

**Joroisten terveystieteiden tutkimuskeskuksen mielenterveysneuvolan potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon ja tyytyväisyyden yhteys potilaan kliiniseen tilaan**

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO  
Psykologian laitos  
PL 35  
40351 Jyväskylä

**Aija Sairanen**  
**Pro gradu-tutkielma**  
**Jyväskylän yliopisto**  
**Psykologian laitos**  
**Joulukuu 2000**

# SISÄLTÖ

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO  
Psykologian laitos  
PL 35  
40351 Jyväskylä

## TIIVISTELMÄ

## ESIPUHE

<b>1. JOHDANTO</b> .....	1
1.1. Tutkimuksen tausta.....	1
1.2. Tutkimuksen tavoitteet.....	2
<b>2. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</b> .....	3
2.1. Tutkimuksen kohderyhmä.....	3
2.2. Aineiston keruu.....	5
2.3. Tutkimusmenetelmät.....	6
2.3.1. Potilaiden kyselylomake.....	6
2.3.2. Henkilökunnan kyselylomake.....	7
2.4. Aineiston analyysi .....	8
2.4.1. Potilaiden taustatiedot.....	8
2.4.2. Potilaiden kliininen tila.....	8
2.4.3. Tyytyväisyys.....	10
2.4.4. Avoin kysymys.....	11
2.4.5. Potilaiden demografisten ominaisuuksien ja kliinisen tilan yhteys tyytyväisyyteen.....	11
2.4.6. Katoryhmän ja kyselyyn vastanneiden vertailu.....	12

<b>1. TULOKSET</b> .....	12
3.1. Taustatiedot.....	12
3.2. Kliininen tila.....	14
3.2.1 Potilaiden itsensä arvioimana.....	14
3.2.2. Henkilökunnan arvioimana.....	15
3.3. Tyytyväisyys.....	16
3.3.1. Palvelujen saatavuus ja vastaanottotapahtuma.....	17
3.3.2. Tiedottaminen.....	17
3.3.3. Hoidon jatkuvuus ja yhteistyö muiden tahojen kanssa.....	18
3.3.4. Palvelujen arviointi ja hoitotulos.....	18
3.3.5. Yhteenveto.....	19
3.4. Avoimen kysymyksen vastaukset.....	19
3.4.1. Myönteiset kommentit.....	19
3.4.2. Kielteiset kommentit tai ehdotukset.....	20
3.4.3. Yhteenveto.....	21
3.5. Potilaiden demografisten ominaisuuksien ja kliinisen tilan yhteys tyytyväisyyteen.....	21
3.6. Katoryhmä.....	22
<b>2. POHDINTA</b> .....	22
<b>LÄHTEET</b> .....	29
<b>LIITTEET</b> .....	33

## TIIVISTELMÄ

Jyväskylän yliopisto  
Psykologian laitos

SAIRANEN, AIJA: Joroisten terveyskeskuksen mielenterveysneuvolan potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon ja tyytyväisyyden yhteys potilaan kliiniseen tilaan

Pro gradu-tutkielma, 32 sivua ja 21 liitesivua  
Ohjaaja perheterapian professori Jukka Aaltonen  
Psykologia  
Joulukuu 2000

---

Tässä tutkimuksessa selvitettiin Joroisten terveyskeskuksen mielenterveysneuvolan potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja palveluun. Lisäksi selvitettiin tyytyväisyyden yhteyttä potilaan kliiniseen tilaan. Tutkimuksen kohderyhmänä oli mielenterveysneuvolan 79 avohoitosuhteessa olevaa aikuispotilasta. Tutkimus suoritettiin kyselylomaketutkimuksena siten, että potilaat täyttivät oman kyselylomakkeensa ja työntekijät oman kyselylomakkeensa kukin omien potilaidensa kohdalta. Kyselyyn vastasi 84% valituista potilaista ja tämä tuo esille sen, että psykiatriset potilaat haluavat ja pystyvät arvioimaan saamaansa hoitoa. Tutkimustulosten mukaan potilaat ovat hyvin tyytyväisiä hoitoonsa ja saamiinsa palveluihin. Tyytymättömyyttä ilmeni lähinnä vastaanoton häiriintymisen tai keskeytymisen vuoksi sekä erikoislääkäripalvelujen saatavuuden osalta ja toiveena oli lisätä vastaanottoaikojen ja henkilökunnan määrää. Tyytyväisyyden ja kliinisen tilan yhteydestä voidaan todeta, että erityisesti masennus oli yhteydessä tyytymättömyyteen. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että mielenterveysneuvolan hoito ja palvelu on laadukasta, kun sitä mitataan potilaiden tyytyväisyydellä. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia potilaiden omaisten mielipiteitä hoidosta ja palvelusta.

Avainsanat: potilas-/asiakastyytyväisyys, psykiatrinen hoito

## ESIPUHE

Tämän kuluvan vuoden alkupuolella päädyin psykologian laudaturopintojeni jatkamiseen. Ajankohtaiseksi tuli mm. pro gradu-tutkielman tekeminen osana opintoja. Olin tuolloin töissä Joroisten terveyskeskuksen mielenterveysneuvolassa ja keskusteltuani opinnoistani terveyskeskuksen ylilääkäri Arto Vehviläisen kanssa hän tarjosi tilaisuutta tehdä tutkimus mielenterveysneuvolan toimintaan liittyen. Päädyimme yhdessä potilastyytyväisyystutkimukseen. Tutkielman ohjaajana Jyväskylän yliopiston psykologian laitokselta toimi perheterapian professori Jukka Aaltonen.

Haluan kiittää Joroisten terveyskeskuksen ylilääkäriä ja Tampereen yliopiston dosenttia Arto Vehviläistä työni alkuun saattamisesta, ohjauksesta ja kannustuksesta työn eri vaiheissa. Kiitokset Kuopion yliopiston professori Heimo Viinamäelle kiinnostavan tutkimusaiheen ehdottamisesta, ohjeista ja kannustuksesta tutkimuksen eri vaiheissa. Häneltä sain arvokasta ohjausta erityisesti tutkimusmenetelmien laadinnassa. Muistan lämmöllä Risto Hietalaa, joka jaksoi paneutua kanssani aineiston tilastolliseen käsitteelyyn. Maininnan arvoisia ovat myös tutkimukseen osallistuneet, jotka ovat omalla panoksellaan tehneet tämän tutkimuksen mahdolliseksi sekä tietenkin mielenterveysneuvolan sairaanhoitajat Eine Brotkin ja Sari Laitinen, joiden suuri työpanos ja kärsivällisyys ovat olleet ensiarvoisen tärkeitä – kiitos heille! Kiitos lähimmäisille, jotka ovat olleet jakamassa luomisen iloa ja tuskaa.

# 1. JOHDANTO

## 1.1. Tutkimuksen tausta

Suomessa on ollut jo 1970-luvulta alkaen vireillä terveydenhuollon palvelujen laadun kehittämiseen ja laadunvarmistukseen tähtäävää toimintaa (Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa, Helsinki: Stakes, 1995). Psykiatrisen hoidon laatua on alettu systemaattisesti kehittää muita terveydenhuollon aloja myöhemmin, vasta 1980-luvun jälkipuoliskolta lähtien (Virtanen & Jääskeläinen, 1997). Suomen ulkopuolella psykiatriisiin palveluihin kohdistuvat tutkimukset ovat alkaneet eri aikoina eri puolilla maailmaa (Rentrop, Bohm, & Kissling, 1999).

Terveydenhuoltopalvelujen ja hoidon laadun osatekijäksi on nähty potilaiden tyytyväisyys (Berg & Yuval, 1998; Williams, 1994). Potilastyytyväisyyden mittaaminen mielletään osaksi laadunhallintaa ja potilaan tyytyväisyys tunnustetaan yhdeksi tärkeäksi hoitotuloksen osaksi (Peiponen, Brommels, & Kupiainen, 1996; Williams, 1994). Vuori (1987, 1991, 1993) kiteyttää tyytyväisyyden ja laadun välisen yhteyden siten, että potilastyytyväisyys on osa laatuterveydenhuoltoa, se on hoidon laadun ominaisuus ja terveydenhuollon tavoiteltu päämäärä. Hänen mukaansa hoito ei voi olla korkealaatuista ellei potilas ole tyytyväinen. Vuoren mielestä potilaat ovat kyvykkäitä arvioimaan hoidon laatua ja että potilastyytyväisyyttä voidaan mitata.

Potilastyytyväisyyden mittaaminen toteuttaa yhteiskunnallisen osallistumisen periaatteen terveydenhuollossa (Vuori, 1991). Palvelujen käyttäjien näkemykset pitäisi tuoda päätöksentekoon mukaan ja palveluja pitäisi kehittää potilaiden mielipiteiden pohjalta (Korkeila, Lehtinen, Sohlman, & Tuori, 1998; Williams & Wilkinson, 1995). Potilastyytyväisyyteen on syytä suhtautua vakavasti, koska nimenomaan potilaat ovat tärkeä osa terveydenhuoltoa (Vuori, 1991). Tyytyväisyydellä on todettu olevan merkitystä potilaan ja hoidon kannalta sekä tietyissä erityistilanteissa (Barker, Shergill, Higginson, & Orrell, 1996; McMillan, 1987; Peiponen ym., 1996; Ruggeri, 1994).

Myös psykiatrisen hoidon piirissä on erityisesti viime vuosina katsottu tarpeelliseksi huomioida potilaiden mielipiteet hoitoa arvioitaessa ja parannettaessa samalla kun on laadittu laadunvarmistusohjelmia (Barker & Orrell, 1999; Barker ym., 1996; Bjoerkman, Hansson, Svensson, & Berglund, 1995; Hansson & Höglund, 1995; Kelstrup, Lund, Lauritsen, & Bech, 1993; Korkeila ym., 1998).

Tyytyväisyystutkimukset tulevat vielä mielenkiintoisimmiksi, kun niihin lisätään kliininen näkökulma. On esitetty, että kun tutkitaan psykiatristen potilaiden tyytyväisyyttä palveluihin, on otettava huomioon esim. potilaan diagnoosi ja hoidon kesto (Koponen, Veijalainen, Laitinen, & Kontunen, 1996).

Asiakastyytyväisyystutkimusta on käytetty kymmenen viime vuoden aikana yhä enemmän julkisen sektorin palvelujen laadun kartoittamiseen (Koponen ym., 1996). Useissa terveydenhuollon yksiköissä on viety läpi erilaisia, paikallisia laadun kehittämishankkeita, joissa on katsottu, että laadunhallinnan painopistealueena ja lähtökohtana tulee olla asiakas ja siten palveluja tulisi yhä enemmän arvioida asiakkaan näkökulmasta (Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa, Helsinki: Stakes, 1995).

## **1.2. Tutkimuksen tavoitteet**

Tässä tutkimuksessa tutkittiin Joroisten terveyskeskuksen mielenterveysneuvolan potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja palveluun sekä potilaiden demografisten piirteiden ja kliinisen tilan yhteyttä tyytyväisyyteen. Tutkimus on osa paikallista laadun kehittämishanketta ja laadunvarmistusohjelmaa. Potilaiden tyytyväisyyttä arvioidaan osana hoidon ja palvelun laatua. Tutkimus lähtee ajatuksesta, että potilas on aktiivinen ja pystyy arvioimaan hoitoaan ja saamiaan palveluja. Aktiivisuus koskee kaikkia psykiatrisia potilaita psykiatriset pitkäaikaispotilaat mukaan lukien. Potilaan subjektiivisia kokemuksia ja näkemyksiä pidetään tärkeinä, vaikka ne eivät tuokaan esille objektiivista totuutta.

Potilaiden mielipiteitä halutaan esille, jotta mielenterveysneuvolan palveluja voidaan kehittää toimivammaksi ja kaikkia potilaita mahdollisimman hyvin palvelevaksi. Aiemmin potilaskysely on suoritettu sekä terveyskeskuksen vastaanotossa kohdistuen lääkäripalveluihin että vuodeosaston potilaiden ja kotihoidon asiakkaiden osalta. Lisäksi koko terveyskeskuksessa on aloitettu työyksiköiden itsearviointi, jossa eri toimipisteet arvioivat omaa toimintaansa. Luvan tutkimukselle antoi anomuksesta Joroisten kunnan sosiaali- ja terveyslautakunta (liite 1).

Tutkimuksen tavoitteina olivat:

- 1) mielenterveysneuvolan hoidon ja palvelun laadun selvittäminen tutkimalla potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja palveluun.
- 2) hoidon ja palvelun kehittämiskohteiden esille tuominen.
- 3) palautteen antaminen mielenterveysneuvolan henkilökunnalle.
- 4) potilaiden demografisten ominaisuuksien, kliinisen tilan ja tyytyväisyyden välisen yhteyden selvittäminen sekä
- 5) kyselyyn vastanneiden ja vastaamattomien potilaiden (katoryhmä) sukupuolen, iän ja diagnoosin vertaaminen.

## **2. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

### **2.1. Tutkimuksen kohderyhmä**

Mielenterveysneuvolan sairaanhoitajilla hoitosuhteissa olevia joroislaisia potilaita oli ollut vuonna 1999 kaikkiaan 176. Tämän tutkimuksen kohderyhmänä oli Joroisten terveyskeskuksen mielenterveysneuvolan 79 joroislaista aikuispotilasta, joilla oli tutkimushetkellä hoitosuhde mielenterveysneuvolassa. Kuluvan vuoden hoitosuhteiden määrää ei vielä ole tiedossa, mutta arvioiden mukaan hoitosuhteita saattaa olla edellisvuotta



vähemmän, koska työtä on jouduttu priorisoimaan ja hoidettavia potilasryhmiä rajamaan esim. päihdepotilaiden osalta.

Mielenterveysneuvolan palvelut ovat terveyskeskuksen alaista avohoitoa ja siten osa perusterveydenhuoltoa. Toiminta siirtyi Itä-Savon sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen vuonna 1995. Mielenterveysneuvolan työryhmässä on kaksi sairaanhoitajaa ja yksi psykologi. Sairaanhoitajien kelpoisuusehtona on psykiatrinen sairaanhoito-tutkinto. Psykologin työn osalta toimenkuvaa tarkennettiin kevään 2000 aikana ja aikuisten osalta työ rajattiin koskemaan pääasiassa äitiys- ja lastenneuvoloiden kautta tulevia hoitosuhteita/keskusteluhoitoja. Lääkäripalvelut saadaan omasta terveyskeskuksesta ja erikoislääkäripalvelut Savonlinnan Keskussairaalasta. Tutkimusajan kohtana mielenterveysneuvolassa työskenteli kesäloman sijaisena psykiatriaan erikoistunut sairaanhoitaja.

Mielenterveysneuvolan toiminta-ajatuksena on toteuttaa psykiatrista hoitotyötä suunnitelmallisesti ja kokonaisvaltaisesti yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa huomioiden hoidon laatu, jatkuvuus ja oikea hoidon porrastus (Joroisten kunnan talousarvio v. 2000 ja taloussuunnitelma v. 2001-2002). Mielenterveysneuvola toteuttaa psykiatrista hoitotyötä em. toiminta-ajatuksen mukaisesti myös Kangaslamilla yhden erikoissairaanhoidajan päivätyön verran viikossa, mutta kangaslampilaisia potilaita ei tässä tutkimuksessa ole mukana. Työskentely on moniammatilliseen työryhmätyöskentelyyn perustuvaa ja lääkärijohtoista psykiatrista hoitotyötä. Mielenterveysneuvolan hoito lähtee potilaan kokonaistilanteen huomioimisesta ja hoitona käytetään ymmärtävää, empaattista ja tukea antavaa keskustelua, jossa on psykoterapeuttinen ote. Yksilöllisen keskusteluhoidon lisäksi palveluna on potilaiden yksilöllinen lääkehoidon seuranta ja toteutus sekä erilaiset ryhmähoidot (tällä hetkellä toimintatuokioiden ja retkien järjestämien), yhteisöihin suunnatut ennaltaehkäisevät toimenpiteet (esim. päihdestrategiatyöryhmä, työnohjaukselliset ryhmät), mielenterveyskuntoutujien selviytymistä tukevat projektit (esim. ASPA eli Asumispalvelusätiön itsenäistä asumista tukeva toiminta) että muut hoitoon liittyvät palvelut ja toiminnat (päivystyskäynnit, verkosto- ja hoitokokoukset, puhelintyö, työntekijöiden työnohjaus) (Brotkin & Laitinen, 2000).

## 2.2. Aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin kyselylomaketutkimuksena 17.6.-30.9.2000 välisenä aikana. Tutkimus sisälsi kaksi kyselylomaketta (liitteet 2 ja 3), joista toisen täytti potilas ja toisen potilaan oma työntekijä (sairaanhoitajat, psykologi). Kyselylomakkeita jaettiin potilaille 80 kappaletta. Työntekijät jakoivat kyselyn omille potilailleen ja täyttivät potilaidensa kohdalta omia arvioita koskevan kyselyn. Potilailla oli mahdollisuus täyttää kyselylomake joko mielenterveysneuvolassa tutkimukselle varatussa paikassa ennen tai jälkeen käynnin tai kotonaan, jolloin he palauttivat kyselylomakkeen postitse tai toivat sen myöhemmin mielenterveysneuvolassa olevaan postilaatikkoon.

Potilas arvioi omassa kyselylomakkeessaan tyytyväisyyttään hoidon ja palvelun eri puoliin. Potilaan kliinistä tilaa arvioi sekä potilas itse että potilasta hoitava työntekijä.

Kyselylomakkeita palautettiin 64 kpl. Yksi potilas palautti kyselyn aineiston keruun lopettamisen jälkeen, joten hän ei ole mukana palauttaneiden määrässä. Potilaista yksi kieltäytyi ottamasta kyselylomaketta vastaan, joten hänen tilallaan lomake annettiin toiselle potilaalle. Kieltäytynyt potilas on mukana otoksessa. Kahdelle potilaalle annettiin uusi kyselylomake hävinneen tilalle. Kehotuskirjeitä (liitteet 4 ja 5) lähetettiin kolme kertaa. Ensimmäisellä kerralla kirjeitä postitettiin 15 ja niiden jälkeen kyselyjä palautui viisi kappaletta. Toisella kerralla kirjeitä lähetettiin 14 ja kyselyjä palautui kahdeksan kappaletta. Viimeisen kehotuksen (16 kirjettä) jälkeen yksi kysely palautui.

## 2.3. Tutkimusmenetelmät

### 2.3.1. Potilaiden kyselylomake

Potilaiden täyttämä kyselylomake (liite 2) pohjautui Kuopion yliopiston yleislääketieteen laitoksella laadittuun kyselylomakkeeseen, josta tyytyväisyyttä selvittävät kysymykset pääosin olivat. Joroisissa kyselylomaketta oli käytetty tutkimuksessa, joka kohdistui terveyskeskuksen lääkärien vastaanoton 15-64-vuotiaisiin potilaisiin huhtikuussa 1999 ja sen tavoitteena oli selvittää potilaiden kokemuksia ja mielipiteitä terveyskeskuksen lääkäripalveluista. Tätä mielenterveysneuvolan tutkimusta varten kysymyksiin ja sisältöalueisiin tehtiin pieniä muutoksia, jotta ne soveltuivat paremmin mielenterveysneuvolan toimintaa arvioiviksi. Kysymysten laadinnassa huomioitiin aiheeseen liittyvien aikaisempien tutkimusten kysymysten sisältöjä sekä mielenterveysneuvolan sairaanhoitajien mielipiteitä tärkeiksi kokemistaan sisältöalueista.

Tyytyväisyyttä selvittävinä osa-alueina olivat: 1) palvelujen saatavuus ja vastaanotto-tapahtuma 2) tiedottaminen 3) hoidon jatkuvuus ja yhteistyö muiden tahojen kanssa sekä 4) palvelujen arviointi ja hoitotulos (kysymykset P34-P58). Kyselylomakkeen alussa kartoitettiin potilaiden taustatietoja sukupuolen, iän, siviilisäädyn, peruskoulutuksen ja tämänhetkisen tilanteen osalta (kysymykset P1-P5). Potilaan kliinisen tilan arviointia varten kyselylomakkeeseen sisältyi Beckin depressioindeksi (Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan käyttämä BDI-kyselylomake, kysymykset P10-P30). Kliinistä tilaa arvioi myös kysymykset, jotka koskivat mielenterveysneuvolassa käyntitiheyttä, psyykkistä terveydentilaa, somaattisia sairauksia, erilaisia psykosomaattisia oireita (kysymykset P6-P9), lääkitystä sekä psykiatrista sairaalahoitoa (kysymykset P31-33).

Potilaiden kyselylomakkeen lopussa oli avoin kysymys, johon potilailta oli mahdollisuus kirjoittaa mielipiteensä omin sanoin. Asiakastyytyväisyystutkimuksissa on havaittu, että potilaat tuovat esille mielipiteitään ja kritiikkiä rohkeammin, mikäli he voivat ilmaista itseään omin sanoin (Williams & Wilkinson, 1995). Myös terveyskeskuksen

vuodeosaston potilaille tehdyssä kyselytutkimuksessa on todettu potilaiden tuovan esille myös kritiikkiä silloin, kun heidän mielipiteitään kysytään avoimesti (Vehviläinen & Miettinen, 1999). Muutoin kysymykset laadittiin siten, että vastaaja valitsi valmiista vaihtoehtoista mielipidettään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon tai kirjoitti vastauksensa tyhjälle riville.

### **2.3.2. Henkilökunnan kyselylomake**

Potilasta hoitavan työntekijän kyselylomake (liite 3) pohjautui Kuopion yliopiston professori Heimo Viinamäen ja hänen tutkijaryhmänsä hoitokartoituksen tekemistä varten laatimaan kyselylomakkeeseen Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan hoitopotilaille (sekä avohoito- että sairaalahoitopotilaita) toukokuussa 1993.

Kyselylomake sisälsi kysymyksen potilaan psykiatrisesta päädiagnoosista ja mahdollisesta somaattisesta sairaudesta, psykiatrisen avohoidon kokonaiskestosta, psykiatristen sairaalahoitojen lukumäärästä, potilaan iästä psykiatriseen hoitoon tultaessa, psyykkisten oireiden alkamisesta, hoitokontaktin tiheydestä, psyykenlääkityksestä ja niiden ohjeiden mukaisesta käyttämisestä (kysymykset H1-H10), vallitsevista oireista, toiminnallisista taidoista, itsemurhayrityksistä, psykiatrisista päivystyskäynneistä sekä sovittujen vastaanottoaikojen käyttämisestä (kysymykset H28-32). Lisäksi kyselylomake sisälsi Hamiltonin depressioasteikon (Hamilton Rating Scale for Depression eli HDS) potilaan depressiivisen tilan arviointia varten (kysymykset H11-27).

BDI ja HDS on useissa tutkimuksissa todettu valideiksi ja myös niiden reliabiliteetit on todettu hyväksi. Yhdessä käytettyinä ne kuvastavat sekä potilaan subjektiivista, sisäistä kokemusta omasta mielialastaan ja toimintakyvystään (BDI) että ulkopuolisen henkilön arvioita potilaan oireenmuodostuksesta (HDS) (Antikainen, Koponen, Lehtonen, & Arstila, 1994; O'Brien & Glaudin, 1988).

## **2.4. Aineiston analyysi**

Tutkimusaineiston analyyseissä käytettiin SPSS-10.0 for Windows tilasto-ohjelmaa.

### **2.4.1. Potilaiden taustatiedot**

Taustatietoina olivat potilaiden sukupuoli, ikä, siviilisääty, peruskoulutus ja tämänhetkinen tilanne. Taustatietojen kuvailemisessa käytettiin ristiintaulukoiteja verrattaessa sukupuolia ja Khiin neliötestillä tarkasteltiin riippuvuuksien merkitsevyyksiä. Muuttujien vastausluokkia muutettiin iän, siviilisäädyn ja koulutuksen osalta. Ikä luokitettiin laadullisesti kolmeen eri luokkaan: 18-45-vuotiaat, 46-65-vuotiaat ja 66-83-vuotiaat. Myös siviilisäädyn osalta luokitus tehtiin kolmiluokkaiseksi siten, että avio- ja avoliitto rinnastettiin toisiinsa ja siten yhdistettiin, samoin eronneet ja lesket yhdistettiin yksinasumisen perusteella, kolmantena luokkana oli naimattomat. Peruskoulutuksen osalta vastausluokat keski- ja peruskoulu yhdistettiin ja näin saatiin kolme luokkaa (kansakoulu, keski-/peruskoulu, ylioppilas).

### **2.4.2. Potilaiden kliininen tila**

Potilaiden kliinistä tilaa selvitettiin potilaiden kyselylomakkeessa mielenterveysneuvolassa käyntien lukumäärällä, psyykkisen terveydentilan arvioinnilla, somaattisin sairauksin, psykosomaattisilla oireilla, masennusta arvioivilla kysymyksillä (BDI), lääkityksellä sekä psykiatristen sairaalahoitojen lukumäärällä. Viimeisen vuoden aikaiset mielenterveysneuvolassa käynnit luokiteltiin kolmeen luokkaan: 1-10 käyntiä, 11-20 kertaa ja 21-96 kertaa. Mielenterveysneuvolassa käynnit, psyykinen terveydentila ja psykiatrinen sairaalahoito ristiintaulukoitiin sukupuolittain ja erojen merkitsevyyksiä testattiin Khiin neliötestillä. Somaattiset sairaudet kuvailtiin jakaumin. Lääkityksen suhteen ei katsottu tarpeelliseksi luetella eri lääkkeitä, joita potilaat olivat maininneet

käyttävänsä. Potilaan psykosomaattisia oireita tiedustelevien muuttujien vastausvaihtoehdot luokiteltiin uudelleen siten, että entisten oireiden voimakkuutta kuvaavien vaihtoehtojen/arvojen 1-2-3-4-5 tilalle tulivat arvot 0-0,5-1-1,5-2. Psykosomaattisista oireista laadittiin summamuuttuja, samoin tehtiin masennusta arvioivien muuttujien (BDI) kohdalla. Korrelaatioilla (Pearsonin tulomomenttikorrelaatio ja Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin) tutkittiin summamuuttujien välisiä yhteyksiä ja t-testeillä naisten ja miesten keskiarvoja ja erojen merkitsevyyttä.

Henkilökunnan kyselylomake arvioi potilaan kliinistä tilaa. Psykiatrinen päädiagnoosi luokiteltiin Lönnqvistiä, Heikkistä, Henrikssonia, Marttusta ja Partosta (1999) mukailleen seuraavasti: ei diagnoosia, skitsofrenia, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psyykkiset kriisit ja stressireaktiot sekä persoonallisuushäiriöt. Toinen luokitus tehtiin siten, että mielialahäiriöistä erotettiin omaksi ryhmäkseen masentuneet. Psykiatrinen päädiagnoosi kuvailtiin jakaumin.

Sukupuolittain diagnoosijakaumaa verrattiin ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliötestillä. Somaattisen päädiagnoosin kohdalla selvitettiin, oliko potilaalla jokin somaattinen sairaus vai ei. Potilaan masentuneisuutta arvioivista muuttujista (HDS), psyykkisistä oireista ja toiminnallisista taidoista laadittiin summamuuttuja. Summamuuttujien keskiarvojen vertailu sukupuolittain tehtiin t-testillä.

Psykiatrisen avohoidon kokonaiskeston suhteen päädyttiin neljäloukkaiseen jaotteluun eli kokonaiskesto jaettiin 1-12 kk, 13-24 kk, 25-60 kk ja yli 60 kk kestäneisiin hoitoihin. Tähän luokitteluun on sisällöllisiä perusteita, koska potilasaineksen voidaan kussakin luokassa katsoa olevan erilaisen esim. alle vuoden käyneet ovat mm. lyhyessä hoitosuhteessa olleita kriisipotilaita ja sitä pidempään käyneet yhä vakavammin oirehtivia tai sairaita. Jaottelun tueksi käytettiin myös yksisuuntaista varianssianalyysia, johon otettiin mukaan BDI- ja HDS-summamuuttujat. Analyysissä todettiin tilastollisesti melkein merkitsevä ero HDS-pisteissä luokan 13-24 kk ja luokkien 1-12 kk, 25-60 kk ja yli 60 kk välillä. Myös BDI-pisteissä todettiin silmin havaittava ero luokkien 13-24 kk ja yli 60 kk välillä, mutta tosin lähemmin parittaisissa monivertailutesteissä tarkasteltaessa ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä, mutta suuntaa-antava ( $p < .053$ ). Hoidon kokonaiskesto-aika määriteltiin myös vuosina ja verrattiin sukupuolten keskiarvojen eroja t-testillä.

Hoitokontaktin tiheys, psyykenlääkitys, psyykenlääkkeiden käyttö ohjeiden mukaan, itsemurhayritykset ja sovittujen vastaanottoaikojen käyttö analysoitiin jakaumin. Psykiatriset päivystyskäynnit luokiteltiin kahteen luokkaan eli niihin, jotka eivät olleet tarvinneet päivystyskäyntejä ja niihin, jotka olivat niitä tarvinneet viimeisen puolen vuoden aikana ja ryhmiä kuvailtiin jakaumin.

Potilaan ikä psykiatriseen hoitoon tullessa ja psyykkisten oireiden alkamisikä todettiin epäreliaabeleiksi muuttujiksi eikä niitä ole analysoitu. Laskettaessa ikäeroa näiden muuttujien välillä todettiin, että n. puolella (50,8%) potilaista eroa ei ollut ja korreloitaessa (Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin) ikäero ja psykiatrisen avohoidon kokonaiskesto todettiin, ettei yhteyttä näiden välillä ole, joten analyysista näiden muuttujien kohdalla luovuttiin.

### 2.4.3. Tyytyväisyys

Potilaiden kyselylomakkeessa tyytyväisyyden osa-alueina olivat: 1) palvelujen saataavuus ja vastaanottotapahtuma, 2) tiedottaminen, 3) hoidon jatkuvuus ja yhteistyö sekä 4) palvelujen arviointi ja hoitotulos. Tyytyväisyyttä eri osa-alueilla selvittävien kysymysten/muuttujien vastausluokkia luokiteltiin uudelleen: ”asialla ei ole merkitystä”- ja ”asia ei kosketa minua”- vaihtoehdot jätettiin pois, joten vastausluokkia jäi kahdesta neljään vaihdellen eri kysymyksissä. Henkilökunnan potilasta kohtaan osoittamaa arvostusta, avuliaisuutta ja kohteliaisuutta mittaava muuttuja koodattiin myös neljäloukkaiseksi siten, että kaksi viimeistä vastausluokkaa (melko ja erittäin huonoa) yhdistettiin samaksi luokaksi ja muut vastausluokat säilyivät ennallaan. Tyytyväisyysmuuttujista laadittiin osa-alueittain neljä keskiarvosummamuuttujaa nimeltään palvelu, tiedota, jatko ja tulos, jotka kuvasivat tyytyväisyyttä eri osa-alueilla. Myöhemmin laadittiin tulos2-keskiarvosummamuuttuja, josta jätettiin pois aiemmin mukana olleet kaksiluokkaiset muuttujat – nykyisen työntekijän vaihtamishalukkuus ja vaitiolovelvollisuutta selvittävä muuttuja. Muutoin potilaiden tyytyväisyyden kuvailemisessa käytettiin jakaumia.

#### 2.4.4. Avoin kysymys

Potilaiden kyselylomakkeessa olleen avoimen kysymyksen kohdalla luokiteltiin se, oliko potilas vastannut kysymykseen vai ei. Tämän jälkeen kaikki vastaukset kirjattiin ylös ja jaettiin asiasisällön perusteella joko myönteiseksi tai kielteiseksi kommentiksi tai parannusehdotukseksi. Vastausten käsittelyssä ei käytetty tilastollisia menetelmiä, vaan tulokset esitetään kuvaillen. Ristiintaulukoinnilla verrattiin kysymykseen vastaamisen ja sukupuolen riippuvuutta ja Khiin neliötestillä testattiin riippuvuuden merkitsevyyttä.

#### 2.4.5. Potilaiden demografisten ominaisuuksien ja kliinisen tilan yhteys tyytyväisyyteen

Potilaiden taustatiedoista eli demografisista ominaisuuksista analyyseissä oli mukana sukupuoli, ikä, siviilisäätö ja koulutus. Kliinistä tilaa analyyseissä kuvasi seuraavat muuttujat: HDS- ja BDI-summamuuuttajat, hoitajien arvioimat psyykkiset oireet-summamuuuttaja, potilaiden arvioimat psykosomaattiset oireet-summamuuuttaja, toiminnan taso-summamuuuttaja, avohoidon kokonaiskesto-aika (kk) ja psykiatrinen päädiagnoosi.

Tyytyväisyyttä kuvaavien keskiarvosummamuuttujien (palvelu, tiedota, jatko ja tulos) keskiarvojen vertailu sukupuolittain tehtiin t-testillä. Demografisten piirteiden ja tyytyväisyyden yhteyttä analysoitiin myös yksisuuntaisella varianssianalyysillä ja logistisella regressioanalyysillä. Logistista regressioanalyysiä varten tyytyväisyyden keskiarvosummamuuttujat (palvelu, tiedota, jatko, tulos) jaettiin kahteen luokkaan. Palvelun osalta luokat olivat ”enemmän tyytyväiset” ja ”vähemmän tyytyväiset”, tiedotamuuttujan osalta ”riittävä tiedotus” ja ”riittämätön tiedotus”, jatkuvuutta kuvaavan muuttujan osalta ”enemmän jatkuvuutta” ja ”vähemmän jatkuvuutta” sekä tulosuuttujan osalta ”hyvin tyytyväiset” ja ”enintään tyytyväiset”.



Aluksi kliinisen tilan ja tyytyväisyyden yhteyttä lähdettiin analysoimaan tutkimalla sitä, ovatko tyytyväiset paremmassa kunnossa kuin muut. Tämän tutkimiseksi verrattiin t-testeillä kliinisten muuttujien (kaikkien muiden paitsi diagnoosin) keskiarvoja ”erittäin tyytyväisten”-ryhmän ja muiden välillä. Kliinisen tilan ja tyytyväisyyden välistä yhteyttä tutkittiin myös logistisella regressioanalyysillä, jolla etsittiin tyytyväisyyttä selittäviä/ennustavia kliinisen tilan tekijöitä. Potilaan psykiatrisen päädiagnoosin ja tyytyväisyyden välistä yhteyttä tutkittiin ristiintaulukoinnin ja Khiin neliötestin avulla.

#### **2.4.6. Kato-ryhmän ja kyselyyn vastanneiden vertailu**

Katoryhmää (n=14) ja kyselyyn vastanneita verrattiin toisiinsa sukupuolen, iän ja diagnoosin suhteen. Sukupuolen ja diagnoosin vertailussa käytettiin ristiintaulukointeja ja Khiin neliötestiä. Ikää (keskiarvoja) verrattiin t-testillä.

### **3. TULOKSET**

#### **3.1. Taustatiedot**

Kyselyyn vastanneiden potilaiden taustatiedot on kuvattu taulukossa 1.

**Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden potilaiden taustatiedot (n=64).**

Sukupuoli	n	%	Siviilisäätö	n	%
Naisia	38	59	Avio-/avoliitto	24	38
Miehiä	26	41	Naimaton	25	39
			Eronnut/leski	15	23

Ikä	n	%	Koulutus	n	%
18-45-v.	26	41	Kansakoulu	38	59
46-65-v.	27	42	Keski-/perusk.	20	31
66-83-v.	11	17	Ylioppilas	6	9

Nykytilanne	n	%	n	%	n	%		
Kotona	3	5	Kotona työssä	2	3	Ansiotyössä	9	14
Työtön	6	9	Sairauslomalla	6	9	Eläkkeellä	38	59

Tutkimukseen vastanneista potilaista (n=64) naisia oli 59% (n=38) ja miehiä 41% (n=26). Ikäjakaumaltaan 18-45-vuotiaita oli 41% (n=26), 46-65-vuotiaita 42% (n=27) ja 66-83-vuotiaita 17% (n=11). Sukupuolittain tarkasteltuna nuorimpaan ikäryhmään kuului naisista 32% (n=12) ja miehistä 54% (n=14), keskimmäiseen ikäryhmään naisista 50% (n=19) ja miehistä 31% (n=8) ja vanhimpaan ikäryhmään naisista 18% (n=7) ja miehistä 15% (n=4). Siviilisäädyltään avio- tai avoliitossa oli 38% (n=24), naimattomia 39% (n=25) ja eronneita/leskiä 23% (n=15). Naisista puolet (n=19, 50%) oli avio- tai avoliitossa, miehistä vain alle viidennes (n=5, 19%). Vastaavasti miehistä 65% (n=17) oli naimattomia, naisista n. viidennes (n=8, 21%). Eronneita/leskiä oli naisista 29% (n=11) ja miehistä 15% (n=4). Sukupuolen ja siviilisäädyn välillä todettiin tilastollisesti merkitsevä riippuvuus ( $p < .002$ ). Vastanneista 59% (n=38) oli peruskoulutukseltaan kansakoulun käyneitä, keski-/peruskoulun oli käynyt n. kolmannes (n=20, 31%) ja ylioppilaita oli 9% (n=6). Naisten ja miesten välillä ei todettu merkitseviä eroja. Yli puolet (n=38, 59%) vastaajista oli eläkkeellä. Toiseksi suurin, mutta huomattavasti pienempi osa, oli ansiotyössä olevia (n=9, 14%). Työttömänä työnhakijana tai sairauslomalla oli

9% (n=6) vastanneista potilaista. Kotona oli 5% (n=3) ja kotona työssä oli 3% (n=2). Verrattaessa sukupuolia merkitseviä eroja ei löytynyt.

## **3.2. Kliininen tila**

### **3.2.1. Potilaiden itsensä arvioimana**

Vastanneista potilaista (n=64) puolet (50%) oli käynyt mielenterveysneuvolassa enintään kymmenen kertaa viimeisen vuoden aikana. Lähes kolmanneksella (30%) hoitokäyntejä oli ollut 11-20 kertaa ja viidennes (20%) oli käynyt yli 21 kertaa.

Joka toinen (52%) vastanneista potilaista kuvasi psyykkistä terveydentilaansa melko hyväksi, keskinkertaiseksi alle kolmannes (29%), melko huonoksi 16% ja erittäin hyväksi 3%. Suurin osa (86%) vastanneista potilaista ei ollut ollut psykiatrisessa sairaalahoitossa viimeisen vuoden aikana. Eri sukupuolten välillä ei löytynyt tilastollisesti merkitseviä eroja näiden kliinistä tilaa kuvaavien tekijöiden osalta. Somaattisiin sairauksiin liittyen vastanneista (n=64) viidennes (20%) ilmoitti, ettei sairastanut mitään somaattista sairautta. Eniten sairastetut somaattiset sairaudet olivat verenpainetauti (20%), nivelrikko/nivelkulumat (20%), sokeritauti (13%), rytmihäiriöt tai sydämen vajaatoiminta (11%). Muun kuin luettelossa mainittu sairauden esim. migreenin tai silmäsairauden toi esille n. kolmannes (34%). Tähän (muu sairaus) vastanneista osa (16%) toi esille psyykkisen sairautensa. Astmaa tai päihderiippuvuutta sairasti 9%, sepelvaltimotautia 5%, aivoverisuonentukosta/aivoinfarktia/aivoverenvuotoa 6% tai muuta aivoverenkieron häiriötä 3%. Marevan-lääkitystä käytti 3%. Nivelreumaa sairasti 2%.

Psykosomaattisen oireilun keskiarvoksi tuli naisilla 6,3 ja miehillä 4,6 (summapistemäärän asteikko 0-26, jolloin pistemäärän kasvu merkitsee suurempaa taipumusta psykosomaattiseen oireiluun). Naiset ja miehet eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi oireiden keskiarvojen suhteen. Depressiopisteet arvioituna Beckin 21-osioisella depressioasteikolla olivat naisilla keskimäärin 14,4 ja miehillä 12,6 (summa-

pistemäärän asteikko 0-63; pistemäärän kasvaessa depressiivisyys on vaikeampaa). Erolla ei ollut tilastollista merkitsevyyttä. Sen sijaan psykosomaattisen oireilun ja depression välillä todettiin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ( $p < .001$ ).

### 3.2.2. Henkilökunnan arvioimana

Henkilökunnan ilmoittamana tutkimuksessa mukana olleista potilaista kuudella (8%) ei ollut psykiatrista päädiagnoosia. Psykiatrinen päädiagnoosijakauma näkyy taulukossa 2. Suurimmat diagnosoiryhmät olivat mielialahäiriöt (40%) ja skitsofrenia (36%). Mielialahäiriöisistä masentuneita oli suurin osa (35%). Sukupuolten välillä oli eroja siten, että naisia oli enemmän masentuneiden ja miehiä skitsofreenikoiden ryhmässä ( $p < .01$ ). Potilaista yli puolella (56%) ei ollut somaattista sairautta.

**Taulukko 2. Potilaiden psykiatrinen päädiagnoosi.**

Päädiagnoosi	n	%
Ei diagnoosia	6	8
Skitsofrenia	28	36
Mielialahäiriöt	31	40
(- masennus)	27	35
Ahdistuneisuushäiriöt	4	5
Psyykkiset kriisit, stressireaktiot	5	6
Persoonallisuushäiriöt	4	5
Yhteensä	78	100

Avohoito oli jatkunut jo yli viisi vuotta (yli 60 kk) neljällä kymmenestä (42%) potilaasta, joka viidennellä (21%) hoito oli kestänyt 2-5 vuotta, n. 10%:lla hoito oli jatkunut 1-2 vuotta ja joka neljännen (27%) potilaan avohoito oli tähän mennessä kestänyt kokonaisuudessaan enintään vuoden.. Keskimäärin avohoidon kokonaiskesto naisilla oli yh-

deksän vuotta ja miehillä n. kahdeksan vuotta (ei tilastollista merkitsevyyttä). Psykiatrisia sairaalahoitoja ei ollut ollut lainkaan neljällä kymmenestä (43%) potilaasta. Yhdellä potilaalla sairaalahoitoja oli ollut 30 kertaa psykiatrisen avohoidon aikana. Noin kolmanneksella potilaista hoitokontakti oli ollut vähintään kerran (35%) tai kaksi kertaa (29%) kuukaudessa. Tätä harvemmin hoidossa oli käynyt noin viidennes (19%) ja vähintään 1-2 kertaa viikossa 18% potilaista. Henkilökunnan mukaan potilaista suurin osa (85%) oli käyttänyt psyykenlääkkeitä ohjeiden mukaan. Eniten käytetty lääkitys oli masennuslääkitys, joita käytti 63% potilaista. Neuroleptilääkitystä (joko tabletteina tai depot-injektiona) käytti yli puolet (52%). Bentsodiatsepiinilääkitys oli käytössä 42%:lla. Karbamatsepiinilääkitystä tai lääkkeitä sivuvaikutuksiin käytti hyvin pieni osa (3%). Alle viidenneksellä (16%) oli käytössä joku muu psyykenlääkitys. Suurimmalla osalla potilaista (78%) ei ollut ollut itsemurhayrityksiä. Yksi tai kaksi yritystä oli ollut 13%:lla, kolme tai useampia 9%:lla potilaista. Henkilökunnan mukaan suurin osa (88%) potilaista oli käyttänyt sovitut vastaanottoajat. Psykiatrisia päivystyskäyntejä oli tarvinnut vajaa viidennes (17%) potilaista. Henkilökunnan arvioimien potilaiden masennuspisteiden (HDS) keskiarvo oli naisilla 17,1 ja miehillä 18,4 (kokonaispistemäärä 0-7 = ei masennusta, 8-15 = lievä masennus, yli 16 = vakava masennus). Psykkisten oireiden keskiarvoksi tuli naisilla 26,2 ja miehillä 28,4 (summapistemäärän asteikko 0-51, jolloin pistemäärän kasvu merkitsee suurempaa taipumusta psyykkiseen oireiluun). Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Potilaiden toiminnallisten taitojen keskiarvo oli naisilla 6,6 ja miehillä 8,0 (summapistemäärän asteikko 0-18, jolloin pistemäärän kasvu merkitsee heikompiä toiminnallisia taitoja). Ero sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ( $p < .01$ ).

### 3.3. Tyytyväisyys

Tyytyväisyyttä selvittävien keskiarvosummamuuttujien keskiarvot olivat seuraavat: palvelu 1.4, tiedota 1.5, jatko 1.3 ja tulos2 1.7 (asteikko 1-4; arvon kasvaminen merkitsee tyytymättömyyden lisääntymistä). Keskiarvojen perusteella voidaan todeta, että po-

tilaat olivat keskimäärin tyytyväisiä palvelujen saatavuuteen ja vastaanottotapahtumaan, tiedottamiseen, hoidon jatkuvuuteen ja yhteistyöhön sekä hoitotulokseen.

### **3.3.1. Palvelujen saatavuus ja vastaanottotapahtuma**

Vastanneista potilaista lähes kaikki (95%) olivat sitä mieltä, että hoitavalla mielenterveysneuvolan (mtn) työntekijällä oli ollut riittävästi tai kohtalaisen riittävästi antaa aikoja. Hyvin pieni osa (5%) oli tyytymätön omalle työntekijälle saamiensa aikojen määrään. Samoin terveyskeskuslääkärille oli saanut riittävästi tai kohtalaisen riittävästi aikoja 89% vastanneista. Sen sijaan erikoislääkärille oli saanut aikoja niukanlaisesti tai ei lainkaan riittävästi 15% potilaista, tyytyväisiä oli 63%, noin viidennes (22%) ei ollut tarvinnut aikoja erikoislääkärille. Mtn:n työntekijä oli ottanut potilaan elämäntilanteen huomioon erittäin tai melko hyvin lähes kaikkien potilaiden kohdalla (94%). Keskeiset ongelmat oli huomioitu erittäin tai melko hyvin 93%:n mielestä. Lähes 13% potilaista oli kokenut, että ongelmista kertominen työntekijälle on ollut melko tai erittäin vaikeaa. Erittäin tai melko helpoksi kertomisen oli kokenut 85%. Yli puolet (59%) potilaista ei ollut vastaanotolla ollessaan kokenut häiritseväksi työntekijälle tulleita puheluita, n. kolmannes (28%) oli kokenut puhelut häiritseväksi joskus. Joillakin (7%) puhelut olivat häirinneet vastaanottoa aina tai lähes aina. Useimpia potilaita (85%) työntekijän tietokoneen käyttäminen ei ollut häirinnyt vastaanotolla tai se oli häirinnyt joskus. Vastaanoton keskeytyminen joskus oli tapahtunut n. kolmanneksella potilaista (34%). Yli puolet (56%) mainitsi, ettei vastaanotto ole keskeytynyt koskaan.

### **3.3.2. Tiedottaminen**

Lähes kaikki (93%) potilaat olivat saaneet täysin tai melko riittävästi perusteluja hoidolleen. Vain muutamalle (3%) ei oltu selitetty riittävästi hoidon tarkoitusta ja merkitystä. Samoin suurin osa potilaista (90%) oli tyytyväisiä saamaansa tietoon sairaudestaan, 8% oli saanut omasta mielestään melko vähän tietoa tai ollut saanut tietoa ollen-

kaan. Potilaista 87% oli saanut osallistua hoitonsa suunnitteluun ja siihen liittyvään päätöksentekoon täysin tai melko riittävästi. Joka kymmenes ei pitänyt asiaa itselleen merkityksellisenä.

### **3.3.3. Hoidon jatkuvuus ja yhteistyö muiden tahojen kanssa**

Työntekijä oli pysynyt viimeisen vuoden aikana samana 70%:lla potilaista, n. kolmanneksen (30%) kohdalla työntekijä oli vaihtunut kerran. Kaikki potilaat pitivät erittäin tai melko tärkeänä sitä, että työntekijä pysyy samana. Noin kaksikolmannesta (60%) oli kokenut, että perhe oli otettu mukaan hoitoon täysin tai melko riittävästi. Noin kolmanneksen (32%) kohdalla asialla ei ollut merkitystä.

### **3.3.4. Palvelujen arviointi ja hoitotulos**

Lähes kaikki (90%) olivat kokeneet avun hakemisen mtn:sta erittäin tai melko helpoksi, joillekin (10%) se oli ollut melko tai erittäin vaikeaa. Melkein kaikki (97%) voisivat suositella palveluja ehdottomasti tai luultavasti myös muille. Potilaat olivat erittäin tai melko tyytyväisiä (98%) työntekijänsä työhön eikä työntekijän vaihtamishalukkuutta juurikaan ollut. Lähes kaikki (95%) olivat tyytyväisiä mtn:n henkilökunnan heitä kohtaan osoittamaan arvostukseen, avuliaisuuteen ja kohteliaisuuteen. Esille tuli tyytyväisyys myös lääkehoitoon ja keskusteluhoitoon, joihin lähes kaikki (98%) olivat erittäin tai melko tyytyväisiä. Terveyskeskuslääkäripalveluihin oli erittäin tai melko tyytyväisiä 84% potilaista, tyytymättömyyttä ilmaisi 7%. Erikoislääkäripalveluihin ilmaisi tyytymättömyyttä 11% potilaista, n. kaksikolmasosaa (68%) oli erittäin tai melko tyytyväisiä, viidennes (21%) ei ollut tarvinnut tai saanut erikoislääkäripalveluja. Lähes kaikki (98%) potilaat pitivät mtn:aa luotettavana ja heidän mielestään vaitiolovelvollisuusvaatimus täyttyi.

### **3.3.5. Yhteenveto**

Potilaat olivat hyvin tyytyväisiä mielenterveysneuvolan työntekijöihin, hoitoon ja palveluihin. Tyytymättömyyttä ilmeni lähinnä vastaanoton häiriintymisen tai keskeytymisen vuoksi sekä erikoislääkäripalvelujen saatavuuden osalta. Toiveena oli lisätä vastaanottoaikoja. Potilaat olivat myös jonkin verran kokeneet vaikeutta kertoa ongelmistaan mielenterveysneuvolassa.

## **3.4. Avoimen kysymyksen vastaukset**

Potilaiden kyselylomakkeen lopussa olevaan avoimeen kysymykseen, johon potilas sai kirjoittaa mielipiteensä vapaamuotoisesti, vastasi 39% potilaista (n=25). Sukupuolittain tarkasteltuna kysymykseen vastasi 18 naista (72%) ja 7 miestä (28%). Kysymykseen vastaamisella ja sukupuolella ei ollut riippuvuutta toisistaan. Pääasiassa kommentit olivat myönteisiä ja toivat esille tyytyväisyyttä hoitoon ja palveluihin. Erilaisia kriittisiä kommentteja tai ehdotuksia oli 15.

### **3.4.1. Myönteiset kommentit**

Kysymykseen vastanneista seitsemän potilasta toi esille olevansa erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen hoitoon tai hoitajien tai lääkärien työhön. Yksi toi esille olevansa tyytyväinen lääkitykseensä. Lisäksi kaksi kuvasi tyytyväisyyttään sanomalla, että paikka on ihan ok ja yksi ei löytänyt valittamisen aihetta. Palvelun kuvasi hyväksi neljä potilasta. Joku kuvasi mielenterveysneuvolaa ”yes” paikkana. Toinen mainitsi, että on erittäin hyvä, että palvelu on olemassa tai että mielenterveysneuvola on oikealla asialla tai että se tekee arvokasta työtä. Jonkun mielestä kynnyks hakea apua on ollut erittäin korkea, mutta vastaanotto on ollut miellyttävä ja antoisa. Joku on kokenut, että mielenterveysneuvo-



lasta saa apua tarvittaessa. Esille tuli myös, että mielenterveysneuvola on paikka, josta saa apua ja tukea. Se on hyvä paikka keskustella ja kuunnella vastavuoroisesti. Annettu tuki on ollut asiallista ja kannustavaa. Työntekijän näkemykset ja ehdotukset ovat saaneet ajattelemaan asioita uudella tavalla. Jonkun kohdalla keskustelu on auttanut yksinäisyyden ja väsymyksen tunteeseen ja huonoon itseluottamukseen. Joku on tuntenut käynnin jälkeen olonsa seestyneemmäksi. Jonkun kohdalla itsesyytökset ja itsetuhoajatukset ovat poistuneet. Jotakin jopa puhelinkeskustelut ovat auttaneet. Kaksi potilaista esitti kiitoksensa mielenterveysneuvolalle.

### **3.4.2. Kielteiset kommentit tai ehdotukset**

Yksi potilas oli tuntenut lääkärin painostavan ja tunteen, että häneen ei luoteta. Joku oli tyytymätön lääkitykseensä ja toinen halusi puhua lääkityksestään. Kaksi potilasta toi esille sen, että erikoislääkärille pääsy ei ole ollut helppoa tai mahdollista. Toinen toi esille, että työntekijöitä on liian vähän tai että työntekijöiden kova työpaine on aistittavissa. Resurssipulan vuoksi joku ei ole voinut käydä tarpeensa mukaan hoidossa. Myös toinen potilas toi esille, että tapaamisia saisi olla tiheämmin. Joku ehdotti, että työntekijöitä on lisättävä, jotta toive nykyistä pidemmästä ajasta yhtä käyntikertaa kohden mahdollistuisi. Myös toinen potilas esitti henkilökunnan lisäystä ja samalla toivoi enemmän palveluja (autollisia palveluja ja liikuntaseuraa). Joku valitti, ettei puhelimella saa yhteyttä kuin puhelinvastaajaan, joka ei voi auttaa. Jonkun mielestä säästöt ovat pureet liiaksi mielenterveysneuvolan palveluihin, mutta henkilökunta tekee kuitenkin parhaansa. Samassa yhteydessä toivottiin päättäjien tajuavan asian tärkeyden. Joku toivoi muilta asennemuutosta palveluun suhtautumisessa. Toinen vastaaja esitti mielenterveystyön esittelyä, teemapäivää ja luentoja mielenterveystyönsairauksista muille, esim. koko terveyskeskuksen henkilökunnalle, jotta mielenterveystyö tulisi tutuksi.

### **3.4.3. Yhteenveto**

Potilaat toivat esille tyytyväisyyteensä mielenterveysneuvolan hoitoon ja palveluun. He ovat kokeneet saaneensa apua monissa eri asioissa terveyteensä liittyen. Mielenterveysneuvola pidetään paikkana, josta saa apua. Annettu tuki ja apu on ollut asiallista, antoisaa, miellyttävää ja kannustavaa. Kriittisissä kommentteissa tuli erityisesti esille resurssipula, joka on aistittavissa ja vaikeuttaa yhteydenottoja ja hoitokäyntejä. Erikoislääkärille pääsyn hankaluus tuli myös esille. Ehdotuksissa tuli esille henkilökunnan määrän lisääminen ja toiminnan tunnetuksi tekeminen päättäjille ja kaikille muillekin.

### **3.5. Potilaiden demografisten ominaisuuksien ja kliinisen tilan yhteys tyytyväisyyteen**

Tyytyväisyyden eri osa-alueita (1. palvelujen saatavuus ja vastaanottotapahtuma, 2. tiedottaminen, 3. hoidon jatkuvuus ja yhteistyö sekä 4. palvelujen arviointi ja hoitotulos) selvittävien keskiarvosummamuuttujien keskiarvot eivät eronneet sukupuolen mukaan tarkasteltuna tilastollisesti merkitsevästi toisistaan, joten naiset ja miehet olivat yhtä tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja palveluun. Sen sijaan siviilisäätynä näytti ennustavan tyytyväisyyttä mielenterveysneuvolan palvelujen saatavuuteen ja vastaanottotapahtumaan. Naimattomat olivat muita tyytymättömämpiä palvelujen saatavuuteen ja vastaanottotapahtumaan, ero avio- tai avoliitossa asuviin verrattuna oli tilastollisesti merkitsevä ( $p < .05$ ). Eronneisiin tai leskiin verrattuna naimattomuus ( $p < .01$ ), mutta myös parisuh-teessa eläminen ( $p < .05$ ) lisäsi tyytymättömyyttä mielenterveysneuvolan palveluista tiedottamiseen. Siviilisäädyn lisäksi myös ikä oli tyytyväisyyttä selittävä tekijä. Ikäryhmään 46-65 kuuluminen lisäsi tyytymättömyyttä hoidon tuloksiin verrattuna 18-45- tai 66-83-vuotiaisiin.

Palvelujen saatavuuteen ja vastaanottotapahtumaan tyytymättömämmät olivat muita masentuneempia ( $p < .001$ ) verrattaessa kliinisen tilan ja tyytyväisyyden yhteyttä.

Masentuneisuudesta todettiin myös, että se lisäsi tyytymättömyyttä asioista tiedottamiseen ( $p < .05$ ). Sen sijaan masennus näytti selittävän tyytyväisimpien ryhmään kuulamista palvelujen jatkuvuutta arvioitaessa ( $p < .05$ ). Todettiin myös, että ne potilaat, jotka olivat toiminnan tasoltaan heikompikuntoisia, olivat tyytymättömämpiä palvelujen jatkuvuuteen kuin muut ( $p < .05$ ).

Eri diagnoosiryhmien (ei diagnoosia, skitsofrenia, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psyykkiset kriisit ja stressireaktiot sekä persoonallisuushäiriöt) välillä oli eroja tyytyväisyydessä asioista tiedottamiseen ( $p < .01$ ). Skitsofreenikot ja persoonallisuushäiriöiset pitivät muita enemmän tiedottamista riittävänä. Mielialahäiriöiset pitivät puolestaan muita enemmän tiedottamista riittämättömänä.

Yhteenvetona voidaan todeta, että erityisesti naimattomuus ja masennus olivat yhteydessä tyytymättömyyteen saatuun palveluun ja hoitoon.

### **3.6. Katoryhmä**

Kyselyyn vastaamattomat potilaat (katoryhmä,  $n=14$ ) eivät eronneet kyselyyn vastanneista sukupuolen, iän ja diagnoosin suhteen tarkasteltuna, joten vastanneiden ryhmä edusti koko tutkittavien joukkoa.

## **4. POHDINTA**

Tässä tutkimuksessa selvitettiin Joroisten terveyskeskuksen mielenterveysneuvolan hoidon ja palvelun laatua tutkimalla avohoidossa olevien aikuispotilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja palveluihin. Tutkimuksella haluttiin lisäksi selvittää potilaiden

kliinisen tilan yhteyttä tyytyväisyyteen. Käytännön tavoitteena oli saada esille mielen-terveysneuvolan toiminnan kehittämiskohteita ja siten parantaa hoidon laatua. Tutkimus oli osa paikallista laadun kehittämishanketta. Tutkimuksen lähtökohtana oli ajatus, että potilas on aktiivinen ja myös psykiatrinen potilas pystyy arvioimaan hoitoaan ja saami-aan palveluja. Tutkimuksen kohderyhmänä oli mielen-terveysneuvolan 79 hoitosuhtees-sa olevaa aikuispotilasta. Tutkimus suoritettiin kyselylomaketutkimuksena siten, että potilaat täyttivät oman kyselylomakkeensa ja työntekijät oman kyselylomakkeen kukin omien potilaidensa kohdalta. Aikaisemmat potilastyytyväisyystutkimukset ovat suurelta osin olleet kvantitatiivisia kyselylomake-tutkimuksia, joten tämä tutkimus noudatti menetelmältään aikaisempia tutkimuksia. Kyselylomaketutkimusten etuna nähdään se, että ne ovat helppo toteuttaa (Williams, 1994). Tyytyväisyystutkimukset kuvaavat potilaiden subjektiivisia mielipiteitä, joita pidetään sinällään arvokkaina.

Tutkimuksen toteuttamisen ja aineiston keruun virhelähteitä pohdittaessa voidaan to-deta, että kaikkia kyselylomakkeita ei ole annettu potilaille ensitapaamisella tutkimuk-sen aloittamisen jälkeen, vaikka tämä oli tarkoitus. Tähän oli syynä ajanpuute, kun en-simmäisellä kerralla työntekijän ja potilaan kesälomatauon jälkeen potilailla oli paljon keskusteltavaa eikä työntekijöille jäänyt enää aikaa kyselyn selostamiseen. Toisena syy-nä voidaan todeta, että työntekijöistä oli joskus tuntunut vaikealta ahdistaa tai vaivata potilasta vielä kyselylomakkeella jo muutoinkin potilaalle ahdistavan tilanteen lisäksi esim. tilanteissa, joissa kriisipotilas oli ensimmäisellä vastaanottokäynnillä. Tällaisissa tilanteissa työntekijät näkivät hoitosuhteen ensisijaisena asiana. Tässä yhteydessä voi samalla miettiä, oliko tutkimusajankohta – kesä – paras mahdollinen, koska työntekijät olivat vuorollaan lomalla ja siten myös hoitosuhteissa oli pitempi tauko. Tosin kesän työntekijätilannetta paransi sairaanhoitajasijainen. Joka tapauksessa kesäloma-aika pi-densi tutkimukseen käytettyä aikaa. Alun perin oletuksena oli, että aineiston keruu veisi aikaa 1,5 kuukautta, mutta siihen kului huomattavasti pitempi aika.

Tutkimusmenetelmiä arvioitaessa voidaan todeta, että kyselylomakkeita laadittaessa kysymysten määrää piti rajata, jotta lomakkeista ei olisi tullut liian pitkiä ja raskaita täyttää. Näin ollen mielenkiintoisia sisältöalueita ja kysymyksiä jäi pois esim. potilaan

kyselyssä yhteydenpitoa muihin viranomaisiin/yhteistyötahoihin (Kela, sosiaalitoimisto, työvoimatoimisto) selvittävät kysymykset. Nämäkin kysymykset olisivat olleet mielenkiintoisia nimenomaan mielenterveysneuvolan työryhmän kannalta. Nyt poisjääneitä sisältöalueita voi selvittää mahdollisissa jatkotutkimuksissa Kyselylomakkeet olisivat voineet olla helpommin täytettävät. Nyt joissakin kohdin kysymykset tai vastausvaihtoehdot olivat liian tiiviisti sijoitettuja ja tämän vuoksi joitakin kysymyksiä lienee jäänyt etenkin potilaita huomaamatta täyttämättä. Tiiviydellä yritettiin saada lomakkeiden pituus kohtuulliseksi. Henkilökunnan kyselylomakkeeseen sisältyvä Hamiltonin depressioasteikko (HDS) oli vaikea täyttää joidenkin potilaiden kohdalta eikä hyvää vastausvaihtoehtoa löytynyt. Vaikuttaa siltä, että HDS soveltuu avohoitoa paremmin osasto-olosuhteisiin, jossa potilasta on mahdollisuus havainnoida ja haastatella pidemmällä ajalla ja samalla tarkentaa tietoja. Esim. sukupuolisen mielenkiinnon suhteen arviota oli joidenkin kohdalla vaikea tehdä, koska sen hetkistä tietoa tilanteesta ei ollut eikä potilasta ollut mahdollisuus haastatella juuri sillä hetkellä. Samoin viikottaisten arvioiden tekeminen (kahden kysymyksen kohdalla) oli vaikeaa, koska havaintoja ei pystynyt tekemään. Olisi voinut ollut aiheellista sisällyttää lomakkeeseen skitsofreenikoille tarkoitettu osuus vastaavalla tavalla kuin masentuneille oli HDS.

Tyytyväisyyttä selvittävien kysymysten kohdalla todettiin, että kysymykset mittasivat eri tekijöitä, vaikka olivatkin saman suuremman otsikon/osa-alueen alla (osa-alueet olivat: palvelujen saatavuus ja vastaanottotapahtuma, tiedottaminen, hoidon jatkuvuus ja yhteistyö sekä palvelujen arviointi ja hoitotulos) eikä reliabiliteettia siten analysoitu. Validiteetin hyvyttä kuvastaa se, että tulokset olivat hyvin samansuuntaisia aikaisempien potilastyytyväisyyttä ja hoidon laatua mittaavien tutkimusten kanssa. Beckin Depressioindeksin ja Hamiltonin Depressioasteikon reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyväksi useissa aikaisemmissa tutkimuksissa (Antikainen ym., 1994; O'Brien & Glaudin, 1988).

Aineiston analyyseja vaikeutti muuttujien, etenkin tyytyväisyys-muuttujien, osalta se, ettei normaalijakauma-oletus ollut voimassa. Ainakin regressioanalyysin käyttö ei ollut mahdollista tämän vuoksi. Varianssianalyysinkin tuloksiin kannattaa suhtautua hieman varoen juuri tämän oletuksen täyttymättömyyden vuoksi.

Tutkimuksen tuloksia pohdittaessa potilaiden taustatietojen osalta voidaan todeta, että sukupuolen ja siviilisäädyn osalta todettiin tilastollisesti merkitsevä riippuvuus. Nimenomaan miehet ovat niitä, jotka asuvat naimattomina. Näyttää siis siltä, että erityisesti psyykkisistä ongelmista kärsivien miesten on naisia vaikeampi solmia parisuhdetta. Muutoinkin koko otoksessa siviilisäädyltään naimattomia oli eniten, minkä myös Viinamäki ym. (1994) ovat todenneet omassa psykiatrisia potilaita koskeneessa tutkimuksessaan. Toinen huomionarvoinen asia on tämän tutkimuksen potilaiden vähäinen peruskoulutus, joka voi sairauden lisäksi olla osatekijänä eläkkeelle siirtymiseen.

Potilaiden kliinistä tilaa tutkittaessa todettiin, että naisten ja miesten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero psykiatrisessa päädiagnoosissa ja toiminnallisissa taidoissa. Naisia näytti olevan miehiä enemmän mielialahäiriöisten ryhmässä ja miehiä vastaavasti enemmän skitsofreenikoissa. Potilaiden toiminnalliset taidot olivat varsin hyviä, mutta naisten taidot olivat parempia kuin miesten, mikä oli odotettu ero sukupuolten välillä. Beckin depressioasteikon keskiarvot sekä naisilla että miehillä (naiset 14,4, ja miehet 12,6) olivat suuremmat kuin mitä esim. Viinamäen ym. (1994) tutkimilla psykiatrisilla avohoito- ja sairaalapotilailla keskimäärin (noin 11 pistettä). Kertoneeko tämä tähän tutkimukseen osallistuneiden potilaiden ”rehellisydestä” omia tuntemuksia kohtaan. Henkilökunnan arvioimat potilaiden masennusta osoittavien HDS-pisteiden keskiarvot olivat naisilla 17,1 ja miehillä 18,4 eli vakavaa masennusta osoittavia.

Potilaat olivat hyvin tyytyväisiä mielenterveysneuvolassa saamaansa hoitoon ja palveluun niin palvelujen saatavuuden ja vastaanottotapahtuman, tiedottamisen, hoidon jatkuvuuden kuin hoitotuloksenkin osalta ja näin ollen hoidon laatua voidaan pitää hyvänä. Tutkimustulos on samansuuntainen aikaisempien psykiatriseen hoitoon kohdistuneiden potilastyytyväisyystutkimusten tulosten kanssa, joissa tyytyväisiksi on todettu usein jopa 80-90% potilaista (Koponen, Veijalainen, Laitinen, & Kontunen, 1996; Williams, 1994). Terveyskeskuksen muissa toimipisteissä tehtyihin tutkimuksiin verrattuna mielenterveysneuvolan potilaat näyttävät olevan ainakin yhtä tyytyväisiä kuin muiden toimipisteiden asiakkaat tai potilaat. Kotihoito-osaston asiakkaiden on todettu olevan kiitettävän tyytyväisiä osaston palveluihin ja henkilökuntaan (Viljakainen, 2000), samoin terveyskeskuksen puhelinvaihteen asiakkaiden on todettu olevan tyytyväisiä puhelinpalveluun (Vehviläinen, Lipsanen, & Kinnunen, 2000). Vuodeosastolta on tullut

enemmän kriittisiä kommentteja kuin nyt psykiatrisilta potilailta (Vehviläinen & Miettinen, 1999). Tämän tutkimuksen kriittiset kommentit jäivät puoleen siitä, mitä vuodeosaston potilaat ovat tuoneet esille (15 vs. 32 kpl). Psykiatrisessa hoitotyössä korostuu inhimillisyys ja vuorovaikutussuhteet ja voi olla, ettei omaa hoitoa voi kritisoida, koska psykiatrinen potilas on saamastaan hoidosta ja palvelusta erityisen riippuvainen hoitosuhteen kestäessä usein jopa vuosia. Potilaat toivat kuitenkin esille tärkeitä havaintoja, parannusehdotuksia ja todellisia epäkohtia. Toiveena oli saada enemmän ja helpommin aikoja erikoislääkärille. Muutoinkin työntekijöiden vähäinen määrä tuli esille ja esitettiin henkilökunnan määrän lisäämistä. Mielenterveysneuvolan erikoislääkärin palvelut ovatkin olleet viimeisen vuoden aikana aikaisempaa vaikeammin järjestettävissä lääkäripulan vuoksi. Henkilökunnan määrän lisäämiseksi on esillä ollut nykyisen osastoaikaisen psykologin työpanoksen kokopäiväistäminen.

Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että potilastyytyväisyydellä ei ole ollut selvää yhteyttä potilaiden demografisiin piirteisiin (Koponen ym., 1996; Lebow, 1983). Tässä tutkimuksessa todettiin siviilisäädyn ja iän olevan yhteydessä tyytyväisyyteen. Nimenomaan naimattomuus ja myöhäinen keski-ikä olivat tyytymättömyyttä lisääviä tekijöitä. Keski-ikäisten voidaan ajatella olevan rohkeampia kuin muut tuomaan esille tyytymättömyyttä, naimattomuus ja sitä kautta läheisen tuen puute saattaa lisätä tyytymättömyyttä asioihin yleensäkin. Monissa tutkimuksissa on todettu vahva tai merkitsevä yhteys potilaan diagnoosin ja tyytyväisyyden välillä, mutta tutkimustulokset ovat ristiriitaisia riippuen mm. siitä, miten diagnoosit on luokiteltu. Erilainen luokittelu vaikeuttaa myös tutkimustulosten vertailua. Tämän tutkimuksen tulos masentuneisuuden yhteydestä tyytymättömyyteen on samansuuntainen Wyshakin ja Barskyn (1995) saamien tulosten kanssa.

Mielenterveysneuvolan sairaanhoitajien kanssa käymissä keskusteluissa tuli esille huomionarvoisia seikkoja nimenomaan käytännön työtä ja/tai sen kehittämistä ajatellen. Joidenkin tyytyväisyyttä mittaavien kysymysten kohdalla oli melko suuria määriä potilaita, jotka olivat valinneet ”asialla ei ole merkitystä” vastausvaihtoehdon. Tämä voi olla osoitus siitä, että potilailla on ollut vaikeus vastata kysymyksiin. Asioista tiedottamisen kohdalla tuli esille, että jotkut potilaat haluaisivat lisätietoja, mutta sitä ei lomakkeessa enää kysytty, millaisista lisätiedoista mahdollisesti olisi kysymys – kysymyses-

sä saattaa olla sellaisetkin tiedot, joita mtn:ssa ei pystytä antamaan (esim. Kelan etuukista). Kaikkien potilaiden kohdalla perhettä ei ole pystytty ottamaan mukaan potilaan hoitoon riittävästi. Tämä ainakin osittain selittyy resurssipulalla. Sairaanhoitajat kiinnittivät huomiota myös niihin muutamiin potilaisiin, jotka haluaisivat vaihtaa työntekijää. Näiden potilaiden kohdalla tämänhetkinen hoito ei ole hyödyllistä ja se on heidän kohdallaan harmillista. Harmillista on myös se, että n. kolmanneksen kohdalla vastaanotto työntekijän luona on häiriintynyt tai keskeytynyt joskus ja tämä on parannusta vaativa asia.

Tässä tutkimuksessa analysoitiin myös vastaamattomien ryhmää (katoryhmä, n=14). He eivät poikenneet kyselyyn vastanneiden ryhmästä sukupuolen, iän ja diagnoosin suhteen. Katoryhmää ei aikaisemmissa tutkimuksissa ole juurikaan analysoitu, vaikka niissä vastaamattomien osuus on ollut suhteellisen suuri.

Kyselylomakkeiden poikkeuksellisen hyvä palautusprosentti (84%) toi esille sen, että psykiatristen potilaat haluavat ja pystyvät arvioimaan terveydenhuoltoa. Korkeila ym. (1998) ovat myös todenneet saman omassa avohoitoa koskevassa potilastyytyväisyystutkimuksessaan. Aikaisemmin todettu (Hansson & Höglund, 1995; Korkeila ym., 1998; Ruggeri, 1994) tyytyväisyystutkimusten epäkohta eli vastaamattomien suuri määrä ja siten vastausprosentin alhaisuus ei pitänyt tämän tutkimuksen kohdalla paikkaansa. Osatekijänä korkeaan palauttaneiden määrään voi olla se, että avohoitopotilaat ovat parempikuntoisia kuin laitoshoitopotilaat ja siten kykenevät paremmin arvioimaan palveluja.

Tulosten vertailua muihin tutkimuksiin vaikeuttaa se, että tutkimuksessa käytetyt menetelmät eivät ole aikaisemmin olleet käytössä juuri tämänkaltaisina. Potilastyytyväisyyden tutkimiseen on olemassa psykometrisilta ominaisuuksiltaan myös Suomessa hyväksi todettu kyselylomakemenetelmä (Korkeila, ym. 1998), mutta tämä havaittiin vasta aineiston keruun ollessa jo käynnissä. Tutkimustulosten yleistettävyyttä vaikeuttaa suhteellisen pieni otos. Tärkeintä tämän tutkimuksen kohdalla on kuitenkin se, että se palvelee paikallisia tarpeita ja tarjoaa tärkeää tietoa mielenterveysneuvolalle ja terveyskeskuksen hallinnolle. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että se toi esille mielenterveysneu-



volan hoidon laadukkuuden ja potilaiden tyytyväisyyden hoitoonsa samalla kun kehittämisalueitakin tuli esille.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia potilaiden omaisten mielipiteitä psykiatrisesta hoidosta ja verrata omaisten ja potilaiden näkemyksiä, kuten terveyskeskuksen kotihoitoa koskevassa tutkimuksessa oli tehty. Aikaisempaan verrattuna voidaan olettaa, että omaiset toisivat potilaita enemmän ja rohkeammin esille kriittisyyttä, koska he eivät ole riippuvaisia hoidosta kuten monet potilaat ovat.

## LÄHTEET

- Antikainen, R., Koponen, H., Lehtonen, J., & Arstila, A. (1994). Mitkä tekijät ennakoivat rajatilapotilaiden sairaalahoidon tulosta? *Suomen Lääkärilehti*, 49 (33), 3453-3459.
- Barker, DA., & Orrell, MW. (1999). The psychiatric care satisfaction questionnaire: a reliability and validity study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34 (2), 111-116.
- Barker, DA., Shergill, SS., Higginson, I., & Orrell, MW. (1996). Patients' views towards care received from psychiatrists. *British Journal of Psychiatry*, 168, 641-646.
- Berg, A., & Yuval, D. (1998). What has happened to patient satisfaction with the care in general hospitals in the years from 1993-1995? *Harefuah*, 134 (5), 348-351, 423.
- Bjoerkman, T., Hansson, L., Svensson, B., & Berglund, I. (1995). What is important in psychiatric outpatient care? Quality of care from the patients' perspective. *International Journal of Quality Health Care*, 7 (4), 355-362.
- Brotkin, E., & Laitinen, S. (2000). Raportti mielenterveystyöstä Joroisten kunnassa 2000. Joroisten terveystakeskus, Mielenterveysneuvola.
- Hansson, L., & Höglund, E. (1995). Patient satisfaction with psychiatric services. The development, reliability and validity of two patient-satisfaction questionnaires for use in inpatient and outpatient settings. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49, 257-262.
- Joroisten kunnan talousarvio v. 2000 ja taloussuunnitelma v. 2001-2002.

- Kelstrup, A., Lund, K., Lauritsen, B., & Bech, P. (1993). Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients. Relationship to diagnosis and medical treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 374-379.
- Koponen, H., Veijalainen, A., Laitinen, HK., & Kontunen, J. (1996). Asiakastyytyväisyystutkimukset psykiatriassa. *Suomen Lääkärilehti*, 51 (31), 3297-3302.
- Korkeila, J., Lehtinen, V., Sohlman, B., & Tuori, T. (1998). Patients' expectations from their psychiatric community care in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52 (6), 513-517.
- Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa (1995). Helsinki: Stakes.
- Lebow, JL. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. *Evaluation ja Program Plannig*, 6 (3-4), 211-236.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) (1999). *Psykiatria*. Jyväskylä: Kustannus Oy.
- McMillan, JR. (1987). Measuring consumer satisfaction to improve quality of care. *Health Program*, 68 (2), 54-55, 76-80.
- O'Brien, KP., & Gludin, V. (1988). Factorial structure and factor reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 113-120.
- Peiponen, A., Brommels, M., & Kupiainen, O. (1996). Vakioitu asiakastyytyväisyysmittari. *Suomen Lääkärilehti*, 51 (18-19), 2042-2048.
- Rentrop, M., Bohm, A., & Kissling, W. (1999). Patient satisfaction with psychiatric care. Historical perspective, methods and results from the international literature. *Fortschritte der Neurologischen Psychiatrie*, 67 (10), 456-465.

- Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 212-227.
- Vehviläinen, A., Lipsanen, S., & Kinnunen, J. (2000). Haluaako potilaasi kuunnella valsseja puhelimessa? Potilaiden mielipiteet terveyskeskuksen puhelinpalvelusta. Yleislääketieteen päivät 26.-27.10.2000. Oulu 2000.
- Vehviläinen, A., & Miettinen, K. (1999). ”Yksinäistä ja hiljaista, ei puutu kuin kalman haju” – potilaiden mielipiteet terveyskeskuksen vuodeosaston hoidon laadusta. Terveydenhuollon I laatupäivät 24.11.-26.11.1999. Helsinki 1999.
- Viinamäki, H., Lavonen, T., Jääskeläinen, J., Venäläinen, E., Väänänen, K., Karvonen, P., Haatainen, J., Mononen, H., Antikainen, R., Niskanen, L., & Lehtonen, J. (1994). Psykiatriset potilaat erikoissairaanhoidossa. *Psykiatrician tutkimussäätiön julkaisusarja*, 107.
- Viljakainen, S. (2000). Asiakastyytyväisyys Joroisten terveyskeskuksen kotihoidossa – palvelujen laatua kartoittava kysely asiakkaille ja omaisille. Päätötyö. Diakoniammattikorkeakoulu. Pieksämäen yksikkö.
- Virtanen, V., & Jääskeläinen, J. (1997). Miten psykiatrisen hoidon laatua tutkitaan? *Suomen Lääkärilehti*, 52 (15), 1855-1858.
- Vuori, H. (1987). Patient satisfaction – an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, 13 (3), 106-108.
- Vuori, H. (1991). Patient satisfaction – does it matter? *Quality Assurance of Health Care*, 3 (3), 183-189.
- Vuori, H. (1993). *Terveydenhuollon laadunvarmistus*. Vammala: Hannu Vuori ja Sairaanhoitajien koulutussäätiö.

Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine, an international Journal*, 38 (4), 509-516.

Williams, B., & Wilkinson, G. (1995). Patient satisfaction in mental health care. *British Journal of Psychiatry*, 166, 559-562.

Wyshak, G., & Barsky, A. (1995). Satisfaction with and effectiveness of medical care in relatio to anxiety and depression. Patient and physician ratings compared. *General Hospital Psychiatry*, 17 (2), 108-114.

JOROISTEN TERVEYSKESKUS  
mielenterveysneuvola  
Aija Sairanen  
Sairaالاتie 1  
79600 JOROINEN

33

LIITE 1 (1)

19.4.2000

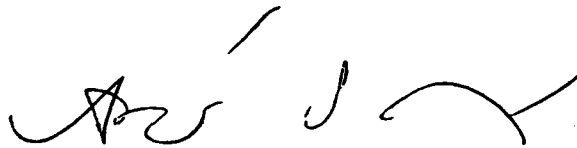
Sosiaali- ja terveyslautakunta  
Joroinen

#### TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Olen Joroisten terveysteskuksen mielenterveysneuvolassa psykologina ja samalla opiskelen Jyväskylä yliopistossa psykologian laitoksella. Opintoihini kuuluu tutkimustyön tekeminen. Olen suunnitellut, että teen tutkimuksen mielenterveysneuvolan potilaille aiheena "Mielenterveysneuvolan potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon ja tyytyväisyyden yhteys kliniseen tilaan". Tutkimus on tarkoitus suorittaa kyselylomaketutkimuksena (kyselylomake esillä lautakunnassa). Terveysteskuksen puolelta tutkimustyöni ohjaajana on ylilääkäri Arto Vehviläinen.

Anon sosiaali- ja terveyslautakunnalta lupaa suorittaa ko. tutkimus.

Kunnioittavasti



Aija Sairanen



61 § PSYKOLOGI AIJA SAIRASEN TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Joroisten terveyskeskuksen psykologi Aija Sairanen on ollut määräaikaisessa psykologin virassa Joroisten terveyskeskussa. Sosiaalityöntekijäkoulutukseen hän on tehnyt Jyväskylän yliopistossa yhden ns. gradu-työn. Kuitenkin psykologin tutkintoa varten hän Jyväskylän yliopiston tulokinnon mukaan joutuu tekemään oman gradu-työnsä.

Psykologi Aija Sairanen aikoo tehdä Joroisten mielenterveysneuvolan asiakkaille potilastyytyväisyyskyselyn. Tästä tutkimuksesta on käytännön hyötyä potilastyössä ja hoidonlaadun parantamisessa.

Liite nro 10

Ehdotus: (yl.)

Sosiaali- ja terveyslautakunta päättää myöntää Aija Sairaselle luvan potilastyytyväisyystutkimuksen suorittamiseen.

Päätös:

Hyväksyttiin.

Otteon tarkistetusta pöytäkirjasta  
todetaan oikeaksi Joroisten kunnan-  
virastossa 4 päivänä toukokuuta

19 2000

*Aija Sairanen*  
Pöytäkirjapitäjä

*EA*

*Aija Sairanen*

**KYSELYLOMAKE****LIITE 2**

Olen Joroisten mielenterveysneuvolan psykologi ja samalla Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen opiskelija. Teen opintoihini kuuluvan tutkimuksen Joroisten mielenterveysneuvolan potilaiden tyytyväisyydestä saamaansa hoitoon.

Tutkimuksessa kysyn potilaiden kokemuksia ja mielipiteitä mielenterveysneuvolan palveluista VIIMEISEN VUODEN AJALTA. Tutkimuksen kannalta juuri Teidän mielipiteenne ovat tärkeitä. Kyselyn tarkoituksena on kehittää mielenterveysneuvolaa entistä toimivammaksi ja kaikkia potilaita mahdollisimman hyvin palvelevaksi. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti. Täytetyn kyselylomakkeen voitte palauttaa kirjekuoressa mielenterveysneuvolassa olevaan vihreään postilaatikkoon. Pyydän teitä miettimään vastauksia kaikessa rauhassa ja täyttämään kyselylomakkeen kaikki kohdat huolellisesti.

Yhteistyöstä kiittäen Aija Sairanen

**LOMAKKEEN TÄYTTÄMINEN**

Ympyröi oikea tai sopivin vaihtoehto ja kirjoita kysytty tieto sille varattuun tilaan.

**TAUSTATIEDOT****P1. Sukupuolenne**

- 1 nainen
- 2 mies

**P2. Ikänne \_\_\_\_\_ vuotta****P3. Siviilisäätyenne**

- 1 naimisissa
- 2 naimaton
- 3 eronnut
- 4 leski
- 5 avoliitossa

**P4. Peruskoulutuksenne**

- 1 kansakoulu
- 2 keskikoulu
- 3 peruskoulu
- 4 ylioppilastutkinto



**P5. Tämänhetkinen tilanne**

- 1 kotona, en tee työtä
- 2 kotona työssä
- 3 ansiotyössä
- 4 työtön työnhakija
- 5 lomautettu
- 6 sairauslomalla
- 7 eläkkeellä
- 8 opiskelija

**MIELENTERVEYSNEUVOLASSA KÄYNNIT, KLIININEN TILA****P6. Kuinka monta kertaa olette käynyt mielenterveysneuvolassa (mtn:ssa) viimeisen vuoden aikana (viimeisten 12 kk aikana ennen tätä hetkeä)?**

\_\_\_\_\_ kertaa

**P7. Millainen on psyykinen terveydentilanne mielestänne tällä hetkellä?**

- 1 erittäin hyvä
- 2 melko hyvä
- 3 keskinkertainen
- 4 melko huono
- 5 erittäin huono

**P8. Onko Teillä todettu jokin seuraavista, lääkärin seuranta tai hoitoa vaativista sairauksista? (ympyröikää kaikki sairautenne)**

- 1 verenpainetauti
- 2 sepelvaltimotauti tai sydäninfarkti
- 3 muu sydänsairaus, mikä? \_\_\_\_\_
- 4 aivoverisuonen tukos, aivoinfarkti, aivoverenvuoto
- 5 muu aivoverenkierron häiriö
- 6 marevan-lääkitystä vaativa sairaus
- 7 astma, keuhkojen laajentuma
- 8 sokeritauti
- 9 metabolinen oireyhtymä
- 10 syöpä, pahanlaatuinen kasvain, mikä? \_\_\_\_\_
- 11 päihderiippuvuus
- 12 nivelrikko (nivelkulumat)
- 13 nivelreuma
- 14 muu, mikä? \_\_\_\_\_
- 15 minulla ei ole mitään sairauksia

**P9. Millaisia oireita Teillä on viime aikoina ollut?**

Ympyröikää kunkin oireen jälkeen Teille sopivimman vaihtoehdon numero. Jos teillä ei esiinny kysyttyä oiretta tai jos kysymys ei mielestänne koske teitä, ympyröikää numero 1 (ei lainkaan)

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
1. päänsärky	1	2	3	4	5
2. voimattomuus, huimaus	1	2	3	4	5
3. sydän-tai rintakivut	1	2	3	4	5
4. kivut selän alaosassa	1	2	3	4	5
5. pahoinvointi ja vatsavaivat	1	2	3	4	5
6. lihassäryt	1	2	3	4	5
7. hengitysvaikeudet	1	2	3	4	5
8. kuumat ja kylmät aallot	1	2	3	4	5
9. jonkin ruumiinosan pistely t. puutuminen	1	2	3	4	5
10. pala kurkussa-tunne	1	2	3	4	5
11. heikkouden tunne	1	2	3	4	5
12. painontunne käsissä tai jaloissa	1	2	3	4	5
13. jatkuvat kivut ja säryt	1	2	3	4	5

**P10. Millainen on mielialanne juuri nyt?**

0 en ole surullinen

1 olen surullinen

2 olen aina alakuloinen ja surullinen enkä pääse tästä mielialasta eroon

3 olen niin onneton, että en enää kestä

**P11. Miten suhtaudutte tulevaisuuteen?**

0 tulevaisuus ei erityisesti pelota minua

1 tulevaisuus pelottaa minua

2 tunnen, että tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavaa

3 tunnen, että tulevaisuus on toivoton enkä usko asioiden tästä paranevan

**P12. Onko teillä tunne epäonnistumisesta?**

0 en tunne epäonnistuneeni

1 uskon epäonnistuneeni useammin kuin muut ihmiset

2 menneisyydessä näen vain sarjan epäonnistumisia

3 tunnen olevani täysin epäonnistunut ihmisenä

**P13. Oletteko tyytymätön?**

0 asiat tuottavat minulle tyydytystä kuten ennenkin

1 en osaa nauttia asioista samalla tavalla kuin ennen

2 en saa todellista tyydytystä enää mistään

3 olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen

**P14. Onko Teillä syyllisyydentunteita?**

- 0 minulla ei ole erityisiä syyllisyydentunteita
- 1 minulla on usein syyllinen olo
- 2 tunnen melkoista syyllisyyttä suurimman osan ajasta
- 3 tunnen jatkuvasti syyllisyyttä

**P15. Koetteko, että Teitä rangaistaan?**

- 0 en koe, että minua rangaistaan
- 1 uskon, että minua saatetaan rangaista
- 2 odotan, että minua rangaistaan
- 3 tunnen, että minua rangaistaan

**P16. Oletteko pettynyt itseenne?**

- 0 en ole pettynyt itseeni
- 1 olen pettynyt itseeni
- 2 inhoan itseäni
- 3 vihaan itseäni

**P17. Miten arvioitte itseänne?**

- 0 tunnen olevani yhtä hyvä kuin kuka tahansa muu
- 1 arvostelen heikkouksiani ja virheitäni
- 2 moitin itseäni virheistäni
- 3 moitin itseäni kaikesta mikä menee pieleen

**P18. Onko Teillä halu vahingoittaa itseänne?**

- 0 en ole ajatellut tappaa itseäni
- 1 olen ajatellut itseni tappamista, mutta kuitenkaan tee niin
- 2 haluaisin tappaa itseni
- 3 tappaisin itseni, jos siihen olisi mahdollisuus

**P19. Kuinka usein itkette?**

- 0 en itke tavallista enempää
- 1 itken nykyisin enemmän kuin ennen
- 2 itken nykyisin aina
- 3 kykenin ennen itkemään, mutta nyt en pysty, vaikka haluaisinkin

**P20. Tunnetteko olonne ärtyneeksi?**

- 0 en ole nyt sen ärtyneempi kuin yleensäkin
- 1 ärsyynnyn nykyään helpommin kuin ennen
- 2 tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan
- 3 asiat, jotka ennen raivostuttivat minua, eivät liikuta minua enää lainkaan

**P21. Miten suhtaudutte toisiin ihmisiin?**

- 0 olen kiinnostunut muista ihmisistä
- 1 muut ihmiset kiinnostavat minua nykyään vähemmän kuin aikaisemmin
- 2 kiinnostukseni ja tunteeni muita ihmisiä kohtaan ovat miltei kadonneet
- 3 olen menettänyt kaiken kiinnostukseni muihin ihmisiin

**P22. Miten päätöksentekonne sujuu?**

- 0 pystyn tekemään päätöksiä kuten aina ennenkin
- 1 lykkään päätöksentekoa useammin kuin ennen
- 2 minun on hyvin vaikea tehdä päätöksiä
- 3 en pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä

**P23. Mitä ajattelette ulkonäöstänne?**

- 0 mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut
- 1 pelkään, että näytän vanhalta ja vähemmän viehättävältä
- 2 ulkonäössäni on tapahtunut pysyviä muutoksia ja niiden takia näytän epämiellyttävältä
- 3 uskon olevani ruma

**P24. Millainen on työkykynne?**

- 0 työkykyni on pysynyt suunnilleen ennallaan
- 1 työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia
- 2 voidakseni tehdä jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen
- 3 en kykene lainkaan tekemää työtä

**P25. Miten nukutte?**

- 0 nukun yhtä hyvin kuin ennenkin
- 1 en nuku yhtä hyvin kuin ennen
- 2 herään nykyisin 1-2 tuntia liian aikaisin ja minun on vaikea päästä uudelleen uneen
- 3 herään useita tunteja aikaisemmin kuin ennen enkä pääse uudelleen uneen

**P26. Oletteko väsynyt?**

- 0 en väsy sen nopeammin kuin tavallisesti
- 1 väsyn nopeammin kuin tavallisesti
- 2 väsyn lähes tyhjästä
- 3 olen liian väsynyt tehdäkseni mitään

**P27. Millainen on ruokahalunne?**

- 0 ruokahaluni on ennallaan
- 1 ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen
- 2 ruokahaluni on nyt paljon huonompi
- 3 minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua

**P28. Onko painossanne tapahtunut muutoksia?**

- 0 painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan
- 1 olen laihtunut yli 3 kiloa
- 2 olen laihtunut yli 5 kiloa
- 3 olen laihtunut yli 8 kiloa

**Yritän tarkoituksellisesti pudottaa painoani syömällä vähemmän**

kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_

**P29. Oletteko huolissanne terveydestänne?**

- 0 en ole huolissani terveydestäni enempää kuin tavallisesti
- 1 olen huolissani ruumiini vaivoista: särystä, kivuista, vatsavaivoista tai ummetuksesta
- 2 olen hyvin huolissani ruumiini vaivoista ja minun on vaikea ajatella muita asioita
- 3 olen niin huolissani ruumiini vaivoista, etten pysty ajattelemaan mitään muuta

**P30. Millaista on kiinnostuksenne seksiin?**

- 0 kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan
- 1 kiinnostukseni seksiin on vähentynyt
- 2 kiinnostukseni seksiin on huomattavasti vähäisempää kuin ennen
- 3 olen kokonaan menettänyt kiinnostukseni seksiin

**P31. Kirjoittakaa alla olevaan tyhjään tilaan säännöllisessä käytössä oleva lääkityksenne ja annostelun määrä:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**P32. Kirjoittakaa alla olevaan tyhjään tilaan tilapäisesti käytössä oleva lääkityksenne ja annostelun määrä:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**P33. Kuinka monta kertaa olette olleet psykiatrisessa sairaalahoidossa viimeisen vuoden aikana (viimeisten 12 kk aikana ennen tätä hetkeä)?**

\_\_\_\_\_ kertaa

**PALVELUJEN SAATAVUUS, VASTAANOTTOTAPAHTUMA**

- P34. Onko teitä hoitavalla mtn:n työntekijällä ollut riittävästi antaa Teille aikoja?**
- 1 on ollut riittävästi
  - 2 kohtalaisen riittävästi
  - 3 niukanlaisesti
  - 4 ei lainkaan riittävästi
- P35. Oletteko saanut riittävästi aikoja terveyskeskuslääkärille mtn:ssa?**
- 1 olen saanut riittävästi
  - 2 olen saanut kohtalaisesti
  - 3 niukanlaisesti
  - 4 en lainkaan riittävästi
  - 5 asia ei kosketa minua
- P36. Oletteko saanut riittävästi aikoja erikoislääkärille mtn:ssa?**
- 1 olen saanut riittävästi
  - 2 olen saanut kohtalaisesti
  - 3 niukanlaisesti
  - 4 en lainkaan riittävästi
  - 5 asia ei kosketa minua
- P37. Kuinka hyvin mtn:n työntekijänne on ottanut huomioon elämäntilanteenne kokonaisuudessaan?**
- 1 erittäin hyvin
  - 2 melko hyvin
  - 3 melko huonosti
  - 4 ei lainkaan
  - 5 asialla ei ole merkitystä
- P38. Kuinka mtn:n työntekijänne on ottanut huomioon kaikki keskeiset ongelmanne?**
- 1 erittäin hyvin
  - 2 melko hyvin
  - 3 melko huonosti
  - 4 ei lainkaan
  - 5 asialla ei ole merkitystä
- P39. Kuinka helppoa Teidän on ollut kertoa mtn:n työntekijällemme ongelmistanne?**
- 1 erittäin helppoa
  - 2 melko helppoa
  - 3 melko vaikeaa
  - 4 erittäin vaikeaa
  - 5 asialla ei ole merkitystä

- P40. Häiritsevätkö teitä mtn:n työntekijällemme tulevat puhelut ollessanne vastaanotolla?**
- 1 ei koskaan
  - 2 joskus
  - 3 lähes aina
  - 4 aina
  - 5 asialla ei ole merkitystä
- P41. Oletteko kokenut häiritseväksi mtn:n työntekijänne tietokoneen käyttämisen vastaanotolla?**
- 1 en koskaan
  - 2 joskus
  - 3 lähes aina
  - 4 aina
  - 5 asialla ei ole merkitystä
- P42. Onko vastaanottonne mtn:n työntekijänne luona häiriintynyt/keskeytynyt?**
- 1 ei koskaan
  - 2 joskus
  - 3 lähes aina
  - 4 aina
  - 5 asialla ei ole merkitystä

#### **TIEDOTTAMINEN**

- P43. Onko mtn:n työntekijänne selittänyt Teille riittävästi hoidon tarkoitusta ja merkitystä?**
- 1 täysin riittävästi
  - 2 melko riittävästi
  - 3 melko riittämättömästi
  - 4 täysin riittämättömästi
  - 5 asialla ei ole merkitystä
- P44. Oletteko saanut mtn:n työntekijältänne kaiken sen tiedon, mitä olette halunnut tietää sairaudestanne/tilanteestanne?**
- 1 olen saanut kaiken tiedon
  - 2 olen saanut lähes kaiken tiedon
  - 3 olen saanut melko vähän tietoa
  - 4 en ole saanut mitään tietoa
  - 5 asialla ei ole merkitystä
- P45. Oletteko saanut osallistua hoitonne suunnitteluun ja hoitoon liittyvään päätöksentekoon?**
- 1 täysin riittävästi
  - 2 melko riittävästi
  - 3 melko riittämättömästi
  - 4 täysin riittämättömästi
  - 5 asialla ei ole merkitystä

## HOIDON JATKUVUUS JA YHTEISTYÖ MUIDEN TAHOJEN KANSSA

**P46. Onko mtn:n työntekijänne vaihtunut viimeisen 12 kuukauden aikana?**

- 1 ei ole vaihtunut kertakaan
- 2 on vaihtunut yhden kerran
- 3 on vaihtunut kaksi-kolme kertaa
- 4 on vaihtunut yli kolme kertaa

**P47. Miten tärkeänä pidätte sitä, että mtn:n työntekijänne pysyy samana?**

- 1 pidän erittäin tärkeänä
- 2 pidän melko tärkeänä
- 3 en pidä kovin tärkeänä
- 4 en pidä ollenkaan tärkeänä

**P48. Onko perheenne otettu mukaan hoitoon?**

- 1 täysin riittävästi
- 2 melko riittävästi
- 3 melko riittämättömästi
- 4 täysin riittämättömästi
- 5 asialla ei ole merkitystä

## PALVELUJEN ARVIOINTI JA HOITOTULOS

**P49. Kuinka helppoa Teidän on ollut hakea apua mtn:sta?**

- 1 erittäin helppoa
- 2 melko helppoa
- 3 melko vaikeaa
- 4 erittäin vaikeaa

**P50. Voisitko suositella mtn:n antamia palveluja myös muille?**

- 1 kyllä, ehdottomasti
- 2 luultavasti
- 3 en ehkä voisi
- 4 en suosittelen

**P51. Kuinka tyytyväinen olette mtn:n työntekijänne työhön?**

- 1 erittäin tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 erittäin tyytymätön

**P52. Haluatteko vaihtaa nykyisen mtn:n työntekijänne?**

- 1 kyllä
- 2 en



**P53. Onko mtn:n henkilökunnan Teitä kohtaan osoittama arvostus, avuliaisuus ja kohteliaisuus**

- 1 erittäin hyvää
- 2 melko hyvää
- 3 keskinkertaista
- 4 melko huonoa
- 5 erittäin huonoa

**P54. Saamaani lääkehoitoon mtn:ssa olen**

- 1 erittäin tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 erittäin tyytymätön

**P55. Saamaani keskusteluhoitoon mtn:ssa olen tällä hetkellä**

- 1 erittäin tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 erittäin tyytymätön

**P56. Saamaani terveystieteiden lääkäripalveluihin mtn:ssa olen**

- 1 erittäin tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 erittäin tyytymätön
- 5 asia ei kosketa minua

**P57. Saamaani erikoislääkäripalveluihin mtn:ssa olen**

- 1 erittäin tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 erittäin tyytymätön
- 5 asia ei kosketa minua

**P58. Onko mtn:ssa kertomanne asiat pysyneet Teidän ja työntekijänne välisinä?**

- 1 kyllä
- 2 ei

**Kirjoita alla olevaan tyhjään tilaan mielipiteesi vapaamuotoisesti:**

---



---



---



---



---

**KIITOS!**

**HENKILÖKUNNAN KYSELYLOMAKE****LIITE 3**

- H1. Psykiatrinen päädiagnoosi** \_\_\_\_\_
- H2. Somaattinen päädiagnoosi**  
 1 ei merkittävää ruumiillista sairautta  
 2 ruumiillinen sairaus, diagnoosi \_\_\_\_\_
- H3. Psykiatrisen avohoidon kokonaiskesto** \_\_\_\_\_ kk
- H4. Psykiatristen sairaalahoitojen lukumäärä** \_\_\_\_\_
- H5. Potilaan ikä, kun hän tuli psykiatriseen hoitoon oli** \_\_\_\_\_ vuotta
- H6. Potilaan psyykkiset oireet alkoivat, kun hän oli** \_\_\_\_\_ vuotta vanha
- H7. Hoitokontaktin tiheys**  
 1 vähintään 1-2 kertaa viikossa  
 2 vähintään kaksi kertaa kuukaudessa  
 3 vähintään kerran kuukaudessa  
 4 harvemmin
- |                              |       |    |
|------------------------------|-------|----|
| <b>H8. Psyyykenlääkitys</b>  | Kyllä | Ei |
| 1. neuroleptilääkitys:       |       |    |
| - tabletit                   | 1     | 2  |
| -depot-injektiolääkitys      | 1     | 2  |
| 2. depressiolääkitys         | 1     | 2  |
| 3. bentsodiatsepiinilääkitys | 1     | 2  |
| 4. karbamatsepiinilääkitys   | 1     | 2  |
| 5. lääke sivuvaikutuksiin    | 1     | 2  |
| 6. muu psyykenlääkitys       | 1     | 2  |
- H9. Kirjoittakaa tähän nyt käytössä oleva psyykenlääkitys:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- H10. Käyttääkö potilas hänelle määrätty psyykenlääkkeet ohjeen mukaan?**  
 1 kyllä  
 2 ei, käyttää liikaa  
 3 ei, käyttää liian vähän  
 4 ei tietoa

**H11. Masentunut mieliala**

Kattaa sekä verbaalisen että non-verbaalisen surullisuuden, masennuksen, alakuloisuuden, avuttomuuden ja toivottomuuden tunteen ilmaisut.

- 0 Neutraali mieliala.
- 1 Epävarmaa, onko potilas tavallista surullisempi ja masentuneempi, ilmaisee esim. olevansa tavallista alakuloisempi.
- 2 Epämiellyttävät elämykset vaivaavat potilasta selvemmin, hän ei kuitenkaan ole avuton eikä toivoton.
- 3 Potilaasta näkyvät selvät masennuksen non-verbaaliset merkit ja/tai ajoittain voittamaton avuttomuus tai toivottomuus ottaa hänet valtaansa.
- 4 Verbaaliset ja non-verbaaliset toivottomuuden ilmiöt hallitsevat haastattelua eikä potilasta saa niistä irrotettua.

**H12. Itsesyytökset ja syyllisyydentunteet**

Kattaa alentuneen itsekunnioituksen syyllisyydentuntoineen.

- 0 Ei itsesyytöksiä eikä syyllisyydentunteita.
- 1 Epävarmat itsesyytökset, koska potilas vain huolestunut nykyisen sairautensa aiheuttamasta taakasta perheelle ja työtovereille vähentyneen työkyvyn vuoksi.
- 2 Selvät itsesyytökset ja syyllisyydentunteet, koska potilas huolestunut nykyvaihetta aikaisemmista asioista. Syyttää esim. itseään pienistä laiminlyönneistä ja virheistä, siitä, ettei ole toiminut velvollisuuksiensa mukaan tai on aiheuttanut toisille harmia.
- 3 Ankarat syyllisyydentunteet. Potilas voi sanoa pitävänsä tilaansa eräänlaisena rangaistuksena. Mikäli hän kuitenkin tiedostaa käsityksensä vääräksi, arvioidaan 3.
- 4 Pitää tiukasti kiinni syyllisyydentunteestaan vasta-argumenteista huolimatta, joten voidaan puhua harhakäsityksestä.

**H13. Suisidaaliset impulssit**

- 0 Ei itsemurha-ajatuksia.
- 1 Potilas tuntee, ettei elämä ole elämisen arvoista, mutta ilman halua kuolla.
- 2 Halu kuolla ilman itsemurhasuunnitelmia.
- 3 Mahdolliset itsemurhasuunnitelmat.
- 4 Haastattelua edeltävinä päivinä itsemurhayrityksiä tai osastolla erityisseurannassa epäillyn itsemurhavaaran vuoksi.

**H14. Nukahtamisvaikeudet**

Arvioidaan sedatiivisesta tai hypnoottisesta lääkityksestä riippumatta.

- 0 Ei nukahtamisvaikeuksia.
- 1 Potilas on kerran tai pari kuluneena kolmena yönä maannut vuoteessa yli 30 min. ennen nukahtamista.
- 2 Kuluneena kolmena yönä vakituisesti maannut vuoteessa yli 30 min. ennen nukahtamista.

**H15. Katkonainen uni**

Potilas herää kerran tai useita kertoja yön aikana (jos syy on WC:ssä käynti ja välitön nukahtaminen sen jälkeen, arvioidaan 0). Arviointi sedatiivisesta tai hypnoottisesta lääkityksestä riippumatta.

- 0 Katkoton uni.
- 1 Herännyt kerran tai kaksi kuluneena kolmena yönä.
- 2 Herännyt vähintään kerran yössä.

**H16. Aikainen herääminen**

Potilas herää suunniteltua aikaisemmin.

- 0 Herää tavalliseen aikaan.
- 1 Herää vähemmän kuin 1 h suunniteltua aikaisemmin (ja pystyy jälleen nukahtamaan).
- 2 Herää säännöllisesti tai herää yli 1 h suunniteltua aikaisemmin.

**H17. Työ ja harrastukset**

Kattaa sekä työsuoritukset että motivaation. Huomaa, että väsymyksen fyysiset ilmenemismuodot arvioidaan yleisten somaattisten oireiden yhteydessä.

A. Ensimmäinen arviointi

- 0 Tavallinen aktiviteetti.
- 1 Ilmaisee riittämättömyyttä johtuen motivaation puutteesta tai vaikeuksista suoritua työtehtävistä, joskin selvinnyt ilman suoritustason alenemista.
- 2 Selvempi vajaatoiminta johtuen puuttuvasta motivaatiosta ja/tai päivittäisiin työsuorituksiin liittyvistä ongelmista. Potilaalla on alentunut työkyky, ei pysty ylläpitämään tavallista nopeutta, vähemmän suorituksia työpaikalla tai kotona. Jää mahdollisesti kotiin muutamaksi päiväksi tai pyrkii lähtemään työpaikalta aikaisin.
- 3 Vaikea suoritua yksinkertaisista arkitoiminnoista. Sairauslomalla. Sairaalassa (päivä- tai ympärivuorokautisena potilaana), mutta osallistuu osaston toimintoihin pari tuntia päivittäin.
- 4 Sairalahoidossa ja enimmäkseen toimeettomana osallistumatta osaston toimintoihin.

**B. Viikottaiset arvioinnit**

0 Tavallinen aktiviteetti.

- 1a) Työssä, mutta suoritustaso alentunut johtuen puuttuvasta motivaatiosta tai vaikeuksista suoriutua tavallisista tehtävistään.
- 1b) Potilas ei ole työssä, mutta saattaisi pystyä ilman suuria vaikeuksia palaamaan työhön.
- 2a) Potilas on työssä, mutta suoritustaso selvästi laskenut. Työstä poissaoloja tai työajan lyhentymistä.
- 2b) Potilas on edelleen sairaalassa tai sairauslomalla, osallistuu 3-4 tuntia päivässä askareisiin osastolla (kotona). Mikäli palaisi töihin, olisi työkyky selvästi laskenut. Pystyy olemaan päiväsaunapaikalla.
- 3 Yksinkertaisiin arkitehtäviin ryhtymisessä vaikeuksia ja suoriutuu niistä vain suurin ponnistuksin.
- 4 Kokovuorokausipotilaana sairaalassa eikä pysty osallistumaan askareisiin osastolla, tarvitsee jatkuvaa apua. Voi olla myös kotona, mutta ei pysty mihinkään ilman apua.

**H18. Estyneisyys, hidastuneisuus**

0 Tavallinen verbaalinen aktiviteetti, tavallinen motoriikka ja asialliset ilmeet.

- 1 Puhe lievästi tai epävarmasti hidastunut, mimiikka lievästi tai epävarmasti estynyt.
- 2 Selvästi hidastunut puhe, taukoja. Ilmeikkyyden vähentynyt, liikehdintä hidastunut.
- 3 Haastattelu huomattavasti pidentynyt johtuen pitkistä latenssiajoista ja lyhyistä vastauksista. Kaikki liikkeet hidastuneet.
- 4 Haastattelua ei voida viedä loppuun johtuen motorisesta estyneisyydestä ja mahd. stuporista.

**H19. Agitaatio (motorinen levottomuus)**

0 Tavallinen motoriikka ja asialliset ilmeet.

- 1 Lievä ja epävarma agitaatio, pyrkii esim. vaihtamaan asentoa tai raapii päätänsä.
- 2 Potilas on levoton, vääntää käsiään, vaihtaa asentoa jatkuvasti ja liikkuu jonkin verran ympäriinsä osastolla.
- 3 Ei pysy paikallaan haastattelun aikana ja/tai jatkuvassa levottomassa liikkeessä osastolla.
- 4 Haastattelu suoritetaan potilaan liikkeessä huoneessa, kävelee lähes jatkuvasti edestakaisin, vetelee vaatteitaan ja repii hiuksiaan.

**H20. Ahdistus (psykykinen)**

Tähän kohtaan sisältyy jännittyneisyys, ärtymys, huolestuneisuus, epävarmuus tai suorastaan suunnaton kauhu. Ahdistuselämyksien ("psykykinen" eli "sentraalisten" ahdistusilmiöiden) erottaminen fysiologisista ("perifeerisistä") ahdistuksen oireista kuten käsien vapinasta tai hikoilukohtauksista voi tuottaa vaikeuksia. Tärkeintä on potilaan huolestuneisuuden, epävarmuuden ja pelon kuvaus, siis psykykinen ("sentraalinen") ahdistus.

0 Ei tavallista enemmän eikä vähemmän epävarma tai ärtynyt.

1 Epävarma ärtynytisyys tai epävarmuus.

2 Selvemmat pelokkuuden tai ärtynytisyyden ja tilan hallintavaikeuksien ilmaisu. Oireet eivät kuitenkaan vaikuta potilaan päivittäisiin toimintoihin, koska huolet liittyvät vielä suhteellisen vähäisiin asioihin.

3 Pelokkuuden ja epävarmuuden hallinta ajoittain hankalaa, koska huolet koskevat mahdollista merkittävää onnettomuutta, fyysistä tai muuta haittaa. Ahdistus voidaan kokea paniikkeina esim. ylivoimaisena kauhuna. Vaikuttaa ajoittain päivittäisiin toimintoihin.

4 Niin usein esiintyvä pelontunne, että se selvästi vaikuttaa päivittäisiin toimintoihin.

## H21. Ahdistus (somaattinen)

Osio kattaa kaikki fysiologiset oireet. Kaikki tunnetilat sen sijaan arvioidaan psyykkisen ahdistuksen yhteydessä.

- 0 Ei tavallista enemmän eikä vähemmän keskittynyt ahdistuksen aiheuttamiin somaattisiin elämyksiin.
- 1 Tilapäiset heikkouden tuntemukset kuten vatsaoireita, hikoilua tai vapinaa, oireet kuitenkin epämääräisiä ja kyseenalaisia.
- 2 Ajoittain vatsaoireita, hikoilua, vapinaa tms. Oireet kuvataan selkeästi, mutta ne eivät ole vaikeita eivätkä aiheuta työkyvyttömyyttä, eivät siis vaikuta potilaan päivittäisiin toimintoihin.
- 3 Ahdistuksen fysiologiset manifestaatiot ovat selvät ja ajoittain huolestuttavat hyvin paljon. Vaikuttavat ajoittain potilaan päivittäisiin toimintoihin.
- 4 Lukuisat, jatkuvat ahdistuksen fysiologiset manifestaatiot, jotka usein tekevät potilaan työkyvyttömäksi. Vaikuttavat selvästi päivittäisiin toimintoihin.

## H22. Gastrointestinaaliset oireet

Oireet voivat olla peräisin koko ruoansulatuskanavasta. Suun kuivuminen, ruokahaluttomuus ja ummetus ovat mahaväänteitä ja –kipuja tavallisempia. Tähän eivät kuulu gastrointestinaaliset ahdistuksen oireet (”perhosia” mahassa tai vetisiä ulosteita) ja nihilistiset käsitykset (ei ulostusta viikkoihin tai kuukausiin, joka liittyy uskomukseen, että sisälmykset kuivuneet); nämä oireet arvioidaan hypokondrian yhteydessä.

- 0 Ei ruoansulatuskanavaan liittyviä valituksia (tai samanlaiset oireet kuin ennen depressiovaihetta)
- 1 Potilas syö kehottamatta ja ravinnon saanti lähes normaali, mutta ruoka ei maistu (tai kaikki ruoat samanmakuisia ja tupakka ei maistu miltyään). Ajoittainen ummetus.
- 2 Ravinnonotto puutteellinen ja potilasta kehoitettava syömään. Yleensä selvä ummetus. Ummetuslääkettä kokeiltu, apu vähäistä.

## H23. Somaattiset yleisoireet

Keskeisiä ovat heikkouden ja uupumuksen tunteet sekä energian puute, mutta myös epämääräiset lihassäryt sekä niska-, selkä- ja raajakivut esim. lihaspäänsärky.

- 0 Ei tavallista enemmän eikä vähemmän väsymystä eikä ruumiillisia epämiellyttäviä tuntemuksia.
- 1 Epävarma tai hyvin lievä lihasheikkous tai muunlaiset ruumiilliset tuntemukset.
- 2 Selvästi tai jatkuvasti väsynyt ja uupunut ja/tai ruumiilliset oireet kuten lihaspäänsärky.

**H24. Sukupuolinen mielenkiinto**

Tämä kohta voi tuottaa hankaluuksia varsinkin vanhuksien kohdalla. Miehiltä yritettävä tiedustella seksuaalisia harrastuksia ja haluja, naisilta kiinnostusta sekä toimintaan että tyydytykseen nähden (sekä halukkuutta ryhtyä että yhdynnästä saatavaa tyydytystä).

- 0 Tavallinen sukupuolinen mielenkiinto.
- 1 Epävarma tai lievästi alentunut mielenkiinto ja nautinto.
- 2 Selvästi alentunut seksuaalinen mielenkiinto, usein toiminnallinen impotenssi miehillä ja haluttomuus tai suoranainen inho naisilla.

**H25. Hypokondria**

Tarkoittaa keskittymistä ruumiillisiin oireisiin ja toimintoihin (somaattisen sairauden puuttuessa).

- 0 Ei osoita tavallista suurempaa mielenkiintoa suhteessa arkisiin lieviin ruumiillisiin tuntemuksiin.
- 1 Lievästi tai epävarmasti lisääntyvässä määrin keskittynyt ruumiilliseen tilaansa.
- 2 Potilas on hyvin huolestunut ruumiillisesta tilastaan. Ilmaisee ajatuksia elimellisestä viasta ja pyrkii ”somatisoimaan” kliinistä tilaa.
- 3 Potilas on vakuuttunut somaattisesta viasta, joka saattaa selittää hänen oireensa (aivokasvain, mahasyöpä tms.), mutta voidaan tilapäisesti rauhoittaa vakuuttamatta, ettei asian laita ole näin.
- 4 Huoli oireista luonteeltaan paranoidinen. Hypokondriset harhakäsitykset sisältävät usein nihilistisiä piirteitä tai itsesyytöksiä: mätäneä sisäisesti, hyönteiset syövät kudoksia, sisälmykset umpeutuneet tai kuihtuneet, potilaan haju tai kuppa tarttuu toisiin potilaisiin jne. Vastatodisteet eivät vaikuta.

**H26. Sairaudentunteen puuttuminen**

Tämä kohta on luonnollisesti mielekäs vain, jos arvioija on vakuuttunut potilaan depressiivisestä tilasta haastatteluhetkellä.

- 0 Potilas myöntää potevansa masennusoireita tai ”hermostollista” sairautta.
- 1 Potilas myöntää olevansa masentunut, mutta ei pidä sitä sairautena vaan sekundaarisessa suhteessa esim. aineenvaihduntahäiriöihin, ilmastoon tai työrasitukseen.
- 2 Kieltää olevansa lainkaan sairas. Harhaluuloinen potilas on luonnollisesti vailla sairaudentunnetta. Näin ollen kiinnitettävä huomiota potilaan suhtautumiseen syyllisyys- ja hypokondrisin oireisiinsa, mutta myös muihin harhaluuloihin.

**H27. Painonlasku**

Pyrittävä saamaan objektiivisia tietoja, ellei sellaisia ole, arvioitava varovasti (alakanttiin). Ensimmäisen arvioinnin yhteydessä tarkastellaan koko sairausaikaa.

A. Ensimmäinen arviointi. Tämä kohta kattaa koko ajankohtaisen sairausvaiheen.

- 0 Ei painonlaskua.
- 1 Painonlasku 1-2,5 kg.
- 2 Painonlasku 3 kg tai enemmän.

## B. Viikottaiset arvioinnit

0 Ei painonlaskua.

1 Painonlasku 0,5 kg/viikko.

2 Painonlasku 1 kg/viikko tai enemmän.

**H28. Vallitsevat oireet. Vastaa jokaiseen kohtaan.**

	Ei	Lievä	Runsas
1. ahdistuneisuus	1	2	3
2. jännittäminen	1	2	3
3. rauhattomuus	1	2	3
4. keskittymiskyvyn puute	1	2	3
5. muistihäiriöt	1	2	3
6. väsymys ja tarmon puute	1	2	3
7. unettomuus	1	2	3
8. masentuneisuus	1	2	3
9. suisidaalisuus	1	2	3
10. pakko-oireet	1	2	3
11. fobiat	1	2	3
12. derealisaatio	1	2	3
13. depersonalisaatio	1	2	3
14. vainoharhat	1	2	3
15. aistiharhat	1	2	3
16. maanisuus	1	2	3
17. kivut ja säryt	1	2	3

**H29. Toiminnalliset taidot**

	Kyllä	Tuettuna	Ei
1. huolehtii hygienian ja ulkoasun	1	2	3
2. siivoaa ja laittaa ruokaa	1	2	3
3. hoitaa itsenäisesti raha-asiansa	1	2	3
4. asioi kaupassa jne.	1	2	3
5. tekee itsenäisiä päätöksiä	1	2	3
6. liikkuu itsenäisesti	1	2	3

**H30. Onko itsemurhayrityksiä?**

1 ei

2 yksi tai kaksi yritystä

3 kolme tai useampia

**H31. Onko potilas tarvinnut sovittujen ajanvarauskäyntien lisäksi psykiatrisia päivystyskäyntejä viimeisten kuuden kuukauden aikana?**

1 ei

2 kyllä, \_\_\_\_\_ kertaa

**H32. Käyttääkö potilas yleensä sovitut vastaanottoajat?**

1 kyllä

2 kyllä, mutta joitakin harvoja poisjääntejä on tapahtunut

3 ei, vastaanottoaikojen pitäminen on potilaalle vaikeaa

**KIITOS!**



Joroinen 18.9.2000/2.10.2000

**LIITE 4**

**Arvoisa vastaanottaja,**

Joroisten mielenterveysneuvolassa on käynnissä tutkimus potilaiden tyytyväisyydestä saamaansa hoitoon ja palveluun. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää mielenterveysneuvolaa entistä toimivammaksi ja kaikkia mahdollisimman hyvin palvelevaksi.

Teitte on annettu tutkimukseen liittyvä kyselylomake täytettäväksi. Tutkimuksen kannalta juuri Teidän mielipiteenne ovat tärkeitä. Toivon, että Teillä on hetki aikaa vastata kyselyyn ja palauttaa se nimettömänä kirjjekuoressa mielenterveysneuvolaan (voitte tuoda tai lähettää postitse).

Jos olette jo palauttaneet kyselyn, kiitän avunannosta ja yhteistyöstä!

Terveisin

Aija Sairanen  
tutkimuksen tekijä

Joroinen 18.10.2000.

**LIITE 5**

**Arvoisa vastaanottaja,**

Joroisten mielenterveysneuvolassa on käynnissä tutkimus potilaiden tyytyväisyydestä saamaansa hoitoon ja palveluun. Tutkimuksesta saamaamme palautetta voimme käyttää mielenterveysneuvolan toiminnan kehittämiseen. Jotta tämä olisi mahdollista, tarvitsemme mahdollisimman monen potilaan mielipiteen.

Toivon, että Teillä on hetki aikaa vastata saamaanne kyselylomakkeeseen. Voitte palauttaa kyselyn nimettömänä kirjekuoressa mielenterveysneuvolaan (voitte tuoda tai lähettää postitse).

Jos olette jo palauttaneet kyselyn, kiitän avunannosta ja yhteistyöstä!

Terveisin

Aija Sairanen  
tutkimuksen tekijä

