

☞ Potilaiden ja läheisten osallisuuden edistäminen akuuttipsykiatrian osastoilla – ammattilaisten näkökulma

ANNELI PITKÄNEN

TtT, dosentti, arviointiylihoitaja (emerita)
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

TIINA KORTTEISTO

TtT, ylihoitaja
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Sisätautien vastuualue

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla mielen-terveyspotilaiden ja heidän läheistensä osallisuuden edistämistä akuuttipsykiatrian osastoilla ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimusaineisto kerättiin fokusryhmä-haastatteluina joulukuun 2016 ja maaliskuun 2017 välisenä aikana. Haastatteluihin osallistui neljän sairaanhoitopiirin akuuttipsykiatrian osastojen moniammatillisten työryhmien jäseniä (n=17). Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Ammattilaiset tuottivat runsaasti osallisuutta edistäviä konkreettisia menetelmiä. Potilaan osallisuutta voidaan edistää menetelmillä, jotka liittyvät potilaan kuulemiseen, vastuun antamiseen ja yhteistyössä toimimiseen hänen hoitoonsa liittyen sekä menetelmillä, jotka edistävät potilaan osallistumista osaston toiminnan kehittämiseen. Läheisten kuulemiseen ja läheisille tiedon antamiseen liittyvillä menetelmillä voidaan edistää heidän osallisuuttaan. Tuloksena löytyneitä konkreettisia menetelmiä voidaan hyödyntää potilaiden ja läheisten osallisuutta tukevan käytännönläheisen toimintamallin kehittämiseen. Toimintamallin järjestelmällinen toimeenpano edistäisi potilaiden ja läheisten osallisuutta ja tukisi siten potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista ja yleistä recovery-ajattelua akuuttipsykiatrian osastoilla.

Avainsanat: läheinen, moniammatillisuus, osallisuus, potilas, psykiatrinen hoito

ABSTRACT

Enhancing patients' and family members' involvement in acute psychiatric wards - professionals' perspectives

Anneli Pitkänen, PhD, Adjunct Professor, Nursing Director

Tiina Kortteisto, PhD, Nursing Director

The aim of the study was to describe how to enhance psychiatric patients' and their family members' involvement in acute psychiatric wards from the perspectives of professionals. The data were collected using focus group interviews between December 2016 and March 2017. Members (n=17) of the multi-professional teams working in four hospital districts' acute psychiatric wards participated in the interviews. The data were analysed using inductive content analysis.

The professionals put forward numerous concrete methods for enhancing involvement. Patient's involvement can be enhanced by listening, giving responsibility and by co-operating related to her or his own care as well as by methods which enhance patient's participation in developing ward's practices. Family members' involvement can be enhanced by listening to them and giving them information. The concrete methods found in this study can be utilized for developing a practical model to support patients' and family members' involvement. The systematic implementation of the model could enhance patients' self-determination and overall recovery thinking in acute psychiatric wards.

Key words: family members, multi-professional, patient, patient involvement, psychiatric hospitals

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Akuuttipsykiatrian osastoilla hoidossa olevat potilaat ja heidän läheisensä ovat kiinnostuneita osallisuudesta.
- Akuuttipsykiatrian osastoilla hoidossa olevien potilaiden ja läheisten osallisuuden toteutumisessa on puutteita.

Mitä uutta tietoa tutkimus tuottaa?

- Tutkimus tuottaa tietoa moniammatillisten työryhmien konkreettisista menetelmistä edistää potilaiden ja läheisten osallisuutta akuuttipsykiatrian osastoilla.
- Osallisuuden toteutuminen edellyttää järjestelmällistä konkreettisten menetelmien käyttöönottoa potilaiden hoidossa.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Ammattilaisten esittämiä akuuttipsykiatrian osastohoitoon sovellettavia konkreettisia menetelmiä edistää potilaiden ja läheisten osallisuutta voidaan hyödyntää osallisuutta tukevan toimintamallin kehittämisessä mutta onnistunut implementointi edellyttää käyttöönoton järjestelmällistä johtamista ja ammattilaisten kouluttamista.
- Tutkimusta tarvitaan lisää osallisuutta edistävien konkreettisten menetelmien käytöstä sekä niiden vaikuttavuudesta.

Tutkimuksen lähtökohdat

Mielenterveyspalveluissa on enenevässä määrin noussut esiin recovery-ajattelu (Drake & Whitley 2014). Sen mukaan ihminen voi elää täysipainoista ja mielekästä elämää mielenterveyden häiriöstä tai sen oireista huolimatta (Shepherd ym. 2008). Recovery-ajattelu korostaa itsemääräämisoikeuden ja oman elämän hallinnan tärkeyttä (Shepherd ym. 2008) ja edellyttää mielenterveyspalveluiden käyttäjien osallisuuden huomioimista niin palveluiden kehittämisessä (Matthias ym. 2012, Slade ym. 2012) kuin itse palveluissa (Storm & Edwards 2013, Tse ym. 2015). Vaikka potilaiden ja heidän läheisensä osallisuutta pidetään tärkeänä, ei osallisuudelle ole yhteisesti hyväksyttyä määritelmää (Tambuyzer ym. 2014, Millar ym. 2015), mikä vaikeuttaa osallisuutta edistävien toimintojen implementointia hoitotyöhön (Jørgensen & Rendtorff 2018). Terveysthuollossa asiakkaan osallisuus pitää sisällään oletuksen siitä, että potilas voi osallistua päätöksentekoon ja hänen toiminnal-

laan on jonkinlainen vaikutus palveluprosessiin (Thompson 2007).

Mielenterveyspotilaat ovat kiinnostuneita osallisuudesta omaan hoitoonsa (Bee ym. 2015, Laitila ym. 2018) myös silloin kun ovat vastentahtoisessa hoidossa (Johansson & Lundman 2002). He odottavat omien yksilöllisten tarpeidensa huomioimista hoidon suunnittelussa (Pitkänen ym. 2008), mikä on keskeinen asia osallisuudessa (Dahqvist-Jönsson ym. 2015). Potilaan huono psyykinen vointi (Goodwin & Happell 2008, Solbjør ym. 2013) tai haluttomuus osallistua (Storm & Davidson 2010) voivat olla osallisuuden esteenä kuten myös ammattilaisten kielteiset asenteet potilaiden ja läheisten osallisuutta kohtaan (McCann ym. 2008, Dahqvist-Jönsson ym. 2015). Lisäksi esteenä voi olla esimerkiksi perinteinen toimintamalli, jossa osallisuutta ei pidetä tärkeänä ja resurssien puute (Bee ym. 2015).

Mielenterveyspotilaiden läheiset eivät saa tarvitsemaansa tukea ja tietoa omaistensa sairaalajakson aikana (van de Bovenkamp & Trappenburg 2010, Miller 2017). Myös po-

tilaat toivovat enemmän yhteistyötä ja hoitoneuvotteluja läheistensä kanssa (Pitkänen ym. 2008). Näyttää siltä, että läheisten rooli on vielä selkiintymätön (van de Bovenkamp & Trappenburg 2010). Eassom ym. (2014) tutkimus osoitti, että potilaiden läheisten osallisuuden esteitä ovat mm. organisaatiokulttuuri, ammattilaisten asenteet ja osaamisen vaje, johtamiskulttuuri sekä riittämättömät resurssit.

Aiempien tutkimusten mukaan potilaiden ja heidän läheistensä osallisuutta voidaan edistää tasavertaisella ja aktiivisella yhteistyöllä sekä antamalla heille riittävästi tietoa päätöksenteon tueksi (Goodwin & Happell 2008, Dahlqvist-Jönsson ym. 2015). Lisäksi ammattilaisten asennetta sekä vuorovaikutusta potilaiden ja läheisten kanssa tulee kehittää (Goodwin & Happell 2008). Organisaatioissa tulee myös olla toimintamallit ja rakenteet, jotka tukevat potilaiden ja läheisten osallisuutta (Eassom ym. 2014).

Potilaiden ja läheisten osallisuuden toteutumisessa psykiatrisessa hoidossa on edelleen puutteita (Juhila ym. 2015, Nugteren ym. 2016) ja osallisuuden käytännön toteuttaminen on koettu haastavaksi (John 2017, Jørgensen & Rendtorff 2018). Tarvitaan konkreettisia akuuttipsykiatrian osastohoitoon soveltuvia menetelmiä, jotka edistävät potilaiden ja läheisten osallisuutta. Tässä artikkelissa raportoitava tutkimus on osa neljän sairaanhoitopiirin alueella toteutettua Palveluiden käyttäjien osallisuus mielenterveyspalveluissa -tutkimushanketta, jossa on aiemmin selvitetty haastatteluihin perustuen potilaiden (Laitila ym. 2018) ja heidän läheistensä (Peltola 2017) osallisuutta sekä kyselyaineiston pohjalta ammattilaisten näkemyksiä potilaiden ja heidän läheistensä osallisuudesta (Kortteisto ym. 2018). Tässä artikkelissa raportoidaan ammattilaisilta kerättyä haastatteluai- neistoa, josta on artikkeli koskien ammattilaisten näkemyksiä osallisuuden esteistä ja osallisuutta edistävästä tekijöistä (Kortteisto ym. 2020).

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla mielenterveyspotilaiden ja heidän läheistensä osallisuuden edistämistä akuuttipsykiatrisessa osastohoidossa ammattilaisten näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa osallisuudella tarkoitetaan potilaan/läheisen ja ammattilaisen vuorovaikutusta, jossa potilas/läheinen kokee tulleen kuulluksi, informoiduksi ja olevansa aktiivisena osapuolena päätöksentekotilanteissa (Mukaeltu Tambuyzer ym. 2014, Millar ym. 2015). Tutkimustehtävät: Millaisia mielenterveyspotilaiden osallisuutta edistäviä menetelmiä voidaan käyttää akuuttipsykiatrian osastolla? Millaisia mielenterveyspotilaiden läheisten osallisuutta edistäviä menetelmiä voidaan käyttää akuuttipsykiatrian osastolla?

Menetelmät

Aineiston keruu ja tutkimukseen osallistujat

Tutkimusaineisto kerättiin neljän sairaanhoitopiirin akuuttipsykiatrian osastojen moniammatillisten työryhmien jäseniltä. Aineisto kerättiin fokusryhmä-haastatteluin joulukuun 2016 ja maaliskuun 2017 välisenä aikana. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä oli kontaktihenkilö, joka rekrytoi harkinnanvaraisella otannalla ammattilaisia siten, että haastatteluryhmä koostui eri ammattiryhmien edustajista useammalta osastolta. Fokusryhmät toteutettiin kunkin sairaalan tarjoamassa tilassa ja työajalla. Haastatteluihin osallistui kaksi ryhmähaastatteluihin perehtynyttä tutkijaa, joista toinen tutkija (AP) johti haastatteluja ja toinen tutkija (TK) toimi tarkkailijana ja teki tarvittaessa täydentäviä kysymyksiä. Kaikki haastattelut vietiin läpi etukäteen laaditun haastattelurungon pohjalta. Haastattelut aloitettiin kertomalla tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimuksessa käytettävästä osallisuus-käsitteen määrittelystä sekä haastattelun nau-

hoittamisesta. Tämän jälkeen osallistujat al-lekirjoittivat tietoisien suostumuksen ja täy-ttivät haastateltavan taustatietoja koskevan ky-selylomakkeen. Haastattelujen teemat olivat potilaan osallisuuden edistäminen akuut-tipsykiatrian osastolla ja läheisten osallisuu-den edistäminen akuuttipsykiatrian osastol-la. Lyhin haastattelu kesti tunti 20 minuuttia ja pisin tunti 45 minuuttia. Osallistujat kes-kustelivat aktiivisesti ja yhteisymmärryses-sä kaikissa fokusryhmissä.

Neljään ryhmähaastatteluun osallistui kaikkiaan 17 ammattilaista (neljä lääkäriä, kaksi psykologia, neljä sosiaalityöntekijää, kuusi sairaanhoitajaa, mielenterveyshoitaja). Ryhmissä oli neljä tai viisi osallistujaa ja jo-kaisessa ryhmässä oli lääkäri-, sairaanhoita-ja- ja sosiaalityöntekijä. Osallistujista viisi oli miehiä ja 12 naisia ja heidän keski-ikänsä oli 43 vuotta. Haastateltavilla oli työkoke-

musta psykiatrialta yhdestä 33 vuoteen (ka.15) ja akuuttipsykiatrialta yhdestä 25 vuoteen (ka. 11).

Aineiston analyysi

Nauhoitettu aineisto litteroitiin sanatarkas-ti Word-ohjelmaan huomioiden vain sanalli-set ilmaisut. Kaikkiaan litteroitua aineistoa kertyi 69 sivua (riviväli yksi, fontti New Times Romain 2). Aineisto analysoitiin aineistoläh-töisellä sisällönanalyysillä (Graneheim & Lundman 2004, Polit & Beck 2010). Analy-yysikkönä oli sana, lause tai lauseen osa. Molemmat tutkijat lukivat aineiston useaan kertaan läpi kokonaiskuvan hahmottamiseksi. Tämän jälkeen toinen tutkija etsi tutkimus-tehtäviin vastaavat alkuperäisilmaisut ja siir-si ne Excel-ohjelmaan. Seuraavassa vaihees-sa tutkija pelkisti alkuperäisilmaisut säilyttä-

Taulukko 1. Esimerkki analyysin etenemisestä.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<i>Ja varmaan iban konkreettisesti vaan sitä et miltä tää tuntuu nyt ajatuksena, mitä tunteita tää berättää ja mitä sä toivoisit. (Sairaanhoitaja, 1/2.)</i>	Kysytään potilaan näkemyksistä, tuntemuksista ja toiveista. (Sairaanhoitaja, 1/2.)	Potilaan näkemysten kysyminen hoitoonsa liittyen	Potilaan kuuleminen hoitoonsa liittyen
<i>... ja kyllä sitä oman potilaan kanssa käy niitä asioita läpi et mitä hän on suunnitellu lomalla tekevänsä ja missä aikoo käydä. (Mielenterveyshoitaja, 1/1.)</i>	Kysytään potilaalta mitä hän on suunnitellut tekevänsä kotiharjoittelun aikana (Mielenterveyshoitaja, 1/1.)		
<i>Mut kyl mä aattelen et sit jos pubutaan ... mitä potilas ajattelee mitä osastolla pitä-s tapabtua että pärjää kotona niin kyllä siinä on, se on niiku tietyllä lailla semmonen asia mitä pitää muistuttaa itellensä et se potilas olis niiku sen oman elämänsä asiantuntija kuitenkin... et siiben pysähtyminen että mitä sä ite ajattelet ja mikä se olis niiku sun mielestä se tärkein asia tässä. (Lääkäri, 2/3.)</i>	Potilaan mielipiteen kysyminen häntä koskevissa asioissa (Lääkäri, 2/3.)		
<i>Just monesti kysytään et mikä on aikaisemmin kiinnostanut potilasta missä hän itse kokee olevansa hyvä omat voimavarat. Osastohoidon aikana mä pyrin potilaan kanssa miettimään et missä hän on hyvä ja sit tekee niitä asioita missä on hyvä niiku nytkin ja sillä voi olla oma merkityksensä (Psykologi, 4/2.)</i>	Kysytään potilaan aiemmat kiinnostuksen kohteet ja missä ollut hyvä ja mietitään niiden pohjalta mitä tekisi osastohoidon aikana (Psykologi, 4/2.)		

en mahdollisimman tarkasti alkuperäisilmaisun termit, ryhmitteli värejä ja korostuksia hyödyntäen samankaltaiset pelkistetyt ilmaisut alaluokiksi ja nimesi ne sisältölähtöisesti. Seuraavassa vaiheessa tutkija ryhmitteli alaluokat edelleen sisältöjen perusteella yläluokkiin ja nimesi ne sisältöä kuvaavasti. Toinen tutkija perehtyi Excel-ohjelmassa näkyvässä olevaan analyysiprosessiin vaiheittain ja kommentoi analyysin toteutusta, jonka pohjalta analyysia muokattiin kunnes yhteinen näkemys saavutettiin.

Tulokset

Fokusryhmissä esiin tulleet konkreettiset menetelmät jakaantuivat analyysivaiheessa kahteen teemaan: potilaan osallisuuden edistäminen ja läheisten osallisuuden edistäminen.

Potilaan osallisuuden edistäminen

Potilaan osallisuutta edistäviä konkreettisia menetelmiä ovat: Potilaan kuuleminen, potilaalle vastuun antaminen, potilaan kanssa yhteistyössä toimiminen ja potilaan osallistuminen osaston toiminnan kehittämiseen.

Potilaan kuuleminen hoitoonsa liittyen ilmeni aineistossa potilaan näkemysten kysymisenä, niiden kirjaamisena potilaskertomukseen ja hyödyntämisenä hoidossa sekä potilaan läsnäolona päätöksentekotilanteissa. Potilaan *näkemysten kysymisessä* korostui osastohoidon alkuvaihe, jolloin potilaalta kysytään hänen ongelma-alueistaan ja hoidolle asettamista tavoitteista ja keskustellaan niistä ennen hoitosuunnitelman laadintaa. Potilaan osallisuutta tuetaan antamalla hänelle heti hoitajakson alussa lomake, johon hän voi kirjata keskeiset ongelma-alueet ja tavoitteet. Potilaan näkemyksiä kysyttäessä, kysymysten tulee olla konkreettisia ja helposti ymmärrettäviä. Näkemysten kysyminen myös vastentahtoisen tilanteen jälkeen on tärkeää. Potilaan osal-

lisuutta voidaan edistää *kirjaamalla* hänen näkemyksensä hoitokertomukseen, jolloin tieto on kaikilla potilasta hoitavilla ammattilaisilla käytettävissä niin osastolla kuin jatkohoitopaikassa. Lisäksi *potilaan näkemyksiä tulee hyödyntää* akuuttipsykiatrian osastohoidossa. Potilaan osastohoidon alkuvaiheessa kirjaamia ongelma-alueita ja tavoitteita hyödynnetään keskustelemalla niistä hoitoneuvotteluissa ja hänen kiinnostuksen kohteensa arjessa pyritään ottamaan osaksi hoitosuunnitelmaa. Mikäli potilas on laatinut psykiatrisen hoitotahdon, tutustutaan siihen hänen sairaalaan tulovaiheessa. Potilaan kuuleminen edellyttää, että hänelle mahdollistetaan *läsnäolo kaikissa häntä koskevissa päätöksentekotilanteissa*. Erityisesti tärkeänä pidettiin potilaan läsnäoloa koko hoitoneuvottelun ajan.

”Se olis tärkeätä et siitä (= hoitosuunnitelma) keskusteltas jo aikaisemmin (= ennen hoitosuunnitelman laadintaa) ja iban raubassa ja et siihen palataan useampaan kertaan kun nähdään.” (Lääkäri, 2.3.)

”Epikriisienkin merkittävyys myös, että mitenkä siihen saa keskeisiä juttuja myös potilaan näkökulmasta ja niitä hänen omia toiveitaan ja sitä yhteistä suunnitelmaa välitettyä mikä on potilaan kanssa tehty.” (Psykologi, 4.2.)

”...jos potilas on barrastanut liikuntaa ja se on ollut tärkeää, voidaan se ottaa osaksi kuntoutussuunnitelmaa.” (Psykologi, 4.2.)

”Kyl sen enemmän tätä päivää pitäis olla et potilas on aina mukana tilanteissa, joissa tehdään päätöksiä häntä koskien, minkälaisia vaan.” (Sairaanhoitaja, 4.3.)

Potilaan osallisuutta voidaan edistää **antamalla hänelle vastuuta omassa hoidossaan**. Potilaalle vastuun antaminen omassa hoidossaan jakautui analyysissa neljään ala-

kategoriaan: tiedon antaminen päätöksenteon pohjaksi, vastuun antaminen päätöksenteossa, potilaan aktiivinen osallistuminen hoitoneuvottelussa ja vastuun antaminen konkreettisten asioiden hoitamisessa. Potilaalle vastuun antaminen omassa hoidossaan edellyttää, että hänelle *annetaan tietoa päätöksenteon pohjaksi*. Potilaan sairautteen ja hoitoon liittyvän tiedon lisäksi häntä tulee informoida oikeuksistaan, erilaisista palveluista ja etuuksista. *Vastuun antaminen päätöksenteossa* potilaalle lisääntyy potilaan psyykkisen voinnin parantumisessa. Monet potilaat ovat ammattilaisten mukaan akuuttipsykiatrian osastoilla hoidon alkuvaiheessa hyvin huonokuntoisia ja vastuun antaminen päätöksenteossa ei aina ole mahdollista. Tilanteita, joissa potilaalle annetaan vastuu päätöksenteosta ovat esimerkiksi potilaan mahdollisuus päättää omalta osaltaan mistä haluaa keskustella hoitoneuvotteluissa tai millaiset tavoitteet hän haluaa asettaa osaston ryhmähoitoihin osallistumiseen. Yksi menetelmä, jota käytetään päätöksentekotilanteissa, on tarjota potilaalle vaihtoehdot, joista hän voi valita oman näkemyksensä mukaan parhaan vaihtoehdon. Ammattilaiset kuvasivat esimerkiksi tilanteen, jossa levoton potilas voi valita hoitajan kanssa keskustelun tai hiljentymishuoneeseen menon. *Potilaan aktiivinen osallistuminen hoitoneuvotteluissa* ilmeni aineistosta potilaan mahdollisuutena tuoda itse esiin asioitaan. Potilas esimerkiksi voi informoida läheisten tapaamisessa läheisille hoitosuunnitelmastaan, mikäli läheiset eivät ole olleet paikalla suunnittelutilanteessa tai kun potilaan varomerkit on määriteltä, hän alustaa niistä läheisten tapaamisessa. Potilaan osallisuutta edistetään myös antamalla hänelle *vastuuta omaan hoitoonsa liittyvistä konkreettisista asioista* kuten yhteydenotoista avohoitoon osastohoidon aikana. Eräänä menetelmänä nousi haastattelussa esiin hoitosuunnitelman allekirjoittaminen, jolloin allekirjoittajina toimivat potilas ja häntä hoitava lääkäri. Lisäksi kuvat-

tiin psykiatrisen hoitotahdon laatimista, johon potilas on kirjannut psykiatriseen hoitoonsa liittyvät toiveet etukäteen ohjaamaan ammattilaisia antamaan hänen toiveidensa mukaista hoitoa.

”Mutta se on varmaan se mibin me ollaan joskus parhaimmillaan päästy, mutta et siin niiku vois ajatella, että potilas oikeesti tekee päätöksiä jonkun oikeen informaation perusteella mutta valitettavan harvoin se tilanne on näin.” (Sairaanhoitaja, 3/4.)

”Tavoite on et ku potilas toipuu niin ensin hän tietysti pystyy osallistumaan kaikenlaisiin pieniin päätöksiin ja näin päin pois ja tavallaan sit se kyky ottaa niiku omaa tilannettaan realistisella tasolla haltuun niin sehän niiku toivon mukaan laajenee tai paranee.” (Lääkäri, 3.1.)

”Musta se on ollut aika hyvä kokeilu et potilaan kans ku on ensin varomerkit määriteltä ja x (jotain muutakin tehty) niin sit tavataan läheiset ja potilas sit kertoo, hän alustaa et mitä ne ovat ja mitä hän itse ajattelee et miten ne näkyvät se.” (Psykologi, 4/2.)

”Itelle joskus sellanen yllätys just tää. et miten hyvin potilaat tai niinku kun potilaat ite hoitaa näitä asioita, soittaa esimerkiksi avohoitoon, niin miten hyvin se sit itseasiassa onnistuukaan.” (Sairaanhoitaja 2.2.)

Potilaan kanssa yhteistyössä toimiminen ilmeni haastateltavien kuvauksissa potilasta osallistavien toimintamallien käyttönä, päätösten tekemisenä yhdessä ja asioiden hoitamisena yhdessä. Jaettu päätöksenteko, dialektinen käyttäytymisterapia, motivoiva haastattelumenetelmä ja Safe wards -malli ovat aineiston perusteella *potilasta osallistavia hoitomalleja*. *Potilaan kanssa tehdään yhdessä päätöksiä* hoitosuunnitelmaneuvoituissa ja koko hoitajakson ajan. Potilaan

osallisuutta edistetään tekemällä mahdollisimman konkreettisia sopimuksia yhdessä hänen kanssaan. Ryhmähoidoissa ryhmän tavoitteet asetetaan yhdessä ryhmään osallistuvien potilaiden kanssa. Yhteistyössä toimiminen ilmeni myös *yhdessä potilaan kanssa tehtävinä asioina*. Esimerkiksi potilaan viikko-ohjelman laatiminen, yhteydenotto läheisiin ja asiointipuhelut voidaan tehdä yhdessä potilaan kanssa silloin kun hän ei vielä itsenäisesti pysty asioimaan hoitamaan.

”Yksihän mikä tietysti tuli vielä tässä mieleen et ku meillä (=osastolla) on tällainen hoitoideologia vai miks sitä sanois tätä DKT-malli, että sehan aika pitkälle perustuu osallistamiseen.” (Sairaanhoitaja, 2/2.)

”Ne (= konkreettiset sopimukset) on sellaisia ihan pieniä, et mä sovin sen potilaan kanssa et mitä asioita lähdetään selvittämään ja hoitamaan.” (Sosiaalityöntekijä, 1.3.)

”Sitten ihan semmonenkin pieni asia et jos vaikka soittaa Kelalle, niin sen voi tehdä yhdessä sen potilaan kanssa kaiuttimen kautta. Vaikka hän ei sano siinä välttämättä yhtään mitään mut hän on siinä mukana siinä.” (Sosiaalityöntekijä, 1.3.)

Potilaan osallistumiseksi osaston toiminnan kehittämiseen häneltä kysytään näkemyksiä osaston toiminnasta ja niitä hyödynnetään osaston toiminnassa. *Potilaan näkemyksiä osaston toiminnasta kysytään potilaiden ja henkilökunnan yhteisissä kokouksissa. Potilaiden kanssa keskustellaan osaston toimintaan liittyvistä kokemuksista sekä kysytään heidän toiveitaan ja odotuksiaan. Lisäksi he voivat antaa osaston toimintaan liittyvää palautetta kirjallisesti. Potilaan näkemyksiä hyödynnetään osaston toiminnan kehittämisessä* laatimalla yhdessä potilaiden kanssa osaston toimintaan liittyviä sopimuksia. Konkreettisena esimerkkinä ammattilaiset kuvasivat Safe wards

-hoitomalliin liittyen yhdessä potilaiden kanssa tehtyjä osaston sääntöjä/toiveita ja potilaiden osastohoidon päättyessä tuleville potilaille jättämiä viestejä osaston seinällä olevaan ”kotiutuspuuhun”. Kokemusasiantuntijoita, joilla on omaa kokemusta potilaan roolista, voidaan pyytää hoitoryhmän ensimmäiselle kerralle kertomaan ryhmästä tai osastolla työskentelee kokemusasiantuntijoita, joiden kanssa potilaat voivat haakeutua keskustelemaan. Kokemusasiantuntijat voivat myös toimia asiantuntijoina osaston henkilökunnan kehittämissäpäivissä.

”Jokaisella (=potilaalla) on mahdollisuus tuoda se oma juttunsa siihen meidän aamukokoukseen, et tämmösessä isomassa foorumissa mahdollisuus vaikuttaa koska vois kuvitella, että siinä enemmän tulee sellanen vaikuttamisen tunne, kun sä kerrot sen (=toiveen) isolle ryhmälle.” (Sairaanhoitaja, 2.2.)

”Me tehtiin potilaiden kanssa yhdessä osaston säännöt, kyllä. Ja ne on sitten jokaiselle potilaalle erikseen annettu ja ne löytyy seiniltä sieltä joka puolelta ja ne on tosiaan hoitajat ja potilaat tehny yhdessä.” (Mielenterveyshoitaja, 1.1.)

Läheisten osallisuuden edistäminen

Läheisten osallisuuden edistäminen akuuttipsykiatrian osastolla ilmenee läheisten kuulemisena ja läheisille tiedon antamisena. **Läheisten kuuleminen** sisältää yhteistyösuhteen luomisen sekä heidän näkemystensä kysymisen potilaan hoitoon liittyen ja niiden kirjaamisen. Läheisten kuuleminen tulee aloittaa heti potilaan hoitajakson alkaessa *luomalla beihin yhteistyösubde*. Koska läheisiin voidaan olla yhteydessä vain potilaan luvalla, kysytään potilaalta heti osastojakson alussa lupa. Mikäli potilas kieltää yhteistyön läheisten kanssa pyritään selvittämään syy ja miettimään potilaan kanssa olisiko kuitenkin

mahdollisuus aloittaa yhteistyösuhde hänen toivomissaan rajoissa. Yhteistyösuhteen luomisen tulee olla aktiivista ja siihen kuuluu myös läheisten huomioiminen aina kun he käyvät osastolla. Yhteistyösuhteen luomista edistää, jos läheiset voivat päättää milloin tapaamiset ovat ja jos heti potilaan hoitojakson alussa tehdään suunnitelma tapaamisajoista. Mikäli läheiset eivät käy osastolla, ollaan heihin yhteydessä puhelimitse. Tärkeää on, että yhteistyösuhde kestää potilaan koko hoitojakson ajan. *Läheisten näkemysten kysyminen potilaan hoitoon liittyen* on osa heidän kuulemistaan. Läheiset kutsutaan mukaan potilaan hoitoneuvotteluihin, joissa heille annetaan mahdollisuus sanoa mielipiteitään ja tehdä kysymyksiä hoitaville henkilöille. Hoitojakson alkuvaiheessa hoitoneuvottelussa omaisten osallisuutta edistetään ensisijaisesti kysymällä heidän näkemyksiään potilaan selviytymisestä arjessa ennen sairaalaan tuloa ja keskustelemalla sairaalaan tuloon liittyvistä asioista. Hoitojakson aikana läheisiltä kysytään erityisesti näkemystä siitä, miten potilaan kotilomat ovat sujuneet. Läheisten osallistuminen hoitojakson loppuvaiheen hoitoneuvotteluun mahdollistaa potilaan jatkohoidon suunnittelun yhdessä läheisten kanssa. Läheisten kuuleminen sisältää myös *heidän näkemystensä kirjaamisen potilaan hoitoon liittyen*. Kirjaukset tehdään potilaan hoitokertomukseen. Perhehoitotyöstä tulee kirjata myös hoitotyön yhteenvetoon, jotta jatkohoitoa paikka saa tiedon läheisten näkemyksistä.

”Tollasta tilannetta voi joskus edistää, sillä että niinku käydään läpi miksi niihin (=läheiset) ei saa olla yhteydessä ni voi käydä ilmi, että siellä on vaan joku yksittäinen asia mistä ei saa puhua ja jos sit sovitaan, että tästä ei puhuta ja kaikesta muusta keskustellaan niin sitten omaiset pystyy paremmin olemaan mukana siinä.” (Lääkäri, 1/4.)

”Ja nimenomaan se omaisten näkemys siitä niinku potilaan toiminnasta siinä arjessa on mielenkiinnolla tietysti haluttu kuulla.” (Sosiaaliryöntekijä, 3.3.)

”Sitte niinku hoitosuunnitelman puolella sieltä niinku löytyy osio omaisista, jobon kirjataan sitten perheeseen liittyvä hoitotyö ja semmoinen et se on varmaan yks keino et se perhe ja omaiset löytyy sieltä hoitosuunnitelmasta.” (Sairaanhoitaja, 2/2.)

Läheisille tiedon antaminen edistää heidän osallisuuttaan. Tietoa läheisille annetaan niin potilaan hoitoon kuin vertaistoimintaan liittyen. Läheisten osallisuutta edistetään hoitoneuvotteluissa antamalla heille *tietoa potilaan hoitoon liittyen*. Tärkeä yksittäinen menetelmä on tiedon antaminen läheisille siitä, että potilas on laatinut psykiatrisen hoitotahdon. Läheisille annetaan myös tietoa FinFamin järjestämästä vertaistoiminnasta. Heille jaetaan osastolla materiaalipaketti ja *ohjataan vertaistoimintaan*.

”... hoitoneuvottelussa kerrotaan mitä me on löydetty ja mitä tässä olisi viisasta tehdä ja mikä olis ehdottomasti tarpeen ja mikä ei oo sitten niin tarpeen ja näin.” (Lääkäri, 3/1.)

”Me tavataan kyllä kaikki perheet ja heitä ohjataan sit niinku tobon FinFamin toimintaan... sielt saa sillain vertaistukee ja täältä saa taas niinku mitä tässä hoitossa tapahtuu.” (Sairaanhoitaja, 3.4.)

Pohdinta

Tulosten tarkastelua

Tutkimuksessa etsittiin mielenterveystyön ammattilaisten käytössä tai tiedossa olevia konkreettisia menetelmiä potilaiden ja läheisten osallisuuden edistämiseen akuuttipsykiatrisen osastoilla. Tulosten perusteella potilaiden ja läheisten osallisuutta voi-

daan edistää monin konkreettisin menetelmin. Keskusteluissa todettiin, että useimmat näistä menetelmistä ovat osin käytössä joillakin osastoilla tai ammattilaisilla, mutta järjestelmällisempi käyttöönotto vaatisi syvällisempää potilaiden ja läheisten osallisuuden edistämiseen paneutumista, ammattilaisten järjestelmällistä kouluttamista ja heidän sitoutumistaan osallisuutta tukevien toimintatapojen käyttöön. Samansuuntaisia näkemyksiä on esitetty aiemmin (Eassom ym. 2014, Bee ym. 2015).

Tulosten mukaan potilaan kuuleminen hänen hoitoonsa liittyen on keskeistä potilaan osallisuuden edistämiseksi. Myös Millar ym. (2015) käsitteanalyysi osoitti, että potilaan näkemysten hankkiminen on keskeinen osallisuuden osatekijä. Been ym. (2015) tutkimukseen osallistuneet ammattilaiset korostivat samansuuntaisesti hoidon suunnittelua potilaan osallisuuden osatekijänä. Samoin akuuttipsykiatrian osastoilla olevat potilaat ovat toivoneet, että heidän kanssaan keskustellaan heidän yksilöllisistä tarpeistaan hoitoa suunniteltaessa (Pitkänen ym. 2008). Mikäli potilaan toiveet ja hoidon tarpeet eivät ole tiedossa, ei osallisuus toteudu (Newman ym. 2015). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilaan osallisuutta voidaan edistää myös vastentahtoisten toimenpiteiden yhteydessä keskustelemalla potilaan kokemuksista vastentahtoisen toimenpiteen jälkeen. Potilaat kuitenkin toivoivat, että heidän näkemyksensä kuultaisiin myös vastentahtoisten toimenpiteiden aikana (Kontio ym. 2012). Tässä tutkimuksessa ammattilaiset pitivät tärkeänä potilaan läsnäoloa päätöksentekotilanteissa ja erityisesti hoitoneuvotteluissa. Myös mielenterveyspotilaat haluavat osallistua keskusteluun, jossa tehdään heidän hoitoaan koskevia päätöksiä (Dahlqvist-Jönsson ym. 2015, Laitila ym. 2018).

Tutkimuksen tulosten mukaan potilaan osallisuutta edistää, jos hänelle annetaan vastuuta omassa hoidossaan. Vastuun antaminen edellyttää samalla tiedon antamista,

jonka pohjalta potilas voi tehdä päätöksiä. Tietoon perustuva päätöksenteko on keskeinen osallisuuden osatekijä (Millar ym. 2015). Tilanteissa, joissa ammattilainen arvioi, että potilas ei tunne kykenevänsä osallistumaan päätöksentekoon, hän pyrkii yleensä vain informoimaan potilasta sairaudesta ja hoidosta (Jørgensen & Rendtorf 2017). Mikäli potilas ei saa riittävästi tietoa vaihtoehdoista, hän joutuu mukautumaan ammattilaisten esittämään vaihtoehtoon (Dahlqvist-Jönsson ym. 2015). Aiemmat tutkimukset ovat tuoneet esiin, että mielenterveyspotilaat eivät koe saavansa riittävästi tietoa (Pitkänen ym. 2008, Laitila ym. 2018). Saattaa olla, että Newman ym. (2015) kirjallisuuskatsauksessaan esiin nostama ammattilaisten vallankäyttö ja potilaiden valinnanmahdollisuuksien puute selittävät osaltaan potilaiden kokemaa tiedon puutetta. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilaan kanssa keskustelu ennen hoitosuunnitelmaa on tärkeää potilaan tiedonsaannin kannalta ja lisäksi se auttaa potilasta valmistelemaan kysymyksiä hoitoneuvottelua varten. Hoitoneuvottelutilanteessa potilaalle tulee antaa tietoa päätöksenteon pohjaksi kuten on aiemminkin esitetty (Eassom ym. 2014, Dahlqvist-Jönsson ym. 2015).

Tulosten mukaan potilaan kanssa yhteistyössä toimiminen edistää potilaan osallisuutta. Yhteistyöhön perustuvista, potilaiden osallisuutta edistävästä hoitomalleista dialektinen käyttäytymisterapia, motivoiva haastattelumenetelmä ja Safe wards -malli olivat jonkin verran käytössä joissain tutkimusorganisaatioissa. Jaettu päätöksenteko -malli tuli esiin yhdessä organisaatioissa, jossa yksi haastateltava oli kuullut mallista koulutuksessa. Potilaan osallisuuden näkökulmasta kansainvälinen kiinnostus on kohdistunut erityisesti potilaan osallisuutta parantamaan kehitettyyn Jaettu päätöksenteko -malliin. Mallin mukaan vähintään kaksi osapuolta (potilas ja ammattilainen) ovat vuorovaikutuksessa jakaen tietoa ja mielipiteitä potilaan hoitoon liittyen, keskustel-

len potilaan tarpeista ja toiveista sekä ammattilaisen tiedoista ja vastuista. Molemmat osapuolet hyväksyvät yhteisen päätöksentekoprosessin pohjalta syntyneen suunnitelman. (Matthias ym. 2012, Tambuzyer ym. 2014.) Näyttää siltä, että hoitomallit, joiden avulla voitaisiin edistää mielenterveyspotilaan osallisuutta, ovat Suomessa vasta tulollaankuuttipsykiatrian osastoille. Tuloksen perusteella potilaan osallisuutta voidaan edistää tekemällä hoitoneuvottelun pohjalta yhdessä potilaan kanssa konkreettiset sopimukset ja laatimalla sekä allekirjoittamalla hoitosuunnitelma. Myös mielenterveyspotilaat ovat tuoneet esiin kirjatun ja allekirjoitetun hoitosuunnitelman tarpeen (Dahlqvist-Jönsson ym. 2015).

Osastoyhteisön päivittäisessä toiminnassa potilaiden osallisuutta voidaan edistää kysymällä potilaiden toiveita ja odotuksia sekä keskustelemalla heidän kokemuksistaan myös osaston toimintaan liittyen. Potilaiden esiin tuomia näkemyksiä voidaan hyödyntää osaston toimintaa kehitettäessä. Keskusteluissa nousi esille myös kokemusasiantuntijoiden ottaminen mukaan osaston toimintaan. Gillard ym. (2013) tutkimuksen mukaan kokemusasiantuntijoiden työskentelystä mielenterveyspalveluissa näyttäisi olevan monia hyötyjä kuten potilaiden hoitoon sitoutumisen vahvistuminen sekä ammattilaisten tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen.

Läheisten osallisuutta koskeva aineisto jäi melko niukaksi. Aineiston niukkuutta saattaa selittää se, että läheisten osallisuus toteutuu vielä heikosti psykiatrisessa hoidossa (Eassom ym. 2014, Nugteren ym. 2016). Ammattilaiset kokevat osallisuuden käytännön toteuttamisen haasteelliseksi (John 2017, Jørgensen & Rendtorff 2018). Haastatellut ammattilaiset pitivät läheisten osallisuutta akuuttipsykiatrian osastolla tärkeänä, mutta toivat esiin Schuster ym. (2020) tutkimuksen tuloksen mukaisesti, että yksittäisten ammattilaisten välillä on eroa siinä, miten läheisten osallisuuteen suhtaudutaan.

Tulosten mukaan läheisten osallisuutta voidaan edistää akuuttipsykiatrian osastolla heitä kuulemalla. Jotta läheisten kuuleminen mahdollistuu, tulee heihin luoda yhteistyösuhde. Yhteistyösuhteen luominen heti hoitajakson alussa on tärkeää, sillä mielenterveyspotilaiden läheiset ovat kokeneet kielteistä suhtautumista ammattilaisten osalta vähentäen heidän halukkuuttaan yhteistyöhön (Wilkinson & McAdrew 2008, Ewertzon ym. 2010). Ammattilaiset painottivat läheisten osallistumista hoitoneuvotteluihin erityisesti potilaan hoitajakson alku- ja loppuvaiheessa. Samansuuntaisen näkemyksen esittävät Schuster ym. (2020), joiden mukaan läheisten pitää olla hoitoneuvottelussa läsnä vähintään potilaan sairaalaan tulo- vaiheessa ja hoitajakson loppuvaiheessa. Myös potilaat toivovat, että akuuttipsykiatrian osastolla olisi enemmän neuvotteluja läheisten kanssa (Pitkänen ym. 2008), sillä potilaat kokevat usein läheisten läsnäolon helpottavan omaa osallistumistaan (Giacco ym. 2017). Hoitoneuvottelut ovat tilanteita, joissa potilaan läheiset voivat tuoda näkemyksiään esille. Läheisten läsnäolon päätöksentekotilanteissa on todettu tuovan päätöksentekoon uutta tietoa (Giacco ym. 2017), joka tulee hyödyntää potilaan hoidossa (Wilkinson ym. 2008, Giacco ym. 2017). Tässä tutkimuksessa ammattilaiset kuvasivat läheisiltä saadun tiedon kirjaamisesta, mutta eivät esittäneet konkreettisia menetelmiä siihen millä tavoin läheisten antamaa tietoa voitaisiin hyödyntää. Lisäksi läheisten osallisuutta voidaan tulosten mukaan edistää antamalla heille tietoa vertaistoimintaan liittyen. Myös läheiset toivovat saavansa tietoa vertaistuesta (Peltola 2017).

Tutkimuksen eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettisessä toimikunnassa (R16123H) ja tutkimusluvut saatiin jokaisesta tutkimusorganisaatiosta. Tutkimuk-

seen haettiin vapaaehtoisia psykiatrisilla osastoilla työskenteleviä ammattilaisia. Haastateltaville annettiin ennen haastattelun alkua tietoa tutkimuksesta, kerrottiin vapaaehtoisuudesta, mahdollisuudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen ja pyydettiin lupa haastattelun nauhoittamiseen. Aineisto kerättiin, analysoitiin ja raportoitiin kahden laadullisiin tutkimusmenetelmiin perehtyneen tutkijan yhteistyönä. Toisen tutkijan työskentely vuosia aiemmin yhdessä tutkimusorganisaatiossa tiedostettiin ja haastattelussa kiinnitettiin erityistä huomiota haastateltavien näkökulman esiin saamiseen. Tutkimusaineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti ja raportoitiin siten, että yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa (TENK 2012).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudessa on kyse siitä, miten uskottava ja todellisuutta vastaava aineisto on ja miten aineistoa vastaavasti tutkijat ovat kyenneet analysoimaan ja raportoimaan tulokset (Polit & Beck 2010, Kyngäs ym. 2011). Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin neljän kriteerin perusteella: uskottavuus, reflektiivisyys, vahvistettavuus ja siirrettävyys (Lincoln & Cuba 1985). Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa osallistujien vähintään vuoden työkokemus akuuttipsykiatrian osastoilta ja kaikkien haastatteluryhmien moniammatillisuus. Tutkimukseen osallistujat haettiin neljän eri sairaanhoitopiirin akuuttipsykiatrian osastoilta. Osallistujien määrä vaihteli neljästä viiteen per ryhmä ollen metodisesti riittävä (Kitzinger & Barbour 1999). Haastattelutilanteissa haastateltavat toivat spontaanisti esiin omia näkemyksiään ja keskustelu oli vilkasta. Läheisten osalta aineisto jäi kuitenkin melko niukaksi mikä saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Lisäksi luotettavuutta saattaa vähentää se, että tutkijoilla ei ollut jälkikäteen mahdollisuutta esittää lisäkysymyksiä. Tutkijoilla on pitkä kokemus tutkimuksesta niin haastattelijana toimimisesta kuin analysoinnista ja raportoinnista. Reflektiivisyyden vahvistamiseksi tutkijat

ovat tehneet tutkimuksen mahdollisimman objektiivisesti, huomioiden niin haastattelutilanteissa, analysoidessa kuin raportoidessa omat tutkittavaan ilmiöön liittyvät ennakkokäsitykset. Toisen tutkijan pitkä kokemus psykiatrisesta sairaalahoidosta on luonut esiyymmärrystä tutkimusilmiöön, mikä helpotti aineiston analyysia. Tutkijan esiyymmärryksen vuoksi aineistoa analysoitaessa on kiinnitetty erityistä huomiota aineistolähtöisyyteen. Tutkimuksen vahvistettavuutta lisää tutkijoiden välinen dialogi analyysivaiheessa. Analyysiin on otettu mukaan kaikki tutkimustehtävien kannalta oleellinen tieto ja tutkimustuloksia kuvattaessa on raportoitu alkuperäisilmaisuja. Tutkimus on raportoitu mahdollisimman selkeästi, jotta lukija voi itse arvioida tutkimustulosten mahdollista siirrettävyyttä toiseen kontekstiin.

Johtopäätökset

Tulokset tuottivat uutta tietoa ja vahvistivat aiempia tutkimustuloksia akuuttipsykiatrian osastohoitoon sovellettavista konkreettisista menetelmistä edistää potilaiden ja läheisten osallisuutta. Konkreettisia menetelmiä voidaan hyödyntää potilaiden ja läheisten osallisuutta tukevan käytännölläheisen toimintamallin kehittämiseen. Toimintamallin järjestelmällinen toimeenpano edistäisi potilaiden ja läheisten osallisuutta ja tukisi siten potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista ja yleistä recover-ajattelua akuuttipsykiatrian osastoilla.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: AP, TK, aineiston keruu: AP, TK, analysointi: AP, TK, käsikirjoituksen kirjoittaminen ja kommentointi: AP, TK

LÄHTEET

- Bee P., Brooks H., Fraser C. & Lovell K. (2015) Professional perspectives on service user and carer involvement in mental care planning: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* **52**(12), 1834–1845.
- Dahlqvist-Jönsson P., Schön UK., Rosenberg D., Sandlund M. & Svedberg P. (2015) Service users' experiences of participation in decision making in mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **22**(9), 688–697.
- Drake RE. & Whitley R. (2014) Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *Canadian Journal of Psychiatry* **59**(5), 236–242.
- Eassom E., Giacco D., Dirik A. & Priebe S. (2014) Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open* **4**(10), e006108.
- Ewertzon M., Lutzen K., Svensson E. & Andershed B. (2010) Family members' involvement in psychiatric care: experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* **17**, 422–32.
- Giacco D., Aysegul D., Kaselionyte J. & Priebe S. (2017) How to make carer involvement in mental health inpatients units happen: a focus group study with patients, carers and clinicians. *BMC Psychiatry* **17**(1), 101.
- Gillard SG., Edwards C., Gibson SL., Owen K. & Wright C. (2013) Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Serv Res* **13**, 188.
- Goodwin V. & Happell B. (2008) Psychiatric nurses' attitudes toward consumer and carer participation in care. Part 2—Barriers to participation. *Policy, Politics & Nursing Practice* **9**(4), 249–256.
- Graneheim UH. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* **24** (2), 105–112.
- Johansson IM. & Lundman B. (2002) Patients' experience of involuntary psychiatric care: Good opportunities and great loss. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **9**(6), 639–647.
- John T. (2017) Setting up recovery clinics and promoting service user involvement. *British Journal of Nursing* **26**(12), 67–76.
- Juhila K., Hall C., Günther K., Raitakari S. & Saario S. (2015) Accepting and negotiating service users' choices in mental health transition meetings. *Social Policy & Administration* **49**(5), 612–630.
- Jørgensen K. & Rendtorff JD. (2018) Patient participation in mental health care – perspectives of healthcare professionals: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **32**(2), 490–501.
- Kitzinger J. & Barbour RS. (1999) Introduction: the challenge and promise of focus groups. Teoksessa RS. Barbour & J. Kitzinger (toim.). *Developing Focus Group Research: Politics, Theory and Practice*. London: Sage, 1–20.
- Kontio R., Joffe G., Putkonen H., Kuosmanen L., Hane K., Holi M. & Välimäki M. (2012) Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practice and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care* **48**(1), 16–24.
- Kortteisto T., Laitila M. & Pitkänen A. (2020) Professionals' views on patient involvement in acute psychiatric wards: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1–8.
- Kortteisto T., Laitila M. & Pitkänen A. (2018) Attitudes of mental health professionals towards service user involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **32**(2), 681–689.
- Kyngäs H., Elo S., Pölkki T. & Kanste O. (2011) Sisälönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* **23**(2), 138–148.
- Laitila M., Nummelin J., Kortteisto T. & Pitkänen A. (2018) Service users' views regarding user involvement in mental health services: A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing* **32**(5), 695–701.
- Lincoln YS. & Guba EG. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Matthias MS., Salyers MP., Rollins A. & Frankel RM. (2012) Decision making in recovery-oriented mental health care. *Psychiatric Rehabilitation journal* **35**, 305–314.
- McCann TV., Baird J., Clark E. & Lu S. (2008) Mental health professionals' attitudes towards consumer participation in inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **15**(1), 10–16.
- Millar SL., Chambers M. & Giles M. (2015) Service user involvement in mental health care: an evolutionary concept analysis. *Health Expectations* **19**(2), 209–221.
- Miller DI. (2017) Inpatient psychiatric care: Families' expectations and perceptions of support received from health professionals. *Perspectives in Psychiatric Care* **53**(4), 350–356.
- Newman D., O'Reilly P., Lee SH. & Kennedy C. (2015) Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **22**, 171–182.
- Nugteren W., van der Zalm Y., Hafsteinsdóttir TB., van der Venne C., Kool N. & van Meijel B. (2016) Experiences of patients in acute and closed psychiatric wards: A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care*, **52**(4), 292–300.
- Peltola A. (2017) ”Se ihminen on paljon muutakin kuin se sairaus”. *Potilaan läbeisten näkemyksiä osallisuudesta psykiatrisessa sairaalahoitossa*. Pro gradu –tutkielma: Tampereen yliopisto. Tampereen Yliopistopaino, Tampere. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100606/GRADU1487066236.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (3.6.2020)
- Pitkänen A., Hätönen H., Kuosmanen L. & Välimäki. (2008) Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* **45**(11), 1598–1606.

- Polit DF. & Beck CT. (2010) *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Seventh Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schuster F, Holzhüter F, Heres S. & Hamann J. (2020) Caregiver involvement in psychiatric inpatient treatment – a representative survey among triads of patients, caregivers and hospital psychiatrists. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* **29**:e129.
- Shepherd G., Boardman J. & Slade M. (2008) *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Slade M., Adams N. & O'Hagan M. (2012) Recovery: past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry* **24**(1), 1–4.
- Solbjør M., Rise MB., Westerlund H. & Steinsbekk A. (2013) Patient participation in mental healthcare: When is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *International Journal of Social Psychiatry* **59**(2), 107–113.
- Storm M. & Edwards A. (2013) Models of user involvement in the mental health context: Intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly* **84**(3), 313–327.
- Storm M. & Davidson L. (2010) Inpatient and providers' experiences with user involvement in inpatient care. *Psychiatric Quarterly* **81**(2), 111–125.
- Tambuyzer E., Pieters G. & Van Audenhove C. (2014) Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. *Health Expectations* **17**(1), 138–150.
- TENK. (2012) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (3.6.2020)
- Thompson AGH. (2007) The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine* **64**(6), 1297–1310.
- Tse S., Tang J. & Kan A. (2015) Patient involvement in mental health care: Culture, communication and caution. *Health Expectations* **18**(1), 3–7.
- van de Bovenkamp HM. & Trappenburg MJ. (2010) The relationship between mental health workers and family members. *Patient education and Counseling* **80**(1), 120–125.
- Wilkinson C. & McAndrew S. (2008) 'I'm not an outsider, I'm his mother!' A phenomenological enquiry into carer experiences of exclusion from acute psychiatric settings. *International Journal of Mental Health Nursing* **17**, 392–401

Anneli Pitkänen, TtT, dosentti, arviointiylihoitaja (emerita), anneli.pitkanen@pp1.inet.fi
 Tiina Kortteisto, TtT, ylihoitaja, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, PL 2000, 33521 Tampere, tiina.kortteisto@pshp.fi

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.