojen kanssa ja kaikilla tämän tutkimuksen tekijöillä ei ole selvää näkemystä viitekehyksestä eli terveys- ja sosiaalipuolen käytänteistä ja hoitopolitiikasta sekä näissä rakenteissa tapahtuvista muutoksista. Näin ollen tulosten perusteella saattaa syntyä jossain määrin liian pessimistinenkin näkemys Savonlinnan julkisen avo- ja sairaalahoidon tilasta.

Toiseksi tekijöiden oma kritiikki kohdistuu tutkimuksen alkuvaiheen operaatioihin, joka tässä tapauksessa tarkoittaa kysymyslomakkeessa ilmeneviä puutteita ja ongelmia. Lomakkeessa (liite 1) ilmenevä vastausvaihtoehto jossain määrin/useimmiten oli pulmallinen, koska asiayhteydestä riippuen ne tarkoittavat eri asioita. Lisäksi ne ovat myös jossain määrin sangen ympäröityjä, jolloin niiden todellinen sisältö jää hämäräksi. Pohdittiin myös olisiko ollut tarpeellista lisätä vaihtoehtot vähän tai hieman. Itse tutkimustuloksen analysoija ehdottaakin, että ainakin tällaisissa epämääräiseltä tuntuissa kohdissa voisi käyttää arvosteluasteikkona joko Likertin⁷ tai Osgoodin⁸ asenneasteikkoja.

Kysymyslomakkeen kohdissa 6b ja 6d mietittiin pitäisikö kysymyksiä tarkentaa kysymällä miten. Analysointivaiheessa heräsi ajatus siitä, että miten vastaajat hahmottavat sekä erottavat termit hoito ja kuntoutuminen. Perinteisestihän on ajateltu, että hoito on jotain sellaista, mitä saadaan tai joudutaan; kuntoutuminen on puolestaan jotain sellaista, missä toipuva ihminen itse on aktiivisessa roolissa oman elämänsä muokkaajana. Myös kohtiin 7b, 7c ja 7d kiinnitettiin huomiota. Ne voitaisiin eriyttää omiksi alaosioikseen, koska ne koskevat vastaajia, joilla on ollut jo elämänsähistoriassaan takana yksi tai useampi sairaalahoitokontakti.

⁷ Asteikko on käytetty mielipideväittämässä ja se on tavallisesti 4- tai 5-portainen järjestysasteikon tasoinen asteikko, jonka ääriarvoina ovat esim. täysin samaa mieltä ja täysin eri mieltä.

⁸ Asteikkoa käytetään tuote- ja yrityskuvatutkimuksissa ja siinä puolestaan vastausvaihtoehtot ovat 5 – 7 –portainen tai graafinen asteikko, jolloin ääripäänä ovat vastakkaiset adjektiivit eli laatusanat.

Myös eräs palautteen antamiseen liittyvä kysymys herätti keskustelua koskien erityisesti kysymysten ymmärrettävyyttä. Kysymykset voivat olla helposti ymmärrettäviä vastaajalle, mutta kyselyyn vastaaminen saattaa tuntua hankalalta esim. aihepiirinsä takia. Kokemus kyselyyn vastaamisesta on eri asia kuin kokemus kysymysten ymmärrettävyydestä.

Nämä kaikki ovat kysymyksiä ja huomioita, joihin seuraavissa kyselyissä tullaan törmäämään nimenomaan kyselykaavakkeen laatimisvaiheessa. Jos kyselykaavake on puutteellinen tai epäjatkua niin analysointivaiheessa ongelmalle ei voi tehdä juuri ollenkaan mitään (liite 2).

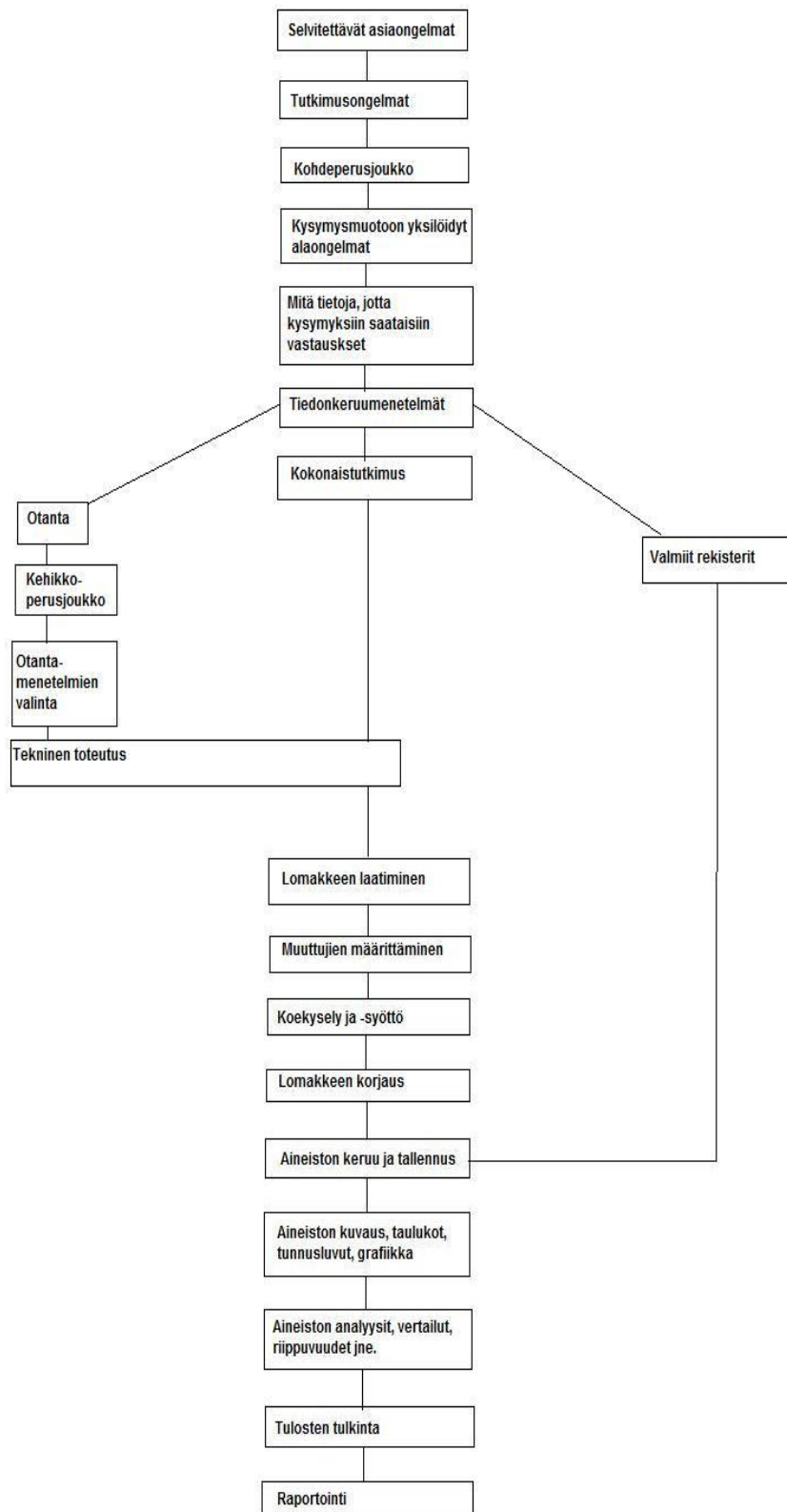
Huomiota herätti myös en osaa sanoa -vastausten suuri prosentuaalinen osuus. Useassa kohden se oli aivan luonnollinen valinta, mutta monien konkreettisten ja omaan kokemusmaailmaan liittyvien kysymysten kohdalla se hämmensi. En osaa sanoa -vastausten määrä vaihteli nimittäin 2 ja 16 välillä. Näiden vastausten keskilukujen analyysissä aritmeettiseksi keskiarvoksi tuli 5,75 vastausta kysymystä kohden ja sekä keskihajonta sai arvon 3,2 ja vastaavasti keskiarvo oli n. 2,3.

Liitteet

Liite 1	Tutkimuslomake
Liite 2	Tilastollisen tutkimuksen eteneminen

Liite 2

Tilastollisen tutkimuksen eteneminen



Lähdeluettelo

- Huttunen, Matti O. Hoitosuunnitelma ja –mahdollisuudet. Duodecim 2008. Päivitetty 22.1.2009. Saatavilla:http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00003&p_teos=lam&p_selaus= Noudettu 7.6.2009.
- Itäinen tiimi ry. [Itäinen tiimi ry:n www-sivut]. Päivitetty 14.3.2009. <http://www.itainentiimi.fi> . Noudettu 14.3.2009.
- Lahtonen, Kaija. Tilastomatematiikan peruskurssi 2007. [Painamaton lähde]. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, [2007].
- Lääkäriliitto. Hoitotakuu. Päivitetty 22.9.2006. <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/tutkimuksia/hoitotakuu.html>. Noudettu 14.3.2009.
- Oulun kaupunki. Hoitotakuu. Päivitetty 26.2.2009. <http://www.ouka.fi/sote/terveys/Hoitotakuu.htm>. Noudettu 14.3.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaata 9/2001. Helsinki 2001. Noudettu 30.1.2009. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/FI/Kehittaminen/valineet/laatusuosituksia/mielenterveyspalvelut/index.htm>
- Wikipedia, vapaa tietosanakirja. Hoitotakuu. Päivitetty 21.8.2008. Saatavilla: <http://fi.wikipedia.org/wiki/Hoitotakuu>. Noudettu 14.3.2009.