



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen ja kokemukset - kirjallisuuskatsaus

Soila Kettunen

Paula Tarpila

2013 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen ja kokemukset - kirjallisuuskatsaus

Soila Kettunen
Paula Tarpila
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2013

Soila Kettunen ja Paula Tarpila

Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen ja kokemukset - kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2013 Sivumäärä 67

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää osallisuuden ilmenemistä mielenterveyshoitotyössä ja potilaiden osallisuuden kokemuksia. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda lisää tietoa osallisuuden merkityksestä potilaan hoidossa. Osallisuus näkyy konkreettisesti hoitotyössä potilaiden hoitotoiveiden kartoittamisena ja huomioimisena hoidon suunnitteluvaiheessa ja koko hoitoprosessin aikana. Potilaan huomioiminen hoidossa vaikuttaa myönteisesti potilaan koherenssein tunteeseen ja hoitoon ylipäänsä sekä voimaannuttaa potilasta. On merkittävää, että ihminen saa olla osallisena ja mukana asioiden käsittelyssä itselle merkittävässä asioissa ja yhteisöissä. Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Psykiatrian toimialan ja Mielen avain -hankkeen hoitotyön kehittämisen yhteistyöhanketta. Viisivuotisen (2011-2015) hankkeen tavoitteena on kehittää mielenterveyshoitotyön laatua näyttöön perustuvan, kehittämishankkeissa tapahtuvan oppimisen avulla yhteistoiminnallisesti edellä mainittujen tahojen kesken. Opinnäytetyö on osa Kellokosken sairaalan tulevaa kehityshanketta. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat, miten mielenterveyspotilaan osallisuus ilmenee ja miten mielenterveyspotilaat kokevat osallisuutensa. Kohderyhmänä olivat aikuiset mielenterveyspotilaat.

Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusaineisto koostui 13 tieteellisestä julkaisusta sisältäen pro gradu -tutkielmia, väitöskirjoja ja tieteellisiä artikkeleita. Aineisto haettiin kahdesta eri tietokannasta, Medic ja Cinahl (Ebsco), ja se analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia. Tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaan osallisuus on monitahoista toimintaa. Potilaan osallisuuden ja itsemääräämisen toteutuminen ovat merkittäviä tekijöitä onnistuneen hoitoprosessin saavuttamisessa. Potilaan osallisuuden kokemukseen vaikuttavat tiedon saanti, potilaan ja työntekijän yhteistyösuhde sekä eri ympäristötekijät. Työtoiminta, jäsentynyt mielekäs arki ja läheiset sosiaaliset suhteet tukevat potilaan hyvinvointia. Potilaat kohtaavat edelleen leimaamista, mikä vaikeuttaa yhteiskuntaan integroitumista ja vähentää osallisuuden kokemusta. Opinnäytetyö herättää ajatuksia hyvistä käytänteistä, joilla voi edistää potilaan osallisuuden kokemusta. Tulokset vastaavat siihen, kuinka Kellokoski voisi omalla toiminnallaan edistää potilaidensa osallisuuden kokemusta. Vaikka kyseessä on Kellokosken hanke, asia on puhututtanut myös muissa vastaavissa hoitoympäristöissä, joten mahdollisesti myös muut yksiköt voisivat hyödyntää tuloksia ja saada pohtimisen aihetta omille käytännöilleen soveltaen tuloksia oman yksikkönsä toimintaan.

Asiasanat: Osallisuus, psykiatrinen potilas, hoitotahto, hoitosuhde

Soila Kettunen and Paula Tarpila

The manifestation and experiences of the mental patient's participation - a literature review

Year	2013	Pages	67
------	------	-------	----

The purpose of the thesis was to find out how the participation appears in mental health care and what kind of experiences the patients have of the participation. The goal of the thesis was to provide more information about the meaning of the participation in patient care. Usually the participation appears in the nursing as mapping and paying attention to the patient's wishes through the care planning phase and the whole care process. Paying attention to the patient during the care affects the sense of coherence in patients. It has also positive effects on the care in general and it empowers the patient. It is significant that the patient can be involved in the processes of the care that are meaningful for him/her. This thesis is based on the co-operation project between Laurea University of Applied Sciences, the psychiatry division of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) and the Key to the Mind project. The purpose of the five-year (2011-2015) project is to develop the quality of mental health care through evidence-based learning in developing projects cooperatively with the parties mentioned above. The thesis is part of the forthcoming developing project of Kellokoski Hospital. The target group of the thesis was the adult psychiatric patients.

The study was a literature review. The data consisted on thirteen scientific publications including pro gradu theses, doctoral theses and scientific articles. The material was found by using two different databases, Medic and Cinahl (Ebsco), and it was analysed by using inductive content analysis. According to the results it can be stated that the participation of the patient is a multifaceted action. The fulfilment of the patient's participation and self-determination are significant factors in the successful nursing process. For example the access to the information, the cooperation relationship between the patient and the nurse and different environmental factors affect the experiences of the patient's participation. Work activities, structured and meaningful everyday activities and close social relationships support the wellbeing of the patient. The patients are still being labelled which complicates their integration to the society and reduces the feeling of being a part of the society. The results indicate that good practices could be used to promote the experience of the patient's participation. The results show also how Kellokoski Hospital could promote the experience participation among its patients through its own activities. Even though the project concerns only Kellokoski Hospital, the matter is discussed in other similar nursing environments. Thus the results of the thesis could benefit also other nursing environments.

Keywords: Participation, psychiatric patient, care will, care relation

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Potilaan asema ja oikeudet mielenterveyshoitotyössä	7
3	Potilaan itsemääräämisoikeus	8
4	Potilaan osallisuus mielenterveyshoitotyössä	10
	4.1 Osallisuuden haasteet	12
	4.2 Psykiatrinen hoitotahto	13
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	15
6	Opinnäytetyön toteutus	15
	6.1 Kirjallisuuskatsaus	15
	6.2 Tiedonhaun strategia	17
	6.3 Aineiston analyysi	19
7	Tulokset	20
	7.1 Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen	21
	7.1.1 Osallisuuden ilmeneminen mielenterveyshoitotyössä	22
	7.1.2 Työntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutus	25
	7.1.3 Mielekäs toiminta	27
	7.2 Mielenterveyspotilaan kokemus osallisuuden ilmenemisestä	30
	7.2.1 Potilaan vaikuttamisen mahdollisuus hoitoonsa	30
	7.2.2 Hoitosuhde	34
	7.2.3 Potilaan hyvinvointia tukevat ympäristöt	36
8	Tulosten tarkastelu	39
9	Pohdinta ja johtopäätökset	42
	9.1 Opinnäytetyön luotettavuus	43
	9.2 Opinnäytetyön eettisyys	45
	9.3 Opinnäytetyöprosessin arviointi	46
	9.4 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset	47
	Lähteet	50
	Kuviot	53
	Liitteet	54
	Liite 1. Tiedonhaun eteneminen	54
	Liite 2. Aineiston luokittelu	56
	Liite 3. Valitut aineistot	66

1 Johdanto

Potilaan osallisuus voi toteutua monin eri tavoin mielenterveys- ja päihdetyössä, mutta sen toteutumisessa on puutteita. Potilaiden valmiudet ovat hyvin erilaisia olla osallisina, joten niinpä tarvitaan monenlaisia osallisuuden mahdollisuuksia ja muotoja. Toisinaan on myös tilanteita, jolloin potilas on oikeutetusti hoidettavana ja työntekijällä on tällöin velvollisuus hoitaa ja tehdä ratkaisuja potilaan puolesta. Tavoitteena on kuitenkin aina potilaan mahdollisimman suuri osallisuus, itsemäärääminen ja voimaantuminen. Osallisuuden on ensisijaisesti toteuduttava henkilön omassa hoidossa ja kuntoutuksessa. (Laitila 2010: 184.)

Sosiaali- ja terveysministeriön MIELI 2009 -ohjelmassa painotetaan potilaan aseman vahvistamista, mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä edistävän sekä haittoja ja ongelmia ehkäisevän työn tehostamista, palvelujärjestelmän kehittämistä avo- ja peruspalvelupainotteisemmaksi ja mielenterveys- ja päihdeongelmat samalla huomioivammaksi. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma mukailee uuden terveydenhuoltolain linjauksia potilaan aseman vahvistamisesta, mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämisestä ja ongelmien varhaisesta ehkäisemisestä sekä avohoitopainotteisista peruspalveluista. Nämä tekijät mahdollistavat sosiaalisesti kestävä yhteiskunnan edelleen kehittämistä. (Moring, Martins, Partanen, Bergman, Nordling & Nevalainen 2011.)

Opinnäytetyön aihe, mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen ja kokemukset, on puhututtanut jo useita vuosia ja on aina ajankohtainen ja kehittämisen alla. Tutkimme, miten potilaan osallisuus ilmenee ja myös potilaan näkökulmaa, miten he sen kokevat. Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat, miten mielenterveyspotilaiden osallisuus ilmenee ja miten mielenterveyspotilaat kokevat osallisuutensa. Osallisuus näkyy konkreettisesti hoitotyössä potilaiden hoitotoiveiden kartoittamisena ja huomioimisena hoidon suunnitteluvaiheessa ja koko hoitoprosessin aikana. Potilaan huomioiminen hoidossa vaikuttaa potilaan koherenssin tunteeseen ja myönteisesti hoitoon ylipäänsä sekä voimaannuttaa potilasta. On merkittävää, että ihminen saa olla osallisena ja mukana asioiden käsittelyssä itselle merkittävässä asioissa ja yhteisöissä.

Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Psykiatrian toimialan ja Mielen avain -hankkeen hoitotyön kehittämisen yhteistyöhanketta. Viisivuotisen (2011-2015) hankkeen tavoitteena on kehittää mielenterveyshoitotyön laatua näyttöön perustuvan, kehittämishankkeissa tapahtuvan oppimisen avulla yhteistoiminnallisesti edellä mainittujen tahojen kesken. Opinnäytetyö on osa Kellokosken sairaalan tulevaa kehityshanketta. Kysymyksessä on vasta uusi sisäänajossa oleva toimintamalli psykiatrisesta hoitotahdosta, mitä ei ole vielä toteutettu mitenkään systemaattisesti.

2 Potilaan asema ja oikeudet mielenterveyshoitotyössä

Jokaisella pysyvästi Suomessa asuvalla henkilöllä on ilman syrjintää oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon terveydenhuollon resurssien puitteissa. Kunnan ja valtion velvollisuus on järjestää terveydenhuollon palveluita. Potilaan oikeus on saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2012.) Kunnan on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään laajuudeltaan ja sisällöltään sellaisiksi kuin kunnan alueella esiintyvä tarve edellyttää. Ensisijaisesti mielenterveyspalvelut on järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. (Mielenterveyslaki 2012.) Potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään on kunnioitettava. Potilaan hoidossa ja kohtelussa on otettava mahdollisuuksien mukaan huomioon hänen äidinkieltensä, yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2012.)

Mielenterveyshoitotyön yhteiskunnallisen osaamisen lähtökohtana on, että työntekijöiden on tunnettava kansainväliset ja kansalliset ohjeet ja suositukset, jotka ovat perustana mielenterveyshoitotyön kehittämiseksi. Tarkoituksena yhteiskunnallisessa osaamisessa on, että työntekijä tiedostaa yhteiskunnallisten tekijöiden heijastumisen erilaisiin mielenterveyshoitotyön toimiin. Yhteiskunnallisen vaikuttamisen ja tietoisuuden perustana on mielenterveys- ja päihdejärjestelmän sekä hoitoketjujen tunteminen. Mielenterveyshoitotyössä työntekijällä tulee olla eettistä osaamista siten, että hän toimii ammatinharjoittamista koskevan etiikan mukaisesti. Työnteossa noudatetaan potilaan oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä sekä toimitaan mielenterveyslain ja asetusten säätämällä tavalla. Työntekijä noudattaa Mielenterveys- ja päihdeohjelman 2009-2015 suosituksia ja mielenterveyspalvelujen laatusuosituksen päämääriä ja haasteita. Työntekijällä on oma arvoperusta ja hän huomioi potilaslähtöisen mielenterveyshoitotyön periaatteet. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010: 35, 54.)

Toteuttaessa terveyden- ja sairaanhoitoa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu tulee ilmetä suunnitelmasta. Suunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä tai hänen laillisen edustajansa kanssa. Potilaalle tulee antaa selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hänen hoitamisestaan päätettäessä. Selvitystä ei tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai jos on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveydenhuollon työntekijän on annettava selvitys niin, että potilas ymmärtää riittävästi sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2012.) Potilaan oikeuksissa on kysymys niin itsemääräämisen periaatteista kuin suojaamisen periaatteista. Yksilön suojaami-

sen ajatuksena on heikomman suojaaminen toisten taholta tulevia oikeudenloukkauksia vastaan. Yhtä tärkeää on turvata ihmisten päätösvalta itseä koskevissa asioissa niin kauan kuin he siihen kykenevät. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004: 30.)

Kyselytutkimuksessa kävi ilmi, että yksityisyyden toteutuminen sairaalassa koettiin heikkona ja itsemääräämisoikeus toteutui huonosti. Suurin osa haastatelluista ilmoitti voivansa osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Potilaan oikeuksista toteutui parhaiten inhimillinen kohtelu, ihmisarvon kunnioittaminen, turvallisuus ja työntekijöiden eettinen käyttäytyminen ja toiminta. (Syrjälä 2006: 96-97, 110-111.) Erään toisen kyselytutkimuksen mukaan itsemääräämisen suhteen parhaiten toteutui mahdollisuus tehdä omaa hoitoa koskevia päätöksiä ja ilmaista mielipiteitään. Vähiten toteutui potilaan mahdollisuus kieltäytyä hoitotilanteissa ja tiedonsaanti oikeus. (Välämäki 2004: 255.) Mielenterveyspotilaat arvostivat korkealle hoitollisia asioita, joiden avulla ja ansiosta oma ja mahdollisimman itsenäinen elämä sairaalan ulkopuolella mahdollistuisi. On merkittävää, että yhteisössä ylläpidetään pyrkimystä sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen ja kuunnellaan kaikkia ryhmiä ja osapuolia ja että pidetään kiinni ihmisarvosta, joka on kaikkien ihmisoikeuksien perusta. (Syrjälä 2006: 112.)

3 Potilaan itsemääräämisoikeus

Sosiaali- ja terveysalan keskeisempiä periaatteita on ihmisarvon ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen sekä potilaan itsemääräämisoikeus. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa ihmisen vapautta tehdä omaa elämäänsä koskevia päätöksiä. Tämä edellyttää ihmiseltä kykyä tehdä vastuullisia ja harkittuja päätöksiä. Eettisyys ammatillisessa toiminnassa on ensisijaisesti potilaan itsemääräämisoikeuden, tiedon saannin ja luottamuksellisuuden toteutumisen turvaaminen häntä ja hänen hyvinvointiaan koskevien päätösten yhteydessä. Päätöksiä tehtäessä perusteluna tulisi olla potilaan hyvän ja edun toteutuminen. (Vuori - Kemilä, Lindroos, Nevala & Virtanen 2005: 75, 77 - 78.)

Itsemääräämisoikeus on ihmisen vapautta tehdä päätöksiä, jotka liittyvät hänen kehoonsa, persoonaansa ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa. Ihmisellä on oikeus määrätä omaisuudestaan, perhe-elämästään, turvallisuudestaan ja koskemattomuudestaan. Itsemääräämisoikeus lisää ihmisen valtaa omaan elämäänsä. Itsemääräämisoikeuteen sisältyy potilaan oikeus määrätä häntä itseään koskevista asioista ja oikeus toimia haluamallaan tavalla. Potilaalla tulee olla oikeus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä hänen toivomuksensa on otettava huomioon. (Vuori - Kemilä ym. 2005: 76.)

Itsemääräämisoikeuteen liittyy myös tiedonsaantioikeus. Lain mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hänen hoitamisestaan päätettäessä. Kysymyksessä ovat tiedot hoidon laadusta, laajuudesta ja sellaisista vaikutuksista, joilla on merkitystä henkilön ratkaisunsa. (Pahlman 2003: 199.)

Tutkimuksen mukaan mielenterveyspotilaat kokivat hyötyvänsä sairauttaan koskevasta tiedosta. Heidän kokemuksensa mukaan tieto vaikuttaa myönteisesti läheisten suhtautumiseen heitä kohtaan. Mielenterveyspotilaiden mielestä tietoa tulee antaa sekä sairautta epäiltäessä että useita kertoja sen jälkeen kun sairaus on todettu. Potilaiden mielestä heille tulee kertoa sairauden luonteesta ja hoidosta, sairauden kulkuun vaikuttavista tekijöistä, ennusteesta, sosiaalisista oikeuksista ja sairauden vaikutuksesta jokapäiväisissä toiminnoissa selviytymiseen. (Hotti 2004: 4.)

Turun yliopiston toteuttamassa tutkimuksessa on selvitetty mitä mielenterveyspotilas haluaa tietää. Tutkimuksen tuloksien mukaan lääkärin ja potilaiden mielipiteet poikkesivat merkittävästi toisistaan. Lääkäreiden mielestä potilaalle ei tulisi kertoa hänen psyykkisestä sairaudestaan niin paljon kuin potilaiden mielestä. Pidättäytyvämmiin lääkärit suhtautuivat sairautta koskevan tiedon kertomiseen skitsofreniapotilaille kuin depressiopotilaille. Lääkärit ja potilaat olivat havainneet sekä skitsofrenia- että depressiopotilaiden hyötyvän sairauttaan koskevasta tiedosta. (Hotti 2004: 4.)

Itsemääräämisen ulottuvuus voi olla ongelmallinen. Hyväksyttävä ulottuvuus on se, että potilaan itsenäistä päätöksentekoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan, ellei se johda ristiriitaan elämän kunnioittamisen periaatteen kanssa. Itsemääräämisoikeuden loukkaus, eli interventio, voi olla oikeutettua tai oikeudetonta. Oikeutetulla interventiolla yksilön valinnat eivät ole järkeviä ja ne loukkaavat yksilön terveyttä tai jopa henkeä. (Pahlman 2003: 170-171.)

Mielenterveyshoitotyössä ilmenee runsaasti eettisiä ongelmia, mikä johtuu mielenterveysongelmiensa luonteesta. Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat ajatteluun ja edelleen päätöksentekokykyyn. Näissä tilanteissa tarvitaan lainsäädäntöä ja siihen liittyviä erityisohjeita ja suosituksia. (Kuhanen ym. 2010: 68-69.) Potilaan kieltäytyessä tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos potilas ei pysty päättämään hoidostaan mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi, on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan potilaan laillista edustajaa tai lähiomaista tai muuta läheistä sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. (Mielenterveyslaki 2012.) Peruslähdekohtana mielenterveyshoitotyössä on potilaan itsemääräämisoikeus ja vapaaehtoisuus sekä hänen toiveidensa ja mielipiteidensä

kunnioittaminen. Näiden periaatteiden mukaan ei kuitenkaan voida toimia silloin, kun potilas ei ymmärrä olevansa sairas ja kun hän on yhteistyökyvytön eikä hänellä ole realistista kuvaa ongelmiensa vaikeusasteesta ja hoidon tarpeestaan. Potilas voidaan toimittaa tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon tai sairaalaan tarkkailtavaksi psyykkisestilan arviointia varten tai pitää hänet hoidossa mielisairauden hoitoa varten. (Kuhanen ym. 2010: 69-70.)

Mielenterveyspotilaat eivät välttämättä tiedosta itsemääräämisoikeus käsitteen olemassaoloa sellaisenaan. Sen vuoksi he eivät myöskään osaa vaatia itsemääräämisoikeuden toteutumista. Aiheesta olisi hyvä puhua hoidon aikana enemmän, jotta potilaat olisivat paremmin tietoisia oikeuksistaan. Itsemääräämisoikeuteen liittyä potilaiden mielestä potilaan kunnioitava kohtelu, kuulluksi tuleminen ja mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Kunnioittavaan kohteluun potilaat mielsivät kuuluvaksi omaan sairauteen liittyvän tiedonsaannin, erilaisten hoitovaihtoehtojen esittämisen ja mahdollistamisen, oikeudenmukaisen rajoittamisen, ammatillisuuden ja ystävällisen käytöksen sekä kääntöpuolena torjutuksi tuleminen. (Suhonen 2007: 27-29.)

4 Potilaan osallisuus mielenterveyshoitotyössä

Potilaan osallisuutta on määritelty erilaisissa suunnitelmissa, strategioissa ja ohjelmissa. Valtakunnallinen mielenterveys ja päihdesuunnitelma -Mieli 2009 pyrkii potilaan aseman vahvistumiseen. Jotta potilaan asema vahvistuisi, on panostettava yhdenvertaisuuteen, matalan kynnyksen yhden oven periaatteeseen, kokemusasiantuntijoiden asemaan ja vertaistukeen, ulkopuolisen asiantuntija-arvion käyttöön ottoon, itsemääräämisoikeuden rajoituksia koskeviin säännöksiin ja toimeentuloturvaan. (Laitila 2011.)

Potilaan osallisuus on keskeinen tavoite mielenterveys- ja päihdetyössä. Osallisuus merkitsee tavoitteiden saavuttamista ja on myös päämäärä itsessään. Potilaiden mielipiteet tulisi huomioida palveluissa, sillä osallisuuden taustalla on nimenomaan ajatus palvelujen käyttäjien roolista asiakkaina, kuluttajina ja yhteistyötahoina. (Laitila 2010: 7.) Kansainväliset toimintasuunnitelmat painottavat potilaan osallisuuden tärkeyttä. Potilaiden on tunnettava voivansa osallistua elämäänsä koskeviin asioihin. (Daremo & Haglund 2008: 1.) Norjassa hallitus on linjannut potilaan osallisuuden tärkeäksi tavoitteeksi mielenterveyshoitotyössä. Samalla hallituksen dokumentit suosittelevat mielenterveyspotilaiden normalisointia ja saattamista sairaalasta yhteiskunnan aktiivisiksi toimijoiksi. (Oeye, Bjellandb, Skorpena & AnderssenbaStord 2009: 1.)

Osallisuus on tärkeää yksilöllisen ja yhteiskunnallisen eli sosiaalisen näkökulman sekä palvelujärjestelmän näkökulman kannalta. Yksilöllinen näkökulma tarkoittaa, että potilaalla on oikeus olla mukana häntä koskevassa päätöksenteossa. Osallisuuden kokemuksella on myös terapeuttilinen merkitys. Osallisuuden kokemuksen saavuttaminen voi vaikuttaa positiivisesti yksilön hallinnantunteeseen ja itsetuntoon. Sosiaalisesta näkökulmasta katsottuna osallisuus vähentää stigmatisoitumista ja tukee yhteiskuntaan integroitumista. Tällöin pystytään vähentämään mielenterveysongelmiin liittyvää syrjintää ja leimaamista. Palvelujärjestelmä näkökulmaan liittyy halu tuottaa laadukkaita palveluja, jolloin pystytään vastaamaan potilaiden tarpeisiin ja toiveisiin. Potilaat, heidän tarpeet, kyvyt ja motivaatio olla osallisena ja osallistua ovat erilaisia, joten tarvitaan myös erilaisia tapoja olla osallisina. Niinpä juuri potilaan oma motivaatio ja kyvyt olla osallisena ja osallistua ovat yhteydessä osallisuuden toteutumiseen. (Laitila & Pietilä 2011: 27, 29.)

Osallisuudessa on kyse potilaan valtaistumisesta (empowerment) ja potilaan äänen kuulumisesta. Tärkeänä pidetään yhtäläisiä mahdollisuuksia ja kansalaisoikeuksien toteutumista. (Laitila 2011: 28.) Nigel Thomas on määrittänyt kuusi osallisuuden ulottuvuutta: mahdollisuus valita, mahdollisuus saada tietoa, mahdollisuus vaikuttaa prosessiin, mahdollisuus ilmaista itseään, mahdollisuus saada apua ja tukea itsensä ilmaisemiseen ja mahdollisuus itsenäisiin päätöksiin. Näiden ulottuvuuksien suhteet vaihtelevat ja niinpä ihmisen kokemus osallisuudesta muokkautuu. (Hotari, Oranen & Pösö 2009: 121-122.)

Omiin asioihin vaikuttamisen mahdollisuus on tiiviisti yhteydessä osallisuuteen. Vaikuttaminen ei toteudu ellei pääse mukaan asioiden käsittelyyn tai saa tarvittavaa tietoa (Oranen 2009). Osallisuudessa on kyse vastavuoroisesta toiminnasta, jossa kaikki jäsenet tulee ottaa huomioon ja myös jäsenten pitää aktiivisesti tulla mukaan yhteiseen toimintaan (Oranen 2007: 5). Osallisuus konkretisoituu nimenomaan osallistumisen, toiminnan kautta (Oranen 2009). Osallisuus voidaan nähdä myös yhteisöön liittymisenä, yhteisöön kuulumisena ja siihen vaikuttamisena (Hotari ym. 2009: 117).

Osallisuuden kokemukseen liittyvät riittävä tuki, yhteinen päätöksenteko, potilaan valinnan mahdollisuus ja potilaan mielipiteiden arvostaminen. Hoidon suunnittelussa potilaan osallisuus tarkoittaa hoidon suunnittelua potilaan tarpeiden pohjalta, potilaan mielipiteiden arvostamista ja riittävän tiedon antamista potilaalle päätöksen teon perustaksi. Kujala (2003) on määrittellyt potilaan osallisuuden ja potilaslähtöisyyden rinnakkaiskäsitteiksi. Potilaan osallisuus kuvaa kokemusulottuvuutta ja potilaslähtöisyys puolestaan hoidon tai palvelun tavoiteulottuvuutta. (Laitila 2010: 9.)

Potilaan osallisuutta pitäisi tukea potilaslähtöisillä rakenteilla ja toiminnalla. Tärkeää on kiinnittää huomiota riittävään resursointiin, potilaslähtöisen toiminnan mahdollistavaan johtamiskulttuuriin ja työntekijöiden asenteisiin. Työntekijöiden asenteet vaikuttavat potilaiden osallisuuden toteutumiseen. Potilaat arvostavat työntekijöiden osaamista ja ammattitaitoa, ja potilaan osallisuutta tukeva ja potilaslähtöinen toiminta tarkoittaa nimenomaan uudenaista jaettava asiantuntijuutta. (Laitila 2010: 185.)

Osallisuuden yhteydessä käytetään paljon käsitettä ”osallistaminen”. Sillä tarkoitetaan, että työntekijä suuntaa kohderyhmään sellaisia toimenpiteitä, joilla heidät yritetään saada osalliseksi. Osallistaminen sana kuulostaa autoritaariselta. Siinä kohde asemoituu ensisijaisesti toimenpiteiden passiiviseksi kohteeksi eikä vapaasta tahdostaan toimivaksi aktiiviseksi subjektiksi. Tämän sijaan voisi käyttää ilmaisua ”osallisuuden mahdollistaminen” tai ”osallisuuteen kutsuminen”. Osallistuminen voi olla alku syvemmälle osallisuudelle. Osallistuja voi olla mukana toiminnassa, joka on valmiiksi suunniteltu ja organisoitu, mutta hän ei välttämättä ole ollut itse vaikuttamassa sen sisältöön ja toteutukseen. Syvimmässä merkityksessään osallisuudella tarkoitetaan, että ihmiset tulevat kuulluiksi ja voivat vaikuttaa heitä koskeviin asioihin osallistumalla yhteisössään asioiden suunnitteluun ja päätöksentekoon sekä ottamalla vastuuta asioiden toteutuksesta. Yksilöillä pitäisi olla mahdollisuus vaikuttaa toimintaan ja toimintaympäristöihin. Vaikuttamismahdollisuus johtaa puolestaan vahvempaan sitoutumiseen. (Hujala & Turja 2012: 46-47.)

4.1 Osallisuuden haasteet

Käytännön toiminnan ja osallisuutta korostavien ohjelmien, strategioiden ja teorioiden välillä vallitsee epätasapaino. Mielenveyspotilaita ei pidetä täysivaltaisina jäseninä yhteiskunnassamme. Terveystila on huono ja tahdosta riippumaton hoitoa käytetään Suomessa kansainvälisesti tarkasteltuna paljon. Mielenveysapotilaat eivät myöskään aina tunne etuksiään, palveluitaan ja tukitoimiaan. Potilaat kokevat toisinaan, etteivät saa riittävästi apua ja heitä kohdellaan myös huonosti. Odotukset potilaita kohtaan ovat myös ristiriitaisia. Osallisuudessa on puutteita hoito- ja kuntoutussuunnitelmien laadinnassa eikä palvelujakaan kehitetä tarpeeksi. (Laitila 2011.)

Potilaan osallisuutta ja potilaslähtöistä toimintatapaa tulee kehittää yhteistyössä palveluiden käyttäjien, työntekijöiden, oppilaitosten, päättäjien ja muiden toimijoiden kanssa. Ellei palvelujen käyttäjiä oteta mukaan tähän yhteistyöhön, aitoa muutosta ja potilaiden voimaantumista ei tule tapahtumaan. Jotta osallisuus voisi toteutua myös mielenveyshoitotyön kehittämisessä ja palveluiden järjestämisessä, on myös pohdittava valtakunnallista ohjeistusta kokemusasiantuntijoiden hyödyntämisestä mielenveyspalveluissa ja työntekijöiden koulutuksessa. Hoitotyöstä puuttuu mekanismeja, joiden avulla aito osallistuminen olisi mahdollista.

(Laitila 2010: 185.) Työntekijöiden tietoa tulee lisätä potilaan osallisuuden merkityksen vaikutuksesta hoitoon ja potilaan koherenssin tunteeseen (Hansen, Hatling, Lidal & Ruud 2004: 296).

Huomiota tulee kiinnittää myös osallisuuden toteutumiseen pakkoa tai velvollisuutta sisältävissä tilanteissa. Tahdosta riippumaton hoito ei estä osallisuutta eikä hyvää, potilaslähtöistä kohtelua. Pakon käytölle kuin myös erilaisille säännöksille ja määräyksille on oltava riittävät ja selkeät perusteet, jotka tulee käydä yhdessä läpi potilaan kanssa. Potilaan on saatava riittävästi tietoa hoidon jokaisessa vaiheessa. Mielenterveys- ja päihdetyön potilaan vaikutusmahdollisuudet ovat tällä hetkellä edelleen heikot. Jotta potilaat voisivat olla osallisina, tarvitsevat he tietoa erilaisista vaihtoehdoista ja oikeuksistaan. Tieto annetaan sellaisessa muodossa, että potilas sen ymmärtää. (Laitila 2010: 185-186.)

Jim Walsh ja Joan Boyle ovat tutkineet millaisia selviytymisstrategioita mielenterveyspotilaila on ja kuinka sairaalapalvelut tukevat yksilöllistä toipumisprosessia. Tutkimuksessa ilmeni, että mielenterveyspotilaiden päällimmäisinä huolenaiheina olivat tiedon saaminen, viestintä, ihmissuhteet, aktiviteetit, omahoito, potilaan osallistuminen oman hoidonsa suunnitteluun ja fyysiset ympäristötekijät. Tutkimuksen tarkoituksena oli ymmärtää mielenterveyspalveluiden käyttäjien tarpeita. Potilaiden osallisuutta käsitteleviä tutkimuksia on tehty hyvin vähän. Tutkimustuloksissa nousi päätteemoina omahoito ja työntekijöiden ja potilaiden väliset suhteet ja roolit. (Walsh & Boyle 2009: 31.)

Haasteena on palvelujen käyttäjien osallistumisen lisääminen ja heidän oikeuksiensa tukeminen sekä leimautumisen vastustaminen (Lemola 2008: 3). Ihmisen toiminnan muuttaminen edellyttää sitä, että ihminen ei vain mukaudu ympäristön paineisiin vaan hänen on koettava asia itselleen henkilökohtaisesti tärkeäksi. Ryanin ja Decin itsemääräämisteorian mukaan sisäinen motivaatio viittaa tällaiseen henkilökohtaiseen kiinnostukseen erotukseksi pakon, rangaistusten ja palkintojen avulla ylläpidetystä ulkoisesta motivaatiosta. Sisäinen motivaatio tuottaa pidempiaikaisia ja subjektiivisesti tyydyttävämpiä muutoksia kuin ulkoinen. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008: 21.)

4.2 Psykiatrinen hoitotahto

Tervein mielin Lapin osahanke Pohjois-Suomessa ja Lapin sairaanhoitopiiri ovat noin kahden vuoden ajan kehittäneet psykiatrista hoitotahtoa yhteistyössä moniammatillisen työryhmän kanssa. Kehittämistyöhön on osallistunut myös Vantaan Mielen avain - hanke. Valmistelutyössä on otettu huomioon Yhdysvaltalaisen Bazelon Center of Mental Health Law - keskuksen laatima ”Psychiatric advance directive” lomakkeisto sekä muistiliiton laatima yleinen hoitotahto. Psykiatrinen hoitotahto on uusi asia ja se on kehitetty vahvistamaan potilaan itsemääräämis-

oikeutta tilanteissa, joissa itse on kykenemätön tekemään päätöksiä. (Lapin sairaanhoitopiiri 2011: 2.)

Psykiatrisessa hoitotahdossa potilas tuo esille hoitoa koskevia toiveitaan tulevaisuuden varalle. Etukäteen kartoitetut toiveet ovat tärkeitä tilanteessa, jossa potilas ei itse kykene päättämään hoidostaan. Psykiatrisen hoitotahdon kautta työntekijä saa tietoa potilaan elämänarvoista ja pystyy noudattamaan niitä paremmin hoidossa. Psykiatrisen hoitotahdon vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta, koska terveydenhuollon työntekijöiden tehtävänä on kunnioittaa potilaan tahdonilmaisuja. Terveydenhuollon työntekijöiden on huomioitava psykiatrisen hoitotahdon aina kun se on mahdollista. Lain mukaan viimekädessä lääkäri kuitenkin päättää mikä on potilaan edunmukainen hyvä hoito. (Lapin sairaanhoitopiiri 2011: 3.)

Pätevän psykiatrisen hoitotahdon tekeminen edellyttää, että sen tekijä ymmärtää riittävästi hoitotahdon merkityksen ja sisällön. Tämän vuoksi hoitotahdon on hyvä laatia mahdollisimman terveenä. (Lapin sairaanhoitopiiri 2011: 3.) Pitkäaikaisista psyykkisistä häiriöistä kärsivien potilaiden kanssa sairauden rauhallisessa vaiheessa sovitaan ja kirjataan rauhallisesti edeten, miten menetellään, jos potilas oireiden vaikeuduttua käyttäytyy väkivaltaisesti tai itsetuhoisesti eikä pysty ilmaisemaan miten toivoisi itseään hoidettavan. Potilaan hoidon suunnittelussa ja sopimusten teoissa ovat osallisena potilaan lisäksi keskeiset ammattiryhmät. (Kontio, Laaksonen, Paavilainen, Sailas, Soininen & Syvänen 2010: 3, 7.)

Kellokosken sairaalan julkaisussa psykiatrisen hoitotahdon avulla huomioidaan potilaan tahto rajoittamiseen ja tahdonvastaisiin hoitotoimenpiteisiin liittyen. Tänä päivänä mielenterveys-hoitotyössä tarkoituksena on toteuttaa yksilöllistä hoidon suunnittelua potilaan kanssa. Itsetuhoisesti ja väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan hoitosuunnitelmasta tulee ilmetä hänelle sopivat menetelmät ehkäistä ja hoitaa vaarallista käyttäytymistä. Hoitosuunnitelmassa on tultava ilmi potilaan hoidon kannalta keskeiset suunnitelmat, sopimukset, aikataulut ja hoitomenetelmät. Se kattaa koko hoidon ja on konkreettinen. Asianmukainen ja rehellinen tiedonsaanti ja riittävä mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua hoitoonsa sitouttavat paremmin potilaan hoitoonsa ja myös rajoittavat toimenpiteet hyväksytään paremmin. Yhtenäiset käytännöt ja säännöt hoitotyön toteuttamisessa yksilöllisesti sovellettuna lisäävät turvallisuutta ja vähentävät väkivaltariskiä. (Kontio ym. 2010: 7-8.)

Eristämisen ja sitomisen käytön vähentäminen, vaihtoehtoisten menetelmien tarjoaminen sekä potilaan osallisuuden lisääminen hoidossaan on korostunut Euroopassa ja Suomessakin lainsäädännössä sekä EU:n ja WHO:n kansallisissa suosituksissa. Potilaiden sitomis- ja eristämiskokemukset ovat yleensä kielteisiä. Potilaat ovat kokeneet ahdistuneisuutta, pelkoa ja yksinäisyyttä. Myös työntekijät kokevat potilaan eristämisen ja sitomisen ahdistavana ja eettisesti ristiriitaisena. Tutkimuksessa potilaat, lääkärit ja hoitajat esittivät vaihtoehtoja sitomi-

selle: työntekijän läsnäolo potilaan vierellä, inhimillinen vuorovaikutus, mielekkään päiväohjelman ja aktiviteetin järjestäminen osastolla kuin sen ulkopuolella, tarkoituksenmukainen lääkehoito sekä viihtyisä ja turvallinen ympäristö, kuten yhden hengen potilashuoneet. (Kontio ym. 2011: 4.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää osallisuuden ilmenemistä mielenterveyshoitotyössä ja potilaiden osallisuuden kokemuksia. Oletuksena oli, että potilaan osallisuuden lisääntyminen vaikuttaa positiivisesti hänen hoitoonsa. Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Psykiatrian toimialan ja Mielen avain -hankkeen hoitotyön kehittämisen yhteistyöhanketta. Opinnäytetyö on osa tulevaa Kellokosken hanketta, jossa kartoitetaan potilaan hoitotoiveita. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda lisää tietoa osallisuuden merkityksestä potilaan hoidossa. Opinnäytetyössä on kaksi tutkimuskysymystä. Ensimmäinen tutkimuskysymys on miten mielenterveyspotilaiden osallisuus ilmenee. Toinen tutkimuskysymys on miten mielenterveyspotilaat kokevat osallisuutensa.

6 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö on tutkimuksellinen opinnäytetyö, joka toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyö ei varsinaisesti ole systemaattinen kirjallisuuskatsaus, mutta mukailee sen vaiheita ja ohjeita. Aineistoksi valittiin 13 tieteellistä julkaisua kahdesta eri tietokannasta sisältäen pro gradu tutkielmia, väitöskirjoja ja tieteellisiä artikkeleja. Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia.

6.1 Kirjallisuuskatsaus

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollisuus löytää tutkimustuloksia, jotka ovat korkealaatuisesti tutkittuja. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus tarkasti rajatuista ja valikoiduista tutkimuksista. Katsaukseen otetaan vain relevantteja ja tarkoitusta vastaavat korkealaatuiset tutkimukset. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007: 4-5.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus etenee vaihe vaiheelta, ja vaiheet voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: katsauksen suunnittelu, katsauksen tekeminen hakuineen ja analysointeineen ja synteeseineen sekä raportointi. Suunnitteluvaiheessa kartoitetaan aiempaa tutkimusta aiheesta, määritellään katsauksen tarve ja tehdään suunnitelma. Tutkimussuunnitelmassa täytyy olla selkeät tutkimuskysymykset, joita on yleensä yhdestä kolmeen. Mikäli ei saada vastauksia tutkimuskysymyksiin, voidaan tämä tulkita tulokseksi tutkimuksen riittämättömyydestä

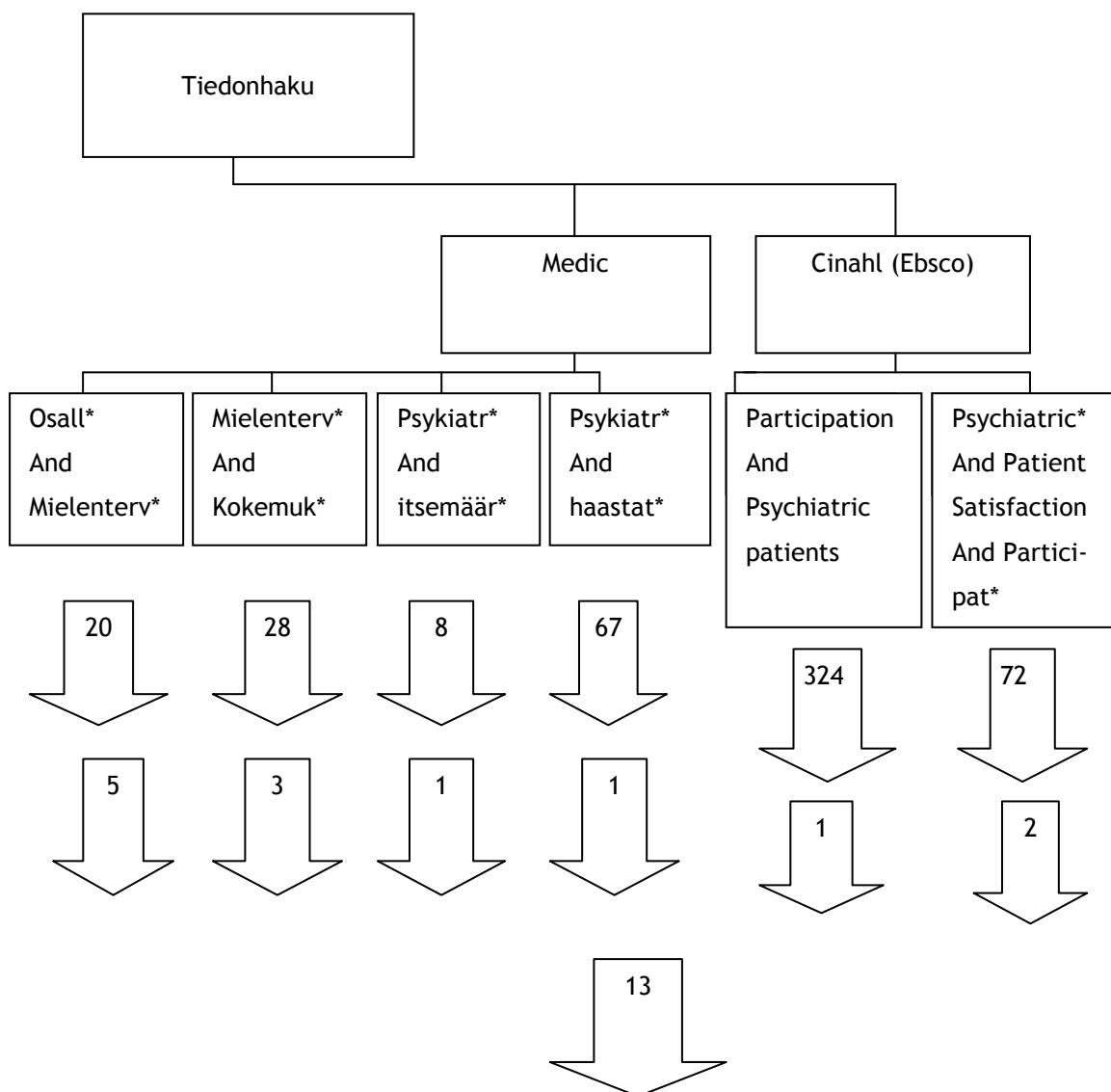
tietyltä alueelta ja on siten tärkeä tulos, vaikka ei tuotakaan systemaattista katsausta. Kun tutkimuskysymykset on tehty, pohditaan ja valitaan menetelmät katsauksen tekoon. Menetelmät sisältävät hakutermien pohtimisen ja valinnan sekä tietokantojen valinnat. Jotta saataisiin kattavasti tietoa, tietokantahaun lisäksi on hyvä tehdä myös manuaalista tiedon hakua. Tutkimusten valinnassa on oltava tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka kohdistuvat joko tutkimuksen kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin tai tutkimusasetelmaan. Tutkimusten laadun arviointi on tärkeä osa systemaattista kirjallisuuskatsausta. (Johansson ym. 2007: 5-6.)

Toisessa vaiheessa edetään tutkimussuunnitelman mukaan hankkimalla ja valikoimalla mukaan otettavat tutkimukset, jotka analysoidaan sisällöllisesti tutkimuskysymysten mukaisesti. Tutkimukset analysoidaan laadukkuuden mukaan ja syntetisoidaan tutkimuksen tulokset yhdessä. Katsauksen onnistumisen ja tuloksien relevanttiuden osoittamisen vuoksi on tärkeää kirjata kaikista vaiheista. Katsauksen viimeisessä vaiheessa on tarkoitus raportoida tulokset, tehdä johtopäätökset ja mahdolliset suositukset. (Johansson ym. 2007: 5-7.)

Kirjallisuuskatsaus painottuu tutkimuskysymysten kannalta olennaisiin julkaisuihin. Tekemällä kirjallisuuskatsaus saadaan selville, mistä näkökulmista ja miten asiaa on aiemmin tutkittu ja miten suunnitteilla oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen kartuttaa asiasisällön lisäksi menetelmätietoa. Tehdessä muistiinpanoja tutkimuksista, on hyvä kiinnittää huomio tutkimusotteeseen, tutkimusasetelmiin ja -menetelmiin, tulosten analyysiin, päätuloksiin ja päätelmiin, jolloin pystytään kirjallisuuskatsauksessa osoittamaan, miltä osin aiempi tutkimustieto on sekä menetelmällisesti että sisällöllisesti merkityksellinen tutkimustehtävän kannalta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004: 111-112.)

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen on pitkä prosessi. Sitä tehdessä on luettava ja ajateltava sekä arvioitava kriittisesti toisiinsa suhteuttaen erilaisia näkökulmia, tutkimusasetelmia ja -tuloksia. Lisäksi tekijä pyrkii osoittamaan tutkimuksissa havaitsemansa näkemyserot, ristiriitaisuudet ja puutteet. Aihealue on tunnettava hyvin, jotta katsaukseen tulisi vain asianmukainen, suoraan tutkimusaiheeseen liittyvä kirjallisuus. (Hirsjärvi ym. 2004: 112.)

6.2 Tiedonhaun strategia



Kuvio 1: Tiedonhaku

Aineistoksi kerättiin 13 tieteellistä tutkimusta/artikkelia kahdesta eri tietokannasta: Medic ja Cinahl (Ebsco). Lähteiden sisäänottokriteereinä olivat tieteelliset artikkelit, väitöskirjat, pro gradu -tutkielmat ja hoitotyön suositukset. Aineistoksi hyväksyttiin enintään kymmenen vuotta vanhoja tutkimuksia (2002-2012) ja kohderyhmänä olivat aikuiset mielenterveyspotilaat. Poissulkukriteerit olivat yli 10 vuotta vanhat tutkimukset ja alle 18-vuotiaisiin kohdistuneet tutkimukset. Mielenterveyspotilaiden osallisuudesta ei ole juuri tutkimustietoa, joten valituksa aineistossa käsiteltiin osallisuutta erilaisissa yhteyksissä, mistä poimittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Alun perin tarkoituksena oli ottaa aineistoa myös Psycinfo (Ovid) tietokannasta. Hakuja tehtiin useaan kertaan eri sanapareilla ja niiden yhdistelmillä. Lopullinen hakusanapari oli *participat* and psychiatr**. Aluksi molemmilla sanoilla tehtiin omat haut: *participat** 13519 tulosta ja *psychiatr** 60060 tulosta. Haut yhdistettiin *and:* illä ja hakutulos pieneni 142:een. Näistä tuloksista käytiin läpi otsikot, joiden perusteella valittiin 40 julkaisua tarkemmin tutkittavaksi. Näistä 40 tutkimuksesta/artikkelista luettiin tiivistelmät. Myöhemmin käytiin tarkemmin läpi Psycinfosta saatua materiaalia, mikä osoittautui liian haastavaksi käännettäväksi meille, joten tämä materiaali päädyttiin jättämään kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle. Tulokset eivät olisi tällöin olleet tarpeeksi luotettavia. Tämä oli tosin vaikea ratkaisu, koska aineiston hakuun käytettiin paljon aikaa. Jälkeenpäin voi todeta, että aineistoksi olisi saatu ymmärrettävämpää materiaalia, jos hakusanapareja olisi tarkennettu enemmän.

Kansainvälistä tutkimusaineistoa lähdettiin hakemaan Cinahl (Ebsco) tietokannasta. Koehakuja tehtiin varsin paljon erilaisilla sanapareilla. Samoja tuloksia löytyi erilaisilla hakusanapareilla. Lopulta valittiin kolme artikkelia työhön. Ensimmäinen hakusanapari oli *participation and psychiatric patients*, jolla saatiin 324 tulosta. Näistä tarkasteltiin ensimmäiset 50 tulosta lukien läpi otsikot. Otsikoiden perusteella valittiin lähemmin tutkittavaksi 14 artikkelia, joista käytiin läpi tiivistelmät. Tiivistelmien perusteella valittiin seitsemän artikkelia kokonaan luettavaksi ja aineistoksi valikoitui näistä yksi artikkeli. Toinen hakusanapari oli *psychiatric* and patient satisfaction and participat**, jolla saatiin 72 tulosta. Näistä kaikista osumista tarkasteltiin otsikot, joista valittiin lähemmin tarkasteltavaksi 29 artikkelia käyden näistäkin läpi tiivistelmät. Tiivistelmien perusteella valittiin kymmenen artikkelia kokonaan luettavaksi, joista valikoitui lopulta kaksi artikkelia aineistoon mukaan.

Medic -tietokannan haussa käytettiin neljää erilaista sanaparia: *osall* and mieleninterv**, *mieleninterv* and kokemuk**, *psykiatr* and itsemäär** sekä *psykiatr* and haastat**. Sanaparilla *osall* and mieleninterv** valittiin julkaisutyypeistä *gradu*, *väitöskirja*, *alkuperäistutkimus* ja *hoitosuositus*. Valittuna olivat kaikki kielet. Haku tuotti 20 osumaa, joista luettiin otsikot, joiden perusteella valittiin tarkempaan tarkasteluun kymmenen osumaa. Kymmenestä osumasta tiivistelmän perusteella valittiin kokonaan luettavaksi seitsemän osumaa ja lopulta työhön valikoitui näistä viisi osumaa. Lopuilla kolmella sanaparilla hakuehdot pysyivät muuten samana, paitsi julkaisutyypeiksi valittiin kohdan kaikki julkaisutyyppit. Sanapari *psykiatr* and itsemäär** tuotti kahdeksan osumaa, joista otsikon perusteella otettiin seitsemän osumaa tarkempaan tarkasteluun. Tiivistelmien perusteella valittiin kolme osumaa kokonaan luettavaksi, ja työhön valikoitui mukaan yksi osuma. *Psykiatr* and haastat** tuotti 67 osumaa, joista otsikon perusteella otettiin 14 tarkempaan tarkasteluun. Näistä luettiin myös tiivistelmät, joiden perusteella kokonaan luettavaksi valikoitui kolme, joista yksi päätyi aineistoon mukaan. *Mieleninterv* and kokemuk** sanaparilla tuli puolestaan 28 osumaa, joista valittiin otsikon perusteella

tarkempaan tarkasteluun kuusi osumaa. Tiivistelmän perusteella näistä valittiin kolme kokonaan luettavaksi ja työhön otettiin kaikki kolme osumaa.

6.3 Aineiston analyysi

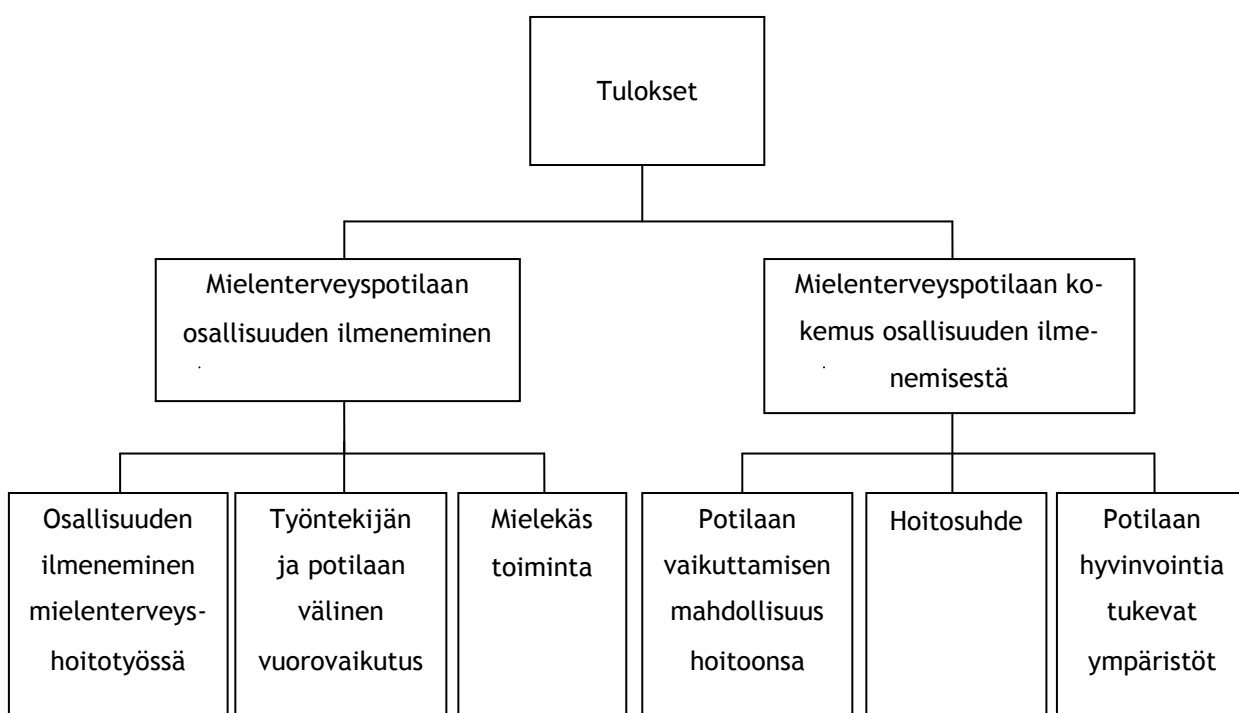
Aineisto analysoitiin käyttäen tyypillistä kvalitatiivisen eli laadullisen aineiston analyysimenetelmää, sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on joko aineistolähtöistä (induktiivista) tai teorialähtöistä (deduktiivista). Sisällönanalyysin avulla aineisto saadaan tiivistettyä, jolloin tutkittavia ilmiöitä kuvataan yleistävästi ja kyetään esittämään tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet. Sisällön analyysi prosessi sisältää seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Tavoitteena on ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 133-135.)

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä analyysimenetelmässä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aiemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysia. Analyysiyksikkönä on usein yksittäinen sana tai lause. Tutkimustehtävä ja aineiston laatu ohjaavat analyysiyksikön määrittämistä. Aineiston analyysi jaetaan kolmeen vaiheeseen: pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. (Kankkunen ym. 2009: 135.) Opinnäytetyön analyysiyksikkö on vuorovaikutus. Pelkistämisen tarkoituksena on jättää kaikki epäolennainen tieto pois tutkimuksen kannalta ja etsiä sen sijaan tutkimuksen kannalta oleellista tietoa. Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä käydään läpi lyhyet pelkistetyt ilmaisut, joista etsitään eroavaisuuksia tai samankaltaisuuksia tai sekä että. Samantapaiset ilmaisut ryhmitellään ja muodostetaan omaksi luokaksi ja nimetään luokan sisältöä kuvaava yläkäsite. Aineiston abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto, jonka perusteella muodostetaan teoreettinen käsitteistö. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se aineiston näkökulmasta on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 109-111.)

Aineisto käytiin huolellisesti läpi ja se jaettiin tasapuolisesti, minkä jälkeen molemmat syvenyivät aineistoon. Aineistosta tehtiin muistiinpanoja ja muistiinpanojen pohjalta keskusteltiin alustavasti, millaisia teemoja aineistosta nousi esille. Tämän jälkeen aineisto litteroitiin, jonka jälkeen se luettiin useaan kertaan huolellisesti läpi. Aineistolle esitettiin tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä, joihin lähdettiin etsimään vastauksia. Tämän jälkeen aineistosta muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja, jotka listattiin. Pelkistetyistä ilmaisuista haettiin samanlaisuuksia ja eroavaisuuksia. Aineisto ryhmiteltiin siitä nousevien teemojen mukaisesti. Tämän jälkeen aineiston tarkasteluun palattiin ja muodostettiin alaluokkia, joista muodostui yläluokkia ja edelleen kaksi päälukua.

7 Tulokset

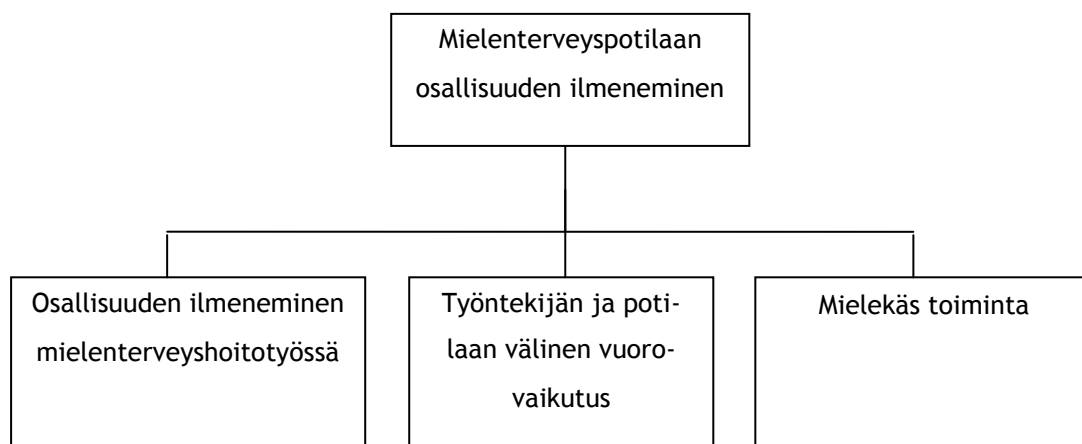
Aineistosta saatiin kattavasti tuloksia molempiin tutkimuskysymyksiin. Aineistosta nousi kaksi pääluokkaa. Ensimmäinen pääluokka on ”Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen” ja toinen pääluokka on ”Mielenterveyspotilaan kokemus osallisuuden ilmenemisestä”. Alla olevassa kaaviossa näkyy näiden pääluokkien yläluokat. Kirjallisuuskatsauksen tulokset tukivat hyvin toisiaan ja teoriaa. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen miten mielenterveyspotilaiden osallisuus ilmenee vastasi ensimmäisen pääluokan tulokset. Toiseen tutkimuskysymykseen miten mielenterveyspotilaiden osallisuus ilmenee vastasi toisen pääluokan tulokset. Tulos osuudessa jokaisen pääluokan tulokset esitetään kappaleittain pää- ja yläluokkien mukaisesti. Ensimmäiseksi jokaisen kappaleen alussa on taulukko aineiston luokittelusta, jossa havainnollistetaan kirjallisuuskatsauksen tuloksia, jonka jälkeen tulokset avataan sanallisesti. Taulukoissa tuodaan esille mistä pelkistyksistä alaluokat ovat syntyneet ja mihin yläluokkiin alaluokat liittyvät.



Kuvio 2: Tulokset

7.1 Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen

Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen - pääluokka muodostui kolmesta yläluokasta. Nämä yläluokat ovat ”Osallisuuden ilmeneminen mielenterveyshoitotyössä”, ”Työntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutus” ja ”Mielekäs toiminta”.



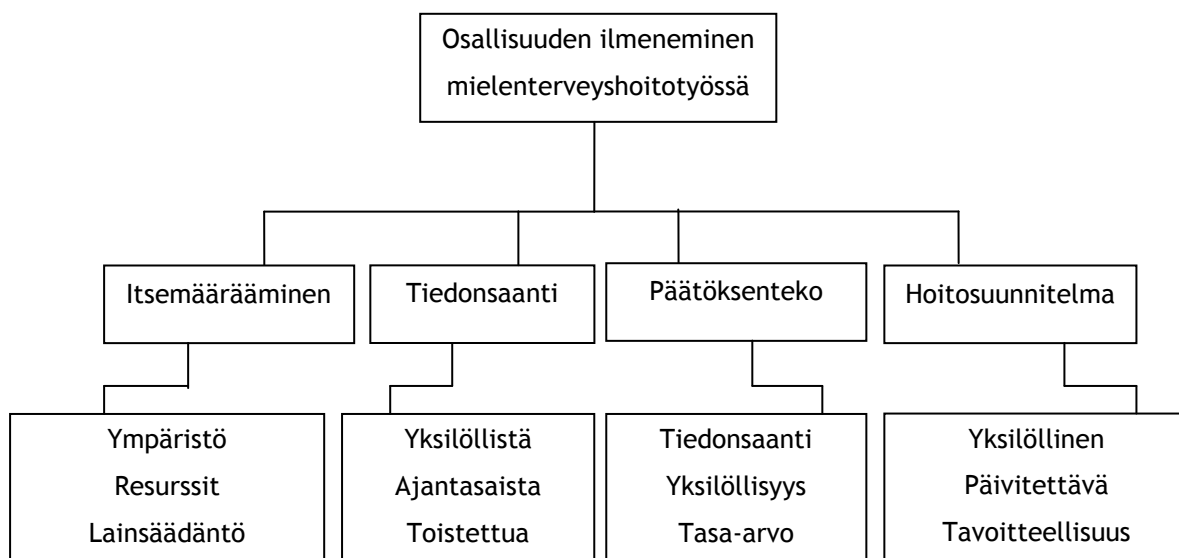
Kuvio 3: Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen

Osallisuuden toteutumiseen vaikuttavat useat eri tekijät, kuten potilaan oma asennoituminen ympäristöönsä niin työntekijöihin, hoitoonsa, läheisiinsä ja sosiaalisiin ympäristöihin. Osallisuuden mahdollistumiseen vaikuttavat työntekijät ja ympäristötekijät. Työntekijät voivat jo omalla olemuksellaan ja kohtaamisellaan edistää potilaan osallisuutta ja osallisuuden kokemusta. Tuloksien mukaan työntekijöiden negatiivinen asennoituminen ja ulosanti voivat pahimmillaan johtaa siihen, että potilas vetäytyy eikä halua osallistua.

Potilaslähtöisessä hoidossa potilas osallistuu hoitoaan koskevaan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin yhteistyössä työntekijän kanssa. Tällöin potilaan mieltymykset, arvot, henkilökohtaiset ominaisuudet ja voimavarat sekä terveydentila otetaan huomioon. Olennaista hyvässä mielenterveyshoitotyössä on luottamuksellinen yhteistyösuhde työntekijän ja potilaan välillä, potilaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen järjestäminen ja hoito-ohjelmien toteuttaminen. Mielenterveyspotilas omistaa asiansa: hän kykenee asettamaan omat hoitotavoitteensa yhdessä perheensä ja läheistensä kanssa sekä työntekijöiden tukemana. (Kuhanen ym. 2010: 58.)

7.1.1 Osallisuuden ilmeneminen mielenterveyshoitotyössä

Osallisuuden ilmeneminen mielenterveyshoitotyössä -yläluokka muodostui neljästä eri alaluokasta. Nämä alaluokat ovat ”Itsemäärääminen”, ”Tiedonsaanti”, ”Päätöksenteko” ja ”Hoitosuunnitelma”.



Kuvio 4: Osallisuuden ilmeneminen mielenterveyshoitotyössä

Kansalliset toimintasuunnitelmat painottavat potilaiden roolin vahvistamisen tärkeyttä terveydenhoidossa. Potilaiden tulisi tuntea voivansa osallistua hoitoonsa ja heidät tulisi nähdä oman hoitonsa resurssina. Potilaslähtöinen lähestyminen on keskeistä ja potilaille tulee antaa mahdollisuus osallistua hoitoonsa. (Daremo & Haglund 2008: 1.) Mielenterveyshoitotyön keskeinen elementti on tavoitteellinen yhteistyö- ja hoitosuhde (Kiviniemi 2008: 82). Mielenterveyspotilaan osallisuus ilmenee käytännössä konkreettisesti hoitosuunnitelman laatimisessa ja hoitotyön päätöksentekoon osallistumisessa. Osallisuuden edellytys on tiedonsaanti, kuulluksi tuleminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Ihmisellä on oltava tietoa, jotta hän voi tehdä päätöksiä itseään koskevista asioista. **Itsemääräämiseen** vaikuttavia ulkoisia tekijöitä olivat muiden tuki, ympäristö, käytettävissä olevat resurssit sekä lainsäädäntö. (Välimäki 2004: 255.) Potilaan tiedonsaantioikeus ei täysin toteutunut ja niinpä tiedonsaannin kehittäminen on tärkeää. Sairautta ja hoitoa koskevan tiedon tulisi olla ajantasaista, toistettua ja sen tulisi perustua kunkin henkilön yksilöllisiin tarpeisiin. (Syrjäpalo 2006: 111.) Potilaat kaipasivat nimenomaan tietoa, mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon, selkeitä suunnitelmia, palvelujen hyvää koordinoitua ja ohjausta vertaistuen piiriin (Lemola 2008: 10). Tieto rauhoitti mieltä ja lisäsi luottamusta työntekijöihin. Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavia tekijöitä olivat käytännöt, rutiinimaisuus tai kirjoitetut tai kirjoittamattomat säännöt hoidossa. Työntekijöiden asenteet rajoittivat potilaan itsemää-

räämistä. Työntekijöiltä edellytettiin jatkuvaa seurantaa ja tunneherkkyyttä, milloin tukevat tai toisaalta rajoittavat toimenpiteet olivat tarpeen. (Välimäki 2004: 254-256.)

Potilaan kunnioittavaan kohteluun kuului oikeudenmukainen rajoittaminen. Potilaille osoitettiin rajojen asettamisella sitä, että välitetään siitä, mitä he tekevät. Rajoittamiseen kuului myös erilaiset ohjeet ja kiellot, jotka olivat osa jokaisen potilaan omaa henkilökohtaista hoitosuunnitelmaa. Sairaalassa jouduttiin tekemään välillä rajoituksia, kuten rajoittamaan liikkumisvapautta, ottamaan omaisuutta talteen, kieltämään mahdollisia vierailuita tai ääritapauksessa eristämään potilas. (Suhonen 2007: 35-36.) Vapaaehtoisesti hoidossa olevat potilaat olivat tyytyväisempiä hoitoonsa (Daremo & Haglund 2008: 1).

Tiedonsaantia pidetään itsemääräämisoikeuden osana. Potilaat pystyivät ottamaan kantaa asioihinsa sitä enemmän mitä enemmän he sairaudestaan ja sen hoidosta tiesivät. (Suhonen 2007: 30-31.) Tiedon antaminen liittyen psyykkiseen sairauteen, hoitomuotoihin ja sairauden kanssa selviytymiseen oli tärkeää sairastuneelle itselleen sekä hänen läheisilleen. Selviytymistä tukevien ratkaisujen löytyminen, vuorovaikutustaitojen vahvistuminen ja tulevaisuuteen suuntaaminen mahdollistuivat asianmukaisen tiedon ja ohjauksen saamisella. Itsemääräämisen toteutuminen edellytti työntekijöiltä aktiivisuutta potilaan tietotason lisäämiseksi ja itsekontrollin vahvistamiseksi. Tuloksissa nousi esille ajatus teknologian vaikutuksesta osallisuuden edistämässä. Teknologian myötä voitaisiin kokeilla mielenterveyspotilaan tiedonsaanti-tarpeiden ja itsenäisen selviytymisen tukemista. Heille voitaisiin antaa reaaliaikaisia ja yksilöllisiä palveluja, kuten tautikohtaista terveystietoa ja erilaisia tukitoimenpiteitä niitä tarvitseville. (Välimäki 2004: 255-256.)

Yksilöllisyys ja tasa-arvo hoitoa koskevassa **päätöksenteossa** ovat hyvin tärkeät asiat potilaan osallisuuden kannalta. Potilaan tulee saada osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Syrjäpalo 2006: 110.) Potilas on mahdollisimman täysivaltaisena ja tasa-arvoisena osallistujana mukana kaikissa hänen hoitoonsa ja kuntoutukseensa liittyvissä asioissa (Laitila & Pietilä 2011: 27-28). Työntekijän ja potilaan onnistuneessa yhteistyössä oli piirteitä potilaslähtöisestä auttamisesta, mihin viittasivat toimiva ja vastavuoroisuuteen perustuva vuorovaikutus, luottamus sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen päätöksentekotilanteissa. Potilaan hoitoa koskevan päätöksenteon pohjaksi tarvittiin näyttöön perustuvaa tietoa, selkeitä perusteita sekä eettisesti korkealaatuista toimintavalmiutta. (Välimäki 2004: 256.) Potilaiden osallistuminen organisaation päätöksentekoon ja toimintaan toteutui heikommin kuin osallistuminen omaan hoitoon ja kuntoutukseen (Laitila & Pietilä 2011: 27-28).

Potilaalle oli tärkeää tehdä yksilöllinen **hoitosuunnitelma**, jota päivitetään säännöllisesti. Henkilökohtainen hoitosuunnitelma laadittiin yhdessä potilaan kanssa. Hoitosuunnitelma sisälsi potilaan yleistilanteen sisältäen potilaan voimavarat, avun tarpeet ja tavoitteet hoidolle.

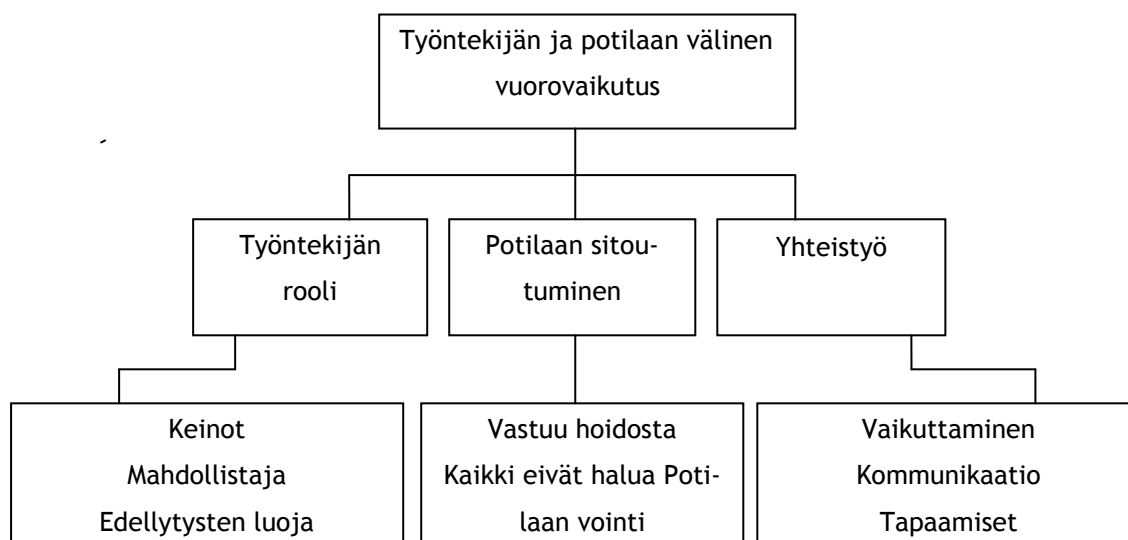
Työntekijän tuli ottaa huomioon potilaan toiveet liittyen hoitoon ja tulevaisuuteen. (Oeye ym. 2009: 5.) Potilaan osallisuuden edellytys on, että hän saa ilmaista omia mielipiteitään ja tulee aidosti kuulluksi. Tämä kokemus tulee välittyä potilaalle. Potilaan koulutustaso, sosiaaliset taidot, uskallus ja rohkeus tuoda esiin toiveita ja mielipiteitä vaikuttivat siihen, miten hyvin potilas tuli ymmärretyksi ja kuulluksi. Potilas, jolla oli parempi koulutus pohja, oli paremmassa asemassa. (Laitila & Pietilä 2011: 27 - 28.)

Tavoitteellisuutta pidettiin hyvänä asiana, koska se antoi suuntaa hoidolle. Hoitosuosituksissa sitä pidetään myös keskeisenä periaatteena. (Lemola 2008: 50.) Potilas näyttäytyi aktiivisena subjektina, joka itse asetti tavoitteet kuntoutustoiminnalle ja kuntoutumiselle (Aspvik & Nikkonen 2001: 115). Osallisuutta ja sen kokemusta edistivät tavoitteellinen hoito ja hoidon suunnittelu. Tavoitteellinen hoito lisäsi motivaatiota omaa sairaudenhoitoa kohtaan ja näin ollen myötävaikutti potilaan halukkuuteen osallistua omaan hoitoonsa. Pitkäaikainen hoitosuhde auttoi valitsemaan kuhunkin tilanteeseen sopivimmat toimintavaihtoehdot. (Välimäki 2004: 256.) Potilaille tarjottiin mahdollisuus olla mukana ja vaikuttamassa hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun. Osallisuuden toteutuminen hoidon eri-alueilla oli kuitenkin vaihtelevaa. Potilaan osallisuus ilmeni parhaiten hoitosuunnitelman laatimiseen osallistumisena, mutta kokonaisvaltaisen hoitotyön näkökulmasta potilaat jäivät ulkopuolelle, kun suunniteltiin lääkehoitoa tai mietittiin eri hoitomuotoja. (Syrjäpalo 2006: 95, 111.)

Potilaalle suunniteltu mielekäs toiminta vaikutti positiivisesti mielenterveyteen ja elämänlaatuun. Mielenterveyspotilaiden rohkaiseminen jäseneltyyn toimintaan oli haastavaa. Heidän osallisuus sosiaalisissa tilanteissa voisi merkittävästi nostaa heidän koherenssin tunnettaan. Mielenterveyspotilaat osallistuivat ohjattuun toimintaan, joka sisälsi myös sosiaalisia tilanteita toisten mielenterveyspotilaiden sekä työntekijöiden kanssa. Esiin nousi haasteita, kuinka rohkaista ja kannustaa yksilöä osallistumaan sosiaalisiin tilanteisiin, jotka tuovat elämään tarkoituksen tunnetta. (Forsberg, Björkman, Sandman & Sandlund 2010: 1, 8.)

7.1.2 Työntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutus

Työntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutus -yläluokka muodostui kolmesta eri alaluokasta. Nämä alaluokat ovat ”Työntekijän rooli”, ”Potilaan sitoutuminen” ja ”Yhteistyö”.



Kuvio 5: Työntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutus

Terveys- ja sosiaalialan työntekijöiden asenteilla on tärkeä merkitys potilaiden osallisuuden toteutumiselle. Työntekijät toimivat osallisuuden mahdollistajina ja osallistumisen kannustajina. Potilaan osallisuutta tukeva ja potilaslähtöinen toiminta ei merkitse asiantuntijuudesta luopumista, vaan uudenlaista jaettua asiantuntijuutta. Substanssiosaamisen lisäksi tarvitaan osallisuuden tukemisen asiantuntijuutta. Erytisen merkittävää osallisuuden toteutumiselle on työntekijöiden suhtautuminen potilaisiin. Osallisuus ei juurru osaksi käytännön työtä itsestään vaan työntekijöiden tietoisuus, asenteet ja toiminta ovat tärkeitä, jotta potilaiden osallisuuden ja osallistumisen mahdollisuudet toteutuvat osana jokapäiväistä työtä. (Laitila & Pietilä 2011: 23, 25, 29.)

Työntekijät pitivät potilaiden osallisuutta tällä hetkellä riittämättömänä. Potilaan osallisuus ilmenee vuorovaikutuksena työntekijöiden kanssa. Vuorovaikutus voi mahdollistaa ja tukea osallisuutta tai päinvastoin heikentää osallisuuden kokemusta. Potilas on osallisena vuorovaikutustilanteessa erinäisissä tilanteissa. Haasteena on saada potilas osallistumaan. Työntekijältä vaaditaan vahvaa ammattitaitoa tunnistamaan jokaisen potilaan yksilölliset tarpeet ja voimavarat. Työntekijä tarvitsee myös paljon tietoa ja taitoa keinoista, joilla tukea potilaan osallisuutta ja mahdollisesti lisätä sitä.

Työntekijöiden rooli oli tärkeä osallisuuden mahdollistajana ja potilaiden kannustajana (Laitila & Pietilä 2011: 26-27). Yksinkertaisillakin keinoilla oli mahdollista tukea itsemääräämistä ja aktiivista osallistumista päivittäisiin asioihin (Välimäki 2004: 255). Työntekijöillä oli vaikeuksia nähdä itsensä toiminnan mahdollistajina ja edellytysten luojina eikä valmiiden ratkaisujen ja toimintatapojen tarjoajina (Hietala-Paalamaa & Vuorela 2004: 40). Itsemääräämisoikeus mahdollistui tilanteissa, joissa potilas koki tullessa ystävällisesti kohdatuksi ja uskalsi puhua hoitoonsa liittyvistä asioista. Epäystävällisyydellä oli päinvastainen vaikutus. (Suhonen 2007: 39-40.) Tasa-arvoinen kohtaaminen ja yhteistyösuhde työntekijän kanssa tukivat kuntoutumista (Lemola 2008: 10, 47-48).

Osallisuudella tarkoitetaan lisäksi vastuunjakoa ja **potilaiden sitoutumista**. Sitoutuminen yhteistyöhön oli tärkeää, mikä antoi potilaalle mahdollisuuden vaikuttaa omaan hoitoprosessiin sekä lisäksi työntekijälle tietoa potilaan tilanteesta. (Nieminen & Kaunonen 2010: 66.) Osallisuus nähtiin monitasoisena, tarkoituksenmukaisena tai tärkeänä toimintatapana, johon liittyi myös potilaan sitoutuminen ja vastuu omasta hoidostaan. Potilaalle täytyy antaa vastuuta ja edellyttää häneltä vastuuta omasta hoidosta ja kuntoutuksesta. Kaikki potilaat eivät halunneet tai kyenneet olemaan osallisina vaan jättivät mieluummin vastuun työntekijälle. Merkittävä asia osallisuuteen oli potilaan psyykinen ja fyysinen vointi, kuntoutumisen vaihe ja oireiden riittävän hyvä hallinta. (Laitila & Pietilä 2011: 22, 26, 28.)

Yhteistyösuhde työntekijöiden kanssa muodostui säännöllisistä tapaamisista. Yhteistyö oli myös tarvittaessa avun saamista ja satunnaisesti tapahtumiin perustuvaa. (Kiviniemi 2008: 81-82.) Tärkeää oli varmistaa jatkuva monipuolinen ohjaus ja tuki tavoitteiden saavuttamiseksi (Aspvik & Nikkonen 2001: 115). Päivittäinen tuen ja avun saaminen tarvittaessa oli erittäin tärkeää. Tarpeen mukainen ja päivittäinen tuki ilmensivät kuulluksi tulemista, rohkaisemista omien voimavarojen käyttämiseen ja mahdollisuuksien näkemiseen sekä itsetunnon vahvistamiseen. (Kiviniemi 2008: 79.) Potilaan ja työntekijän vuorovaikutusta on monipuolistettava siten, ettei tuen saannin mahdollisuus olisi sidottu aikaan ja paikkaan (Välimäki 2004: 256). Yhteistyö lisäsi kommunikaatiota ja mahdollisti siten yhteisen keskustelun (Nieminen & Kaunonen 2010: 66, 68-69). Potilaan osallisuus ei voi toteutua, jos potilas itse ei ole valmis ottamaan vastuuta hoidostaan ja näin edistämään omaa osallisuuttaan. Jos potilas ei kyennyt tai halunnut olla osallinen tai osallistua, lähtökohdat yhteistyösuhteelle ja yksilön hoidolle olivat huonot, koska kenenkään puolesta ei pystytä asioita tekemään. (Laitila & Pietilä 2011: 26-27.)

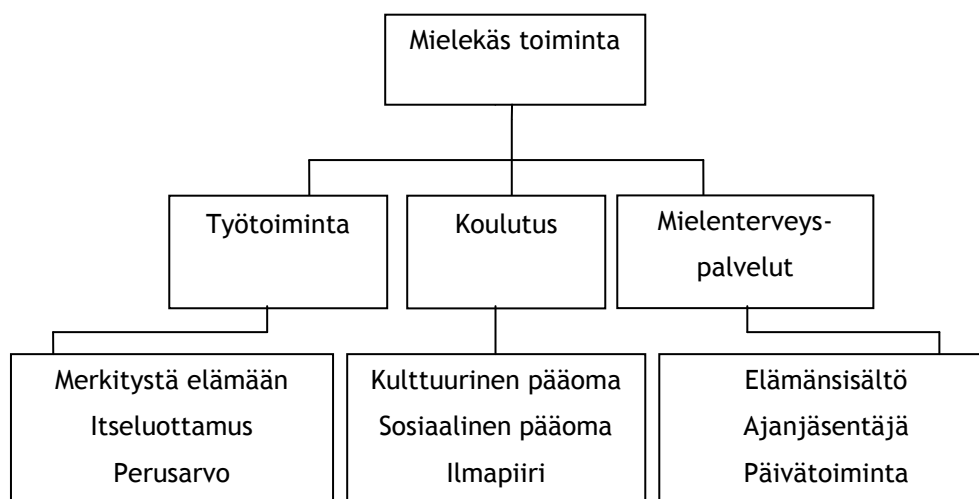
Työntekijöiden toiminta ilmeni merkittävänä ja oikea-aikaisena apuna. Toisaalta ammat-
tiavulla on myös negatiivinen ja pärjäämistä heikentävä vaikutus. Negatiiviseen yhteistyökemukseen vaikutti kokemus loukatuksi tulemisesta, epäoikeudenmukaisesta kohtelusta ja itsemääräämisoikeuden toteutumattomuudesta. (Kiviniemi 2008: 81-82.) Työntekijöiden merkitystä ei pidä vähätellä. Jaettu asiantuntijuus oli toimiva: potilaiden ja työntekijöiden tieto

on parhaimmillaan toisia täydentäviä, eivätkä kilpaile keskenään. (Forsberg ym. 2010: 8; Lai-tila & Pietilä 2011: 28.) Hyvä vuorovaikutus työntekijöiden kanssa, yhteistoiminnallisuus ja dialogiin perustuva keskustelu kannattelivat potilasta (Syrjälä 2006: 114).

Työntekijöiden oli tärkeää nähdä potilaan kyky muuttua, kehittyä ja hänen mahdollisuutensa. Luottamuksellinen keskustelu vähensi hoitokielteisyyttä ja edisti hoidon lopputulosta. Potilaan ja työntekijän keskustelun kulku oli asiantuntijalähtöistä ja työntekijöiden kontrolloimaa ja niinpä potilaan mielipide jäi vähäiselle huomiolle. (Syrjälä 2006: 99, 110.) Pohjimmiltaan edellytyksenä on, että ihminen tulee ymmärretyksi hoitosuhteessa (Lemola 2008: 48).

7.1.3 Mielekäs toiminta

Mielekäs toiminta -yläluokka muodostui kolmesta eri alaluokasta. Nämä alaluokat ovat ”Työtoiminta”, ”Koulutus” ja ”Mielenterveyspalvelut”.



Kuvio 6: Mielekäs toiminta

Osallisuus ilmenee vuorovaikutuksena erilaisten sosiaalisten ympäristöjen kanssa. Ympäristötekijöillä on osallisuutta estäviä tai edistäviä vaikutuksia. Osallistuminen erilaisiin sosiaalisiin ympäristöihin tuo potilaan elämään merkitystä ja sisältöä. Fyysiset ympäristötekijät vaikuttavat myös potilaan osallisuuden kokemukseen. Työ ja kouluympäristöissä toiminnan suunnittelussa tulee ottaa huomioon mielenterveyspotilaiden erityispiirteet. Tulevaisuuden kannalta oli tärkeää opiskelu tai työssä käynti. Nämä olivat edellytys pysyä aktiivisena yhteiskunnan jäsenenä. (Aspvik & Nikkonen 2001: 112.)

Työntekijät ja potilaat pitivät tärkeänä, että mielenterveyspotilaita osallistettiin **työtoimintaan**. Työtoiminnassa mukana oleminen antoi merkitystä elämään ja vahvisti itseluottamusta, mutta toi mukanaan myös negatiivisia asioita. Mielenterveyspotilaiden elämänlaatu tutkimuksen mukaan työ tai mielekäs tekeminen oli keskeinen elämänlaadun osatekijä. Työ on kuten

suomalaisille yleensäkin, myös mielenterveyspotilailla perusarvo. (Aspvik & Nikkonen 2001: 109.) Työtoimintaa lähdettiin alkuvaiheessa käynnistämään pohtimalla yhdessä sitä, mitä itse kukin haluaisi tai tarvitsi ja miten juuri näitä asioita voitaisiin yhdessä toteuttaa (Hietala-Paalamaa & Vuorela 2004: 39-40).

Mielenterveyspotilaiden työtoiminnan keskeisenä tavoitteena oli potilaan itsemääräämisen kunnioittaminen sekä vaikutusmahdollisuuksien ja henkilökohtaisen vastuun lisääminen, mikä oli ajoittain haastavaa. Työtoimintaan osallistuvien potilaiden mielestä oli tärkeää olla työpaikka johon mennä. Heidän osallistumista työtoimintaan kuvasivat työn mielekkyys, työyhteisöön ankkuroituminen, itsen ja arjen rakentuminen työn avulla, työssä jaksaminen ja leimautuminen. (Aspvik & Nikkonen 2001: 111, 113, 115.)

Toive kuntoutumisesta osallisuuden saavuttamisen keinona saattoi myös muodostua yksilöä kuormittavaksi vaatimukseksi, osallisuuden ehdoksi. Työtoimintaan osallistuessaan joutui todistamaan kuntoutumisen haluaan. Kovasti kaivatun arvostuksen ehtoon liittyi kuntoutumisessa onnistuminen ja työtoiminta muistutti toisinaan pakonomaista suoritusta. Siinä epäonnistuminen lisäsi häpeää ja syvensi stigman kokemusta. Potilas koki parhaimmillaan kuuluvansa yhteisöön silloinkin, kun hän epäonnistui tai kun kuntoutus ei kiinnostanut tai ollut mahdollista. (Hietala-Paalamaa & Vuorela 2004: 34-35, 38.)

Mielenterveyspotilaiden **koulutuksessa** mukana oleminen edellytti huolellista suunnittelua, tukea ja arviointia. Mielenterveyspotilaiden koulutukselta vaadittiin avoimuutta arvioida uudelleen arvoja, tietoja ja taitoja, joita opetetaan ja kuinka niitä opetetaan. Potilaiden erityistarpeet oli huomioitava koulutuksen suunnittelussa. Tietämättömyys mielenterveyspotilaiden erityistarpeista ja tavasta mukauttaa potilaat koulutusjärjestelmään toisinaan vaikeuttivat heidän koulutukseen osallistumista. Potilaat olivat mukana koulutusten suunnittelussa ja toteuttamisessa. Heidän mielipiteitä haluttiin saada koulutuspaketteihin. Toisinaan potilaat koettiin passiivisena ja työntekijät kokivat tarvetta parantaa heidän osallistumista. Työntekijät pohtivat, millä tavalla potilaiden osallistumista voitaisiin lisätä. Työntekijöiden mielestä koulutuksen myötä yhteistyö lisääntyi heidän ja mielenterveyspotilaiden välillä. Potilaat osoittivat aktiivista osallistumista ja innokkuutta. Joskus työntekijät kokivat potilaiden asiantuntijana toimimisen haasteellisena. Heidän koulutusta ei koettu riittäväksi asiantuntijana toimimiseen. Se, että potilaat osallistuvat koulutukseen, ei anna pätevyyttä toimia asiantuntijana mielenterveysorganisaatiossa. (Nieminen & Kaunonen 2010: 64, 66, 68.)

Toiminnalliset ja kuntouttavat **mielenterveyspalvelut** olivat psykiatrisessa hoidossa olleelle elämän keskeinen sisältö ja ajanjäsentäjä tilanteessa, jossa työssäkäynti tai opiskelu ei täyttänyt arkielämää. Mielenterveyspalvelut olivat joko päivätoiminnan järjestettyä toimintaa tai kuntoutusyksikössä asumista. Kuntoutusta tulisi suunnitella enemmän ja ottaa potilas siihen

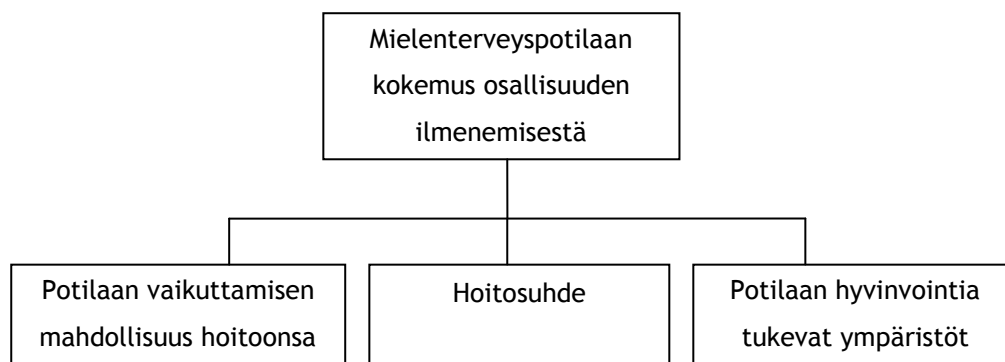
osalliseksi. Psykiatrisessa hoidossa potilas saattoi jäädä passiiviseksi osallistujaksi, jonka tehtävänä oli lähinnä vastata työntekijöiden esittämiin kysymyksiin. Potilaan tahto ei tällöin tullut kuulluksi eikä vuorovaikutukseen syntynyt työntekijän ja potilaan välistä dialogia. (Kiviniemi 2008: 79-80.)

Potilaiden ja läheisten palautteet pyrittiin ottamaan vakavasti ja hyödyntämään niitä mielen-terveyspalvelujen toteutuksessa (Välimäki 2004: 254). Potilaiden mukanaolo ja heidän mielipiteidensä huomioiminen auttoivat kehittämään palveluita kokonaisvaltaiseksi ja yksilölliseksi. Tärkeää oli, että erilaisille palveluiden käyttäjille olisi tarjolla enemmän ja erilaisia mahdollisuuksia olla osallisina ja osallistua. Potilaat osallistuivat erilaisten ryhmätoimintojen sisällöiden ja sääntöjen määrittämiseen. (Laitila & Pietilä 2011: 25, 27.)

Vertaistuki oli tärkeää potilaiden kuntoutumiselle. Yhdistävät kokemukset psyykkisestä sairaudesta ja sen seurauksista antoivat mahdollisuuden osallisuudelle. (Hietala-Paalamaa & Vuorela 2004: 37.) Vertaistukijalta saatu aktivointi, rohkaisu ja ymmärrys olivat tärkeitä ja hänen toivottiin tukevan arkipäivän asioissa ja ohjaavan erilaisissa valinnoissa. Vertaistukijan kokemuksia ja tietoa hyödynnettiin erilaisten valintojen perustana. (Kiviniemi 2008: 81.) Potilaat pitivät tärkeänä vertaisten keskinäistä yhteistoimintaa, yhdessäoloa, yhteistä tekemistä ja keskinäistä tukea (Lemola 2008: 10). Kohtalotoverit, joiden kanssa voi jakaa samoja ajatuksia ja asioita olivat merkittäviä. Se toi turvallisuutta, kun ei olla sairauden kanssa yksin. (Syrjäpalo 2006: 99.) Vertaistuki toteutui hoitoyhteisöissä, kuten osastolla ja hoitoyhteisöjen järjestämissä ryhmissä. Vertaistuen kokemus hoitoyhteisössä oli merkittävä elämää eteenpäin vievä asia. Siihen liittyi luottamuksen osoitusta ja vastavuoroisuutta. Nuorilla aikuisilla vanhat kaverit saattoivat jäädä sairastumisen myötä. Hoitoyhteisöistä löytyi uusia kavereita. Yhdistävinä tekijöinä olivat samantyyppiset elämäkokemukset ja vaikeudet. (Kiviniemi 2008: 76, 81.)

7.2 Mielenterveyspotilaan kokemus osallisuuden ilmenemisestä

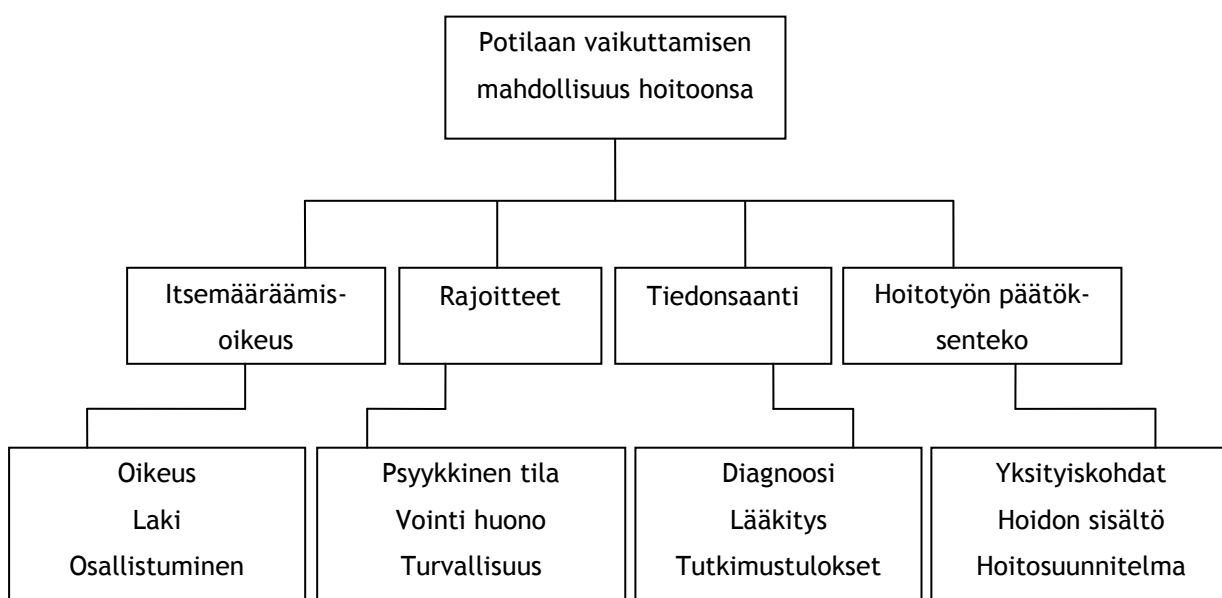
Mielenterveyspotilaan kokemus osallisuuden ilmenemisestä -pääluokka muodostui kolmesta yläluokasta. Nämä yläluokat ovat ”Potilaan vaikuttamisen mahdollisuus hoitoonsa”, ”Hoitosuhte” ja ”Potilaan hyvinvointia tukevat ympäristöt”. Tähän osioon otettiin alkuperäislähteistä potilaiden itsensä kertomia kommentteja. Näillä haluttiin tuoda kuuluviin potilaiden kokemuksia.



Kuvio 7: Mielenterveyspotilaan kokemus osallisuuden ilmenemisestä

7.2.1 Potilaan vaikuttamisen mahdollisuus hoitoonsa

Potilaan vaikuttamisen mahdollisuus hoitoonsa -yläluokka muodostui neljästä eri alaluokasta. Nämä alaluokat ovat ”Itsemääräämisoikeus”, ”Rajoitteet”, ”Tiedonsaanti” ja ”Hoitotyön päätöksenteko”.



Kuvio 8: Potilaan vaikuttamisen mahdollisuus hoitoonsa

”Kun mä olin, tota, siellä aikaisemmin, niin mulle ei kerrottu, miksi mä olin siellä, miks mut laitettiin lukkojen taakse, mulle ei kerrottu miks mä syön lääkkeitä, mulle ei kerrottu, se oli aika kammottavaa.”

”On ajoittain vaikea arvioida pakkohoitotoimenpiteen oikeellisuutta, onko ratkaisu tarpeellinen ja oikea, olisiko pakkokeinoa voitu sittenkin välttää. Joskus joutuu menemään avuksi turvaamaan, vaikka toimenpide tuntuu itsestä ylimoitettulta.”

Potilaat kuvasivat **itsemääräämisoikeutta** hoidon aikana joko riittämättömäksi tai hyvin toimineeksi potilaan oikeudeksi. Hoidon alussa ja huonokuntoisena itsemääräämisoikeuden todettiin olevan riittämätöntä. Potilaan voinnin kohennuttua, asia nähtiin myönteisemmin. (Syrjäpalo 2006: 97-98.) Potilaille itsemääräämisoikeus merkitsi omaan hoitoon osallistumista ja sen sisällöstä päättämistä. Potilaat eivät miettineet mitä laissa sanotaan potilaiden mahdollisuuksista vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Suhonen 2007: 28.)

Itsemääräämisoikeus koettiin osaksi kokonaisvaltaista hoitoa, joka sisälsi myös hoitoon osallistumisen (Suhonen 2007: 27-28). Potilaiden oma käsitys itsemääräämisestä oli toisinaan epäselvä. Osalle se tarkoitti samaa kuin kenelle tahansa, mahdollisuutta vaikuttaa omiin asioihin. Toisten mielestä itsemäärääminen toteutui pelkästään vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Potilaat pitivät itsemääräämistä tärkeämpänä kuin hoitajat. He olivat innostuneempia käyttämään itsemääräämisoikeutta ja he kokivat tarpeen vaikuttaa hoitoonsa enemmän kuin mitä hoitajat olettivat asian olevan. Tuki motivoi itsemääräämiseen. (Välimäki 2004: 254-255.)

Potilaat arvostivat kokonaisvaltaista hoitoa, johon kuuluu psyykkisen hoidon lisäksi erilaisten oireiden ja vaivojen tutkiminen sekä somaattinen hoito (Syrjäpalo 2006: 95, 111). Potilaiden mielestä lääkehoitoa voisi miettiä yhtenä hoitovaihtoehtona, vaikka kaikki potilaat olivat hyväksyneet lääkehoidon osaksi hoitoaan. Potilaat toivoivat lisäksi muita hoitomenetelmiä, jotka voisivat jopa korvata lääkehoidon. Tulisi löytää erilaisia vaihtoehtoja, koska samat asiat eivät auta kaikille. Itsemääräämisoikeus koettiin osaksi kokonaisvaltaista hoitoa, joka sisältää myös hoitoon osallistumisen. (Suhonen 2007: 27-28, 34.) Hoitamisen osa-alueista potilaiden mielestä toteutuivat hyvin lääkehoito, kriisiapu, omahoitajuus ja perushoito. Hengellinen hoito toteutui huonoiten. (Syrjäpalo 2006: 95, 111.)

Rajoitteita potilaat pitivät tarpeellisina silloin, kun oma psyykinen tila oli ollut hajanainen ja vointi huono (Syrjäpalo 2006: 97-98). Potilaista suurimman osan mielestä rajoittaminen lisäsi turvallisuutta ja antoi vaikutelman huolehtimisesta. Potilailla oli mielestään oikeus hyvään hoitoon ja hyvään hoitoon kuuluu se, että potilaista pidetään huolta silloin kun he eivät itse siihen kykene. (Suhonen 2007: 35-36.)

”Sairaudesta kerrottiin silleen ihan lyhyesti vaan, hoitokokouksissa vähän, lääkäriltä sain jotain tietoa ja mä sain sellaisen kirjasen.”

”Lääkkeitä oli joskus lisätty ja asiasta ei kerrottu mitään ennen kuin illalla, kun meni hakemaan iltalääkkeitään huomasi, että purkkiin on tullut lisää ja sitten vaan ihmetteli asiaa.”

Potilaat kokivat **tiedonsaannin** tärkeäksi. Potilaiden tiedonsaannin tarve liittyi moneen asiaan. Potilaat olivat kiinnostuneita diagnoosistaan, lääkityksestään, tutkimustuloksistaan ja sairauden hoitamisesta. Potilaat halusivat tietää myös hoitoonsa liittyvistä aikatauluista ja lähes kaikesta mihin sairaus vaikuttaa omassa elämässä. Osa potilaista koki, ettei ollut saanut riittävästi tietoa sairaudestaan tai hoitokäytännöistä. Potilaat toivoivat tietoa hoidon etenemistä edistävistä tekijöistä ja rohkaisua puhumaan asioistaan. (Suhonen 2007: 28, 32, 38.)

Potilaat kokivat monissa asioissa tiedonsaannin puutteita. He ajattelivat, etteivät olleet saaneet tarpeeksi tietoa erilaisista hoitomuodoista. Potilaat halusivat tukea, neuvoja ja tietoa vaihtoehtoisista hoitomuodoista. Potilailla ei ollut myöskään tarpeeksi tietoa erilaisista toiminnoista ja aktiviteeteistä, joista he olisivat voineet hyötyä. Lisäksi he kokivat, etteivät saaneet tarpeeksi tietoa sairaalaelämästä ja sen toiminnoista, mikä herätti voimattomuuden tunnetta. Puutteet tiedonsaannissa liitettiin lääkehoitoon, hoitosuunnitelmien laatimiseen ja sairaalan toimintoihin. Enemmän tietoa potilaat kaipasivat lääkkeiden vaikutuksista ja sivuvaikutuksista. Potilaiden pyytäessä tietoa lääkityksestään, jotkut olivat saaneet tiedon kirjallisenä. Potilaat kuitenkin kokivat, että olisi parempi, työntekijä kertoisi asiat heille suullisesti jolloin he ymmärtäisivät asian paremmin. Kirjallinen tieto lääkkeestä koettiin hankalaksi ymmärtää ja joillakin potilailla oli lukemisvaikeuksia. (Walsh & Boyle 2008: 35-36.)

”..haluan keskustelua jotta voin toimia, haluan että otetaan mukaan kun keskustellaan asioistani..”

”... mutta kun mennään hoidon suunnitteluun, että tehdään ratkaisuja siitä, mitä vaihtoehtoja on käytettävissä, niin siinä tulee hoitavan henkilökunnan sana paremmin...”

Osa potilaista koki voivansa osallistua **hoitoaan koskevaan päätöksentekoon** riittävästi (Syrjäpalo 2006: 110). Hoidon sisällöstä päättämiseen kuului mikä tahansa pieni yksityiskohta, mitä tapahtui hoidon aikana. Hoidon sisällöstä päättämiseen voitiin laajasti ajatellen liittää heräämisen ja nukkumaan menemisen ajankohdat. Osa potilaista koki, että potilaan mahdollisuudet päättää hoitonsa sisällöstä liittyvät siihen, tahtooko potilas osallistua järjestettyihin ryhmiin ja muuhun vastaavaan toimintaan. Hoidon suunnittelu ja hoitolinjoista päättäminen

oli enemmänkin työntekijöiden tehtävä. Potilaat totesivat, etteivät voi tuntea terveydenhuollon organisaatiota niin hyvin, että voisivat varsinaisesti päättää asioista. Kukaan ei kuitenkaan halunnut, että asioista päätetään täysin puolesta. Tilanteisiin toivottiin neuvottelua. Osallisuus ilmeni hoitotyössä potilaan mukaan ottamisena hoitonsa päivittäiseen suunnitteluun. Potilaiden kokemukset tämän toteutumisesta vaihtelivat. Hoitoajan pituus kuului myös hoidon sisältöön ja osa potilaista toivoi voivansa hoidon alussa vaikuttaa tähän. (Suhonen 2007: 48-49.)

"...ne on aika kiireisiä ja toi toimisto on vähän sellanen paikka, että siinä on ovi kiinni ja siihen pitää koputtaa ja siinä on lappu, että odota ja mulle tulee vähän sellanen pakokauhunen olo, että uskaltaako."

"Jos hoitosuunnitelma laaditaan, olisi hyvä tietää siitä. Lääkärit ja hoitajat eivät voi vai itsekseen kirjoitella sitä. On saatava sanoa mielipiteensä, se on hyvin tärkeää."

"No nyt tuntuu, että on olemassa jonkinlainen suunnitelma, ja se tekee olon paremmaksi.."

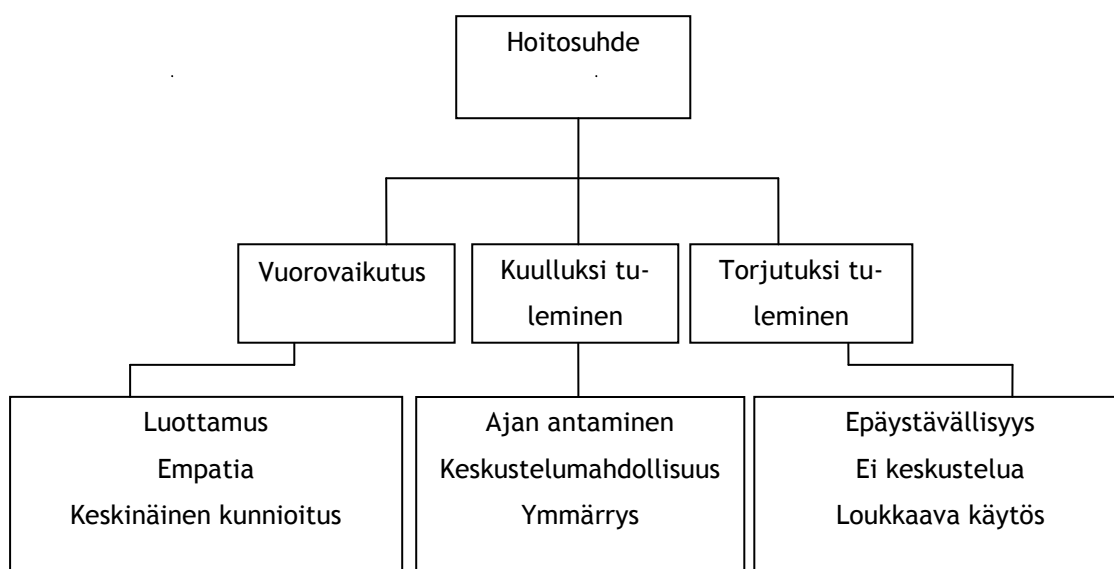
Potilaiden mielestä omiin oikeuksiin kuului erityisesti oman hoitosuunnitelman laatiminen ja siinä eteneminen (Suhonen 2007: 27-28). Potilaat eivät mielestään saaneet osallistua tarpeeksi hoitosuunnitelmansa laatimiseen ja niinpä oman sairaustilanteen hahmottaminen oli vaikeaa. Vain muutama potilaista tiesi, mitä hoitosuunnitelma tarkoittaa. (Walsh & Boyle 2009: 35.) Jotkut potilaat kokivat, etteivät uskaltaneet kertoa ajatuksistaan ja oireistaan, jolloin paljastaisi itsestään liikaa muille tietämättä mitä siitä seuraisi. Pitkäaikaispotilaat pelkäsivät leimautumista hankaliksi potilaiksi, jos esittää liikaa toiveita tai mielipiteitä. Potilaan osallisuus ei toteutunut kuin osallistumisena omaan hoitoon. (Suhonen 2007: 32, 38.)

Omaisten tapaaminen on oleellinen osa hoitoa. Osa potilaista halusi tavata omaisiaan sairaalassa ja osa ei (Suhonen 2007: 49). Koettiin myös, että omaisten osallistuminen jäi olemattomaksi hoidon suunnittelussa. Potilaan perhe ja tärkeät sosiaaliset kontaktit eivät saaneet tietoa sairauden vaikutuksista potilaan käyttäytymiseen ja sosiaalisiin suhteisiin ja tämä johti joidenkin kohdalla pitkien ihmissuhteiden katkeamiseen. (Walsh & Boyle 2009: 35.) Potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon kannalta oli tärkeää, että hänelle tärkeät ihmiset osallistuivat potilaan hoitoprosessiinsa ollen hänen tukenaan. Potilas on osallinen läheistensä elämässä ja läheiset potilaan elämässä. Potilaalle oli tärkeää tuntea olevansa osallinen johonkin isompaan kokonaisuuteen, tässä suhteessa perheeseensä.

”Tiedän, että olin sekavassa tilassa kun heitin perheeni pois elämästäni. Henkilökunta ei kuitenkaan kertonut perheelleni mitä kävin lävitse. Tämä olisi auttanut heitä ymmärtämään käytöstäni ja en ehkä olisi niin yksin nyt.”

7.2.2 Hoitosuhde

Hoitosuhde -yläluokka muodostui kolmesta eri alaluokasta. Nämä alaluokat ovat ”Vuorovaikutus”, ”Kuulluksi tuleminen” ja ”Torjutuksi tuleminen”.



Kuvio 9: Hoitosuhde

”Mä olisin toivonu, että niitä ois vähän enemmän ja että ne ois vähän pitempiä ne keskustelut ja vähän kunnollisempia, mut ei täällä oo oikeen aikaa semmoseen, ei oo tarpeeks ihmisiä eikä resursseja eikä mitään semmosta.”

”Kohtelee sinua yksilönä...kohtelee sinua ihmisenä... ei ylenkatso sinua... on aikaa sinulle... on kiinnostunut sinusta.”

Työntekijöiden ja potilaiden välinen suhde koettiin hyvin tärkeäksi tekijäksi. Potilaat toivoivat terapeuttista **vuorovaikutusta** työntekijöiden kanssa, jonka pohjana ovat luottamus, empatia ja keskinäinen kunnioitus. Tämä kohensi potilaan itsetuntoa ja edisti toipumista. Potilaat saivat kuitenkin harvoin aikaa työntekijöiltä henkilökohtaiseen keskusteluun. (Walsh & Boyle 2009: 34.) Yhteys toisiinkin oli keskeistä. Kaikkein parhaimmaksi koettiin kahdenkeskiset keskustelut omahoitajan kanssa, jossa muodostui luottamuksellinen ja rauhallinen ilmapiiri. On tärkeää, että kuunnellaan potilasta ja että potilaalle löytyy aikaa. Keskustelu oli lääkkeitä

tärkeämpää. Tärkeää oli myös tuntee, että lääkärin asiantuntemus oli saatavilla nopeasti, jos ilmenee jotakin yllättävää. (Syrjäpalo 2006: 99, 110.)

Kuulluksi tulemiseksi koettiin ajan antaminen potilaalle. Ajan antamiseksi koettiin keskustelumahdollisuudet työntekijöiden kanssa. Keskusteluaikojen saaminen toteutui heikosti. Potilaat toivoivat työntekijöiltä aktiivisuutta keskusteluaikojen tarjoamiseen ja enemmän keskustelumahdollisuuksia. Etenkin hoidon alkuvaiheessa keskustelut olisivat tärkeitä. (Suhonen 2007: 41-42.) Potilaat toivat esille ymmärretyksi tulemisen merkitystä. Potilaiden yleinen kokemus oli tulla ymmärretyksi väärin. He joutuivat kokemaan haavoittuvuutta, epävarmuutta, eristämistä ja yksinäisyyttä. Heille korostuivat hetket, jolloin koki saavuttavansa yhteyden kuuntelijan kanssa, olevansa samalla tasolla ja tunsivat itsensä tärkeäksi. (Lemola 2008: 48.)

Hoito ja kohtelu koettiin pääosin inhimilliseksi ja hyväksi. Potilaat arvostivat ystävällisiä työntekijöitä, joille voi kertoa omasta pahasta olostaan ja että itseä kuunnellaan. (Syrjäpalo 2006: 97-99.) Potilaiden mielestä työntekijän ammatillisuus näkyi sitoutumisena työhönsä sekä kiinnostuksen osoittamisena potilaan vointia kohtaan. Sitoutumista potilaat arvioivat sillä perusteella, miten työntekijät pitäytyivät hoitosuunnitelmakokouksessa asetetuissa tavoitteissa ja seurasivat niiden toteutumista. (Suhonen 2007: 38.)

“Kaikki ovat kiireisiä. Ota lääkkeesi ja sitten seuraavan luokse. Sinulla ei ole aikaa ajatella mitä on meneillään.”

”...en usko, että henkilökunta on tietoinen siitä vallasta, joka heillä on meidän potilaiden tunteisiin.. jos he tietäisivät he eivät sanoisi ei niin usein..”

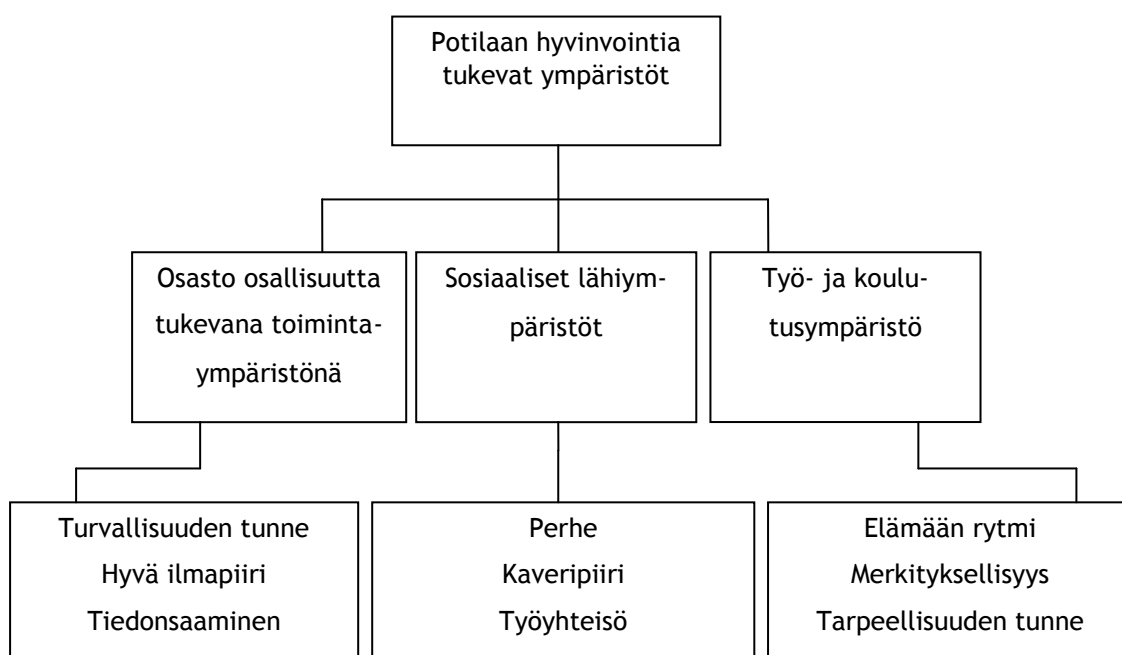
Potilailla oli myös **torjutuksi tulemisen kokemuksia**, mikä vähensi hyvän kohtelun kokemusta. Potilaiden kokemus torjutuksi tulemisesta tuli epäystävällisestä vastauksesta tai perusteettomasti esitetystä kieltävästä vastauksesta mihin tahansa pyyntöön. (Suhonen 2007: 30.) Potilaat tukeutuivat enemmän toisiinsa kuin työntekijöihin keskustellakseen asioistaan. Työntekijöitä ei ollut saatavilla keskusteluun potilaiden kanssa, jonka vuoksi potilaat eivät päässeet purkamaan tuntojaan sairauteensa liittyen. (Walsh & Boyle 2009: 35.)

Työntekijöiden käytös voi myös olla loukkaava. Työntekijä ei toisinaan ottanut kontaktia potilaaseen tai ei rohkaissut potilasta ilmaisemaan itseään. Potilaat myös kokivat, että välillä heidän mielipiteitä ja ehdotuksia väheksyttiin, koska he olivat potilaita. Potilaat olivat kokeneet epäystävällisyyttä työntekijöiden taholta. Epämiellyttävällä äänensävyllä puhuminen ja sopimaton kielenkäyttö koettiin myös epäystävällisyydeksi ja loukkaavaksi. Työntekijän passiivisuus aiheutti potilaalle tunteen, että hän häiritsi työntekijää. Potilaille vaikeita asioita olivat työntekijöiden ylemmyys ja välinpitämätön suhtautuminen potilaaseen ja hänen tarpei-

siinsa. Lisäksi pakottaminen hoitoon ja alistetuksi tulemisen kokemus koettiin loukkaavaksi. Hoidossa ilmeni ajoittain eettisiä epäkohtia, jotka koskivat potilaan ihmisarvoista hoitoa ja kohtelua, työyhteisön ristiriitaisuuksia sekä yhteistoimintaan liittyviä pulmakohtia. (Suhonen 2007: 37-40; Syrjäpalo 2006: 102, 112.)

7.2.3 Potilaan hyvinvointia tukevat ympäristöt

Potilaan hyvinvointia tukevat ympäristöt -yläluokka muodostui kolmesta eri alaluokasta. Nämä alaluokat ovat ”Osasto osallisuutta tukevana toimintaympäristönä”, ”Sosiaaliset lähiympäristöt” ja ”Työ- ja koulutusympäristö”.



Kuvio 10: Potilaan hyvinvointia tukevat ympäristöt

"Arvostetaan turvallisuutta, ja jokaisen henkilön yksilöllisyyttä pidetään tärkeänä. Olemme jokainen oman sairauden ja menneisyytemme takia yksilöitä, joka tulisi ottaa huomioon, ja kyllä sitä otetaankin."

".. kun olet sairas on hyvin tärkeää, että on päivärutiini, eikä pelkästään osastolla. Päivälle tulee olla hyvä rytmi - nouse tiettyyn aikaan, hanki tekemistä pitkin päivää, mene sänkyyn tiettyyn aikaan. Jos ei ole mitään päivärutmiä päivälle, ei ole rytmiä mihinkään ja se ahdistaa..."

Sairaalaympäristössä turvallisuuden tunne ja rauhallinen ilmapiiri olivat potilaille tärkeitä asioita. Turvallisuus sairaalahoidossa merkitsi potilaille turvallista hoitoympäristöä, lääkärin tavoitettavuutta ja osaston hyvää ilmapiiriä sekä tiedon saamista. Potilaiden turvallisuuden tunteeseen vaikutti myös työntekijöiden osaaminen ja ammattitaito. Potilaiden näkökulmasta työntekijän osaaminen, työntekijöiden johtaminen ja yksikön ilmapiiri olivat hyvin toteutuneet. (Syrjälä 2006: 100, 111.) Osaston rohkaiseva ilmapiiri lisäsi potilaiden uskallusta lähestyä työntekijöitä ja kysyä heiltä asioita (Suhonen 2007: 32, 34-35, 38).

Potilaiden mielestä osastoympäristöön vaikuttivat osaston arvot (Daremo & Haglund 2008: 1). Potilaat arvostivat siistiä ja puhdasta osastoympäristöä. Potilaita mietitytti osastojen luonne ja kuinka yksi osasto voi hoitaa kovin eri tavalla oireilevia potilaita. Potilaiden mielestä osastojen sääntöjä ei tulisi muuttaa, vaan osastoja voisi olla enemmän ja vähemmän sairaille. Osasto ympäristö ja osaston tilat koettiin tyydyttäväksi. (Suhonen 2007: 32, 34-35, 38.) Ympäristöstä johtuvat pelot, pitkästymisen, potilashuoneiden ahtaus ja yksityisen tilan puute todettiin hoitoa ja omaa yksityisyyttä koettelevaksi asiaksi. Yksityisyys osastolla arvioitiin heikoksi ja puutteelliseksi. Yksityisyyden puute ja ympäristötekijät voivat lisätä potilaiden aggressiivisuutta. (Syrjälä 2006: 102, 110.) Itsemääräämisoikeuden puuttuminen täysin koettiin yhteisissä ruoka-ajoissa, lääkkeenjakajoissa ja kaikkia koskevilla päivittäisillä rutiineilla. Potilaat pystyivät vaikuttamaan suihkussa käynnin ajankohtaan, huoneessa lueskeluun, keskustelemiseen tai olla keskustelematta toisten potilaiden kanssa. (Suhonen 2007:36.)

Tarvittaessa jokaisella on oikeus työntekijöiden ja vertaisten tukeen sekä sellaiseen toimintaympäristöön, jossa itse kullekin ominainen toiminta voi toteutua (Hietala-Paalasmaa & Vuorela 2004: 40). Potilaat arvostivat osastoa, jossa on terapiatoimintaa, keskustelutilaisuuksia ja liikuntaa (Syrjälä 2006: 95, 100). Toimintaa tukeva ympäristö ei potilaiden mielestä toteutunut tarpeeksi hyvin. Potilaille tarjottiin sellaista hoitoa tai palvelua, jonka he kokivat omimmakseen ja johon olivat valmiita sitoutumaan. Osallisuus voi olla ryhmätoiminnan suunnittelua, ryhmien sisällöistä päättämistä sekä ryhmien vetämistä joko yksin tai yhdessä työntekijöiden kanssa.

Erilaisiin ryhmiin ja toimintoihin osallistumisen motivaatio näyttöytyi ristiriitaisena. Toisaalta toiminnallisuus oli kiinnostavaa, toisaalta päivätoimintaan osallistumiseen liittyi kokemus ulkopuolisesta määräyksestä sekä kokemuksia yhteisön syyttelevyydestä ja ahdistavuudesta. Yhteisöjen toimivuuteen tulisi kiinnittää huomiota ja niitä tulisi kehittää avoimemmiksi, sallivimmaksi ja välittämistä osoittaviksi. Osallistumismotivaatiota lisäsi mielenterveyspalveluiden kautta saadut ihmissuhteet. (Kiviniemi 2008: 80.) Mielekkään toiminnan puute oli hyvinvoinnin esteenä. Kotoa oli päästävä liikkeelle jonnekin, vaikka se joskus olikin vaikeaa. (Lemola 2008: 49.)

Potilaat etsivät aktiivisesti viihdykettä ja seuraa. He menivät tupakointipaikalle tai kampaajalle hakeakseen juttuseuraa. Potilaat pyrkivät luomaan päiväänsä rutiinia ja tarkoitusta. Hyödyllisenä koettiin yhteydenpito kotiin ja päivittäisiin toimintoihin osallistuminen. Oma yksityinen aika ja sairaalalomat olivat potilaille tärkeitä. Potilailla oli monenlaisia tapoja henkilökohtaisen tilan löytämiseen julkisessa ympäristössä. Kävelyllä lähteminen koettiin fyysisen aktiviteetin lisäksi henkiseksi harjoitukseksi, jossa sai olla hetken omien ajatusten kanssa. Potilaat osallistuivat myös sairaalan järjestettyihin toimintoihin, vaikka ne tuntuivat välillä tylsiltä ja ennustettavilta. Potilaat kaipasivat enemmän aktiviteetteja, johon osallistua iltaisin ja viikonloppuisin. (Walsh & Boyle 2009: 34.)

”Tärkeää on saada ihmiset liikkeelle kodeistaan, pois miettimästä heidän sairauttaan ja häpeää. Tavoitteena on saada heidät oppimaan jotakin uutta, kuulemaan jotakin uutta.”

Mielenterveysongelmiin liittyvä häpeä ja syrjintä estivät potilaita osallistumasta täysillä heidän yhteisöjensä toimintaan. Sosiaalinen verkosto ja tuki olivat merkittäviä tekijöitä mielenterveysongelmista kärsivien elämänlaadun parantumiselle. (Nieminen & Kaunonen 2010: 58.) Myös omat työntekijät olivat potilaille merkittäviä ja läheisiä ihmisiä. Yhdessä työskentely vuosien varrella oli antanut voimaa (Lemola 2008: 46).

Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen tärkeimpiä **sosiaalisia lähiympäristöjä** olivat perhe, kaveripiiri, työyhteisö ja mielenterveyspalveluihin liittyvät yhteisöt. Tärkeiksi ihmisiksi elämässä nimettiin puoliso, oma lapsi, vanhemmat, sisarukset ja isovanhemmat. Vanhempi sisar tai veli oli aktiivisen nuoren aikuisen mallina. Elämän vaikeimmissa hetkissä sisarukset olivat tukijana ja eteenpäin rohkaisijana. Tärkeänä voimavarana pidettiin omaa lasta, jonka merkitys oli elämää ylläpitävä. Läheisten ihmissuhteiden merkitys selviytymiselle ja tulevaisuuden uskon vahvistumisen korostuivat. Mielenterveyspotilaalle oli erityisen merkittävää kokemus kuulumisesta perheeseen ja sukuun. Auttamisessa oli haasteena huomioida nykyistä enemmän autettavan perhe ja sosiaalinen verkosto. Hoito painottui yksilökeskeisyyteen. (Kiviniemi 2008: 78-79.) Potilaiden todettiin voivan paremmin kuin he voivat itse valita asumismuotonsa ja ihmisensä kenen kanssa asuvat (Lemola 2008: 7).

Työn tai mielekkään tekemisen puute sai mielenterveyspotilaat tuntemaan itsensä tarpeettomiksi ihmisiksi (Aspvik & Nikkonen 2011: 110). Työn myötä elämään tuli rytmiä ja jatkuvuutta (Nieminen & Kaunonen 2010: 64). Työ merkitsi myös ammatillista kehitystä, työhön liittyvien taitojen hallintaa, tarpeellisuuden ja arvokkuuden tunnetta, työruutiinien tuomaa normalisaatiota, rahan hankkimista, elämänlaadun ja elintason parantamista sekä rohkaisua itsenäisempään työllistymiseen (Aspvik & Nikkonen 2001: 110).

Koulutus oli merkityksellinen ja positiivinen kokemus. Koulutusprosessi sinällään ja sen tunne, että on ihmisiä, joille on tarpeellinen, antoi merkitystä elämään. Se toi menestyksen tunteen ja potilaat olivat onnellisia kun osallistuivat. Työstä ja sosiaalistumisesta osattiin nauttia. Uuden oppiminen taas lisäsi itseluottamusta. Kouluttautuminen ja uuden oppiminen lisäsivät tunnetta omasta tehokkuudesta ja motivaatiota osallistua erilaisiin aktiviteetteihin, kuten vapaaehtoistyöhön, jatkokoulutukseen tai palkkatyön etsimiseen, mikä antoi mahdollisuuden työllistyä, vähentää taloudellista riippuvuutta ja parantaa elämänlaatua. Mielen terveyspotilaat kokivat arvokkaana oppimisen muiden ihmisten kanssa ja suhteiden muodostumisen vertaisiinsa suhteessa paranemiseen ja mielen terveyden suojaamiseen. Koulutuksen todettiin vähentävän mielen terveyspotilaiden sairaalajaksoja. (Nieminen & Kaunonen 2010: 58, 64.)

Oma vointi tuntui vakaammalta koulutusrutiinin ja uusien ihmisten tapaamisen ansiosta (Nieminen & Kaunonen 2010: 64). Potilaat olivat melko tyytyväisiä saamaansa tukeen. He kokivat asioiden kehittyneen parempaan suuntaan viime vuosina. Tuki oli ulottunut lähemmäksi arkea ja myös apua oli saatu tarvittaessa. He tarvitsivat tukea pyrkiessään terveempiin elintapoihin. (Lemola 2008: 46, 49.) Tärkeää oli yhteistyö eri tahojen välillä, minkä todettiin olevan kuitenkin riittämätöntä.

8 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten mielen terveyspotilaiden osallisuus ilmenee ja miten potilaat kokevat osallisuutensa. Tiedonhakuprosessi oli haastava laajojen tutkimuskysymysten myötä. Aineistosta saatiin kuitenkin poimittua oleelliset asiat vastaamaan tutkimuskysymyksiä.

Tutkimuksista ilmenee, että potilaan osallistuminen ja itsemääräämisen toteutuminen ovat merkittäviä asioita osallisuuden kokemuksen ja onnistuneen hoitoprosessin saavuttamisessa. Hoidon tehtävänä on tukea miettimään omaa elämää ja suuntautua vastaanottavasta, riippuvaisesta ihmisestä aktiiviseksi toimijaksi suhteessa omaan itseen, toisiin ihmisiin ja ympäröivään maailmaan. Tuloksien mukaan potilaan osallistuminen hoitoonsa edisti potilaan toipumista ja voimaantumista. Tämä huomioon ottaen osallisuuden huomioiminen ja potilaan näkeminen resurssina omaan hoitoonsa voisi vaikuttaa merkittävästi hoitotuloksiin ja potilaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Potilas tulisi nähdä sairaudestaan huolimatta tasavertaisena ihmisenä työntekijöiden kanssa, oman elämänsä aktiivisena subjektina, jolla on suurin valta toipumisestaan ja mahdollisuus edistää sitä oikeiden työkalujen avulla.

Potilaan itsemääräämisoikeuteen kuuluu oikeus saada tietoa itseään koskevista asioista ja oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tiedonsaannilla on tulosten mukaan positiivinen vaikutus potilaan osallisuuden kokemukseen ja vaikuttamisen mahdollisuudelle. Tie-

donsaanti oli kuitenkin potilaiden mielestä paikoin hyvin huonosti toteutunut. Potilaan saivat vähän tietoa omasta sairaustilanteestaan. Potilaat toivoivat, että saisivat tietoa enemmän. Itsemääräämisoikeutta joudutaan joskus rajoittamaan erilaisin keinoin mielenterveyshoitotyössä. Potilaat kokivat rajoitukset aiheellisina ja turvallisuutta tuovina.

Tiedonsaantia on syytä kehittää. Potilaat kokivat, etteivät saaneet tarpeeksi tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista mikä esti heidän osallisuuden kokemustaan ja vaikeutti päätöksentekoon osallistumista. Sairautta ja hoitoa koskeva tieto tulisi olla ajantasaista ja yksilöllisesti räätälöityä kunkin henkilön tarpeisiin perustuvaa. Osallisuuden merkitystä ei saa unohtaa niidenkään henkilöiden hoidossa, joilla sairaus vaikuttaa kognitiiviseen toimintaan.

Osallisuus ilmenee käytännössä hoitotyössä osallistumisena omaan hoitoon ja hoitosuunnitelmaan laatimiseen. Tulosten mukaan tämä ei kuitenkaan toteudu käytännön tasolla tasapuolisesti. Osa potilaista kokee, että oma osallistuminen on ollut suppeaa tai sitä ei ole ollut lainkaan. Potilaat toivoivat, että voisivat vaikuttaa laajemmin oman hoitonsa sisältöön ja valita erilaisista vaihtoehdoista itselleen sopivamman. Työntekijöiden asenteet estävät potilasta aktiivisempaan osallisuuteen. Työntekijät tiedostavat potilaan halun osallistua enemmän hoitoonsa. Toisaalta on potilaita, jotka vetäytyvät osallisuudestaan eivätkä halua olla hoitonsa aktiivisena subjektina. Potilaan osallisuuden edistäminen, siinä tukeminen ja potilaan huomiointi yksilöllisesti onkin erittäin haastava osa-alue mielenterveyshoitotyön työntekijöille.

Työntekijöillä on valtaa tarjota potilaalle osallisuuden kokemusta, mahdollistaa osallisuus ja sitä kautta edistää potilaan toipumista. Työntekijät voivat jo omalla käytöksellään vaikuttaa merkittävästi potilaan osallisuuden kokemukseen, sillä työntekijän suhtautumisella on suuri vaikutus potilaiden osallisuuden kokemiselle. Se, miten työntekijä kommunikoi potilaan kanssa, on tärkeää: avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri edistää potilaiden osallistumista omaan hoitoonsa. Potilaat arvostivat saamaansa tukea ja pitivät tärkeänä, että tukea olisi aina tarvittaessa saatavilla. Tuloksien mukaan potilaat kokivat tärkeäksi, että heillä on arjessa aikataulut, jotka rytmittävät päivää. Tätä rytmiä voisi työntekijä potilaan kanssa yhdessä miettiä ja suunnitella enemmän.

Mielenterveyshoitotyö on siirtynyt suurimmalta osin avohoitoon. Mielenterveyspotilaille on järjestetty avohoidon kontakteja ja erilaista ryhmätoimintaa. Hoidon suunnittelussa voisi huomioida laajemmin potilaan toimintaympäristöt. Heidän toipumisen kannalta oli merkittävää, että ympärillä oli läheisiä ihmisiä, jotka olivat myös mukana hoitoprosessissa. Niinpä potilaan läheiset ihmiset tulisi saada vieläkin tiiviimmin mukaan potilaan hoitoon, tarkoittaen erilaisia asioita kunkin potilaan kohdalla, mikä lisää heidän hyvinvointiaan. Tuloksista ilmeni, että kun potilaat voivat paremmin, heidän läheisensäkin voivat paremmin ja päinvastoin. Mielenterveyspotilaiden kokemuksista nousee esiin nimenomaan sosiaalisten toimintaympäristö-

jen tärkeys. Potilaat kokivat tärkeäksi sosiaaliset kontaktit perheen ja ystävien kanssa. Mielenterveysongelmista kärsivä saattaa vetäytyä sairauden akuutissa vaiheessa läheisistään ymmärtämättä, että tällä voi olla kauaskantoisia seurauksia. Potilaat arvostivat läheisiä, jotka jaksoivat olla aktiivisesti potilaan kanssa tekemisissä ja mukana hoidossa, vaikka omia voimavaroja siihen ei ollut. Potilaat toivoivat, että lähimmät ihmiset saisivat myös tietoa potilaan sairastamasta mielenterveydenhäiriöstä, jotta he ymmärtäisivät tämän käytöstä paremmin.

Työ ja koulutus ovat merkittäviä asioita arjessa myös mielenterveyspotilaille. Työn tekeminen ja muutenkin mielekäs toiminta lisäävät itseluottamusta ja jäsentävät arkea. Tulevaisuuden yhteiskunnassa selviytyminen vaatii sosiaalista, taloudellista ja kulttuurista kompetenssia. Keskeisin tekijä näiden kompetenssien hankkimisessa on koulutus. Koulutus on se, joka määrittää yksilön suhdetta yhteiskuntaan sekä mahdollistavana, että syrjäyttävänä instituutiona. Koulutuksen keskeyttäminen on merkittävä asia syrjäytymisen kannalta. (Kiviniemi 2008: 75.) Työvoimaresursseja tulisi keskittää enemmän potilaiden koulutuksen hankkimiseen, mikä tukisi potilaiden kuntoutumista ja yhteiskuntaan integroitumista.

Mielenterveysongelmat sinällään saattavat vaikeuttaa mielenterveyspotilaiden sosiaalista integraatiota. Mielenterveysongelmat vaikuttavat kykyyn osallistua sosiaalisiin toimintoihin. Sairauden oireet voivat vaikeuttaa keskittymistä, muistamista, motivaation ylläpitämistä, vähentää stressin sietokykyä ja siten osaltaan nämä voi johtaa opiskelun keskeyttämiseen. Työntekijöiden mielestä mielenterveyspotilaiden integraatiota työhön estäviä tekijöitä olivat maan korkea työttömyysaste, ennakkoluulot psyykkisesti sairaita ihmisiä kohtaan ja syrjintä mielenterveyskuntoutujia kohtaan asumiseen liittyvissä asioissa. Mielenterveysongelmiin liittyvä häpeä ja syrjintä vaikeuttavat potilaiden osallistumista yhteisöjensä toimintaan. (Niemi & Kaunonen 2010: 58-59, 68.)

Mielenterveyspotilaat haluavat tulla kohdelluiksi tasavertaisina ihmisinä ja voivansa tuntee kuuluvansa eri yhteisöihin. Potilaan osallisuuden lisäämisen tärkeydestä puhutaan paljon mielenterveysshoitotyössä. Käytännössä osallisuuden toteutumisessa mielenterveyspotilaiden kohdalla on puutteita. Hoitokäytänteiden kehittäminen vaatii monipuolista ja pitkäjänteistä paneutumista hoitoympäristöissä. Työntekijöiden koulutus ei pelkästään riitä vaan tarvitaan määrätietoista johtamista, johdon tukea vaihtoehtoisten menetelmien käyttöön, ajanmukaista näyttöön perustuvia kirjallisia ohjeita sekä käytännön työkaluja arkeen. (Kontio 2011.)

Vaikuttamisen mahdollistaminen on yksi osallisuuden määrittävistä tekijöistä.

Mielenterveyspotilaat kohtaavat edelleen leimaamista ja ennakkoluuloja. Osallisuus ei toteudu täysin huolimatta lisääntyvästä kiinnostuksesta potilaiden osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia kohtaan (Laitila & Pietilä 2011: 23). Tärkeää on saada ihmisten asenteet muuttumaan positiiviseksi psyykkisesti sairaita ihmisiä kohtaan. Tämä on vaikeaa, ja ilmiötä esiintyy kaikis-

sa sektoreissa. On etenkin syytä pohtia, miksi mielenterveyshoitotyön työntekijöidenkin asenteet ovat negatiivisia. (Nieminen & Kaunonen 2010: 68.)

Työntekijöiden näkemykset potilaan osallisuuden tärkeydestä, sisällöstä ja merkityksestä vaihtelevat, joten käsitteen monitasoisuus ja erilaiset määritelmät voivat vaikeuttaa osallisuuden käytäntöön viemistä. Hoitotyössä tulisi pohtia ja konkretisoida sitä, mitä potilaiden osallisuus tarkoittaa käytännön hoitotyössä ja miten se toteutuu. Näin osallisuus muuttuisi periaatteiden ja strategioiden tasolta osaksi mielenterveys- ja päihdetyötä. (Laitila & Pietilä 2011: 22, 28.)

Kansainvälisesti mielenterveyspotilaan osallisuuden merkitys on huomioitu laajemmin kuin Suomessa. Norjassa lainsäädännössä on määrätty, kuinka mielenterveyspotilaat on otettava mukaan yhteiskunnan aktiivisiksi toimijoiksi. Suomessa mielenterveyshoitotyö on ollut viime vuosina suuressa murroksessa. Pääpaino mielenterveyshoitotyöllä on avohoidossa. Mielenterveysongelmat ovat kasvava yhteiskunnallinen ongelma ja se vie nuoria työikäisiä ennen aikaiselle eläkkeelle. Mielenterveysongelmien hoitamista tulisi kehittää, jotta näistä kärsivät voisivat olla sairaudestaan huolimatta aktiivisena osana yhteiskuntaa.

9 Pohdinta ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tekeminen sai meidät todella kiinnostumaan mielenterveyspotilaan osallisuuden toteutumisesta ja siinä ilmenevistä haasteista. On tärkeää, että ihminen kokee voivansa vaikuttaa omassa elämässään. Osallisuus on läsnäoloa, mutta myös sitä, että on mahdollisuus vaikuttaa päätöksiin ja erilaisiin toimiin. Osallisuus mahdollistuu pienissä arjen tilanteissa. Niinpä arjessa vastaan tulevia tilanteita voitaisiin hyödyntää enemmän hoitoympäristöissä.

Osallisuus nähdään usein suppeampana kuin se todellisuudessa onkaan. Osallisuuden merkitys hoidon kannalta tiedostetaan, mutta sen toteuttaminen laajemmassa merkityksessään on hajanaisista. Osallisuus mielletään usein potilaan osallistumiseksi itseään koskevaan päätöksentekoon ja mahdollisuuteen vaikuttaa hoitoonsa ja ilmaista mielipiteensä. Osallisuuteen kuitenkin kuuluu paljon muitakin tekijöitä ja osa-alueita, jotka eivät ole näitä edellä mainittuja vähempiarvoisia. Osallisuus on osa kaikkea toimintaa, jota ihminen käy ympäristönsä kanssa. Osallisuus laajassa käsityksessään käsittää kokonaisvaltaisesti ihmisen ja hänen elämänpiirinsä.

Psykiatrisen hoitotahdon tekeminen potilaan kanssa on vielä nykyään harvinainen hoitokäytäntö, mutta asia on jo herättänyt paljon keskustelua ja on oletettavaa, että tulevaisuudessa se juurtuu osaksi mielenterveyshoitotyötä. Voidaan olettaa, että psykiatrisen hoitotohto lisää potilaan osallisuutta, sillä se on erinomainen konkreettinen tahdonilmaisu siitä, miten haluaa

itseään hoidettavan silloin, kun ei pysty tahtaan selkeästi ilmaisemaan voinnin ollessa huono. Hoitotahdon myötä potilas tulee kuulluksi, kun hänet otetaan paremmin mukaan omien asioiden käsittelyyn ja sitoutuu vahvemmin hoitoonsa, mikä edistää potilaan hyvinvointia ja taas puolestaan osallisuuden kokemusta.

Nykyään on mediassa puhuttu siitä, ettei itsemääräämisoikeus toteudu riittävästi mielenterveyspotilailla. He eivät pääse tarpeeksi vaikuttamaan omaa elämää koskeviin asioihin ja turvallisuuden tunteen kokeminen jää puutteelliseksi. Lainsäädännössä ja yhteisissä ohjeistuksissa on merkittäviä puutteita. Potilaiden rajoittamisasioissa ei ole selkeitä yhdenmukaisia linjoja vaan jokainen organisaatio käyttää hieman omanlaisia käytänteitä. Potilaan rajoittaminen ja itsemääräämisen toteutumatta jääminen on yhteiskunnalle kallista, kun potilas joutuu valvovien tahojen alaiseksi.

Norjassa pyritään aktiivisesti valtion taholta ottamaan mielenterveyspotilaat osaksi yhteiskuntaa. Siellä on ymmärretty osallisuuden tärkeys ja sen voimaannuttava vaikutus. Osallisuutta ja siihen liittyviä alueita tulee peilata myös potilaiden kulttuuristaan. Suomessa vuorovaikutus kulttuuri on edelleen hieman pidättäytyvämpää kuin kansainvälisesti. Meistä voi tuntua aluksi vieraalta uudet yhteisöt. Aloitekykyimme on korkeampi ottaa kontaktia toisiin ihmisiin ja yhteisöihin. Hoitoalan työntekijöinä voisimme itse edesauttaa avoimempaa ja osallistavampaa kulttuuria ja rohkaista potilaita ja kanssaihmiä samaan. Mielenterveyspotilaille on tärkeää tuntea, että he ovat osa yhteisöä.

9.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Aineiston keräämiseen ja opinnäytetyön tekemiseen liittyy aina luotettavuus kysymykset, joita tulee tarkastella kriittisesti. Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheita on arvioitava kriittisesti, jotta voidaan arvioida katsauksella saadun tiedon todellista luotettavuutta (Johansson ym. 2007: 53). Tutkimus toteutettiin huolellisesti pitäen koko ajan mielessä luotettavuuteen vaikuttavat asiat.

Tutkimuksen tekemisessä pyritään virheiden välttämiseen, mutta silti luotettavuus (reliaabelius) ja pätevyys (validius) vaihtelevat. Luotettavuuden arvioinnissa on monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius puolestaan tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2004: 216.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka kerronta tutkimuksen kaikista eri vaiheista. Oleellista aineiston analyysissa on luokittelujen tekeminen. Keskeistä on myös kertoa perusteet, millä tavalla on luokitellut asiat. Tulosten tulkinta vaatii tutkijalta kykyä pohtia vastauksia monesta eri näkökulmasta ja linkittää tarkastelunsa myös teoreettiselle tasolle. On myös merkittävää, millä perusteella

tutkija esittää tulkintoja ja mihin hän päätelmänsä perustaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-233.) Aineiston analysointi ja tutkimusprosessin vaiheet pyrittiin kuvaamaan tarkasti, jotta lukija saa käsityksen siitä, miten tulokset on saatu ja miten prosessi eteni.

Opinnäytetyön teoriapohjan ja aineiston työstämisessä päädyttiin yhtenäistämään saman merkityksen omaavia käsitteitä. Näin opinnäytetyöstä tuli johdonmukaisempi ja selkeämpi tuotos. Opinnäytetyön kohderyhmistä käytettiin käsitettä mielenterveyspotilas ja työntekijät. Mielenterveyspotilaille synonyymeinä olivat asiakas, psykiatrinen potilas ja mielenterveyskuntoutuja, jotka yhtenäistimme mielenterveyspotilas käsitteellä. Työntekijöille synonyymeinä olivat henkilökunta, hoitohenkilökunta, hoitajat ja ammattilaiset, jotka yhtenäistettiin työntekijät käsitteellä.

Arvioitaessa haun onnistumista, olisi kiinnitettävä erityisesti huomiota siihen, kuinka edustavasti aihetta koskeva tieto on pystytty kartoittamaan. On myös muistettava, että positiiviset tutkimustulokset tulevat suuremmalla todennäköisyydellä julkaistuksi. Julkaisuharhaa voidaan vähentää käyttämällä myös julkaisematonta tietoa. Sen käyttö on jopa nykytiedon perusteella suositeltavaa. Niiden laatua on kuitenkin arvioitava yhtä tarkasti kuin julkaistujakin tutkimuksia. (Johansson ym. 2007: 53.) Tässä tutkimuksessa käytettiin vain julkaistuja tutkimuksia, mikä on osaltaan voinut vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

Aineistoksi otettiin kansainvälisiä tutkimuksia varmistaen paremmin kokonaisluotettavuutta. Kansainvälistä aineistoa jouduttiin kuitenkin karsimaan paljon aineiston vaikealukuisuuden vuoksi, mikä puolestaan osaltaan heikentää tutkimuksen luotettavuutta: haussa käytettiin kolmea eri tietokantaa, mutta tutkimukset valittiin lopulta kahdesta tietokannasta. Koimme kuitenkin saavamme luotettavimmat tutkimustulokset karsiessa vaikeat englanninkieliset aineistot pois kuin jos olisimme kääntäneet ne suomenkielelle, missä olisi luultavasti tapahtunut paljon väärintulkintaa. Vieraskielinen aineisto oli joka tapauksessa haastava kääntää suomenkielelle, joten luotettavuutta heikentää myös helpompilukuisten englanninkielisten aineistojen käännöksien mahdolliset väärinymmärrykset ja -tulkinnat.

Tutkijan on oltava tulkinnoissaan rehellinen ja hänen on pyrittävä ristiriitaisia tutkimustuloksia esitellessään puolueettomuuteen pitäen koko ajan mielessä oman tavoitteen ja tutkimusongelmansa. Tutkija pyrkii valikoiden ja argumentoiden keskustelemaan aiemman tutkimustiedon kanssa. Hänen on pidettävä mielessä päämääränsä ja sitä tavoitellessa pidettävä koko ajan mielessä kriittinen tiedonkäsittelijän osa sekä hänellä on oltava ajatus siitä, mihin hän mitäkin tietoa käyttää oman työnsä kannalta. Kirjallisuuskatsauksen jäsentelyssä on järkevää, että erilaiset näkökulmat, koulukunnat ja tulkinnat erottuvat selvästi toisistaan. (Hirsjärvi ym. 2004: 113.)

Aineistona käytettiin enintään 10 vuotta vanhoja tutkimuksia, millä varmistettiin nykyhetkinen tieto aiheesta. Haussa käytettiin erilaisia sanapareja, jolloin saatiin mahdollisimman kattavasti tietoa aiheesta. Aineistoa tarkasteltiin objektiivisesti ottaen huomioon tutkimuskysymyksiemme näkökulmat. Tutkimamme ilmiö on laaja, ja niinpä täsmällisen tiedon hakeminen tutkimuskysymysten kannalta oli haastavaa. Aineistosta karsittiin vielä myöhemmin pois tekstit, mitkä eivät täsmällisesti vastanneet tutkimuskysymyksiin.

9.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen tekoon liittyy useita eettisiä kysymyksiä, jotka tulee huomioida. Hyvän tutkimuksen tekeminen on eettisesti haastavaa. On merkittävää, että eettiset näkökohdat tulevat riittävästi ja oikein huomioiduksi. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyviä tieteellisen käytännön periaatteita. Näitä käytänteitä voidaan loukata monin eri tavoin. Etenkin tiedonhankintatavat aiheuttavat eettisiä ongelmia. Tutkimuksessa lähtökohdana on ihmisarvon kunnioittaminen. Toisten tekstiä ei saa plagioida eikä tuloksia yleistää kriitikittömästi. Niitä ei saa myöskään keksiä, jolloin havainnot ei ole tehty tutkimusraportissa kuvatulla tavalla. Käytetyt tutkimusmenetelmät on selitettävä huolellisesti eikä alkuperäisiä tekstejä saa muokata niin, että tulos vääristyy. Myös tutkimuksen puutteet on esitettävä työssä. (Hirsjärvi ym. 2009: 23,25,26)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määrittänyt hyvän tieteellisen käytännön keskeiseksi lähtökohdaksi, että tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tulosten esittämisessä sekä niiden arvioinnissa. Tutkimukseen on sovellettava tieteellisen tutkimuksen kriteerien ja eettisesti asianmukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Lisäksi tutkijan täytyy ottaa huomioon muut tutkijat, arvostaa heidän tekemää työtään ja merkata lähdeviitteet asianmukaisesti viitatessa heidän julkaisuihinsa. Tutkimus on suunniteltava, toteutettava sekä raportoitava tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.) Opinnäytetyötä tehtiin pitkällä aikavälillä, joten siihen pystyi huolellisesti paneutumaan useiden kuukausien ajan. Huolellisuutta ja tarkkuutta lisäsi myös, että kaksi henkilöä teki työtä, jolloin huolimattomuusvirheitä pystyttiin paremmin vähentämään. Valittu aineisto hankittiin tarkkojen kriteerien mukaan ja tiedonhaun strategia kuvattiin tarkasti. Lähdeviitteet merkattiin aina huolellisesti käytettäessä toisten ihmisten julkaisuja. Aineistosta nousseet tulokset esitettiin niiden tekijöitä kunnioittaen. Huomiota kiinnitettiin erityisesti siihen, etteivät kerätyt tiedot muutu tässä työssä eikä virheellistä tulkintaa tapahdu.

9.3 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Opinnäytetyön valmistelu aloitettiin keväällä 2012 saatamme ohjaavalta opettajalta aiheen Kellokosken hankkeeseen liittyen: potilaiden hoitotoiveiden toteutumisen arviointi, potilaiden/hoitajien haastattelu. Opinnäytetyöprosessin eteneminen oli hidasta ja aiheen sisältö pitkään epäselvä. Tutkimuskysymykset muokkautuivat ajan myötä hieman eri suuntaan. Aihe tuntui mielenkiintoiselta, koska hoitotoiveiden huomioimiseen painotetaan tämän päivän hoitotyössä. Potilaan osallisuus ja vastuunottaminen on onnistuneen hoitoprosessin tärkeimpiä edellytyksiä. Tarkoituksena oli nimenomaan päästä haastattelemaan Kellokosken sairaalan henkilökuntaa aiheeseen liittyen, mitä ei kuitenkaan voitu lopulta toteuttaa.

Varsinaisen kirjallisen opinnäytetyösuunnitelman laatiminen aloitettiin alkukesästä. Prosessi alkoi perehtymisellä kirjallisuuskatsauksen menetelmänä ja teoriaan, jota työstettiin kesän aikana. Työnjako oli helppo toteuttaa, sillä aihetta pystyttiin hyvin jakamaan ja työtä tehtiin pitkälti itsenäisesti koko prosessin ajan. Yhteyttä kuitenkin pidettiin tiiviisti puhelimitse ja sähköpostitse ja tavattiin säännöllisin väliajoin yhdistäen tehtyjä osuuksia ja suunnitellen ja pohtien prosessin kulkua. Kesän aikana oltiin myös yhteydessä Kellokosken yhteyshenkilöön, joka antoi hieman toisenlaisia näkemyksiä opinnäytetyön sisällöstä kuin mitä ajatuksena oli ollut tehdä. Tutkimuskysymysten näkökulma tarkentuikin vasta alkusyksystä, kun palaveria pidettiin ohjaavan opettajan kanssa. Niinpä teoriaosuuskin muuttui vielä varsin paljon. Asiat muuttuivat moneen kertaan eikä prosessi edennyt välillä viikkoihin juuri laisinkaan erinäisistä syistä. Kenelläkään ei ollut tässä vaiheessa tarkkaa tietoa siitä, mitä tarkalleen tutkitaan, mikä häiritsi prosessin etenemistä.

Ensimmäisessä tapaamisessa syksyllä 2012 opettajan kanssa keskusteltiin nimenomaan opinnäytetyön aiheesta ja yksityiskohdista tarkemmin. Ensiksi mietittiin määrällistä tutkimusta, mutta myöhemmin selvisi, ettei tutkimus voi olla määrällinen, koska Kellokoskella ei ole tarpeeksi henkilökuntaa, joka olisi toteuttanut hoitotoiveiden kartoittamista potilailta. Ajatus vaihtui hetkeksi laadullisen tutkimuksen haastattelun mahdollisuuteen, mikä ei myöskään onnistunut Kellokosken puolelta, joten lopulta päädyttiin yhteistuumin tekemään aiheesta kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön sisällön painopiste siirtyikin yleisempään osallisuuden ilmenemisen kartoittamiseen mielenterveyshoitotyössä ja potilaiden kokemuksiin osallisuudesta. Hämmennystä aiheuttivat ristiriitaiset ajatukset työn toteutuksesta ja sisällöstä, jotka muuttuivat moneen kertaan.

Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari pidettiin marraskuussa, minkä jälkeen aloitettiin varsinainen aineiston haku. Aineistonhakua tehtiin jo vähän aiemmin muutamilla hakusanapareilla, jotta nähtiin hieman mahdollista tulevan aineiston määrää. Suomenkielistä aineistoa oli niukasti, mutta englanninkielistä materiaalia löytyi varsin paljon. Aineisto kerättiin marras-

joulukuun aikana ja analysointivaihe käynnistyi vuoden vaihteen jälkeen, mikä oli prosessin yksi työläimmistä vaiheista. Aineistoa oli haastava löytää, ja hakusanapareja jouduttiin laajentamaan paljon alkuperäissuunnitelmasta. Englanninkielinen aineisto oli työläs käydä läpi ja vartenotettavia tutkimuksia valikoitiin helppolukuisuuden mukaan, mikä vaikutti osittain opinnäytetyön tutkimusprosessin luotettavuuteen. Aineisto olisi voinut olla myös suppeampi tutkimuksien määrän suhteen.

Kuten edellä jo todettiin, opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä, reilun vuoden mittainen. Työ oli tarkoitus saada nopeammin valmiiksi, mutta alkuperäisessä aikataulussa kuitenkin pysyttiin. Prosessi pitkittyi liikaa ja niinpä työn ”punaisen langan” kasassa pitäminen oli erittäin haastavaa. Useaan kertaan samoihin asioihin palaaminen kuuluu toki prosessiin ja vie asioita ja ajatusta kuitenkin aina vähän eteenpäin työvaiheen ollessa pysähdyksissä pitkiäkin aikoja, mutta pitkittyneet työvaiheet häiritsivät prosessin edistymistä.

Prosessi on ollut mielenkiintoinen monien muuttuvien tilanteiden vuoksi. Se on opettanut meille etenkin pitkäjänteisyyttä, organisointi-, suunnittelu- ja yhteistyötaitoja. Etenkin tiedonhankintataidot kehittyivät valtavasti, sillä tietoa opittiin etsimään monipuolisesti ja kriittisesti eri paikoista. Yhteistyö sujui mukavasti hyvän tiedottamisen ansiosta puolin ja toisin. Koko prosessin ajan oltiin tietoisia siitä, mitä kumpikin on milloinkin ja missä aikataulussa tekemässä sekä prosessiin sitouduttiin kiitettävästi. Työnjaossa onnistuttiin ja itsenäinen työskentely oli luontevaa molemmille. Kummankin vahvuuksia mietittiin ja hyödynnettiin näitä työnjakoa suunnitellessa. Työskentely muodostuikin luontevaksi molempien vastatessa tietystä osa-alueista enemmän, saaden kuitenkin toiselta aina tarvittaessa erinomaisesti apua ja tukea. Vuorotellen tsemppattiin toinen toisiamme hankalien työvaiheiden tullessa eteen, mikä oli erittäin tärkeää ja antoisaa prosessin etenemisen ja yhteistyön kannalta. Nyt prosessin oltua päätöksessä, olemme tyytyväisiä tekemäämme työhön.

9.4 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyö herättää ajatuksia hyvistä käytänteistä, millä voitaisiin edistää potilaan osallisuuden kokemusta. Tulokset vastaavat siihen, kuinka Kellokoski voisi omalla toiminnallaan edistää potilaidensa osallisuuden kokemusta. Vaikka kyseessä on Kellokosken hanke, asia on puhututtanut myös muissa vastaavissa hoitoympäristöissä, joten myös muut yksiköt voisivat hyödyntää tuloksia ja saada pohtimisen aihetta omille käytännöilleen soveltaen tuloksia oman yksikkönsä toimintaan.

Sosiaali- ja terveysala on haasteiden edessä, innovaatiotoiminta ja -prosessit sekä niihin liittyvät haasteet ovat moninaisia eri palvelualueilla. Kansalaisten osallisuuden lisääminen ja heidän tarpeista lähtevien toimintamallien tunnistaminen on osa-alue, joka liittyy keskeisesti innovaatiotoiminnan edistämiseen tietoyhteiskuntakontekstissa. Tulevaisuuden innovaatioiden lähteenä on yhä laajemmin laaja-alainen osallisuus ja kansalaisten itsensä tuottamat ja arvioimat sisällöt. (Valovirta & Hyvönen 2009: 8.) Mielenterveysongelmat ovat kasvava yhteiskunnallinen haaste ja tästä näkökulmasta katsottuna on hyvin tärkeää kehittää hoidollisia keinoja, joilla tuetaan mielenterveyttä ja edistetään sairastuneiden toipumista ja palaamista yhteiskunnan aktiivisiksi jäseniksi.

Psykiatrinen hoitotahto on kansainvälisesti tunnettu väline, joka edistää potilaan osallistumista itseään koskevaan hoitoon. Suomessa malli on uusi, eikä siitä ole paljon kokemuksia. Tämän hetken käytössä oleva psykiatrinen hoitotahto keskittyy lähinnä ehkäisemään potilaan itsetuhoista käyttäytymistä ja aggressiivisuutta sekä tuomaan potilaalle ja työntekijöille hallintaa näihin tilanteisiin. Tulevaisuudessa psykiatrista hoitotahtoa olisi hyvä laajentaa innovatiivisesti käsittämään laajempaa kokonaisuutta potilaan hoidossa. Tämän tueksi tarvittaisiin uutta tutkittua tietoa potilaiden ja työntekijöiden kokemuksista. Tieto olisi parasta kartoittaa tekemällä kvalitatiivinen tutkimus haastatteleamalla potilaita sekä työntekijöitä. Potilaille ja työntekijöille olisi hyvä kohdentaa omat erilliset tutkimukset, joissa keskityttäisiin molempien kokemuksiin ja kehittämisehdotuksiin. Käytännötasolla voisi olla innovaatiotyöryhmä psykiatrisen hoitotahdon edistämiseksi. Työryhmään tulisi kuulua innovatiivisia moniammatillisia työntekijöitä ja erilaisista sairaustaustoista olevia innovatiivisia potilaita. Psykiatrisen hoitotahdon kehittämiseen tarvitaan kohderyhmän eli potilaiden näkökulmaa, jotta toimiva uusi malli voi syntyä.

Viime vuosiin asti ehkäisyn (preventio) on katsottu olevan ennen kaikkea hyvinvointivaltion vastuulla. Potilaiden oman roolin merkitys sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa on myös ollut pitkään tiedossa, mutta vasta uusi teknologia ja sen mukana syntyneet virtuaaliset palvelut tarjoavat todellisia mahdollisuuksia kansalaisille ottaa vastuuta omasta terveydestään. (Valovirta & Hyvönen 2009: 39.) Toinen innovatiivinen jatkotutkimusaihe voisi olla tutkimus, jossa potilailta kartoitetaan haastatteleamalla, kuinka teknologian avulla voisi heidän sairautensa hallintaa tukea ja toipumista edistää. Nuoret aikuiset ovat kasvaneet yhteiskunnassa, jossa teknologia on keskeisessä osassa päivittäisessä elämässä ja heillä on kompetenssia käyttää teknologiaa. Tätä osaamista olisi hyvä hyödyntää mahdollisuuksien mukaan potilaiden toipumisen edistämässä ja sairaudenhallinnassa. Potilaille voisi olla oma foorumi internetissä, jonne pääsee tietyillä kriteereillä. Foorumilla voisi saada vertaistukea ja työntekijöiden neuvoja. Siellä voisi olla jonkinlainen henkilökohtainen ohjelma, jossa voi seurata omaa vointia ja sairauden tilannetta. Voisi olla lääkkeiden vaikutuksen seurantaohjelma, mielialapäiväkirja, aktiviteetin seurantalomake ja tunteiden hallinta ohjelma. Potilas syöttäisi ohjelmaan itseään

koskevia tietoja ja saisi samalla hallinnan tunnetta elämäänsä ja sairauteensa nähden. Vaihtoehtoja on monia ja potilaat voisivat itse osallistua suunnitteluun, jolloin foorumi vastaisi parhaiten heidän tarpeisiinsa. Tässä tarvittaisiin myös innovatiivista toimintaa ja työryhmää asian eteenpäin viemiseksi.

Lähteet

- Aspvik, U. & Nikkonen, M. 2001. Avotyötoimintaan osallistumisen merkitys psyykkisesti vajaa-kuntoiselle. *Hoitotiede* 3/2002: 108-116.
- Daremo, Å. & Haglund, L. 2008. Activity and participation in psychiatric institutional care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 15: 131 - 142.
- Forsberg, K., Björkman, T., Sandman, P. & Sandlund, M. 2010. Influence of a lifestyle inter-vention among persons with a psychiatric disability. *Journal Of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd.
- Hietala-Paalasmaa, O. & Vuorela, M. 2004. Työtoiminnasta tukea kuntoutumiseen ja osalli-suuden oikeutta. *Kuntoutus* 3/2004: 29-41.
- Hansen, T., Hatling, T., Lidal, E. & Ruud, E. 2004. The user perspective: respected or reject-ed in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11. Blackwell Pudlishing Ltd.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. 6.-9. painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15-16 painos. Helsinki: Tammi.
- Hotari, K-L., Oranen, M. & Pösö, T. 2009. Lapset lastensuojelun osallisina. Teoksessa M. Bardy (toim.) Lastensuojelun ytimissä. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 117-132.
- Hotti, A. 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää? Tutkimus skitsofreniaan sairastuneiden tiedon saannista ja tarpeista. Turun yliopisto: Tampere: TTY-Paino.
- Hujala, E. & Turja, L. 2012. Varhaiskasvatuksen käsikirja. Juva: Bookwell Oy.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsa-us ja sen tekeminen. Turun yliopisto.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto. Helsinki: Talentum.
- Kontio, R. 2011. Potilaiden eristämislle ja sitomiselle löytyy vaihtoehtoja psykiatrisessa hoi-dossa. Väitöskirja: Turun yliopisto. Luettu 28.10.2012.
<http://domino.utu.fi/tiedotus/tiedotukset.nsf/61345dc704eae28ac22568bd00428706/148eef0b1c4827c3c22578410038f5e7?OpenDocument>
- Kontio, R., Laaksonen, T., Paavilainen, E., Sailas, E., Soininen, P. & Syvänen, S. 2010. Käsikir-ja mielenterveyslain mukaisista pakkotoimista ja rajoitteista Kellokosken sairaalassa. Helsin-gin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri: Kellokosken sairaalan julkaisuja 1/2010.
- Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) 2008. Kohti muutosta. Motivointimene-telmä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOY.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Laitila, M. 2011. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttäjien osallisuus. Viitattu 4.7.2012. <http://www.slideshare.net/THLfi/mieli-2011-minna-laitila-mielenterveysja-pihdepalveluiden-kyttajien-osallisuus>

Laitila, M. & Pietilä, A-M. 2011. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkiva hoitotyö 1/2012: 22-31.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2012. Finlex 17.8.1992/785. Viitattu 23.8.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lapin sairaanhoitopiiri. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Psykiatrinen hoitotahto. Lapin ohje 13/2011. Viitattu 17.5.2013
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yRQXLkrOePAJ:www.lshp.fi/download.aspx%3FID%3D5995%26GUID%3D%257B1E30ADAE-207B-48C8-A49E-83FF5B0AB271%257D+psykiatrinen+hoitotahto&cd=1&hl=fi&ct=clnk&gl=fi>

Lemola, L. 2008. Yhdessä eteenpäin. Kotona asuvien psykoosisairauden kanssa elävien mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä kokemukset tuen saannista. Pro gradu - tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 10.12.2012
<http://herkules.oulu.fi/isbn9514280156/isbn9514280156.pdf>

Mielenterveyslaki 2012. Finlex 14.12.1990/1116. Viitattu 23.8.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. & Nevalainen, V. 2011. Terveystien ja hyvinvoinninlaitos. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Raportti. Tampere: Juvenes Print.

Nieminen, I. & Kaunonen, M. 2010. Mielenterveyskuntoutujien osallistuminen EMILIA-projektin koulutusinterventioihin - kuntoutujien ja henkilökunnan kokemukset 10 kk:n seurannan jälkeen. Hoitotiede 1/2011: 57-71.

Oeye, C., Bjellandb, A., Skorpena, A. & AnderssenbaStord, N. 2009. User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible? University of Bergen, Hordaland, Norway. Nursing Inquiry 16(4): 287-296

Oranen, M. 2007. Lastensuojelun kehittämissuunnitelman osahankeen raportti. Sosiaalija terveysministeriö. Viitattu 24.6.2012. <http://www.sosiaaliportti.fi/File/5a3129ac-bd59-46c7-b95f-379d04d1457c/Osallisuus-raportti%20Oranen.pdf>

Oranen, M. 2009. Sosiaaliportti. Lasten osallisuus. Viitattu 24.6.2012. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/hallinto/lapsenosallisuus/>

Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Schröder, A., Ahlström, G. & Larsson, B. Learning disability and mental health: Patient's perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. 2006. Journal of Clinical Nursing, 15, 93-102. Blackwell Publishing Ltd.

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana - haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Pro gradu. Tampere: Tampereen yliopisto.

Syrjälä, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 22.1.2013. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514280156/isbn9514280156.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valovirta, V. & Hyvönen, J. 2009. Julkisen sektorin innovaatiot ja innovaatiotoiminta. Esiselvitys sektoritutkimuksen neuvottelukunnalle. Helsinki: Opetusministeriö, Sektoritutkimuksen neuvottelukunta. Viitattu 5.5.2013.

http://www.hare.vn.fi/upload/Julkaisut/13135/4574_Setu_11-2009.pdf

Vuori - Kemilä A., Lindroos S., Nevala S. & Virtanen J. 2005. Ihmisen hyvä Etiikka lähihoidotyössä. Helsinki: WSOY.

Välimäki, M. 2004. Potilaan osallistuminen mielenterveystyössä: näkökulmia itsemääräämiseen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3/2004: 253-258.

Walsh, J. & Boyle, J. 2009. Improving Acute Psychiatric Hospital Services According to Inpatient Experiences. A User-Led Piece of Research as a Means to Empowerment. Issues in Mental Health Nursing. Informa Healthcare USA, Inc. 30: 31-38.

Kuviot

Kuvio 1: Tiedonhaku.....	17
Kuvio 2: Tulokset.....	20
Kuvio 3: Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen.....	21
Kuvio 4: Osallisuuden ilmeneminen mielenterveyshoitotyössä	22
Kuvio 5: Työntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutus	25
Kuvio 6: Mielekäs toiminta	27
Kuvio 7: Mielenterveyspotilaan kokemus osallisuuden ilmenemisestä	30
Kuvio 8: Potilaan vaikuttamisen mahdollisuus hoitoonsa	30
Kuvio 9: Hoitosuhde	34
Kuvio 10: Potilaan hyvinvointia tukevat ympäristöt	36

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaun eteneminen

Tietokanta	Hakusanapari	Julkaisuvuosi	Osumat	Valitut osumat
Medic	osall* AND mielenterv*	2002-2013	20	5
Medic	mielenterv* AND kokemuk*	2002-2013	28	3
Medic	psykiatr* AND itsemäär*	2002-2013	8	1
Medic	psykiatr* AND haastat*	2002-2013	67	1
Ebsco Cinahl	participation And psychiatric patients	2002-2013	324	1
Ebsco Cinahl	psychiatric* And patient satisfaction And participat*	2002-2013	72	2

Tietokanta	Hakusanapari	Valitun osuman numero	Valitun osuman nimi
Medic	osall* AND mielenterv*	4/20	Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä
		11/20	Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä : fenomenografinen lähestymistapa
		16/20	Potilaan osallistuminen mielenterveystyössä : näkökulmia itsemääräämiseen
		17/20	Työtoiminnasta tukea kuntoutumiseen ja osallisuuden oikeutta
		20/20	Avotyötoimintaan osallistumisen merkitys psyykkisesti vajaakuntoiselle

Medic	mielenterv* AND kokemuk*	1/28	Mielenterveyskuntoutujien osallistuminen EMILIA-projektin koulutusinterventioihin
		8/28	Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista
		9/28	Yhdessä eteenpäin: kotona asuvien psykoosisairaiden kanssa elävien mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheisten kokemukset tuen saannista
Medic	psykiatr* AND itsemäär*	6/8	Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana
Medic	psykiatr* AND haastat*	4/67	Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa
Ebsco Cinahl	participation And psychiatric patients	5/324	User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible?
Ebsco Cinahl	psychiatric* And patient satisfaction And participat*	4/72	Improving Acute Psychiatric Hospital Services According to Inpatient Experiences. A User-Led Piece of Research as a Means to Empowerment.
		6/72	Activity and participation in psychiatric institutional care

Liite 2. Aineiston luokittelu

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> - Muiden tuki - Ympäristö - Resurssit - Lainsäädäntö - Oikeudenmukainen rajoittaminen - Rajoittavia tekijöitä käytännöt, rutiinomaisuus tai kirjoitetut tai kirjoittamattomat säännöt hoidossa - Työntekijöiden asenteet 	Itsemäärääminen	Osallisuuden ilmeneminen mielen-terveys-hoitotyössä	Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen
<ul style="list-style-type: none"> - Sairautta ja hoitoa koskeva tieto - Ajantasaista - Toistettua - Perustuttava yksilöllisiin tarpeisiin - Lisää luottamusta henkilökuntaan - Itsemääräämisoikeuden osa - Sairauteen, hoitomuotoihin ja selviytymiseen liittyvä tieto tärkeää - Selviytymistä tukevat ratkaisut - Vuorovaikutustaitojen vahvistuminen - Tulevaisuuteen suuntaaminen 	Tiedonsaanti		

<ul style="list-style-type: none"> - Toteutuminen edellyttää työntekijöiltä aktiivisuutta - Teknologia 	Tiedonsaanti	Osallisuuden ilmeneminen mielen-terveys-	Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmene-
<ul style="list-style-type: none"> - Tiedonsaanti - Yksilöllisyys - Tasa-arvo - Potilaan osallistuminen - Potilas täysivalta- - nen ja tasa- arvoinen - Hoitoon ja kuntou- - tukseen liittyvät asiat - Toimiva, vastavuo- - roinen vuorovaikutus - Luottamus - Itsemäärääminen - Näyttöön perustuva- - tieto 	Päätöksenteko	hoitotyössä	
<ul style="list-style-type: none"> - Yksilöllinen - Säännöllinen päivitys - Laaditaan yhdessä potilaan kanssa - Sisältää yleistilan, voimavarat, tarpeet ja tavoitteet - Potilaan toiveet huomioitava - Kuulluksi tuleminen - Tavoitteellisuus - Mielekäs toiminta - Potilas aktiivinen subjekti - Lisää motivaatiota 	Hoitosuunnitelma		
<ul style="list-style-type: none"> - Osallisuuden mah- - dollistaja - Kannustaja - Keinot 	Työntekijän rooli	Työntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutus	

<ul style="list-style-type: none"> - Toiminnan mahdollistaja - Edellytysten luoja - Ystävällinen kohtaaminen - Tasa-arvo - Vastuun jakaminen 	<p>Työntekijän rooli</p>	<p>Työntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutus</p>	<p>Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Vastuu hoidosta - Kaikki eivät halua tai kykene olemaan osallisina - Potilaan fyysinen, psyykkinen vointi, kuntoutumisen vaihe - Oireiden hallinta - Yhteistyö - Mahdollisuus vaikuttaa 	<p>Potilaiden sitoutuminen</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Vaikuttamisen mahdollisuus - Lisää kommunikaatiota - Säännölliset tapaamiset - Avunsaaminen - Satunnaiset tapahtumat - Monipuolinen ohjaus ja tuki - Päivittäinen tuki ja apu - Kuulluksi tuleminen - Rohkaiseminen - Monipuolistettava - Negatiivinen yhteistyökokemus - Itsemääräämisoikeus - Terapeuttinen suhde - Jaettu asiantunti- 	<p>Yhteistyö</p>		

<p>juus</p> <ul style="list-style-type: none"> -Yhteistoiminnallisuus ja dialogi - Ymmärretyksi tuleminen - Asiantuntijälähtöistä - Ammattilaisten kontrolloimaa - Keskustelu 	Yhteistyö	Työntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutus	Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen
<ul style="list-style-type: none"> - Merkitystä elämään - Vahvistaa itseluottamusta - Keskeinen elämänlaadun tekijä - Perusarvo - Suunnitelmallista - Ohjattua - Itsemääräämisen kunnioittaminen - Vaikutusmahdollisuuksien lisääminen - Työn mielekkyys - Yhteisö, itsen ja arjen rakentuminen - Vertaisuus 	Työtoiminta	Mielekäs toiminta	
<ul style="list-style-type: none"> - Vahvistaa kulttuurista ja sosiaalista pääoma - Ilmapiiri - Suunnittelua, tukea ja arviointia - Avoimuutta - Erityistarpeiden huomiointi - Henkikunnan merkitys - Mielenpitojen huomiointi 	Kouluympäristö		

<ul style="list-style-type: none">- Keskeinen elämänsäältä- Ajanjäsentäjä- Päivätoiminta- Kuntoutusyksikössä asuminen- Suunnitelmallisuus- Kehittäminen- Kokonaisvaltaisuus- Yksilöllisyys- Ryhmätoiminta- Rakenteelliset mahdollisuudet- Resurssit- Virkistystoiminta- Vertaistuki	Mielenterveyspalvelut	Mielekäs toiminta	Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	-------------------	------------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> - Hoitoon osallistuminen - Hoidon sisällöstä päättäminen - Mahdollisuus vaikuttaa asioihin - Potilaille tärkeämpää kuin työntekijöille - Tuki motivoi 	<p>Itsemääräämisoikeus</p>	<p>Potilaan vaikuttamisen mahdollisuus hoitoonsa</p>	<p>Mielenterveyspotilaan kokemus osallisuuden ilmenemisestä</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Psykkinen tila hajanainen - Vointi huono - Lisää turvallisuutta - Antaa vaikutelman huolehtimisesta - Kuuluu hyvään hoitoon 	<p>Rajoitteet</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Diagnoosi - Lääkitys - Tutkimustulokset - Sairauden hoitaminen 	<p>Tiedonsaanti</p>		

<ul style="list-style-type: none">- Aikataulut- Sairauden vaikutukset elämässä- Hoitokäytännöt- Riittämätöntä- Hoitoa edistävistä tekijöistä- Lääkäriltä ja hoitajilta- Esitteenä- Kirjallisena- Henkilökohtainen kontakti- Vaihtoehtoiset hoitomuodot- Toiminnot ja aktiviteetit- Sairaala elämä ja toiminnot	Tiedonsaanti	Potilaan vaikuttamisen mahdollisuus hoitoonsa	Mielenterveyspotilaan kokemus osallisuuden ilmenemisestä
<ul style="list-style-type: none">- Yksityiskohdat hoidossa- Hoidon sisältö- Neuvottelu- Hoitosuunnitelma- Hoitoaika- Potilaan näkökulman huomiointi- Avoimuuden pelko- Palveluiden järjestäminen- Perhe ja tärkeät sosiaaliset kontaktit	Hoitotyön päätöksenteko		

<ul style="list-style-type: none"> - Luottamus - Empatia - Keskinäinen kunnioitus - Kuulluksi tuleminen - Vakavasti ottaminen - Kohentaa itsetuntoa - Edistää toipumista - Keskustelu - Ymmärretyksi tuleminen - Nähtävä potilaan kyky muuttua, kehittyä ja mahdollisuudet - Itsenäisyyttä kunnioittavat palvelut - Yhteys toisiin - Kahdenkeskiset keskustelut - Työntekijän sitoutuminen - Ystävällinen henkilökunta 	<p>Terapeuttinen vuorovaikutus</p>	<p>Hoitosuhde</p>	<p>Mielenterveyspotilaan kokemus osallisuuden ilmenemisestä</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ajan antaminen - Keskustelu- mahdollisuudet - Keskusteluaikoja huonosti saatavilla - Hoitajilta toivotaan aktiivisuutta keskusteluaikojen antamiseen 	<p>Kuulluksi tuleminen</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Epäystävällisyys - Perusteettomat kieltävät vastaukset - Työntekijät eivät olleet saatavilla keskusteluun - Loukkaava käytös 	<p>Torjutuksi tuleminen</p>		

<ul style="list-style-type: none"> - Työntekijä ei ota kontaktia - Ei rohkaista - Mielenpitojen ja ehdotusten väheksyminen - Epämiellyttävällä äänensävyllä puhuminen - Sopimaton kielenkäyttö - Työntekijän passiivisuus - Työntekijöiden ylemmyys ja välinpitämätön suhtautuminen - Pakottaminen hoitoon - Alistetuksi tuleminen 	Torjutuksi tuleminen	Hoitosuhde	Mielenterveyspotilaan kokemus osallisuuden ilmenemisestä
<ul style="list-style-type: none"> - Turvallisuuden tunne - Hyvä ilmapiiri - Lääkärin tavoitettavuus - Tiedonsaaminen - Henkilökunnan osaaminen ja ammattitaito - Osaston arvot - Osastojen luonne - Säännöt - Yksityisyys - Rutiinit - Toiminta 	Osasto osallisuutta tukevana toimintaympäristönä	Potilaan hyvinvointia tukevat ympäristöt	

<ul style="list-style-type: none"> - Perhe - Kaveripiiri - Työyhteisö - Mielenterveyspalveluihin liittyvät yhteisöt - Suku - Yhteenkuuluvuuden tunne 	<p>Sosiaaliset lähiympäristöt</p>	<p>Potilaan hyvinvointia tukevat ympäristöt</p>	<p>Mielenterveyspotilaan kokemus osallisuuden ilmenemisestä</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Elämään rytmi ja jatkuvuus - Merkityksellisyyden kokemus - Tarpeellisuuden tunne - Arvokkuuden tunne - Rutiinit - Elämänlaadun paraneminen - Motivoituminen 	<p>Työ- ja koulutusympäristö</p>		

Liite 3. Valitut aineistot

Tutkimuksen tekijät	Tutkimuksen nimi	Julkaisu
Outi Hietala-Paalamaa & Mika Vuorela	Työtoiminnasta tukea kuntoutumiseen ja osallisuuden oikeutta	Kuntoutus 3/2004
Ulla Aspvik & Merja Nikkonen	Avotyötoimintaan osallistumisen merkitys psyykkisesti vajaakuntoiselle	Hoitotiede 3/2002
Leena Lemola	Yhdessä eteenpäin. Kotona asuvien psykoosisairauden kanssa elävien mielenlinterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä kokemukset tuen saannista	Pro gradu - tutkielma Tampereen yliopisto 2008
Kyllikki Syrjäpalo	Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta	Väitöskirja. Oulun yliopisto 2006
Irja Nieminen & Marja Kaunonen	Mielenterveyskuntoutujien osallistuminen EMILIA-projektin koulutusinterventioihin - kuntoutujien ja henkilökunnan kokemukset 10 kk:n seurannan jälkeen	Hoitotiede 1/2011
Minna Laitila & Anna-Maija Pietilä	Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenlinterveys- ja päihde-työssä	Tutkiva hoitotyö 1/2012
Jaana Suhonen	Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana - haastattelututki-	Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto 2007

	mus potilaiden kokemuksista.	
Maritta Välimäki	Potilaan osallistuminen mielenterveystyössä: näkökulmia itsemääräämiseen.	Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3/2004
Liisa Kiviniemi	Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista.	Väitöskirja. Kuopion yliopisto 2008
Minna Laitila	Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa.	Itä-Suomen yliopisto 2010
Jim Walsh & Joan Boyle	Improving Acute Psychiatric Hospital Services According to inpatient experiences. A User-Led Piece of Research as a Means to Empowerment.	Artikkeli tutkimuksesta. Informa Healthcare USA. 2009.
Åsa Daremo & Lena Haglund	Activity and participation in psychiatric institutional care	Artikkeli tutkimuksesta. Linköpingin Yliopisto Ruotsi. Julkaisu Informa UK. 2008.
Christine Oeye, Anne Karen Bjellandb, Aina Skorpna & Norman Anderssen	User Participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible?	Artikkeli tutkimuksesta. Bergenin Yliopisto Norja. Nursing Inquiry 2009.