



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
VASA YRKESHÖGSKOLA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tytti Tiainen

POTILAAN OSALLISUUS OMAAN HOI-  
TOONSA JA SIIHEN VAIKUTTAVAT  
TEKIJÄT

Akuuttipsykiatrian osaston hoitohenkilökunnan näkemyksiä

Sosiaali- ja terveystieteiden  
2013

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Tytti Tiainen
Opinnäytetyön nimi	Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa ja siihen vaikuttavat tekijät. Akuuttipsykiatrian osaston hoitohenkilökunnan näkemyksiä
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	48 + 2 liitettä
Ohjaaja	Mirva Sundqvist-Kekäläinen

---

Lain mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteutumiseen. Vaikka asiakkaan osallisuus koetaan tärkeänä ja tarkoituksenmukaisen toiminnan edellytyksenä, osallisuuden käytännön toteutuminen mielenterveystyössä on kuitenkin puutteellista. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä psykiatrisen potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa. Lisäksi haluttiin selvittää hoitohenkilökunnan toimia, jotka lisäävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa, sekä tekijöitä, jotka voivat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa.

Tutkimus pohjautuu teorioihin osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Tutkimuksessa kuvataan myös akuuttia psykiatriasta hoitotyötä, psykiatrista potilasta ja hyvää psykiatriasta hoitotyötä. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla akuuttipsykiatrisilla erikoissairaanhoidon osastoilla marraskuussa 2013. Kyselyyn vastasi 21 hoitohenkilökunnan jäsentä. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten perusteella potilaan osallisuus omaan hoitoonsa ymmärrettiin kahdella tavalla. Se nähtiin joko aktiivisena vaikuttamisena omaan hoitoon tai passiivisena osallistumisena hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Hoitohenkilökunta voi lisätä potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa potilasta aktivoivilla toimintatavoilla, kuten rakentavalla vuorovaikutuksella, asianmukaisella informoinnilla ja voimaannuttavilla työmenetelmillä. Myös persoonallisia vahvuuksia, kuten avoimuutta ja positiivisia asenteita, hyödyntämällä voidaan lisätä osallisuutta. Osallisuutta estäviä tekijöitä ovat puolestaan potilaan tila, hoitohenkilökunnan toimintatavat ja ympäristö. Potilaan psykiatrisen sairaus, huono psyykinen vointi, sairaudentunnottomuus, motivoimattomuus, aggressiivisuus ja hoitokielteisyys voivat olla este osallisuuden toteutumiselle omassa hoidossa. Hoitajan toimintatavat, esimerkiksi tiedon panttaaminen, potilaan aliarvioiminen ja puolesta tekeminen, sekä organisaation jäykät tavat, hoitokulttuuri, kulttuurierot ja omaiset voivat myös omalta osaltaan vähentää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa.

---

Avainsanat	Psykiatrisen hoitotyö, akuuttihoito, psykiatrisen potilas, osallisuus, asiakaslähtöisyys
------------	--

## ABSTRACT

Author	Tytti Tiainen
Title	Patients' Involvement in Their Own Treatment and the Factors Affecting It. Views of the Nursing Staff of an Acute Psychiatric Unit
Year	2013
Language	Finnish
Pages	48 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Mirva Sundqvist-Kekäläinen

---

According to Finnish legislation, the clients of social and health care services must be given the opportunity to participate in the planning and implementation of their services. Even though clients' involvement is seen as an important and appropriate prerequisite for the treatment, the actual implementation of the involvement is inadequate in mental health work. The purpose of this study was to describe the views of the nursing staff on the involvement of psychiatric patients in their own care, the means by which the nursing staff can increase the patients' involvement in their own care, and the factors that can prevent a patient from getting involved in their own care.

The study is based on theories of client involvement and client orientation. The study also describes acute psychiatric nursing, psychiatric patients, and good psychiatric nursing. The research material was collected using a questionnaire to the staff of acute specialized psychiatric care units in November 2013. A total of 21 members of the nursing staff answered the questionnaire. The research material was analysed using qualitative content analysis.

The results show that patient involvement was understood and defined in two different ways by the nursing staff: either as the patient having an active influence on their own care, or as a passive participation in care planning and implementation. The nursing staff can increase the patients' involvement using methods that activate the patient, such as constructive interaction, the sharing of appropriate information and empowering work methods. The utilisation of personal strengths, such as openness and positive attitudes, can also increase involvement. Factors that prevent involvement include the patient's condition, the work methods and ways of the nursing staff, and the environment. Factors that can have a negative effect include for example patient's psychiatric illness, lack of motivation, nurses' working methods, the rigid work methods of the care organisation, care culture, cultural differences and family members.

---

Keywords	Psychiatric nursing, acute care, psychiatric patient, involvement, client orientation
----------	---

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	PSYKIATRINEN HOITOTYÖ .....	10
	2.1 Akuutti psykiatrinen hoitotyö .....	10
	2.2 Psykiatrinen potilas .....	11
	2.3 Hyvä psykiatrinen hoitotyö.....	13
3	OSALLISUUS.....	17
	3.1 Mitä osallisuus on? .....	17
	3.2 Osallisuus omaan hoitoon .....	17
	3.3 Osallisuuden toteutuminen.....	18
	3.4 Osallisuuden merkitys.....	19
4	ASIAKASLÄHTÖISYYS.....	21
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	24
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	25
	6.1 Aineiston keruu .....	25
	6.2 Aineiston analysointi .....	25
7	TUTKIMUSTULOKSET .....	28
	7.1 Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa .....	28
	7.1.1 Aktiivinen vaikuttaminen.....	29
	7.1.2 Passiivinen osallistuminen .....	31
	7.2 Hoitajan toimet, jotka lisäävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa ...	32
	7.2.1 Potilasta aktivoivat toimintatavat.....	32
	7.2.2 Persoonallisten vahvuuksien hyödyntäminen .....	35
	7.3 Tekijät, jotka voivat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa.....	35
	7.3.1 Potilaan tila .....	36
	7.3.2 Hoitajan toimintatavat.....	37
	7.3.3 Ympäristö.....	38
8	POHDINTA.....	39
	8.1 Tutkimustulosten tarkastelu .....	39
	8.2 Tutkimuseettiset kysymykset.....	42

	5
8.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	42
8.4 Johtopäätökset.....	43
8.5 Jatkotutkimusehdotukset.....	44
LÄHTEET.....	45
LIITTEET	

**TAULUKKOLUETTELO**

- Taulukko 1.** Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa s. 29
- Taulukko 2.** Potilasta aktivoivat toimintatavat, jotka lisäävät hänen osallisuutta omaan hoitoonsa s. 32
- Taulukko 3.** Hoitajan persoonalliset vahvuudet, joita hyödyntämällä lisätään potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa s. 35
- Taulukko 4.** Tekijät, jotka voivat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa s. 36

**LIITELUETTELO****LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Kyselylomake

## 1 JOHDANTO

Vuonna 2011 psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita käytti yli 159 000 ihmistä. Näistä potilaista 14 prosentilla eli 21 622 oli saman vuoden aikana sairaalahoitojakso. (THL 2013 a.) Psykiatrissa sairaalahoitoa tarjotaan henkilölle, kun avohoidon toimet eivät ole riittäviä, ja kun sairaalahoito on tarpeenmukaista tai jopa välttämätöntä potilaan ongelmien ja perheen jaksamisen kannalta. Sairaalaosastoilla tapahtuva akuutti psykiatrinen hoitotyö on lyhyenä intensiivisenä jaksona tapahtuvaa hoitotyötä, jonka tarkoituksena on auttaa potilasta selviytymään psyykkisen sairauden aiheuttamasta pahasta olost nopeasti. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Shubert 2010, 45-47.)

Tutkimustiedon perusteella tiedetään, että mielenterveyspotilaat pystyvät osallistumaan, selviytyvät jokapäiväisessä elämässään ja kykenevät löytämään keinoja kontrolloidakseen omaa käyttäytymistään. (Kuhanen ym. 2010, 150-151). Pääsääntöisesti asiakkaat haluavatkin olla osallisina omia asioita koskevissa asioissa ja tilanteissa (Valkama 2010, 80; Kujala 2003, 162). Osallisuus on arvo jo itsessään. Se antaa kokemuksia siitä, että tulee kuulluksi, omat mielipiteet ovat arvokkaita ja asioihin voi vaikuttaa. (Valkama 2010, 11.) Osallisuus lisäksi voimaannuttaa, lisää vaikuttamisen ja toimimisen halua, sitouttaa sekä parantaa päätöksenteon laatua (THL 2013 b).

Osallisuuden edistäminen on Suomen hallituksen ja Euroopan unionin tavoite. Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja erilaiset ohjelmat ja hankkeet korostavat osallisuuden merkitystä. Suomessa tällaisia ohjelmia ja hankkeita ovat esimerkiksi Kaste-ohjelma, Mieli 2009, Pohjanmaa-hanke, Välittäjä 2013 ja osallisuus-hanke Salli. Asiakkaan osallisuutta sivuavia lakeja ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista, terveydenhuoltolaki sekä laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. Esimerkiksi laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen (L22.9.2000/812). Osallisuuden merkitystä painottavat lisäksi erilaiset laatusuositukset, kuten mielenterveyspalvelujen laatusuositus.



Vaikka asiakkaan osallisuus koetaan tärkeänä ja tarkoituksenmukaisen toiminnan edellytyksenä, sen käytännön toteutuminen on puutteellista (Laitila 2010, 138). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä akuutissa sairaalahoidossa olevan psykiatrisen potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa. Lisäksi on haluttu selvittää, että millaiset hoitohenkilökunnan toimet lisäävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa ja millaiset tekijät voivat estää sen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa edellä mainituista asioista sekä saada hoitohenkilökunta tiedostamaan osallisuuden merkitys ja sen toteutuminen omassa hoitotyössä. Tutkimuksen avulla hoitohenkilökunta voi kehittää omia työmenetelmiään potilaan osallisuutta korostaviksi ja vahvistaviksi.

Tutkimus pohjautuu teorioihin osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Tutkimuksessa kuvataan myös akuuttia psykiatrista hoitotyötä, psykiatrista potilasta ja hyvää psykiatriasta hoitotyötä. Tutkittua tietoa on haettu Medic, Arto, Melinda, Cinahl ja EBSCO -tietokannoista. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla akuuttipsykiatrisilla erikoissairaanhoidon osastoilla marraskuussa 2013. Kyselyyn vastasi 21 hoitohenkilökunnan jäsentä. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

## 2 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat psykiatrinen hoitotyö, psykiatrinen potilas, akuuttihoito, osallisuus ja asiakaslähtöisyys. Tässä kappaleessa käsitellään akuuttia psykiatrista hoitotyötä, psykiatrista potilasta ja hyvää psykiatrista hoitotyötä.

Mielenterveyttä käsittelevälle kirjallisuudelle on tyypillistä alaa koskevien käsitteiden kirjavuus. Terveystieteiden palveluita käyttävästä asiakkaasta voidaan käyttää nimityksiä potilas, asiakas, palvelun käyttäjä tai kuluttaja. Myös psykiatrisen hoitotyön, mielenterveyden hoitotyön ja mielenterveystyön käsitteitä käytetään usein samassa merkityksessä, vaikka ne sisällöllisesti eroavat toisistaan. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 12–13.) Tässä luvussa käytetään selkeyden vuoksi käsitteitä psykiatrinen hoitotyö ja potilas.

### 2.1 Akuutti psykiatrinen hoitotyö

Hoitotyö on yhteiskunnan laillistamaa ammatillista toimintaa, joka voidaan ymmärtää sekä taidoksi että tieteenalaksi. Se perustuu koulutuksessa hankittuihin terveyden- ja sairaanhoidon tietoihin ja taitoihin sekä ammattietiikkaan. Hoitotyön tehtävä on yksilöiden, perheiden ryhmien ja yhteisöjen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, sairastuneen ihmisen hoitaminen ja parantaminen, kärsimyksen lievittäminen, kuntoutuksen edistäminen ja kuolevan auttaminen. Hoitotyötä tekevät hoitotyöntekijät, joihin lukeutuvat sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, kättilöt sekä perus- ja lähihoitajat. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 10-12.)

Mielenterveystyö on määritelty mielenterveyslaissa, ja sillä tarkoitetaan ”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä” (L14.12.1990/1116). Psykiatrinen hoitotyö on suppeampi käsite kuin mielenterveystyö tai mielenterveyden hoitotyö. Mielenterveyden hoitotyön käsitteellä tarkoitetaan kaikkea sitä hoitotyötä, jonka avulla halutaan tukea ihmisten mielenterveyttä sekä edistää mielenterveyttä tukevien ratkaisujen löytymistä niin yksilö-, perhe- kuin yhteisötasolla. Psykiatriseen hoitotyöhön kuuluu

mielenterveyttä edistävän ja tukevan toiminnan lisäksi ne tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet, joiden avulla hoitotyöntekijä kykenee auttamaan vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsiviä ihmisiä sekä heidän läheisiään ja omaisiaan. (Holopainen & Välimäki 2000, 13-14.)

Psykiatrinen erikoissairaanhoido tapahtuu aluesairaaloissa tai yliopistollisissa sairaaloissa akuuttina tai kuntouttavana hoitotyönä (Kassara ym. 2004, 19; Kuhanen ym. 2010, 45-47). Psykiatrissa sairaalahoitoa tarjotaan potilaalle, kun avohoidon toimet eivät ole riittäviä ja kun sairaalahoito on tarpeenmukaista tai jopa välttämätöntä potilaan ongelmien ja perheen jaksamisen kannalta. Sairaalaosastolla tapahtuva akuutti psykiatrinen hoitotyö on lyhyenä intensiivisenä jaksona tapahtuvaa hoitotyötä, jonka tarkoituksena on auttaa potilasta selviytymään psyykkisen sairauden aiheuttamasta psyykkisestä pahasta olost nopeasti. (Kuhanen ym. 2010, 45-47.) Sairaalahoidon osuus on keskittynyt kaikkien vaikeimpien kriisitilanteiden ja vakavampien häiriöiden hoitoon. Psykiatriseen hoitoon ohjautuminen tapahtuukin tavallisesti kriisiytymisen kautta ja usein päivystyksenä. Varhain aloitettu ja asianmukainen akuuttihoito on tehokasta häiriön pitkittymisen ja toimintakyvyn heikkenemisen ennaltaehkäisyä. (Lönnqvist, Pylkkänen & Moring 2011, 641; Lönnqvist, Moring, Pylkkänen & Vuorilehto 2011, 752.)

## **2.2 Psykiatrinen potilas**

Psykiatrisen hoidon tarve perustuu olemassa oleviin mielenterveyden ongelmiin ja häiriöihin (Lönnqvist, Pylkkänen & Moring 2011, 641). Mielenterveyden häiriöitä ovat psykoosit, elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, älyllinen kehitysvammaisuus, mielialahäiriöt, erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot, unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä päihdehäiriöt. Useimmat mielenterveyden häiriöt ovat etiologialtaan monitekijäisiä. Syytekijät voivat olla sekä somaattisia että psyykkisiä, mutta ne voivat myös olla sidoksissa sosiaalisiin, yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Perimä luo biologisen altistuksen monille mielenterveyden häiriöille. Psyykinen sairastuminen voidaan ymmärtää syntyvän altistavien, suojaavien, yksilön kehitykseen liittyvien

ja laukaisevien tekijöiden yhteisvaikutuksesta. (Lönqvist & Lehtonen 2011, 12-14.)

Mielenterveyden häiriöihin liittyy toimintakyvyn menetystä, subjektiivista kärsimystä sekä elämänlaadun heikkenemistä. Vaikeat mielenterveyden häiriöt lisäävät ennenaikaisen kuoleman riskiä sekä riskiä sairastua fyysisiin sairauksiin tai joutua onnettomuuksiin. (Joukamaa, Lönqvist & Suvisaari, 2011, 630.) Monille mielenterveyden häiriöille on lisäksi ominaista, ettei potilas ole hyvässä kontaktissa itseensä eikä omiin asioihin. Mielenterveys on kuitenkin aina suhteellinen asia: kukaan ei ole täysin sairas eikä kokonaan terve. Vaikeastikin häiriintynyt potilas kykenee normaaliin toimintaan omilla asioissaan monilla elämän alueilla. Nykyaikainen psykiatrinen potilas onkin omista asioistaan vastuussa oleva ja asiantuntijoiden kanssa yhteistyötä tekevä kansalainen ja kumppani sekä tarvittaessa myös potilaita edustava vertaisasiantuntija. (Lönqvist & Lehtonen, 2011, 16.)

Lähes kolmannes potilaista otetaan psykiatriseen sairaalahoitoon tahdostaan riippumatta (Lönqvist, Moring, Pylkkänen & Vuorilehto 2011, 752). Mielenterveyslain mukaan henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon, kun hänen todetaan olevan mielisairas ja hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta. Lisäksi edellytetään, että mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (L14.12.1990/1116.) Psykiatrisessa hoitotyössä on tärkeää tiedostaa, että potilas kuitenkin omistaa omat asiansa. Hän kykenee osallistumaan ja selviytymään jokapäiväisessä elämässään sekä löytämään keinoja oman käyttäytymisensä kontrolloimiseen. (Kuhanen ym. 2010, 58, 150-151.) Psykiatrisen potilaan ihmisarvoa ei saa riistää olettamalla, että mielenterveyden häiriö estää häntä vaikuttamasta omiin asioihinsa tai aiheuttaa kyvyttömyyttä ilmaista omia mielipiteitä. On tärkeää, että potilas tuntee itsensä kunnioitetuksi, vaikka kaikkia hänen ehdotuksiaan ja toiveitaan ei voitaisikaan ottaa hoidossa huomioon. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 184.)

### 2.3 Hyvä psykiatrinen hoitotyö

Hyvä psykiatrinen hoito edellyttää hyvän ammattitaidon ja hoitojärjestelmää koskevan systeemiosaamisen yhdistämistä. Se perustuu psykiatria koskevan tiedon ja taidon hyvään ammatilliseen hallintaan ja soveltamiseen. Hyvä hoitojärjestelmä puolestaan luo puitteet psykiatrissa hoitotyötä tekeville moniammatillisille asiantuntijoille, joiden yhteistyönä yhdessä potilaiden kanssa syntyy yksittäisen potilaan tarvitsema hyvä hoito. (Lönqvist, Moring, Pylkkänen ja Vuorilehto 2011, 752.)

Hyvän psykiatrisen hoitotyön lähtökohtana on humanistinen ihmiskäsitys eli se, että potilas on ainutlaatuinen yksilö (Kassara ym. 2004, 49). Näyttöön perustuvan tiedon avulla pyritään vastaamaan niihin klinisiin kysymyksiin, joita potilaan ongelmat herättävät. Yleinen tieteellinen tieto on suhteutettava potilaan ainutkertaisiin ongelmiin. Tämä on mahdollista vain, jos potilaan ominaisuudet ja ongelmat ymmärretään oikein ja toimenpiteisiin hankitaan pohjaksi oikeaa tietoa, jota arvioidaan kriittisesti. (Lönqvist & Lehtonen 2011, 15.) Syrjäpalon (2006, 111) mukaan hyvässä psykiatrisessa hoitotyössä olennaista onkin kokonaisvaltainen hoito, johon kuuluu psyykkisen hoidon lisäksi erilaisten oireiden ja vaivojen tutkiminen sekä somaattinen hoito.

Hyvä psykiatrinen hoitaminen perustuu potilaan ja hoitajan yhteistyölle (Kassara ym. 2004, 10). Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde onkin psykiatrisen hoitotyön ydinosuamista (Kuhanen ym. 2010, 31). Sillä tarkoitetaan ammatillista suhdetta, jonka tavoitteena on edistää potilaan hyvinvointia, ja johon kuuluvat vaiheittaisuus, tavoitteellisuus ja luottamus (Jokinen & Räsänen 2000, 45; Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokkila Oikkonen 2007, 59-60). Yhteistyösuhteen tulee lisäksi tukea potilasta tunnistamaan, käyttämään ja kehittämään voimavarojaan (Kassara ym. 2004, 10).

Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde on vastavuoroista toimintaa, ja se edellyttää toisen ihmisen hyväksymistä, kuuntelemista sekä ajatusten, tunteiden ja toiveiden jakamista (Jokinen & Räsänen 2000, 46). Potilas tuo yhteistyösuhteeseen itsensä, omaan elämään liittyvät kysymykset, avuntarpeen ja voimavaransa. Työn-

tekijä puolestaan tuo itsensä ihmisenä sekä omaksumansa eettiset periaatteet ja osaamisensa. (Kiviniemi ym. 2007, 60.) Ammatillisessa yhteistyösuhteessa erilaiset lähtökohdat pitää tunnustaa ja hyväksyä, mutta avoimen dialogin avulla on pyrittävä yhteisymmärrykseen (Jokinen ja Räsänen 2000, 46). Yhteistyösuhteen onnistuminen edellyttää yhdessä määriteltyjä sopimuksia ja säännöllistä arviointia (Kiviniemi ym. 2000, 60). Hyvässä yhteistyösuhteessa koetaan läsnäoloa ja läheisyyttä, turvautumista, hyväksytyksi tulemistä, luottamusta, aitoutta ja empaattisuutta, ymmärrystä, tuen saamista, iloa, toivoa ja voimaa, keskinäistä kunnioitusta, huolenpitoa, pelon ja tuskan lievittymistä sekä mahdollisuutta kasvuun ja kehittymiseen (Kassara ym. 2004, 50).

Kokko (2004) on tutkinut väitöskirjassaan mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Hänen mukaansa potilaan mahdollisuus kahdenkeskiseen yhteistyösuhteeseen työntekijän kanssa on edellytys hyvän mielenterveystyön onnistumiselle. Työntekijän on oltava potilaan käytävissä kuuntelijana ja taustatukena, ja yhteistyösuhteen on edettävä potilaan esille ottamien aiheiden mukaisesti. Yhteistyösuhteessa on myös hyödynnettävä koordinoitusti yhteistyötahojen potilaalle tarjoamaa apua. Yhteistyösuhde on tuloksellinen silloin, kun potilaan ongelmanratkaisukyvyt paranevat, ja hän vahvistuu. Potilaan on myös itse koettava hyötyvänsä suhteesta. (Kokko 2004, 116.)

Hyvä hoitosuhde perustuu aitoon vuorovaikutukseen (Kyngäs & Hentinen, 2008, 46). Mattila (2001) on tutkinut hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta väitöskirjassaan. Tulosten mukaan vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen on merkittävimpiä vuorovaikutusta vahvistavia tekijöitä. Muita tekijöitä ovat kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus, aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä, potilaan ja hoitajan läheisyys, välittämisen kokeminen sekä vuorovaikutusta tukeva ympäristö. Potilaan turvallisuuden kokeminen, osallistuminen hoitoonsa ja tietäminen yhdistävät näitä kaikkia kategorioita. Hoitajan potilaslähtöinen toiminta eli potilaiden tarpeiden mukainen, joustava ja potilasta kuunteleva vuorovaikutus on hyvän psykiatrisen hoitotyön lähtökohta. (Mattila 2001, 5.) Vuorovaikutuksen estyminen, tiedon puute sekä omien tarpeiden ja hoitokäytäntöjen ristiriidat johta-

vat hoitajat ja potilaan kohtaamattomuuteen, minkä seurauksena epävarmuus kasvaa ja hoitaminen ei etene (Kilcku 2008, 129-131).

Hoitajan ja potilaan välisellä suhteella ja vuorovaikutuksella sekä asiakkaan tyytyväisyydellä hoitoon on keskeinen vaikutus oppimiseen ja sitä kautta hoitoon sitoutumiseen. Hoitoon sitoutuminen on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa. (Hentinen 2008, 17, 32-33.) Hyvässä psykiatrisessa hoidossa potilas tekeekin viime kädessä itse päätöksen hoidon suunnasta (Kokko 2004, 116). Päätöksenteko edellyttää riittävää tietoa omasta tilanteesta ja erilaisista toimintavaihtoehdoista. Potilaan on lisäksi tiedettävä päätöksensä seuraukset. (Välimäki 2000, 37.) Psykiatrisen hoidon perustana onkin potilaan asianmukainen informointi. Vain asianmukaisen tiedon avulla potilas voi antaa pätevän suostumuksen omaan hoitoonsa. (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 16.) Ohjauksen kannalta keskeistä on, että se lähtee potilaan omista tarpeista ja sopii hänen henkilökohtaiseen tilanteeseensa. Potilaslähtöisessä hoitotyössä ohjaus on motivoivaa ja konsultoivaa. Sen tarkoituksena on lisätä tietoa sairaudesta, parantaa selviytymiskeinoja sekä vaikuttaa asenteisiin sairaudesta. (Jokinen & Räsänen, 2000, 46-47.)

Kokko (2004, 115-117) on havainnut tutkimuksessaan, että myös hoitohenkilökunnan ammattitaidolla on merkitystä hyvän psykiatrisen hoitotyön toteutumisel- le. Ammattitaito ilmenee kykynä ja haluna säilyttää yhteistyösuhteen ammatillinen luonne, taitona toimia erilaisissa tilanteissa potilaan psyykkinen vointi huomioiden ja asiakaslähtöisyytenä päätettäessä sovellettavista hoitomenetelmistä. Potilaan hoidon on myös perustuttava moniammatillisen työryhmän laatimaan, potilaan elämäkartoituksen sisältävään suunnitelmaan, jonka suunnitteluun potilas on itse saanut osallistua. Muita psykiatrisen hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan hoitoa ohjaava, huolella laadittu diagnoosi sekä mahdollisuus osallistua vertaistukitoimintaan. (Kokko 2004, 115-117.)

Hyvä psykiatrinen hoitotyö nojaa alan eettisiin periaatteisiin. Potilasta on hoidettava parhaalla mahdollisella, eettisesti kestäväällä ja lain edellyttämällä tavalla. (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 12.) Hoitajan on noudatettava mielenterveyspalvelujen laatusuosituksia ja ammatinharjoittamista koskevia eettisiä periaatteita (Kuhanen ym. 2010, 54). Terveystieteiden eettisiä periaatteita ovat oikeus hyvään

hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen avunanto (ETENE 2001). Hoitotyön ammattietiikan tarkoituksena on auttaa hoitotyöntekijöitä tunnistamaan ja arvioimaan ammattikunnan perusarvoja sekä tukemaan hoitajia näiden arvojen toteuttamisessa (Kassara ym. 2004, 24).

Ammatilliset arvot ovat yleisiä ominaisuuksia, joille tietty ammattikunta antaa arvoa. Ne ilmenevät hoitotyössä sekä ajattelun että toiminnan tasolla. (Kuhanen ym. 2010, 30 & 57.) Syrjäpalo (2006) on tutkinut arvoja ja arvostuksia psykiatrisessa hoitotyössä. Hänen tutkimuksessaan tärkeimmiksi psykiatrisen hoitotyön arvoiksi nousivat ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen. Muita merkittäviä arvoja olivat rehellisyys, inhimillisyys, luotettavuus, yksilöllisyys, yksityisyys, turvallisuus ja vapaus. Myös itsenäisyys, eheys ja toivo ovat tunnustettuja arvoja hoitotyössä (Kuhanen ym. 2010, 57). Vakaa ja yhtenäisen arvoperusta auttaa hoitoyhteisöä kestämaan toiminnassa ajoittain ilmenevät eettiset ristiriidat ja arvokonfliktit (Syrjäpalo 2006, 111).

Psykiatrisista häiriöistä kärsivän potilaan päätöksenteko ja hoitoon osallistuminen ei ole yksinkertaista (Välimäki 2000, 37). Psykkinen tila ei saisi olla sellainen, ettei potilas kykene arvioimaan päätöstensä seurauksia itselle ja muille (Välimäki 2000, 37). Hyvässä psykiatrisessa hoitotyössä onkin olennaista, että hoitohenkilökunta osaa tunnistaa, miten sairaus vaikuttaa potilaan ajattelu- ja päätöksentekoprosessiin, sekä missä kaikessa hän pystyy entistä enemmän vaikuttamaan omiin asioihinsa ja omaan hoitoonsa (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 184).



### 3 OSALLISUUS

Käsitteitä osallisuus (involvement) ja osallistuminen (participation) käytetään lähes synonyymeinä (Kujala 2003, 47). Osallisuus on kuitenkin laajempi käsite kuin osallistuminen (Kujala 2003; Oranen 2007; Luhtasela 2009). Osallisuus on osallistumisen lisäksi autonomiaa, itsehoitoa ja persoonallista vaikuttamista hoitoonsa (Kujala 1996, 84). Luhtaselan (2009, 130) mukaan osallisuus ja osallistuminen eivät ole täysin vastakkaisia käsitteitä, mutta osallistuminen ilman todellista valtaa ei välttämättä lisää asiakkaan osallisuuden kokemuksia. Erilaiset joustavat osallistumisen muodot mahdollistavat osallisuuden (Truman & Raine 2002, 142; Valkama 2012, 80). Palomäen (2010, 117) mukaan osattomuus on prosessi siinä missä osallisuuskin. Jos asiakasta ei tiedoteta tarpeeksi erilaisista vaihtoehdoista, lopputuloksena saattaa olla se, että asiakas hyväksyy kriittittömästi ja ilman neuvottelua ammattilaisten tarjoamat vaihtoehdot.

#### 3.1 Mitä osallisuus on?

Mielenterveystyössä asiakkaan osallisuus tarkoittaa palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Se voi tarkoittaa myös sitä, että asiakas saa itselleen mielekkään kokemaansa palvelua, tietää ja antaa luvan asioidensa käsittelyyn sekä kantaa osaltaan vastuun omasta hoidostaan. (Laitila 2010, 138.) Osallisuus voidaan määritellä myös tässä ja nyt tapahtuvaksi tekemiseksi, kokemiseksi, tiedon välittämiseksi sekä mahdollisuudeksi vaikuttaa. Se perustuu tasa-arvoiseen ja yhteiseen tietoon, ja siihen liittyy tunne ja kokemus joukkoon kuulumisesta. (THL 2013 b.) Laitilan (2010, 139) mielestä osallisuus ei kuitenkaan ole itseisarvo, vaan sen tulee edistää hyvinvointia ja kuntoutumista.

#### 3.2 Osallisuus omaan hoitoon

Asiakkaiden osallisuus mielenterveyspalveluihin voi tapahtua kolmelle eri tasolla (Laitila 2010, Truman & Raine 2002). Laitilan (2010, 139) mukaan nämä tasot ovat osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuus palvelujen kehittämiseen sekä osallisuus palvelujen järjestämiseen. Asiakkaan osallisuudessa omaan hoitoonsa olennaista on tuki itsehoidolle ja omalle selviytymiselle, yksilöllisyys,

itseäänmääräämisoikeus sekä arvostava kohtelu (Kujala 2003, 142). Asiakkaan osallisuus omaan hoitoon voi tapahtua kahdella eri tasolla. Ensimmäistä toteutumistapaa luonnehtii vaikuttamisen ja osallistumisen mahdollisuus sekä mahdollisuus osallistua erilaisiin palavereihin, hoidon suunnitteluun ja yksikössä tarjolla olevaan toimintaan. Toista osallisuuden toteutumisen tapaa luonnehtii sen sijaan aktiivinen osallistuminen. Tällöin asiakas käyttää olemassa olevia mahdollisuuksia ja osallistuu hoidon aloittamista, suunnittelua ja jatkohoitoa koskevaan päätöksentekoon. Asiakkaan oma sitoutuminen, vastuunotto omasta hoidosta sekä työntekijöiden valtuutus toimintaan sisältyvät niin aktiiviseen osallisuuteen kuin osallisuuden mahdollisuuteenkin. (Laitila 2010, 139-140.)

### **3.3 Osallisuuden toteutuminen**

Osallisuuden mahdollisuuksiin ja käytännön toteutumisen liittyvät monet seikat (Laitila 2010, 140). Luhtasela (2009, 128) käsittää osallisuuden rakentumisen edellyttävän osallistujien kokemustiedon ottamista toiminnan suunnittelun pohjaksi, vallankäytön uudelleen jakoa, siten että työntekijät ja asiakkaat käyttävät jaettua valtaa toiminnan kehittämiseksi, osallistujien ihmisarvoista ja oikeudenmukaista kohtelua sekä dialogisen toiminnan menetelmien käyttöä. Trumanin ja Rainen (2002, 136) mukaan onnistunut ja mielekäs toiminta sekä asiakkaiden kykyjen ja taitojen tunnistamisen tukeminen ja uusien kehittäminen sellaiseen tahtiin, joka vastaa heidän erityisolohdettaan ja henkilökohtaisia voimavaroja, mahdollistavat onnistuneen osallisuuden.

Asiakas tuo hoitotilanteeseen oman subjektiivisen tietonsa ja ammattihenkilö oman ammatillisen tietonsa. Ammattihenkilöt määrittelevät ja toteuttavat hoidon, mutta asiakas on tietoinen vaihtoehtoista ja vaikutuksista ja pystyy tekemään valintoja niiden perusteella. (Kujala 2003, 142.) Laitilan (2010, 145 & 148) mukaan asiakkailla on paras asiantuntijuus koskien palvelujen sisältöä. Riittävä tiedon-saanti kuitenkin mahdollistaa realististen valintojen tekemisen. Jos asiakas ei esimerkiksi tiedä hoidon tavoitteita, hän ei välttämättä pysty vaikuttamaan ja osallistumaan hoitoonsa (Sirviö 2006, 137). Kuuleminen ja kuuntelu sekä yhteinen kieli ja foorumi mahdollistavat osallisuuden (THL 2013 b).

Työntekijät voivat kokea asiakkaiden osallisuuden uhkaksi ammatilliselle autonomiaalleen ja ammatillaisen roolilleen (Truman & Raine 2002, 141). Asiakkaan osallisuuteen liittyy vallan uudelleen jakoa, asiantuntijavallasta luopumista ja toiminnan asettamista alttiiksi arvioinnille ja palautteelle (Laitila 2010, 141). Kun osallistujan kokemustieto otetaan samalle viivalle työntekijöiden tiedon kanssa, valtarakenne muuttuu ja osallistujan asema vahvistuu (Luhtasela 2009, 127). Laitilan (2010, 140-141) mukaan osa osallisuuden mahdollisuuksiin ja käytännön toteutumiseen liittyvistä seikoista liittyvät myös yhteiskuntaan, lainsäädäntöön sekä mielenterveys- ja päihdetyön organisaatioiden toimintaan. Erilaiset säännöt ja toimintatavat esimerkiksi säätelevät toimintaa. Lisäksi mielenterveysasiakkaisiin kohdistuvilla asenteilla ja ennakkoluuloilla sekä työntekijöiden koulutuksella ja käytettävissä olevilla resursseilla näyttäisi olevan vaikutusta osallisuuden toteutumiseen. Ratkaisevia tekijöitä ovat myös asiakkaaseen itseensä liittyvät tekijät: hänen fyysinen ja psyykinen tila, kyvyt, luonteen piirteet sekä motivaatio olla osallisena. Lääkityskin saattaa vaikuttaa osallisuuden toteutumiseen. (Laitila 2010, 140-141.)

Osallisuus omaan hoitoon ei vähennä ammatillista asiantuntijaosuutta tai siirrä vastuuta asiakkaalle. Sen sijaan se johtaa yhteistyöhön, kumppanuuteen ja niin tasavertaiseen ihmissuhteeseen ammattihenkilön ja asiakkaan välillä kuin hoitotilanteessa on mahdollista (Kujala 2003, 142). Asiakkaan ja työntekijän välinen toimiva vuorovaikutus vahvistaa asiakkaan toimintakykyä ja osallisuutta. Asiakkaan osallisuuden ja kohtaamisen peruselementit tiivistyvät neljän K-kirjaimen sisälle: kielenkäyttö, kiireettömyys, kuunteleminen ja kokonaisvaltaisuus. (Palmäki 2012, 119-121.) Tärkeää on aito kiinnostus omaan hoitoonsa osallisesta asiakasta (THL 2013 b).

### **3.4 Osallisuuden merkitys**

Osallisuus on arvo itsessään. Se antaa kokemuksia siitä, että tulee kuulluksi, omat mielipiteet ja ajatukset ovat arvokkaita ja asioihin voi vaikuttaa. (Valkama 2010, 11.) Osallisuus lisäksi voimaannuttaa, lisää vaikuttamisen ja toimimisen halua, sitouttaa ja parantaa päätöksenteon laatua (THL 2013 b). Kaikki asiakkaat eivät kuitenkaan halua olla osallisia (Laitila 2010; Thompson 2007). Thompsonin

(2007) mukaan sairauden luonne ja vakavuus sekä asiakkaan henkilökohtaiset ominaisuudet ja suhteet ammattilaisiin vaikuttavat haluun osallistua. Osallisuuden tasot saattavat lisäksi vaihdella: asiakas voi joissakin tilanteissa osallinen ja toisissa ulkopuolinen tai osaton (Palomäki 2012, 119). Sirviön (2006, 135) käsityksen mukaan asiakkaan osallisuus voi vaihdella mukanaolon, osatoimijuuden, sitoutumisen sekä vastuunoton tasoilla.

## 4 ASIAKASLÄHTÖISYYS

Asiakaslähtöisyys ja osallisuus liittyvät keskeisesti toisiinsa (Laitila 2010; Kujala 2003; Leplege ym. 2007). Kujala (2003, 73) on määritellyt asiakkaan osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden rinnakkaiskäsitteiksi. Asiakaslähtöisyys kuvaa hoidon tavoiteulottuvuutta ja osallisuus asiakkaan kokemusulottuvuutta. Todellinen asiakaslähtöisyys voi toteutua vain, jos asiakas kokee osallisuutta. Laitila (2010, 144) käsittää asiakaslähtöinen työtavan tukevan potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa.

Laitilan (2010, 141) mukaan asiakaslähtöisyys voidaan käsittää kahdella eri tavalla. Laajasti käsitettynä se tarkoittaa työntekijöiden tapaa tehdä työtä. Suppean käsityksen mukaan se on sen sijaan tapa, jolla työskentelyn tavoitteet asetetaan. Kun asiakaslähtöisyys ymmärretään tavaksi tehdä työtä, siihen liittyy asiakkaiden yksilöllinen ja kokonaisvaltainen huomioiminen, välittäminen ja työn tekeminen omalla persoonalla. Suppeassa näkemyksessä, jonka mukaan asiakaslähtöisyys liittyy tapaan asettaa työskentelyn tavoitteet, asiakkaan rooli vaihtelee aktiivisesta passiiviseen. Asiakas saattaa esimerkiksi aktiivisesti hakea apua omien tarpeidensa ja tavoitteidensa pohjalta tai ainoastaan olla mukana häneen liittyvässä toiminnassa, ja hänen mielipiteitään kuullaan mahdollisuuksien mukaan. (Laitila 2010, 141.)

Asiakaslähtöisyys saa sisältönsä kahden ulottuvuuden kautta. Nämä ulottuvuudet ovat asiakkaan osallisuuskokemukset sekä lain yksilölle edellyttämän, oikeuttaman ja määrittelemän hoidon toteutuminen. Osallisuuskokemukseen vaikuttaa asiakkaan autonomia, itsehoidon tuki, asiantuntemus omasta terveydestä sekä elämänhallinnan tuki. Laeista riippuvaisia, potilaan asemaan ja oikeuksiin liittyvät tekijöitä ovat hoidon saatavuus, hyvä kohtelu, tiedon saanti, vaikuttaminen hoitoon sekä itsemäärääminen. (Kujala 2003, 73-74.) Asiakaslähtöisessä hoitotyössä huomio tulee kiinnittää henkilön yksilöllisiin piirteisiin ja elämään kokonaisuutena sekä arkielämän toimintoihin ja henkilön ilmaisemiin ongelmiin. Ihmistä tulee kunnioittaa hänen sairaudestaan tai vammastaan huolimatta. (Leplege ym. 2007, 1556-1559.)

Laitilan (2010, 143) mukaan asiakaslähtöisyys toteutuu kolmella eri tasolla. Nämä tasot ovat organisaation asiakaslähtöinen toiminta, asiakaslähtöinen yhteistyösuhte ja asiakaslähtöisesti työskentelevän ammattilaisen toiminta. Organisaation asiakaslähtöisessä toiminnassa organisaation rakenteet ja toiminnan sisältö ovat asiakaslähtöisiä. Työntekijöiden näkökulmasta korostuvat organisaation säännöt, resurssit sekä esimiesten ja työyhteisön tuki. Asiakkaiden näkökulmasta organisaation asiakaslähtöisen toiminnan mahdollistaa sen sijaan mielekäs toiminta, riittävä ja ymmärrettävä tiedonsaanti, joustavuus, mahdollisuus vertaistukeen, työntekijöiden pysyvyys ja jatkohoidon suunnitelmallisuus. Asiakaslähtöistä toimintaa ovat myös perusteltu rajoittaminen, turvallisten rajojen asettaminen tarvittaessa sekä motivointi. (Laitila 2010, 143.)

Toinen asiakaslähtöisyyden toteutumistapa on asiakaslähtöinen yhteistyösuhte. Sitä luonnehtivat aito asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus, tasa-arvoisuus, yksilöllisyys, ihmisarvon kunnioittaminen sekä kohtelu aikuisena ihmisenä. Yhteistyön joustavuus ja kokonaisvaltaisuus sekä suhteen turvallisuus ja luottamus mahdollistavat asiakaslähtöisyyden. Asiakaslähtöisessä yhteistyösuhteessa hoitohenkilökunta luo mahdollisuuksia, motivoi ja tukee. Asiakkaan omat voimavarat, vastuu, motivaatio sekä kyky asettaa omia tavoitteita ovat kuitenkin ratkaisevassa asemassa. Kolmas asiakaslähtöisyyden toteutumisen taso on asiakaslähtöisesti työskentelevän ammattilaisen toiminta. Asiakaslähtöisyyden taustalla ovat työntekijän omat asenteet asiakasta kohtaan. Työntekijän asiakaslähtöisiin toimintatapoihin liittyy aito kiinnostus asiakkaasta ja pyrkimys asiakkaan hyvään oman työn tavoitteiden kautta. Työntekijöiden koulutus ja työnohjaus tukevat asiakaslähtöisiä työskentelytapoja. (Laitila 2010, 143-144.)

Hoidon hyvää laatua on hoitavan tahon toteuttama asiakaslähtöisyys ja asiakkaan kokema osallisuus (Kujala 2003, 74). Laitilan (2010, 144) mukaan asiakaslähtöllä työtavalla on positiivisia vaikutuksia niin asiakkaalle, työntekijälle kuin heidän yhteistyösuhteellekin. Asiakaslähtöisessä yhteistyösuhteessa työskentelyn tavoitteet voidaan asettaa realistisiksi, mikä edesauttaa niiden saavuttamista. Asiakaslähtöinen työskentely myös lisää asiakkaan motivaatiota, sitoutumista ja asiakastyytyväisyyttä. Työntekijöiden kohdalla puolestaan jaksaminen ja työmoti-

vaatio lisääntyvät asiakaslähtöisen työtavan myötä. Tämä tukee asiakkaiden osallisuutta omaan hoitoon ja kuntoutukseen. (Laitila 2010, 144.) Olennaista on nähdä asiakas oman elämänsä asiantuntijana ja korostaa hänen osallisuuttaan ja voimaantumistaan (Leplege ym. 2007, 1558).

## **5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä psykiatrisen potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa, hoitohenkilökunnan toimia, jotka lisäävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa, sekä tekijöitä, jotka voivat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa näistä tekijöistä sekä saada hoitohenkilökunta tiedostamaan osallisuuden merkitys ja sen toteutuminen omassa hoitotyössä. Tutkimuksen avulla hoitohenkilökunta voi kehittää omia työmenetelmiään potilaan osallisuutta korostaviksi ja vahvistaviksi. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös esimerkiksi osastokokouksissa tai koulutustilaisuuksissa, joissa tutkimustuloksista keskustellessa voidaan innovoida keinoja epäkohtien parantamiseksi.

Tutkimusongelmat:

1. Miten hoitohenkilökunta käsittää potilaan osallisuuden omaan hoitoonsa?
2. Millaisilla toimilla hoitohenkilökunta voi lisätä potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa?
3. Millaiset tekijät voivat estää potilaan osallisuuden omaan hoitoonsa?



## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin erikoissairaanhoidon akuuttipsykiatrisilla osastoilla, joista kaksi oli suljettuja ja yksi avoin osasto. Kaikilla osastoilla oli sekä miehiä että naisia potilaina. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat näiden osastojen hoitohenkilökunta. Hoitotyöntekijöitä ovat sairaan- ja terveydenhoitajat, kättilöt sekä perus- ja lähihoitajat (Kassara ym. 2004, 10). Hoitohenkilökuntaa näillä osastoilla on yhteensä noin 55.

### 6.1 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Kyselylomakkeiden avulla pystytään keräämään tietoja tosiasioista, käyttäytymisestä ja toiminnasta, tiedoista, arvoista, asenteista sekä uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. Kyselyn avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, ja aineisto voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida se tietokoneen avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190 & 192.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin kyselylomakkeita, koska haluttiin saavuttaa kattava tutkimusaineisto. Kyselylomakkeet sisälsivät suljettuja kysymyksiä taustatiedoista ja avoimia kysymyksiä potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa. Kyselylomakkeet, saatekirje ja suljettu vastauslaatikko toimitettiin tutkimuksen yhteyshenkilölle, joka jakoi ne tutkimukseen osallistuvien osastojen osastonhoitajille. Hän myös esitteli kyselylomakkeen ja sen tarkoituksen heille. Osastonhoitajat toimittivat ne puolestaan omille osastoilleen ja informoivat samalla henkilökuntaa kyselystä. Näin toimittiin sairaalan anonymiteettiperiaatteiden takia.

### 6.2 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi tarkoittaa kerätyn tietoaineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Siinä on olennaista aineistosta ilmenneet merkitykset, tarkoitukset ja

aikomukset, seuraukset sekä yhteydet. Sisällönanalyysiprosessi etenee seuraavien vaiheiden kautta: analyysiyksilöiden valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Tavallisimmin käytettyjä aineiston analyysiyksiköitä ovat sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus ja sanayhdistelmä. Sisällönanalyysissa aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23-25.)

Tutkimuksen aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Siinä analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän asettelun mukaisesti. Analyysiyksiköt eivät saa kuitenkaan olla etukäteen sovittuja ja harkittuja. Aikaisemmilla havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ei ole merkitystä analyysin toteuttamiselle tai lopputulokselle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, koska haluttiin tuottaa uutta tietoa hoitohenkilökunnan käsityksistä psykiatrisen potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa, hoitohenkilökunnan toimista, jotka lisäävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa, sekä tekijöistä, jotka voivat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa.

Tutkimuksessa kysyttiin kolme pääkysymystä, jotka käsittelivät sitä, mitä potilaan osallisuus omaan hoitoonsa tarkoittaa, hoitohenkilökunnan toimintoja, jotka voivat lisätä potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa, sekä tekijöitä, jotka voivat estää sitä. Vastaukset ryhmiteltiin näiden kolmen kategorian alle. Tämän jälkeen vastaukset luettiin läpi ja niistä poimittiin merkittäviä sanoja, lauseen osia ja lauseita. Tämän jälkeen nämä sanat, lauseen osat ja lauseet jaettiin sisältönsä perusteella samaa tarkoittaviin luokkiin. Esimerkiksi sanat psykoottisuus, syvä masennus ja päihderiippuvuus luokiteltiin samaan luokkaan. Jaottelun jälkeen luokat nimettiin. Edellä mainittu ryhmä sai esimerkiksi nimen psykiatriset sairaudet. Tämän jälkeen nimetyt luokat yhdisteltiin siten, että saatiin muodostettua yläluokkia. Psykiatriset sairaudet alaluokka esimerkiksi yhdistyi huonon psyykkisen voinnin, sairautentunnottomuuden, motivoimattomuuden, aggressiivisuuden ja hoitokielteisyyden kanssa potilaan tila -yläluokan alle. Potilaan tila on yksi potilaan osalli-

suutta omaan hoitoonsa vähentävistä tekijöistä. Ryhmittelyä ja yhdistelyä jatkettiin niin kauan, kunnes tuloksista saatiin johdonmukainen ja selkeä kokonaisuus. Tämän jälkeen vielä arvioitiin luokkien paikkansapitävyyttä ja luotettavuutta.

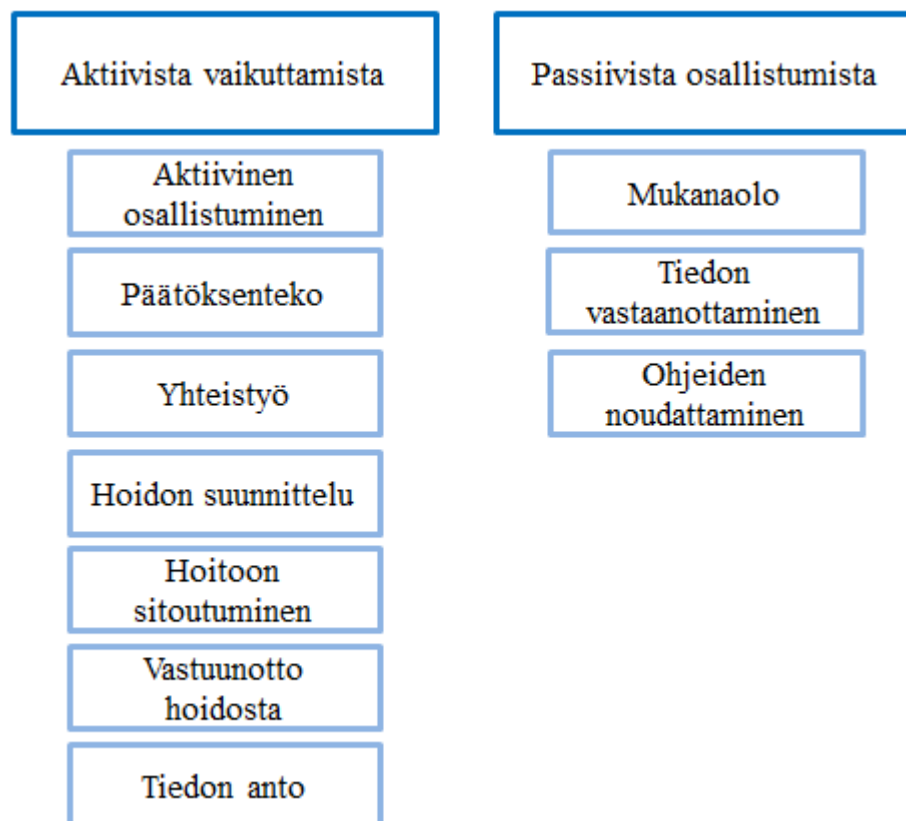
## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyyn vastasi 21 hoitotyöntekijää eli noin 40 % koko hoitohenkilökunnasta. Vastanneista 62 % oli naisia ja 38 % miehiä. Lähes puolet (9) vastaajista oli iältään 31-40-vuotiaita. 18-24-vuotiaita oli kaksi, 25-30-vuotiaita neljä, 41-50-vuotiaita kolme ja 51-60-vuotiaita kolme. Ammatillinen koulutus vaihteli perus-, lähi- ja mielenterveyshoitajien (7), sairaanhoitajien (11) terveydenhoitajan YAMK (1) ja terveystieteen maisterien (2) välillä. Työkokemus myös vaihteli jonkin verran. Vastanneista seitsemän oli toiminut ammatissaan 1-5 vuotta, viisi 6-10 vuotta, kuusi 11-20 vuotta, yksi 21-30 vuotta ja kaksi yli 30 vuotta.

Avointen kysymysten vastaukset olivat melko kattavia. Moni oli vastannut niihin laajasti ja tuonut useita näkökulmia esille. Niihin oli selvästi panostettu. Vastauksien joukossa oli kuitenkin muutama sellainenkin lomake, joissa asioita oli kommentoitu ainoastaan parilla sanalla. Niissäkin vastaukset olivat kuitenkin osuvia, vaikka suppeita. Kysymykset oli ymmärretty oikein. Suuri osa oli kuitenkin vastannut niihin luettelomaisesti.

### 7.1 Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa

Tässä aluvuossa kuvataan hoitotyöntekijöiden käsityksiä siitä, mitä potilaan osallisuus omaan hoitoonsa tarkoittaa. Vastauksista muodostui kaksi yläluokkaa: Aktiivinen vaikuttaminen ja passiivinen osallistuminen. Aktiivinen vaikuttaminen sisältää aktiivisen osallistumisen, päätöksenteon, yhteistyön, hoidon suunnittelun, hoitoon sitoutumisen, vastuunoton hoidosta sekä tiedon annon. Passiivinen osallistuminen jakautuu puolestaan kolmeen alaluokkaan: mukanaolo, tiedon saanti ja ohjeiden noudattaminen. Taulukossa 1 kuvataan potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa.

**Taulukko 1.** Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa

### 7.1.1 Aktiivinen vaikuttaminen

Osa vastanneista käsitti potilaan osallisuuden omaan hoitoonsa aktiivisena vaikuttamisena omaan hoitoon. Aktiivista vaikuttamista omaan hoitoon on aktiivinen osallistuminen, päätöksenteko, yhteistyö, hoidon suunnittelu, hoitoon sitoutuminen, vastuunotto hoidosta ja tiedon anto.

Useissa vastauksissa toistui potilaan oma aktiivinen osallistuminen ja hoidon suunnittelu. Potilas siis itse vaikuttaa omaan hoitoonsa, eikä asioita tehdä hänen puolestaan.

*”Tarkoittaa, että potilas on aktiivisesti mukana hoitosuunnitelman laatimisessa.”*

*”Potilas on itse suunnittelemassa hoitoaan...”*

*”Psykiatriassa ajatellaan toisin päin. Me olemme osallisia potilaan hoitoon, jos hän niin haluaa.”*

*”(…) och att personalen inte kan göra saken för patienten.”*

Moni vastaajista liitti potilaan osallisuuden omaan hoitoonsa yhteistyöhön potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Yhteistyössä korostuu potilaan oma osallistuminen.

*”On mukana yhdessä ja aktiivisesti suunnittelemassa ja toteuttamassa omaa hoitoa.”*

*”Att patienten är delaktig och samarbetar med vårdarna.”*

*”Potilaan kanssa yhdessä laaditaan mm. hoitosuunnitelma...”*

*”Yhdessä tehdään töitä tavoitteiden saavuttamiseksi.”*

*”Avoin dialogi!”*

Osallisuudeksi omaan hoitoon nähtiin myös päätöksenteko ja mahdollisuus kertoa omat mielipiteet ja toiveet asioista. Hoitohenkilökunnan on tärkeä kuunnella, mitä potilaalla on sanottavana.

*”Päätöksentekoa omasta hoidostaan...”*

*”Että potilas itse saa päättää millaista hoitoa hän saa.”*

*”Mahdollisuutta päättää omaan hoitoonsa liittyvistä asioista mielenterveyslain ja osastojen sääntöjen puitteissa.”*

*”(…) ja ainakin sanoa mielipiteensä hoidosta ja sen toteutumisesta.”*

*”Möjlighet att välja bland olika alternativ.”*

*”(…) myös omasta hoidosta kieltäytymisen mahdollisuus.”*

*”Ge uttryck för sina åsikter.”*

*”Potilaan hoitotahdon kunnioitus.”*

*”Potilasta kuuluu kuunnella.”*

Osallisuudessa omaan hoitoon korostuu aktiivisen osallistumisen, hoidon suunnittelun, yhteistyön, päätöksenteon ja tiedon annon lisäksi vastuunottaminen ja sitoutuminen hoitoon. Osallistuminen ilman vastuunottoa ja sitoutumista ei ole aitoa osallisuutta.

*”(...) ja on myös omalta osaltaan vastuussa hoidon toteutuksesta sekä onnistumisesta parhaalla mahdollisella tavalla.”*

*”(...) ja ottaa vastuun sen (hoidon) toteutumisesta.”*

*”Sitoutuu näin hoitosuunnitelman tavoitteisiin...”*

*”Sitoutetaan potilas omaan hoitoonsa.”*

### **7.1.2 Passiivinen osallistuminen**

Joidenkin vastanneiden mielestä potilaan osallisuuteen omaan hoitoonsa ei sisälly aktiivista vaikuttamista. He näkivät osallisuuden omaan hoitoonsa olevan mukanaoloa, tiedon vastaanottamista ja ohjeiden noudattamista. Hoidon lähtökohtana ovat siis hoitotahon käytännöt ja potilaan hoito etenee niiden pohjalta.

*”Otetaan potilas mukaan hoidon suunnitteluun ja hoitosuunnitelman laatimiseen.”*

*”Potilas saa olla mukana hoidon suunnittelussa.”*

*”Potilas mukana hoidon eri vaiheissa.”*

*”Att patienten vet varför den är här, vad vi vårdar och vad dennes vårdplan är.”*

*”Potilaalla on oikeuksia, myös velvollisuuksia esim. ottaa annettuja hoito-ohjeita vastaan, lääkehoito jne.”*

*”Osallistuminen omaan hoitoon esim. lääkkeiden otto, eri toimenpiteet...”*

## 7.2 Hoitajan toimet, jotka lisäävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa

Vastausten perusteella hoitohenkilökunnan toimet, jotka lisäävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa jakautuivat kahteen yläkategoriaan: Potilasta aktivoivat toimintatavat ja persoonallisten vahvuuksien hyödyntäminen.

### 7.2.1 Potilasta aktivoivat toimintatavat

Potilasta aktivoivia toimintatapoja ovat rakentava vuorovaikutus, asianmukainen informointi ja voimaannuttavat työmenetelmät. Taulukossa 2 kuvataan potilasta aktivoivia toimintatapoja, jotka lisäävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa.

**Taulukko 2.** Potilasta aktivoivat toimintatavat, jotka lisäävät hänen osallisuutta omaan hoitoonsa

Rakentava vuorovaikutus	Asianmukainen informointi	Voimaannuttavat työmenetelmät
Aktiivinen potilas-hoitajasuhde	Tiedon anto	Motivointi
Säännöllinen keskustelu	Vaihtoehtojen tarjoaminen	Aktivointi
Kysyminen	Realisointi	Tukeminen
Kuuntelu	Yhteinen kieli	Kannustus, rohkaisu
Palautteen anto		Vastuun anto
Läsnäolo		



Kyselyyn vastanneen hoitohenkilökunnan mukaan rakentava vuorovaikutus lisää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Aktiivinen potilas-hoitajasuhde, jossa korostuu säännöllinen keskustelu, kysyminen, kuuntelu, palautteen anto ja läsnäolo, lisää potilaan motivaatiota ja halua osallistua.

*”Aktiivinen potilas-hoitajasuhde saattaa parantaa hoitomotivaatiota ja halua osallistua hoidon suunnitteluun.”*

*”Potilaiden mielipiteiden kuunteleminen tärkeää.”*

*”Genom att höra vad patienten har att säga, diskutera regelbundet med patienten.”*

*”(...) ja myös aidosti kuuntelee potilasta.”*

*”(...) och samarbete.”*

*”Tehdä yhdessä...”*

*”Kysellä potilaan mielipiteitä...”*

*”(...) ja antamalla palautetta.”*

*”(...) ja läsnäolo!”*

Kyselyyn osallistuneet korostivat vastauksissaan myös tiedon merkitystä potilaan osallisuutta lisäävänä tekijä. Asianmukainen informointi sisältää tiedon annon, vaihtoehtojen tarjoamisen, realisoinnin sekä yhteisen kielen. Potilaan tilanteesta ja siihen liittyvistä tekijöistä tulee kertoa kattavasti ja realistisesti, jotta potilaalla on mahdollisuus tehdä valintoja ja osallistua omaan hoitoonsa. Ilman yhteistä kieltä informaatio saattaa jäädä puutteelliseksi.

*”Kertomalla rehellisesti hoidosta ja sen vaikutuksista. Informoimalla, mitä hoidosta kieltäytyminen voi merkitä.”*

*”Kertoo potilaalle, mitä osallisuus tarkoittaa, mitä oikeuksia ja velvollisuuksia on, tietoa hoitomenetelmistä ja osaston luonteesta. Kun on tietoa, voi suunnitella ja tehdä päätöksiä.”*

*”Genom att informera om vad som kommer att ske som följande skeende i vården av patienten.”*

*”Om patienten förstår målsättningen med vården och utskrivningsdatumet är någotsånär klart är det bra.”*

*”Esittämällä erilaisia vaihtoehtoja potilaalle ja antamalla infoa potilaalle.”*

*”Esitellä erilaisia vaihtoehtoja ja kertoa niistä.”*

*”Tuomalla esiin positiivisia asioita koskien hoitoa.”*

*”Realisoimalla potilaan tilanteen.”*

*”Modersmålet gärna samma.”*

Hoitajan työmenetelmillä nähtiin lisäksi merkitystä potilaan osallisuudelle. Motivointi, tukeminen, rohkaisu, kannustaminen, aktivointi ja vastuun anto voivat voimaannuttaa potilasta, ja siten lisätä hänen osallisuutta omaan hoitoonsa.

*”Motivoida potilas osallistumaan.”*

*”Motivoinnilla, (...) ja sillä, että jo heti aluksi ottaa potilaan mukaan aktiivisesti hoitoon.”*

*”Potilaalla annettu vastuu myös lisää motivaatiota sekä yhteistyökykyä.”*

*”Tukemalla oman hoitonsa edistämiseen, antamalla myös vastuuta omasta itsestä.”*

*”Vastuuttamalla, motivoimalla, (...), kannustamalla...”*

*”Uppmuntrar.”*

*”Aktivoimalla.”*

*”Kannustamalla, rohkaisemalla ja neuvomalla olemaan aktiivinen.”*

### 7.2.2 Persoonallisten vahvuuksien hyödyntäminen

Hoitaja voi lisätä potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa persoonallisten tekijöiden avulla. Tällaisia persoonallisia tekijöitä ovat avoimuus, luotettavuus, rehellisyys, helposti lähestyttävyyden sekä positiiviset asenteet. Ne ovat hoitajan vahvuuksia, joista hyötyy myös potilas.

*”Öppenhet, ärlighet.”*

*”Tärkeää on, että hoitaja on helposti lähestyttävä ja luottamusta herättävä...”*

*”Asenteella.”*

Taulukossa 3 kuvataan hoitajan persoonallisuuden ominaisuuksia, joita hyödyntämällä voidaan lisätä potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa.

**Taulukko 3.** Hoitajan persoonalliset vahvuudet, joita hyödyntämällä lisätään potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa

Avoimuus	Rehellisyys	Luotettavuus	Helposti lähestyttävyyden	Positiiviset asenteet
----------	-------------	--------------	---------------------------	-----------------------

### 7.3 Tekijät, jotka voivat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa

Kyselyyn osallistuneiden vastauksista oli löydettävissä kolme pääkäsitettä, jotka saattavat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Nämä yläluokat ovat potilaan tila, hoitajan toimintatavat ja ympäristö. Taulukossa 4 kuvataan niitä tekijöitä, jotka voivat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa.

**Taulukko 4.** Tekijät, jotka voivat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa

Potilaan tila	Hoitajan toimintatavat	Ympäristö
Huono psyykinen vointi	Tiedon panttaaminen	Passivoiva hoitokulttuuri
Psykiatrinen sairaus	Potilaan aliarviointi	Kulttuuriristiriidat
Sairaudentunnottomuus	Puolesta tekeminen	Organisaation jäykät tavat
Motivoimattomuus	Jäykät tavat	Omaiset
Aggressiivisuus	Potilaan ohittaminen	
Hoitokielteisyyys		

### 7.3.1 Potilaan tila

Potilaan tila voi estää hänen osallisuuttaan omaan hoitoonsa. Jos potilaalla on psykiatrinen sairaus ja jos hänen psyykinen vointinsa on huono, hänen ymmärryksensä omaa tilaansa kohtaan saattaa olla puutteellinen, hänellä ei välttämättä ole voimavaroja osallistua tai hän ei kykene ilmaisemaan mielipidettään. Myös sairaudentunnottomuus, motivoimattomuus, aggressiivisuus ja hoitokielteisyyys saattavat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa.

*”Potilaan huonovointisuus, ettei kykene ottamaan kantaa omaan hoitoonsa, tajuttomuus...”*

*”Djup depression, svåra psykoser.”*

*”Huono vointi, esim. psykoottisuus, päihderiippuvuus, huono motivaatio muutokseen.”*

*”Om patienten är så pass dålig i psykisk skick att denne inte kan ta ansvar för sin vård.”*

*”Potilaan vointi niin huono, ettei kykene, potilaalla ei ole todellisia voimavaroja osallistua.”*

*”Patienten har ingen sjukdomsinsikt, patienten är för sjuk helt enkelt.”*

*”Puutteellinen sairauden tunto, psykoottisuus, oppositio, agitaatio, aggressiivisuus, lääkekielteisyys.”*

*”Patienten eget negativa tänkande, dåligt mående, omotivation till vården.”*

*”Sairaus, välinpitämättömyys.”*

### **7.3.2 Hoitajan toimintatavat**

Hoitajat voivat omilla toimintatavoillaan estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Panttaamalla tietoa, aliarvioimalla potilasta, tekemällä puolesta ja ohittamalla potilaan hän vähentää potilaan vastuuta ja valtaa. Myös hoitajan jäykät toimintatavat voivat olla esteenä potilaan osallisuudelle.

*”Tiedon panttaaminen, huonot aikaisemmat kokemukset hoidosta, potilaan aliarvioiminen.”*

*”Potilaan ajatuksia, mielipiteitä ei oteta huomioon, tehdään päätöksiä kuuntelematta potilasta tai potilasta ei informoida riittävästi.”*

*”Ottamalla potilaalta pois oma määräämisoikeus ja tekemällä potilaan puolesta asioita.”*

*”Ei anneta mahdollisuutta.”*

*”(...) autetaan ja tehdään puolesta liikaa.”*

*” (...) hoitotahon jäykät tavat, vain nimellisesti potilas mukana hoidossa, tehdään päätöksiä puolesta eikä edes tehdä hoitosuunnitelmaa yhdessä.”*

### **7.3.3 Ympäristö**

Ympäristötekijöillä on potilaan tilan ja hoitajan toimintatapojen lisäksi vaikutusta potilaan osallisuuteen omaan hoitoonsa. Organisaation jäykät tavat ja passivoiva hoitokulttuuri voivat vähentää potilaan itsemääräämistä. Myös kulttuurierot vaikuttavat potilaan osallisuuteen, jos hän ei esimerkiksi ymmärrä hoidon tavoitteita. Omaisetkin voivat olla joskus esteenä osallisuudelle.

*”Ulkomaalaisten potilaiden kanssa huomioitava myös kielimuuri ja kulttuurierot.”*

*”Myös se, että hoitokulttuuri on se, että autetaan ja tehdään puolesta.”*

*”Myös joskus omaiset voivat olla esteenä.”*

*”Myös organisaation/hoitotahon jäykät tavat...”*

*”Om patienten är intagen mot sin vilja...”*

*”Tahdonvastainen hoito = pakkohoito.”*

## 8 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimustuloksia, tutkimuseettisiä kysymyksiä ja tutkimuksen luotettavuutta. Lisäksi esitellään johtopäätöksiä ja jatkotutkimusehdotuksia.

### 8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä psykiatrisen potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa, hoitohenkilökunnan toimia, jotka lisäävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa, sekä tekijöitä, jotka voivat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Tutkimuksessa saatiin vastaus näihin kaikkiin kohtiin.

Vastauksien perusteella voitiin määritellä kaksi yläluokkaa, jotka selittävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Toisen näkemyksen mukaan potilaan osallisuus omaan hoitoonsa tarkoittaa aktiivista vaikuttamista omaan hoitoonsa. Toisessa näkemyksessä potilas nähdään passiivisena osallistujana. Myös Laitila (2010) käsittää potilaan osallisuuden omaan hoitoonsa tapahtuvan kahdella eri tasolla. Ensimmäistä tapaa luonnehtii mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa. Toista osallisuuden tapaan luonnehtii puolestaan aktiivinen osallistuminen, jolloin asiakas käyttää mahdollisuuksia ja osallistuu hoidon aloittamista, suunnittelua ja jatkohoittoa koskevaan päätöksentekoon. (Laitila 2010, 139-140.) Laitilan (2010) teoria tukee siis määritelmää aktiivisesta vaikuttamisesta omaan hoitoon, jolloin potilas osallistuu aktiivisesti, suunnittelee omaa hoitoaan, tekee päätöksiä, toimii yhteistyössä, ottaa vastuuta, sitoutuu hoitoon ja antaa tietoa. Passiivisessa osallistumisessa omaan hoitoon korostui mukana olo, tiedon vastaanottaminen ja ohjeiden noudattaminen. Laitilan (2010) näkemyksiä voidaan osittain soveltaa myös tähän kohtaan, koska hänen mukaansa toista osallisuuden tasoa luonnehtii mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua. Potilas ei kuitenkaan aktiivisesti osallistu ja käytä tätä mahdollisuutta. (Laitila 2010, 139.)

Hoitohenkilökunnan toimet, jotka lisäävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa voitiin vastausten perusteella jakaa myös kahteen yläluokkaan, joita ovat potilasta

aktivoivat toimintatavat ja persoonallisten vahvuuksien hyödyntäminen. Kyselyyn vastanneet kokivat, että hoitajan avoimuus, rehellisyys, luotettavuus, helposti lähestyttävyyys ja positiiviset asenteet lisäävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Laitilan (2010) mukaan asiakaslähtöiset työtavat tukevat potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Asiakaslähtöisyyteen liittyy asiakkaiden yksilöllinen ja kokonaisvaltainen huomioiminen, välittäminen ja työn tekeminen persoonalla. (Laitila 2010, 141 & 144.) Rehellisyys ja luotettavuus ovat yksiä hoitotyön keskeisimpiä arvoja (Kuhanen ym. 2010, 57.) Laitilan (2010, 141) käsitystä siitä, että mielen-terveysasiakkaisiin kohdistuvilla asenteilla ja ennakkoluuloilla näyttäisi olevan vaikutusta osallisuuden toteutumiseen, tukee myös tutkimuksen tuloksia.

Potilasta aktivoivat toimintatavat lisäävät vastaajien mielestä myös potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Tällaisia potilasta aktivoivia toimintatapoja ovat rakentava vuorovaikutus, asianmukainen informointi ja voimaannuttavat työmenetelmät. Laitilan (2010, 143) mukaan asiakaslähtöinen yhteistyösuhde tukee osallisuutta. Tämä tukee tutkimustulosta siitä, että aktiivisella potilas-hoitajasuhteella olisi merkitystä potilaan osallisuutta lisäävänä tekijänä. Rakentava vuorovaikutus sisältää lisäksi säännöllisen keskustelun, kysymisen, kuuntelun, palautteen annon ja läsnäolon. Potilaiden tarpeiden mukainen, joustava ja potilasta kuunteleva vuorovaikutus on hyvän psykiatrisen hoitotyön lähtökohta. (Kilkku 2008, 130).

Asianmukaiseen informointiin sisältyy tiedon anto, vaihtoehtojen tarjoaminen, realisointi ja yhteinen kieli. Palomäen (2010) teoriaa tukee tätä näkemystä. Hänen mukaansa asiakas voi hyväksyä kriitikittömästi ammattilaisten tarjoamat vaihtoehdot, jos häntä ei tiedoteta tarpeeksi erilaisista vaihtoehdoista. Tämä voi johtaa osattomuuteen omassa hoidossa. (Palomäki 2010, 117.) Vain asianmukaisen tiedon avulla potilas voi antaa pätevän suostumuksen omaan hoitoonsa (Lönqvist & Lehtonen 2011, 16). Tavoitteiden asettaminen realistisiksi edesauttaa niiden saavuttamista (Laitila 2010, 144). Kyselyyn osallistuneiden mukaan myös voimaannuttavat työmenetelmät lisäävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Tällaisia työmenetelmiä ovat motivointi, aktivointi, tukeminen, kannustaminen, rohkaisu ja vastuun anto. Tätä näkemystä tukee Kujalan (2003, 142) ajatus siitä, että potilaan osallisuudelle omaan hoitoonsa olennaista on tuki itsehoidolle ja omalle selviyty-



miselle. Työntekijän asiakaslähtöisten toimintatapojen taustalla ovat aito kiinnostus asiakkaasta ja pyrkimys asiakkaan hyvään oman työn tavoitteiden kautta. Asiakaslähtöinen työskentely lisää asiakkaan motivaatiota, sitoutumista ja asiakastyytyväisyyttä. (Laitila 2010 139 & 144.) Työntekijän on oltava potilaan käytettävissä kuuntelijana ja taustatukena (Kokko 2004, 116).

Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää, mitkä tekijät voivat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Estävät tekijät jakautuivat vastausten perusteella kolmeen eri yläluokkaan. Nämä yläluokat ovat potilaan tila, hoitajan toimintatavat ja ympäristö. Psykkinen sairaus, huono psykkinen vointi ja motivoimattomuus voivat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Tätä tukee Laitilan (2010, 141) näkemys siitä, että osallisuuden mahdollisuuksiin ja käytännön toteutumiseen vaikuttavat asiakkaan fyysinen ja psykkinen tila, kyvyt, luonteenpiirteet sekä motivaatio olla osallisena. Tuloksista kävi ilmi, että myös sairaudentunnottomuus, aggressiivisuus ja hoitokielteisyys estävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Mielenterveyden häiriöihin liittyy toimintakyvyn menetystä, subjektiivista kärsimystä sekä elämänlaadun heikkenemistä (Joukamaa ym. 2011, 630).

Hoitaja voi myös omilla toimintatavoillaan estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Hoitajat voivat esimerkiksi kokea asiakkaan osallisuuden uhkaksi omalle autonomialleen ja ammattilaisen roolilleen (Truman & Raine 2002, 141). Tutkimustulosten perusteella hoitaja voi estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa panttaamalla tietoa, aliarvioimalla potilasta, tekemällä puolesta, jäykällä tavoilla ja ohittamalla potilaan. Itsemääräämisoikeus ja ihmisarvon kunnioitus ovat terveydenhuollon eettisiä periaatteita (ETENE 2001). Tiedon panttaamiselle, aliarvioimisella, puolesta tekemällä ja potilaan ohittamisella mitätöidään hänen itsemääräämisoikeuttaan. Hoitohenkilökunnan ammattitaidolla on merkitystä hyvän psykiatrisen hoitotyön toteutumiselle (Kokko 2004, 115). Hoitajan toimintatapojen merkitystä potilaan osallisuudelle tukee myös Laitilan (2010, 141) näkemys siitä, että työntekijöiden koulutuksella näyttäisi olevan vaikutusta osallisuuden toteutumiselle.

Kolmas ratkaisevasti potilaan osallisuutta estävä tekijä on ympäristö. Organisaation jäykät tavat ja passivoiva hoitokulttuuri voivat vähentää potilaan osallisuutta

omaan hoitoonsa. Laitilankin (2010) mukaan yhteiskunnalla, lainsäädännöllä ja mielenterveys- ja päihdetyön organisaatioiden toiminnalla on vaikutusta osallisuuden mahdollisuuksiin ja käytännön toteutumiseen. Organisaation säännöt, resurssit sekä esimiesten ja työyhteisön tuki vaikuttavat asiakaslähtöisyyteen ja sitä kautta osallisuuteen. Kyselyyn vastanneiden mukaan myös kulttuurierot ja omaisten toiminta voivat vähentää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa.

## **8.2 Tutkimuseettiset kysymykset**

Tutkimus toteutettiin yhteistyötahon toiveesta anonymisti eli tutkimuksesta ei selviä, missä organisaatiossa se on toteutettu. Myös tutkittavien anonymiteetti on turvattu koko tutkimuksen ajan. Kysely tehtiin nimettömänä, vastauksia säilytettiin asianmukaisesti vain tutkijan hallussa ja ne tuhottiin tutkimuksen valmistuttua oikeaoppisesti. Kyselylomakkeessa käsiteltiin potilaan osallisuutta, joten sen ei pitäisi vaikuttaa haitallisesti kyselyyn vastanneihin. Kyselyyn osallistuminen oli lisäksi täysin vapaaehtoista.

## **8.3 Tutkimuksen luotettavuus**

Tutkimukseen vastasi 21 henkilöä. Kaikki vastanneet täyttivät tutkimuksen kriteerit. Otos ei kuitenkaan ole kovin kattava, eivätkä tulokset tästä syystä ole laajasti yleistettävissä. Vastauksissa kuitenkin toistui samoja teemoja. Niiden pohjalta voitiin asettaa suuntaa-antavia johtopäätöksiä.

Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat ymmärtäneet kysymykset oikein, vaikka kysymykset olivat vain suomenkielellä. Niihin oli kuitenkin mahdollista vastata omalla äidinkielellä. Kaikki olivat myös vastanneet jokaiseen kohtaan. Jotkut olivat liittäneet vastauksiin kysymyksen kannalta epäolennaisia asioita, joita ei otettu mukaan tutkimukseen. Monet olivat vastanneet kysymyksiin laajasti ja selvästi panostaneet vastauksiin. Osa oli kuitenkin vastannut ainoastaan parilla sanalla ja vastauksista huomasi, ettei niihin ollut käytetty paljon aikaa. Sekä laajoissa että suppeissa vastauksissa oli yleistä vastausten luettelomaisuus, minkä vuoksi vastausten merkitykset saattoivat jäädä auki.

Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä oli kaikilla työkokemusta yli vuosi, osalla jopa yli 30 vuotta. Kukaan ei siis ollut juuri aloittanut työuraansa. Vastauksien voidaan siis olettaa olevan melko päteviä. Myös vastausten samankaltaisuus tukee niiden pätevyyttä. Tutkimuksen luotettavuutta parantaakseen tutkija on pyrkinyt kuvaamaan tarkasti tutkimuksen toteuttamista ja tulosten analysointia.

Vastauksiin ei ole voitu vaikuttaa jälkikäteen eikä tutkimukseen osallistuneille voitu esittää tarkentavia kysymyksiä. Tutkija näkee kuitenkin kyselyn soveltuneen haastattelua paremmin tähän tutkimukseen, koska kyselyllä saatiin kattavampi määrä vastauksia.

#### **8.4 Johtopäätökset**

Tutkimustulosten perusteella voi päätellä, että hoitohenkilökunnalla oli melko hyvin tiedossa, mitä potilaan osallisuus omaan hoitoonsa tarkoittaa. He olivat myös tuoneet monipuolisia näkökulmia osallisuutta lisäävistä ja vähentävistä tekijöistä. Vastauksista heijastui osallistujien kypsyys ja ammattitaito. Hoitohenkilökunnalla pitäisi siis olla taidot potilaan osallisuuden tukemiseen. Miksi osallisuuden käytännön toteutumisessa kuitenkin on puutteita? Ovatko nämä tiedot ja taidot paremmin hallussa ajatusten tasolla kuin käytännön hoitotyössä? Vallitsevalla hoitokulttuurilla ja organisaatioiden tavoilla saattaa olla vaikutusta asiaan. Osallisuus on kyllä odotettu arvo, mutta sitä ei välttämättä vielä ole omaksuttu osaksi hoitotyön arkipäivää.

Osallisuutta lisäävät ja estävät tekijät ovat melko helposti määriteltävissä. Niihin pystytään siis myös vaikuttamaan. Potilaan psyykinen sairaus ja huono psyykinen vointi ovat kuitenkin sellaisia tekijöitä, jotka muuttuvat mahdollisesti vasta pitkän ajan kuluessa. Hoitaja voi kuitenkin vaikuttaa potilaan motivaatioon ja myönteisyyteen suhteessa hoitoon. Hän voi myös rohkaista, kannustaa, aktivoida ja tukea potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa. Vastuun annolla on myös positiivista vaikutusta. Hoitaja voi hyödyntää hoitotyössä omia persoonallisia vahvuuksia. Persoonalliset ominaisuudet ovat melko pysyviä, mutta niihinkin on mahdollista vaikuttaa. Ne täytyisi ainakin tiedostaa. Varsinkin asenteita muuttamalla pystytään varmasti lisäämään potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Vuo-

rovaikutukseen panostaminen ja asianmukainen informointi ovat myös keinoja, joihin ajattelisi kaikilla olevan mahdollisuus vaikuttaa. Hoitotyöntekijä ei voi itse suuresti vaikuttaa ympäristötekijöihin, kuten kulttuurieroihin ja organisaation tapoihin. Hän voi kuitenkin toimia esimerkkinä ja täten motivoida muitakin huomiomaan potilaan osallisuus.

Tutkimuksessa ei noussut selviä eroja eri ikäryhmien, sukupuolten ja ammattikunnan edustajien välille. Myöskään työkokemuksella ei näyttänyt olevan merkitystä sille, miten osallisuus ymmärrettiin ja millaiset tekijät nähtiin vaikuttavan siihen. Tästä voidaan päätellä, että potilaan osallisuus omaan hoitoonsa on loppujen lopuksi melko yksinkertainen asia, eikä sen ymmärtäminen vaadi pitkää työkokemusta tai laajoja koulutuksia. Ehkäpä ihmiset vain täytyisi havahduttaa ajattelemaan asiaa enemmän.

## **8.5 Jatkotutkimusehdotukset**

Tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitohenkilökunnalla on melko hyvä käsitys potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Aiemman tutkimustiedon perusteella kuitenkin tiedetään, että sen käytännön toteutuminen on puutteellista. Mielenkiintoista olisikin tutkia juuri osallisuuden käytännön toteutumista. Hyvä tutkimusaihe voisi olla myös osallisuuden toteutuminen avohoidossa. Olisi hyödyllistä, jos potilaan osallisuuden lisäämisestä voitaisiin kehittää käytännöllisiä työmenetelmiä hoitohenkilökunnan käyttöön.

## LÄHTEET

- ETENE 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu. Viitattu 27.10.2013. [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf)
- Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja sen taustatekijöitä. Teoksessa Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö, 15-74. Toim. Kyngäs, H., Hentinen, M. & WSOY. 1. p. Helsinki. WSOY oppimateriaalit Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.
- Holopainen, A. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö – kykyä vastata muutosten tuomiin haasteisiin. Teoksessa Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa, 10-14. Toim. Välimäki, M., Holopainen, A., Jokinen, A. & Werner Söderström Osakeyhtiö. Juva. WS Bookwell Oy.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 1. p. Juva. WS Bookwell Oy.
- Jokinen, M. & Räsänen, K. 2000. Keskeiset mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa, 41-67. Toim. Välimäki, M., Holopainen, A., Jokinen, M. & Werner Söderström Oy. 1. p. Juva. WS bookwell Oy.
- Joukamaa, M., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Psykiatria, 630-640. Toim. Lönnqvist, J. Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Kassara, H. Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M.-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. 1. p. Helsinki. Werner Söderström Oy.
- Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaiden hoidossa – Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Kiviniemi, L., Läksy, M.-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U.-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyöntekijänä. 1. p. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä – Arvotoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. 1. p. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli – Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskuksiin. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Kujala, E. 1996. Osallisuus omaan hoitoonsa – hoitotyöpalvelujen käyttäjien kokemuksia perusterveydenhuollossa. Lisensiaatintutkimus. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. p. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.10.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 20.11.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä – Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B. & Ville, I. 2007. Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. Disability and Rehabilitation. Vol. 29, nro. 20-21, 1555-1565. Viitattu 15.10.2013. Artikkelit Academic Search -tietokannassa. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=22b77079-f73e-448f-90ed-1a68eab2f20e%40sessionmgr110&vid=2&hid=122>

Luhtasela, L. 2009. Osallisuuden rakentuminen kuntouttavassa työtoiminnassa. Lisensiaatintutkimus. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsingin yliopisto.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Psykiatria, 12-31. Toim. Lönnqvist, J. Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Lönnqvist, J., Moring, J., Pylkkänen, K. & Vuorilehto, M. 2011. Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa Psykiatria 752-765. Toim. Lönnqvist, J. Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Lönnqvist, J., Pylkkänen, K. & Moring, J. 2011. Hoitoon ohjaaminen. Teoksessa Psykiatria, 641-657. Toim. Lönnqvist, J. Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Mattila, L.-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista – Potilaan ja hoitajan vuorovaikustusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Oranen, M. 2007. Mitä mieltä!/? - Lasten osallisuus lastensuojelun kehittämisessä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Lastensuojelun kehittämisohjelman osahankeen

raportti. Viitattu 29.10.2013. [http://www.sosiaaliportti.fi/File/5a3129ac-bd59-46c7-b95f-379d04d1457c/Osallisuus-raportti%20O ranen.pdf](http://www.sosiaaliportti.fi/File/5a3129ac-bd59-46c7-b95f-379d04d1457c/Osallisuus-raportti%20O%20ranen.pdf)

Palomäki, S. 2012. Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa – Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta. Lisensiaatintutkimus. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

THL 2013 a. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2011. Tilastoraportti. Viitattu 20.11.2013. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104346/Tr04\\_13.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104346/Tr04_13.pdf?sequence=1)

THL 2013 b. Mitä osallisuus on? Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu. Viitattu 2.10.2013. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kasvunkumppanit-tyon/periaatteet/osallisuus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-tyon/periaatteet/osallisuus)

Thompson, A. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine* Vol 64, nro. 6, 1297–1310. Viitattu 29.10.2013. Tiivistelmä Pubmed-tietokannasta. Saatavilla www-muodossa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17174016>

Truman, C. & Raine, P. 2002. Experience and meaning of user involvement: some explorations from a community mental health project. *Health and Social Care in the Community*. Vol 10, nro. 3, 136-143. Viitattu 29.10.2013. Artikkelitietokannassa. Saatavilla www-muodossa: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f8316502-d1db-4bb7-b7c9-c930bf94287e%40sessionmgr114&vid=2&hid=119>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud. painos. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Sirviö, K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – Mukana olosta vastuunottoon: Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Väitöskirja. Hoitotieteenlaitos. Kuopion yliopisto.

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa – Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto.

Valkama, K. 2012. Asiakkuuden dilemma – Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Väitöskirja. Hallintotieteen laitos. Vaasan yliopisto.

Välimäki, M. 2000. Psykkiset oireet, diagnoosit ja tautiluokitukset. Teoksessa *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*, 31-40. Toim. Välimäki, M., Holopainen, A., Jokinen, A. & Werner Söderström Osakeyhtiö. Juva. WS Bookwell Oy.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrisen hoitotyön käytäntö – haasteita ja mahdollisuuksia. Teoksessa *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*,

182-188. Toim. Välimäki, M., Holopainen, A., Jokinen, A. & Werner Söderström  
Osakeyhtiö. Juva. WS Bookwell Oy.



## Saatekirje

Arvoisa hoitotyöntekijä,

Vaasa 7.11.2013

Olen sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötäni potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä psykiatrisen potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa, hoitohenkilökunnan toimia, jotka lisäävät potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa, sekä tekijöitä, jotka voivat estää potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Toivoisin, että voisitte jakaa kokemuksianne ja asiantuntevia näkemyksiänne potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa. Vastaamalla kyselyyn, saatte mahdollisuuden vaikuttaa hoitohenkilökunnan ammattitaitoon.

Tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeilla. Kyselylomakkeen alussa kysytään taustatietoja, joihin voitte vastata ympyröimällä oikean vaihtoehdon. Taustatietoja seuraa osuus, jossa voitte omin sanoin vastata kysymyksiin potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa. Kyselylomakkeen täyttö vie noin 5-10 minuuttia.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Kyselyyn vastataan anonymisti eli yksittäiset vastaajat eivät ole tunnistettavissa. Vastaukset säilytetään ainoastaan tutkijan hallussa ja tuhotaan asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Kyselylomakkeen voitte palauttaa ohessa olevaan laatikkoon \_\_\_\_\_ mennessä.

Vaivannäöstänne jo etukäteen kiittäen,

Tytti Tiainen

Vaasan ammattikorkeakoulu

Ohjaava opettaja:

Mirva Sundqvist-Kekäläinen

msk@vamk.fi

Puh. 040 011 3965



---

Millaisilla toimilla hoitaja voi lisätä potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa?

---

---

---

---

---

---

---

---

Millaiset tekijät voivat estää potilaan osallisuuden omaan hoitoonsa?

---

---

---

---

---

---

---

---

KIITOS VASTAUKSESTANNE!