

VAASAN YLIOPISTO
FILOSOFINEN TIEDEKUNTA

Heli Häggvik

**ASIAKASLÄHTÖISYYS JA OSALLISTUMINEN TAHDONVASTAISessa
HOIDOSSA**

Vanhan Vaasan sairaalan potilaista koostuvan yhteistyöraadin näkemyksiä hoidon
suunnitteluun

Sosiaali- ja terveystieteiden
hallintotieteen
pro gradu -tutkielma

VAASA 2013

SISÄLLYSLUETTELO

	sivu
TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO	3
TIIVISTELMÄ	5
1. JOHDANTO	7
1.1. Tutkimusasetelma	8
2. ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ OSALLISTAMISEEN	11
2.1. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveysalalla	11
2.1.1. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas	13
2.1.2. Asiakkaan kohtaaminen	15
2.1.3. Asiakaslähtöisyys mielenterveysalalla	16
2.1.4. Osallistuva asiakas sosiaali- ja terveysalalla	19
2.1.5. Osallistava mielenterveystyö	21
2.2. Deliberatiivinen keskustelu asiakaslähtöisyyden taustalla	24
2.2.1. Edustavuus	27
2.2.2. Kansalaisraati deliberatiivisena osallistumismuotona	27
2.2.3. Kansalaisraati yhteistyöraatina	29
2.2.4. Yhteenveto	30
3. MENETELMÄT JA AINEISTOT	32
3.1. Tutkimuskohteen kuvaus	32
3.1.1. Vanhan Vaasan sairaala tutkimusympäristönä	32
3.1.2. Hoidon suunnittelu potilastyön kannalta	33
3.1.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan osallistaminen tutkimustyössä	36
3.2. Yhteistyöraati aineistonkeruumenetelmänä	37
3.2.1. Miten yhteistyöraati toteutettiin	39
3.2.2. Yhteistyöraadin palautekysely lisäaineistona	41
3.3. Aineiston analyysit	41
3.3.1. Fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa	41

3.3.2. Laadullinen sisällönanalyysi	43
3.3.3. Tutkimuksen luotettavuus	44
4. TUTKIMUSTULOKSET	47
4.1. Yhteistyöraati tutkimustulosten taustalla	47
4.2. Yhteistyöraadista saadut tulokset	48
4.2.1. Hoitosuunnitelmatilaisuus käytännössä	48
4.2.2. Yhteistyö	51
4.2.3. Omahoitajan rooli	52
4.2.4. Hoidon suunnittelussa käsiteltävät asiat	54
4.3. Palautekyselyn antia	56
4.3.1. Näkemyksiä yhteistyöraadin onnistumisesta ja mahdollisuuksista	56
4.3.2. Miten yhteistyöraateja voidaan jatkossa kehittää tai muuttaa?	58
4.4. Katsaus tutkimustuloksiin ja teorian yhteyksiin	59
5. JOHTOPÄÄTÖKSET	61
LÄHDELUETTELO	66
LIITTEET	
Liite 1. Vanhan Vaasan sairaalan hoitosuunnitelmalomake	78
Liite 2. START-yhteenvetolomake	80
Liite 3. Tiedote potilaille yhteistyöraadista	81
Liite 4. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta	82
Liite 5. Yhteistyöraadin teemat ja haastattelurunko	83
Liite 6. Yhteistyöraadin yhteenveto	84
Liite 7. Palautekyselylomake	86

TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO

	sivu
Taulukko 1. Asiakaslähtöisyys asiantuntija- sekä organisaatio- ja instituutiotasolla.	18
Taulukko 2. Mielen terveyspotilaan osallistamisen hyödyt ja edellytykset.	22
Kuvio 1. Potilaan hoidon suunnittelua ohjaavat tekijät.	34
Kuvio 2. Hoidon suunnittelu yhteistyöraadin näkökulmasta.	49

VAASAN YLIOPISTO**Filosofinen tiedekunta****Tekijä:**

Heli Häggvik

Pro gradu -tutkielma:

Asiakaslähtöisyys ja osallistuminen tahdonvastaisessa hoidossa: Vanhan Vaasan sairaalan potilaista koostuvan yhteistyöraadin näkemyksiä hoidon suunnitteluun

Tutkinto:

Hallintotieteiden maisteri

Oppiaine:

Sosiaali- ja terveyshallintotiede

Työn ohjaaja:

Pirkko Vartiainen

Valmistumisvuosi:

2013

Sivumäärä: 86

TIIVISTELMÄ

Tahdonvastainen hoito hankaloittaa ainakin osittain organisaatiota toteuttamaan asiakaslähtöisyyttä ja hyödyntämään kokemusasiantuntijuutta hoitotyön kehittämistyössä. Tutkimuksen intressinä onkin asiakaslähtöisyyden ulottuvuuden esille tuominen kehittämään ja täydentämään potilaan hoidon suunnittelua tahdonvastaisessa hoidossa olevien potilaiden kohdalla. Lisäksi tavoitteena on saada Vanhan Vaasan sairaalan päätöksentekijöiden käyttöön ehdotuksia hyödyntämään potilaan hoidon suunnittelua. Tutkimuksessa tarkastellaan Vanhan Vaasan sairaalassa hoidettavana olevan potilaan asiakaslähtöisyyden toteutumista deliberatiivisen keskustelun näkökulmasta potilaan hoidon suunnittelussa. Tavoitteena on myös selvittää, miten potilaan osallistumista voidaan tukea hoidon suunnittelussa. Deliberatiivisen keskustelun menetelmästä sovellettiin niin sanottu yhteistyöraati, jonka toimivuutta myös tarkastellaan aineiston hankinnan välineenä.

Tutkimuksessa tarkastellaan asiakuuden, asiakaslähtöisyyden ja osallistumisen käsitteitä yleisesti sosiaali- ja terveysalalla sekä tarkemmin myös mielenterveysalalla. Lisäksi tarkastelun kohteena on deliberatiivinen keskustelu ja siitä sovellettu kansalaisraati. Aineistonkeruumenetelmänä toimi kansalaisraadista sovellettu yhteistyöraati, johon osallistui Vanhan Vaasan sairaalasta 13 potilasta. Lisäksi 12 raatilaista vastasi yhteistyöraadin toteuttamista, onnistumista ja kehittämis ehdotuksia käsittelevään kyselylomakkeeseen. Tutkimusaineisto koottiin yhteistyöraadin ryhmäkeskusteluista, raatilaisten valmistamasta yhteenvedosta ja raatilaisten osoitetusta palautekyselystä.

Tutkimustuloksista nousi esille, että potilaan osallistumista voidaan tukea hoidon suunnittelussa rohkaisemalla, kannustamalla, kuuntelemalla ja yhteistyöllä. Keskeinen havainto on, että omahoitajan roolin koettiin olevan erityisen merkittävä potilaan osallistumisen tukemisessa hoidon suunnittelun kaikissa vaiheissa. Tuloksista näkyi selkeästi, että teoreettinen tietämys raatilaisten näkemyksistä, odotuksista ja toiveista hoidon suunnittelussa sekä osallistumiseen tukevista menetelmistä ovat yhteneväiset. Raatilaiset olivat myös selkeästi tyytyväisiä raadin toteutukseen, onnistumiseen ja sen tuomiin mahdollisuuksiin. Raatilaisten luottamus yhteistyöraadin mahdollisuuksista kehittää sairaalan toimintaa oli kuitenkin osittain epävarmaa.

Tämän tutkimuksen keskeisimmistä tuloksista ilmenee, että tämän tyyppinen potilaita osallistava malli on toteuttamiskelpoinen hoitotyön kehittämistoiminnassa. Yhteistyöraati toimi hyvin aineiston hankinnan välineenä merkiten samalla sen hetkistä organisaation demokratisoitumista. Tulosten perusteella omahoitajan rooli on merkittävä asiakaslähtöisyyden ja osallistumisen vahvistamiseksi hoidon suunnittelun kaikissa vaiheissa. Potilaan tietoisuus oikeuksistaan hoidon suunnitteluun liittyen näyttää olevan puutteellinen. Lisäksi potilaalla ei ole selkeää ja konkreettista kokemusta omista osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan liittyen hoitotyön kehittämiseen. Potilaiden luottamus osallistumiseen ja vaikuttavuuteen onkin saavutettava konkreettisilla toimilla hyödyntämällä raadin näkemyksiä käytännön hoitotyössä.

AVAINSANAT: asiakaslähtöisyys, osallistuminen, deliberatiivinen keskustelu, kansalaisraati, hoidon suunnittelu, tahdonvastainen hoito

1. JOHDANTO

Sosiaalihuollon asiakaslaki ja terveydenhuollon potilaslaki nostavat tarvetta tarkastella asiakkuuden ja asiakaslähtöisyyden termejä osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutapahtumaa. Lain mukaan asiakkaalla ja potilaalla on oikeus kirjalliseen ja riittävään oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Lain toteuttaminen edellyttää yhteisymmärrystä asiakkaan ja potilaan kanssa. Yhteisymmärryksen saavuttaminen mahdollistuu ottamalla huomioon asiakas tai potilas mukaan palveluprosessiin mielipiteineen ja tarpeineen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta oikeuksista 812/2000.)

Tämän pro gradu -tutkielman laatijana työskentelen Vanhan Vaasan sairaalan suljetulla sekaosastolla osastonhoitajana. Vanhan Vaasan sairaala on valtion mielisairaala, mikä on oikeuspsykiatrinen hoito- ja tutkimuslaitos. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika on noin seitsemän vuotta ja potilaat ovat vastentahtoisessa hoidossa. Osastoyhteisössäni olen toteuttanut vuoden ajan avoimeen ja vapaaseen keskusteluun pohjautuvaa kehittämistyötä yhteistyössä potilaiden kanssa. Kehittämistyöhön liittyen osastollamme on järjestetty osaston potilaiden ja henkilökunnan avoimia keskustelu- ja kehittämistilaisuuksia. Tilaisuuksien pohjalta olen saanut vaikutelman, että potilailla on mielipiteitä ja kokemusasiantuntijuutta, joita voitaisiin hyödyntää potilaan hoidon suunnittelussa.

Keskustelu- ja kehittämistilaisuuksien perusteella pohdin mahdollisuutta kehittää lain edellyttämää potilaan hoidon suunnittelun laatua psykiatrisessa sairaalassa asiakaslähtöisin menetelmin. Potilaan mielipiteitä kuuntelemalla lain edellyttämää asiakaslähtöisyyttä ja yhteisymmärrystä voitaisiin ehkä tehostaa. Siksi pidänkin tärkeänä tarkastella laajemmassa ja syvemmissä kontekstissa valtion mielisairaalassa hoidettavana olevan potilaan kokemuksia, odotuksia, vaikuttamismahdollisuuksia ja kehittämisehdotuksia liittyen hoidon suunnitteluun.

Tutkielman tarkoituksena on siis tarkastella lain määrittelemää asiakaslähtöisyyden teematiikkaa Vanhan Vaasan sairaalassa hoidettavana olevan potilaan hoidon suunnittelussa. Tavoitteena on saada sairaalan päätöksentekijöiden käyttöön ehdotuksia hyödyntä-

mään potilaan hoidon suunnittelua. Tavoitteena on myös asiakaslähtöisyyden ja siten samalla sairaalan arvon potilaslähtöisyyden tarkastelu ja kokemusasiantuntijuuden ulottuvuuden tuominen esille sekä niiden hyödyntäminen potilaan hoidossa.

1.1. Tutkimusasetelma

Potilaan rooli hoidon suunnittelussa mielletään kirjallisuudessa tärkeäksi, mutta millaisena potilas mieltää ja kokee roolinsa? Entä miten aktiivisen roolin potilaan on mahdollista ottaa? Millaiset mahdollisuudet potilaalla on vaikuttaa hoitonsa suunnitteluun? Entä mikä on potilasta hoitavan henkilökunnan rooli? Erilaisten kysymysten pohjalta tutkimukseen on valittu seuraava tutkimusongelma ja alaongelmat:

1. Mitä asiakaslähtöisyys on ja miten se toteutuu, kun sitä tarkastellaan deliberatiivisen osallistumisen näkökulmasta vastentahtoisessa hoidossa olevan potilaan hoidon suunnittelussa?
 - 1.1. Miten potilaan osallistamista hoidon suunnittelussa voidaan tukea?
 - 1.2. Miten yhteistyöraati toimii tällaisen aineiston hankinnan välineenä?

Tutkimusmenetelmäksi valitsin kansalaisraadista sovellettuna Vanhan Vaasan sairaalan potilaista koostuvan yhteistyöraadin ryhmäkeskusteluineen. Luvussa 3 kerrotaan, miten kansalaisraatia toteutetaan yhteistyöraatina. Kansalaisraati on ulkomaalainen sovellus deliberatiivisesta kansalaisia osallistavasta mallista. Osallisuus ja deliberatiivinen demokratia ovat tavoitteena erityisesti Euroopan Neuvoston suosituksissa (Tritter, Koivusalo, Ollila & Dorfman 2010: 75). Deliberatiivisessa osallistumismuodossa annetaan tilaisuus monipuoliseen informaatioon perehtymiseen laaja-alaisten keskustelujen kautta. Silloin virheelliset uskomukset, epäjohdonmukaiset argumentit ja kohtuuttomat vaatimukset vähenevät. (Raisio 2010b.)

Kansalaisraadinn mallia päätettiin kokeilla käyttää ja soveltaa tähän tutkimukseen aineistonkeruumenetelmänä, jotta voitaisiin saavuttaa syvyyttä ryhmäkeskusteluihin sekä potilaiden ja päättäjien välistä vuoropuhelua. Samalla raadin avulla voidaan saada potilai-

den mielipiteitä päätöksentekijöiden tietoon ja sitä kautta vaikuttavuutta käsiteltävään aiheeseen liittyen. Raadin toteuttamisen puolesta puhuvat edellä olevassa kappaleessa mainittujen Euroopan Neuvoston suositusten lisäksi lait ja suositukset asiakaslähtöisyyden takaamisesta palvelutapahtumassa.

Vanhan Vaasan sairaalan potilaista koostunut yhteistyöraati markkinoitiin alunperin potilaille ja henkilöstölle potilasraatina. Yhteistyöraadin ensimmäisillä minuuteilla raadin jäsenet ehdottivat potilasraadin nimen muuttamista asiakasraadiksi tai yhteistyöraadiksi. Raatilaisten hyväksymänä potilasraadin nimi muutettiin yhteistyöraadiksi. Termi potilasraati on mainittu joissakin liitteissä siis siksi, että ennen yhteistyöraadin toteuttamista raadin markkinointi tapahtui potilasraatinimellä. Tässä työssä käytän potilaita osallistavasta mallista nimitystä yhteistyöraati, vaikka joissakin liitteissä käytetään rinnakkaisessa merkityksessä termiä potilasraati.

Sairaalamaailmassa deliberatiivisen keskustelun mallin toteuttaminen on uutta. Lisäksi psyykinen sairaus tai muu mielenterveysongelma saattaa hankaloittaa potilaan mahdollisuutta tai kykyä sitoutua yhteistyöraadin tyyppiseen tapahtumaan. Tämän perusteella yhteistyöraadin toteuttaminen kuulosti haasteelliselta. Tutkimusmenetelmä herätti myös kysymyksen raadin soveltuvuudesta vastentahtoisessa hoidossa oleville potilaille.

Tutkimuksen intressinä on potilaslähtöisyyden ulottuvuuden esille tuominen kehittämään ja täydentämään potilaan hoidon suunnittelua pitkäaikaisessa oikeuspsykiatrisessa hoidossa. Potilaslähtöisyys rajaa tutkimuksen aihetta tarkastelemaan potilaan näkemyksiä käsiteltävästä aiheesta. Siten tässä tutkimuksessa jätän tutkimuksen ulkopuolelle henkilöstön näkökulman, koska tutkimuksen tarve ja painoarvo on potilaan tuomassa kokemusasiantuntijuudessa ja näkemyksestä vaikutusmahdollisuuksiinsa hoidossaan.

Hoitosuunnitelman prosessin osa-alueita ovat potilaan tilanteeseen liittyvien voimavarojen, ongelmien, tavoitteiden, toteutuksen sekä arviointimenetelmien tarkastelu ja suunnittelu sekä niiden jatkuva arviointi. Niiden erittely jätetään tutkimuksen ulkopuolelle, koska niitä suunnitellaan itse hoitosuunnitelmatilaisuudessa aktiivisesti ja ne sisältyvät

osa-alueina itsessään suunnitteluun. Tutkimus keskittyy siten kattavasti potilaan hoidon suunnitteluun liittyviin konteksteihin.

Tutkimus tarjoaa tietoa potilaslähtöisyyden toteutumisesta valtion mielisairaalassa hoidettavana olevan potilaan kuntoutuksen suunnittelussa. Saatava informaatio auttaa potilaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvaa henkilöstöä ymmärtämään potilaan odotuksia ja toiveita hoitosuunnitelmatilaisuuden järjestelyistä sekä itse tapahtumasta. Siten voidaan kehittää työskentely- ja toimintatapoja sekä helpottaa potilaan ja henkilöstön välistä yhteistyötä hoitosuunnitelmatilaisuuksien onnistumiseksi.

Teoreettisen viitekehyksen pääkäsitteet ovat asiakas ja asiakaslähtöisyys. Sen jälkeen esitellään deliberatiivisen keskustelun malli, jota käytetään tässä tutkimuksessa asiakaslähtöisyyden toteuttamisen taustalla. Tässä raportissa teoreettisessa viitekehyksessä käytetään pääasiassa termiä asiakas kuvailemaan kirjallisuuden pohjalta tehtyjä määritelmiä. Muualla raportissa käytetään termin asiakas tilalla pääasiassa termiä potilas, koska tutkimus keskittyy valtion mielisairaalassa hoidettavana oleviin potilaisiin.

Deliberatiivisen keskustelun avulla voidaan vähentää ennakkoluuloja kansalaisten oikeudesta päättää omista asioistaan ja demokraattisesta kontrollista päästen kohti tasavertaisempaa osallistumista (Papadopoulos 2012: 150). Tritterin ja kumppanien. (2010: 15) mukaan potilaiden osallisuus takaa potilaslähtöisen hoidon. Samalla potilaiden kokemusasantuntijuuden hyödyntäminen kehittyy ja tehostuu. Lester, Tait, England ja Tritter (2006: 421) pitävät osallistumista tärkeänä erityisesti vaikeaa mielisairautta sairastaville henkilöille. Laitilan (2010: 164) tutkimuksen mukaan joidenkin hoitotyöntekijöiden mielestä asiakaslähtöisyys vastentahtoisessa hoidossa toteutuu harvoin johtuen asiakkaan puutteellisista tavoitteista, vaikka toisaalta asiakaslähtöisyyden koetaan olevan riittävää. Edellä mainittujen kommenttien perusteella luotan siihen, että potilaslähtöisyyden ja osallistumisen toteutumista deliberatiivisen menetelmän keinoin kannattaakin nyt lähteä tarkastelemaan Vanhan Vaasan sairaalassa.

2. ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ OSALLISTAMISEEN

2.1. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveysalalla

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden keskeinen tavoite on asiakaslähtöisyys, mutta sen sisältöä hyvin harvoin määritellään konkreettisesti. Asiakaslähtöisyyden toteutumista voi estää tai rajoittaa lainsäädäntö ja sen tulkinta sekä viranomaisen harkinta ja siihen liittyvä päätäntävalta. (Valkama 2012: 73.) Vaikka organisaatiossa on asiakaslähtöisiä toimintatapoja, niitä ei välttämättä toteuteta asiakaslähtöisesti (Laitila 2010: 153).

Helénin (2011: 157) mukaan asiakaslähtöisyyden perusajatus on, että hoito- ja tukitoimenpiteet muuttuvat neuvoteltaviksi. Asiakaslähtöisyyden ideana on suhde ja yhteistoiminta, joiden taustalla on ajatus yhteistyöstä, osallistumisesta ja potilaan kunnioittamisesta ihmisenä ja autonomisena yksilönä. Asiakaslähtöisyydessä otetaan huomioon asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset asiakkaan ilmaisemilla tavoilla. Tämä edellyttää asiakkaan osallistumista keskusteluun ja päätöksentekoon. (Outinen, Holma & Lempiäinen 1994: 37.)

Asiakkaan oikeudet ovat korostuneet 1990-luvun perusoikeusuudistuksen jälkeen näkyen lainsäädännössä ja säädösten tulkinnassa. Sosiaalihuollon asiakaslaki ja terveydenhuollon potilaslaki pyrkivät edistämään asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun nostaen asiakkaan käsitteen ja asiakaslähtöisyyden konkreettisesti sosiaali- ja terveydenhuollon keskiöön. Lain säätämisen taustalla on asiakaspalvelun laadun parantaminen ottamalla huomioon asiakkaan mielipide, toivomukset, etu ja yksilölliset tarpeet. Lisäksi asiakasta tulee kohdella ihmisarvon mukaisesti taaten hyvä palvelu ja kohtelu. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000; Pajukoski 2005: 188, 202; Pohjola 2010: 48.)

Asiakkaan näkökulmasta asiakaslähtöisyyteen liittyy itsemääräämisoikeuden periaate, joka merkitsee ihmisen vapausoikeuksien ja oman elämänsä asiantuntijuuden kunnioittamista. Lisäksi itsemääräämisoikeuksiin nähdään oikeus kompetenssiin, tietoon, osallisuuteen ja valtaan. Sosiaalityössä itsemääräämisoikeuden toteutuminen on osittain on-

gelmallista vähäisten vapaasti valittavien ja tasavertaisten ja siksi käyttökelpoisten vaihtoehtojen vuoksi. (Pohjola 2010: 47.) Tasapuolisuus ja kuulluksi tulemisen tunne edistävät positiivisen kokemuksen syntymistä, mikä tukee tasapuolisuuden ja yhdenmukaisuuden toteutumista (Valkama 2012: 72–73).

Asiakaslähtöisyyden kehittäminen terveydenhuollossa edellyttää muutoksia terveydenhuollon organisaatioiden rahoitukseen sekä terveyspalveluiden tarjoajien ja poliittisten päättäjien välistä yhteistyötä. Yhteistyön toteutuminen on riippuvainen niiden kulttuurista ja johdosta. (Reed, Conrad, Hernandez, Watts & Marcus-Smith 2012: 9.) Potilaslähtöisyyden kehittäminen edellyttää organisaatiokulttuurin muutosta ja ylemmän johdon tukea sekä ja potilaiden voimavarojen ja tarpeiden ymmärtämistä (Cliff 2012a: 381; 2012d: 302).

Asiakaslähtöinen hoito edellyttää potilaiden mielipiteiden ja kokemusten arvostamista sekä pyrkii mahdollistamaan potilaan ja hänen läheistensä osallistamista potilaan hoitoon (Montgomery & Little 2011: 393–394). Abraham ja Moretz (2012: 46) toteavat artikkelissaan, että sairaanhoitajat toimivat yhteistyössä potilaiden kanssa usein avainasemassa muutoksessa kohti asiakaslähtöistä ja osallistavaa organisaatiokulttuuria. Cliffin (2012b: 235) mukaan yhteisöllinen sitoutuminen onkin oleellista asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi.

Kujala (2003: 152) toteaa, että asiakkaan kokemusten sisältämä tieto osoittaa asiakkaan odotuksia ja tarvetta osallisuuteen. Samalla se puoltaa teoreettista lähtökohtaa asiakaslähtöisen toiminnan ja hoidon laadun perustaksi. Asiakaslähtöinen hoito parantaakin terveydenhoidon laatua ja vähentää terveydenhuollon kustannuksia. (Robinson, Callister, Berry & Dearing 2008: 606; Brown, Bornstein & Wilcox 2012: 17; Cliff 2012c: 88.) Robinson ym. (2008: 606) lisäävät tavoitteellisen asiakaslähtöisyyden toteuttamisen hyödyntävän siten potilasta, palveluntarjoajia ja terveydenhoitojärjestelmää. Samalla se voi vähentää potilaan sairauden haittavaikutuksia ja psykososiaalisia oireita sekä lisätä potilaan tyytyväisyyttä ja sitoutumista hoitoon (Brown ym. 2012: 17).

2.1.1. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas

Markkina-ajattelussa asiakas mielletään palvelun loppukäyttäjäksi, mikä merkitsee asiakkaan osuuden optimoimista palveluprosessissa. Sosiaalityössä tavoite on kuitenkin kohdata asiakas subjektina ja kohdata asiakas hänen omista tarpeistaan käsin. (Pohjola 2010: 56–57.) Sosiaali- ja terveystalalla palvelujen käyttäjä voidaan nähdä asiakkaana, palvelujen maksajana tai ostajana. Myös työyhteisö ja sen työntekijäosapuolet voidaan mieltää asiakkaina toimiessaan yhteistyössä eri toimintaprosesseissa sekä hankkiessaan palveluja muilta yhteistyötahoilta. (Granfelt, Jokiranta, Karvinen, Matthies & Pohjola 1993: 71; Outinen ym. 1994: 12.)

Asiakkuutta määritellään usein myös erilaisin ongelmakäsittein – asiakkaat ovat moniongelmaisia puutteineen. Niiden perusteella asiakkaat luokitellaan tiettyihin ryhmiin, joiden perusteella määrittyy asiakkaan saamalle palvelulle perusasetelma. Samalla asiakkaan asema palvelujärjestelmän toiminnassa jää epäselväksi ja asiakkaan osallisuutta palvelujärjestelmässä ei tunnisteta. (Pohjola 1991: 97–100; Granfelt ym. 1993: 65–66.)

Valkaman (2012: 78) mukaan asiakkuutta määritteleviä keskeisiä tekijöitä ovat aktiivisuus, osallisuus sekä mahdollisuus valita ja vaikuttaa. Aktiivisuus edellyttää yksilön osaamisen ja toimintakyvyn huomioonottamista. Osallisuus edellyttää yksilölle soveltuvien osallistumis- ja vaikuttamiskeinojen löytymistä. Yksilön vaikuttamis- mahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat vielä puutteelliset ja tärkeänä pidetäänkin yksilön kuulluksi tuleminen omista palveluissaan.

Valkaman (2012: 79, 81) tutkimuksen mukaan asiakkaan ja asiakkuuksien käsitteiden määrittely ja siirtäminen konkreettiseen toimintaan mahdollistaa asiakkuuden ulottuvuuden selkeytymisen. Keskeisiä tarkastelun kohteita ovat asiakkuus organisaatiossa sekä asiakkaan ominaisuudet, oikeudet ja velvollisuudet unohtamatta aiheen eettistä pohdintaa. Asiakkaan asemaan sosiaali- ja terveydenhuollossa vaikuttavat yhteiskunnan ja organisaation ideologiat, arvot, traditiot sekä palvelusuhteessa olevien yksilöiden arvot ja toimintatavat.

Asiakas-termi käsitteenä on moniulotteinen, joten sen käyttöönotto ei välttämättä takaa palveluiden asiakaslähtöisyyttä tai laadukkuutta. Haasteellista käsitteen käytössä on asiakkuuteen liittyvän palvelupolun moniulotteisuus ja organisaatioiden välisen työnjaon selkiytymättömyys. Lisäksi asiakkaan kokema yhdenvertaisuus sekä valinnan- ja vaikuttamismahdollisuudet vaihtelevat eri palveluntarjoajien välillä. Siten asiakkaan on hankala muodostaa käsitys asiakkuuteen liittyvistä odotuksista suhteessa palveluntuottajaan. (Valkama 2012: 76–78.)

Asiakassanan käyttö sosiaali- ja terveystalveissa tuo mieleen aktiivisuuden, itsenäiset päätökset ja tasavertaisuuden, jolloin yksilö voi toteuttaa oikeana pitämiään arvoja. Samalla asiakkuus käsittää omasta tahdosta tapahtuvan yhteydenoton, valinnanvapauden ja vaativuuden toisin kuin potilaalla. Toisaalta terveyden- ja sairaanhoitoalalla voidaan ajatella, että potilas joutuu vastaanottamaan sen mitä saa, josta psykiatrinen vastentahtoinen hoito on ääriesimerkki. Valittu nimitys ei kuitenkaan ole niin tärkeä vaan se, miten potilasta kohdellaan ja palvellaan kuten asiakasta. (Outinen ym. 1994: 19–20.)

Valkama (2009: 35; 2012: 70) toteaa, että silloin kun sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita toteutetaan tahdonvastaisesti (esimerkiksi Mielenterveyslaki 1116/1990, toinen luku), asiakkuus ei ole enää relevantti suhdetta määrittelevä termi. Silloin asiakaslähtöisyyden sisältö muuttuu hämärtäen aidon asiakaslähtöisyyden käsitettä. Valkama kyseenalaistaakin asiakas-termin käyttöä viitatessa velvoittaviin tai tahdonvastaisiin toimenpiteisiin.

Palveluntarvetta voidaan tarkastella subjektiivisesti eli asiakkaan kokemasta palvelun tarpeesta käsin sekä objektiivisesti eli tieteelliseen ja asiantuntijuuteen perustuvasta näkökulmasta. Lisäksi palveluntarvetta voidaan lähestyä asiantuntijaviranomaisen näkökulmasta kuten lääkärin määrittelemästä tarpeesta sekä hallintoviranomaisen näkökulmasta, jolloin hallinto arvioi palvelun tarpeen arvon suhteessa kilpaileviin tarpeisiin. Asiakasnäkökulma tuo kokonaisvaltaisuutta hallinnon ongelmanratkaisuihin parantaen sen palvelukykyä. (Nikkilä 1994: 91–92.)

Asiakkuus sosiaali- ja terveydenhuollossa vaihtelee eri palvelujen ja palveluntarjoajien välillä. Lisäksi palvelunkäyttäjän rooli ja näkökulma voivat vaihdella sekä kansalaisuudesta asiakkuuteen että käyttäjän, edunsaajan ja maksajan rooleihin. Potilassuhde palvelutilanteessa lähestyy kansalaisen näkökulmasta kohti asiakassuhdetta. (Valkama 2012: 79.) Mielenterveysalalla palveluiden käyttäjän rooli ollaan tunnustamassa kumppaniksi. Terveystieteiden organisaatioiden haasteena on muuntaa hyvät aikeet ja ajatukset virallisiksi dokumenteiksi sekä konkreettisiksi hyödyiksi palveluiden käyttöön. (Campbell 2009: 19.)

2.1.2. Asiakkaan kohtaaminen

Asiakkaan yksilöllisyys palvelusuhteessa merkitsee yksilöllisyyden huomioimista ja vuorovaikutuksellista suhdetta, mutta lisäksi siinä on kyse yhteiskunnallisista ja kulttuurisista vaikutussuhteista, joita asiakas ja työntekijä kantavat mukanaan. Sosiaalityössä on kyse asiakkaana olevan yksilön kokonaistilanteen jäsentämisestä suhteessa toimintaympäristöön ja yhteiskunnallisiin suhteisiin eikä pelkästään ihmisen analysoimisesta erillisenä yksilönä. Asiakkaan kohtaamiseen kietoutuvat hyvinvointivaltion tila ja erilaiset poliittiset ulottuvuudet sekä peruskysymykset ihmisarvosta, yhdenvertaisuudesta, oikeudenmukaisuudesta, tasa-arvoisuudesta, universaalisuudesta ja yhteisvastuusta. Olennainen osuus on myös asiakkaan osallistumisella palveluiden muotoutumiseen, tutkimiseen ja kehittämiseen. (Pohjola & Laitinen 2010: 312–313, 317.)

Sosiaalialalla korostetaan asiakkaan oikeuksia ja aktiivista roolia palvelutapahtumassa elämäänsä ohjaavan subjektina. Asiakkaalla on päätösvalta ja valinnanvapaus, jolloin sosiaalityön rooli on tukea asiakasta ratkaisuihin ja pyrkimyksissä elämäntilanteen parantamiseksi. (Outinen ym. 1994: 20.) Terveystieteidenhuollossa asiakaspalvelusuhteessa asiakas tuo hoitotilanteeseen oman subjektiivisen tietonsa ja ammattihenkilö oman ammatillisen tietonsa. Palvelusuhteessa tulee selvittää asiakkaan tavoitteet ja odotukset. Hoidon määrittelyssä ja toteutuksessa on mukana asiakkaan osallisuus hoidossa ja tietoisuus oikeuksistaan. (Kujala 2003: 162.)

Asiakassanan aktiivinen käyttö terveydenhuollossa tukee muutosta ihmiskeskeiseksi toimintamalliksi avaamalla tiedostettujen ja tiedostamattomien ajatusmallien esteitä mahdollisille muutoksille ja saavutuksille. Asiakkuus terveydenhuollossa merkitsee kansalaisten ja terveydenhuollon asiantuntijoiden välistä kohtaamista, jossa tavoitteellisesti yhdistetään voimavaroja. Tämä prosessi rakentuu asiakkaan sairaudesta ja hoitotapauksista synnyttäen arvoa molemmille osapuolille. Terveydenhuollon asiakas nähdäänkin tavallisena, läsnä olevana ihmisenä ongelmineen. Niistä rakentuu hoitotapaus, jonka tavoitteena on ratkaista ongelma ja siihen soveltuva hoito eli terveydenhuollon tuotos. Asiakkuuden lujuuutta voidaan rakentaa kantamalla vastuuta asiakkuuden kehittämisestä ja tarjoamalla asiakkaalle uusia mahdollisuuksia tuottaa itselleen arvoa kuten terveyttä, toimintakykyä ja arjessa pärjäämistä. (Koivuniemi & Simonen 2011: 52, 93, 95, 99, 198.)

Asiakkaiden kuuntelu on välttämätöntä terveydenhuollon prosessien yhteydessä. Asiakkaan osallistuminen tavoitteelliseen vuorovaikutukseen palvelun tarjoajien kanssa tuotesuunnittelusta lopputuotteen käyttöön on olennaista. Asiakkaasta muodostuukin terveydenhuollon prosesseja ohjaava tekijä vuorovaikutuksessa omaisten, asiantuntijoiden ja muun terveydenhuollon järjestelmien kanssa. Terveydenhuollon tuloksellisuuteen, vaikuttavuuteen ja hyödyllisyyteen vaikuttaminen edellyttää edellä mainittua vastavuoroisuutta ja vuorovaikutuksen ymmärtämistä. (Koivuniemi & Simonen 2011: 52, 53, 55.)

Valkama (2012: 21) toteaa palvelutilanteissa kulttuurin ja siihen liittyvien arvojen ohjaavan työntekijän ja kansalaisen välistä vuorovaikutustilannetta. Mönkkönen (2002: 86) on sitä mieltä, että vuorovaikutusongelmat tulee hahmottaa laajemmin vuorovaikutuskulttuurisena ilmiönä. Hän lisää, että dialoginen suhde edellyttää molemminpuolista osallisuutta.

2.1.3. Asiakslähtöisyys mielenterveysalalla

Hyvinvointivaltiossa palvelun käyttäjän kokemuksen hyödyntäminen on tähän asti ollut vähäistä. Sen hyödyntäminen ja käyttöönotto merkitsee kokemuksen tuoman asiantuntijuuden ja poliittisen hallinnan välistä yhteiskunnallista demokratisoitumista. Mielenter-

veyspolitiikan demokratisoituminen edellyttää alan asiantuntijoiden välistä avointa dialogia, joka perustuu kokemusasiantuntijuuteen. Samalla se edellyttää mielenterveyden ja elämän kokemuksellisuuden liittämistä asiantuntijatietoon. Lisäksi tarvitaan palveluiden käyttäjien muutosta voimaannuttavampaan ja asiakaslähtöisempään suuntaan. Kaikki tämä edellyttää kokemusten reflektiivisen käytön opiskelua, halua ja kykyä yhteisöllisyyteen sekä yhteistyötä identiteetiltään kompleksisessa mielenterveysympäristössä. (Salo 2011: 283, 292–293.)

Asiakaslähtöisyys mielenterveystyössä viittaa ensisijaisesti hoitosuhteeseen. Asiakaslähtöinen hoito on yhdenvertaista yhteistyötä, dialogisuutta ja koostuu voimavaroista ja voimaantumista. Yhdenvertaisuus yhteistyössä tarkoittaa tasavertaista ja avointa vuorovaikutusta, jossa yhteistyön eri osapuolilla on tavoitteena yhteisymmärryksessä saavuttaa yhteinen päämäärä. Dialogisuutta kuvaa aito vuorovaikutus yhteistyössä, mikä merkitsee dialogiin osallistuville kehittyvää jaettua käsitystä asioista ja tietoisuuden syntymistä erilaisista ratkaisuvaihtoehdoista. Asiakkaan voimavarojen ja hyödyntämisessä on kyse asiakkaan omien voimavarojen ja itsenäisen päätöksenteon tukemisesta. Voimaantumisessa on kyse omatoimisuuteen eli yksilön oman elämän päätösvaltaisuuden ja itsenäisyyden tukemisesta. (Helén 2011: 157–160.)

Mielenterveystyössä asiakaslähtöisyys voi toteutua organisaation toiminnan, asiakkaan ja työntekijän yhteistyösuhteen sekä yksittäisen työntekijän tasolla (Laitila 2010: 155, 183). Asiakaslähtöisyyttä voidaan kuvailla yhteistyönä, kumppanuutena tai yhteistoiminnallisuutena. Asiakaslähtöisyydessä asiantuntija ottaa kantaa, kommentoi, ehdottaa, tuo teoreettista tietoa ja reflektoi asiakkaan asiaa käyttäen hyväksi aikaisempaa kokemustaan. Asiakkaan saama apu ja tuki merkitsee eri organisaatioiden rajapinnat ylittävää työskentelyä. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007: 34.) Asiakaslähtöinen toimintatapa edesauttaa asiakkaan osallisuutta omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa. Vastuun jakaminen asiakkaalle ja yhteistyö asiakkaan kanssa vaikuttavat myös myönteisesti työntekijöiden jaksamiseen ja työmotivaatioon. (Laitila 2010: 161.)

Mielenterveysasiantuntijuuden tasolla asiakaslähtöisyys merkitsee ammatillista kehittämistä asiakaslähtöisen työtavan omaksumiseen ja ajatukseen käyttäen persoonallisuutta

terapian ja ammattitaidon kehittämisen välineenä (taulukko 1). Asiakaslähtöisyyttä voidaan tarkastella mielenterveystyön ja -politiikan, ammattikäytäntöjen ja hoitosuhteiden tasolla. Organisaatioiden ja instituutioiden näkökulmista asiakaslähtöisyydessä on kyse työ- ja toimintakulttuurista sekä johtajuuden kysymyksistä. Niihin liittyy läheisesti keskustelu työntekijöiden itsenäisyydestä ja hyvinvoinnista työorganisaatioissa. Lisäksi keskusteluun liittyy voimaantumisen teema sekä asiakaslähtöinen työskentely edellyttäen organisaatiota ottamaan asiakas mukaan keskusteluun ja päätöksentekoon. Mielenterveyspolitiikan näkökulmasta asiakaslähtöisyydessä on kyse asiakkaiden osallistumisesta mielenterveyspalvelujen organisointia, sisältöä ja arviointia koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon. (Helén 2011: 160–162, 164, 169.)

Taulukko 1. Asiakaslähtöisyys asiantuntija- sekä organisaatio- ja instituutiotasolla.

Asiantuntijataso	<p>Ammatillinen kehittäminen. Asiakaslähtöinen työtapa. Ajatus persoonallisuuden käyttämisestä terapian ja ammattitaidon välineenä. Tietoisuus yksilön kulttuurisista arvoista, yhteiskunnallisista rakenteista ja resursseista sekä sosiaalisesta tuesta.</p>
Organisaatio- ja instituutiotaso	<p>Työntekijöiden itsenäisyys ja työhyvinvointi. Asiakaslähtöinen työskentely. Asiakkaiden osallistaminen palveluiden järjestämisessä ja päätöksenteossa.</p>

Asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi terveydenhuollon työntekijän tulee olla tietoinen yksilöä koskevista taustalla olevista kulttuurisista arvoista, yhteiskunnallisista rakenteista ja resursseista sekä sosiaalisesta tuesta. Asiakaslähtöisessä hoitotyössä korostuu yksilön ja hänen ihmissuhdeverkoston osallisuus hoitotyössä. Asiakaslähtöisyyden toteutuksessa yksilö määrittelee kokemuksensa terveydestään ja terveydentilassaan tapahtuneista muutoksista yhteistyössä terveydenhuollon työntekijän kanssa. (Noppari ym. 2007: 32–33.) Laitila (2010: 161) toteaa asiakaslähtöisen toimintatavan mahdollistavan asiakkaan

tavoitteiden realistisuuden ja niiden saavuttamisen. Samalla asiakkaan sitoutuminen, motivaatio ja asiakastyytyväisyys paranevat.

Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toiminta kuvaillaan ytimeltään syvästi eettiseksi, jonka lähtökohtana on ihmisarvo. Sitä kuvastavia termejä ovat kunnioittaminen, yhdenvertaisuus, rehellisyys ja hoidon tai palvelujen jatkuvuuden periaate. Asiakaslähtöisessä työskentelyssä toimitaan dialogisessa yhteistyösuhteessa asiakkaan kanssa ja asiakkaan oma kokemus on yhteistyön lähtökohta (Kokkola, Kiikkala, Immonen ja Sorasa 2002: 84–85). Kuntatasolla mielenterveystyöntekijöiltä vaaditaan asiakaslähtöistä asiantuntijuutta edellyttäen kaikkien sektoreiden sitoutumista ja yhteistä arvopohjaa ja -perustaa, joka merkitsee myös hierarkkisen hoitokulttuurin muutosta. (Noppari ym. 2007: 244–245.)

2.1.4. Osallistuva asiakas sosiaali- ja terveysalalla

Yhteiskunnallisista haasteista syrjäytymisen ehkäiseminen merkitsee tilan antamista asiakkaan osallistumiselle tai osallistumaan opettelemiselle. Osallistumisen opetteleminen mahdollistaa yksilöä kehittämään elämänhallinnan taitojaan ja auttaa ehkäisemään omaa elämää koskevasta päätöksenteosta syrjäytymistä. Lisäksi se auttaa vahvistamaan yksilön kokemusta täysivaltaisesta kansalaisesta. Osallistuminen nähdään poliittisiin oikeuksiin liittyvänä ja demokraattisena prosessina sekä palveluasiakkuuden myötä toteutuvana mahdollistaen yksilön osallistumisen, oppimisen ja voimaantumisen. (Niiranen 2002: 67.)

Kun terveydenhuollon uudistukset ja problematiikka koskettavat kansalaisia, on ideaalia, että kansalaiset osallistuvat niiden määrittelyyn ja ratkaisemiseen (Raisio 2010: 102). Tulevaisuuden terveydenhuollon ongelmat ovat hankalia ratkaista. Joustavien ongelmaratkaisutapojen omaksuminen voisi tukea kompleksissa ja ongelmallisissa terveydenhuollon ympäristöissä vaihtoehtoihin ja toimiviin ratkaisuihin. (Vartiainen 2005: 180.) Kansalaisen osallisuuden kehittämiseen tarvitaan politiikan ja byrokratian ja siten johtamisen keinoja pitämään aiheen käsittely avoimena ja sen virallisessa asiayhteydessään (Sjöblom 1999: 23).

Potilaan ja kansalaisen osallistumisella voidaan tavoitella kustannusten hallintaa, vastuun siirtoa tai palveluiden parempaa sovittamista potilaiden ja paikallisten yhteisöjen tarpeisiin. Parhaimmillaan yhteisöllinen osallistuminen on avoin ja läpinäkyvä dialogi, joka ottaa huomioon ongelmat ja rajoitukset samalla pyrkien innovatiivisiin ratkaisuihin. (Tritter 2009: 226.) Aktiivisen kansalaisen merkitys on tärkeää osana poliittisia ratkaisuja tulevien hyvinvointipalvelujen haasteisiin (Matthies 2006: 102).

Asiakkaan aseman vahvistaminen edellyttää asiakkaan osallistumista ja osallisuutta. Asiakkaan tasavertainen osallisuus palveluissa merkitsee asiakkaan aktiivista roolia ja vuorovaikutustilanteita, joissa asiakasta kuunnellaan ja käydään arviointi- ja palautekeskusteluja. Silloin yksilö on aidosti mukana vaikuttamassa palveluiden toteuttamiseen. (Pohjola 2010: 57–58.) Kansalaisen osallisuus lisääntyy, mikäli käsiteltävä aihe koskettaa häntä, hän kokee saavansa siitä jotain hyötyä ja osallisuus itsessään on uskottavaa (Niiranen 1999: 66).

Osallistumisen opetteleminen ja osallisuuden tukeminen voivat parhaimmillaan vahvistaa kansalaisuuden kokemusta. Asiakas tulee nähdä palvelujärjestelmässä ja asiakkuudessa ensisijaisesti kansalaisena. Osallistuminen voi merkitä asiakkaalle esimerkiksi kansalaistoimintaan osallistumista tai kokemusta kuulluksi tulemisesta, mielipiteensä esittämistä tai mahdollisuutta olla kansalaisen roolissa suunnittelemassa viranomaisen päättämää ratkaisua. (Niiranen 2002: 76–77.) Laitilan (2010: 146) mukaan asiakkaan mielipiteet on hyvä ottaa huomioon ja osallisuus mielletään suotavana ja järkevänä, mutta ei välttämättömänä toimintatapana.

Yleensä terveydenhuollossa osallistuminen on välillistä, jolloin hoitohenkilökunta kerää tietoa palveluiden käyttäjiltä ja tekee varsinaiset päätökset. Suorassa osallistumisessa potilaat ja kansalaiset ottavat osaa varsinaiseen päätöksentekoon joko yksilöinä tai yhteisönä. Epäsuoran osallistumisen muodossa yksilö tai yhteisö tekee esimerkiksi valituksen, antaa palautetta tai laatii raportin palvelutoiminnasta. (Tritter 2009: 212–213.)

Potilaiden ja kansalaisten osallistuminen hyväksytään vaihtelevasti sen mukaan, miten käyttäjien osallistuminen arviointi- ja kehittämistyöhön hyväksytään. Tämä johtuu am-

mattilaisuuteen liittyvistä rooleista, vastuista ja suhteista terveydenhuoltoon ja siitä, että potilaiden ja kansalaisten osallistumisen myönteisistä vaikutuksista terveystalveluiden laatuun ja vaikuttavuuteen ei ole selkeää näyttöä. (Tritter 2009: 214–215.) Tritterin ja Callumin (2006: 166) sekä Charlesin ja DeMaion (1993: 900) mukaan terveydenhuollossa tulee kiinnittää enemmän huomiota asiakkaiden osallistumisen vaikutusten arviointiin sekä terveydenhuollon tuloksiin. Tritter ja Callum (2006: 166) lisäävät, että asiakkaita osallistamalla pyritään muuttamaan terveydenhuollon kulttuuria. Tämä edellyttää ammatillisen osaamisen kehittämistä.

Osallisuuden edistyneempi muoto on asiakkaan ja työntekijän välinen kumppanuus, jolloin on kyse yhteistyösuhteesta. Silloin toimintaan liittyvä työskentelyprosessi toteutetaan yhdessä tavoitteiden asettamisesta lähtien. Asiakkaan osallisuuden ja kumppanuuden kehittäminen edellyttää asiantuntijuuden hierarkian muuttamista yhteistyösuhteeksi. (Pohjola 1992: 114; 2010: 58–59.) Aito osallisuus edellyttää myös osallistumismahdollisuuksien ja henkilökohtaisten voimavarojen tukemista. Osallisuutta vahvistavien menetelmät lisäävät osallisuutta palveluprosessien eri vaiheissa kuten suunnittelussa, kehittämisessä ja toteuttamisessa. (Valkama 2012: 69, 71.)

Yksilön osallisuuden korostaminen kansalaisena ja yhteisön jäsenenä tarjoaa kansalaiselle vastinetta, mutta edellyttää yksilöltä myös panostusta. Toisaalta osallisuuden korostaminen voi toimia vastoin yksilön henkilökohtaisia intressejä. Osallisuuden korostaminen voi siten ilmetä sekä vahvuutena että heikkoutena. (Evers 2006: 271.) Keskeistä on asiakkaan mahdollisuus ja kyky sitoutua mielekkääseen hoitoon ja palveluun (Laitila 2010: 146).

2.1.5. Osallistava mielenterveystyö

Taulukossa 2 kuvataan kuinka terveydenhuollossa osallisuutta voidaan edistää muun muassa potilaan osallistumisella hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Toisaalta osallisuus voi merkitä potilaan osallistumista palveluiden kehittämiseen ja arviointiin tai terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen omine näkemyksineen ja kokemuksineen. (Tritter 2009: 211.) Laitilan (2010: 145) mukaan mielenterveys- ja päihdetyössä asiak-

kaat ovatkin parhaita asiantuntijoita palveluiden sisältöä koskevissa asioissa kuten oman hoidon suunnittelussa, mutta myös mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisessä. Potilaan näkökulmien ja ajatusten hyödyntäminen tarjoaa myös monipuoliset mahdollisuudet ymmärtää ja kehittää terveydenhuollon keskeisiä käsitteitä (Eldh, Ekman & Ehnfors 2010: 30–31).

Taulukko 2. Mielenterveyspotilaan osallistamisen hyödyt ja edellytykset.

Hyödyt	Edellytykset
Potilaan vaikuttamismahdollisuudet: <ul style="list-style-type: none"> - hoidon suunnitteluun ja hoitoon - palvelujen kehittämiseen - päätöksentekoon Tietoa ja kokemusasiantuntijuutta terveydenhuollolle. Kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen: <ul style="list-style-type: none"> - kehittämistyössä - palveluiden järjestämisessä - ymmärtää ja kehittää terveydenhuollon keskeisiä käsitteitä 	Asiakaslähtöiset rakenteet. Yksilön ja tämän tietämyksen kunnioittaminen. Potilaan ja terveydenhuollon organisaation välinen viestintä. Potilaan aktiivinen kuunteleminen. Dialogi potilaiden, yhteiskunnan ja päättäjien välillä. Palvelujen hankinnan tehokkuus ja vaikuttavuus. Potilaan tietoisuus erilaisista vaihtoehdoista ja oikeuksistaan. Rajoitusten, sääntöjen tai puolesta tekemisen selkeä ja riittävä perustelu potilaalle.

Taulukossa 2 on esitetty mielenterveyspotilaan osallistamiseen liittyviä hyötyjä ja edellytyksiä toteutuakseen. Tutkimustulosten mukaan potilaiden yksilölliset voimavarat tulisi huomioida osallistamalla potilasta oman terveytensä edistämiseen, jolloin potilas voi vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun ja hoitoon. Samalla potilas voi tarjota tietämyksensä ja kokemuksensa avulla tietoa terveydenhuollolle. Potilaan osallistuminen edellyttää kuitenkin yksilön ja hänen tietämyksen kunnioittamista. Lisäksi se edellyttää potilaan ja terveydenhuollon organisaation välistä viestintää sekä potilaan esittämän tietämyksen ja tiedon aktiivista kuuntelemista. (Eldh 2006: 72.)

Taulukosta 2 voidaan nähdä kuinka potilaiden osallisuus palvelujen kehittämiseksi edellyttää myös dialogia potilaiden, yhteiskunnan ja päättäjien välillä. Dialogi perustuu ter-

veydenhuollon kokemusasiantuntijuuteen, jota hyödyntäen voidaan kehittää terveyspalveluiden organisaatiota ja laatua. Onnistunut yhteys eri osapuolten välillä edellyttää palvelujen hankintaan tehokkuutta ja vaikuttavuutta kohdaten palveluiden käyttäjien tarpeet. (Tritter ym. 2010: 9, 174.)

Asiakkaan osallisuutta voidaan tukea kiinnittämällä huomiota asiakaslähtöisiin rakenteisiin kuten resursseihin, johtamiskulttuuriin ja henkilöstön asenteisiin (taulukko 2). Osallisuus mielletään asiakkaiden asiantuntijuuden hyväksymisenä, huomioimisena ja hyödyntämisenä. Siten asiakkaan osallisuutta kehittävä toiminta merkitsee jaettua asiantuntijuutta. Asiakkaan osallisuus kehittämistyössä ja palveluiden järjestämisessä mahdollistuu kokemusasiantuntijuuden hyödyntämisen ja yhteistyön myötä. (Laitila 2010: 145–185.)

Laitilan (2010: 145, 165, 183, 186) mukaan asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä on oleellista ja toiminnan ehdoton edellytys. Osallisuus edellyttää, että asiakas on tietoinen erilaisista vaihtoehdoista ja oikeuksistaan (taulukko 2). Mielenterveys- ja päihdeongelmaisilla on runsaasti kokemuksen tuomaa tietoa sekä ideoita alan kehittämiseksi. Mielenterveys- ja päihdetyössä asiakkaan valinnan- ja vaikutusmahdollisuudet ovat kuitenkin vähäiset. Laitilan tutkimuksessa esimerkiksi kaikki asiakkaat eivät olleet tietoisia mahdollisesta hoito- tai kuntoutussuunnitelman olemassaolosta. Lesterin ja kumppanien (2006: 421) tutkimus osoittaa, että mielenterveyspotilaiden osallistuminen omaan hoitoonsa on myös huonosti kehittynyt, vaikka potilaiden osallistuminen mielletäänkin tärkeänä.

Potilaiden ovat yhä tietoisempia mahdollisuudesta osallistua päätöksentekoon. Mielenterveysalalla potilaan osallistuminen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon on suositeltavaa, sillä potilaan osallistuminen päätöksentekoon hyödyntää sekä potilasta että lääkäriä. Siksi on tärkeää kehittää menetelmiä, jotka helpottavat potilaan osallistumista päätöksentekoon. (Simmons, Hetrick & Jorm 2010: 397.) Potilaan osallistuminen päätöksentekoon on suositeltavaa, mutta siitä ei ole kuitenkaan vielä muodostunut yleistä käytäntöä. Lisäksi onnistuneeseen päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä on hyvä olla selvillä, jotta sitä voidaan edistää ja tavoitella. (Edwards & Elwyn 2009: 7.)

Vastentahtoisessa hoidossa asiakkaat kokevat organisaation sääntöjen ja toimintatapojen ainakin osittain rajoittavan asiakkaan osallisuutta. Asiakkaan osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet hoitoon ja kuntoutukseen ovat puutteellisia johtuen joko yksikön toimintatavoista tai asiakkaan tahdonvastaisesta hoidosta tai sairauden puutteellisesta kokemuksesta. Koska asiakkaiden kyvyt ja valmiudet osallisuuteen vaihtelevat, tarvitaan erilaisia osallisuuden mahdollisuuksia ja muotoja. Vastentahtoinen hoito ei ole kuitenkaan este asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden toteutumiseksi. Asiakkaan puutteelliset voimavarat tai motivaatio edellyttävät ajoittaista, mutta perusteltua rajoittamista, sääntöjä tai puolesta tekemistä kuuluen kuitenkin asiakaslähtöisen toiminnan sisältöön. Ne tulee perustella selkeästi ja riittävästi käyden läpi asiakkaan kanssa (taulukko 2). (Laitila 2010: 162–163, 184–185.)

2.2. Deliberatiivinen keskustelu asiakaslähtöisyyden taustalla

Suomessa on mahdollista kehittää ja ottaa käyttöön vaikuttavia tapoja edistää kansalaisten osallistumista yhteiskunnalliseen toimintaan ja päätöksentekoon soveltamalla deliberatiivista demokratiamallia. Monet lait velvoittavat edistämään ihmisten vaikuttamismahdollisuuksia, mutta ne toteutuvat puutteellisesti. Kansalaiset eivät tunne vaikutusmahdollisuuksiaan ja -oikeuksiaan, joten niistä tiedottamista tulisi tehostaa. (Vartiainen, Mäkinen, Ollila & Raisio 2012: 13–14.)

Vallitseva kehitys kohti modernia hallintoa edellyttää deliberatiivista ajattelua (Papadopoulos 2012: 150). Deliberatiivinen demokratia onkin globalisoitumassa, mutta poliittisten muutosten edellytyksenä on kansainvälinen toiminta (Dryzek 2010: 196). Deliberatiivisen keskustelun muodostuminen merkittäväksi edellyttää poliittisten asenteiden, äänestyksen tarkoituksen, kansalaisten oikeuskelpoisuuden, yhteisöllisyyden, yleisen keskustelun ja politiikan muutoksia (Fishkin 2009: 133–158).

Mikäli asiantuntijat ottavat kansalaiset mukaan terveydenhuollon uudistuksiin, ongelmat ja ratkaisut muodostuvat kaikkia osapuolia koskeviksi. Silloin käsiteltävä aihe synnyttää yhteisöllistä merkittävyyttä, mikä merkitsee konkreettisimmillaan yhteenkuulu-

vuutta ja aiheen käsittely pohjautuu julkiseen deliberatiiviseen keskusteluun. Näin ollen yhteisöllinen sitoutuminen ja vastuullisuus voivat muodostua voimavaraksi huomattavienkin ongelmien käsittelyssä. (Raisio 2010: 102.)

Deliberatiivinen keskustelu voidaan toteuttaa keräämällä edustuksellinen otos asianosaisista kansalaisista. Sellaisia menetelmiä ovat esimerkiksi deliberatiivinen äänestys, kansalaisraadit, suunnitteluryhmät ja muut kansalaiskokoukset. Kokemusten mukaan nämä menetelmät tuovat syvyyttä päätöksentekoon heijastamalla kansalaisten yleistä mielipidettä, täydentäen asiantuntijoiden arviointia ja valmistamalla toteuttamiskelpoisia poliittisia mielipiteitä. (MacKenzie & Warren 2012: 95.)

Deliberatiivisen mallin lähtökohtana on erilaisten ja erottuvien, mutta samalla toisistaan riippuvien osien kuten hajautettujen toimintojen ja erimielisyyksien yhdistämistä kompleksisiin kokonaisuuksiin. Deliberatiivisen keskustelun mallia voidaan käydä tavoitteellisesti poliittisissa ristiriitatilanteissa ja ongelmanratkaisussa argumentoimalla, havainnollistamalla, tuomalla julki ja perustellen. Menetelmän tarkoitus on taata yksilön oikeus riippumattomuuteen. (Mansbridge, Bohman, Chambers, Christiano, Fung, Parkinson, Thompson & Warren 2012: 4–5.)

Deliberatiivisen keskustelun mallin tavoitteena on ajatus erilaisten ihmisryhmien pääsy osallisiksi politiikan tekemisestä. Tavoitteen taustalla ovat ihanteellisen keskustelun ehdot ja yksilöiden oikeuksia korostava liberaali demokratiakäsitys. Ihanteellisessa keskustelussa osallistujat ovat tasa-arvoisia ja yhtä keskustelukykyisiä. Poliittisten keskustelujen tärkeä osa ovat arvoihin, ihmiskuvaan ja yhteiskuntakäsitykseen liittyviä oletuksia, jotka tulee lausua julki eikä niitä tarvitse oikopäätä hylätä. (Lehtonen 2010.)

Eettisestä näkökulmasta deliberatiivinen malli edellyttää kohtaamaan ja kunnioittamaan keskusteluun osallistuvia henkilöitä itsenäisinä henkilöinä edustaen yhteiskuntaa päätöksentekoprosessissa. Tavoitteena on edistää demokraattista osallistavaa keskustelua taaten kaikkien asianosaisten kansalaisten mahdollisuutta osallistua keskusteluun. (Mansbridge ym. 2012: 11–12.) Keskustelusta muodostuu demokraattista, kun keskuste-

lun lopputuotoksena on osallistuneiden tuottama yhteinen päätös. Taustalla on yhteisöllisiin tarpeisiin liittyvä pohdinta. (Chambers 2012: 60.)

Fishkinin (2009: 28–31) mukaan deliberatiivinen keskustelu edistää poliittista tasa-arvoa ja keskustelua. Deliberatiivista ajattelua toteutetaan esimerkiksi äänestämällä tai mielipidemittauksilla. Varsinaista deliberatiivista keskustelua voidaan toteuttaa kutsuamalla keskusteluun harkinnanvarainen otos kansalaisia edustamaan yhteiskuntaa. Fishkin ehdottaa, että deliberatiivinen keskustelu järjestetään yhteiskunnan tasolla jokaiselle kansalaiselle avoimena tilaisuutena. Se on laajuudeltaan kallis ja kunnianhimoinen tavoite, mutta realistista järjestää. Molemmat menetelmät mahdollistavat vuoropuhelun avulla kehittää keskeisten demokraattisten arvojen toteutumista.

Deliberatiivisen demokratian haltuunotto merkitsee keskustelun muodostumista välittömäksi, luotettavaksi ja aidoksi sekä ottaa huomioon kaikkien mielipiteet tasavertaiseksi. Luotettavuus ja aitous saadaan aikaan kannustamalla vapaaseen pohdintaan ja ajatusten vaihtoon. Keskustelun välittömyys taataan ottamalla huomioon päätösten ja vaikutusten seuraukset parempaan lopputulokseen, jotka voivat esimerkiksi liittyä lakeihin, joihinkin yksinkertaisiin poliittisiin päätöksiin tai kansainvälisiin sopimuksiin. (Dryzek 2010: 10.)

Dryzekin ja Niemeyerin (2010: 115) mukaan deliberatiivinen demokraattisuus toteutuu, kun yksilöt voivat avoimen ja harkitun keskustelun avulla yhtyä tavoiteltavaan lopputulokseen. Kaikkien asianosaisten tulee voida osallistua päätöksentekoon ja tavoitteena on siis yhteisymmärrys ja yksimielinen ratkaisu. Lisäksi demokraattista oikeudellisuutta syventää päätösten muodostaminen julkisen keskustelun avulla toteutuen yhteisöllisesti. Mallissa etsitään siis syvempää yksimielisyyttä, joka saavutetaan yhdessä julkisesti ja tasa-arvoisesti keskustellen ja harkiten (Lehtonen 2010).

2.2.1. Edustavuus

Deliberatiivisen demokratian keskeinen kriteeri on edustavuus, josta muodostuu sitä parempi, mitä suuremmasta ilmoittautuneiden joukosta otanta voidaan valita. Edustavuus merkitsee jokaisen perusjoukon yksilön mahdollisuutta osallistua deliberatiiviseen keskusteluun. Tasa-arvoisesti onnistunut deliberatiivinen keskustelu mahdollistaa toisilta oppimisen siten, että keskusteluun osallistuvilla jäsenillä on mahdollisuus ja rohkeutta kertoa mielipiteensä ja kaikkien mielipidettä kuunnellaan keskustelun aikana ja sen jälkeen. Vaikuttavuuden ja jatkuvuuden varmistaminen merkitsee deliberaation yhteydessä päättäjien kannanottoa tai vastinetta, joka ilmaisee, miten keskustelun kautta syntyneet ehdotukset otetaan huomioon. (Fishkin 2009: 111–112; Raisio & Vartiainen 2011: 29, 31, 32; Christiano 2012: 27.)

Bohmanin (2012: 93–94) mukaan edustuksellisen deliberatiivisen keskustelun ominaisuutena on kansalaisen mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Edustuksellisuuden toteutuminen mahdollistaa itsenäisen ja hajautetun päätöksenteon kaikille aiheita koskeville osallisille. Edustuksellisuuden puute estää poliittisen tasa-arvon toteutumisen kansainvälisellä tasolla ja aiheuttaa taloudellisia eroavaisuuksia. Myös Dryzek ja Niemeyer (2010: 42, 65, 83) pitävät tärkeänä edustuksellisuuden toteutumista päätöksenteon onnistumiseksi ja se vahvistaa deliberatiivisen demokratian toteutumista. Demokraattinen edustuksellinen deliberaatio edellyttää kuitenkin monipuolista, retoriikkaan perustuvaa viestintää.

2.2.2. Kansalaisraati deliberatiivisena osallistumismuotona

Suomessa on tällä hetkellä Vaasan yliopiston tai Åbo Akademin alkuun auttamia kansalaisraateja noin 20. Kuntien viranhaltijat ovat aktiivisia kansalaisraatien perustamisessa ja huomanneet keskustelevan demokratian merkityksen. (Raisio 2013). Vaasassa on aloitettu vuonna 2010 Suomen ensimmäinen nuorten kansalaisraati (youth jury), jonka tarkoituksena oli testata miten kansalaisraati toimii nuorten osallisuuden mallina. (Raisio & Vartiainen 2011: 40, 61; Vartiainen 2011a). Suomessa Valtakunnallisen Kestävyyshankkeen Etelä-Pohjanmaan ja Pohjanmaan osahankkeena on järjestetty

muun muassa kansalaisraati vammaisille henkilöille. Lisäksi ikäihmisten kansalaisraati on toteutettu Vaasassa yhdessä Vaasa-Laihia-Vähäkyrö -yhteistoiminta-alueen ja K5-kuntien (Kristiinankaupunki, Kaskinen, Närpiö, Korsnäs ja Maalahti) kanssa. (Vartiainen 2011b, 2012.)

Kansalaisraadın ajatuksena on saada kansalaisten mielipiteet päätöksentekijöiden tietoon. Samalla kansalaisraati tarjoaa kansalaisille mahdollisuuden yhteiseen ongelmanratkaisuun ja kansalaiset mukaan politiikan kehittämiseen. Poliittisille päättäjille se tarjoaa mahdollisuuden kuulla mitä kansalaiset ajattelevat ja haluavat heidän näkökulmastaan. Poliittisten päättäjien ja kansalaisten välinen laadukas vuoropuhelu on tehokas tapa saada kansalaiset mukaan poliittiseen kehittämistyöhön. (Veasey & Nethercut 2004: 3.) Kashefin ja Mortin (2004: 301) mukaan terveyttä voidaan edistää yhteisöllisesti järjestäytyneen toiminnan ja yhteiskunnan avulla, joten kansalaisraati voi tarjota hyödyllisen menetelmän esimerkiksi syrjäytyneimmille väestöryhmille.

Deliberatiivisella sovelluksella kuten kansalaisraadilla pyritään todelliseen vaikuttavuuteen. Deliberatiivinen osallistuminen tulee tapahtua päätöksenteon kannalta sellaisessa vaiheessa, että siihen pystytään vielä vaikuttamaan. (Raisio 2010.) Kansalaisraadista onkin muodostunut keskeinen osa poliittista päätöksentekoa, mutta haasteita on vielä demokratian, edustuksellisuuden ja vaikuttavuuden toteutumisessa. Kansalaisraati mahdollistaa sen jäseniä kehittämään syvällisesti käsiteltävää aihetta deliberatiivisen keskustelun kautta. Samalla kansalaisraadın jäsenillä tulee tunne aidosta mahdollisuudesta ja kyvystä vaikuttaa kehittämistyöhön. (Gooberman-Hill, Horwood & Calnan 2008: 279–280.)

Deliberatiivinen keskustelu edellyttää, että raadın jäsenet tulevat kuulluiksi. Kansalaisraadissa asioiden käsittelyyn tulee varata riittävästi aikaa. Kansalaisraadın prosessin ensimmäisessä vaiheessa nostetaan esille niitä tekijöitä, jotka nostavat raadın toteuttamisen tarpeen. Seuraavassa vaiheessa kootaan projektiryhmä, jossa projektipäällikkö on vastuussa hankkeen toteutumisesta projektihenkilöstön ja fasilitaattoreiden kanssa. Kansalaisraadista informoidaan niitä kansalaisia, joita kansalaisraatitapahtumassa käsiteltävä asia tulee koskemaan. Kaikilla asianosaisilla on mahdollisuus ilmoittaa haluk-

kuutensa kansalaisraatiin. Itse kansalaisraati, joka koostuu yleensä 18–24 henkilöstä, valitaan huolellisesti, jotta se edustaisi mahdollisimman hyvin tutkittavaa joukkoa. (Raisio & Vartiainen 2011: 41–51.) Edustava otos on haastavaa koota, jotta osallistujat edustaisivat mahdollisimman hyvin aluetta demograafisilta että asenteellisilta tekijöiltään. Kansalaisraadit ovat kestoltaan ideaalisesti 4-5 päivää. (Raisio 2010b, 2011.)

Kansalaisraatitapahtuma alkaa tutustumisella ja asiantuntijatodistajien kuulustelulla. Sen jälkeen kansalaisraadissa alkaa deliberatiivinen keskustelu. Lopuksi kansalaisraadin jäsenet laativat keskustelujen pohjalta julkilausuman, jonka he esittelevät kuulijajoukolle. Kaiken tämän jälkeen kansalaisraatihanketta vielä arvioidaan. (Veasey & Nethercut 2004: 8–9; Raisio & Vartiainen 2011: 54–58.) Vartiaisen ja kumppanien. (2012: 14) mukaan kansalaisraatien julkilausuman informaatio tulee käsitellä sen vaatimalla arvokkuudella ja perustella siihen liittyvät päätökset hyvin. Siten kansalaisille voidaan taata vaikutelma osallistumisen merkityksestä.

2.2.3. Kansalaisraati yhteistyöraatina

Tässä tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä toimii kansalaisraadista sovellettu yhteistyöraati. Kansalaisraatia sovelletaan Vanhan Vaasan sairaalassa muodostamalla yhteistyöraati sairaalan potilaista. Kaikilla asianosaisilla on mahdollisuus ilmaista halukkuutensa yhteistyöraatiin. Yhteistyöraadin tavoitteena on 15 osallistujaa, joten kansalaisraatiin verrattuna osallistujamäärä on vähäisempi.

Yhteistyöraadissa edustava otos on haastava koota, koska itse tutkimuksen perusjoukko on suhteellisen pieni. Lisäksi yhteistyöraatiin osallistuu poikkeuksellisesti tahdonvastaista hoitoa saavat potilaat, mitä ei ole tyypillistä kansalaisraadille. Yhteistyöraati poikkeaa myös ihanteellisen deliberatiivisen demokratian ideasta, koska siinä kaikki sairaalan potilaat eivät osallistu päätöksiä edeltävään keskusteluun, sillä osallistujat valitaan halukkaiden joukosta.

Raadin avulla mahdollistetaan potilasyhteisölle mahdollisimman monipuolinen, avoin ja tasa-arvoinen keskustelu. Keskustelu toteutetaan raadissa ryhmäkeskusteluina. Yhteis-

työraadin tavoitteena on, että potilaan näkemykset ja mielipiteet tulevat kuulluksi. Samalla se tarjoaa mahdollisuuden saada potilaat mukaan hoitotyön kehittämistyöhön.

Yhteistyöraadin prosessi sisältää samoja vaiheita ja rakenteita kuin kansalaisraadinkin. Tosin kaikki vaiheet eivät ole yhtä näkyviä ja pitkäkestoisia. Lisäksi ne toteutuvat pienemmässä mittakaavassa kuin kansalaisraadissa jo siksi, että yhteistyöraati toteutetaan pienemmässä sosiaalisessa yhteisössä kuin kansalaisraati yleensä. Itse raadista, sen tavoitteista ja toteutuksesta informoidaan kaikkia asianosaisia. Yhteistyöraadin toteutuksesta kerrotaan tarkemmin luvussa 3.

Kansalaisraadın tapaan myös yhteistyöraadin avulla pyritään aiheen syvälliseen käsitteilyyn ja vaikuttavuuteen. Lisäksi pyrkimys on osallistujien aitoon mahdollisuuteen ja kykyyn vaikuttaa kehittämistyöhön. Yhteistyöraadin tavoitteena on yhteisymmärryksen ja yksimielisten ratkaisujen avulla laatia sairaalan yhteisön käyttöön yhteenveto käsiteltävästä aiheesta.

2.2.4. Yhteenveto

Asiakkuus ja asiakaslähtöisyys käsitteinä sosiaali- ja terveydenhuollossa ilmentävät palvelutapahtumassa sitä, miten henkilöä kohdellaan ja palvellaan sekä asiakkaan aktiivisuutta ja osallistumista palvelusuhteessa. Vastentahtoista hoitoa toteutettavassa palvelutapahtumassa asiakkuutta määrittelevän termin käyttö on kuitenkin kyseenalaista, koska asiakkuuden käsite mielletään vapaehtoisuuteen ja valinnanvapauden palvelujen suhteen. Siten tahdonvastaisessa palvelu- tai hoitotapahtumassa voidaan puhua asiakkaan ja asiakaslähtöisyyden sijaan mieluummin potilaasta ja potilaslähtöisyydestä.

Terveydenhuollon palvelusuhteessa on tavoitteena asiakkaan tai potilaan tietoisuus ja osallistuminen hoitoonsa huomioiden yksilön tavoitteet ja odotukset. Tavoitteena on myös yksilön ongelmien ratkaisu ilmentyen yhteisymmärryksenä asiantuntijan ja asiakkaan välillä. Asiakaslähtöisestä näkökulmasta tämä toteutuu yhteistyönä, kumppanuutena ja yhteistoiminnallisuutena, mitä ilmentää yhdenvertaisuus ja dialogi. Terveydenhuollon palvelutapahtumassa asiakkuus johtaa kansalaisen, tämän läheisten ja asiantun-

tijoiden väliseen kohtaamiseen, vuorovaikutukseen ja kuunteluun. Asiakkaan tai potilaan osallistuminen vahvistaa tämän asemaa.

Asiakaslähtöisyys ja potilaan osallistaminen mielenterveysalalla edellyttää organisaation eri tasoilla osaamista ja mahdollisuutta asiakaslähtöiseen ja asiakkaita osallistavaan työskentelyyn. Olennaista on kiinnittää huomiota organisaation hyvään viestintään, asiakaslähtöisiin rakenteisiin, johtamiskulttuuriin, henkilöstön asenteisiin ja potilaan kunnioittamiseen ja tiedottamiseen oikeuksistaan. Potilaalle muodostuu mahdollisuus vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun, hoitoon ja päätöksentekoon, mutta myös kokemusasiantuntijuutensa myötä terveydenhuolto saa tietoa esimerkiksi palvelujen järjestämiseen ja kehittämistyöhön.

Mielenterveyspolitiikan demokratisoituminen merkitsee kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä. Aktiivinen asiakas onkin tärkeä osa hyvinvointipalvelujen ongelmien ratkaisussa ja päätöksenteossa. Deliberatiivisen keskustelun malli ja siitä sovellettu kansalaisraati sisältävät monia asiakkuutta tukevia ja asiakaslähtöisiä rakenteita. Päätöksenteon kannalta deliberatiivinen keskustelu mahdollistaa asian käsittelyn yhteisöllisessä ja samalla myös kompleksisessä kontekstissa. Ideana on saada yksilöiden ääni kuuluville ja osaksi päätöksentekoa. Seurauksena on todellinen vaikuttavuus käsiteltävästä aiheesta ja samalla yksilölle merkityksellinen vaikutelma osallistumisesta.

Kansalaisraati, ja siten myös yhteistyöraati sovellettuna kansalaisraadista, mukailee deliberatiivista keskustelua. Kun kansalaisraati sisältää asiakaslähtöisiä, niin yhteistyöraati sisältää potilaslähtöisyyden ulottuvuuden elementtejä. Yhteistyöraati poikkeaa kansalaisraadista, koska tahdonvastaisessa hoidossa olevien potilaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet ovat rajalliset. Yhteistyöraadin tavoite on kuitenkin potilaita osallistava pyrkien yhteisymmärrykseen ja yksimieliseen ratkaisuun sekä rajatusti julkiseen eli sairaalan yhteisön keskusteluun. Siten yhteistyöraati tuo deliberatiivisen keskustelun osittain ja sovellettuna tahdonvastaisessa hoidossa olevan potilaan ulottuville. On kuitenkin epäselvää, mitä tämä kaikki merkitsee asiakaslähtöisen ja osallistavan mielenterveyshuollon näkökulmasta tahdonvastaisessa hoidossa.

3. MENETELMÄT JA AINEISTOT

3.1. Tutkimuskohteen kuvaus

3.1.1. Vanhan Vaasan sairaala tutkimusympäristönä

Vanhan Vaasan sairaala on valtion mielisairaala, joka tuottaa valtakunnallisia oikeuspsykiatrisia erityistason palveluita Suomessa. Vanhan Vaasan sairaalassa on 152 potilaspaiikkaa ja hoitajaksot ovat useimmiten usean vuoden mittaisia. Sairaalan kaikki potilaat ovat vastentahtoisessa hoidossa. Vanhan Vaasan sairaalan kokonaisvaltainen hoito perustuu lainsäädäntöön, kansallisiin hoito- ja laatusuosituksiin, käypähoito-suosituksiin sekä sairaalan yhteisiin arvoihin (Vanhan Vaasan sairaala 2013).

Valtion mielisairaalassa hoidetaan oikeuspsykiatrisia eli niin sanottuja kriminaalipotilaita. Kriminaalipotilas on useimmiten syyllistynyt väkivaltarikokseen ja hänet on todettu oikeuspsykiatrisessa mielentilatutkimuksessa syyntakeettomaksi, jolloin hänet on jätetty tuomioistuimessa mielisairautensa vuoksi syyntakeettomana tuomitsematta. Sen perusteella terveydenhuollon oikeusturvakeskus on päättänyt määrätä hänet mielenterveyslain mukaiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Lisäksi valtion mielisairaalassa on hoidettavana myös niin sanottuja vaikeahoitoisia potilaita, joiden hoitaminen on erityisen vaarallista tai erityisen vaikeaa. Heidät on tavallisesti lähetetty valtion mielisairaalaan, koska heidän hoitonsa kunnallisessa mielisairaalassa ei ole tarkoituksenmukaista. (Mielenterveyslaki 1116/1990; Niuvanniemen sairaala 2013; Vanhan Vaasan sairaala 2013.)

Kriminaalipotilaalle, vaikeahoitoiselle tai erityisen vaaralliselle potilaalle on ominaista heikko sosiaalinen selviytyminen. Sosiaalisten taitojen puutteisiin liittyy usein epäsosiaalista käyttäytymistä sekä impulsiivista päihteiden käyttöä. Potilaalla on vaikea psykiatrinen sairaus, eikä hän yleensä tunne itseään sairaaksi. Potilaan taustalla on usein myös luonnehäiriö, jolloin persoonallisuus on vakavasti ja kokonaisvaltaisesti häiriintynyt. Melkein puolella potilaista on taustalla rikollisuutta ja kaksi kolmasosaa potilaista on tehnyt väkivaltarikoksen. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

3.1.2. Hoidon suunnittelu potilastyön kannalta

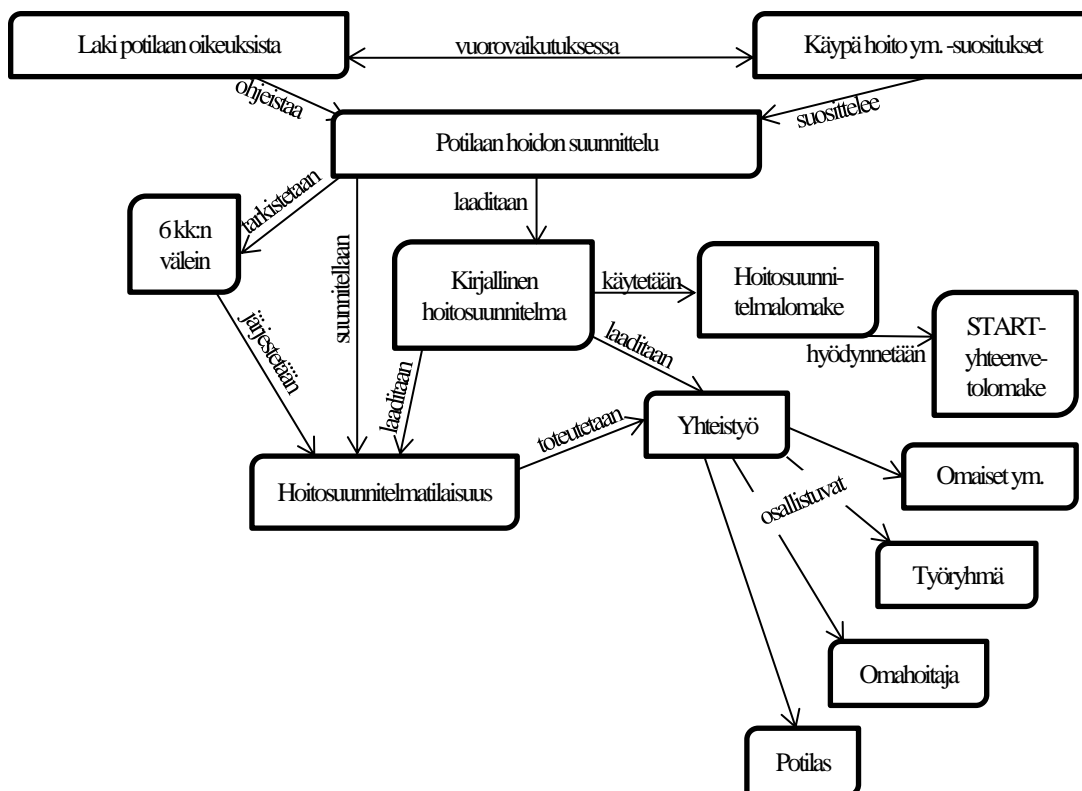
Laki sosiaalihuollon asemasta ja oikeuksista (2000) velvoittaa sosiaalihuoltoa toteutettaessa laatimaan palvelu-, hoito-, kuntoutus tai muun vastaavan suunnitelman yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Vastaavasti laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa laatimaan tarvittaessa tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskevan tai muun vastaavan suunnitelman. Se tulee laatia yhteisymmärryksessä potilaan tai muun asiaan osallisen kanssa ja siitä tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Lisäksi lain mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009).

Käypä hoito -suositusten (2013) mukaan skitsofrenian hoito perustuu yksilön kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Sen laatii psykiatri ja moniammatillinen työryhmä vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen perheensä kanssa. Hoitosuunnitelman tarkastelun kohteena on potilaan psyykinen tila, potilaan ihmissuhdeverkosto sekä potilaan ihmissuhde-, opiskelu-, työ- ja muu sosiaalinen kokonaistilanne. Suosituksen mukaan hoitosuunnitelma tarkistetaan vähintään kerran vuodessa.

Kuviossa 1 kuvataan käsitekartan avulla edellä mainittuja potilaan hoidon suunnittelua ohjaavia lakeja ja suosituksia. Lähtökohtana on kartan keskiössä sijaitseva potilaan hoidon suunnittelu, jota ohjaa kartan yläosaan potilaan hoidon suunnittelua koskevat lait. Lisäksi suunnittelua ohjaavia tekijöitä ovat Käypä hoito -suositukset. Nämä lait ja suositukset ovat vuorovaikutuksessa keskenään luoden perusedellytykset potilaan hoidon suunnittelulle.

Vanhan Vaasan sairaalassa potilaan hoidon suunnittelua toteutetaan puolivuositain moniammatillisessa hoitosuunnitelmatilaisuudessa yhdessä potilaan kanssa (kuvio 1). Samalla potilaan hoidolle tulee laatia kirjallinen hoitosuunnitelma, joka sisältää hoitoprosessin eri vaiheita (kuvio 1). Vanhan Vaasan sairaalassa käytetään siihen tarkoitettua hoitosuunnitelmalomaketta (liite 1). Lisäksi Vanhan Vaasan sairaalassa käytetään hoi-

don suunnittelussa apuna START-yhteenvetolomaketta (liite 2). Yhteenvetolomakkeen START-muuttujat arvioidaan erillisen START-muuttujien kuvaukset -kriteeristön perusteella moniammatillisessa työryhmässä. Vanhan Vaasan sairaalan henkilöstö on koulutettu START-yhteenvetolomakkeen hyödyntämiseen osana hoitosuunnitelman laadintaa.



Kuvio 1. Potilaan hoidon suunnittelua ohjaavat tekijät.

Hoitosuunnitelman tavoitteina on vähentää tai poistaa sairauden oireita, maksimoida elämän laatua ja sopeuttaa arjen toimintoihin sekä edistää ja ylläpitää toipumista sairauden aiheuttamilta vaikutuksilta. Potilaan hoidon suunnittelu on prosessi sisältäen lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita. Siten potilaan diagnoosia ja hoitoa tulee arvioida ja muuttaa tarpeen mukaan. Kun diagnoosi on vahvistettu, tulee tarkentaa potilaan hoidon tavoitteet ja asettaa realistiset odotukset onnistuneelle hoidolle. Tämän jälkeen hoitosuunnitelma tulee laatia ja ottaa käyttöön. Tämä vaihe sisältää hoitomenetelmien valinnat. Säännöllinen diagnoosin ja hoidon arviointi on välttämätön osa potilaan hyvän hoidon

suunnittelua. (Lehman, Lieberman, Dixon, Mc Glashan, Miller, Perkins & Kreyenbuhl 2004: 571.)

Terveysthuollossa hoitosuunnitelma kertoo lyhyen aikavälin hoidot ja vastuut määriteltyjen tavoitteiden saavuttamisesta. Tärkeää on miettiä jatkohoidon mahdollisuudet ja siihen tarvittavat tukitoiminnot sekä eri toiminnoissa hyödynnettävät resurssit. Hoitosuunnitelmasta tulee ilmetä tarkastuksen aika ja tarkastuksen vastuuhenkilöt, jotta voidaan varmistaa hoitosuunnitelman aktiivinen seuranta ja korvaavat toimenpiteet. Hoitosuunnitelma toimii asiakkaan arjessa pärjäämisen tukena. (Koivuniemi & Simonen 2011: 133.)

Hoitosuunnitelma laaditaan yhteistyössä asiakkaan kanssa. Tavoitteena on, että asiakas kykenee yhteistyöhön oman hoitonsa suhteen ja voi hyväksyä valitut hoitomenetelmät. Kun potilas ottaa vastuuta hoitoaan koskevista päätöksistä, alkaa hän selviytyä itsenäisemmin. Yhteistyö voi olla puutteellista riippuen potilaan voinnista, jolloin asiakasta saatetaan joutua hoitamaan vastentahtoisesti. (Rogers 2009: 381; Ward 1998: 21, 219.)

Hoidon suunnittelu pohjautuu ongelmien ja voimavarojen tunnistamiseen, ja yhdistelemällä teoreettista ajattelua ja malleja muodostetaan pohja hoidon suunnittelulle. Hoitoorganisaatioissa tapahtuvan tarkastelun avulla luodaan pohjaa yhteisössä tapahtuvien asioiden ymmärrykselle. Sen lisäksi tarkastellaan asiakkaan ja hänen verkostonsa voimavaroja. (Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1997: 147–149.)

Hyvä ja realistinen hoidon suunnittelu muodostaa hoitotyön intervention, joka tuottaa useimmiten elämänlaadun kohenemisen asiakkaan elämässä. Hoitotyön interventiot pohjautuvat hoitavan työryhmän ja asiakkaan väliseen tilanteen arviointiin ja yhteistyöhön. Hoidon tavoitteita mietittäessä on olennaista asiakkaan oma sitoutuminen sovituihin asioihin. (Iija ym. 1997: 149–151.)

Koko hoidon ajan tapahtuu arviointia, johon kuuluu havaintojen, suunnittelun, tavoitteiden ja menetelmien jatkuvaa tarkistamista. Sen lisäksi on tärkeää arvioida systemaattisesti hoidon vaikuttavuutta. Potilaan kokemukset hoitonsa hyödyistä ovat parasta arvi-

ointimateriaalia. (Iija ym. 1997: 153–154.) Hoidon onnistuneisuuden arviointiin osallistuu asiakas ja häntä hoitava henkilökunta. Arvioinnissa tarkastellaan miten asiakkaan käytös vastaa hoidon tavoitteeksi asetettua käyttäytymistä, miten hoito auttaa potilasta käyttäytymään tavoitteiden suuntaisesti ja onko potilaan tila muuttunut. Tavoitteena on, että potilas kykenee osallistumaan edistymisensä arviointiin ja arvioimaan omaa käyttäytymistään. (Ward 1997: 145; Iija ym. 1998: 26.)

Gustafssonin, Holmin ja Flenserin (2012: 729–730, 733) mukaan oikeuspsykiatrisen potilaan onnistunut avohoitoon siirtyminen edellyttää hyvin suunniteltua hoitosuunnitelmaa. Selkeästi koordinoitussa hoitosuunnitelmassa näkyy selvästi potilaan hoidon suunnittelun sisällön sekä hoidon vastuuhenkilöt luoden perustan hoidon onnistumiselle. Potilaan aktiivinen osallistuminen hoidon suunnitteluun edellyttää, että potilas tuntee hoidon tavoitteet ja hoitonsa mahdollisuudet sekä kykenee keskustelemaan hoitoonsa liittyvistä odotuksistaan. (Kilian, Lindenbach, Löbig, Uhle, Petscheleit & Angermeyer 2003: 1133.)

3.1.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan osallistaminen tutkimustyössä

Palveluiden käyttäjien osallistuminen terveys- ja sosiaalialan tutkimuksiin on saamassa yhä enemmän arvostusta, vaikka sen hyödyntäminen on vielä puutteellista (Hulatt & Lowes 2005: 5). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunkäyttäjän osallistamiseksi tutkimuskumppanina ei ole kuitenkaan yleispätevää ratkaisua tai käsikirjoitusta. Tutkimustapa sisältää kuitenkin lupauksia ja toivoa siitä että se voi muuttaa tutkimukseen osallistuvien palveluiden käyttäjien elämää. (McLaughlin 2009: 150.)

Beresford (2005: 15–16) korostaa palvelunkäyttäjien tutkimukseen osallistumisen tukemisen edellyttävän organisaatioiden keskittymistä systemaattiseen keskusteluun ja kehittämiseen. On toivottavaa, että yksilöt ja heidän organisaationsa toimivat yhteistyössä ja jakavat tietoa keskenään päättäen, mitä asioita on tärkeää kehittää ja miten. Siten tutkimus- ja kehittämistyöstä voi muodostua mielenkiintoinen ja tehokas muutoksen työkalu. (Williams & England 2005: 38.)

Tutkimustyön johtaminen on hyvin tarkka ja suuritöinen prosessi. Jotta osallisuudesta muodostuu tuottavaa, tulee tutkijan luottaa siitä saataviin hyötyihin. Tämä edellyttää strategista osallisuuden tehostamista tutkimustyön suunnittelussa, toiminnassa, tiedon keruussa ja analysoinnissa sekä löydösten raportoinnissa. (Harris 2005: 197.) Asiantuntemus kehittyikin tehokkaimmin osallistamalla asiakkaita tutkimustyön jokaisessa vaiheessa (Morgan & Harris 2005: 168). Mielenterveysasiakkaan osallistaminen tutkimustyön eri vaiheissa osoittaa, että vaikka tutkimusprosessin jotkut vaiheet ovat rajoitetumpia, niin se ei vähennä siitä saatavia hyötyjä (Northway & Wheeler 2005: 206).

Syrjäytymisen taustalla voi olla hyvin monimutkaisia yksilöllisistä tai itse tilanteesta johtuvia syitä. Siksi syrjäytyneiden osallistuminen tutkimustyöhön voi olla hyvinkin haastavaa. Se voi edellyttää toimielinten kuten hoitolaitoksen taustalla olevien uskosten perustavanlaatuista uudelleen tarkastelua. (Steel 2005: 28.)

3.2. Yhteistyöraati aineistonkeruumenetelmänä

Tässä tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä toimi haastattelujen sijaan ryhmäkeskustelut, joka on tyypillinen kansalaisraadien malli. Tähän tutkimukseen sovellettiin aiemmin esitellyn deliberatiivisen mallin sovellusta, kansalaisraatia, tutkimusaineiston hankkimisen menetelmänä. Yhteistyöraadin avulla voitiin saavuttaa syvempää yksimielisyyttä ja ratkaisuja potilaan hoidon suunnitteluun.

Vanhan Vaasan sairaalan potilaille oli mahdollisuus ilmoittautua yhteistyöraatiin potilaille laaditun ilmoituksen perusteella. Yhteistyöraadista kerrottiin osastojen niin sanotuissa yhteisökokouksissa ja ilmoitus jätettiin osastojen ilmoitustaululle lukuun ottamatta miesten vastaanotto-osastoa, jossa mietittiin erikseen mahdollisia osallistujia raatiin. Tutkijan tavoitteena oli, että jokaiselta osastolta saataisiin edustaja raatiin. Koska joillakin osastoilla ei ollut ilmoittautuneita, tutkija ja osaston henkilökunta miettivät erikseen sopivia henkilöitä raatiin. Sen jälkeen mahdollisten osallistujien kanssa keskusteltiin ja selvennettiin raadin tarkoitusta. Lopulta jokaiselta osastolta löytyi ilmoittautuneita raa-

tiin. Siten tutkimuskohteesta muodostui harkinnanvarainen otanta (Eskola & Suoranta 2005: 18).

Oleellisena kriteerinä oli se, että yhteistyöraatiin osallistuja kykeni psyykkisen vointinsa perusteella osallistumaan kaksipäiväiseen, iltapäivät kestäväan potilasraatiin. Potilaalla tuli olla myös valmiudet mielipiteidensä ilmaisuun ja ryhmätyöskentelyyn. Lisäksi potilaalla tuli olla henkilökohtaista kokemusta hoitosuunnitelmatilaisuuksista Vanhan Vaasan sairaalassa. Yhteistyöraadin osallistujat olivat oikeita henkilöitä kertomaan mielipiteitä käsiteltävästä aiheesta, koska osallistujilla oli kokemusta käsiteltävästä aiheesta eli hoidon suunnittelusta itseään koskevan hoitosuunnitelman laadinnan myötä. Silloin heillä oli valmiudet tuoda esille mielipiteitä ja kehittämissuhteita aiheeseen liittyen.

Haastattelutyypinä yhteistyöraati toteutettiin ryhmäkeskusteluina, joka muistutti tavallista keskustelua. Ryhmäkeskusteluissa keskusteltiin tietyistä teemoista, ja fasilitaattorit ohjaajina huolehtivat siitä, että kaikki tutkimuksen teema-alueet käytiin haastattelutilanteessa. Fasilitaattorin tueksi laadittiin lista teemoista ja käsiteltävistä kysymyksistä (liite 5). Fasilitaattorit ohjasivat ryhmäkeskusteluja siten, että keskustelua käytiin tutkimuksen teemojen aihepiireissä ottamatta kantaa käsiteltävään asiaan pyrkien luomaan suojaisen tilan keskusteluille.

Tutkimusmenetelmä eli yhteistyöraati mukaili syvähaastattelua. Seuraavassa luvussa kerrotaan tarkemmin, miten yhteistyöraati toteutettiin. Syvähaastattelun mukaan avoimia haastatteluja tehdään saman haastateltavan kanssa kolmessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa tunnustellaan ja epäillään, toisessa vaiheessa kerrotaan avoimesti ja vilpittömästi käsiteltävistä aiheista ja kolmannessa vaiheessa selitetään ja jäsennetään kerrottua asiaa. (Eskola & Suoranta 2005: 86–87, Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 209–210.) Yhteistyöraadissa oli havaittavissa nämä kolme eri vaihetta.

3.2.1. Miten yhteistyöraati toteutettiin

Tutkimusluvan anoin Vanhan Vaasan sairaalan eettiseltä toimikunnalta keväällä 2013. Elokuussa informoin sairaalan johtoa, asiantuntijaryhmiä ja henkilöstön esimiehiä tulevasta yhteistyöraadista sähköpostitse. Sen jälkeen informoin potilaita osastojen yhteisökokouksissa asiasta. Tämän tutkimuksen suorittajana huolehdin siten yhteistyöraadin suunnittelusta ja organisoinnista. Yhteistyöraati toteutettiin kahtena iltapäivänä, jotta se olisi muodostunut mahdollisimman vähän potilaiden voimavaroja ja organisaation resursseja kuormittavaksi. Siten yhteistyöraati oli työstetty versio kansalaisraadin idealista. Yhteistyöraati toteutettiin 2–3.9.2013.

Raatiin ilmoittautui yhteensä 18 potilasta, joista valittiin 15 potilasta raatiin yhdessä potilaita hoitavien hoitohenkilökunnan jäsenten kanssa. Käytännössä yhteistyöraadin toteuttaminen edellytti kolme fasilitaattoria ohjaamaan deliberatiivista keskustelua ryhmissä ja kolme avustajaa kirjaamaan ryhmissä esille tulleita ajatuksia. Fasilitaattorit toimivat deliberatiivisen keskustelun ohjaajana luoden suojaisen tilan keskusteluille. Fasilitaattorit ohjasivat keskusteluita vaikuttamatta keskustelun sisältöön. Fasilitaattoreina toimivat sairaalan henkilökuntaan kuuluvia kansalaisraadin idean sisäistäneitä henkilöitä. Avustajina toimivat sujuvan tekstinkäsittelytaidon ja kirjaamisen omaavaa henkilöstöä.

Fasilitaattoreiden lisäksi ensimmäisen yhteistyöraatipäivän alkuun asiantuntijat esittivät osallistujille aiheen ajankohtaista sisältöä. Yhteistyöraatipäivät päättyivät osallistujien esittämään yhteenvetotilaisuuteen, johon osallistuivat sairaalan johtoa ja muita aiheesta kiinnostuneita henkilöitä Vanhan Vaasan sairaalasta. Kansalaisraadeissa pyritään osallistujien edustavuuteen ja niissä raadin koko rajataan maksimissaan 24 osallistujaan. Yhteistyöraadin osallistujaryhmän koko (15) tuntui sopivalta ja realistiselta lukumäärältä Vanhan Vaasan sairaalan 152 sairaansijan joukosta. Silloin voitaneen saada riittävä kattava aineisto tutkimukselle aineiston kylläntymättä (Eskola & Suoranta 2005: 64–65).

Yhteistyöraadin ensimmäinen iltapäivä aloitettiin klo 12.00 esittelykierroksella, jonka jälkeen klo 12.15 alkoivat asiantuntijaesitykset. Asiantuntijoiden aiheita olivat hoitosuunnitelman laadinta ja Vanhan Vaasan sairaalan arvo potilaslähtöisyys. Asiantuntijoina toimivat sairaalan hoitosuunnitelman kehittämistyöryhmän edustaja ja sairaalan niin sanotun Kaiku-työryhmän eli arvokeskustelua käyvän ryhmän edustaja. Esityksen lisäksi he vastasivat potilasraadin esittämiin kysymyksiin ja kommentteihin.

Asiantuntijaesitysten jälkeen klo 13.00 pidettiin kahvitauko. Tässä vaiheessa kaksi osallistujaa halusi keskeyttää osallistumisensa raatiin. Kahvitauon jälkeen aloitettiin pienryhmädeliberaatio valmiiksi tehdyn ryhmäjaon perusteella. Kahteen ryhmään osallistui neljä potilasta ja yhteen viisi potilasta. Ryhmien keskustelua ohjasivat fasilitoijat, ja ryhmien avustajat kirjasiivat esille nousevia asioita ylös. Ryhmissä pohdittiin potilaiden omien kokemustensa sekä tuntemustensa pohjalta tutkimuksen aiheeseen liittyviä teemoja. Ryhmäkeskustelut jatkuivat pienen tauon jälkeen noin klo 15.15 saakka.

Toisena päivänä klo 12–13 jatkettiin pienryhmädeliberaatiota eri ryhmäkokoospanoilla. Siinä käytiin vielä läpi ryhmäläisten aiemmissa ryhmissä esille tulleita asioita ja mietittiin esille nostettavia asioita. Tauon jälkeen siirryttiin laatimaan yhteenvetoa kaikkien osallistujien kesken. Kun yhteenveto oli valmis, raadin jäsenet esittivät sen klo 15.00 paikalle tulleelle Vanhan Vaasan sairaalan johdolle ja henkilökunnalle. Sairaalan johto kommentoi yhteenvetoa puheenvuorollaan. Lopuksi varattiin vielä aikaa avoimelle keskustelulle.

Deliberatiivinen osallistumismuoto aiheuttaa kustannuksia, joten tulee harkita tarkasti, mikä osallistumismuoto sopii kulloiseenkin tilanteeseen (Raisio 2010). Jonkin verran kustannuksia aiheuttivat fasilitaattoreiden, avustajien, asiantuntijoiden ja yhteenvetotilaisuuteen tulleiden henkilöiden ajallinen panos. Yhteistyöraati edellytti kuuden henkilön työpanoksen kahden iltapäivän ajan, joka oli suurin kustannustekijä. Toisaalta työpanos voitiin sisällyttää normaaliin työaikaan, joten suoranaisia kustannuksia oli vaikea mitata.

3.2.2. Yhteistyöraadin palautekysely lisäaineistona

Yhteistyöraadin jälkeisinä päivinä raadin jäsenille lähetettiin palautekysely. Yleensä kyselyn tulokset käsitellään kvantitatiivisesti. Tässä tutkimuksessa kvantitatiivinen käsittely ei ole mielekästä vastaajien vähäisen määrän vuoksi. (Hirsjärvi ym. 2009: 194.) Tutkimusaineisto päädyttiin siten esittämään erillisellä liitteellä numeerisina määrinä omilla sarakkeillaan kunkin väittämän kohdalla (liite 7).

Tässä tutkielmassa palautekysely toteutettiin postikyselynä sairaalan sisäisessä postissa. Koska kysely kohdennettiin erityisryhmälle eli yhteistyöraatiin osallistuneille henkilöille, voitiin olettaa tavallista korkeampaa vastausprosenttia. Kysymyksillä pyrittiin saamaan tietoja raadin toiminnasta sekä raatilaisten tiedoista, asenteista, uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä raatia kohtaan. (Hirsjärvi ym. 2009: 196–197.)

Kysely sisälsi väittämiä, joihin oli mahdollisuus vastata Likertin asteikolla miten paljon vastaaja on samaa mieltä tai eri mieltä kuin esitetty väittäjä. Asteikko sisälsi 14 väitettä. Lisäksi kysely sisälsi kaksi avoimen kysymyksen kehittämisehdotuksista ja vapaan mahdollisuuden muuten kommentoida yhteistyöraatia. (Hirsjärvi ym. 2009: 200–201.)

3.3. Aineiston analyysit

3.3.1. Fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen tutkimus, koska se on todellista elämää kuvaava tutkimus. Siihen sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen ja kohdetta pyrittiinkin tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Lisäksi tavoitteena oli mieluiten löytää tai paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi ym. 2009: 161.) Laadullinen menetelmän tavoitteena on systemaattisen tietämyksen avulla hahmottaa jonkin asian laatuominaisuuksia (Larsson 1994: 164).

Tutkimus lähestyi ihmis- ja tiedonkäsitteeltään fenomenologis-hermeneuttista metodia, sillä tutkimuksen tavoitteena oli saada potilailta kokemuksellista tietoa hoitonsa suunnittelusta yhteisöllisessä ympäristössä eli yhteistyöraadissa. Fenomenologishermeneuttisessa lähestymistavassa ihmisen kokemus ymmärretään ihmisen kokemuksellisuuden ja todellisuuden välisenä suhteena. Tutkimuksesta saatava tieto perustui siis merkityksellisen tiedon ymmärtämiseen ja tulkintaan. (Laine 2001: 26–27.)

Fenomenologisen ajattelun mukaan merkitykset avautuvat siitä yhteisöstä käsin, johon yksilö kasvaa ja kasvatetaan. Yhteisön jäsenenä tutkittavilla ihmisillä ja tutkijalla oli yhteisiä merkityksiä, jonka vuoksi jokainen yksilöllinen kokemus tutkimuksessa paljasti jotain yleistä. Vastaavasti myös yksilöllisillä eroavaisuuksilla on merkitystä, joten hermeneuttinen tutkimustapa pyrki löytämään myös ainutkertaisuutta ja ainutlaatuisuutta. (Lindgren 1994: 94; Sjöström 1994: 74; Laine 2001: 28.) Tutkimuksen avulla saatiin siten sekä laadullisia tutkimustuloksia että yksittäisiä kehittämisideoita aiheesta.

Fenomenologisessa tutkimuksessa teoreettinen lähtökohta liittyy esimerkiksi ihmiskäsitteeseen, jota tässä tutkimuksessa kuvasi asiakaslähtöisyyden käsite. Hermeneutiikkaa tutkimuksessa on tutkijan ja aineiston vuoropuhelu tavoitteena ymmärtää toisen toiseus. Dialogissa tutkijan ymmärryksen tulee jatkuvasti korjautua ja syventyä kehämäisessä liikkeessä aineiston ja oman tulkinnan välillä. (Laine 2001: 33–34.) Hermeneuttinen ulottuvuus tutkimukseen muodostui siis tulkinnan tarpeen myötä, jolloin tulkinnalle pyrittiin löytämään säännönmukaisuutta vahvistamaan ja oivaltamaan ilmiöiden merkityksiä (Tuomi & Sarajärvi 2009: 34–35).

Fenomenologinen haastattelutapahtuma on avointa, luonnollista ja keskustelunomaista, jossa tavoitteena on antaa mahdollisimman paljon tilaa. Tavoitteena on kokemusten esilletuominen, jota voidaan ohjata mahdollisimman konkreettisilla kysymyksillä. (Laine 2001: 36–37.) Deliberatiivisen menetelmän avulla luotiin mahdollisimman luonteva ja avoin ilmapiiri avoimelle keskustelulle. Ajatuksena oli tuoda esille potilaan kokemukseen perustuvaa tietoa asiantuntijoiden tietoisuuteen.

3.3.2. Laadullinen sisällönanalyysi

Analyysivaiheessa tutkittavasta ilmiöstä pyrittiin muodostamaan merkityskokonaisuuksia ja eroavaisuuksia yhteenkuuluvuuden perusteella. Sen perusteella voitiin nähdä ja ymmärtää olennaisia puolia ja merkityksiä sekä niiden välisiä suhteita. Tarkoituksena oli tuoda ja jäsentää esiin haastateltavien omalaatuisuus mahdollisimman aidosti. Lopuksi muodostettiin kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä, jotta onnistunut tutkimus auttaisi näkemään ilmiön aikaisempaa selkeämmin ja monipuolisemmin. (Laine 2001: 39–42.)

Tässä tutkimuksessa yhteenkuuluvuutta kuvastaa tutkimukseen valittu potilasaines, joka koostui kokonaisuudessaan Vanhan Vaasan sairaalan potilaista. Kaikilla osallistujilla oli kokemusta hoidon suunnittelusta Vanhan Vaasan sairaalassa. Potilaiden mielipiteiden omalaatuisuus pyrittiin saamaan esiin deliberatiivisen keskustelun avulla. Tutkimuksessa tarkasteltiin inhimillisiä merkityksiä ja niiden sisältöä. Samalla pyrittiin saamaan tiivistetty ja yleinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Tavoitteena oli järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon muuttamatta informaation sisältöä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001: 23; Laine & Sarajärvi 2009: 103–104, 108.) Tutkimuksesta saatava informaatio esitettiin yhteistyöraatipäivien päätteeksi yhteenvetotilaisuudessa.

Tässä tutkimuksessa käytettiin laadullista analyysimenetelmää – sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysiä mukailten syvennyttiin aineiston sisältöön ja keskeisten käsitteiden sisäistämiseen. Sen pohjalta muodostettiin aineistolle keskeisimmät teemat ja täsmennettiin tutkimustehtävä ja keskeiset käsitteet. Seuraavassa vaiheessa todettiin ilmiöiden esiintymistiheys ja poikkeamat sekä luotiin uusi luokittelu. Uusia luokkia tarkasteltiin aineiston avulla, jonka jälkeen analyysin tulosta tarkasteltiin laajasti johtopäätöksineen ja tulkintoineen. Aineiston sisällönanalyysiä helpotettiin laatimalla käsittekartta visualisoimaan ja hahmottamaan kokonaisuuksia ja eri osien välisiä suhteita. (Metsämuuronen 2006: 124–125.)

Tutkimusprosessi eteni deduktiivisesti, yleisestä yksityiseen, tarkasteluun ja päättelyyn, jolloin analyysin ja päättelyn lähtökohtana oli teorian ja teoreettisten käsitteiden ilme-

nemisen tarkastelu konkretiassa. Teorialähtöisenä sisällönanalyysinä aineiston luokittelu perustui teoriaan ja teoreettiseen viitekehykseen eli tutkimuksessa tarkasteltiin asiakaslähtöisyyden toteutumista hoidon suunnittelussa deliberatiivisen osallistumisen kautta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001: 24, 30–31.)

3.3.3. Tutkimuksen luotettavuus

Laadullista aineistoa arvioitaessa voidaan kiinnittää huomiota aineistojen yhteiskunnalliseen merkittävyyteen ja riittävyyteen, aineiston kattavuuteen, arvioitavuuteen ja toistettavuuteen. Aineiston merkittävyyttä kuvastaa tietoisuus aineiston kulttuurisesta paikasta ja sen tuotantoehdoista. Tässä tutkimuksessa niin sanottuja omaelämäkerran tärkeitä vaikuttimia ovat henkilökohtaiset kokemukset hoitosuunnitelmatilanteista sekä niihin liittyvistä suunnitelmista. (Eskola & Suoranta 2005: 214.) Henkilökohtaiset kokemukset muodostuivat merkittäviksi, koska hoidon suunnittelulla on merkitystä potilaan tulevaisuuden suunnitelmiin hoidon ja kuntoutumisen suhteen.

Tutkimuksen merkittävyys, riittävyys ja kattavuus pyrittiin takaamaan ottamalla huomioon deliberatiivisen demokratian keskeinen kriteeri, joka on edustavuus. Edustavuutta jouduttiin rajaamaan valitsemalla tutkimukseen perusjoukosta sellaisia potilaita, jotka kykenevät psyykkisen vointinsa puolesta osallistumaan aikaa vieviin ja syvällisiin pohdiskeluihin. Edustavuus toteutettiin siten potilaiden sen hetkisen voinnin ja kyvyn mukaisesti, vaikka periaatteessa kaikilla potilailla olikin mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Tämän voidaan ajatella heikentävän edustavuutta. Toisaalta edustavuutta vahvistaa se, että tutkimukseen osallistui jokaiselta Vanhan Vaasan sairaalan kahdeksalta osastolta vähintään yksi potilas. Lisäksi jokaisella osallistujalla oli kokemusta hoitonsa suunnittelusta tässä sairaalassa.

Palautelomakkeen osalta edustavuus täyttyi hyvin, sillä palautteeseen jätti vastaamatta vain yksi henkilö 13 osallistujasta. Palautelomake takasi myös riittävyyden ja kattavuuden, koska palaute pyydettiin nimenomaan yhteistyöraatiin osallistuneilta henkilöiltä. Silloin palaute sisältää informaatiota nimenomaan tämän tutkimuksen aineistonkeruu-

menetelmästä ja juuri tämän otannan näkemyksistä yhteistyöraadin onnistumisesta, toteutuksesta ja mahdollisuuksista.

Tutkimuksen tavoitteena oli mahdollisimman konkreettisen tiedon ja kehittämisideoiden tuottaminen, joiden perusteella voitiin analysoida ja päätellä potilaan kokeman hoidon suunnittelun sen hetkistä tilaa Vanhan Vaasan sairaalassa. Analyysin kattavuuden näkökulmasta tutkimus toimikin tutkijalle idealähteenä ja pohdinnan moottorina, koska aineiston keruumenetelmänä käytettiin osallistavaa ja mielipiteiden ilmaisuun kannustavaa deliberatiivista osallistumismuotoa. Vaikka aineisto kertoi ja oli koottu rajatusta tapauksesta, tutkimus ei toiminut siis ainoastaan todellisuuden kuvaajana vaan tuotti innovatiivista ajattelua. (Eskola & Suoranta 2005: 215.) Siten se tuotti ja voi tuottaa uusia ideoita hoidon suunnitteluun liittyvää toimintaa kehittämään. Yhteistyöraadin toteuttamisen lisäksi innovatiivisuutta tehostettiin palautelomakkeen avoimilla kysymyksillä liittyen yhteistyöraadin kehittämiseen ja vapaaseen kommentointiin yleisesti.

Analyysin arvioitavuus ja toistettavuus toteutuu, mikäli lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja kykenisi sen perusteella toistamaan tutkimuksen. Se taataan esimerkiksi erittelemällä analyysin sisältö teema-alueiden mukaan. (Eskola & Suoranta 2005: 216.) Tässä tutkimuksessa potilasraadın teemojen aiheet (liite 5) oli täsmennetty tutkimusongelmista. Teemojen aiheista johdettiin ryhmäkeskusteluissa käytettävät kysymykset. Fasilitaattoreiden avuksi laaditut kysymykset olivat suuntaa antavia. Niitä he sovelsivat ryhmäkeskusteluissa vapaampaan muotoon tavoitteena mahdollisimman vapaa ja avoin keskustelu. Ryhmäkeskusteluista saadut tuotokset huomioitiin osittain teema-alueittain ja niistä pohjin esiintyvien aihealueiden perusteella.

Sisällönanalyysissä luotettavuuteen liittyivät luotettavuuskysymykset tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Luotettavuutta arvioitaessa tarkasteltiin tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. Tärkeää oli myös osoittaa yhteys tuloksen ja aineiston välillä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001: 36.)

Miten totena tutkimuksesta saatavaa tietoa voidaan sitten pitää? Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla potilailla oli kokemusta hoitosuunnitelman laadinnasta Vanhan Vaasan sairaalassa. Samalla tutkimuksesta haettu tieto perustui osallistujien henkilökohtaisiin kokemuksiin, odotuksiin ja toiveisiin tutkimusaiheeseen liittyen. Lisäksi osallistujat olivat valikoituneet tutkimukseen vahvasti vapaaehtoisuuteen perustuen, joten heidän intressinsä ilmaista näitä kokemuksiaan, odotuksiaan ja toiveitaan oletetaan olleen mielekästä samalla kun se pohjautuu vahvasti kokemusasiantuntijuuteen.

Miten neutraalisti tutkija ja avustajat sitten kykenivät toteuttamaan tiedon keruun? Tutkija ja muut tutkimukseen osallistuneet avustajat työskentelivät kaikki Vanhan Vaasan sairaalassa kuin missä tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat hoidettavina. Siten tutkijan, fasilitaattoreiden ja avustajien työskentely vaati erityistä huomiota ja ammattitaitoa, jotta yhteistyöraadin jäsenten luottamus olisi muodostunut riittäväksi tutkijoita ja tutkimusta kohtaan. Luottamuksen syntyminen ja tutkijoiden neutraali suhtautuminen käsiteltäviä asioita kohtaan taattiin valitsemalla fasilitaattoreiksi sellaisia henkilöitä, joilla oli koulutusta ja kokemusta deliberatiivisesta keskustelusta. Lisäksi fasilitaattorit ja avustajat vielä ohjeistettiin etukäteen yhteistyöraadin toteuttamiseen.

4. TUTKIMUSTULOKSET

4.1. Yhteistyöraati tutkimustulosten taustalla

Tutkimuksen aineistonkeruuseen liittyvään yhteistyöraatiin osallistui aluksi 15 potilasta Vanhan Vaasan sairaalasta. Kaksi osallistujaa kuitenkin keskeytti osallistumisensa alkuvaiheessa ennen ryhmäkeskustelujen alkua. Osallistujia oli siten yhteensä 13, joista naisia oli kolme ja miehiä 10. Osallistujia oli kaikilta sairaalan kahdeksalta osastolta eli suljetuilta osastoilta kuntouttavampiin osastoihin. Kaikki heistä osallistuivat molempien päivien ryhmäkeskusteluihin. Yksi osallistuja joutui lähtemään suunnitellusti pois ennen yhteenvedon (liite 6) laadintaa.

Tutkimusaineisto saatiin Vanhan Vaasan sairaalan yhteistyöraadin ryhmäkeskusteluista ja niiden pohjalta laaditusta yhteenvedosta (liite 6). Ryhmäkeskusteluja käytiin etukäteen laadittujen teema-alueiden ja niihin liitettyjen kysymysten (liite 5) avulla. Teema-alueet oli johdettu tutkimusongelmista. Niihin liitetyt kysymykset pyrkivät saamaan aineistoa liittyen tutkimusongelmiin. Lisämateriaalia saatiin yhteistyöraadin jälkeen potilaille lähetetystä palautekyselystä (liite 7). Palautekysely sisälsi kysymyksiä liittyen potilaiden kokemuksiin ja näkemyksiin yhteistyöraadin toteutumisesta.

Yhteistyöraatipäivien lopussa laadittiin ryhmäkeskustelujen pohjalta yhteenvedo esitettäväksi sairaalan johdolle ja muulle paikalle tulleelle henkilöstölle. Yhteenvedo laadittiin raatilaisten mielipiteiden pohjalta ja heidän ehdoillaan. Raatilaisten halusivat käyttää yhteenvedossa potilastermin rinnalla joissakin kohdin termiä asiakas. Toisaalta ryhmässä todettiin sairaalan asiakkaiden olevan potilaita. Raadin sisältö ja sanamuoto on sovittu yhteisymmärryksessä ja yhteistyössä raatilaisten kanssa. Yhteenvedon laadintaan osallistui 12 raatilaista sekä kolme ryhmäkeskustelujen vetäjää ja kolme avustajaa.

Tulokset esitetään raatilaisten kokemuksina ja näkemyksinä. Osa kokemuksista tai mielipiteistä ovat yhteenvedon laadintaan osallistuneiden raatilaisten yhteisesti hyväksymiä, jolloin ne on kuvattu heidän laatimassa yhteenvedossakin. Toisaalta ne voivat esiintyä

tuloksissa tekstinä yksittäisinä tai muutaman raatilaisen henkilökohtaisina kokemina. Näitä kokemusten yleisyyteen liittyviä tuloksia on eritelty tutkimustuloksissa.

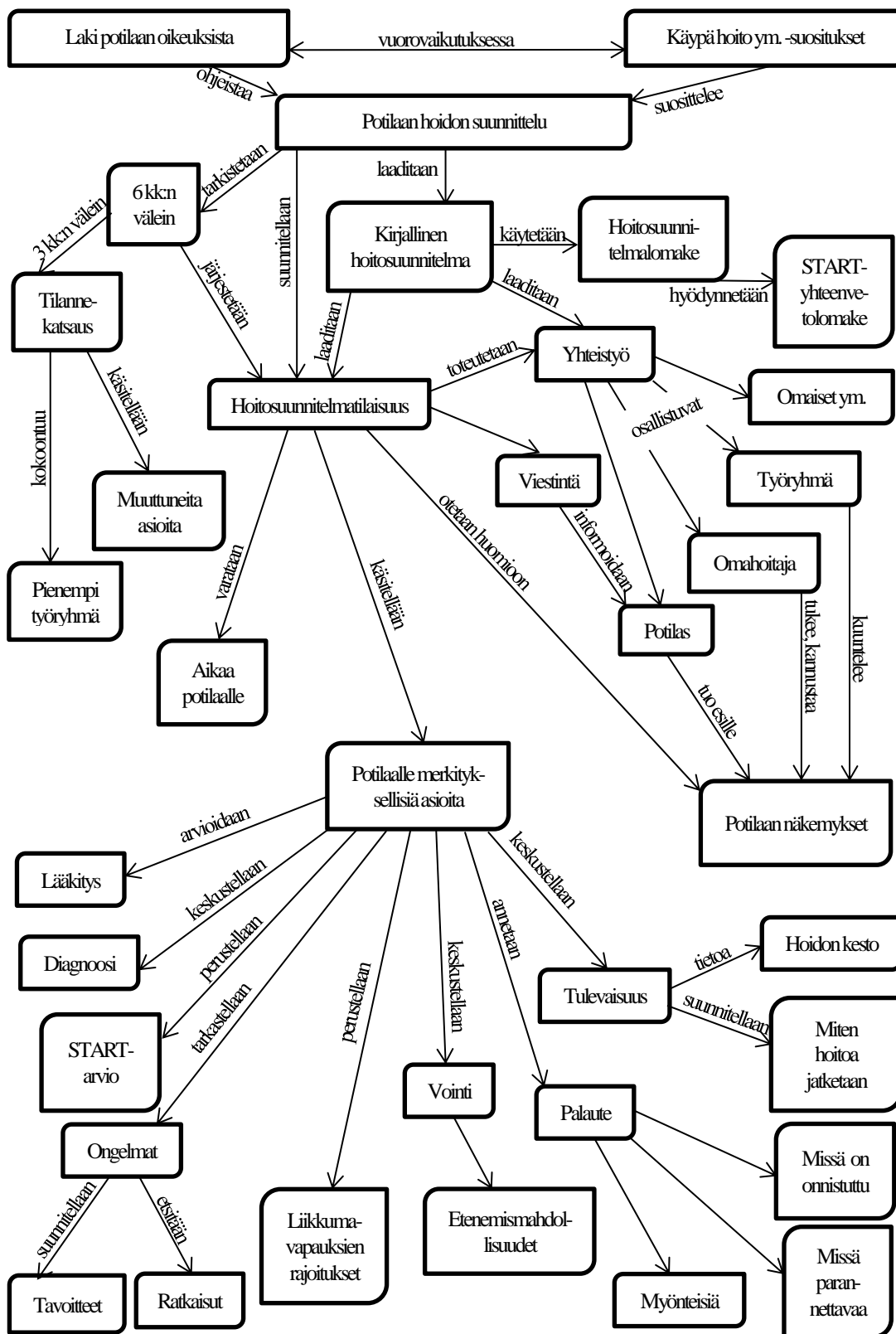
4.2. Yhteistyöraadista saadut tulokset

Yhteistyöraadin ryhmäkeskusteluista ja yhteenvedosta etsittiin asiakaslähtöisen ja osallistavan mielenterveystyön peruseräkkeiden ilmentymiä. Niistä käsin aineistoa lähdettiin luokittelemaan eri aihealueisiin. Sen jälkeen esille nousevien aihealueiden ja tutkimustulosten pohjalta laajennettiin aiemmin kuviossa 1 esiteltyä käsitekarttaa. Laajennettu käsitekartta (kuvio 2) kuvastaa tutkimustuloksissa ilmenneitä raatilaisten merkittäviä aihealueita ja niiden välisiä suhteita.

Käsitekartan muotoilun lähtökohtana on siis aiemmin esitetty versio käsitekartasta (kuvio 1), joka esitettiin otsikossa *Hoidon suunnittelu potilastyön kannalta*. Nyt laaditun eli laajennetun käsitekartan (kuvio 2) yläosaan oli siten valmiiksi merkittynä kuviossa 1 mainitut potilaan hoidon suunnitteluun liittyvät tekijät, jotka ovat käytäntöä ohjaamassa. Nyt lisätyt aihealueet koskevat hoidon suunnitteluun liittyviä käytäntöjä, tiedonkulkua, hoitosuunnitelmassa käsiteltäviä asioita, potilaslähtöisyyttä, yhteistyötä ja potilaan mielipiteiden huomioimista.

4.2.1. Hoitosuunnitelmatilaisuus käytännössä

Yhteistyöraadin ryhmäkeskusteluissa nousi esille kokemuksia, että hoitosuunnitelman laadinta oli joillakin toteutunut yli kuuden kuukauden välein. Raatilaiset esittivätkin, että potilaan hoitoa suunniteltaisiin vähintään kuuden kuukauden välein, mutta että optimaalinen tiheys olisi neljän kuukauden välein. Yhteistyöraadin yhteenvedon raatilaiset päättivät esittää hoitosuunnitelman laadintaa kuuden kuukauden välein ja sen lisäksi järjestettäväksi tilannekatsauksia kolmen kuukauden välein (kuvio 2). Tarpeellisenä nähtiin myös, että potilas ja henkilökunta arvioivat yhdessä, onko hoitosuunnitelmaa syytä tarkistaa useamminkin.



Kuvio 2. Hoidon suunnittelu yhteistyöraadin näkökulmasta.

Käsittekartasta (kuvio 2) voidaan nähdä yhteenvedossakin esitettyyn kolmen kuukauden välein ehdotettuihin tilannekatsauksiin liittyen, että niissä voisi olla pienempi asiantuntijaryhmä kuin varsinaisissa hoitosuunnitelmatilaisuuksissa on mukana. Asiantuntijaryhmän kokoonpanoksi esitettiin omahoitajaa, lääkäriä sekä tarvittaessa osastonhoitajaa ja muita henkilöstön jäseniä. Yhteenvetoon esitettiin myös, että tilannekatsauksissa käytäisiin läpi lähinnä niitä asioita, jotka ovat muuttuneet edellisestä hoitosuunnitelmasta.

Yhteistyöraadin ryhmäkeskusteluissa raatilaiset kertoivat kokemukset hoitosuunnitelmatilaisuuden käytännön järjestelyistä liittyen tilaisuuden keston, aikatauluihin ja käytäntöihin. Kuviosta 2 voidaan nähdä, minkä raatilaiset esittivät yhteenvedossa, että potilaan läsnäololle varataan hoitosuunnitelmatilaisuutta varten riittävästi aikaa. Lisäksi esitettiin toive, että työryhmän jäsenet eivät lähtisi kesken pois hoitosuunnitelmasta. Kokemusten mukaan toive hoitosuunnitelmatilaisuuden kestosta vaihteli, osa potilaista oli sitä mieltä, että mahdollisuus osallistua tilaisuuteen oli liian lyhyt. Yleiseksi mielipide muodostui, että ajantarve riippuu käsiteltävien asioiden määrästä ja että sopiva aika potilaalle olla mukana itse hoitosuunnitelmatilaisuudessa on noin 45 minuuttia kerrallaan:

”Etukäteen ilmoitettu, että hosu kestää puoli tuntia, ettei ole paljoa aikaa... Toivon, että annettaisiin puheenvuoro potilaalle, enemmän aikaa. Noin 45–60 minuuttia aikaa vähintään. Ei liian pitkää, ei pysty olla.”

”Ajantarve riippuu keskusteltavista asioista.”

Raatiensa mielestä on myös tärkeää saada halutessaan mahdollisuus osallistua hoitosuunnitelmatilaisuuteen tilaisuuden alusta tai ainakin lähes alusta asti. Raatilaiset uskoivat, että siten potilaalle muodostuu todellinen mahdollisuus vaikuttaa oman hoidon suunnitteluun ja tulla aidosti kuulluksi asioita valmistellessa. Osa raatilaista arveli olevan tarpeellista, että henkilökunta puhuu potilaan asioista rauhassa ennen kuin potilas tulee mukaan tilaisuuteen. Tärkeänä pidettiin kuitenkin, että huomioidaan yksilöllisesti mahdollisuus ja mahdollinen toive olla mukana hoitosuunnitelmatilaisuudessa alusta lähtien. Aina potilas ei siis ole alusta lähtien mukana hoitosuunnitelman laadinta-

tilaisuudessa. Raatilaiset pitivät tärkeänä, että silloin potilaalle kerrotaan, mistä työryhmä on keskustellut ja mitä työryhmässä on päätetty ennen potilaan tuloa paikalle:

”Kyllä pohdituttaa, mitä työryhmässä on pohdittu ja päätökset on jo tehty.”

”Olen ihmetellyt, mitä ne oikein juttelee siellä, kun se kestää niin kauan ennen kuin mä meen sinne... Olisi ollut kiva, jos olisi kerrottu ensin mitä käsitelty.”

Käsitekartasta (kuvio 2) ilmenevään viestintään liittyen usealla raatilaisella oli kokemus, että hoitosuunnitelmatilaisuudesta informoidaan liian myöhään kuten päivää ennen tai myöhemminkin. Silloin potilaalla ei ole mahdollisuutta valmistautua riittävästi hoitosuunnitelmatilaisuuteen. Raatilaiset ehdottivat, että hoitosuunnitelman ajankohdasta tulisi saada tieto ainakin viikkoa etukäteen ja että aikatauluun liittyvistä muutoksista ilmoitetaan hyvissä ajoin:

”... joskus yllättäen tai päivää ennen. Liian vähän aikaa varautua. Edellisenä iltana annettu hosu-kaavake täytettäväksi, se on liian vähän aikaa. Sopiva olisi, että saisi noin viikkoa ennen tietää hosun ajankohdan ja kaavake annettaisiin myös aikaisemmin, vähintään 2-3 päivää ennen.”

Lisäksi raatilaiset esittivät, että hoitosuunnitelmatilaisuudessa olevista henkilöistä informoitaisiin etukäteen. Eräs raatilainen esitti myös toiveen, että hoitosuunnitelmatilaisuudessa paikalla olevat henkilöt esittäytyisivät, koska potilas ei välttämättä tunne kaikkia paikalla olevia. Yhteistyöraadissa keskusteltiin myös siitä, että potilaan tulisi saada yleistä tietoa hoitosuunnitelmasta sekä sen sisällöstä ja kulusta. Lisäksi haluttiin etukäteen tietoa erilaisista osastoista ja mahdollisista itseään koskevista osastosiirroista.

4.2.2. Yhteistyö

Hoitosuunnitelmatilaisuus toteutetaan yhteistyössä moniammatillisessa työryhmässä vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen läheistensä kanssa (kuvio 1 ja 2). Myös raatilaiset mielsivät yhteistyöhenkilöiksi hoitotyön moniammatillisen työryhmän. Lisäksi raatilaiset toivat esille läheisten ja lähipiirin mahdollisuuden osallistua potilaan hoidon suunnitteluun ja hoitosuunnitelmatilaisuuteen. Oman roolinsa raatilaiset kokivat nousevan esil-

le omalla aktiivisuudella tuomalla esille omia näkemyksiään ja ottamalla kantaa hoitoaan koskeviin asioihin.

Raartilaisilla oli vaihtelevia näkemyksiä hoitosuunnitelmatilaisuuteen osallistuvista henkilöistä ja sen huomioimista toivottiinkin yksilöllisesti. Asiantuntijatyöryhmän (omahoitaja, osastonhoitaja, lääkäri, apulaisosastonhoitaja, psykologi, toimintaterapeutti) osallistuminen koettiin tarpeellisena lukuun ottamatta sosiaalityöntekijän osallistumista, mikä nähtiin tarpeellisena tarvittaessa. Fysioterapeutin, liikunnanohjaajan, läheisten tai lähipiirin tai muun potilaalle merkittävän työntekijän osallistuminen nähtiin myös tarpeellisena. Läheisten tai lähipiirin osallistumisen suhteen ehdotettiin puhelimitse tapahtuvaa yhteydenpitoa. Toisaalta tilaisuuteen osallistuva työryhmä voi tuntua isolta:

”Kun on paljon ihmisiä paikalla, se jännittää, kauhistuttaa, nolottaa... Vaikka tuttuja, silti jännittää. Pienempi porukka helpottaisi.”

Sairaalan toiminnallisen kuntoutuksen ohjaajan eli työterapiaohjaajan mukanaolo tai ainakin työpisteessä laadittu kirjallinen palaute nähtiin myös tarpeellisena hoitosuunnitelmatilaisuudessa:

”Työpisteestä pitäis olla ohjaaja paikalla. Ne näkee enemmän potilasta kuin osaston henkilökunta, kun illalla voi olla huoneessa. Rooli työpisteessä voi olla erilainen kun osastolla.”

4.2.3. Omahoitajan rooli

Raati-laisten keskuudessa oli vaihtelevia kokemuksia siitä kuinka hoidon suunnittelussa potilaan mielipiteitä kuunnellaan. Osa oli sitä mieltä, että potilasta kuunnellaan ja mielipiteet otetaan hyvin huomioon. Osa taas oli sitä mieltä, että potilaalla ei ole juurikaan mahdollisuutta vaikuttaa suunnitelmiin ja päätöksentekoon. Jotkut olivat huomanneet, että kuntouttavimmilla osastoilla kuunnellaan potilasta enemmän.

Raadin keskusteluissa uskottiin, että potilas voi oman käyttäytymisen kautta vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun ja tavoitteidensa toteutumiseen. Kuviossa 2 kuvataan, että

raadin jäsenet kertovat ottavansa kantaa hoitonsa suunnitteluun yhteistyössä työryhmän kanssa. Toisaalta ilmeni jonkin verran kokemuksia, että hoidon suunnitteluun osallistuvalla lääkärillä on suuri sananvalta potilaan hoitoa koskevissa päätöksissä.

Omahoitaja nostettiin käsittekarttaan (kuviokuva 2) erikseen esille moniammatillisen työryhmän rinnalle, koska raatilaisten ryhmäkeskusteluissa omahoitaja mainittiin osana moniammatillista työryhmää ja erilaisina sekä erityisinä odotuksina hoidon suunnittelun eri vaiheissa. Omahoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde hoidon suunnittelun eri vaiheissa näyttäytyy raatilaisten odotuksissa erityisesti vuorovaikutuksellisinä tapahtumina ja yhteistyönä sekä potilaan osallistumista ja osallisuutta tukevinä toimina.

Omahoitajan rooli nousi siis selvästi esille ryhmäkeskusteluissa ja yhteenvetolausekkeessa, vaikka sitä ei erillisenä otsakkeena yhteenvetoon nostettukaan. Hoitosuunnitelmalomakkeen läpikäynti herätti keskustelua siitä, että omahoitaja tukisi potilasta hoitosuunnitelmalomakkeen täytössä hoidon suunnittelua valmisteltaessa. Osa potilaista toivoi saavansa täyttää lomakkeen yksin ja sen jälkeen käydä läpi asiat yhdessä omahoitajan kanssa. Yleinen mielipide oli se, että omahoitaja käy hoitosuunnitelman potilaan kanssa läpi ennen ja jälkeen hoitosuunnitelmatilaisuuden, jos potilas kokee sen tarpeellisenä. Tämän raatilaisten halusivat mainita yhteenvedossakin. Eräässä ryhmäkeskustelussa keskusteltiin myös jännittämisestä hoitosuunnitelmatilaisuudessa. Siihen viitaten koettiin, että käsiteltävät asiat olisi hyvä saada käydä läpi omahoitajan kanssa etukäteen. Lisäksi omahoitajan toivotaan kannustavan ja tuovan esille myönteisiä asioita.

Itse hoitosuunnitelmatilaisuudessa omahoitajan odotetaan olevan potilaan tukena (kuviokuva 2), koska raatilaisten kokivat, että potilaalla saattaa unohtua olennaisten asioiden kertominen. Lisäksi omahoitajan toivottiin ottavan osaa keskusteluun hoitosuunnitelmatilaisuudessa. Hoitosuunnitelmatilaisuuden jälkeen raatilaisten esittivät, että tarvittaessa omahoitaja käy läpi ja selventää käsiteltyjä asioita potilaan kanssa. Toiveena esitettiin myös mahdollisuus palata myöhemmin hoitosuunnitelmatilaisuudessa käsiteltyihin asioihin esimerkiksi lääkärin tai omahoitajan kanssa. Lisäksi raatilaisten toivovat, että potilas saa pyytäessään valmiiksi laaditusta hoitosuunnitelmalomakkeesta kopion itselleen.

4.2.4. Hoidon suunnittelussa käsiteltävät asiat

Niin sanottu START-yhteenvetolomake herätti runsaasti keskustelua. Lomake oli osalle tuttu ja osa ei ollut nähnyt sitä ennen. Sen läpikäyminen joko omahoitajan kanssa tai hoitosuunnitelmassa nähtiin tarpeellisena, mikäli potilas niin haluaa. Tarpeellisena koettiin, että lääkäri perustelee START-yhteenvetolomakkeeseen arvioidut kohdat potilaalle (kuvio 2). Myös START-yhteenvetolomaketta potilaat halusivat käydä läpi ennen hoitosuunnitelmaa joko yksin tai yhdessä omahoitajan kanssa, mikäli potilas ilmaisee halukkuutensa osallistua lomakkeen täyttöön.

Raatiensa mielestä hoidon alkuvaiheessa hoitosuunnitelmien sisältö ja tavoitteet voisivat olla konkreettisia ja tavoiteltavissa. Lisäksi yhteenvetoon esitettiin, että samalla kerrattaisiin käytännön tasolla olevia asioita. Hoitosuunnitelmassa käsiteltäviä merkityksellisiä asioita ovat potilaan lääkehoidosta ja liikkumavapauksista keskustelu (kuvio 2). Mikäli liikkumavapauksia rajoitetaan tai lisätään, se tulee potilaalle perustella. Lääkehoitoon liittyen esitettiin yhteenvetoon, että hoitosuunnitelmatilaisuuksissa arvioidaan potilaan lääkitystä ja lääkkeiden vaikutuksia. Myös potilaan diagnoosista ja siihen liittyvistä oireista ja syistä keskustelu nähtiin tarpeellisena.

Käsitekartasta näkee, kuinka ryhmäkeskusteluissa tuotiin esille, että kun käsitellään potilaan ongelmia, niihin etsitään myös ratkaisuja:

”Omia ongelmia ei ole käyty ollenkaan läpi hosussa (hoitosuunnitelmassa), onko niitä huomioitu lainkaan?”

Eräissä ryhmäkeskustelussa mainittiin myös tavoitteista puhuminen tärkeys:

”Voisi käydä laajemmin läpi tavoitteita, jos omat näkemykset poikkeaa henkilökunnan näkemyksistä.”

Tärkeänä pidettiin myös tarkastella potilaan tilanteen kohdalla läpi sen hetkistä vointia ja etenemistä sekä etenemismahdollisuuksiaan hoidossaan (kuvio 2). Potilasta motivoivilla asioilla kuten tulevaisuudenlupauksilla tai -suunnitelmilla voidaan auttaa potilasta

jaksamaan hoidossaan eteenpäin. Samalla ehdotettiin hoidon etenemiseen käytettyihin osastosiirtolistoihin palaamista:

”Jos kuulee olevansa siirtolistalla niin antaa motivaatiota. Olis hyvä kun olis vanhanaikainen siirtolista. Turhat töppäilyt jää vähemmälle, kun tietää, että jotain on odotettavissa.”

Ryhmäläisten mielestä potilaat haluavat myös saada jonkunlaisen tiedon hoidon päätymisestä sairaalassa (kuvio 2):

”Hoitosuunnitelman pitäisi olla sellainen, että osapuolet pyrkii siihen, että kyseinen puolivuotisjakso jää potilaalle viimeiseksi tässä sairaalassa.”

Kuviosta 2 ilmenee myös, että epävarmuuden vähentämiseksi ehdotettiin tiedon lisääminen potilaan tilanteesta ja tulevaisuuden suunnitelmista:

”Epätietoisuus syö miestä.”

Käsittekartassa (kuvio 2) kuvataan kuinka raatilaiset toivat esille palautteen merkityksen hoidon suunnittelun tukena. Raatilaisten ehdottivat yhteenvedossaan, että hoitosuunnitelmatilaisuudessa annettaisiin positiivista palautetta ja tuotaisiin esille myönteisiä, mutta myös parannettavia asioita. Ryhmissä koettiin myös tärkeäksi keskustella niistä asioista, miten on siihen asti hoidossa onnistuttu ja miten hoitoa jatketaan:

”On isokin merkitys ja käydään läpi asiat mitkä on edenneet ja mitkä ei.”

4.3. Palautekyselyn antia

4.3.1. Näkemyksiä yhteistyöraadin onnistumisesta ja mahdollisuuksista

Yhteistyöraatiin osallistuneille potilaille lähetettiin raadin jälkeen palautekyselylomake yhteistyöraadin toteutumisesta (liite 7). Vastauksia tuli yhteensä 12 osallistujalta eli yksi jätti vastaamatta. Lomake sisälsi 14 väittämää liittyen osallistujien kokemuksiin ja näkemyksiin raadin onnistumisesta, toteutumisesta ja mahdollisuuksiin tulevaisuudessa. Lisäksi lomakkeessa tiedusteltiin avoimella kysymyksellä ehdotuksia yhteistyöraatien kehittämiseksi. Viimeisessä kohdassa oli mahdollisuus kommentoida vielä jotain vapaamuotoisesti liittyen raatiin.

Palautekyselyn väittämiin oli mahdollisuus tuoda mielipiteensä asteikossa viidellä eri tasolla lomakkeen sarakkeissa, joiden ääripäissä olivat vaihtoehdot *täysin eri mieltä* (1) ja *täysin samaa mieltä* (5). Muiden numeeristen sarakkeiden kohdalla voidaan ajatella olevan mielipiteet *jokseenkin eri mieltä* (2), *ei eri mieltä eikä samaa mieltä* (3) ja *jokseenkin samaa mieltä* (4). Mikäli vastaaja oli valinnut arviointiasteikolla vaihtoehdot 4 tai 5, voidaan tässä tutkimuksessa ajatella, että vastaaja oli tyytyväinen väittämiin. Toisaalta mikäli vastaaja oli valinnut arviointiasteikolla vaihtoehdot 1 tai 2, voidaan tässä tutkimuksessa ajatella vastaajan olevan tyytymätön väittämään. Väittämistä ei laadittu tilastollisia laskutoimituksia, koska sitä ei nähty tarpeellisena eikä mahdollisena tilastollisesti yleistää tutkimukseen liittyvän laadullisen osallistujamäärän vuoksi. Tärkeintä oli saada yleistä informaatiota ja kehittämistarpeita osallistujien näkemyksistä yhteistyöraadin onnistumisesta ja heidän kokemuksistaan raadin jäsenenä.

Väittämien vastaukset on esitetty palautelomakkeen (liite 7) arviointiasteikkojen sarakkeisiin numeroituina vastausmäärinä kunkin väittämän kohdalle. Lukemista voidaan päätellä, että suurin osa osallistujista oli tyytyväisiä raadin onnistumiseen, sillä 10 väittämän kohdalla 10–12 vastaajaa olivat arviointiasteikon kohdissa jokseenkin samaa tai täysin samaa mieltä raadin onnistumisesta. 1–2 vastaajista olivat kuitenkin jokseenkin eri mieltä joidenkin väittämien kohdalla ja yksi vastaaja oli vastannut yhteen väittämään olleensa täysin tyytymätön. Mutta mikä on näiden erimielisten kokemusten taustalla?

Tavoitteena on löytää ratkaisu avoimien kysymysten vastauksissa, jotka esitellään myöhemmin.

Vastaajista 10 oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä asiantuntijaesitysten onnistumisesta, joten esitysten toteuttamiseen voidaan olla pääpiirteissään tyytyväisiä. Kaksi vastaajaa oli kuitenkin jokseenkin eri mieltä asiasta. Juuri nämä kaksi vastaajaa eivät toisaalta ilmaisseet tyytymättömyyttään kysyttäessä asiantuntijaesitysten sisällöstä liittyen saamaansa tietoon hoidon suunnitteluun ja potilaslähtöisyyteen. Jostain syystä näiden kahden vastaajan mielestä asiantuntijaesitykset eivät kuitenkaan ehkä vastanneet heidän tarvettaan tai näkemystään esitysten tasosta. 10 vastaajaa eli suurin osa oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä saamastaan tiedosta liittyen asiantuntijaesitysten aiheisiin.

10 vastaajaa koki keskustelun ryhmissä olleen täysin vapaaehtoista, mutta yksi vastaaja oli jokseenkin eri mieltä asiasta (vastaus mielipideasteikolla 2) ja yksi ei ollut samaa mieltä eikä eri mieltä (vastaus mielipideasteikolla 3). Valtaosa vastaajista (11) siis koki keskustelun ryhmissä olleen ainakin jokseenkin avointa ja heillä oli ollut mahdollisuus kertoa mielipiteensä ryhmissä. Kokemuksesta ryhmäkeskusteluiden vetäjien rohkaisusta ilmenee jonkin verran vaihtelevia mielipiteitä. Kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä ja kaksi ei ollut eri mieltä eikä samaa mieltä.

Suurin osa vastaajista koki tulleen kuulluksi ja mielipiteensä tulleen huomioduksi yhteistyöraadissa eikä kukaan ilmaissut tyytymättömyyttään näissä kohdissa. Yksi osallistuja oli jättänyt vastaamatta näihin väittämiin. Myös kokemus yhteistyöraadin jäsenyydestä oli samansuuntainen vaikka yksi vastaajista oli jokseenkin eri mieltä asiasta ja yksi vastaaja ei ollut eri mieltä eikä samaa mieltä. Suurin osa vastaajista koki saaneensa tietoa oikeuksistaan liittyen hoidon suunnitteluun eikä kukaan ilmaissut tyytymättömyyttään tämän väittämän kohdalla. Raatilaiset olivat yleisesti tyytyväisiä ryhmänvetäjien onnistumisesta. Yksi raatilainen ilmaisi olevansa asiasta täysin eri mieltä.

Eniten hajontaa näyttää olevan väittämässä, joka koskee raatilaisten mielipidettä sairaalan toiminnan kehittämistä yhteistyöraadin avulla. Tämän väittämän kohdalla seitse-

män vastaajaa asteikolla 4 ja 5 uskoi raadin kehittävän sairaalan toimintaa, mikä on vähiten vastauksia muihin väittämiin verrattuna. Kolme vastaajaa ei ollut samaa mieltä eikä eri mieltä ja kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä raadin osuudesta sairaalan toiminnan kehittämiseksi. Kaikki vastaajat kuitenkin uskoivat, että yhteistyöraateja kannattaa hyödyntää jatkossa kehitettäessä sairaalan toimintaa. Kahdeksan vastaajaa oli täysin samaa mieltä ja neljä vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä asiasta.

4.3.2. Miten yhteistyöraateja voidaan jatkossa kehittää tai muuttaa?

Neljä vastaajaa oli sitä mieltä, että yhteistyöraatia varten kannattaisi varata enemmän aikaa ja esimerkiksi useampia päiviä. Erään vastaajan mielestä loppuyhteenvedon laatimiseen jäi liian vähän aikaa eikä kaikkia näkökulmia siten ehditty huomioimaan. Henkilö, joka oli eri mieltä väittämässä ryhmävetäjien onnistumisesta tehtävässään, oli sitä mieltä, että yhteistyöraati voisi toimia, mikäli sen toteuttamisessa olisi mukana oikeat henkilöt. Sama henkilö kommentoi myös ajankäyttöä:

”Aikaa kannattaa varata riittävästi, jotta muutkin kuin kaikkein suulaimmat pääsevät jatkossa esille.”

Eräs henkilö esitti potilasraadin tyyppisenä niin sanotun ideariihen toteuttamista. Ideariihessä 3–5 hengen ryhmä suunnittelisi ohjaavan kysymyskehiksen. Isommassa, 10–15 potilaista koostuvassa ryhmässä yksilöt valmistelisivat tavoitteellisesti ja esittäisivät kyseessä olevan idean. Eräs vastaaja ehdotti jatkossa kirjallista informaatiota asiantuntijaesityksistä, että niihin voisi rauhassa perehtyä. Osan mielestä henkilökunta olisi voinut rohkaista osallistujia enemmän keskusteluun ja kommentointiin:

”Hoitajat/vetäjät voisivat ikään kuin ’auttaa alkuun’, välillä kun ei oikein keksinyt mistä puhua.”

”Oltaisiin rohkaistu enemmän ujoimpiakin sanomaan jotain. Nyt samat henkilöt olivat pääosin äänessä ainakin loppuyhteenvedossa.”

Ainakin viidessä kommentissa mainittiin yhteistyöraadin myönteisiä puolia:

”Olisi hyvä jos tulevissakin yhteistyöraadeissa olisi potilaita joka osastolta kehittämässä potilaita ja sairaalaa koskevissa asioissa, koska eri osastoilla on niin erilaisia käytäntöjä samoissa asioissa, jolloin mahdollisesti saataisiin tasa-arvoisuutta eri osastojen kesken samoissa asioissa.”

”Yhteistyöraatiin oli saatu hyvin osallistujia. Oli tärkeää, että liki joka osastolta oli edustajia.

”On hyvä, että nähdään vaivaa vastavuoroisuuteen potilaan ja sairaalan välillä.”

4.4. Katsaus tutkimustuloksiin ja teorian yhteyksiin

Empiirinen tutkimusaineisto kerättiin yhteistyöraadin ryhmäkeskusteluiden, yhteenvedon ja osallistujien palautteen perusteella. Niistä saatiin tietoa raatilaisten kokemuksista, odotuksista ja vaikuttamismahdollisuuksista hoitonsa suunnitteluun. Näistä aineistoista saatu materiaali tuotti informaatiota koskien asiakaslähtöisyyttä ja potilaan osallistumista. Asiakaslähtöisyys ja osallistumisen mahdollisuus näyttäytyvät odotuksina viestintää, vaikuttamismahdollisuuksia, dialogia, osallistumista, kumppanuutta, yksilöllisyyttä, kokemusasantuntijuutta ja potilaan kuuntelemista kohtaan. Tulosten perusteella potilaiden odotukset ja toiveet hoidon suunnittelussa sekä näkemykset osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan ovat samansuuntaiset teoreettisen tietämyksen kanssa.

Mitä raati sitten tuotti itse hoidon suunnittelusta. Kuviossa 1 kuvailtuja hoidon suunnittelua ohjaavat tekijät olivat osittain raatilaisten tietoisuudessa. Toisaalta ilmeni, että raatilaisilla ei ollut selkeää käsitystä omista oikeuksistaan kuten mahdollisuuksistaan osallistua hoitonsa suunnitteluun tai mahdollisuudesta saada laadittu hoitosuunnitelmalomake itselleen nähtäväksi. Hoidon suunnittelussa käytettävä START-yhteenvetolomake oli monelle vieras. Sekä hoitosuunnitelmalomake että erityisesti START-yhteenvetolomake puhututtivat paljon raatilaisia.

Raatilaiset toivat esille monipuolisesti näkemyksiään hoitosuunnitelmatilaisuudessa käsiteltävistä asioista. Potilaalle merkitykselliset käsiteltävät asiat liittyvät vointiin ja siihen liittyvään arviointiin, palautteen merkitykseen, hoitoon liittyviin mahdollisuuksiin sekä tulevaisuuteen liittyvään pohdintaan. Hoitosuunnitelmatilaisuudessa odotetaan toteutuvan dialogiin perustuvaa vuoropuhelua kuten kuuntelua, ymmärtämistä, arviointia, tarkastelua, perustelua, suunnittelua ja tutkivaa otetta.

Dialogiin raatilaiset mieltävät itsensä lisäksi omahoitajan sekä moniammatillisen työryhmän ja potilaan läheiset tai lähipiirin. Raatilaisten toiveet potilaan tukemiseksi hoidon suunnittelussa olivat yhteneväiset osallistamiseen tukevien rakenteiden kanssa kuten kuulluksi tulemisen, näkemysten ja mielipiteiden kuuntelemisen sekä mahdollisuuden olla mukana hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Muita potilaita tukevia toimia ovat hyvä viestintä hoidon suunnittelun vaiheista ja hoitosuunnitelmatilaisuudessa käsitellyistä asioista, tulevaisuudesta keskustelu, palaute sekä yksilöllinen huomiointi työryhmän koosta ja potilaille merkityksellisistä asioista. Erityinen merkitys näyttää olevan omahoitajan roolilla kaikissa hoidon suunnittelun vaiheissa. Omahoitajaa kohtaan esitettiin potilasta tukevia, kannustavia ja rohkaisevia sekä yhteistyöhön liittyviä odotuksia.

Vanhan Vaasan sairaalan yhteistyöraatiin osallistuneet potilaat olivat selkeästi tyytyväisiä yhteistyöraadin onnistumisesta sekä osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan hoitotyön kehittämiseksi. Pääosin osallistujat olivat tyytyväisiä raadin toteutukseen ja tulevaisuuden odotuksiin liittyen raadista saatavaan hyötyyn. Toisaalta joidenkin yksittäisten vastaajien kohdalla kokemukset ja odotukset olivat vähäiset joidenkin väittämien kohdalla. Näiden yksittäisvastaustenkin kohdalla on syytä miettiä, miten mahdollisia tulevia raateja voitaisiin jatkossa kehittää, jotta tyytyväisyys paranisi.

Raatilaiset innovoivat sellaisia ideoita, jotka eivät välttämättä suoranaisesti liittyneet käsiteltävään aiheeseen. Yksittäiset henkilöt ehdottivat mappia osastolle potilaan oikeuksista, aloitelaatikkoa jokaiselle osastolle, lääkäreille lisää aikaa välittömään potilastyöhön ja palkitsemalli kuukauden idea. Näitä kommentteja ei tarkemmin käsitellä tässä tutkimuksessa, koska ne poikkesivat käsiteltävästä aiheesta.

5. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tulevaisuuden haasteena on mielenterveysasiakkaan osallistamisen kehittäminen. Oikeuspsykiatrisella alalla haastavuutta lisää potilaan mahdolliset puutteelliset kyvyt ja valmiudet osallistumiseen sekä tahdonvastainen hoito. Siten tässä tutkimuksessa potilaan mahdollisuus osallistua yhteistyöraatiin saattoi olla hankalaa. Tutkimusaineisto tuotti kuitenkin paljon monipuolista tietoa raatilaisten kokemuksista, odotuksista, toiveista ja näkemyksistä liittyen hoidon suunnitteluun, hoitotyön kehittämiseen ja potilaan osallistumiseen Vanhan Vaasan sairaalassa. Kaiken tämän informaation avulla hoitotyötä ja potilaan osallistumista voidaan kehittää ja hioa entistä eettisemmäksi ja laadukkaammaksi.

Yhteistyöraadista saatavina hyötyinä näen potilaan hoidon suunnitteluun liittyvien kokemusten tuomisen esille saaden käyttöön potilaan kokemusasiantuntijuutta. Lisäksi moniammatillinen työryhmä saa uutta informaatiota kehittää potilaan hoidon suunnittelua ja kuntoutusta potilaan näkökulmasta. Koska valtion mielisairaalan kaltaista hoitoa toteutetaan Vanhan Vaasan sairaalan lisäksi myös muualla Suomessa, voidaan tutkimuksen antia tarkastella ja hyödyntää myös laajemmassa kontekstissa, mahdollisesti myös yleisesti psykiatrisessa pitkäaikaishoidossa. Yhteistyöraati deliberatiivisen demokratian sovelluksena vahvistanee myös Vanhan Vaasan sairaalan yhteisöllistä merkittävyyttä.

Yhteistyöraadin onnistuneisuutta osoittavat palautekyselyn tyytyväisyyttä kuvaavat tulokset. Lisäksi raatilaiset olivat sisäistäneet raadin idean ja tarkoituksen ehdottamalla muuttaa raadin nimen hyvin sen tavoitetta kuvaavaksi. Palautekyselyn kommentit myös tukivat deliberatiivisen osallistamismuodon periaatteita. Edellä mainittujen havaintojen perusteella yhteistyöraadin osallistujille on muodostunut selkeä käsitys deliberatiivisen demokratian eli tässä tapauksessa potilaita osallistavan mallin ideasta ja heidän vaikutusmahdollisuuksistaan päätöksentekoon. Potilailta saadun palautteen perusteella ja yhteistyöraadin toteuttamisen myötä uskonkin, että tämäntyyppinen potilaita osallistava malli on hyvin toteuttamiskelpoinen hoitotyön kehittämistyössä.

Usea raatilainen ehdotti palautteessaan, että raadin toteuttamiseen käytettäisiin vielä enemmän aikaa. Olisiko ajankäytön lisääminen tarpeen mahdollisissa tulevilla yhteistyöraadeissa, jotta voitaisiin lisätä osallistujien mahdollisuutta äänensä kuuluville saatamiseksi ja sitä kautta syvempää tuntemusta osallisuudestaan? Raatilaisten on muodostunut tunne siitä, että kykyä osallistua pidempäänkin potilaita osallistavaan keskusteluun on mahdollista ja erityisesti tarpeen. Näyttää siltä, että yhteistyöraati sovellettuna mallina tavallisesti useita päiviä koostuvasta kansalaisraadista oli liian typistetty versio.

Deliberatiiviseen keskusteluun tähtäävän toiminnan voidaan ajatella edellyttävän organisaatiossa samoja rakenteita kuin mitä asiakkaan osallisuuteenkin tähtäävä toiminta edellyttää. Siten asiakkaan osallistumista yhteistyöraadin kaltaisissa foorumeissa voidaan tukea kiinnittämällä huomiota yhteistyön onnistumiseen, henkilöstön kouluttamiseen, resursseihin, henkilöstön asenteisiin, avoimeen ja läpinäkyvään dialogiin sekä jaettuun asiantuntijuuteen. Vastentahtoista hoitoa toteuttavassa organisaatiossa potilasta tukeva toiminta saattaa siten merkitä organisaatio- ja johtamiskulttuurin muutosta.

Raatilaisten odotukset, toiveet ja ehdotukset hoidon suunnittelusta olivat yhteneväiset jo olemassa olevan teoreettisen tiedon, lakien ja suositusten kanssa. Tämä saattaa kuvastaa sitä, että käytännössä potilaan hoidon suunnittelu toimii puutteellisesti, koska raatilaiset toivat näkemyksensä esille vaikuttamis- ja kehittämismielessä. Toisaalta myös potilaan käsitys käytännöistä ja oikeuksistaan liittyen oman hoitonsa suunnitteluun saattaa olla puutteellinen ja siksi raatilaiset ilmaisivat kehittämistarvetta. Minkä verran potilaat sitten ovat tietoisia omista oikeuksistaan liittyen hoidon suunnitteluun? Jatkotutkimusaiheena voisikin tarkastella hoidon suunnittelutyötä käytännön toteutuksessa. Lisäksi tarkastelun kohteena voisi olla potilaan tietämyksen taso mahdollisuuksistaan ja oikeuksistaan oman hoitonsa suunnittelussa. Näiden asioiden tarkastelu ja tutkimus voisi tuoda tarkempaa lisätietoa potilaan hoidon suunnittelun käytännön ja teorian yhteyksistä.

Asiakkaan osallistumista voidaan tehostaa toiminnalla, jossa asiakkaalla on mahdollisuus osallistua, kertoa kokemuksistaan ja vaikuttaa näkemyksillään yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Edellytyksenä on sellainen foorumi ja ilmapiiri, joka hyväksyy, kuuntelee, tukee ja auttaa vastavuoroisuuteen. Tämän mahdollistavia rakenteita ovat viestin-

tä, dialogi, kumppanuus, yksilöllinen huomioiminen ja kuunteleminen asiakassuhteessa. Tässä tutkimuksessa raatilaisten näkemykset hoidon suunnittelun tematiikassa sisälsivät kaikkia näitä elementtejä. Näin ollen teoreettinen tietämys asiakkaan osallistamista tukevista menetelmistä ja raatilaisten näkemyksistä tukevat toinen toisiaan. Samalla se osoittaa, että tutkimustulokset tukevat yhteistyöraadin alkuperäisen idean, deliberatiivisen keskustelun ja asiakaslähtöisyyden, periaatteita. Tämä vahvistaa osaltaan tutkimuksessa käytetyn viitekehyksen ja tutkimustulosten välistä suhdetta ja käyttökelpoisuutta.

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa ilmeni, että potilaat kokevat omahoitajan roolin merkittävänä osana kaikissa hoidon suunnittelun eri vaiheissa. Siksi omahoitajan rooli voi olla merkittävä asiakaslähtöisyyden ja potilaan osallistumisen vahvistamiseksi. Jokaisella hoitotyöhön osallistuvalla henkilöllä onkin nyt mahdollisuus tämän raportin avulla tarkistaa omia työskentelytapojaan potilaan hoidon suunnittelun ja samalla omahoitajuuden tematiikkaan nojautuen. Tulevaisuudessa omahoitajuutta ja hoitosuhdetta voisi tarkastella samaan tapaan yhteistyöraadin merkeissä.

Raatilaisten näkemysten mukaan sosiaalityöntekijän osallistuminen hoitosuunnitelmatilaisuuteen ei nähty välttämättömänä. Vaikka sosiaalityöntekijä on osa moniammatillista työryhmää, onko hänen roolinsa näkymättömämpi potilaan silmissä? Olisiko sosiaalityöntekijän roolin merkitystä syytä muuttaa näkyvämmäksi? Ehkäpä ainakin siitä näkökulmasta, että hän on osa moniammatillista työryhmää.

Raatilaisten halukkuus tutustua START-yhteenvetolomakkeeseen ja olla aktiivisesti mukana sen laatimisessa korostui yhteistyöraadin ryhmäkeskusteluissa ja yhteenvedon laadinnassa. Toisaalta lomake koettiin vaikeaselkoisena. Koska henkilöstöä koulutetaan START-lomakkeen käyttöön, voidaan olettaa, että potilaan on hankala ymmärtää lomakkeen sisältöä ilman koulutusta. Lieneekin syytä harkita, miten raatilaisten esittämä toive otetaan huomioon potilaslähtöisesti osallistumista ja dialogia unohtamatta.

Ongelmien monimutkaisuutta voi ymmärtää paremmin, kun niitä tarkastellaan erilaisten ratkaisuehdotusten kautta. Yhteistyöraadin ryhmäkeskustelut ja yhteenvedo sisälsivätkin paljon informaatiota osallistujien näkemyksistä, odotuksista ja toiveista hoidon suunnit-

teluun. Lopulta potilaiden erilaiset näkemykset ja palaute yhteistyöraadin toteutuksesta rakensivat tutkimuksen valmiiksi raportiksi. Tutkimus ei kuitenkaan tuottanut täysin valmista ratkaisua eikä lopputuloskaan voi olla lopullinen vaan jatkossakin voidaan ideoida lisää erilaisilla formaateilla ja ajan kuluessa. Jatkossa mahdollisten yhteistyöraadien aiheiksi voisi valita raadista nousseita teemoja kuten hoitosuhteen ja omahoitajuuden, kumppanuuden tai yhteistyön.

Se, että tämän tyyppisessä terveydenhuollon organisaatiossa oli mahdollista järjestää yhteistyöraadin tyyppinen tapahtuma, merkitsi se organisaatiolta sen hetkistä demokratisoitumista. Organisaatiossa kehittyvä demokratisoituminen näkyi yhteistyöraadin myötä kokemusasiantuntijuuteen perustuvana avoimena dialogina. Tämä ilmeni yhteistyöraadin ryhmäkeskusteluina ja potilasraadien yhteenveto- ja keskustelutilaisuutena, jossa dialogiin osallistuivat sekä raatiin osallistuneet potilaat kokemuksineen että sairaalan asiantuntijat ja organisaation johto.

Yhteisöraadin tavoite rakenteeltaan avoimena, aitona ja yhdenvertaisena vuorovaikutustapahtumana kuvastaa asiakaslähtöisyyden ideologiaa. Asiakaslähtöisyyttä kyettiin toteuttamaan onnistuneesti yhteistyössä potilaan ja organisaation eri tasojen kanssa, jolloin voidaan puhua yhteistyöstä, yhteistoiminnallisuudesta ja ehkäpä jopa kumppanuudesta. Itsessään se, että hoidon suunnitteluun saatiin käyttöön tavoitteen mukaista kokemusasiantuntijuutta, merkitsee asiakaslähtöisen mielenterveystyön ideologian toteuttamisen olevan mahdollista tahdonvastaista hoitoa toteuttavassa organisaatiossa.

Missä määrin sitten voidaan puhua puhtaasta asiakaslähtöisyydestä, kun puhutaan tämäntyyppisestä velvoittavia toimenpiteitä toteuttavasta organisaatiosta? Vastauksen saaminen edellyttää tulevaisuudessa vielä lisätarkastelua ja potilaslähtöisyyden käsitteen lähempää tarkastelua. Entä millaista potilaan aktiivisuutta vastentahtoista hoitoa toteuttava organisaatio tai muu terveydenhoitojärjestelmä kestää? Ja missä määrin tahdonvastainen hoito toimii mahdollisesti esteenä potilaan osallistumisen toteutumiseksi? Ainaakaan tämäntyyppisessä yhteistyöraadissa ei ollut havaittavissa esteitä potilaan aktiivisuudelle. Aika näyttää, miten raatilaisten aktiivisuus tulee näyttäytymään tulevaisuuden hoitosuunnitelmissa.

Miten raatilaiset sitten voivat saada kokemuksen omista vaikuttamismahdollisuuksistaan? Mikäli tutkimustuloksia hyödynnetään näkyvästi ja konkreettisesti, saa potilas kokemuksen todellisesta vaikuttavuudesta. Tulosten hyödyntäminen edellyttää kuitenkin yhteenvedon tarkastelua – mitkä yhteenvedon ehdotuksista ovat toteutettavissa ja mitkä ovat hankalia toteuttaa. Erityisesti hankalasti toteutettavat ehdotukset kaipaavat perusteluja ja toteutettavissa olevat näkyvyyttä käytännön hoitotyössä.

Miksi raatilaisten luottamus yhteistyöraadin mahdollisuuksista kehittää sairaalan toimintaa oli osittain epävarmaa? Mielenterveys- ja päihdetyössä potilaille ei ole vielä muodostunut kokemusta eikä selkeää ja konkreettista näyttöä omista osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista hoitotyön kehittämistyössä. Potilaiden luottamus osallistumiseen ja vaikuttavuuteen onkin saavutettavissa konkreettisilla toimilla. Se tapahtuu takaamalla tämän toiminnan jatkuvuus hyödyntämällä yhteistyöraadin tulokset käytännön hoitotyössä. Ja osoittamalla, että vastaavanlaisille yhteistyöraadeille on tilausta tulevaisuudessakin.

LÄHDELUETTELO

- Abraham, Marie & Julie Ginn Moretz (2012). Implementing Patient- and Family-Centered Care: Part I – Understanding the Challenges. *Pediatric Nursing* 38: 1, 44–47.
- Beresford, Peter (2005). Theory and Practice of User Involvement in Research: Making the Connection with Public Policy and Practice. Teoksessa: *Involving Service Users in Health and Social Care Research*, 6–17. Toim. Lesley Lowes & Ian Hullatt. Lontoo, New York: Routledge.
- Bohman, James (2012). Representation in the Deliberative System. Teoksessa: *Deliberative Systems*, 72–94. Toim. John Parkinson & Jane Mansbridge. New York: Cambridge University Press.
- Brown, Corinne, Elizabeth Bornstein & Catina Wilcox (2012). Partnership and Empowerment Program: A Model for Patient-Centered, Comprehensive, and Cost-Effective Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 16: 1, 15–17.
- Campbell, Peter (2009). The Mental Health Service User. Teoksessa: *Mental Health Nursing: An evidence-based approach*, 9–20. Toim. Rob Newell & Kevin Gournay. Kiina: Churchill Livingstone Elsevier.
- Chambers, Simone (2012). Deliberation and Mass Democracy. Teoksessa: *Deliberative Systems*, 52–71. Toim. John Parkinson & Jane Mansbridge. New York: Cambridge University Press.
- Charles, Cathy & Suzanne DeMaio (1993). Lay Participation in Health Care Decision Making: A Conceptual Framework. *Journal Health Politics, Policy and Law* 18: 4, 821–904.

- Christiano, Thomas (2012). Rational Deliberation among Experts and Citizens. *Teoksessa: Deliberative Systems*, 27–51. Toim. John Parkinson & Jane Mansbridge. New York: Cambridge University Press.
- Cliff, Barbara (2012a). Patient-Centered Care: The Role of Healthcare Leadership. *Journal of Healthcare Management* 57: 6, 381–383.
- Cliff, Barbara (2012b). Patient-Centered Care and Community Engagement. *Journal of Healthcare Management* 57: 4, 234–235.
- Cliff, Barbara (2012c). The Evolution of Patient-Centered Care. *Journal of Healthcare Management* 57: 2, 792–W233.
- Cliff, Barbara (2012d). Using Technology to Enhance Patient-Centered Care. *Journal of Healthcare Management* 57: 5, 301–303.
- Dryzek, John S. (2010). *Foundations and Frontiers of Deliberative Governance*. New York: Oxford University Press.
- Dryzek, John S. & Simon Niemeyer (2010). Representation. *Teoksessa Foundations and Frontiers of Deliberative Governance*, 42–65. Toim. John S. Dryzek. New York: Oxford University Press.
- Dryzek, John S. & Simon Niemeyer (2010). Pluralism and Meta-Consensus. *Teoksessa Foundations and Frontiers of Deliberative Governance*, 85–115. Toim. John S. Dryzek. New York: Oxford University Press.
- Edwards, Adrian & Glyn Elwyn (2009). *Shared Decision-Making in Health Care: Achieving Evidence-Based Patient Choice*. Oxford: Oxford University press.
- Eldh, Ann Catherine (2006). *Patient Participation – What it is and What it is not*. Örebro: *Studies in Caring Sciences* 11. Örebro: Universitetsbibliotek.

- Eldh, Ann Catherine, Inger Ekman & Margareta Ehnfors (2010). A Comparison of the Concept of Patient Participation and Patients' Descriptions as Related to Healthcare Definitions. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 21: 1, 21–32.
- Eskola, Jari & Juha Suoranta (2005). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Evers, Adalbert (2006). European Perspective and Future Challenges of Welfare Services. Teoksessa Aila-Leena Matthies. (toim.). *Nordic Civic Society Organisations and the Future of Welfare Services. A Model for Europe*. TemaNord 517, 255–276. Kööpenhamina: Nordic Council of Ministers.
- Fishkin, James S. (2009): *When the People Speak: Deliberative Democracy & Public Consultation*. New York: Oxford University Press.
- Goberman-Hill, Rachael, Jeremy Horwood & Michael Calnan (2008). Citizens Juries in Planning Research Priorities: Process, Engagement and Outcome. The Authors. *Journal compilation Blackwell Publishing Ltd Health Expectations* 11, 272–281. Bristol: Department of Social Medicine University of Bristol.
- Granfelt, Riitta, Harri Jokiranta, Synnöve Karvinen, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola (1993). *Monisärmäinen sosiaalityö*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Gustafsson, E., M. Holmi & G. Flenser 2012. Rehabilitation Between Institutional and Non-Institutional Forensic Psychiatric Care: Important Influences on the Transition Process. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 729–737.
- Harris, Matthew (2005). Service User Involvement at all Stages of the Research Process. Teoksessa: *Involving Service Users in Health and Social Care Research*, 190–198. Toim. Lesley Lowes & Ian Hulatt. Lontoo, New York: Routledge.

- Helén, Ilpo (2011). Asiakaslähtöisyys: Eli miten mielenterveystyön ajatus epäpolitisoi-
tui. Teoksessa: Reformin pirstaleet, 153–181. Toim. Ilpo Helén. Jyväskylä:
Bookwell Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (2009). Tutki ja kirjoita. Helsinki:
Tammi.
- Hulatt, Ian & Lesley Lowes (2005). Introduction. Teoksessa: Involving Service Users in
Health and Social Care Research, 1–5. Toim. Lesley Lowes & Ian Hulatt. Lon-
too, New York: Routledge.
- Iija, Aulikki, Sinikka Almqvist & Upu Kiviharju-Rissanen (1997). Mielenterveystyön
perusteet hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Kashefi, Elham & Maggie Mort (2004). Grounded Citizens' Juries: A Tool for Health
Activism? *Health Expectations* 7, 290–302.
- Kilian, Reinhold, Iro Lindenbach, Uta Löbig, Matthias Uhle, Andreas Petscheleit &
Matthias C. Angermeyer (2003). Indicators of Empowerment and Disempower-
ment in the Subjective Evaluation of the Psychiatric Treatment Process by Per-
sons with Severe and Persistent Mental Illness: A Qualitative and Quantitative
Analysis. *Social Science & Medicine* 57, 1127–1142.
- Koivuniemi, Kauko & Kimmo Sivonen (2011). Kohti asiakkuutta: Ihmistä arvostava
terveydenhuolto. Keuruu: Duodecim.
- Kokkola, Anita, Irma Kiiikkala, Tuula Immonen & Minna Sorsa (2002). Mitä Sinä elä-
mältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Helsin-
ki: Suomen kuntaliitto. Stakes.

- Kujala, Eila (2003). Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli: Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Acta Universitas Tamperensis 914. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Käypä hoito 2013. Skitsofrenia. Saatavissa 19.11.2013: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050?hakusana=hoitosuunnitelma#s8>.
- Laine, Timo (2001). Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin II: näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, 26–43. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Laine, Jouni & Anneli Sarajärvi (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Laitila, Minna (2010). Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä: Fenomenografinen lähestymistapa. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavissa 19.11.2013: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. Saatavissa 19.11.2013: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>.
- Larsson (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Teoksessa: Kvalitativ metod och vetenskapsteori, 163–189. Toim. Bengt Starrin & Per-Gunnar Svensson. Ruotsi: Studentlitteratur.

- Latvala, Eila & Liisa Vanhanen-Nuutinen (2001). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä 21–43. Toim. Sirpa Janhonen, Merja Nikkonen. Helsinki: WSOY.
- Lehman, Anthony F., Jeffrey A. Lieberman, Lisa B. Dixon, Thomas H. Mc Glashan, Alexander L. Miller, Diana O. Perkins & Julie Kreyenbuhl (2004). Practice Guideline for the Treatment of Patient with Schizophrenia. Teoksessa: Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders, 565-678. Toim. American Psychiatric Association. Arlington, VA: Compendium.
- Lehtonen, Tommi (2010). Julkisen harkinnan demokratia. Vaasa: Vaasan yliopisto. Saatavissa 19.11.2013: http://www.uva.fi/fi/blogs/project/uudenlaista_demokratiaa_luomassa/julkisen_harkinnan_demokratia-filosofian_yliopistonlehtori_tommi_lehtonen-vaasan_yliopisto/.
- Lester, Helen, Lynda Tait, Elizabeth England & Jonathan Tritter (2006). Patient Involvement in Primary Care Mental Health: A Focus Group Study. *British Journal of General Practice* 56: 415–422.
- Lindgren, Gerd (1994). Fenomenologi i praktiken. Teoksessa: Kvalitativ metod och vetenskapsteori, 91–110. Toim. Bengt Starrin & Per-Gunnar Svensson. Ruotsi: Studentlitteratur.
- MacKenzie, Michael K. & Mark E. Warren (2012). Two Trust-Based Uses of Mini-publics in Democratic Systems. Teoksessa: *Deliberative Systems*, 95–124. Toim. John Parkinson & Jane Mansbridge. New York: Cambridge University Press.
- McLaughlin, Hugh (2009). *Service User Research in Health and Social Care*. Los Angeles, Lontoo, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE.

- Mansbridge, Jane, James Bohman, Simone Chambers, Thomas Christiano, Archon Fung, John Parkinson, Dennis F. Thompson & Mark E. Warren (2012). A Systemic Approach to Deliberative Democracy. Teoksessa: *Deliberative Systems*, 1-26. Toim. John Parkinson & Jane Mansbridge. New York: Cambridge University Press.
- Matthies, Aila-Leena (2006). Report of the “State of Knowledge” – Project on Research of Third Sector in the Area of Welfare Services in Nordic Countries – English Summary. Teoksessa Aila-Leena Matthies. (toim.). *Nordic Civic Society Organisations and the Future of Welfare Services. A Model for Europe. TemaNord 517*, 13–156. Kööpenhamina: Nordic Council of Ministers.
- Metsämuuronen, Jari (2006). Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa: *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*, 79–147. Toim. Jari Metsämuuronen. Jyväskylä: International Methelp Ky.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/ 1116. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa 19.11.2013: <http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/selvitys/mtlaki.htm>.
- Montgomery, Kathleen & Miles Little (2011). Enriching Patient-Centered Care in Serious Illness: A Focus on Patients’ Experiences of Agency. *The Milbank Quarterly* 89: 3, 381–398.
- Morgan, Hannah & Jennifer Harris (2005). Strategies for Involving Service Users in Outcomes Focused Research. Teoksessa: *Involving Service Users in Health and Social Care Research*, 163–170. Toim. Lesley Lowes & Ian Hulatt. Lontoo, New York: Routledge.
- Mönkkönen, Kaarina (2002). Dialogisuus kommunikaationa ja suhtena: Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

- Niiranen, Vuokko (1999). *Municipal Democracy and Citizens' Participation*. Teoksessa: *Citizens and the New Governance: Beyond New Public Management*, 55–67. Toim. Luc Rouban. Hollanti: IOS Press.
- Niiranen, Vuokko (2002). *Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityösäkin*. Teoksessa: *Marginaalit ja sosiaalityö*, 63–80. Toim. Kirsi Juhila, Hannele Forsberg & Irene Roivainen. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Nikkilä, Juhani (1994). *Hallintotyön ympäristö: Kohti tuloksellista ja palvelevaa hallintoa*. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Niuvanniemen sairaala (2013). *Kuopio: Niuvanniemen sairaala*. Saatavissa 19.11.2013: <http://www.niuva.fi/>.
- Noppiari, Eija, Aliisa Kiiltomäki & Arja Pesonen (2007). *Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa*. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Northway, Ruth & Paul Wheeler (2005). *Working Together to Undertake Research*. Teoksessa: *Involving Service Users in Health and Social Care Research*, 199–208. Toim. Lesley Lowes & Ian Hulatt. Lontoo, New York: Routledge.
- Outinen, Maarit, Tupu Holma & Kristiina Lempinen (1994). *Laatu ja asiakas: Laatu-työskentely sosiaali- ja terveysalalla*. Juva: WSOY.
- Pajukoski, Marja (2005). *Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa - oikeudellinen näkökulma*. Teoksessa: *Sosiaali ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*, 176–204. Toim. Matti Heikkilä & Milla Roos. Helsinki: Stakes.
- Papadopoulos, Yannis (2012). *On the Embeddedness of Deliberative Systems: Why Elitist Innovations Matter More*. Teoksessa: *Deliberative Systems*, 125–150. Toim. John Parkinson & Jane Mansbridge. New York: Cambridge University Press.

- Pohjola, Anneli (1991). Asiakas näkyväksi. Teoksessa: Palvelutilkuista yhteiseen työhön: Kemijärven hyvinvointipalveluprojektin osaraportti, 95–110. Toim. Liisa Hokkanen, Petri Kinnunen, Anneli Pohjola, Kyösti Urponen & Reijo Väärälä. Rovaniemi: Lapin yliopiston monistuskeskus.
- Pohjola, Anneli (1992). Myyttinen asiakkuus. Teoksessa: Rajojen ylityksiä ja yhteistoimintaa: Kemijärven hyvinvointipalveluprojektin osaraportti 2, 99–115. Toim. Liisa Hokkanen & Reijo Väärälä. Rovaniemi: Lapin yliopiston monistuskeskus.
- Pohjola, Anneli. (2010). Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa: Asiakkuus sosiaalityössä, 19–74. Toim. Merja Laitinen & Anneli Pohjola. Tallinna: Gaudeamus.
- Pohjola, Anneli & Merja Laitinen (2010). Pohdintaa asiakkuuden punoksista. Teoksessa Asiakkuus sosiaalityössä, 309–320. Toim. Merja Laitinen & Anneli Pohjola. Tallinna: Gaudeamus.
- Raisio, Harri (2010a). Embracing the Wickedness of Health Care: Essays on Reforms, Wicked Problems and Public Deliberation. Acta Wasaensia No 228, Social and Health Management. Vaasa: Universitas Wasaensis.
- Raisio, Harri (2010b). Deliberatiivisen osallistumisen lisäarvo. Vaasan yliopisto. Vaasa. Saatavissa 19.11.2013: http://www.uva.fi/fi/blogs/project/uudenlais-ta_demokratiaa_luomassa/deliberatiivisen_osallistumisen_lisaarvo--raisio/.
- Raisio, Harri (2013). Kansalaisraati tuo kuntalaiset oikeasti mukaan päätöksentekoon. http://yle.fi/uutiset/kansalaisraati_tuo_kuntalaiset_oikeasti_mukaan_paatoksente_koon/6546839
- Raisio, Harri & Pirkko Vartiainen (2011). Osallistumisen illuusiosta aitoon vaikuttamiseen: Deliberatiivisesta demokratiasta ja kansalaisraatien toteuttamisesta Suomessa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

- Reed, Peter, Douglas A. Conrad, Susan E. Hernandez, Carolyn Watts & Miriam Marcus-Smith (2012). Innovation in Patient-Centered Care: Lessons from a Qualitative Study of Innovative Health Care Organizations in Washington State. *BMC Family Practice* 13: 120. Saatavissa 19.11.2013: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/120>.
- Robinson, Janice H., Lynn C. Callister, Judith A. Berry & Karen A. Dearing (2008). Patient-Centered Care and Adherence: Definitions and Applications to Improve Outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20: 12, 600–607.
- Rogers, Paul (2009). Forensic nursing. Teoksessa: *Mental Health Nursing: An Evidence-Based Approach*, 373–392. Toim. Rob Newell & Kevin Gournay. Kiina: Churchill Livingstone Elsevier.
- Salo, Markku (2011). Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallisen aseman muutokset ja demokraattisen mielenterveyspolitiikan mahdollisuudet. Teoksessa: *Reformin pirstaleet*, 259–302. Toim. Ilpo Helén. Jyväskylä: Bookwell Oy.
- Simmons, Magenta, Sarah Hetrick & Anthony Jorm (2010). Shared Decision-Making: Benefits, Barriers and Current Opportunities for Application. *Australian Psychiatry* 18: 5, 394-397.
- Sjöblom, Stefan (1999). Transparency and Citizen Participation. Teoksessa: *Citizens and the New Governance: Beyond New Public Management*, 15–27. Toim. Luc Rouban. Hollanti: IOS Press.
- Sjöström, Ulla (1994). Hermeneutik –att tolka utsagor och handlingar. Teoksessa: *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*, 73–90. Toim. Bengt Starrin & Per-Gunnar Svensson. Ruotsi: Studentlitteratur.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (2009). Saatavissa 19.11.2013
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>.

Steel, Roger (2005). *Actively Involving Marginalized and Vulnerable People in Research*. Teoksessa: *Involving Service Users in Health and Social Care Research*, 18–29. Toim. Lesley Lowes & Ian Hulatt. Lontoo, New York: Routledge.

Tritter, Jonathan, Meri Koivusalo, Eeva Ollila & Paul Dorfman (2010). *Globalisation, Markets and Healthcare Policy: Redrawing the Patient as Consumer*. New York: Routledge.

Tritter, Jonathan & Alison McCallum (2006) *The Snakes and Ladders of User Involvement: Moving beyond Arnstein*. *Health Policy* 76, 156–168.

Tritter, Jonathan (2009). *Vallankumous vai hidaskuutos – Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista*. Teoksessa: *Kansalaisesta kuluttajaksi: Markkinat ja muutokset terveydenhuollossa*, 210–226. Toim. Meri Koivusalo, Eeva Ollila & Anna Alanko. Helsinki: Gaudeamus.

Tuomi, Jouni & Anneli Sarajärvi (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Valkama, Katja (2009). *Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa*. *Hallinnon tutkimus* 2, 26–40.

Valkama, Katja (2012). *Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen*. *Acta Wasaensia* No 267, *Sosiaali ja terveyshallinto*. Vaasa: Universitas Wasaensis.

Vanhan Vaasan sairaala (2013). *Vaasa: Vanhan Vaasan sairaala*. Saatavissa 19.11.2013:
<http://www.vvs.fi/>.

- Vartiainen, Pirkko (2005). Wicked Health Care Issues: An Analysis of Finnish and Swedish Health Care Reforms. Teoksessa: *International Health Care Management*, 159–182. Toim. Grant T. Savage, Jon A. Chilingirian & Michael Powell. Oxford: Elsevier Ltd.
- Vartiainen, Pirkko (2011a). Evaluation of the First Finnish Youth Jury. Saatavissa 19.11.2013: http://www.uva.fi/fi/blogs/project/citizens_voice/evaluation_of_the_first_finnish_youth_jury/.
- Vartiainen, Pirkko (2011b). Osallisena omassa elämässä: Kansalaisraati vammaisille henkilöille. Saatavissa 19.11.2013: http://www.uva.fi/fi/blogs/project/citizens_voice/osallisena_omassa_elamassa--kansalaisraati_vammaisille_henkiloille-loppuraportti/.
- Vartiainen, Pirkko (2012). Ikäihmisten kansalaisraadin loppuraportti. Saatavissa 19.11.2013: http://www.uva.fi/fi/blogs/project/citizens_voice/ikaihminen_kansalaisraadin_loppuraportti/.
- Vartiainen Pirkko, Eija Mäkinen, Seija Ollila & Harri Raisio (2012). Deliberatiivinen käänne lähidemokratiassa: Ikäihmisten näkemyksiä osallistumisesta. *Futura* 31: 4, 5–15.
- Veasey, Keiko & Doug Nethercut (2004). *Citizens Jury Handbook*. The Jefferson Center. Saatavissa 19.11.2013. <http://jefferson-center.org/>.
- Ward, Martin F. (1998). *Psykiatrinen hoitosuunnitelma*. Juva: WSOY SHKS.
- Williams, Val & Mouse England (2005). *Supporting People with Learning Difficulties to do Their Own Research*, 30–40. Toim. Lesley Lowes & Ian Hulatt. Lontoo, New York: Routledge.

VAHVUUDET POTILAAN ARVIOIMANA
VAHVUUDET TYÖRYHMÄN ARVIOIMANA
SOSIAALINEN VERKOSTO
TALOUDELLISET ASIAT (toimeentulo, edunvalvoja, lausunnot)
HOIDON TAVOITTEET JA ARVIOINTI <ul style="list-style-type: none">- ARVIO AIKAISEMPIEN TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMISESTA - POTILAAN OMAT TAVOITTEET - TYÖRYHMÄN ASETTAMAT LYHYEN TÄHTÄIMEN TAVOITTEET - TYÖRYHMÄN ASETTAMAT PITKÄN AIKAVÄLIN TAVOITTEET
HOITOMUODOT
SUUNNITELLUT TUTKIMUKSET

Liite 2. START-yhteenvetolomake

START Yhteenvetolomake[©]

Nimi: _____

Osasto: _____

Diagnoosit: 1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

START arvion ajanjakso: _____

päivät / viikot / kuukaudet

Avain Muuttuja	Voimavarat			START Muuttujat	Puutteet			Kriittinen Muuttuja	HENKILÖKOHTAISET ENNUSMERKIT						
	2	1	0		0	1	2		ERITYISET RISKIARVIOT						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Sosiaaliset taidot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Ihmissuhteet (TS:K/E)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Ammatillinen arvio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Vapaa-ajan vietto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Itsestään huolehtiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Ht[†]	Riskit	U.H.K.A.T		Matala	Keski- suuri	Korkea
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Psykkinen tila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Väkivalta	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Tunne-elämä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Itsensä vahingoittaminen	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Päihteidenkäyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Itsemurha	Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Impulssikontrolli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Luvaton poistuminen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Ulkoiset ärsykkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Päihteidenkäyttö			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Sosiaalinen tuki (PYT:K/E) [‡]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Itsensä laiminlyöminen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Materiaaliset resurssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uhriksi joutuminen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Asenteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tapauskohtainen:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Lääkityksen noudattaminen (Ei lääkitystä <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Sääntöjen noudattaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	AJANKOHTAINEN RISKINHALLINTA SUUNNITELMA						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Käyttäytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Sairaudentuntoisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Tulevaisuuden suunnitelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Selviytymisstrategiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Hoidettavuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 Tapauskohtainen muuttuja: .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 Tapauskohtainen muuttuja: .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							

Riskin kannalta olennaiset terveysongelmat:**Riskin arvio:** mitkä tekijät ennustavat/selittävät, mitä henkilö tulee tekemään/milloin?

Arvion tekijät: Psykiatri: _____ Psykologi: _____ Hoitaja: _____

Päivämäärä: _____ Arvion tekemisen kesto (min): _____

*TS - Terapeuttinen suhde †PYT - Positiivinen ystävien tuki †Ht - Historialliset tekijät

Liite 3. Tiedote potilaille yhteistyöraadista

Potilasraati juhlasalissa 2-3.9.2013 klo 12–15.30

Teen parhaillaan opiskeluuni liittyvää tutkimustyötä aiheesta ”Deliberatiivinen keskustelu asiakaslähtöisyyden tukena Vanhan Vaasan sairaalassa”. Tutkimustyö toteutetaan niin sanottuna *potilasraatina*.

Potilasraadissa keskustellaan kokemuksista, odotuksista ja toiveista liittyen hoitosuunnitelman laadintaan. Potilasraati toteutetaan pienryhmissä vapaasti keskustellen ja mielipiteitä vaihdellen. Kokemusten jakaminen ja mielipiteiden esittäminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja keskustelut käydään yleisellä tasolla. Potilasraadilla voidaan saada tärkeää tietoa potilaan hoidon suunnitteluun ja hoitosuunnitelmatilaisuuksiin. Siksi juuri Sinun kokemuksesi on erityisen tärkeää osana potilasraadilla ryhmäkeskusteluja.

Mikäli olet kiinnostunut osallistumaan potilasraatiin, ilmoita halukkuutesi viimeistään keskiviikkona 21.8.2013. Potilasraatiin valitaan 15 potilasta Vanhan Vaasan sairaalasta, ja osallistujat valitaan yhteistyössä osastosi henkilökunnan kanssa. Edellytyksenä on, että sinulla on mahdollisuus ja kiinnostusta osallistua tilaisuuteen. Potilasraadista saatavia mielipiteitä hyödynnän tutkimustyössäni siten, ettei kenenkään henkilöllisyys tai nimi tule esille. Potilasraatiin osallistuvien henkilöiden nimiä ei siten mainita kirjallisessa tutkimusraportissani.

Potilasraatipäivien ensimmäinen iltapäivä aloitetaan esittelykierröksellä ja lyhyellä asi-
antuntijaesityksellä, jota on mahdollisuus kommentoida. Sen jälkeen aloitetaan pienryhmäkeskustelut liittyen hoidon suunnitteluun ja hoitosuunnitelmatilaisuuksiin. Toisena potilasraatipäivänä jatketaan ryhmäkeskusteluita ja aletaan laatia *potilasraadilla yhteenvetoa*. Kun yhteenveto on valmis, se esitetään sairaalan johdolle ja muulle keskustelutilaisuuteen tulevalle henkilökunnalle. Potilasraatipäivät sisältävät kahvitarjoilun ja lisäksi taukoja pidetään tarpeen mukaan.

Terveisin osaston M3 osastonhoitaja Heli Häggvik

Liite 4. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

KIRJALLINEN SUOSTUMUS OSALLISTUMISESTA TUTKIMUKSEEN

Tutkielman nimi: Deliberatiivinen keskustelu asiakaslähtöisyyden tukena Vanhan Vaasan sairaalassa: Potilaiden kokemuksia hoidon suunnittelusta.

Pro gradu –tutkielman laatija ja tutkimusorganisaatio: Heli Häggvik (heli.haggvik@student.uwasa.fi), Vaasan yliopisto, Filosofinen tiedekunta, hallintotieteet.

Tutkijan koulutusohjelma: Sosiaali- ja terveyshallintotiede, Hyvinvointipalveluiden johtamisen ohjelma.

Tutkimuksen tarkoituksena on keskustella potilaan kokemuksista, odotuksista ja kehittämissideoista liittyen hoitosuunnitelman laadintaan. Tavoitteena on, että potilasraadista saadaan tietoa potilaan osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista liittyen hoidon suunnitteluun. Lisäksi saatavan tiedon avulla selvitetään, miten potilaan osallisuutta voitaisiin tukea potilaan hoidon suunnittelussa ja hoitosuunnitelmatilaisuuksissa.

Potilasraati toteutetaan hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkija noudattaa salassapitovelvollisuutta ja potilasraadista saatava tieto käsitellään luottamuksellisesti. Tunnistetiedot eivät ilmene kirjallisessa tutkimusraportissa. Tutkimusaineisto käsitellään tutkimusraportissa niin, ettei kenenkään henkilöllisyys paljastu. Tutkijalla on potilasraadissa viisi avustajaa ja heitä sitovat samat velvollisuudet kuin tutkijaakin.

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan Heli Häggvikin pro gradu -tutkielmaan eli 2-3.9.2013 järjestettävään potilasraatiin. Voin koska tahansa peruuttaa osallistumiseni tutkimustyöhön eli potilasraatiin ilmoittamalla siitä Heli Häggvikille.

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Liite 5. Yhteistyöraadin teemat ja haastattelurunko

Teema 1. Potilaan osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet oman hoitonsa suunnitteluun.

- Miten käytännön järjestelyt toteutuvat hoitosuunnitelmatilaisuudessa (esim. hoitosuunnitelman aikataulut)? Minkä verran hoitosuunnitelmassa on aikaa kertoa omista asioista? Miten edellä mainittuja asioita voisi kehittää tai muuttaa? Millaiset mahdollisuudet teillä on osallistua oman hoitonne suunnitteluun? Millaiset mahdollisuudet teillä on osallistua hoitosuunnitelmatilaisuuteen? Entä omaa hoitoanne koskevaan päätöksentekoon? Tulevaisuuden suunnitelmiinne?
- Miten potilaan osallistumisesta hoidon suunnitteluun voitaisiin kehittää? entä osallistumisesta hoitosuunnitelmatilaisuuteen?
- Millaiset mahdollisuudet teillä on vaikuttaa oman hoitonne suunnitteluun? Omaa hoitoanne koskevaan päätöksentekoon? Tulevaisuuden suunnitelmiinne? entä hoitosuunnitelmatilaisuuteen?
- Mikä edesauttaisi potilaan mahdollisuutta vaikuttaa hoidon suunnitteluun?

Teema 2. Potilaan osallisuuden tukeminen.

- Miten koette, että teitä kuunnellaan hoitonne suunnittelussa? Entä hoitosuunnitelmatilaisuudessa? Miten mielipiteenne otetaan huomioon hoitonne suunnittelussa /hoitosuunnitelmatilaisuudessa?
- Millaiset mahdollisuudet teillä on esittää mielipiteitä hoitonne suunnittelussa? Entä hoitosuunnitelmatilaisuudessa? Miten aktiivisena näette itsenne hoitonne suunnittelussa /hoitosuunnitelmatilaisuudessa?
- Miten henkilökunta voisi tukea teitä enemmän hoitosuunnitelmatilaisuudessa? Miten henkilökunta voisi rohkaista teitä esittämään mielipiteitänne hoitosuunnitelmatilaisuudessa? Kuinka henkilökunta voisi kannustaa teitä osallistumaan hoitonne suunnitteluun /hoitosuunnitelmatilaisuuteen? Miten henkilökunta voisi ottaa teidät enemmän mukaan hoitonne suunnitteluun/hoitosuunnitelmatilaisuuteen? Miten henkilökunta voisi enemmän huomioida teitä hoitonne suunnittelussa/hoitosuunnitelmatilaisuudessa? Millä muilla keinoin osallistumistanne voitaisiin kehittää?
- Millaista tietoa haluaisitte etukäteen liittyen hoitonne suunnitteluun tai hoitosuunnitelmatilaisuuteen? Millaista tietoa saatte etukäteen liittyen hoitonne suunnitteluun? Omiin oikeuksiinne hoidon suunnittelussa? Rooliinne?

Liite 6. Yhteistyöraadin yhteenveto.

VANHAN VAASAN SAIRAALAN POTILAIEN YHTEISTYÖRAATI 2-3.9.2013

YHTEENVETO

Potilaiden kokemuksia, toiveita ja kehittämisehdotuksia hoidon suunnitteluun

Asiakkaan kuunteleminen

Kuvaus toteutuksesta:

- ensin lomake asiakkaalle täytettäväksi ja sitten käydään asiat omahoitajan kanssa läpi
- omahoitaja tarvittaessa tukena hoitosuunnitelmaa laadittaessa
- hoitosuunnitelmatilaisuudessa omahoitaja tukee potilasta ja täydentää, mikäli potilaalla jää asioita sanomatta
- potilaan itse täyttämä työterapian arviointilomake on tärkeä osa hoitosuunnitelmaa
- potilas saisi pyydettäessä hoitosuunnitelman itselleen
- keskitytään tarkemmin potilaan ongelmiin ja etsitään niihin ratkaisuja
- hoitosuunnitelmissa käydään tarvittaessa läpi lääkitykseen liittyviä asioita, mm. lääkityksen arviointia ja lääkkeiden vaikutuksia

Hoitosuunnitelma- ja Start-lomake annetaan asiakkaalle 2-3 päivää ennen hoitosuunnitelmaa

Kuvaus toteutuksesta:

- Start-lomake käydään läpi hoitosuunnitelmassa ja/tai omahoitajan kanssa hosun jälkeen, jos potilas haluaa
- lääkäri perustelee Start-lomakkeeseen arvioidut kohdat potilaalle
- potilas voi täyttää hoitosuunnitelma- ja Start-lomakkeen ennen hoitosuunnitelmaa yksin tai yhdessä omahoitajan kanssa, jos potilas niin haluaa

Asiakas saa tietää ajoissa hoitosuunnitelman ajankohdan ja käydä ”vanhan” hoitosuunnitelma läpi ennen uutta

Kuvaus toteutuksesta:

- hoitosuunnitelman ajankohdasta tieto potilaalle ainakin viikkoa etukäteen
- hoitosuunnitelman aikataulumuutoksista ilmoitetaan hyvissä ajoin
- etukäteen informaatiota, keitä hoitosuunnitelmassa paikalla
- omahoitaja käy hoitosuunnitelman läpi potilaan kanssa, jos potilas niin haluaa
- omahoitaja tukee hoitosuunnitelmalomakkeen täytössä etukäteen
- tarvittaessa omahoitaja käy läpi ja selventää käsiteltyjä asioita hoitosuunnitelman jälkeen

Hoitosuunnitelmaan ”porkkanoita”

Kuvaus toteutuksesta:

- hoitosuunnitelmassa tuodaan esille myönteisiä, mutta myös parannettavia asioita
- tilannekatsaus - missä ”mennään”
- hoitosuunnitelmassa keskustellaan etenemismahdollisuuksista
- hoitosuunnitelmassa etsitään potilasta motivoivia asioita ehkäisemään esim. töppäilyitä ja antamaan motivaatiota jaksaa eteenpäin (lupaus etenemisestä)
- POSITIIVINEN PALAUTE

VANHAN VAASAN SAIRAALAN POTILAIEN YHTEISTYÖRAATI 2-3.9.2013

YHTEENVETO

Potilaiden kokemuksia, toiveita ja kehittämisehdotuksia hoidon suunnitteluun

Yksilöllisyyden huomiointi läsnäolijoista silloin kun potilas mukana hoitosuunnitelmatilaisuudessa

Kuvaus toteutuksesta:

- potilas, lääkäri, omahoitaja, työnhajaaja, psykologi, terapeutti (erityisesti psykologi), osastonhoitaja, tarvittaessa sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja liikunnanohjaaja tarvittaessa
- läheisten tai lähipiirin osallistuminen hoitosuunnitelmaan (esim. puhelinkokous)
- esim. siviilistä sosiaalityöntekijä tai päihdetyöntekijä voisi olla mukana
- informaatio läsnäolijoista etukäteen
- työpiste ohjaaja mahdollisuuksien mukaan paikalla tai ainakin palaute ja sen läpikäynti, koska potilas viettää suuren osan ajasta työpisteessä ja siellä voi tulla esiin erilaisia asioita

(Lähes) alusta asti mukana hoitosuunnitelmassa

Kuvaus toteutuksesta:

- todellinen mahdollisuus vaikuttaa oman hoidon suunnitteluun ja tulla aidosti kuulluksi jo asioita valmisteltaessa
- huomioidaan yksilöllisesti mahdollisuus ja tarve olla mukana hoitosuunnitelmatilaisuudessa alusta lähtien
- jos potilas tulee myöhemmin mukaan hoitosuunnitelmatilaisuuteen, kerrotaan potilaan tullessa paikalle mitä työryhmässä keskusteltiin
- hoidon alkuvaiheessa hoitosuunnitelmat voisivat olla "konkreettisempia" ja tavoitteet tavoiteltavissa
- alkuvaiheessa hoitosuunnitelmissa kerrattaisiin myös käytännön asioita

Hoitosuunnitelma 6 kk:n välein ja tilannekatsauksia välillä (3 kk)

Kuvaus toteutuksesta:

- optimaalinen tiheys hoitosuunnitelman pitämiseksi olisi 4 kuukauden välein
- varsinainen hoitosuunnitelma ei venyisi yli 6 kk:n välein pidettäväksi esim. kesälomien takia vaan pienempiä tilannekatsauksia voidaan pitää jos näin kävisi
- tilannekatsauksissa pienempi kokoonpano: omahoitaja, (os.hoitaja), lääkäri, muita tarpeen mukaan
- asiakas ja henkilökunta arvioivat, onko hoitosuunnitelmaa syytä tarkistaa useammin
- tilannekatsauksissa käydään läpi ne asiat, jotka muuttuneet edellisestä hoitosuunnitelmasta

Työryhmä varaa riittävästi aikaa hoitosuunnitelmaa varten

Kuvaus toteutuksesta:

- aikaa vuoropuheluun
- ei huitaista pois alta
- ei lähdetä kesken pois hoitosuunnitelmasta

Liite 7. Palautekyselylomake

VANHAN VAASAN SAIRAALA**PALAUTEKYSELY YHTEISTYÖRAADIN TOTEUTUMISESTA**

1. Mieltäsi yhteistyöraadin toteutumisesta (valitse yksi vaihtoehto rastittamalla).

	Täysin eri mieltä			Täysin samaa mieltä	
	1	2	3	4	5
Asiantuntijaesitykset onnistuivat hyvin.		2		8	2
Sain raadissa tietoa hoidon suunnittelusta.			2	4	6
Sain raadissa tietoa potilaslähtöisyydestä.		1	1	6	4
Keskustelu ryhmissä perustui vapaaehtoisuuteen.		1	1		10
Keskustelu ryhmissä oli avointa.			1	5	6
Minulla oli mahdollisuus kertoa mielipiteeni ryhmäkeskusteluissa.			1	4	7
Ryhmäkeskusteluiden vetäjät rohkaisivat minua kertomaan mielipiteeni.		2	2	3	5
Minua kuunneltiin yhteistyöraadissa.			1	5	5
Mielipiteeni tuli huomioiduksi yhteistyöraadissa.			2	2	7
Koin olevani yhteistyöraadin jäsen.		1	1	2	8
Sain yhteistyöraadissa tietoa oikeuksistani liittyen hoidon suunnitteluun.			1	4	7
Ryhmänvetäjät onnistuivat hyvin tehtävässään.	1		2	2	7
Uskon yhteistyöraadin kehittävän sairaalan toimintaa.		2	3	3	4
Yhteistyöraateja kannattaa hyödyntää jatkossa kehitettäessä sairaalan toimintaa.				4	8

2. Miten yhteistyöraateja voisi jatkossa kehittää tai muuttaa?

3. Mitä muuta haluat sanoa?
