



Mielenterveyspotilaan osallisuus omassa hoidossa ja kuntoutuksessa hoitomyönteisyyden lisääjänä

Pekka Heininen

2021 Laurea





Laurea-ammattikorkeakoulu

**Mielenterveyspotilaan osallisuus omassa hoidossa ja
kuntoutuksessa hoitomyönteisyyden lisääjänä**

Pekka Heininen
Sosiaali-, terveyden- ja hoitoalan
ammattikorkeakoulututkinto
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2021

Pekka Heininen

Mielenterveyspotilaan osallisuus omassa hoidossa ja kuntoutuksessa hoitomyönteisyyden lisääjänä

Vuosi

2021

Sivumäärä

61

Opinnäytetyössä käsiteltiin osallisuuden muodostumista sekä sen suhdetta potilaan hoitomyönteisyyteen. Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata mielenterveyspotilaan osallisuuden ulottuvuuksia hoitoprosessissa aiemman tutkimuskirjallisuuden valossa. Tutkimuksen tarkoitus oli myös lisätä mielenterveyspotilaan osallisuutta hoitoprosessissa ja perustella osallisuuden vaikutusta hoitomyönteisyyteen sekä sitä kautta vaikuttavaan hoitoon. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa mielenterveyspotilaiden osallisuuteen vaikuttavista tekijöistä hoitoprosessissa sekä siitä, minkälainen merkitys osallisuuden toteutumisella oli hoitomyönteisyyteen. Tutkimuksen tavoite oli myös tuottaa käytännöllistä lisätietoa ammattihenkilöille potilaan osallisuuden tukemiseen hoitoon sekä kuntoutukseen liittyvässä päätöksenteossa.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Keskeiset käsitteet määriteltiin opinnäytetyön teoreettisessa viitekehityksessä. Osallisuuden ulottuvuudet jaoteltiin tässä työssä Andrew Thompsonin (2007) määrittelyn mukaan potilaasta määräytyvään osallisuuteen, yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa määräytyvään osallisuuteen sekä terveydenhuollon ammattilaisen määrittelemään osallisuuteen. Jaottelu on keskeinen tutkimustulosten ryhmittelyn kannalta. Teoreettisessa viitekehityksessä käsiteltiin myös osallisuuden erityispiirteitä mielenterveystyössä sekä hoitomyönteisyyttä. Tutkimuksen aineiston analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jossa tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat analyysiprosessia. Tutkimuksessa analysoituva aineisto koostuu 18:sta julkisesti saatavilla olevasta tieteellisestä julkaisusta, jotka on haettu Google Scholar, Laurea FINNA, sekä Julkari -tietokannoista.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella osallisuudella oli erottamaton yhteys hoitomyönteisyyteen ja sitä kautta vaikuttavaan hoitoon. Osallisuutta edistäviä ja estäviä tekijöitä tunnistettiin kirjallisuuden perusteella useita. Edistävät ja estävät tekijät jaettiin potilas-, ammattilais- ja järjestelmänäkökulmiin. Kolme edellä mainittua näkökulmaa jakautuivat edelleen sisäisiin kategorioihinsa eri tasoilla, joita olivat meta- (asenteet, mielipiteet, arvot ja yhteiskunta), makro- (organisaatiot, järjestöt ja toiminnan tuottajat), ekso- (hallinto, johto ja esimiestyö), meso- (työntekijät, ammattilaiset ja ammatinharjoittajat) ja mikrotaso (lähipiiri, omaiset, omaishoitajat ja edunvalvojat) sekä yksilö itse.

Mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita nousi esille: potilaan tai ammattilaisen näkökulma siitä, mitä osallisuus henkilöille itselleen merkitsee, mielenterveyspotilaan osallisuudesta tehdyt kokoavat mallit mielenterveystyön ammattilaisten johtamisen ja toiminnan tueksi, nykyaikaiset osallistavat johtamiskäytännöt sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden johtamisessa sekä osallisuuden vaikutus hoitomyönteisyyteen mielenterveyspotilaiden näkökulmasta.

Asiasanat: osallisuus, osallistuminen, hoitomyönteisyys

Pekka Heininen

Increasing adherence in mental health care by patient involvement in their care and rehabilitation process

Year

2021

Pages

61

This study described the development of involvement and its role towards patients' adherence to treatment. The aim of the study was to illustrate the various dimensions of patient involvement within the mental healthcare process. The study's objectives were to examine the effects of involvement upon treatment adherence, elucidate which factors influence involvement of mental health patients in their care process, and how involvement impacts adherence to treatment. The aim of the study was to provide practical information for healthcare professionals that will help them support patients to become involved in their care- and rehabilitation-related decision-making.

The study design was a descriptive literature review. Key concepts were outlined in the study's theoretical framework. Dimensions of involvement were clustered according to Andrew Thompson's (2007) definitions: patient-determined involvement, professional-determined involvement, and co-determined involvement. These clusters were salient with regards to grouping the findings. Characteristics of involvement in mental healthcare and adherence were discussed in the theoretical framework. The data were analysed using inductive content analysis. Included in the review were 18 open-source scientific publications collected from Google Scholar, Laurea FINNA and Julkari databases.

Results from the review suggested that involvement and adherence to treatment are inextricably linked. According to the literature, factors both supporting and preventing patient involvement were numerous. Supporting and preventing factors were organised into patient-, professional- and system-based clusters. These clusters were subcategorised into the following levels: metalevel (attitudes, opinions, values and society), macrolevel (organisations, associations and service providers), exolevel (administration, management and superiors), mesolevel (employees, professionals and entrepreneurs), microlevel (next-of-kin, close relatives, caregivers and guardian), and the individual.

Suggestions for further studies: the relevance of involvement from a patient or professional point-of-view, aggregate models of mental health patient's involvement, to support organisational management, using modern agile leadership models in healthcare organisation's management, the impact of involvement of patient adherence from mental health patients' points of view.

Keywords: involvement, participation, adherence, compliance

Sisällys

1	Johdanto.....	10
1.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	11
1.2	Tutkimuksen tavoitteet ja aiheen rajaus	12
2	Teoreettinen viitekehys	13
2.1	Tutkimuksen keskeiset käsitteet	13
2.2	Osallisuuden eri ulottuvuudet	15
2.3	Osallisuuden erityispiirteet mielenterveystyössä	17
2.4	Hoitomyynteisyys ja hoitoon sitoutuminen	18
3	Katsaus kirjallisuuteen: tutkimuksen aineisto.....	19
3.1	Potilasnäkökulma.....	19
3.2	Ammattilaisnäkökulma	23
3.3	Terveydenhuoltojärjestelmän näkökulma	24
4	Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus	27
4.1	Aineiston valinta ja keruu.....	29
4.2	Aineiston analyysi	32
4.3	Tutkimuksen kulku	35
5	Tutkimuksen tulokset	36
5.1	Mielenterveyspotilaan osallisuutta edistävät tekijät.....	37
5.2	Mielenterveyspotilaan osallisuutta estävät tekijät	41
6	Pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset	45
6.1	Tulosten pohdinta	45
6.2	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	47
6.3	Tutkimuksen eettiset lähtökohdat	48
6.4	Jatkotutkimusehdotukset	49
6.5	Kirjoittajan oppimisprosessi	50
	Lähteet.....	52
	Kuviot	58
	Taulukot	58

1 Johdanto

WHO määrittelee mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (Suomen Mielenterveys ry, 2021). Mielenterveydelliset haasteet ovat kuormittavia tekijöitä, joiden seurauksena sairauden hoitoon sitoutuminen voi olla hankalaa. Sairaanhoidajan toiminnalla on ensisijaisen tärkeä rooli potilaan hoitomyönteisyyden lisääjänä mielenterveyden haasteisiin tartuttaessa, sillä ilman osallistavaa hoitosuhdetta potilas saattaa lopettaa itselleen vaikuttavan hoidon. Mielenterveyteen liittyviin haasteisiin ei kuitenkaan vastata ammattihenkilöiden työtaakkaa kasvattamalla, vaan ongelmat tulee ratkaista mielenterveyspalveluiden rakenteita tehostamalla laajan organisaatorajat ylittävän yhteistyön voimin. (Suomen Mielenterveys ry 2021.)

Osallisuuden monimuotoisuus onkin ollut viime vuosien ajan keskeisessä asemassa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa, ja se on myös tämän hetken hankkeistetuimpia kokonaisuuksia (THL 2021), joilla pyritään ehkäisemään syrjäytymistä, köyhyyttä, työttömyyttä, palvelurakenteista putoamista ja monia muita osa-alueita, joilla on vähintäänkin välillinen vaikutus kansalliseen mielenterveyteen. Työtä on tehtävänä vielä paljon, ja pitkään jatkunut Covid-19-pandemia on vain vahvistanut tarvetta mielenterveyspalveluiden tehokkaaseen edelleen kehittämiseen ihmisten pahoinvoinnin lisääntyessä. Tästä on esimerkkinä mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvun jatkuminen jyrkkänä (Blomgren, 2020). Aiheen ajankohtaisuuden sekä merkityksellisyyden vuoksi tämän opinnäytetyön aiheeksi valikoitui mielenterveyspotilaan osallisuus hoitoprosessissa hoitomyönteisyyden lisääjänä. Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena.

Osallisuudella mielenterveyteen liittyvissä sosiaali- ja terveyspalveluissa tarkoitetaan ihmisten vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä itseä koskevassa päätöksenteossa omaan hoitoon liittyen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2021) määrittelee osallisuuden kuulumisena sellaiseen kokonaisuuteen, jossa pystyy liittymään erilaisiin hyvinvoinnin lähteisiin ja elämän merkityksellisyyttä lisääviin vuorovaikutussuhteisiin. Osallisuus on siis vaikuttamista oman elämän kulkuun, mahdollisuuksiin, toimintoihin, palveluihin ja joihinkin yhteisiin asioihin (THL 2021.)

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee osallisuuden mukana olemiseksi vaikuttamiseksi, huolenpidoksi sekä yhteisesti rakennetusta hyvinvoinnista osalliseksi pääsemiseksi (STM, 2021). Useat tutkimukset osoittavat, että varsinkin heikoimmassa asemassa olevat

mielenterveyspotilaat kokevat osattomuutta hoitoprosessissa (mm. Vaalavuo ym. 2020; Wiens ym. 2019; Suokas ym. 2019 & Leemann ym. 2018). Leemannin ym. (2018) tutkimuksessa osallisuuden kokemus on yhteydessä psyykkiseen kuormittuneisuuteen, yksinäisyyteen, koettuun työkykyyn, elämänlaatuun ja köyhyyteen. Muun muassa Höglund ym. (2010, 482-489) ovat jo 2010 osoittaneet, että potilaan osallisuuden on tutkimuksissa havaittu lisäävän hoidon tuloksellisuutta useiden sairauksien, kuten diabeteksen, reuman ja masennuksen kohdalla. Potilaan osallisuus on keskeistä etenkin kroonisissa sairauksissa, mutta jo pelkästään osallisuuden kokemusta vahvistamalla voitaisiin vahvistaa myös yleistä terveyttä mielenterveyden ehkäisevässä työssä (Höglund ym. 2010).

Laissa säädetään potilaan itsemääräämisoikeudesta niin, että ammattihenkilön suorittama hoito tulee järjestää yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Oikeus osallistua omaan hoitoon on potilaan perusoikeus ja perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Potilas voi halutessaan kieltäytyä häntä koskevasta hoidosta tai hoitotoimenpiteestä ja tällöin häntä tulee hoitaa yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä menetelmällä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1993/785 § 6). Mielenterveysalan erityispiirteenä toki on, että Mielenterveyslain (1990/1116) antamien valtuuksien mukaisesti potilas voidaan myös määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon, vaikka henkilö ei itse kokisi olevansa hoidon tarpeessa.

Suomessa on tehty ja tehdään tuloksellista mielenterveystyötä, mutta tilastot osoittavat, että viimeisten vuosikymmenten aikana suomalaisten mielenterveys ei ole kohentunut samaan tahtiin fyysisen terveyden kanssa (Suomen Mielenterveys ry 2021). Osallisuuden kasvattamalla hoitomyönteisyydellä ja sitä kautta oikea-aikaisemman ja tuloksellisemman hoidon tarjoamisella on avainasema mielenterveystyön kasvavista vaatimuksista selviämässä. Osallisuudella on siten vaikutusta niin yksittäisen ihmisen hyvinvointiin kuin hoidon turvallisuuteenkin. Vaikuttava hoito myös vähentää kustannuksia, lyhentää hoitoaikoja sekä vähentää sairaalahoitajaksoja. Potilaiden lisääntyvä osallisuus asettaa terveydenhuollolle uusia vaatimuksia, ja tämä merkitsee ammattihenkilöille uusien työskentelytapojen omaksumista. Potilaskeskeisyyttä on vahvistettava laadukkaalla kouluttamisella sekä varmistamalla henkilökunnalle sellainen määrä työtä, että aikaa jää potilaan kohtaamiseen. Terveyttä edistävät palvelut sekä matalan kynnyksen mielenterveysapu tulevat olla aidosti saatavilla jokaiselle. (Suomen Mielenterveys ry 2021.)

1.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Nykyhetken yhteiskunnallinen tahtotila on muuttua sosiaali- ja terveydenhuoltoalan palvelurakennetta asiakas- ja potilaskeskeisempään suuntaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selkeä linja on pyrkiä vahvistamaan asiakasosallisuutta. Keskeisiä vahvistavia

teemoja pyrkimyksessä ovat: 1) asiakasosallisuutta lisäävien toimintatapojen kartoittaminen, 2) asiakkaiden ja ammattilaisten yhteistilaisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistyössä, 3) osallisuuden edistämistä koskevan tiedon kokoaminen, tuottaminen ja välittäminen sekä 4) asiakasosallisuustyön edistämisen tukeminen. (THL, 2019.)

Linnanmäen (2017) mukaan sote- ja maakuntauudistuksessa tarkoituksena on laajentaa asiakkaan osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia sosiaali- ja terveystalvissa, eikä pelkkä asiakkaiden kuuleminen sekä palautekyselyiden tulosten tarkastelu yksin edistä asiakasosallisuutta taikka toteuta asiakaslähtöistä ajattelua. Asiakkaan ja potilaan aseman vahvistaminen on palvelurakenteiden muutostyön merkittävä haaste. Asiakkaiden ja potilaiden äänen kuulumiseen sekä tasavertaiseen palveluiden kehittämiseen tulee panostaa myös tutkimustyössä, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää voidaan kehittää asiakaskeskeisempään suuntaan (Kaseva, 2011).

Tämä opinnäytetyö vastaa osaltaan edellä kuvattuihin tarpeisiin mielenterveystyön kentän osalta. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata mielenterveyspotilaan osallisuuden ulottuvuuksia hoitoprosessissa aiemman tutkimuskirjallisuuden valossa. Tutkimuksen tarkoitus on myös lisätä mielenterveyspotilaan osallisuutta hoitoprosessissa ja perustella osallisuuden vaikutusta hoitomyönteisyyteen sekä sitä kautta vaikuttavaan hoitoon.

1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja aiheen rajaus

Opinnäytetyössä tehdään kirjallisuuskatsaus, jonka aineiston analyysin perusteella kuvataan mielenterveyspotilaan osallisuutta omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa hoitomyönteisyyden lisääjänä. Tutkimus tuottaa valitun aineiston perusteella kuvailevan ja laadullisen vastauksen asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa mielenterveyspotilaiden osallisuuteen vaikuttavista tekijöistä hoitoprosessissa sekä siitä, minkälainen merkitys osallisuuden toteutumisella on hoitomyönteisyyteen. Tutkimuksen tavoite on myös tuottaa käytännöllistä lisätietoa ammattihenkilöille potilaan osallisuuden tukemiseen hoitoon sekä kuntoutukseen liittyvässä päätöksenteossa.

Tutkimuksen aihe on rajattu mielenterveystyöhön ja siellä osallisuutta lisääviin tekijöihin hoitomyönteisyyden näkökulmasta. Opinnäytetyön tutkimusongelma on: Miten mielenterveyspotilasta voidaan paremmin osallistaa omaan hoitoonsa, jotta hoitomyönteisyys lisääntyisi? Tutkimusongelman myötä esiin nousi kaksi tutkimuskysymystä:

- Mitkä tekijät edistävät mielenterveyspotilaan osallisuutta hoito- ja kuntoutusprosessissa?

- Mitkä tekijät estävät mielenterveyspotilaan osallisuutta hoito- ja kuntoutusprosessissa?

2 Teoreettinen viitekehys

Ennen kirjallisuuskatsaukseen syventymistä on tarpeellista käsitellä ensin tutkimuksen keskeisiä käsitteitä, osallisuuden muotoutumista eri ulottuvuuksien kautta, osallisuuden erityispiirteitä mielenterveystyössä sekä hoitomyönteisyyttä yleisellä tasolla.

2.1 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

Mielenterveystyössä osallisuus ilmenee potilaan aktiivisena roolina omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa. Potilaan osallisuuteen hoito- tai kuntoutusprosessissa vaikuttavat henkilön omien lähtökohtien sekä henkilökunnan toiminnan lisäksi tapa, jolla mielenterveyspalvelut on yhteiskunnassa järjestetty. (STM 2014.)

Osallisuuden ”*involvement*” ja osallistumisen ”*participation*” englanninkieliset määritelmät sekoittuvat keskenään aihetta käsittelevässä kirjallisuudessa - jopa synonyymeiksi asti. Sen vuoksi molemmat käsitteet on otettu mukaan tutkimukseen sekä työkaluiksi aineistonhakua tehdessä.

Osallisuus on käsitteenä laava, epäyhtenäinen ja käyttöperustastaan riippuvainen. Sosiaali- ja terveysministeriö tuo osallisuuden esiin kansalaisuuden, aktivoinnin ja yhdenvertaisten palveluiden hengessä (STM 2014). Oikeusministeriö puolestaan tuo osallisuuteen liittyen esiin ihmisoikeudet ja demokratian (OM 2014). Opetus- ja kulttuuriministeriö painottaa osallisuuden osalta merkityksellisyyttä ja mahdollisuuksia (OKM 2016). Leemann ja Hämäläinen (2016, 589-592) ovat kutsuneet osallisuutta kuvaavasti sateenvarjokäsitteeksi, joka kokoaa yhteen erilaisia näkökulmia ja lähestymistapoja.

Osallisuus kuvaa yhtäältä ihmisen ja yhteisön sekä toisaalta ihmisen ja yhteiskunnan suhdetta toisiinsa. Tässä opinnäytetyössä osallisuus hahmotetaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön (2021) osallisuuden määritelmien pohjalta, jotta käsitteen määrittely säilyisi ministeriötasolta ammattihenkilöille saakka muuttumattomana. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) osallisuuden määrittelyn mukaan osallisuus ilmenee:

- päätösvaltana omassa elämässä, mahdollisuutena säädellä olemisiaan ja tekemisiään sekä ymmärrettävänä, hallittavana ja ennakoitavana toimintaympäristönä;

- vaikuttamisen prosesseina, joissa pystyy vaikuttamaan itsensä ulkopuolelle esimerkiksi ryhmissä, palveluissa, asuinympäristössä tai laajemmin yhteiskunnassa;
- paikallisesti, kun pystyy panostamaan yhteiseen hyvään, osallistumaan merkityksellisyyden luomiseen ja kokemiseen sekä liittymään vastavuoroisiin sosiaalisiin suhteisiin. (THL 2017.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) mukaan osallisuus on myös 1) liittymistä (involvement), 2) suhteissa olemista (relatedness), 3) kuulumista (belonginess) sekä 4) yhteisyyttä (togetherness). Osallisuus on määritelmän mukaan myös 5) yhteensopivuutta (coherence), 6) mukaan ottamista (inclusion) 7) osallistumista (participation) ja siihen liittyen 8) vaikuttamista (representation) sekä 9) demokratiaa. Osallisuus on lisäksi kaiken edellä mainitun järjestämistä ja johtamista (governance). (THL 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2021) määritelmän mukaan osallisuudella tarkoitetaan sitä, *että ”...ihminen tuntee kuuluvansa yhteisöön ja yhteiskuntaan ja, että hän voi vaikuttaa itseään ja ympäristöään koskeviin asioihin. Osallisuus rakentuu ja muuttuu resurssien, tarpeiden ja toimijuuden edellytysten mukaan. Siihen liittyy oikeus saada tietoa itseä koskevista asioista, mahdollisuus ilmaista mielipiteensä ja vaikuttaa terveyttä ja hyvinvointia määrittäviin tekijöihin”.*

Osallisuuden erottaa osallistumisesta sen aktiivinen luonne. Kujalan (2003) mukaan osallisuus on pelkkää osallistumista laajempi ja vastavuoroisempi ilmiö. Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) mukaan osallisuus on pelkän osallistumisen lisäksi myös toimintaa ja olemista. Kettunen ja Kivinen (2012, 40) määrittelevätkin osallistumisen läsnäoloksi tietyssä tilanteessa. Tällöin osallistuminen voi olla luonteeltaan myös passiivista, toisin kuin osallisuus. Osallistuminen on näin osallisuuden yksi kolmesta tärkeimmästä osatekijästä yhdessä toiminnan sekä vaikuttamisen kanssa, ja osallisuuteen kuuluvat ennen kaikkea tiedon saamisen oikeus, suunnitteluun osallistuminen, päätöksentekovalta sekä oma toiminta (Kettunen & Kivinen 2012, 40).

Osallisuuden käsitettä avaamaan voidaan ottaa myös asiakasosallisuuden käsite, jolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävien henkilöiden, asiakkaiden ja asiakasryhmien vaikuttamista ja osallistumista palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin prosessien eri vaiheissa. Yksittäisellä sosiaali- ja terveysalan palvelua käyttävällä henkilöllä on oikeus tulla kuulluksi ja sopia hoidosta tai palvelusta yhteisymmärryksessä ammattihenkilön kanssa (Sihvo ym. 2018). Kujalan (2003) mukaan potilaan osallisuus on itsehoitoa, autonomiaa ja persoonalla vaikuttamista. Aiemmassa lisensiaatin tutkimuksessaan Kujala (1996) toteaaakin, että aito asiakaslähtöisyys toteutuu vain, mikäli asiakas kokee osallisuutta. Aika tehdä päätöksiä, mahdollisuudet esittää kysymyksiä ja turvallisuuden tunne ovat potilaan osallisuuden kokemusta lisääviä tekijöitä. Perustaksi osallisuudelle muodostuu

sekä ammattilaisen että potilaan vastavuoroinen halu neuvotella, kommunikoida ja kuunnella (Fischer ym. 2007).

Hoitomyönteisyys käsitetään tässä opinnäytetyössä termien ”*compliance*” sekä ”*adherence*” kautta, ja se nähdään samana, kuin hoitoon sitoutuneisuus. Hoitoon sitoutumisessa osapuolia ovat potilas, lääkäri, terveydenhuolto, sairaanhoito sekä lisäksi yhteiskunta ja päättäjät. Hoitoon sitoutuminen on osa modernia sosiaali- ja terveydenhuoltoa, ja potilas on esimerkiksi omahoidon myötä yhä enemmän vastuussa omasta hoidostaan. Hoitoon sitoutuneisuuden käsite on syntynyt vaiheittain, ja se sisältää useita ulottuvuuksia. Aiemmin on käytetty hoitomyöntyvyyden, komplianssin (*compliance*) käsitettä kuvaamaan hoitosuhdetta, jossa potilas vain yksinkertaisesti noudattaa ammattilaisten antamia ohjeita. Myöhemmin kehittyi käsite hoitoon sitoutumisesta, *adherenssista* (*adherence*), jolloin potilas on yhtä mieltä hoitavien ammattilaisten kanssa tehdyistä ratkaisuista omaan hoitoonsa liittyen. (Sabaté 2003.)

Potilas ja asiakas termit edustavat tässä opinnäytetyössä sosiaali- tai terveydenhuoltopalveluita käyttävää henkilöä. Mielenterveyspotilaalla tarkoitetaan ketä tahansa henkilöä, joka kirjattaisiin mielenterveystyön kontaktina potilasrekisteriin.

2.2 Osallisuuden eri ulottuvuudet

Tritter ja McCallumb (2006) ovat jo vuosia sitten osoittaneet, ettei osallisuuden yksiulotteinen määrittely enää riitä monikulttuurisessa, kompleksisessä ja muuttuvassa yhteiskunnassa. Osallisuutta kuvattaessa täytyy ottaa huomioon yksittäisten palveluiden käyttäjien, yhteisöjen, vapaaehtoisjärjestöjen sekä virallisen sektorin väliset vaikutukset. Edellä mainittujen osien keskinäinen toimivuus tähtää sellaiseen osallisuuden aktiiviseen luonteeseen, jossa potilaalla on riittävä määrä tietoa omasta sairaudesta, yleisimmistä hoitovaihtoehdoista, edellytyksistä hoidon vaikuttavuuteen, hoitoa toteuttavista tahoista, palveluiden saatavuudesta, hinnoista sekä ehdoista, ammattihenkilöiden tehtävistä, sekä omista oikeuksista voidakseen punnita omaa hoitoa ja kuntoutusta. Potilaalla on myös halu osallistua omaan hoito- ja kuntoutusprosessiinsa, potilas on aktiivisessa vuorovaikutussuhteessa ammattihenkilöiden kanssa, potilas on tietoisesti läsnä oman hoito- ja kuntoutusprosessinsa päätöksenteossa ja potilas on tietoisesti sitoutunut, aktiivisesti osaltaan toteuttaa, vastaanottaa sekä edistää kuntoutusta ja hoitoa. (Tritter & McCallumb 2006.)

Osallisuutta on luokiteltu tutkimuskirjallisuudessa monin eri tavoin (mm. Hickey & Kipping 1998; Hostick 1998; Poulton 1999; Truman & Raine 2001; Lehto 2004; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005; Sirviö 2006; Toikko 2006; Julkunen & Heikkilä 2007; Thompson 2007; Bryant

ym. 2008; Clark ym. 2008 & Valokivi 2008). Tässä työssä osallisuuden ulottuvuudet käsitetään Thompsonin (2007) luokittelun mukaan, jonka mukaan osallisuus sisältää kolme pääluokkaa:

- potilaasta määräytyvä osallisuus ”*patient determined involvement*”
- yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa määräytyvä osallisuus ”*co-determined involvement*” sekä
- terveydenhuollon ammattihenkilön määrittelemä osallisuus ”*professional determined involvement*”.

Osallisuuden tasot limittyvät Thompsonin (2007) jaottelussa. On nimittäin mahdollista, että osallisuus toteutuu yhtäaikaisesti eri tasoilla tai siirtyy tilanteesta riippuen tasolta toiselle. Thompsonin (2007) luokittelun kaksi ensimmäistä ulottuvuutta kuvaavat osallisuuden toteutumista, jolle on ominaista toiminnan aktiivinen ja vastavuoroinen luonne. Tällöin potilaan kokemus osallisuuden toteutumisesta yhteisessä päätöksenteossa ammattihenkilön kanssa rakentuu tuen saamiseen, mielipiteitä arvostavaan kanssakäymiseen ja mahdollisuuteen vaikuttaa valintoihin (Hickey & Kipping 1998; Hansen ym. 2004 & Sirviö 2010). Antonyn ja Crawfordin (2000) mukaan suunniteltaessa hoitoprosessia potilaan osallisuuden toteutuminen perustuu potilaan näkemyksen arvostamiseen, riittävään hoitoa koskevan tiedon antamiseen ja potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen hoitoprosessin aikana.

Kolmas ulottuvuus, terveydenhuollon ammattihenkilön määrittelemä osallisuus on ennemminkin osallistumista, joka on vain yksi osallisuuden osatekijöistä. Osallistuminen voi olla aktiivista tai passiivista, mutta osallistumisesta kumpuaa joka tapauksessa holhoava konnotaatio, jossa ammattilainen sanelee ja potilas tekee. Tällöin osallistuminen on selvästi osallisuutta kapea-alaisempi käsite, eikä välttämättä sisällä aktiivista yhteistoiminnallisuuden käsitettä, vaan noudattaa mekaanista ’käsky ja toteutus’ -ilmiötä. Tällöin potilaan oma sitoutuminen hoito- tai kuntoutusprosessiin voi olla vain ilman intentiota tekemistä tai prosessissa olemista. Osallistuminen jättää myös epäselväksi potilaan ymmärryksen ja tiedon tason. Sairaanhoidajien näkökulmasta potilaan osallistumista kuvataan vastavuoroisena prosessina, jota voi olla esimerkiksi yhteinen neuvottelu (Salhsten ym. 2007). Neuvottelun lähtökohtana ovat vaikuttamismahdollisuudet, vuorovaikutustaidot ja voimavarakeskeinen sekä terapeuttinen lähestymistapa. Cahillin (1996) mukaan potilaan ja ammattilaisen välisen kumppanuuden luomisen edellytys on osallistuminen (participation), jonka mahdollistaa potilaan osallisuus (involvement) ja yhteistoiminta (collaboration). (Thompson 2007.)

2.3 Osallisuuden erityispiirteet mielenterveystyössä

Mielenterveystyön ehkä merkittävin poikkeus muuhun hoitotyöhön ilmenee potilaan oikeuksia koskevassa lainsäädännössä. Nämä kaksi asiaa rajoittavat sekä potilaan tiedonsaamisoikeutta, että potilaan vapautta koskevia perusoikeuksia tietyin erityiskriteerein.

Mielenterveyslaissa (1990/1116, 8 §) on säädetty, että potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, mikäli: 1) hänet todetaan mielisairaaksi, 2) potilas on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa niin, että hoidon toteuttamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan, tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuutta taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta, ja 3) mikäli mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät ole riittäviä tai eivät sovellu käytettäväksi potilaan hoidossa. Lisäksi Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785, 5 §) määrittelee potilaan tiedonsaantioikeudesta niin, että selvitystä potilaan terveydentilasta ei siltä osin tule potilaalle antaa, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle.

Velvollisuus osallisuuteen tai osallistumiseen voi olla stressaavaa osalle potilaista ja mielenterveyden haasteet voivat olla rajoittavia tekijöitä päätöksenteossa (Truman & Raine 2002 & Goodwin & Happell). Potilailla ei välttämättä ole kykyä tai voimavaroja omaan hoitoon osallistumiseen (Happell 2008). Hoidossa oleminen on olennaisesti sitä, että potilaalla on oikeus olla hoidon vastaanottaja ja hänellä on oikeus myös luovuttaa vastuu hoidostaan ammattilaiselle voimavarojen loppuessa (Lehto 2004). Mielenterveyspotilaalla on myös usein edunvalvontaan liittyviä kysymyksiä.

Erityisluonteen mielenterveydelle luo myös psykoosipotilaiden kokemukseen ja toimintaan perustuva näkökulma. Ensipsykoosiin usein liittyy: 1) epäluottamuksen tunne, 2) kokemus turvattomassa järjestelmässä suunnistamisesta, ja 3) kokemukset vastoinkäymisistä sekä niiden vaikutuksista potilaaseen (Nicholas 2020). Psykoosia yleisesti luonnehditaan kyvyttömydeksi luottaa muihin ihmisiin ja itseensä (Nicholas 2020). Mielenterveyspotilaan osallisuutta päätöksentekoprosessissa varjostaa mielenterveyssairauden luonne, jossa päätöksenteko harvoin perustuu yksin järkeilyyn, vaan vaikuttavia tekijöitä ovat myös intuitio, emootio ja uskomukset (Oedegaard ym. 2020). Lisäksi hoidon valintaan vaikuttavia tekijöitä potilaan näkökulmasta ovat pelko tuntemattomasta, harhat ja tietämättömyys siitä mikä auttaa (Oedegaard ym. 2020). Psykkisiin sairauksiin liittyy myös sokeus omaan tilanteeseen, sairauden kieltäminen sekä sairautentunnottomuus (FinFami, 2020).

Parkerin (2019) mukaan mielenterveyden haasteista toipumista voidaan tarkastella sekä kliinisenä että henkilökohtaisena toipumisena. Kliinisellä toipumisella tarkoitetaan sitä, että potilaan oireet häviävät tai paranevat. Henkilökohtainen toipuminen tarkoittaa taas myönteistä elämäkokemusta psyykkisten oireiden läsnäolosta huolimatta. Sairaudesta

toipumista tukevassa ajattelussa merkityksellisiä ovat sellaiset potilaan kokemukset, joiden avulla henkilö on kyennyt selviytymään mielenterveyshaasteistaan. (Parker 2019.)

Ammattilaiset voivat tutkimuskirjallisuuden mukaan vahvistaa potilaan osallisuutta mielenterveystyössä toimivan yhteistyösuhteen lisäksi potilaan kokemuksiin perustuvalla hoitotyöllä (Nordling 2018). Mielenterveyspotilaan osallisuutta vahvistavat erityisesti ammattihenkilöiden kumppanuustaidot, potilaan tarpeiden ja vahvuuksien tunnistaminen sekä ammattilaisten vastuullinen riskinotto-kyky (Baker ym. 2013). Baker ym. (2013) ovat esittäneet, että psykiatrisessa hoidossa käytettävät rajoitukset sekä pakko voivat muodostua potilaan hoitomyönteisyyttä estäviksi tekijöiksi. Siksi potilaan kohtaamisen tulisi aina olla ystävällistä, yksilöä huomioivaa, kunnioittavaa sekä potilaan omia valintoja tukevaa. (Baker ym. 2013.)

Palveluiden suunnittelussa merkitystä tulisi antaa sille, kenen tarpeet ohjaavat toimintojen suunnittelua. Potilaan tulisi olla keskiössä ja uusia toimintatapoja kehitettäessä vallitsevia vuorovaikutusasetelmia tulee tarkastella kriittisesti. (Baker ym. 2013.)

2.4 Hoitomyönteisyys ja hoitoon sitoutuminen

Hoitomyönteisyys on yleisesti ja mielenterveystyön kentällä laajasti puhuttava aihe, eikä ole lainkaan yksiselitteistä määritellä, mikä kaikki edistää tai puolestaan estää hoitomyönteisyyden syntyä. Savikon ja Pitkälän (2006) mukaan myönteinen suhtautuminen hoitoon koostuu aina sisäisistä ja ulkoisista tekijöistä, sairauteen liittyvistä tekijöistä sekä voimaantumisen ja elämänhallinnasta. Sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi käytännön taidot, motivaatio, pelko hoidon haitoista sekä riittämätön tieto. Ulkoisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi perhe ja vertaistuki (Savikko & Pitkälä 2006).

Mönkkösen (2011) mukaan voimaantuminen ”*empowerment*” korostaa henkilön autonomiaa ja valinnan vapautta. Voimaantunut henkilö tunnistaa oman sairautensa lisäksi myös omat voimavaransa ja kykenee käyttämään niitä ongelmista selviämässä. Luottamuksellinen vuorovaikutus ja yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa, riittävä tiedonsaanti, mahdollisuus vaikuttaa itseä koskeviin päätöksiin sekä yksilöllisten tekijöiden huomiointi voimaannuttavat. Läheiset ja vertaistukihenkilöt vahvistavat positiivista kehää, jolloin ihminen on motivoitunut, itseohjautuva sekä tavoitteellinen. Tällöin hän tuntee itsensä pystyväksi ja kykenee kantamaan vastuuta omasta kuntoutumisestaan. (Mönkkönen, 2011.)

Hoitomyönteisyys toimii saumattomasti osallisuuden ja osallisuutta tukevien osatekijöiden kanssa vuorovaikutuksessa. Heikoksi koettu elämänlaatu lisää osattomuuden kokemusta ja sitä kautta myös negatiivista asennetta tarjottua hoitoa kohtaan (Raivio & Karjalainen, 2019).

Hoitomyönteisyys kasvaa, kun henkilöllä on tosiasialliset mahdollisuudet osallisuuden toteutumiseen, joka tarkoittaa esimerkiksi aktiivista toimijuutta sekä vaikutusmahdollisuuksia. Asiakkaan ja työntekijän kohtaamisessa koettu kuulluksi tuleminen on merkittävä hoitoon sitoutumisen kulmakivi (Laitila, 2006).

Potilaan motivoituminen on merkittävä esimerkiksi toteutuneen lääkehoidon tai elämäntapojen muutoksen mahdollistaja (Lääkärilehti 2006). Tällöin avainasemassa on potilas- ja asiakaskeskeinen työskentelytapa, jossa potilas on mukana häntä koskevassa päätöksenteossa (Laitila, 2006 & Lääkärilehti 2006) ja ammattilaisen rooli noudattaa enemmän valmentajan tai yhteistyökumppanin kaltaista lähestymistapaa (Laitila 2006). Potilaiden toivomukset ovat tärkeitä motivaattoreita fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden ylläpitämisen kannalta (Chan ym. 2021). Motivaatioon sitoutua omaan hoitoonsa vaikuttaa useita eri tekijöitä, kuten: 1) itsenäinen asuminen, 2) merkittävä työsuhde, 3) kokemus hyödyllisyydestä yhteiskunnassa, 4) intiimit ihmissuhteet, 5) uudet kiinnostuksen kohteet, sekä 6) tiedon ja taidon kartuttaminen, mutta taas toisaalta myös 7) edellä mainittujen tekijöiden käänteiset ilmentymät. (Chan ym. 2021.)

3 Katsaus kirjallisuuteen: tutkimuksen aineisto

Tässä osassa tarkastellaan tutkimukseen valikoitunut kirjallisuus kolmesta näkökulmasta: potilasnäkökulmasta, terveydenhuollon ammattilaisnäkökulmasta sekä terveydenhuollon järjestelmän näkökulmasta. Jokaisen näkökulman alla käsitellään tutkimuskirjallisuuden esiin nostamia potilaan osallisuutta edistäviä ja estäviä tekijöitä.

3.1 Potilasnäkökulma

Chanin ym. (2021) tutkimuksen mukaan mielenterveyspotilaiden toiveet ja toivomukset ovat avainmotivaattoreita fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden ylläpitämisen kannalta. Yleiset toiveet potilaiden keskuudessa sisälsivät toivomuksen elämisestä ”normaalin” ihmisen tavoin ja paluusta yhteisön pariin. Toivomuksiin liittyivät myös taloudelliset, henkilöiden välisten suhteiden, sekä itsensä kehittämisen näkökulmat, jotka toimivat myös motivoivina tekijöinä onnelliseen elämään mielenterveyspotilaiden kohdalla. Tärkeinä tekijöinä nousivat esiin itsenäinen asuminen, merkittävä työsuhde, hyödyllisyys yhteiskunnassa (”giving back to society”), intiimit suhteet, uudet kiinnostuksen kohteet, sekä tiedon ja taitojen kartuttaminen.

Ibrahim ym. (2021) tuovat potilasnäkökulmasta käsin esiin kolme mielenterveydellistä palautumista edistävää tekijää, joita ovat terapeutin suhde, perheen sitoutuminen sekä

kulttuurinen sensitiivisyys. Weisten ym. (2020) tutkimuksessa potilaat ja ammattilaiset ovat yhtä mieltä siitä, että kuulluksi tuleminen on asiakasosallisuuden toteutumisen edellytys. Tulokulman osalta ammattilaiset ja asiakkaat kuitenkin painottivat erilaisia ajatuksia, josta välittyi epäyhtenäinen linja. Ammattilaiset painottivat kuulluksi tulemistä asiakasosallisuudessa, kun taas asiakkaat toivoivat todellista valtaa vaikuttaa palveluihin. (Ibrahim ym 2021 & Weiste ym. 2020.)

Oedegaardin ym. (2021) tutkimuksessa nousi esille, että mielenterveyspotilaat korostivat toipumisen onnistumisessa henkilökohtaista vastuuta sekä motivaatiota ja usein yhdistivät sen coping -keinoihin. Potilaat usein päättelivät, että heidän tulee itse tehdä työ omassa palautumisprosessissaan ja pitivät coping keinoja tärkeinä työkaluina voidakseen kontrolloida skitsofrenian oireita. Useat hoitovaihtoehdot sisälsivät tarkennettua huomiota coping keinojen implementointiin hoitoprosessissa. Paremmiin potilaita osallistavassa järjestelmässä voidaan tutkia henkilökohtaisia kärsimystä tuottavia toimintatapoja suhteessa niihin tekijöihin, joiden tiedetään helpottavan henkilökohtaista toipumista. Tällainen järjestelmä vaatii Oedegaardin ym. (2021) mukaan kuitenkin korkeampiasteista henkilökohtaista ohjausta hoito-ohjelmassa, tarkempaa huomiota coping -keinoihin sekä enemmän henkilön omaa vastuullisuutta palautumisprosessistaan. Tämän tutkimuksen kliininen implikaatio osoittaa suosituksen laajemmasta psykososiaalisesta interventiosta ja jaetusta päätöksenteosta mielenterveystyössä, joita molempia mukautetaan yksilöllisesti suhteessa oireiden vaikeuteen, kokemukseen ja yksilöllisiin mieltymyksiin. (Oedegaard ym. 2021.)

Menearin ym. (2020) mukaan potilaan ja perheen sitoutumisen tulisi olla ydinkomponentti mallissa, joka pyrkii edesauttamaan potilas- ja perhekeskeisyyttä potilaan hoidossa. Voidakseen todella kutsua hoitoa yhteistoiminnalliseksi hoidoksi, potilas tulisi huomioida kunnioittavasti ja autonomisena hoitoprosessin kumppanina, potilaan tulisi saada oikea-aikaista tietoa, tukea ja rohkaisua toimia aktiivisena osapuolena hoidon suunnittelussa, päätöksenteossa ja itsehoidossa. Yhteistoiminnallisen hoidon tulisi olla myös perhekeskeistä ja sen tulisi huomioida perheenjäsenet elintärkeinä liittolaisina heidän läheisensä hoidossa, potilaiden kanssa, sekä merkittävinä jäseninä yhteistoiminnallisessa hoitotiimissä. Kumppanuussuhteet potilaiden ja potilaiden perheiden kanssa eivät ole yksin suoran hoidon kannalta tärkeitä, vaan myös hoitotyön suunnittelun, kehittämistyön, sekä hoito-ohjelmien, käytänteiden ja yhteistoiminnallisen hoitotiimin ammatillisen koulutuksen arvioimisen kannalta. (Menear ym. 2020.)

Svendsen ym. (2021) ovat tutkineet omaishoitajien osallisuuden roolia potilaan osallisuuden toteutumisessa. Svendsen ym. (2021) osoittavat, että korkea omaishoitajien (caregiver) ilmoittamalla osallisuuden toteutumalla on merkittävä kytkös korkean potilaiden ilmoittaman osallisuuden toteutumisen sekä yleisen hoitotytyytyväisyyden kanssa. Tutkimuksen mukaan edellä mainittu pätee seuraavien omaishoitajien ilmoittamien osallisuutta koskevien

aspektien osalta: potilas-omaishoitaja-suhteen tukeminen, omaishoitajan informointi, omaishoitajan kokemuksen huomioiminen ja osallisuus päätöksenteossa. Sen sijaan, tutkimuksen perusteella ei pystytty osoittamaan, että potilaan osallisuus merkittävästi paranisi, jos omaishoitajat kertoisivat henkilökunnalle sairaalakontaktiin liittyvistä odotuksistaan. Kyseessä oleva valtakunnallinen tutkimus osoittaa, että potilaan ja omaishoitajan väliseen suhteeseen keskittyvä omaishoitajan osallisuus liittyy positiivisesti potilaan parantamiseen sekä yleiseen hoitotyytyväisyyteen päivittäisessä psykiatrisessa sairaalahoidossa. Myös Huntin (2020) tutkimuksessa korostui, että tarvetta tuen lisäämiselle on sekä kuluttajaryhmän että työvoiman sisällä, ja samalla kun painopiste on ollut kuluttajien lisääntyneessä osallistumisessa, on syntynyt tarve edistää ja kasvattaa perheiden ja omaishoitajien osallistumista. (Svendsen ym. 2021 & Hunt 2020.)

Tutkimuskirjallisuudessa tunnistetaan potilasnäkökulmasta myös haasteita osallisuuden toteutumiselle. Oedegaard ym. (2020) kuvaavat tutkimuksessaan, että mielenterveyshoitoprosessissa potilaan omaan hoitomuodon valintaan liittyy monia kompleksisia muuttujia, jotka estävät osallisuuden toteutumista. Jokaisella hoitoprosessissa olevalla henkilöllä on oma yksilöllinen tarinansa, joka osoitti reflektiivistä ymmärrystä potilaan omista vahvuuksistaan ja heikkouksistaan. Tämä ymmärrys linkittyi lisääntyvään ymmärrykseen omasta sairaudestaan sisältäen pohdintaa mahdollisista huonontuvien oireiden seurauksista. Oedegaard ym. (2020) viittaavat Journal of Medical Ethics -lehden artikkeliin (Vos ym. 2018), jossa esitetään, että mielenterveyspotilaan päätöksenteko harvoin perustuu yksin järjelyyn, vaan vaikuttavia tekijöitä ovat myös luottamus, intuitio, emotio, ja uskomukset. Tämän he katsovat olevan linjassa oman tutkimuksensa löydöksiin, joissa hoidon valintaa vaikeuttaviksi tekijöiksi osoittautuivat pelko tuntemattomasta, harhat, tietämättömyys siitä, mikä auttaa sekä sairauden hyödylliset oireet. (Oedegaard ym. 2020.)

Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi myös epäreiluuden kokemukset estävät osallisuuden toteutumista potilaan näkökulmasta. Tämä on merkittävää erityisesti vähemmistöryhmien kohdalla. Nicholasin (2020) tutkimuksessa identifioitiin kolme tummaihoisten ja aasialaisten naisten psykoosin hoitoon vaikuttavaa teemaa sekä kuusi alateemaa tahdosta riippumattomassa varhaisen puuttumisen palveluissa: 1) epäluottamuksen tunne, 2) turvattomassa järjestelmässä suunnistaminen ja 3) vastoinkäymisten vaikutukset. Psykoosi luonnehdittiin tunteeksi olla kykenemätön luottamaan muihin ihmisiin ja itseensä. Nicholas ym. (2020) tuovat tutkimuksessaan esiin, että varhaiset palveluinteraktiot koettiin epäreiluiksi, uudelleen traumatisoiviksi ja rodullisesti puolueellisiksi. Traumatiетоiset ja hengelliset mallit psykoosin selittäjinä koettiin jäävän vaille huomiota lääketieteellisten mallien vuoksi. Palveluihin osallistuneet potilaat kuitenkin kokivat palveluiden tarjoamat sosiaaliset ja psykologiset hoidon näkökulmat hyödyllisinä ennako-odotuksista poiketen. On mahdollista, että laajemmat yhteiskunnallisesti yleiset ilmaukset, kuten ”vihainen/vahva musta nainen”, ”nöyrä aasialainen nainen” tai ”psykoosi on vaarallista”, vaikuttavat

kokemuksiin hoitoon hakeutumisen osalta ensipsykoosissa. Tutkimuksessa esitetyt suositukset sisältävät koko järjestelmän laajuista puolueellisuuden torjumista, tunnustuksen antamista intersektionaaliselle lähestymistavalle, useiden uskomusten soveltamista käytännössä, sekä potentiaalisten vaihtoehtojen etsimistä tahdosta riippumattomalle hoidolle (detention under the Mental Health Act). (Nicholas ym. 2020.)

Ibrahim ym. (2021) ovat löytäneet kuusi haastetta osallisuudelle: mielenterveyteen liittyvät stigmaat, tiedon puute, psykiatrien vähäisyys, hoidon kustannukset, koulutuksen ja tehokkaan kuntoutumisohjelmien puute sekä perinneparantajien etsiminen. Tutkimuksessa esitellään Egyptiläisille ominaisia perinnehoitajia, joita voidaan länsimaisessa yhteiskunnassa verrata esimerkiksi vaihtoehtoihin hoitomuotoihin. (Ibrahim ym. 2021.)

Tweedlie (2020) mainitsee johtopäätöksessään tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kertomusten tulkinnan perusteella huomion keskittyvän ohimenevästi terveys- tai sairausidentiteettiin. Identiteettien voidaan ymmärtää olevan enemmän tai vähemmän dominantteja riippuen tutkimukseen osallistuneiden kokemuksista esimerkiksi kivun tuntemuksista, sairauden kanssa eläminen (kontrolli), sekä miten he kokevat poikkeavansa ulkoisesti muista tai minkälaisia sosiaalisia rooleja heillä on. Naisosallistujat puhuivat äitiyden roolistaan sekä miten se vaikuttaa heidän suhtautumiseensa omaan sairauteensa. (Tweedlie 2020.)

Vanhemmuus nostaa vastuukysymyksiä esiin, jolloin omat tarpeet voivat tulla uhratuiksi sen seurauksena, että vanhemmat tarjoavat hoitoa todennäköisemmin läheisille. Tällöin konflikti voi syntyä potilaan toivoman ja realistisen roolin välille: halu ylläpitää avainasemassa olevat sosiaaliset ominaisuutensa (terveysidentiteettiä ylläpitävä tekijä) ja lisääntyvät todisteet omasta sairaudesta, jotka osoittavat potilaan itsensäkin olevan sairas (sairausidentiteetti korostuu pakotetusti). Kontrollin tarve, tietoinen tai tiedostamaton, on perustavanlaatuisen inhimillinen tarve. Tästä syystä on pääteltävissä, että mikäli tutkimukseen osallistuneet luopuvat kontrollista ja hyväksyvät sairautensa, se vaikuttaa heidän toimintaansa ja toimintakykyyn haitallisesti, joka on liian epämukavaa. Sen sijaan osallistujat pyrkivät vastustamaan kontrollista luopumista ja hakemaan kontrollintunnetta muualta tai kieltävät sairautensa, jolloin heidän terveysidentiteettinsä pysyy dominanttina. Osallistujat joutuvat kuitenkin toisinaan tunnustamaan sairautensa, jolloin heidän sairausidentiteettinsä pilkahtaa esiin. (Tweedlie 2020.)

Ymmärretysti Tweedlien (2020) tutkimukseen osallistujat pitivät erilaisuuttaan ei toivottuna ja omaksuivat kompensoivia käytösmaalleja. Nämä tulkittiin mahdollisina näkyvyyttä häivyttämään pyrkivinä yrityksinä, joiden tavoite säilyttää terve mielikuva itsestä itselleen ja muille. Mikäli tässä ei onnistuttu ja erilaisuus muuttuikin näkyväksi, identiteetin fokus vaihtui, ja mielikuva itsestä voimistuivat - tämä tehtiin selväksi myös muille. Osallistujat

ilmoittivat eri asteisista kivun kokemuksista. Kivun ymmärrettiin suoraan vaikuttavan siihen, miten osallistujat ymmärsivät sairautensa ja itsensä. Potilaiden kertomukset voitiin lukea niin, että mikäli he kestivät kivun tai mikäli he eivät raportoineen kokevansa kipua heidän terve identiteettinsä säilyi päällimmäisenä. Toisaalta, mikäli kipu muuttui ylivoimaiseksi kipu toimi todisteena osallistujille siitä, että he olivat sairaita ja heidän sairausidentiteettinsä tuli tällöin enemmän näkyväksi. (Tweedlien 2020.)

3.2 Ammatilaisnäkökulma

Tapsell ym. (2020) esittävät tutkimuksessaan useita mielenterveyspotilaiden hyvinvoinnin edistäjiä hoitoprosessissa. Tutkimuksessa kokemusasiantuntijat peräänkuuluttavat hyvää unihygienia, säännöllistä fyysistä aktiivisuutta, terveiden elämäntapojen ylläpitämistä, rentoutumistekniikoita sekä muuta sosiaalista tukea. Edellä mainittua kokonaisuutta tulisi kokemusasiantuntijoiden mukaan tarjota psykososiaalisen intervention jälkeen. (Tapsell ym. 2020.)

Selvin ym. (2021) tutkimuksessa hoitoalan ammattilaiset kertoivat, että potilaille on tärkeää saada riittävä määrä tietoa, joka oli selkeää ja helposti ymmärrettävää. Ammattilaiset mukauttivat kommunikaatiotaan potilaan tilanteeseen sopivaksi, ja riippuen potilaan kyvystä ymmärtää. Potilaiden tuli kyetä prosessoimaan monenlaista informaatiota, sisällöltään sekä positiivista että toisinaan negatiivista. Tämä saattoi olla mitä tahansa keskustelua päivittäisestä jutustelusta aina kompleksisempaan keskusteluun, kuten hoidon suunnittelu, hoidon purku ja hoitovaihtoehdot. Tällöin potilaat ovat haavoittuvassa tilassa ja ammattilaiset korostivat omaa vastuutaan potilaan ohjauksessa. (Selvin ym. 2021.)

Selvin ym. (2021) esittävät tutkimuksessaan, että ammattilaiset painottivat myös hyvän ammatillisen keskustelun tärkeyttä, ammatillisen työryhmän sisällä, esimerkiksi hyvää tapahtumaraportointi ja relevanttien asioiden kommunikointi kollegojen välillä. Näin ammattilaiset kokivat, että he työskentelevät yksimielisinä ja kykenivät toimimaan ammatillisesti potilaiden kanssa. Ammattilaiset kuvasivat, että on tärkeää tarjota potilaalle mahdollisuutta olla osallinen, mutta myös tiedostaa, että potilas on riippuvaisessa suhteessa. Potilaan matala käsityskyky ja motivaatio johti usein siihen, että potilasta piti rohkaista usein olemaan osallinen ja kuuntelemaan sekä toimimaan omien toiveidensa mukaisesti. Ammattilaiset kuvasivat, että haavoittuvat potilaat olivat usein kiitollisia osallisuuden vaikutelmasta. Ammattilaisten näkökulmasta on tärkeää myös pitää tapaamisia ilman potilaita. He kuitenkin kuvasivat, että potilaita voitiin osallistaa esimerkiksi ennalta käsin tehdyssä suunnitelman teossa ja sitten keskustelemalla potilaan kanssa jälkikäteen tapaamisessa käsitellyistä asioista. Myös niissä tilanteissa, joissa menetellään potilaan tahdon

vastaisesti, ammattilaiset kokevat tärkeäksi osallistaa potilasta ja kertoa heille miksi johtopäätökseen päädyttiin. (Selvin ym. 2021.)

Ibrahim ym. (2021) nostavat osallisuutta edistävänä tekijänä esiin terveydenhuollon ammattilaisen ammatillisen itsetietoisuuden. Myös Selvinin ym. (2021) tutkimuksessa ammattilaiset kuvasivat, että täydellistä osallistumista oikeuspsykiatrisessa hoidossa ei voida saavuttaa, mutta he voivat aina osallistaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. Ammattilaisten näkökulmasta oikeuspsykiatrisessa hoidossa korostuvat hyvät kommunikointitavat, potilaan osallistaminen säilyttäen oma ammatillinen vastuullisuus, potilaan kykyjen arviointi sekä potilaan kannustaminen itsenäiseen toimijuuteen. Luomalla edellä kuvatut edellytykset hoitoon, on todennäköisempää, että potilaat kantavat enemmän vastuuta itse, joka voi myös olla potilaan palautumisprosessia helpottava tekijä. (Ibrahim ym. 2021 & Selvin ym. 2021.)

Selvinin ym. (2021) tutkimuksessa ammattilaiset kuvasivat osallisuuden toteutumisen esteeksi pitkät ja hidastempoiset prosessit suhteessa informaation saantiin ja päätöksentekoon potilasta koskien. Weisten ym. (2020) tutkimuksessa havaittiin, että ammattilaisten luovuttaessa pääasiallisen vastuun potilaille omasta hoidostaan, potilaat olivat vähemmän halukkaita kuuntelemaan ammattilaisten näkökulmaa. Lisäksi verrattessa vastuun luovuttamista asiakkaan hoidosta asiakkaalle itselleen, ammattilaiset viittasivat omaan vastuuseensa päätettäessä parasta hoitomuotoa asiakkaalle. Tällä tavoin ammattilaiset ilmaisivat korkeampaa päätösvaltaa (superior authority) tehdä päätöksiä. Teemat vastuu ja päätösvalta kietoutuivat yhteen puhuttaessa yhteistyöstä. Potilaat näkivät hoitomyöntyvyyden (compliance) ainoana tapana osoittaa yhteistyökykyään. Toisin sanottuna tieto siitä, miten ”asiakasosallisuus -nimistä peliä” pelataan, vaatii ymmärrystä osallisuutta rajoittavista reunaehdoista. Nämä löydökset viittaavat jännitteisiin ammatillisen osaamisen, kontrollin, vastuun ja vaikutusvallan ympärillä, joista perinteisesti sosiaali- ja terveystalalla raportoidaan. (Selvin ym. 2021.)

3.3 Terveydenhuoltojärjestelmän näkökulma

Bjønness ym. (2020) esittävät, että lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden käyttäjien osallistuminen (participation) ja jaettu päätöksenteko (shared decision-making) vaatii muutoksia niin työpaikkakulttuurissa kuin rutiineissakin, jotka sallivat yksilöllisiä mielenterveyspalveluita ja jotka on mukautettu nuorten tarpeisiin. Tämä edellyttää joustavaa lähestymistapaa, joka haastaa olemassa olevat kliiniset hoitosuosituksiset (clinical pathways) sekä lyhytaikaisia sairaalahoitojaksoja koskevat käytännöt. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että terveydenhuollon ammattilaiset pitävät merkittävänä implementoida sellaisia koulutuksen, työpaikkakulttuurin sekä päivittäisrutiinien strategioita, joilla nuoret saataisiin

osallistumaan omaan hoitoonsa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että yhteinen käsitys tavoitteista ja osallistumisesta tulisi saada muodostettua ennen sairaalajaksolle siirtymistä, ja nuoret palveluiden käyttäjät tulisi olla kutsuttuna kaikkiin heidän hoitoaan koskeviin tapaamisiin läpi hoitopolun. Tällaisen jaetun päätöksenteon mahdollisuuksia tarjoavan osallistumismallin (participation model) ei tulisi koskea ainoastaan paremmin pärjääviä nuoria. Tutkimus korostaa ammattilaisten kykyä relatiivisorientoituneeseen, emotionaalisesti sitoutuneeseen toimintatapaan sekä halukkuuteen mukauttaa lähestymistapoja nuorten yksilöllisiin tarpeisiin. Näin ollen tutkimuksen mukaan hoitosuosituksen tulisikin olla suuntaviivoja, ja akuuttien mielenterveys sairauksien kanssa työskennellessä palveluiden järjestämistä yksilökeskeisesti voidaan suositella. (Bjønness ym. 2020.)

Clavel ym. (2020) esittävät, että johtajuuskäytännöt ovat tärkeä vipuvoima potilaan näkökulman integroimiseen hoitoon sekä hoidon laadun parantamiseen. Potilaan sitoutumisen integrointi edellyttää tehostettua yhteistyötä johtajien välillä eri hallinnon tasoilla. Johtajuus sijoittuu eri hallinnon tasoille riippuen potilaiden integraatiotasosta (organisatorinen tai kliininen). Johtajien rooleja ja toimintatapoja tuetaan erilaisten kontekstiin sidottujen tekijöiden avulla, joilla on potilaan sitouttamista edistävä vaikutus. Potilaiden osallistumisen integrointi edistää innovatiivisia johtajuuskäytänteiden syntymistä terveydenhuollon organisaatioissa. Abaynehin ym. (2020) tutkimuksen mukaan järjestelmään sitoutettu osallistava lähestymistapa antaa rakennetta teoriaohjelman identifioimiselle ja artikuloinnille, joka on tärkeä askel palvelunkäyttäjien osallistamisessa mielenterveysjärjestelmiä vahvistavissa aloitteissa. Tärkeitä huomioita on tunnistaa interventioiden osatekijät, ja artikuloida reunaehdot sekä valloillaan olevat oletukset. (Clavel ym. 2020 & Abayneh ym. 2020.)

Salyersin ym. (2020) mukaan kroonisista terveysongelmista kärsivien kannalta on keskeistä, että potilaiden ja käytännön lääkärintyötä suorittavat ammattilaiset toimivat hyvässä yhteistyössä voidakseen saavuttaa vaikuttavan hoitomuodon. Mielenterveysalalla potilaskeskeisyys on selkeästi lisääntymässä. Salyers ym. (2020) keskittyvät kahteen strategiaan: jaettuun päätöksentekoon sekä itseohjautuvaan hoitoon (self-directed care). Nämä strategiat edellyttävät perusteellista muutosta työsuuhdekysymyksissä tuotettaessa terveystuloksia: kuka kontrolloi työtä mielenterveyspalveluissa? Kuinka tasapainottaa mieltymykset ja asiantuntijuus tehtäessä avainpäätöksissä mielenterveyden ja hyvinvoinnin parantamiseksi. (Salyers ym. 2020.)

Järjestelmänäkökulmasta osallisuuden toteutumiselle on löydettävissä paljon haasteita. Weiste ym. (2020) tutkimuksen mukaan sekä potilaat että ammattilaiset olivat kummatkin yhtä mieltä siitä, että yleisellä tasolla potilaan osallistumista pitäisi tukea. Molemmat osapuolet kokivat pääasiallisen haasteen olevan terveydenhoitojärjestelmä. Pohdittaessa asiakasosallisuutta tulevaisuuden ideaalina, potilaiden ja ammattilaisten yhtenäinen käsitys

oli, että tavoite on kummankin osapuolen vaikuttavuuden ulottumattomissa. (Weiste ym. 2020.)

Josephien ym. (2020) tutkimuksessa havaittiin, että organisaatiotason vaatimusten aiheuttama paine rajoitti sairaanhoitajien mahdollisuuksia ottaa kuluttajat mukaan hoitosuunnitelman laatimiseen. Monitieteellisen työryhmän muotoilemat organisaatiotason vaatimukset eivät vaikuttaneet arvottavan hoitosuunnitelmia. Sairaanhoitajat siis kokivat, että heidän roolinsa työryhmässä väheni ja päätöksentekovastuu keskittyi riskien hallintaan. Tämän seurauksena tarkoituksenmukaista hoitosuunnitelman kehittämistoimintaa ei toteutettu yhteistyössä potilaiden kanssa. Akuutissa mielenterveyden sairaalahoitoyksikössä potilaiden tulisi olla sitoutuneita saamaansa mielenterveyshoitoon. Elpymiskeskeisissä puitteissa palveluiden on kyettävä tasapainottamaan jännitteitä, jotka syntyvät kuluttajien omien prioriteettien ja tavoitteiden sekä organisaation riskinhallinnan asettamien odotusten välille. (Josephien ym. 2020.)

Myös Huntin (2020) tutkimuksessa havaittiin useita osallistumista haittaavia tekijöitä, kuten työskentely kustannustehokkaassa ja vaikuttavassa neo-liberaalissa kontekstissa, työtehtävien kilpailevat prioriteetit, henkilökunnan negatiiviset asenteet osallistumista kohtaan, jännitteet eri sidosryhmien välillä osallistumisen näkökulmien suhteen, sekä kuluttajien ja työvoiman kasvun hallinta. Löydökset korostivat tarvetta vahvistaa osallistumista rakentamalla ihmiskontakteja ja suhteita kuluttajien, omaishoitajien sekä mielenterveystyön ammattilaisten keskuudessa vaalimalla osapuolten keskinäistä kunnioitusta eletyn kokemuksen ja ammatillisen asiantuntijuuden välillä. (Hunt 2020.)

Asiakasosallisuus on tärkeä osa palautumisfilosofiaa. Vastuullisina terveydenhuollon ammattilaisina mielenterveyshoitajien on varmistettava mielekäs yhteistyö asiakkaiden kanssa hoidon suunnittelussa. Niin johto kuin hoitohenkilökuntakin voivat mahdollistaa osallisuuden toteutumista luomalla aikaa mielenterveyshoitajien terapeuttiseen viestintään kuluttajien kanssa. Menear ym. (2020) havaitsivat, että potilaan ja potilaan perheen sitouttaminen on rajoitettua suurimmassa osassa yhteistoiminnallisia mielenterveyden hoito-ohjelmia masennuksen ja ahdistuksen hoidossa - vaikka selviä mahdollisuuksia kehittää uusia strategioita sen toteutumiselle olisikin. (Menear ym. 2020.)

Järjestelmän ongelmilla on suora vaikutus taloudellisiin näkökulmiin ja toisin päin. Luu ym. (2021) identifioivat kolme teemaa kuvaamaan niitä vaiheita, joita köyhyysrajan alapuolella elävät filippiiniläisnaiset kohtaavat terveyspalveluita käyttäessään ja niihin hakeutuessaan. Huomionarvoista oli erityisesti, että terveydenhuollon piiriin hakeutuessa hakureitit vaihtelivat ikäryhmittäin. Nuoremmat naiset priorisoivat lastensa terveyden ja tukeutuivat ydinperheeseensä ja sukulaisiinsa sosiaalisissa ja taloudellisissa asioissa. Vanhemman ikäryhmän naiset, keski-ikäiset ja vanhemmat, hakivat tukea valtion virastoista ja

naapureilta, sekä taloudellisissa asioissa kääntyivät lastensa puoleen sairaskulukorvauksiin liittyvissä kysymyksissä. Neljäs teema liittyi siihen, miten terveyspalveluiden tuottajat ottivat huomioon potilaiden tarpeet ja haasteet kohdatessaan potilaita hoidon parissa. Kohtuullinen hintataso oli pysyvä haaste hakeutua ja sitoutua terveydenhuoltopalveluihin köyhyydessä elävien naisten osalta. Löydöksen indikoivat vaihtelevasta sosiaalisen ja taloudellisen tuen saavutettavuuden tasosta, jolla voi olla mahdollistava tai haittaava vaikutus terveyspalveluihin hakeutumiseen. Tämä on tärkeää informaatiota matalan tulotason maissa implementoitavaa tasapuolista sekä hoitoon reagoivaa hoidon toteutusta varten. Suomessa on paljon pakolaistaustaisia maahanmuuttajia eri puolilta maailmaa, joiden hoitoon hakeutumisen kriteerit ovat muualla kuin Suomessa opittuja, ja näin ollen on merkittävää huomioida se potilaan osallisuutta käsittelevässä viitekehyksessä. (Luu ym. 2021.)

Myös järjestelmänäkökulmasta omaishoitajien rooli nousee tärkeänä esiin. Schusterin ym. (2020) mukaan omaishoitajan toteutumatta jääneen osallisuuden syyksi hoitoprosessissa todettiin subjektiivinen käsitys siitä, ettei omaishoitajaa tarvittu. Tutkimuksen tulosten perusteella omaishoitajien kontaktoiminen ja osallisuus sairaalahoitojaksolla oli vahvasti riippuvainen yksittäisestä sairaalasta. Tulosten mukaan ennustavina tekijöinä psykiatrin ja omaishoitajan kontaktille toimivat potilaan skitsofreniadiagnoosi, vähäisempi määrä aiempia sairaalahoitajaksoja sekä missä sairaalassa hoito oli toteutettu. Psykiatrien mukaan yleisimmät keskusteluiden aiheet omaishoitajien kanssa liittyivät terapeuttiin kysymyksiin sekä organisatorisiin ja sosiaalipsykiatrisiin aiheisiin (kuten työ, asuminen ja sosiaalituot). Potilaat ja omaishoitajat totesivat, että psykiatrinen hoito, diagnostinen luokittelu ja mielen sairaus (mental illness) olivat yleisimmät keskustelun aiheet. Omaishoitajien osallisuuden yleisyyttä voitaisiin varmasti lisätä muuttamalla sairaaloiden rakenteita ja prosesseja. Tutkimuksen näyttö osoittaa omaishoitajien osallisuudella olevan positiivisia vaikutuksia terapeutisessa prosessissa, mutta myös omaishoitajan omassa hyvinvoinnissa. (Schuster ym. 2020.)

4 Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi on valittu kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaus on tutkimustekniikka, jolla tutkitaan tiettyä tutkimustehtävän kannalta merkityksellistä tutkimuskirjallisuutta. Kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan sitä, millaista tutkimustehtävän kannalta merkityksellistä tietoa on saatavilla. Kirjallisuuskatsauksessa käydään analyttisesti läpi, mitä tarkastelun kohteena olevasta ilmiöstä tiedetään. Kirjallisuuskatsauksia tehdään erilaisiin tarkoituksiin, ja sen vuoksi niiden tekotavat ja nimitykset eroavat toisistaan. Jokaisella kirjallisuuskatsaustyyppillä on kuitenkin omat eronsa katsauksen tarkoituksen, aineiston hankkimisen, aineiston määrittelyn sekä aineiston analyysimenetelmän osalta. (Ikonen, Isojärvi & Malmivaara 2009.)

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 121) mukaan kirjallisuuskatsauksen avulla hahmotetaan aihepiirin kokonaisuutta, jolloin saadaan tietoa 1) miten paljon tutkimustietoa on olemassa, 2) millaisesta näkökulmasta aihetta on tutkittu ja 3) millaisin menetelmin aihetta on aiemmin tutkittu. Kirjallisuuskatsauksen suunnittelun apuna toimii usein käsiteanalyysi, jonka tuloksena syntyy tiedonhaussa apuna käytettävä käsitekartta (Isojärvi 2017).

Baumeisterin ja Learyn (1997, 312) mukaan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena voi olla 1) kehittää olemassa olevaa teoriaa sekä rakentaa uutta teoriaa, 2) arvioida olemassa olevaa teoriaa, 3) rakentaa kokonaiskuvaa tietystä asiakokonaisuudesta, 4) tunnistaa ongelmia tai 5) kuvata tietyn teorian kehitystä historiallisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla kirjallisuuskatsauksia on tehty paljon. Katsaukset kuuluvat kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen metodien yhdistelmään (mixed method). Kirjallisuuskatsaus voi sisältää joko kuvailevaa tai määrällistä otetta sekä niiden yhdistelmää. Kirjallisuuskatsaus ei ole selityksillä höystetty lähdeluettelo tai tiivistelmä ilman kriittistä tarkastelua (Bearfield & Eller 2008, 62).

Tässä tutkimuksessa käyttöön on valittu kuvaileva kirjallisuuskatsaus ”*narrative literature review*”, joka soveltuu AMK-opinnäytetöissä tutkimusmenetelmäksi. Kuvaileva katsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä, ja se toteutetaan ilman tiukkoja tai tarkkoja metodisia sääntöjä (Salminen, 2011). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus kertoo tai kuvaa aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimuskirjallisuutta sekä sen laajuutta, syvyyttä ja määrää kuitenkin laaja-alaisesti ja luokitellen. Tutkimuskysymykset ovat väljempää, kuin systemaattisemmissa kirjallisuuskatsauksen muodoissa (Salminen 2011).

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on siis metodisesti kevyin kirjallisuuskatsauksen muoto ja tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia yhteen ytimekkäästi ja johdonmukaisesti. Freemanin (1984) mukaan narratiivisella kirjallisuuskatsauksella järjestetään epäyhtenäistä tietoa helppolukuiseksi ja järjestelmälliseksi lopputulokseksi. Kangasniemen ym. (2013) mukaan narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta erotetaan myös vielä kolme erillistä tapaa: toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsaus. Toimituksellinen sekä kommentoiva katsaus ovat useimmin koottu niukasta aineistosta, kun yleiskatsaus taas tiivistää laajemmin aikaisemmin julkaistuja aineistoja. Tässä työssä yleiskatsaus tähtää teorian tiivistämiseen sekä aiheen ongelmien tunnistamiseen.

Kaikki kirjallisuuskatsauksen muodot sisältävät tyypillisesti kirjallisuuden haun, kirjallisuuden kriittisen arvioinnin sekä aineiston perusteella tehdyn synteetin ja analyysin. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheita ovat Kangasniemen ym. (2013, 291-292) mukaan tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valinta, kuvailun rakentaminen sekä tuotetun tuloksen tarkastelu. Vaiheet etenevät osittain päällekkäin prosessin eri vaiheissa. Hankittu aineisto ei ole yleiskatsauksessa käynyt läpi erityisen systemaattista seulaa. Osallisuus on

abstrakti kokonaisuus, jonka vuoksi yleiskatsauksen käyttö tässä opinnäytetyössä on katsottu luontevaksi.

Aiempi tutkimuskirjallisuus osoittaa, että kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista löytää uusi näkökulma tuttuun ilmiöön (Kangasniemi ym. 2013). Tätä silmällä pitäen kvalitatiivinen tutkimus soveltuu hyvin aiheen käsittelyyn, jonka vuoksi aineiston analyysimenetelmäksi on valittu kvalitatiiviselle tutkimukselle ominainen sisällönanalyysi. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arvioinnissa keskitytään tutkimuskysymyksen sekä valitun aineiston valinnan perusteluun, aineiston argumentointiin sekä tutkimusprosessin johdonmukaisuuteen kokonaisuutena (Kangasniemi ym. 2013, 291-292.)

4.1 Aineiston valinta ja keruu

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta aloitettiin määrittämällä tutkimuksen tarkoitus sekä tutkimusongelma. Sen jälkeen teoriaviitekehystä varten tehtiin kirjallisuushaku, jonka perusteella tehtiin ensimmäinen alustava valinta aineistosta. Tässä yhteydessä muodostettiin myös alustavat tutkimuskysymykset. Aineistoa vielä rajattiin vastaamaan paremmin juuri tämän tutkimuksen tutkimusongelmaa sekä tutkimuskysymyksiä vastaaviksi.

Työssä käytetty aineisto haettiin elektronisista tieteellisistä tietokannoista. Käytetyt tietokannat olivat Google Scholar, Laurea FINNA sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Julkari. Muitakin tietokantoja olisi voitu käyttää, mutta opinnäytetyön laajuus huomioiden päädyttiin kolmeen tietokantaan. Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan tietokantojen antamat uusimmat julkaisut. Tämä tarkoitti käytännössä, että julkaisut haettiin vuosilta 2021 sekä 2020, ja julkaisuiden tuli käsitellä osallisuuden osatekijöitä sekä osallisuuden kokemuksen vaikutuksia hoitomyönteisyyteen. Mielen terveyden osuus aineistonhaussa oli merkittävä, mutta mukaan otettiin myös tutkimuksia muilta terveyden ja hyvinvoinnin tutkimuksen osa-alueilta.

Aineiston valinnassa käytettiin eksplisiittistä tapaa, eli aineisto haettiin tieteellisesti relevanteista lähteistä. Työssä on käytetty lähteinä alkuperäisiä, julkisesti saatavilla olevia tutkimuksia. Julkaisujen mukaanotto- ja poissulkukriteerit on esitetty alla olevassa taulukossa. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit liittyivät julkaisun ajankohtaan, aiheeseen, tutkimusalaan, julkaisun tyyppiin sekä julkaisun saatavuuteen.

	Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisun ajankohta	2020 tai myöhemmin julkaistu tutkimus	2019 tai aiemmin julkaistu tutkimus
Aihe	osallisuuden osatekijät sekä yhteys hoitomyönteisyyteen	muu
Tutkimusala	terveyden ja hyvinvoinnin tutkimusala	muu, kuin terveyden ja hyvinvoinnin tutkimusala
Julkaisun tyyppi	väitöskirja tai tieteellinen artikkeli	pro gradu tai opinnäytetyö
Julkaisun saatavuus	julkinen	ei julkinen

Taulukko 1: Aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Aineistonhakua ohjasi koko ajan tutkimuskysymys. Aineisto arvioitiin ensin systemaattisesti tutkimusten otsikoiden perusteella, jonka jälkeen tiivistelmään tutustumalla tehtiin alustava päätös sopivuudesta tähän kirjallisuuskatsaukseen. Mukaan valitun tutkimuksen täytyi olla viimeisen kahden vuoden ajalta oleva julkisesti saatavilla oleva sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus, vähintään väitöskirjatasoinen työ ja tuloksissa tuli olla maininta osallisuudesta sekä sen vaikutuksesta hoitomyönteisyyteen, hoitoon sitoutumiseen tai hoidon tuloksellisuuteen. Hyväksytyyn haun jälkeen valitut tutkimukset luettiin tarkemmin läpi, jonka jälkeen tehtiin lopullinen päätös mukaan ottamisesta. Osallisuutta on käsitelty tutkimuskirjallisuudessa paljonkin, mutta osallisuuden suhteesta hoitomyönteisyyteen löytyi vähemmän tietoa. Englanninkieliset aineistot osoittautuivat monipuolisemmiksi suomenkielisiin verrattuna. Aineiston laatua arvioitiin tiedon tuoreuden lisäksi siten, että aineisto oli julkaistu tieteellinen artikkeli tai väitöskirja. Opinnäytetöitä tai pro gradu -tutkimuksia ei otettu mukaan, sillä saatavilla oli tieteellisin kriteerein arvioituna laadukkaampaa kirjallisuutta. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöhön valittiin 18 tieteellistä julkaisua, joista jokainen käsittelee osallisuuden suhdetta hoitomyönteisyyteen, hoitoon sitoutuneisuuteen tai hoidon tuloksellisuuteen.

Aineiston valinnan yksityiskohdat raportoitiin taulukkoon. Kangasniemen ym. (2013) mukaan taulukoinnilla voidaan aineistoa valitessa jäsentää tietoa ja arvioida sen luotettavuutta sekä merkityksellisyyttä tutkimuskysymyksen kannalta. Aineiston keräämisessä käytetyt hakusanat, hakutulosten määrä sekä mukaan otetut julkaisut on esitetty alla olevassa taulukossa tietokantakohtaisesti.



Tarkennettu haku	Google Scholar	Laurea FINNA	THL Julkari
mental health patient involvement compliance OR adherence "involvement in mental health",	2021: 34 tulosta, joista hyväksyttiin 3. 2020: 193 tulosta, joista hyväksyttiin 12.	2021: 0 tulosta. 2020: 0 tulosta.	2021: 0 tulosta 2021: 0 tulosta.
mental health patient participation compliance OR adherence "participation in mental health",	2021: 37 tulosta, joista hyväksyttiin 2. 2020: 195 tulosta, joista hyväksyttiin 3.	2021: 0 tulosta. 2020: 0 tulosta.	2021: 0 tulosta 2021: 0 tulosta.
osallisuus mielenterveys hoitomyönteisyys, OR hoitoon OR sitoutuminen "potilaan osallisuus",	2021: 4 tulosta, joista hyväksyttiin 0. 2020: 4 tulosta, joista hyväksyttiin 0.	2021: 0 tulosta. 2020: 0 tulosta.	2021: 0 tulosta 2021: 0 tulosta.
osallistuminen mielenterveys hoitomyönteisyys, OR hoitoon OR sitoutuminen "potilaan osallistuminen",	2021: 0 tulosta. 2020: 2 tulosta, joista hyväksyttiin 0.	2021: 0 tulosta. 2020: 0 tulosta.	2021: 0 tulosta 2021: 0 tulosta.

Taulukko 2: Tietokannat, hakusanat ja hakutulokset

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin yhteensä 18 tieteellistä julkaisua, jotka haettiin neljällä eri tarkennetulla haulilla käyttäen sanoja osallisuus "involvement", osallistuminen

”participation” sekä kytkemällä ne hoitomyönteisyyteen/hoitoon sitoutumiseen hakusanalla ”compliance adherence”. Google Scholarista hyväksyttiin 18 julkaisua, kun Laurea Finnasta ja Julkarista ei hyväksytty yhtäkään. Haut tehtiin kaikkiin tietokantoihin sekä suomeksi että englanniksi.

Englanninkieliset tarkennetut haut olivat:

- mental health patient involvement compliance OR adherence "involvement in mental health " sekä
- mental health patient participation compliance OR adherence "participation in mental health".

Suomenkieliset tarkennetut haut olivat:

- osallisuus mielenterveys hoitomyönteisyys, OR hoitoon OR sitoutuminen "potilaan osallisuus" sekä
- osallistuminen mielenterveys hoitomyönteisyys, OR hoitoon OR sitoutuminen "potilaan osallistuminen".

4.2 Aineiston analyysi

Tämän tutkimuksen aineiston analyysimenetelmäksi on valittu laadullisen aineiston tutkimukselle soveltuva sisällönanalyysi, joka pyrkii päätelmiin erityisesti verbaalisesta, symbolisesta tai kommunikatiivisesta aineistosta. Kyseessä olevan kaltaista aineistoa ovat esimerkiksi kirjat, artikkelit, kirjeet ja haastattelut. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan siis yksinkertaistettuna dokumenttien sanallista kuvaamista. Sisällönanalyysissä kerätty tutkimusaineisto hajotetaan osiksi ja kootaan uudelleen johtopäätöksiksi synteessin avulla. Tuomen ja Sarajärven (2013,91) mukaan sisällönanalyysi on väljä teoreettinen kehys, jonka avulla voidaan analysoida kirjallisia, kuultuja tai nähtyjä sisältöjä. Sisällönanalyysin tärkeimpänä tavoitteena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavana olevasta ilmiöstä analysoimalla dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 70-72.)

Tuomen ja Sarajärven (2004, 58) mukaan sisällönanalyysin etuna on erityisesti analyysin herkkyys kontekstille ja aineiston symbolisille muodoille. Tutkimusaineistoa on tarkoitus analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Silti kvalitatiivisen prosessin tuloksia ei tule koskaan liiaksi yleistää. Tutkimustuloksista on silti mahdollista saada sellaista lisätietoa tutkittavasta aiheesta, jota voidaan hyödyntää henkilöiden ammatinharjoittamisessa. (Tuomi & Sarajärvi 2004.)

Sisällönanalyysi nähdään lähinnä laadullisen aineiston analyysimenetelmäksi, jossa korostuvat tekstin sisällölliset ja laadulliset merkitykset. Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluvat osat ovat aineiston pelkistäminen tiivistämällä, aineiston ryhmittely, sekä abstrahointi, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto muusta tiedosta. Sisällönanalyysi sisältää Tuomen ja Sarajärven (2013, 91-94) jaottelun mukaan neljä vaihetta, jotka ovat:

- tutkimustehtävän hahmottaminen aineiston perusteella,
- analyysiryngön muodostaminen eli tutkimusaineistosta tutkimustehtävän kannalta olennaisten asioiden muistiin merkitseminen,
- analyysiryngön sisälle erilaisten luokitusten ja kategorioiden muodostaminen eli kertyneen aineiston luokittelu, teemoittelu ja tyypittely sekä,
- yhteenvedon kirjoittaminen analyysin perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91-94.)

Myös kirjallisuuskatsaukselle on laadullisen tutkimuksen tavoin mahdollista, että esimerkiksi tutkimustehtävä tarkentuu tai jopa muuttuu kokonaan prosessin edetessä. Tutkimusprosessin aineiston analyysivaiheiden järjestys ei näin ole kiveen hakattu, vaan prosessi elää tutkimuksen tekijän mukaan. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa kahdella eri tavalla, joko 1) aineistolähtöisesti (induktiivinen menetelmä) tai 2) teorialähtöisesti (deduktiivinen menetelmä). Induktiivisessa analyysissä aineiston monipuolinen tarkastelu ohjaa tutkimusprosessia. Tällöin tutkimuksen aineistolla on suuri vaikutus tutkimusprosessin kulkuun ja lopputuloksiin. Puhtaasti induktiivista analyysiä on vaikea toteuttaa, sillä kaksi analyysitapaa - induktiivinen ja deduktiivinen - käytännössä limittyvät. (Tuomi & Sarajärvi 2013.)

Teorialähtöisessä analyysissä aineiston analyysin pohjana toimii aiheesta saatavilla oleva aikaisempi tieto. Aikaisempaan tietoon perustuvien kategorioiden luomisen jälkeen teorialähtöinen analyysi etenee aineistolähtöisen analyysin mallin mukaan 1) aineiston pelkistämällä, 2) aineiston ryhmittelyllä sekä 3) teoreettisten käsitteiden luomisella. Ensin aineistosta etsitään pelkistettyjä ilmauksia tutkimustehtävän kannalta olennaisten analyysiyksiköiden perusteella. Sen jälkeen aineistosta etsitään samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia ryhmittelemällä. Ryhmittelyn tuloksena ilmiöstä syntyy ylä- ja pääluokkia sekä mahdollisesti asioita yhdistäviä luokkia. Aineiston luokituksia yhdistellään niin kauan, kuin aineisto antaa siihen mahdollisuuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2013.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusaineistoa on kuvattu sanallisesti, sillä aineiston kvantifiointi otannan pienen koon vuoksi ei soveltunut prosessiin. Potilaan osallisuus hoitomyönteisyyden lisääjänä on laaja aihe sekä käsitteistöltään laava, jonka vuoksi käyttöön on valittu induktiivinen menetelmä. Aineiston analyysiryngön pohjana on käytetty Thompsonin (2007) muodostamaa luokittelua osallisuudesta sen selkeyden vuoksi. Thompson (2007) luokittelee osallisuuden kolmeen pääluokkaan:

- potilaasta määräytyvään osallisuuteen ”*patient determined involvement*”
- yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa määräytyvään osallisuuteen ”*co-determined involvement*” sekä
- terveydenhuollon ammattihenkilön määrittelemään osallisuuteen ”*professional-determined involvement*”.

Edellä mainitun luokittelun kaksi ensimmäistä pääluokkaa voidaan nähdä aidoksi osallisuudeksi, jolle ominaista on teoreettisessa viitekehyksessä esiin tuotu aktiivinen ja vastavuoroinen luonne. Kolmas pääluokka, terveydenhuollon ammattihenkilön määrittelemä osallisuus, voidaan nähdä tässä työssä ennemminkin osallistumisena, josta puuttuu toiminta ja aito vaikuttaminen ja joka on vain osallisuuden yksi osa-alue.

Tämän tutkimuksen aineiston analyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat. Aineiston analyysia on lähestytty mahdollisimman avoimien kysymysten kautta, jonka jälkeen aineisto on purettu osiin. Tämän jälkeen samankaltaiset aineiston osat on liitetty yhteen uudeksi kokonaisuudeksi. Lopuksi aineisto on koottu uudelleen kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimusongelmaan, tutkimuskysymyksiin sekä tutkimuksen tarkoitukseen. Käytännössä kirjallisuuskatsaukseen valikoidut julkaisut luettiin läpi useita kertoja, jolloin saavutettiin kokonaiskuva aineistosta. Sen jälkeen aineisto koodattiin sisältöä kuvaavilla koodeilla, jotka olivat osallisuutta edistävät ja estävät tekijät. Kaikki ilmaisut, jotka sisälsivät mainintoja edistävästä ja estävästä tekijöistä merkittiin koodeilla. Sen jälkeen havaittiin, että tekijät voidaan jakaa kolmeen näkökulmaan, jolloin samanlaiset koodit yhdistettiin kolmeksi eri teemakokonaisuudeksi. Aineiston tiivistymisen myötä voitiin rakentaa vielä teemojen sisään omia kategorioitaan. Lopuksi aineistosta tehdyt teemat ja niiden sisällä olevat kategoriat koottiin synteetiksi peilaamalla tuloksia laajempaan kontekstiin sekä tutkimuksen teoriaviitekehykseen. Alla olevassa taulukossa on esitetty aineiston analyysin vaiheet.

1. Vaihe: Tutkimustehtävän hahmottaminen aineiston perusteella.	Avointen kysymysten esittäminen, kuten ”Mistä ilmiössä on kysymys”?
2. Vaihe: Analyysirungon muodostaminen.	Aineiston lukeminen läpi useita kertoja sekä muistiinpanojen tekeminen.
3. Vaihe: Aineiston ensimmäinen luokittelu.	Aineiston purkaminen osiin erittelemällä osallisuutta edistävät sekä estävät tekijät.

4. Vaihe: Aineiston teemoittelu.	Eritellystä aineistosta uusien teemojen luominen värikoodaamalla (potilas-, ammattilais- ja järjestelmänäkökulma).
5. Vaihe: Aineiston edelleen luokittelu.	Kategorioiden rakentaminen kolmen määritellyn teemakokonaisuuden sisälle.
6. Vaihe: Synteesin luominen analyysin perusteella.	Synteesin luominen luotujen teemojen perusteella tarkastelemalla eri teemojen osatekijöiden päällekkäisyyksiä ja peilaamalla kokonaisuutta tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen.

Taulukko 3: Sisällönanalyysin vaiheet

4.3 Tutkimuksen kulku

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2020 opparistartista sekä ONT-torilta, ja työ saatiin valmiiksi keväällä 2021. Ryhmäohjauksissa käytiin syksyn 2020 sekä kevään 2021 aikana. Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui nopeasti osallisuus, sillä se oli kiinnostavin teema tarjolla olevista aiheista. Alun perin tarkoitus oli tehdä kvalitatiivinen tutkimus haastattelemalla erään sairaalan henkilökuntaa, mutta opinnäytetyö muuttui myöhemmin kirjallisuuskatsaukseksi osittain kirjoittajasta riippumattomista syistä.

Työn muuttuminen kirjallisuuskatsaukseksi aiheutti jonkin verran jo olemassa olevan teoriaviitekehyksen sekä menetelmäosion uudelleen kirjoittamista. Lopullinen työhön päätynyt aineisto haettiin keväällä 2021. Työ eteni rauhalliseen tahtiin, sillä samalla suoritettiin harjoittelujaksoja sekä muita opintoja. Palautuspäivän lähestyessä työskentelyn tahti tiivistyi, jotta välitavoitteet saavutettiin. Sisällönanalyysia varten aineisto luettiin läpi useita kertoja, jolloin aineistosta etsittiin yhtäläisyyksiä ja poikkeuksia. Tutkimuskysymykset jatkoivat tarkentumistaan prosessin loppuun saakka. Analyysivaiheen jälkeen tulokset kirjattiin ja tämän pohjalta tehtiin aiheeseen liittyvä pohdinta. Opinnäytetyö esitettiin ja valmistui toukokuussa 2021.

5 Tutkimuksen tulokset

Kirjallisuuskatsaus pyrki saamaan vastauksen siihen, miten mielenterveyspotilasta voidaan paremmin osallistaa omaan hoitoonsa niin, että hoitomyyönteisyys lisääntyisi. Sisällönanalyysin vaiheiden myötä muodostui kokonaiskäsitys aiheesta sekä sen antamista vastauksista tutkimusongelmaan ja tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen tutkimuskysymykset ovat: 1) Mitkä tekijät edistävät mielenterveyspotilaan osallisuutta hoito- ja kuntoutusprosessissa? 2) Mitkä tekijät estävät mielenterveyspotilaan osallisuutta hoito- ja kuntoutusprosessissa?

Aineistosta tehtyjen johtopäätösten perusteella voidaan kootusti todeta, että osallisuuden toteutuminen on tutkimuskirjallisuuden perusteella hoitomyyönteisyyden ehdoton edellytys. Tutkimuskirjallisuuden perusteella voidaan kattavasti nostaa esiin osallisuutta edistäviä ja estäviä tekijöitä eri näkökulmista. Sisällönanalyysin perusteella saadut keskeiset tulokset koottiin näkökulmittain (potilas-, ammattilais-, ja järjestelmänäkökulma) sekä ryhmiteltiin vielä itsenäisiksi teemakokonaisuuksiksi. Osa edistävästä ja estävästä tekijöistä esiintyy useammassa näkökulmassa. Kolme edellä mainittua näkökulmaa jakautuvat edelleen sisäisiin kategorioihinsa eri tasoilla, joita ovat meta- (asenteet, mielipiteet, arvot ja yhteiskunta), makro- (organisaatiot, järjestöt ja toiminnan tuottajat), ekso- (hallinto, johto ja esimiestyö), meso- (työntekijät, ammattilaiset ja ammatinharjoittajat) ja mikrotaso (lähipiiri, omaiset, omaishoitajat ja edunvalvojat) sekä yksilö itse. Seuraava kuvio havainnollistaa vaikuttavuuden tasot.



Kuvio 1: Vaikuttavuuden tasojen sipulimalli

Seuraavaksi esitellään mielenterveyspotilaan osallisuutta edistävät ja estävät tekijät. Osa esiin tuotavista osallisuuteen liittyvistä tekijöistä ovat sellaisia, jotka ovat erityisen merkityksellisiä useammasta näkökulmasta käsin.

5.1 Mielenterveyspotilaan osallisuutta edistävät tekijät

Kirjallisuuden perusteella oli havaittavissa neljä kategorialla, jotka määrittelevät potilaan osallisuutta edistäviä tekijöitä potilaan näkökulmasta: 1) Metatasolla vaikuttavat tekijät; palveluiden yksilöllinen järjestäminen (mahdollisuus), potilaiden toiveet ja toivomukset avainmotivaattoreina fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden ylläpitämisen kannalta (Chan ym. 2021 & Bjønness ym. 2020). 2) Mesotasolla vaikuttavat tekijät; kuulluksi tuleminen, käyttäjien osallistuminen ja jaettu päätöksenteko, yhteinen käsitys tavoitteista ja osallistumisesta ennen sairaalajaksolle siirtymistä, palveluiden käyttäjien osallistuminen kaikkiin heidän hoitoaan koskeviin tapaamisiin (Weiste ym. 2020 & Bjønness ym. 2020). 3) Yksilötasolla vaikuttavat tekijät; tarkennettu huomio coping -keinojen implementointiin hoitoprosessissa, itsenäinen asuminen, merkittävä työsuhte, hyödyllisyys yhteiskunnassa, intiimit suhteet, uudet kiinnostuksen kohteet, tiedon ja taitojen kartuttaminen (Oedegaard ym. 2021 & Chan ym. 2021). 4) Mikrotasolla vaikuttavat tekijät; omaishoitajien osallisuus, perhekeskeisyys (Schuster ym. 2020 & Menear ym. 2020). Seuraava taulukko kokoaa yhteen osallisuutta edistävät tekijät potilasnäkökulmasta ja ilmoittaa, mihin vaikuttavuuden tasoon tekijät kuuluvat.

Metataso: Asenteet, arvot, mielipiteet ja yhteiskunta	palveluiden järjestäminen yksilökeskeisesti, potilaiden toiveet ja toivomukset avainmotivaattoreina fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden ylläpitämisen kannalta (Chan ym. 2021 & Bjønness ym. 2020)
Mesotaso: Työntekijät, ammattilaiset ja ammatinharjoittajat	kuulluksi tuleminen, käyttäjien osallistuminen ja jaettu päätöksenteko, yhteinen käsitys tavoitteista ja osallistumisesta ennen sairaalajaksolle siirtymistä, palveluiden käyttäjien osallistuminen kaikkiin heidän hoitoaan koskeviin tapaamisiin (Weiste ym. 2020 & Bjønness ym. 2020)

Yksilötaso	tarkennettu huomio coping -keinojen implementointiin hoitoprosessissa, itsenäinen asuminen, merkittävä työsuhte, hyödyllisyys yhteiskunnassa, intiimit suhteet, uudet kiinnostuksen kohteet, tiedon ja taitojen kartuttaminen (Oedegaard ym. 2021 & Chan ym. 2021)
Mikrotaso: Lähipiiri, omaiset, omaishoitajat ja edunvalvojat	omaishoitajien osallisuus, perhekeskeisyys (Schuster ym. 2020 & Menear ym 2020)

Taulukko 4: Osallisuutta edistävät tekijät potilasnäkökulmasta

Kirjallisuuden perusteella oli havaittavissa viisi kategoriaa, jotka määrittelevät potilaan osallisuutta edistäviä tekijöitä ammattilaisen näkökulmasta: 1) Metatasolla vaikuttavia tekijöitä; ammatillinen itsetietoisuus, hyvät kommunikointitavat, potilaan kunnioittava huomioiminen, kulttuurinen sensitiivisyys (Ibrahim ym. 2021 & Selvin ym. 2021). 2) Eksotason vaikuttavia tekijöitä; potilaan huomioiminen autonomisena hoitoprosessin kumppanina, potilaan kykyjen arviointi, potilaan osallistaminen suunnitelman teossa, potilaan osallistaminen sekä potilaalle perustelu myös tahdonvastaisessa hoidossa, palveluiden järjestäminen yksilökeskeisesti (Menear ym. 2020 & Bjønness ym. 2020). 3) Makrotasolla vaikuttavia tekijöitä; oikea-aikaisen tiedon tarjoaminen potilaalle, oikea-aikaisen tiedon ja tuen sekä rohkaisun tarjoaminen aktiivisena osapuolena toimimiseen hoidon suunnittelussa, päätöksenteossa ja itsehoidossa, riittävän ja selkeän sekä helposti ymmärrettävän tiedon tarjoaminen potilaalle (Menear ym. 2020 & Selvin ym. 2021). 4) Yksilötasolla vaikuttavia tekijöitä; potilaan kannustaminen itsenäiseen toimijuuteen, jaettu päätöksenteko, potilaiden ja lääkäreiden toimiva yhteistyö, itseohjautuva hoito, tuki hyvään unihygieniaan, säännölliseen fyysiseen aktiivisuuteen, terveiden elämäntapojen ylläpitämiseen, rentoutumistekniikoihin, muu sosiaalinen tuki, terapeuttinen suhde (Selvin ym. 2021; Salyers ym. 2020; Tapsell ym. 2020 & Ibrahim ym. 2021). 5) Mikrotasolla vaikuttavia tekijöitä; potilas-omaishoitaja-suhteen tukeminen, omaishoitajan informointi, omaishoitajan kokemuksen huomioiminen ja osallisuus päätöksenteossa, perheen sitoutuminen, perhekeskeisyys (Svedsen ym. 2021; Ibrahim ym. 2021 & Menear ym. 2020).

Metataso: Asenteet, arvot, mielipiteet ja yhteiskunta	ammatillinen itsetietoisuus, hyvät kommunikointitavat, potilaan kunnioittava
---	--

	huomioiminen, kulttuurinen sensitiivisyys (Ibrahim ym. 2021 & Selvin ym. 2021)
Eksotaso: Hallinto, johto ja esimiestyö	potilaan huomioiminen autonomisena hoitoprosessin kumppanina, potilaan kykyjen arviointi, potilaan osallistaminen suunnitelman teossa, potilaan osallistaminen sekä potilaalle perustelu myös tahdonvastaisessa hoidossa, palveluiden järjestäminen yksilökeskeisesti (Menaar ym. 2020 & Bjønness ym. 2020)
Makrotaso: Organisaatiot, järjestöt ja toiminnan tuottajat	oikea-aikaisen tiedon tarjoaminen potilaalle, oikea-aikaisen tiedon ja tuen sekä rohkaisun tarjoaminen aktiivisena osapuolena toimimiseen hoidon suunnittelussa, päätöksenteossa ja itsehoidossa, riittävän ja selkeän sekä helposti ymmärrettävän tiedon tarjoaminen potilaalle (Menaar ym. 2020 & Selvin ym. 2021)
Yksilötaso	potilaan kannustaminen itsenäiseen toimijuuteen, jaettu päätöksenteko, potilaiden ja lääkäreiden toimiva yhteistyö, itseohjautuva hoito, tuki hyvään unihygieniaan, säännölliseen fyysiseen aktiivisuuteen, terveiden elämäntapojen ylläpitämiseen, rentoutumistekniikoihin, muu sosiaalinen tuki, terapeutin suhde (Selvin ym. 2021; Salyers ym. 2020; Tapsell ym. 2020 & Ibrahim ym. 2021)
Mikrotaso: Lähipiiri, omaiset, omaishoitajat ja edunvalvojat	potilas-omaishoitaja-suhteen tukeminen, omaishoitajan informointi, omaishoitajan kokemuksen huomioiminen ja osallisuus päätöksenteossa, perheen sitoutuminen, perhekeskeisyys (Svedsen ym. 2021; Ibrahim ym. 2021 & Menaar ym. 2020)

Taulukko 5: Osallisuutta edistävät tekijät ammattilaisnäkökulmasta

Kirjallisuuden perusteella oli havaittavissa viisi kategoriaa, jotka määrittelevät potilaan osallisuutta edistäviä tekijöitä järjestelmän näkökulmasta: 1) Metatasolla vaikuttavia tekijöitä; potilaan kunnioittava huomioiminen, potilaan huomioiminen autonomisena hoitoprosessin kumppanina, puolueellisuuden torjuminen, tunnustuksen antaminen intersektionaaliselle lähestymistavalle, järjestelmään sitoutettu osallistava lähestymistapa, hyvä sosiaalisen ja taloudellisen tuen saavutettavuus (Meneer ym. 2020; Nicholas 2020; Abaneyah ym. 2020 & Luu ym. 2021). 2) Makrotasolla vaikuttavia tekijöitä; tehostettu yhteistyö johtajien välillä eri hallinnon tasoilla, hyvä tapahtumaraportointi ja relevanttien asioiden kommunikointi kollegojen välillä, hyvä ammatillinen keskustelu ammatillisen työryhmän sisällä (Clavel ym. 2020 & Selvin ym. 2021). 3) Eksotasolla vaikuttavia tekijöitä; johdon ja henkilökunnan luoma aika mielenterveyshoitajien terapeutteihin viestintään kuluttajien kanssa, oikea-aikaisen tiedon tarjoaminen potilaalle (Josephie ym. 2020 & Meneer ym. 2020). 4) Mikrotasolla vaikuttavia tekijöitä; perhekeskeisyys, hyvä sosiaalisen ja taloudellisen tuen saavutettavuus, perheiden ja omaishoitajien osallistuminen, ihmiskontaktien ja -suhteiden rakentaminen kuluttajien, omaishoitajien sekä ammattilaisten keskuudessa, osapuolten keskinäisen kunnioituksen vaaliminen eletyn kokemuksen ja ammatillisen asiantuntijuuden välillä (Meneer ym. 2020; Luu ym. 2021 & Hunt 2020). 5) Yksilötasolla vaikuttavia tekijöitä; useiden uskomusten soveltaminen käytännössä, sekä potentiaalisten vaihtoehtojen etsiminen tahdosta riippumattomalle hoidolle (Nicholas 2020).

Metataso: Asenteet, arvot, mielipiteet ja yhteiskunta	potilaan kunnioittava huomioiminen, potilaan huomioiminen autonomisena hoitoprosessin kumppanina, puolueellisuuden torjuminen, tunnustuksen antaminen intersektionaaliselle lähestymistavalle, järjestelmään sitoutettu osallistava lähestymistapa, hyvä sosiaalisen ja taloudellisen tuen saavutettavuus (Meneer ym. 2020; Nicholas 2020; Abaneyah ym. 2020 & Luu ym. 2021)
Makrotaso: Organisaatiot, järjestöt ja toiminnan tuottajat	tehostettu yhteistyö johtajien välillä eri hallinnon tasoilla, hyvä tapahtumaraportointi ja relevanttien asioiden kommunikointi kollegojen välillä,

	hyvä ammatillinen keskustelu ammatillisen työryhmän sisällä (Clavel ym. 2020 & Selvin ym. 2021)
Eksotaso: Hallinto, johto ja esimiestyö	johdon ja henkilökunnan luoma aika mielenterveyshoitajien terapeuttiseen viestintään kuluttajien kanssa, oikea-aikaisen tiedon tarjoaminen potilaalle (Josephie ym. 2020 & Menear ym. 2020)
Mikrotaso: Lähipiiri, omaiset, omaishoitajat ja edunvalvojat	perhekeskeisyys, hyvä sosiaalisen ja taloudellisen tuen saavutettavuus, perheiden ja omaishoitajien osallistuminen, ihmiskontaktien ja -suhteiden rakentaminen kuluttajien, omaishoitajien sekä ammattilaisten keskuudessa, osapuolten keskinäisen kunnioituksen vaaliminen eletyn kokemuksen ja ammatillisen asiantuntijuuden välillä (Menear ym. 2020; Luu ym. 2021 & Hunt 2020)
Yksilötaso	useiden uskomusten soveltaminen käytännössä, sekä potentiaalisten vaihtoehtojen etsiminen tahdosta riippumattomalle hoidolle (Nicholas 2020)

Taulukko 6: Osallisuutta edistävät tekijät järjestelmänäkökulmasta

5.2 Mielenterveyspotilaan osallisuutta estävät tekijät

Kirjallisuuden perusteella oli havaittavissa neljä kategoriaa, jotka määrittelevät potilaan osallisuutta estäviä tekijöitä potilaan näkökulmasta: 1) Metatasolla vaikuttavia tekijöitä; kokemus vaikutusmahdollisuuksien puutteesta terveydenhoitojärjestelmää koskien, ammattilaisen ilmaisema korkeampi päätösvalta, potilaan kokemus yhteistyökyvyn osoittamisesta vain myöntyvyyden kautta (Weiste ym. 2020). 2) Mesotasolla vaikuttavia tekijöitä; pääasiallisen vastuun luovuttaminen hoidosta potilaalle itselleen/liiallinen autonomia (Weiste ym. 2020). 3) Mikrotasolla vaikuttavia tekijöitä; lasten/läheisten terveyden priorisoiminen, vain ydinperheeseen ja sukulaisiin tukeutuminen (Luu ym. 2020), omaishoitajan subjektiivinen käsitys omaishoitajan tarpeettomuudesta (Schuster ym. 2020).

4) Yksilötasolla vaikuttavia tekijöitä; mielenterveyteen liittyvät ongelmat, pelko tuntemattomasta, harhat, tietämättömyys siitä mikä auttaa, epäluottamuksen tunne, turvattomassa järjestelmässä suunnistaminen, vastoinkäymisten vaikutukset, palveluintegraatioiden kokeminen epäreiluiksi ja uudelleen traumatisoiviksi sekä rodullisesti puolueellisiksi, tiedon puute, perinneparantajien/vaihtoehtohoitojen etsiminen (Ibrahim ym. 2021; Oeadegaard ym. 2020 & Nicholas 2020).

Metataso: Asenteet, arvot, mielipiteet ja yhteiskunta	kokemus vaikutusmahdollisuuksien puutteesta terveydenhoitojärjestelmää koskien, ammattilaisen ilmaisema korkeampi päätösvalta, potilaan kokemus yhteistyökyvyn osoittamisesta vain myöntyvyyden kautta (Weiste ym. 2020)
Mesotaso: Työntekijät, ammattilaiset ja ammatinharjoittajat	mielenterveyteen liittyvät ongelmat, pelko tuntemattomasta, harhat, tietämättömyys siitä mikä auttaa, epäluottamuksen tunne, turvattomassa järjestelmässä suunnistaminen, vastoinkäymisten vaikutukset, palveluintegraatioiden kokeminen epäreiluiksi & uudelleen traumatisoiviksi ja rodullisesti puolueellisiksi, tiedon puute, perinneparantajien/vaihtoehtohoitojen etsiminen (Ibrahim ym. 2021; Oeadegaard ym. 2020 & Nicholas 2020)
Mikrotaso: Lähipiiri, omaiset, omaishoitajat ja edunvalvojat	pääasiallisen vastuun luovuttaminen hoidosta potilaalle itselleen/liiallinen autonomia (Weiste ym. 2020)
Yksilötaso	lasten/läheisten terveyden priorisoiminen, vain ydinperheeseen ja sukulaisiin tukeutuminen (Luu ym. 2020), omaishoitajan subjektiivinen käsitys omaishoitajan tarpeettomuudesta (Schuster ym. 2020)

Taulukko 7: Osallisuutta estävät tekijät potilasnäkökulmasta

Kirjallisuuden perusteella oli havaittavissa neljä kategoriaa, jotka määrittelevät potilaan osallisuutta estäviä tekijöitä ammattilaisen näkökulmasta: 1) Metatasolla vaikuttavia tekijöitä; kokemus vaikutusmahdollisuuksien puutteesta terveydenhoitojärjestelmää koskien (Weiste ym. 2020). 2) Makrotasolla vaikuttavia tekijöitä; työskentely kustannustehokkaassa vs. vaikuttavassa neo-liberaalissa kontekstissa, työtehtävien kilpailevat prioriteetit, kuluttajien/potilaiden ja työvoiman kasvun hallinta (Hunt 2020). 3) Eksotasolla vaikuttavia tekijöitä; pitkät ja hidastempoiset prosessit suhteessa informaation saantiin ja päätöksentekoon (Selvin 2021). 4) Mesotasolla vaikuttavia tekijöitä; jännitteet ammatillisen osaamisen ja kontrollin sekä vastuun ja vaikutusvallan ympärillä, ammattilaisen ilmaisema korkeampi päätösvalta, jännitteet eri sidosryhmien välillä osallistumisen näkökulmien suhteen, henkilökunnan negatiiviset asenteet osallistumista kohtaan (Weiste ym. 2020 & Hunt 2020).

Metataso: Asenteet, arvot, mielipiteet ja yhteiskunta	kokemus vaikutusmahdollisuuksien puutteesta terveydenhoitojärjestelmää koskien (Weiste ym. 2020)
Makrotaso: Organisaatiot, järjestöt ja toiminnan tuottajat	työskentely kustannustehokkaassa vs. vaikuttavassa neo-liberaalissa kontekstissa, työtehtävien kilpailevat prioriteetit, kuluttajien/potilaiden ja työvoiman kasvun hallinta (Hunt 2020)
Eksotaso: Hallinto, johto ja esimiestyö	jännitteet ammatillisen osaamisen & kontrollin & vastuun ja vaikutusvallan ympärillä, ammattilaisen ilmaisema korkeampi päätösvalta, jännitteet eri sidosryhmien välillä osallistumisen näkökulmien suhteen, henkilökunnan negatiiviset asenteet osallistumista kohtaan (Weiste ym. 2020 & Hunt 2020)
Mesotaso: Työntekijät, ammattilaiset ja ammatinharjoittajat	pitkät ja hidastempoiset prosessit suhteessa informaation saantiin ja päätöksentekoon (Selvin 2021)

Taulukko 8: Osallisuutta estävät tekijät ammattilaisnäkökulmasta

Kirjallisuuden perusteella oli havaittavissa neljä kategoriaa, jotka määrittelevät potilaan osallisuutta estäviä tekijöitä järjestelmän näkökulmasta: 1) Metatasolla vaikuttavia tekijöitä; laajemmat yhteiskunnallisesti yleiset ilmaukset ja stigmat, työskentely kustannustehokkaassa vs. vaikuttavassa neo-liberaalissa kontekstissa (Nicholas 2020 & Hunt 2020). 2) Makrotasolla vaikuttavia tekijöitä; jännitteet potilaiden prioriteettien sekä organisaation riskienhallinnan välillä, organisaatiotason vaatimusten aiheuttama paine ammattilaisille (Hunt 2020 & Josephie 2020). 3) Eksotasolla vaikuttavia tekijöitä; työtehtävien kilpailevat prioriteetit, ammattilaisen päätöksentekovastuun keskittyminen riskien hallintaan, hoitosuunnitelman kehittämisen toteutumattomuus ajanpuutteen vuoksi, kuluttajien ja työvoiman kasvun hallinta, hintataso (Hunt 2020; Josephie 2020 & Luu ym. 2020). 4) Mesotasolla vaikuttavia tekijöitä; rajoitettu potilaan ja potilaan perheen sitouttaminen mahdollisuuksista huolimatta, henkilökunnan negatiiviset asenteet osallistumista kohtaan, jännitteet eri sidosryhmien välillä osallistumisen näkökulmien suhteen (Menear 2020 & Hunt 2020).

Metataso: Asenteet, arvot, mielipiteet ja yhteiskunta	laajemmat yhteiskunnallisesti yleiset ilmaukset ja stigmat, työskentely kustannustehokkaassa vs. vaikuttavassa neo-liberaalissa kontekstissa (Nicholas 2020 & Hunt 2020)
Makrotaso: Organisaatiot, järjestöt ja toiminnan tuottajat	jännitteet potilaiden prioriteettien sekä organisaation riskienhallinnan välillä, organisaatiotason vaatimusten aiheuttama paine ammattilaisille (Hunt 2020 & Josephie 2020)
Eksotaso: Hallinto, johto ja esimiestyö	työtehtävien kilpailevat prioriteetit, ammattilaisen päätöksentekovastuun keskittyminen riskien hallintaan, hoitosuunnitelman kehittämisen toteutumattomuus ajanpuutteen vuoksi, kuluttajien ja työvoiman kasvun hallinta, hintataso (Josephie 2020; Hunt 2020 & Luu ym. 2020)

Mesotaso: Työntekijät, ammattilaiset ja ammatinharjoittajat	rajoitettu potilaan ja potilaan perheen sitouttaminen mahdollisuuksista huolimatta, henkilökunnan negatiiviset asenteet osallistumista kohtaan, jännitteet eri sidosryhmien välillä osallistumisen näkökulmien suhteen (Meneer 2020 & Hunt 2020).
---	---

Taulukko 9: Osallisuutta estävät tekijät järjestelmänäkökulmasta

6 Pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset

Pohdinnassa aineistosta saaduista tuloksista on tehty yhteenveto. Tutkimustulosten suhdetta tarkastellaan aikaisempaan teoretietoon perustuen, ja sen jälkeen pohditaan myös tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Lopuksi esitetään jatkotutkimusehdotuksia ja kuvataan kirjoittajan oppimisprosessi.

6.1 Tulosten pohdinta

Tässä yhteenvedossa sekä tulosten pohdinnassa kootaan ja tiivistetään kirjallisuuskatsauksen tuottamat keskeiset tulokset, joita peilataan suhteessa laajempaan kontekstiin.

Mielenterveyden haasteet voivat olla rajoittavia tekijöitä päätöksenteossa. Osallisuus mahdollistaa potilaan vastuullistumisen omasta hoidostaan. Tästä johtuen potilas kokee voimaantumista, joka johtaa hoitomyönteisyyteen. Osallisuus omaan hoitoon on hoitomyönteisyyden edellytys. Toisaalta osalle potilaista osallisuus voi olla stressaavaa, heille riittävät ammattilaisten tarjoamat palvelut, eivätkä he halua osallistua tai olla osallisia hoidon suunnittelussa. Voi myös olla, että voimavarat eivät riitä omaan hoitoon osallistumiseen. Hoidossa oleminen onkin olennaisesti sitä, että potilaalla on oikeus olla hoidon vastaanottaja ja hänellä on oikeus myös luovuttaa vastuu hoidostaan ammattilaiselle omien voimavarojensa loppuessa (Lehto 2004).

Thompsonin (2007) mallin mukaan hahmotetut osallisuuden ulottuvuudet kokoavat alleen hyvin tässä työssä listatut tutkimustulokset. Potilas-, ammattilais- sekä järjestelmänäkökulma täydentävät Thompsonin (2007) mallia avaten enemmän ammattilaisen toimintaan vaikuttavia järjestelmärakenteita. Järjestelmällä näyttäisi olevan eniten merkitystä Thompsonin (2007)

mallin mukaiseen yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa määräytyvään osallisuuteen (co-determined involvement). Perhekeskeisyydellä sekä omaishoitajan osallisuudella on tutkimustulosten perusteella merkittävä vaikutus hoitoprosessin onnistumisessa sekä läheisen omassa hyvinvoinnissa. Kuten kirjallisuuskatsauksessa on mainittu, omaishoitajien osallisuuden yleisyyttä voitaisiin lisätä muuttamalla sairaaloiden rakenteita ja prosesseja (Schuster ym. 2020).

Tutkimuksen tulosten perusteella potilaan osallisuuden esteeksi voi muodostua potilaan luottamus siihen, että ammattilaisilla on heitä paremmat tiedot, mutta myös osaltaan ammattilaisen oma työssäjaksaminen. Tätä ovat esittäneet myös muun muassa Curtis ja Harrison (2001). Heikkilä ja Julkunen (2003) ovat esittäneet, että ammattilaiset voivat kokea potilaan osallisuuden uhkana ammatilliselle itsemääräämisoikeudelle sekä roolilleen ammattilaisena. Sama teema on nähtävissä myös tämän tutkimuksen tutkimustuloksista (Meneer, 2020 & Hunt, 2020). Truman ja Raine (2002) sekä Fisher ym. (2008) ovat tuoneet esiin, että ammattilaisilla voi olla holhoavia mielipiteitä muun muassa potilaan kyvystä arvioida hoidon tarvetta tai heillä voi olla muuten negatiivisia asenteita potilaan osallisuudesta. Tämä voi johtua myös ammattilaisen kokemasta paineesta järjestelmätasolta, joka ilmeni myös tässä kirjallisuuskatsauksessa (Weiste ym. 2020, Hunt 2020 & Selvin 2021).

THL (2019) on listannut osallisuuden näkökulmiksi taloudellisen näkökulman, sijainnin ja saavutettavuuden näkökulman, erityisryhmien tukemisen näkökulman, potilaan subjektiivisten sosiaalisten tekijöiden näkökulman sekä palveluiden järjestämisen ja johtamisen näkökulman. Edellä mainitut näkökulmat ovat löydettävissä myös osallisuutta käsittelevästä tuoreesta tutkimuskirjallisuudesta ja siten myös tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksista.

Terveydenhuoltojärjestelmä on riippuvainen yhteiskuntaa koskevista päätöksenteoista. Yhteiskunnan arvovalintoja taas ohjaavat asenteet. Riittäväillä arvopäätöksillä voidaan taloudellisesti tukea hoitotyön edelleen kehittämistä. Organisaatiot ovat vastuussa sellaisesta palveluiden tuottamisen suunnittelemisesta, jossa uutta innovatiivista hoitotyön palvelumuotoilua tulee tarkastella osallisuuden näkökulmasta.

Opinnäytetyön kirjallisuusmateriaalin perusteella organisaatio, hoitojärjestelmä ja yhteiskunnalliset arvopäätökset vaativat syvällisempää tarkastelua. Muutos hoitotyön kentällä on tuki jokaisen yksilön ja ammattilaisen omalla vastuulla, mutta puitteet ja sopiva ilmapiiri luodaan järjestelmätasolta. Mikäli järjestelmä ei luo mahdollisuuksia rakentaa osallistavampaa hoitotyön ammatinharjoittamisen puitteita, painimme jatkossakin vastaavien haasteiden kanssa. Terveydenhuollon ammattilainen tuki voi omalta osaltaan vaikuttaa siihen, kuinka käytännön työssään kohtaa potilaan ja potilaan läheisen tai minkälaisia työkaluja ammatissaan käyttää, mutta mahdollistava vaikutus koko ammattialueen kehittämiseksi

syntyy järjestelmän luomien taloudellisten ja aikaresursseihin sidottujen mahdollistavien tekijöiden kautta.

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Laadullista tutkimusta varten tarvitaan omat luotettavuuskriteerit. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa keskitytään siihen, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Luotettavuutta tarkastellaan arvioimalla tutkimusprosessia kokonaisuutena aina lähtökohdista raportointiin saakka. Tällöin huomionarvoista on tutkittavan ilmiön tunnistaminen, tutkimuksen perusteleminen sekä tutkimusongelman ja tutkimuskysymysten selkeä nimeäminen. Lisäksi voidaan arvioida aineiston keruuta, analyysia ja raportointia. (Kylmä & Juvakka.)

Opinnäytetyön tekemiseen ei haettu tutkimuslupia, sillä kirjallisuuskatsaus ei kohdistu yksittäiseen organisaatioon tai ihmiseen. Tämän vuoksi kirjallisen sopimuksen tekeminen ei koskettanut tätä opinnäytetyöprosessia. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa käytetään reliaabeliuden käsitettä. Reliaabelius tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta. Reliaabeli tutkimus antaa johdonmukaista tietoa sattumanvaraisuuksien sijaan, ja tutkimus on toistettavissa eri tutkimuskerroilla. (Hirsjärvi & Hurme 2007, 226-227.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa keskeistä on vahvistettavuus, joka on prosessikriteeri. Tutkimusprosessi tulee kirjata siten, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua ja todeta, miten tutkija on päätenyt tutkimustuloksiinsa ja päätelmiinsä. Laadullisen tutkimuksen perusoletuksen mukaan todellisuuksia on monia, ja tämä hyväksytään laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen luotettavuutta on pyritty parantamaan valitsemalla kirjallisuuskatsaukseen mahdollisimman tuoreita julkaisuja sekä kuvaamalla lukijalle mahdollisimman tarkasti tutkimuksen tekemisen vaiheet. Teoreettinen viitekehys perustuu laadukkaisiin tieteellisiin julkaisuihin, ja kirjallisuuskatsaukseen valikoitu aineisto on tietokantojen uusinta tarjontaa. Kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat toistettavissa, sillä aineistonhaun vaiheet on raportoitu työhön sekä tekstinä että taulukon muodossa.

Tutkimuskysymysten muodostaminen osoittautui osittain haasteelliseksi, sillä osallisuus on aiheena moniulotteinen. Lopulta päädyttiin käsittelemään aihetta osallisuutta edistävien ja estävien tekijöiden kautta. Aineistosta poimittiin mukaan ne tekijät, jotka ovat yhteydessä hoitomyönteisyyden lisääntymiseen. Tämä ratkaisu auttaa ymmärtämään aihetta paremmin, sillä tutkimusaineistoa analysoitaessa kävi myös ilmi, että osallisuus ja hoitomyönteisyys ovat erottamattomia toisistaan. Kirjallisuuskatsauksen suurimpana haasteena oli aiheeseen

liittyvän tiedon suuri määrä ja sen rajaaminen. Aineiston valinnan jälkeen kirjoitusprosessi eteni joutuisammin. Kirjallisuuskatsaus sopi tutkimusmenetelmäksi tähän opinnäytetyöhön, sillä osallisuuteen liittyvää tietoa on paljon, mutta se on pirstaleista. Eettisyys ja luotettavuus kulkevat käsikädessä, ja niitä voidaan parantaa koko prosessin ajan läpinäkyvyydellä ja johdonmukaisella etenemisellä (Kangasniemi ym. 2013).

Aineistonhaun strategia oli tutkimuskysymysten muotoutumisen jälkeen helposti toteutettavissa, joskin prosessi itsessään oli työläs ja aikaa vievä. Suunnitelmallisella etenemisellä kaikki hakutulokset saatiin kuitenkin käytyä läpi. Aineisto oli suurelta osin englanninkielistä, sillä aiheeseen liittyviä englanninkielisiä julkaisuja oli valituissa tietokannoissa enemmän tarjolla. Aikaa kirjallisuushakuun käytettiin noin kaksi viikkoa, joskin samalla suoritettiin myös muita opintoja. Eniten aikaa vei englanninkielisten tiivistelmien kääntäminen suomeksi siten, että sanojen merkitys säilyi muuttumattomana.

Laadullisessa terveystutkimuksessa puhutaan tulosten siirrettävyydestä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmänä väljä. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voisi parantaa kuvailevan tavan sijaan systemaattisella katsauksella. Refleksiivisyys on yksi laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteeri ja tarkoittaa, että tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkijana sekä arvioitava, kuinka hän tutkijana vaikuttaa omaan tutkimusprosessiinsa (Kylmä & Juvakka 2007). Opinnäytetyön tekijä on ensikertalainen kirjallisuuskatsauksen teossa, jonka vuoksi on myös mahdollista, että potentiaalisia julkaisuja on saattanut pudota aiheettomasti pois aineistonvalintaa tehdessä. Tutkimuksen luotettavuutta olisi voinut entisestään parantaa myös pidempiaikaisella työskentelyllä.

6.3 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat

Tutkimuksen tekemiseen liittyy eettisiä kysymyksiä, jotka tekijän on otettava huomioon. Erityisesti eettinen pohdinta liittyy tässä opinnäytetyössä tutkimusongelman muotoiluun sekä yleisen tutkimusetiikan noudattamiseen läpi tutkimusprosessin. Tämän tutkimuksen eettiset lähtökohdat ovat muodostuneet Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) julkaiseman hyvän tieteellisen käytännön ohjeen mukaisesti, joka sisältää yleisesti hyväksytyjä periaatteita tiedonhankintaan ja julkaisemiseen liittyen. Tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön lähtökohdat ovat: 1) rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus, 2) tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukainen ja eettisesti kestävä; avoimuus ja vastuullinen viestintä, 3) huolellinen viittaustapa, 4) tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi vaatimusten tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla, 5) tutkimuslupien hankkiminen ja eettisen ennakoarvion tekeminen, 6) tutkimukseen osallistuvien kaikkien osapuolien oikeus-, vastuu- ja velvollisuuskysymysten määrittely, 7) tutkimukseen liittyvien

mahdollisten sidonnaisuuksien määrittely, 8) esteellisyyden arviointi, ja 9) hyvän henkilöstö- ja taloushallinnan menetelmät sekä tietosuoja kysymysten huomioiminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisia lähtökohtia noudatettiin tutkimuskysymysten muodostamiseen, tutkimusprosessin tiedonhankintaan, tutkimuksen tekemiseen sekä analyysimenetelmään liittyen. Käytännössä tämä tarkoitti, että kerättiin julkisesti saatavilla olevaa korkealaatuista aineistoa useasta eri tietokannasta, aineistoksi kelpuutettiin alkuperäisiä julkaisuja ja aineisto säilytettiin henkilökohtaisen tietokoneen lisäksi pilvipalvelussa teknisten ongelmien varalta. Työhön valittiin aihetta käsittelevät julkaisut riippumatta niiden mahdollisista keskinäisistä ristiriidoista. Työhön otettiin mukaan myös osittain ristiriidassa toistensa kanssa olevia tutkimuksia. Aineiston analyysissä etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin havainnoimalla yhtäläisyyksiä ja poikkeavuuksia, jotta päästäisiin mahdollisimman kattavaan tulokseen aiheesta. Raportoinnissa käytettiin hyvää viittaustapaa.

Opinnäytetyön tekijällä on ollut työtä aloitettaessa riittävästi tutkimus- ja kehittämistyön sekä alaan liittyviä opintoja suoritettuna. Osallisuutta ja sen tutkimista kirjallisuuskatsauksen sekä sisällönanalyysin avulla on arvioitu ja on katsottu, että aihetta on mahdollista tutkia ja kehittää valitulla menetelmällä. Opinnäytetyön vaiheet on työssä avattu eettisyyden arviointia varten. Myös aineiston hakuprosessi on kuvattu selkeästi lukijalle, ja keskeiset hakutulokset on merkitty taulukkoon. Opinnäytetyöhön ei tarvittu tutkimuslupaa, koska aineisto koostettiin julkisista julkaisuista ja tutkimusartikkeleista.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tarjoaa uusia tutkittavia ilmiöitä systemaattista kirjallisuuskatsausta varten. Aineistonhaun yhteydessä kävi ilmi, että osallisuuden käsitteen epäselvyyden vuoksi käsitettä tulisi määritellä vielä lisää tulevaisuuden tutkimustyön selkiyttämiseksi. Jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi potilaan tai ammattilaisen näkökulma siitä, mitä osallisuus henkilöille itselleen merkitsee. Toinen mielenkiintoinen tutkimusaihe on nimenomaan mielenterveyspotilaan osallisuus, ja siitä tehty kokoava mallit mielenterveystyön ammattilaisten johtamisen ja toiminnan tueksi.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa käsitellyn tutkimuskirjallisuuden perusteella mielenterveyshuollon hallintotaso on alitutkittu tutkimusryhmä. Tästä johtuen kolmas jatkotutkimuksen arvoinen aihe on, miten nykyaikaisia osallistavia johtamiskäytäntöjä voitaisiin vielä paremmin soveltaa sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden johtamiseen.

Monialaisten tiimien johtamiseen käytettävät ketterät menetelmät olisivat mielenkiintoisia erityisesti potilaan osallisuuden lisäämisen näkökulmasta pitkien vaikutusketjujensa vuoksi.

Neljäntenä, kiinnostavaa on myös osallisuuden vaikutus hoitomyönteisyyteen mielenterveyspotilaiden näkökulmasta. Vaikka osallisuudesta on paljon tutkimustietoa, suoraan kokoavaa tutkimuskirjallisuutta osallisuuden vaikutuksesta hoitomyönteisyyteen nousi tätäkin kirjallisuuskatsausta tehdessä vähän. Aiheeseen perehdyttäessä tuli selväksi, että osallisuuden yhteys hoitomyönteisyyteen on tutkimuskirjallisuudessa olemassa, mutta se on lukijan itsensä sovellettava.

6.5 Kirjoittajan oppimisprosessi

Tutkimuksen perusteella asenteet sumentavat yhä mielenterveysalan täyttä toiminnan potentiaalia. Myös allekirjoittaneen kliininen työkokemus, joskin vasta aluillaan oleva, on osoittanut, että työkentällä ajoittain esiin pistävä sävy on asennelatautunut. Potilastyössä kautta linjan on havaittavissa potilaiden oma häpeäntunne sekä mielenterveysongelmiin kohdistuva stigma, jotka vievät jo pohjaa osallisuuden ja hoitomyönteisyyden toteutumiselta. Aiheen abstrakti luonne sekä monialaiset sidonnaisuudet altistavat jo osallisuuden monimuotoisen käsitteen erilaisille epäselvyyksille, mutta aihe on avartanut kirjoittajan omaa näkemystä terveydenhuollon toimintojen sekä eri toimialojen sidonnaisuuksista.

Sekä tähän opinnäytetyöhön valittujen lähteiden että Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2021) listaamien hankkeiden pohjalta voidaan huomata, että osallisuuden kokonaisuus on vahvasti nykyajassa läsnä. Eri tahot kuten STM, THL, kunnat sekä yksityisen sektorin toimijat ovat hankkeistaneet osallisuuden tukemista ja lisäämistä monialaisesti. Osallisuutta ja osallisuuden ulottuvuuksia pyritään sanoittamaan, tarkentamaan, listaamaan sekä tuomaan osaksi järjestelmää, jossa asiakas toimii oman palvelukokonaisuutensa yhtenä laatijaosapuolena yhä merkittävämmiin. Tällä tavoin toteutetut palvelut sekä palveluiden laatuksiteerit kohtaavat entistä tehokkaammin sekä kustannuksia säästäen. On merkittävää, että asiakkaan halu sitoutua häntä koskeviin palveluihin niin ikä kasvaa, kun hänellä on riittävä ymmärrys ja kyky punnita vaihtoehtoja osana työryhmää. Näin esimerkiksi palveluiden saatavuus voi olla oikea-aikaista.

Sote- ja maakuntauudistus tuo uusia ulottuvuuksia pyrkimällä mm. tuomaan palvelut lähemmäksi toisiaan, sekä vapauttamalla asiakkaan valinnaoikeutta palvelupaikkaa koskevin keinoin. Osallisuus on ansaitusti keskeinen teema sote-keskustelussa. Myös Kuntalehti (2020) on käsitellyt aihetta hyvinvoivien kuntalaisten kokonaisuuden näkökulmasta. Artikkelin mukaan kuntien palveluiden johtamisessa erityistä huomiota tulee kiinnittää ihmisiin, jotka kokevat taloudellista ja sosiaalista niukkuutta sekä mielenterveydellisiä haasteita. Ongelmien

ratkaisemisessa olennaista on niin potilaan osallisuus omaan hoitoonsa kuin vaikuttamismahdollisuudet palveluiden kehittämiseenkin. Erityisesti kentällä toimivien ammattilaisten näkökulman kuuleminen sekä rinnakkaisten tutkimuksien tekeminen tuottaa päättäjille merkittävää materiaalia, jonka pohjalta voidaan kohdentaa huomiota esimerkiksi sosiaali- ja terveysalojen lisä- ja peruskoulutusohjelmiin. Kouluttautumisen tarve ja kentällä vallitsevat tapakulttuurit, ovat asioita, jotka eivät välttämättä muuten välity päättäjien suuntaan. Myös Linnanmäki (2017) on todennut, että palveluiden muutosten edellytyksinä on sote-palveluiden asiakkaiden sekä työntekijöiden kokemustiedon välittyminen päättäjille. Mielenterveydellisten haasteiden ratkaisemisen lisäksi olisi tärkeää ennalta ehkäistä ihmisten joutumista taloudelliseen ja mielenterveydelliseen ahdinkoon.

Ajattelutavan sekä toimintakulttuurin muutokset osallisuuden alueella vievät aikaa. Yhteiskehittäminen ja asiakkaiden osallisuus tuottavat uudenlaisia näkökulmaa palvelukentän uudistamiselle. Esimerkiksi Helsingin kaupungilla on käynnissä asiakasosallisuuden muutostyöpaja, jonka vetäjinä toimivat Työterveyslaitos sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Johto on osoittanut vahvan tahtotilan asiakasosallisuuden kehittämiseksi. Asiakkaan tieto on omakohtaista, käyttäjätietoa ja kokemustietoa palveluprosesseista sekä palveluiden tuloksista. Potilas on asianosainen omassa hoitoprosessissaan, jolloin ollessaan osa palvelujen suunnittelua sekä palvelumuotoilua, palvelut saadaan vastaamaan paremmin todellisia tarpeita. (THL-blogi 2019.)

Sihvon ym. (2018) mukaan asiakaslähtöisen toimintakulttuurin kehittäminen vaatii johtajilta hyvien työntekoedellytysten luomista sekä omalla esimerkillä johtamista. Sihvo ym. (2018) korostavat huolellista suunnittelua ja vastuunjakoja sekä etenemistä prosessista käsin pelkän lopputulosta kohti juoksemisen sijaan. Tällöin prosessiin kuuluu myös kokeilukulttuuri, jossa lähdetään liikkeelle pienistä kokonaisuuksista. Tällöin johdon tulee olla sitoutunut ja mallia haetaan muilta myös verkostoituen. Erinomaisesti toteutuessaan osallisuus on kaikkea toimintaa läpileikkaavaa, ja avoin kommunikaatio toimii kaikilla organisaatiotasoilla.

Mielenterveyspalvelut ovat kehittyneet laitოსvaltaisista ratkaisuista avoimempiin hoitomuotoihin lääkityksen sekä kuntoutusmuotojen kehittymisen myötä. Myöhemmin myös alan ammattilaisten eettistä ohjeistusta on kehitetty paremmin turvaamaan tasalaatuista hoitoa kaikille potilaille. Edelleen on silti kehitettävä sellaista avoimien hoitomuotojen tarjontaa, joissa potilas on itse aktiivisessa roolissa hoitoaan koskien. Potilaskeskeisyydestä huolimatta tässäkin työssä esitetyt osallisuuden muodot ovat kuitenkin keskenään samanarvoisia ja erottamattomalla tavalla sidoksissa toisiinsa. Vain vaalimalla monialaista ajattelua, osallisuus ja hoitomyönteisyys voivat risteävien tavoitteiden organisaatioissa saavuttaa tason, jossa potilaan yksilöllinen kuntoutumisprosessi toteutuu.

Lähteet

Painetut

- Alastalo, M. 2005. Tutkimushaastattelun historia yhteiskuntatieteissä. Tampere: Vastapaino.
- Bearfield, DA. & Eller, WS. 2008. Writing a Literature Review: The Art of Scientific Literature.
- Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteiden keskukselle. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Mönkkönen, J. 2011. Potilaan voimaantuminen. Päivä potilaalle diasarja. KYS.
- Sirviö, K. 2010. Lapsiperheiden terveyden edistäminen - osallistamista ja ennakkointia. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro, 130-150.
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sähköiset

- Abayneh, S., Lempp, H., Alem, A., Kohrt, B. A., Fekadu, A. & Hanlon, C. 2020. Developing a Theory of Change model of service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in primary health care in rural Ethiopia. *International Journal of Mental Health Systems* 14 (51).
- Anthony, P. & Crawford, P. 2000. Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7, 425-434.
- Baker, E., Fee, J., Bovingdon, L., Campbell, T., Hewis, E., Lewis, D., Mahoney, L. & Roberts, G. 2013. From taking to using medication: recovery-focused prescribing and medicines management. *Advances in Psychiatric Treatment* 19 (1), 2-10.

Baumeister, R. F., Leary, M. R. 1997. Writing Narrative Literature Reviews. Department of Psychology, Case Western Reserve University. Department of Psychology, Wake Forest University. *Review of General Psychology* 1 (3) 311-320.

Bjønness, S., Viksveen, P., Johannessen, J. O. & Storm, M. User participation and shared decision-making in adolescent mental healthcare: a qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 14 (2).

Blomgren, J. 2020. Mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä. Kelan Tutkimusblogi 29.1.2020. Viitattu 5.5.2021.
<https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5168>.

Cahill, J. 1996. Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 24, 561-571.

Clavel, N. 2020. Étude des pratiques et des rôles de gestion favorisant l'engagement des patients dans les soins et l'amélioration de la qualité des services de santé. Université de Montreal.

Chan, K. C., Daniel W. L. Lai, Daoust, G. D. & X. J. Xie. 2021. Hopes and Wishes of Clients with Mentally Illness in Hong Kong. *Community Mental Health Journal*. Springer.

FinFami, 2020. Omaisen opas. 3.4.2021. https://www.finfamiuusimaa.fi/wp-content/uploads/sites/12/Omaisen_opas_2020_A5_pien.pdf.

Hansen, T, Hatling, T, Lidal, E. & Ruud, T. 2004. The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 292-297.

Heikkilä, K. & Wiens, V. 2020. Voidsaanko luontoon liittyvillä menetelmillä vaikuttaa mielenterveyteen ja verenpaineeseen? *Hoitotyön tutkimusseuran näyttövinkki* 1/2020. Viitattu 2.5.2021. <https://www.hotus.fi/nayttovinkit/>.

Helsingin kaupunki, 2020. Asuminen ja ympäristö. Tontit, maa ja rakennukset. Tilat. Laakson yhteissairaala. Viitattu: 27.3.2021. <https://www.hel.fi/helsinki/fi/asuminen-ja-ymparisto/tontit/tilat/laakson-yhteissairaala>.

Hickey, G. & Kipping, C. 1998. Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing* 7 (1), 83-88.

Hunt, G. 2020. Beyond policy: consumer and carer participation through the lens of public sector mental health managers. PhD Thesis. School of Nursing, Midwifery and Social Work. The University of Queensland. 17.4.2021. <https://doi.org/10.14264/b19982c>.

Höglund, A., Winbald, U., Arnetz, B., & Arnetz, J. E. 2010. Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24 (3), 482-489.

Ibrahim, N., Ghallab, E. & Ng, F., Eweida, R. & Slade, M. 2021. Perspectives on mental health recovery from Egyptian mental health professionals: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing/Early View*. Wiley Online Library.

Josephien H. M., Jeffrey, F., Kerry, T. & Eimear, M. 2020. The impact of workplace culture on the accountability of mental health nurses to involve consumers in care planning: A focused ethnography. Wiley Online Library.

Kaseva, K. 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä - integroitu kirjallisuuskatsaus. Viitattu 11.10.2020.
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72711>

Kettunen, T. & Kivinen, T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. *Tutkiva hoitotyö*, 10 (4), 40-42.

Kuntalehti, 2020. Uutiset. Sote-analyysi. Mielen hyvinvoinnin tukeminen on osa kasautuvan huono-osaisuuden ehkäisyä. Viitattu 13.1.2021. <https://kuntalehti.fi/uutiset/sote/analyysi-mielen-hyvinvoinnin-tukeminen-on-osa-kasautuvan-huono-osaisuuden-ehkaisy/>.

Kyngäs, H., Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 1999. 11 (1), 3-12.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 § 6. Annettu Helsingissä 17.8.1992. Viitattu 21.9.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Leemann L., Isola A-M., Kukkonen M., Puromäki, H., Valtari S. & Keto-Tokoi A. 2018. Työelämän ulkopuolella olevien osallisuus ja hyvinvointi: Kyselytutkimuksen tuloksia. Viitattu <https://www.julkari.fi/handle/10024/136551>.

Leemann, L. & Hämäläinen, R-M. 2016. Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. *Pohdintaa käsitteiden sisällöstä*. *Yhteiskuntapolitiikka* 81 (5), 589-592.

Linnanmäki, E. 2017. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Nro. 18. Asiakkaan ääni kuuluviin sote-palveluissa. Viitattu 20.12.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13914>

Luu, K. 2021. Connecting gender and social networks to explore health service access and use in Negros Occidental, Philippines: A qualitative study. Doctoral Thesis. University of Waterloo Library.

Menear, M., Dugas, M., Careau, E., Chouinard, M-C., Dogba, M. J., Gagnone, M-P., Gervais, M., Gilbert, M., Houle, J., Kates, N., Knowles, S., Martin, N., Nease Jr., D. E., Vignon Zomahoun, H. T. & Légaré, R. 2020. Strategies for engaging patients and families in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 263, 528-539.

Nicholas, J. 2020. Black and Asian Women's Conceptualisations of Psychosis and Compulsory Admission within an Early Intervention Service. Prof Doc Thesis. University of East London School of Psychology. 16.4.2021. <https://doi.org/10.15123/uel.88www>.

Nordling, E. 2018. Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 134 (15), 1476-83. Viitattu 16.4.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/15/duo14435>.

Oedegaard, C. H., Davidson, L., Stige, B., Veseth, M., Blindheim, A., Garvik, L., Sørensen, J-M., Søråa, Ø. & Stadskleiv Engebretsen, I. M. "It means so much for me to have a choice": a qualitative study providing first-person perspectives on medication-free treatment in mental health care. *BMC Psychiatry* 20 (399).

Parker, J. 2014. Recovery in mental health. *South African Medical Journal* 104 (1), 77. Viitattu 16.4.2021. <https://www.ajol.info/index.php/samj/article/viewFile/99862/89124>

Raivio, H. & Karjalainen, J. 2013. Osallisuus - oikeutta vai pakkoa?. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja 2013, 12-34. Viitattu 11.10.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64153/JAMKJULKAISUJA1562013_web.pdf.

Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. *Tabu* 5/2006.

Sahlsten, MJM, Larsson, IE, Sjöström, B, Lindencrona, CSC. & Plos, KAE. 2007. Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing* 16, 630-637.

Schuster, F., Holzhüter, F., Heres, S & Hamann, J. Caregiver involvement in psychiatric inpatient treatment - a representative survey among triads of patients, caregivers and hospital psychiatrists. Cambridge University Press.

Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L. & Schröder, A. 2020. Patient participation in forensic psychiatric care: Mental health professionals' perspective. *International Journal of Mental Health Nursing* 30 (2), 461-468.

Sihvo, S., Isola, A-M., Kivipelto, M., Linnanmäki, E., Lyytikäinen, M., Sainio, S. 2018. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita, 16/2018. Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli.

Slayers, M. & Zisman-Ilani, Y. 2020. Shared Decision-Making and Self-Directed Care. The Palgrave Handbook of American Mental Health Policy. Springer International Publishing.

Suokas K, Koivisto A, Hakulinen C., ym. 2019. Association of Income With the Incidence Rates of First Psychiatric Hospital Admissions in Finland, 1996-2014. JAMA Psychiatry. 2019. Viitattu 14.2.2021. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3647>.

Suomen Mielenterveys ry, 2021. Mielenterveys Suomessa. Viitattu 9.4.2021. www.mieli.fi/fi/yhteiskunta/suomalaisten-mielenterveys-ei-ole-kohentunut-fyysisen-terveyden-tahtiin.

Svendsen, M. L., Ellegaard, T., Agerbo Jeppesen, K., Riiskjær, E. & Kjærside Nielsen, B. 2021. Family involvement and patient-experienced improvement and satisfaction with care: a nationwide cross-sectional study in Danish psychiatric hospitals. BMC Psychiatry 21 (190).

Tapsell, A. M., Martin, K., Moxham, L. J., Burns, S. G., Perlman, D. J. & Patterson, C. F. 2020. Expert by Experience Involvement in Mental Health Research: Developing a Wellbeing Brochure for People with Lived Experiences of Mental Illness. Issues in Mental Health Nursing Journal.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Hankkeiden julkaisut. Viitattu 15.10.2021. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/hankkeet-ja-hanketuki/toimintalinjan-5-hankkeet/hankkeiden-julkaisut>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019. SOTE-uudistus. Palvelujen tuottaminen. Asiakkaat ja osallisuus. Viitattu 16.10.2020. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017. Mitä osallisuus on? osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Viitattu 16.10.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y_

Tervola, J., Aaltonen, K., Heino, P., Kajantie, M., Heimi, K. & Ollonqvist, J. 2020. Kotitalouksien terveystienojen vaikutukset köyhyyteen Suomessa, INVEST Working Paper 01/2020. Viitattu 16.2.2021. <https://www.utupub.fi/handle/10024/148956>.

THL-blogi, 2019. Hyvinvointi- ja terveyserot. Asiakaskin on asiantuntija - kaikki osapuolet voivat oppia toisiltaan. Viitattu 7.12.2021. <https://blogi.thl.fi/asiakaskin-on-asiantuntija-kaikki-osapuolet-voivat-oppia-toisiltaan>.

Thompson, A. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine* 64 (6), 1297-1310.

Tritter, JQ. & McCallumb, A. 2006. The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy* 76, 156-168.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 12.2.2021. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Tweedlie, L. 2020. A Narrative Exploration of Identity in Adults with De Novo Scoliosis. Doctoral Thesis. University of Surrey.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE-julkaisuja 32. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Viitattu 23.3.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3195-4>.

Vaalavuo, M., Haula, T. & Bakkum, B. 2020. Nuoret aikuiset, terveys ja toimeentulotuki. Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 4/2020. Helsinki 2020. Viitattu 2.3.2021. <http://www.julkari.fi/handle/10024/139143>.

Weiste, E., Käpykangas, S., Uusitalo, L-L. & Stevanovic, M. Being Heard, Exerting Influence, or Knowing How to Play the Game? Expectation of Client Involvement among Social and Health Care Professionals and Clients. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (16). ISSN 1661-7827.

Wiens, V., Surakka, A., Sauvola, R. & Kainulainen, S. 2019. Niukkuuden noidankehä nostaa esiin palveluiden kehittämistarpeet Itä- ja Pohjois-Suomessa. Viitattu 28.12.2020. <https://kuntalehti.fi/uutiset/sote/analyysi-niukkuuden-noidankeha-nostaa-esiin-palveluiden-kehittamistarpeet-ita-ja-pohjois-suomessa/>.

Kuviot

Kuvio 1: Vaikuttavuuden tasojen sipulimalli.....	36
--	----

Taulukot

Taulukko 1: Aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerit.....	30
Taulukko 2: Tietokannat, hakusanat ja hakutulokset	31
Taulukko 3: Sisällönanalyysin vaiheet	35
Taulukko 4: Osallisuutta edistävät tekijät potilasnäkökulmasta.....	38
Taulukko 5: Osallisuutta edistävät tekijät ammattilaisnäkökulmasta.....	40
Taulukko 6: Osallisuutta edistävät tekijät järjestelmänäkökulmasta.....	41
Taulukko 7: Osallisuutta estävät tekijät potilasnäkökulmasta	43
Taulukko 8: Osallisuutta estävät tekijät ammattilaisnäkökulmasta	44
Taulukko 9: Osallisuutta estävät tekijät järjestelmänäkökulmasta	45