



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Laadukkaan hoitosuunnitelman merkitys psykiatrisen potilaan hoidossa - kirjallisuuskatsaus

Lahdensuo-Surakka, Päivi

2017 Laurea Lohja



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Laadukkaan hoitosuunnitelman merkitys
psykiatrisen potilaan hoidossa
- kirjallisuuskatsaus

Päivi Lahdensuo-Surakka
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2017

Lahdensuo-Surakka, Päivi

**Laadukkaan hoitosuunnitelman merkitys psykiatrisen potilaan hoidossa
- kirjallisuuskatsaus**

Vuosi 2017 Sivumäärä 47

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa niin kansallisesti kuin kansainvälisesti tietoa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Paloniemen sairaalan psykiatriselle tulosyksikölle psykiatrisen potilaan laadukkaan hoitosuunnitelman osatekijöistä. Työn tavoitteena oli kehittää psykiatrisen potilaan hoitoa mahdollisimman laadukkaaksi hyödyntämällä hoitosuunnitelmaa, jonka johtoajatukseksi on potilaskeskeisyys.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus ja sisällönanalyysi. Mukaan hyväksyttiin yhdeksän tutkimusta tai artikkelia sen perusteella, että ne sisälsivät tutkimustietoa psykiatrisen potilaan laadukkaasta hoidosta ja hoitosuunnitelmasta. Valitun aineiston tuli myös käsittää tutkimuksia potilaan huomiointista niin potilaan kuin hoitajan näkökulmasta.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan hoitosuunnitelman laadun kriteerejä ovat osallisuus, voimaantuminen ja jatkuvuus. Osallisuus käsittää potilaan ja perheen huomiointin sekä jaetun päätöksenteon. Voimaantuminen taas perustuu potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioitukseen sekä tiedonsaantiin. Jatkuvuuden ehtona on turvallisuus. Potilaan huomiointi hoitosuunnitelmassa harvoin toteutui, koska heillä oli miltei olemattomat mahdollisuudet osallistua hoitosuunnitelman laadintaan. Myös hoitajat kokivat, että potilaan ääni ei kuulunut hoitosuunnitelmassa ja tunsivat syällisyyttä.

Potilaskeskeisyys on ykköspuheenaihe tämän päivän terveydenhuollossa. Puheiden muuttaminen teoiksi on osoittautunut kuitenkin haasteelliseksi eikä potilaita oteta automaattisesti mukaan hoitosuunnitelmien tekoon. Potilaille tulisi tehdä tiettäväksi heidän keskeinen roolinsa päätöksenteossa ja antaa työkaluja, joiden pohjalta tehdä päätöksiä. Hoidon suunnittelu edellyttää potilaan ja ammattilaisen keskinäistä luottamusta ja kaikki kliiniset päätökset tulee tehdä potilaan arvojen pohjalta. Avoin viestintäkulttuuri ja tiedon huolellinen kirjaaminen hoitosuunnitelmaan on tärkeää potilaan turvallisen hoidon ja jatkuvuuden kannalta.

Lahdensuo-Surakka, Päivi

The significance of a quality psychiatric care plan - literature review

Year	2017	Pages	47
------	------	-------	----

The purpose of this bachelor's thesis was to produce information as for the components of a quality psychiatric care plan for HUS - Paloniemi Hospital on both national and international level. The aim was to improve the quality of psychiatric patient care with the underlying theme of patient-centeredness.

The research methods were descriptive literary review and content analysis. The accepted study data comprised nine studies or articles which were selected on the basis of the fact that they included research information on quality psychiatric care plan. The accepted data was also to cover studies on patient participation from the viewpoint of both patients and nurses.

The results of the literature review showed that the criteria of a quality care plan are participation, empowerment and continuity. Participation comprises the involvement of patients and families in the planning of care as well as engaging them in the shared decision-making. Empowerment is based both on respecting the autonomy of patients and providing them with information. Furthermore, according to the results safety turned out to be the prerequisite for continuity of care. The patients had virtually non-existent opportunities to participate in care planning and the nurses felt that patients' voice was not heard and thus blamed themselves.

Patient-centered care is a prevailing topic in health care today. However, turning the rhetoric into reality has turned out to be challenging. Patients are not automatically involved in the planning of their care. Patients should be informed on their pivotal role in decision-making and provided with tools on which to base their decisions. Care planning should be founded on the mutual trust between the patient and the professional. All clinical decisions should be made respecting patients' values. Open communication culture and accurate documentation is important to ensure the continuity of safe patient care.

Keywords: care plan, mental health, psychiatric patient, quality

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoreettinen tausta.....	7
	2.1 Hoitosuunnitelma	7
	2.2 Mielenterveystyö.....	9
	2.3 Psykiatrinen hoitotyö.....	14
	2.4 Hoitotyön laatu.....	16
3	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	17
	3.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	19
	3.2 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	20
	3.3 Kirjallisuushaku	21
	3.4 Aineiston kuvaus	21
	3.5 Aineiston analyysi.....	23
4	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	24
	4.1 Hoitosuunnitelman laadun kriteereitä	24
	4.1.1 Osallisuus.....	24
	4.1.2 Voimaantuminen.....	25
	4.1.3 Jatkuvuus.....	26
	4.2 Potilaan huomiointi hoitosuunnitelmassa.....	27
	4.2.1 Potilaan näkökulma	27
	4.2.2 Hoitajan näkökulma.....	27
5	Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus	29
6	Johtopäätökset	30
7	Pohdinta	32
	Lähteet	34
	Kuviot.....	38
	Liitteet	39

1 Johdanto

Hoitosuunnitelma on sairaanhoidon kulmakivi ja perusta, jonka on täytettävä tietyt kriteerit. Ollakseen toimiva hoitosuunnitelman tulee olla laadukas. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda tuottaa niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin tietoa psykiatrisen potilaan laadukkaan hoitosuunnitelman osatekijöistä perustuen tutkimustietokirjallisuuteen, alan julkaisuihin ja tutkimuksiin. Tavoitteena on tuottaa tietoa psykiatrisen potilaan hoidon mahdollisimman laadukkaaksi kehittämiseksi hoitosuunnitelmaa hyödyntäen johtajatuksena potilaskeskeisyys. Hoitotyön etiikan tulee niin ikään olla kaikessa läsnä (Hietaharju & Nuuttila 2010, 84). Ihmisoikeuksien ja ihmisarvon kunnioittaminen ovat psykiatrisen hoitotyön perusarvoja, joihin liittyvät kiinteästi potilaskeskeisyys, itsemääräämisoikeus, jatkuvuus, psykoedukaatio, moniammatillisuus ja vuorovaikutus (Kuhanen & Oittinen & Kanerva & Seuri & Schubert 2014, 55, 154, 120, 31, 71). Myös toipumista tukeva malli lukeutuu perusarvoihin (Hänninen 2016, 83).

Hoitosuunnitelman tulee olla selkeä ja helposti muokattavissa, sillä sairaalaan saapuneen psykiatrisen potilaan ensidiagnoosi saattaa muuttua useita kertoja, samoin alustava hoitosuunnitelma (Lönngqvist & Henriksson & Marttunen, & Partonen 2014, 55). Kaukana ovat ne ajat, jolloin lääkäri yksin päätti mielenterveyspotilaan hoidon ja kuntoutuksen suuntaviivoista. Tämän päivän hoitosuunnitelma on moniammatillisen yhteistyön tulos, missä potilas lähiverkkoineen on keskiössä hoitoa suunniteltaessa ja arvioitaessa. Parhaimmillaan psykiatrisen hoitosuunnitelma tukee potilaan kuntoutumista ja nyky-suuntauksen mukaisesti tähtää tämän kotiuttamiseen lyhyehkön sairaalajakson jälkeen. Tämä lisää painetta avopuolelle, missä taataan hoidon jatkuvuus seuraamalla asiakkaaksi muuttuneen potilaan edistymistä tai elämän vakautumista. Olennaisen tärkeää tässä on tiivis yhteistyö perusterveyshuollon sekä kunnan tai kolmannen sektorin mahdollisten tukipalveluiden kanssa. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 5, 22 - 25; Järvelin 2016, 1, 3.)

Opinnäytetyön toimeksiantaja on HUS - Paloniemen sairaalan psykiatrisen tulosityksikkö ja suunniteltu aikataulu on 02/2017. Paloniemen pääasialliset potilasryhmät ovat ahdistuneisuushäiriöitä, skitsofreniaa ja skitsoaffektivisia häiriöitä sairastavat, joiden laadukkaan hoitosuunnitelman osatekijöihin tässä opinnäytetyössä keskitytään. Hoito osastolla voi olla pitkä- tai lyhytkestoista sekä intervalli-, päivä- tai jälkipoliklinista (HUS - Paloniemen sairaala 2016).

Ahdistuneisuushäiriöihin luetaan neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt eli pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt, muut ahdistuneisuushäiriöt, pakko-oireinen häiriö, reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt, dissosiaatiohäiriöt, elimellisoireiset häiriöt ja muut neuroottiset häiriöt. Skitsofreniasta tunnetaan hebefreeninen, katatoninen ja

erilaistumaton muoto. Skitsoaffektiiviset häiriöistä on olemassa maaninen ja masennusoireinen muoto. Muita luokkia ovat sekamuotoinen, määrittämätön tai muut määritetyt skitsoaffektiiviset häiriöt. (Tautiluokitus ICD-10 2011, 257 - 267.)

2 Teoreettinen tausta

2.1 Hoitosuunnitelma

Kun potilaan kliininen haastattelu, anamneesi ja tutkimus ovat saatu päätökseen, seuraa tiivistetty tapauskuvaus, välitön hoidon tarpeen arviointi ja alustava, mutta ajan myötä lopulliseksi täydentyvä hoitosuunnitelma. Tapauskuvauksesta ilmenee syy potilaan hoitoon tuloon joko potilaan itsensä tai jonkun toisen kertomana, jos potilaalta puuttuu sairautentunto. Potilaan ongelmat asetetaan tärkeysjärjestykseen. Erityisesti itsemurhavaaraa ja potilaaseen mahdollisesti kohdistuvia ulkoisia vaaratekijöitä tulee arvioida. Oleellisen tärkeää on, että hoitosuunnitelmasta ilmenee hoidon tarpeen kiireellisyys tai kiireettömyys. Tulee myös selvittää, onko potilas tilaansa sopivassa hoitopaikassa. (Lönngqvist ym. 2014, 55.)

Hoitosuunnitelma on potilaan ja tarpeen vaatiessa hänen läheistensä kanssa tehty suunnitelma lähiaikana annettavasta hoidosta, joka suunnitellaan potilaan yksilöllisten voimavarojen pohjalta. Hoitosuunnitelmaan on kirjattu hoidon asteittaiset tavoitteet ja hoidon toteutuminen käytännössä. Hoitosuunnitelmaa arvioidaan ja täydennetään säännöllisesti. Hoidon suunnittelu alkaa heti tulotilanteessa, jolloin lääkäri ja omahoitaja kertovat lähiajan tavoitteet keskusteltuaan ensin potilaan ja tämän läheisten kanssa. (Hietaharju ym. 2010, 94.) Hoitosuunnitelmasta säädetään myös laissa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrää laatimaan potilaalle tarpeen tullen hoitosuunnitelma toteuttamisaikatauluineen yhteisymmärryksessä potilaan ja tämän läheisten tai laillisen edustajan kanssa. Myös mielenterveyslaki (1990/1116) edellyttää hoitosuunnitelman tekemistä mielenterveyspotilaan hoidon toteuttamiseksi. Potilasasiakirjoista annetun asetuksen (2009/298) mukaan potilasasiakirjoista tulee selvittää kaikki tarpeelliset ja riittävän laajat tiedot potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi.

Suppeimmillaan hoitosuunnitelman laatii potilaan lisäksi tämän kokonaishoidosta vastaava lääkäri ja omahoitaja. Yleensä kuitenkin hoitosuunnitelman takana on moniammatillinen työryhmä, joka koostuu potilaan, kokonaishoidosta vastaavan lääkärin ja omahoitajan lisäksi psykologista, sosiaalityöntekijästä, eri alojen terapeuteista (mm. toimintaterapeutti) ja erityistyöntekijöistä, sairaalapastorista sekä potilaan läheisistä (Hietaharju ym. 2010, 95).

Omahoitaja on hoitaja, joka yksilövastaisen hoitotyön periaatteiden mukaisesti vastaa potilaan hoidosta koko hoitajakson ajan (Nyman 2006, 5). Omahoitaja alkaa kerätä tietoa potilaan taustoista tulotilanteen jälkeen hoitosuunnitelmaa silmällä pitäen. Omahoitaja tehtävänä on myös kertoa potilaalle ja tämän läheisille hoitosuunnitelman tarkoituksesta, vastata potilaan kysymyksiin sekä selvittää tämän omia käsityksiä hoidon tavoitteista. Tällöin kartoitetaan potilaan perhetilanne, mahdolliset stressitekijät, kriisit ja muutokset potilaan elämässä. Selvitetään myös potilaan ja tämän läheisten sekä ammattihenkilöiden käsitys potilaan nykytilasta, potilaan aiemmat sairaudet, omat toiveet parantumisesta sekä hoitajakson pituus. Otetaan niin ikään selvää potilaan omasta käsityksestä voimavaroistaan, perheen voimavaroista, lähisuvun psykiatrisista sairauksista, potilaan tai tämän perheen ongelmista, työ- tai opiskelutilanteesta sekä työhistoriasta, taloudellisesta tilanteesta ja muista sairastumiseen mahdollisesti vaikuttaneista seikoista kuten esimerkiksi avioerosta, alkoholin ja päihteiden käytöstä sekä lääkeriippuvuudesta. Hoidon suunnittelussa sovelletaan tunnettuja hyviä hoitokäytäntöjä ja mahdollisesti näyttöön pohjautuvaa tietoa. Tiedonkeruuseen potilaasta aiemmista sairauskertomuksista, omaisilta ja työnantajilta tarvitaan potilaan lupa, mikä kirjataan sairauskertomukseen. (Hietaharju ym. 2010, 94 - 95.)

Hoitosuunnitelmaa täydennetään usein kolmen ensimmäisen vuorokauden aikana, kun potilaan tarvitsemasta hoidosta on jäsentyneempi kuva ja potilas itsekin on yhteistyöhaluisempi (Hietaharju ym. 2010, 94). Hoito suunnitellaan konkreettiseksi tavoitteiltaan ja keinoiltaan. Osastohoidossa tämä tarkoittaa perushoitoa, lääkehoitoa, keskusteluja, ulkoilua, ryhmiä, vierailuja ja toiminnallisia menetelmiä. (Kuhanen ym. 2014, 189.) Suunnitelmaa tarkistetaan vähintään puolen vuoden välein. Siitä tulee ilmetä potilaan diagnoosi, hoidontarve, elämäntilanne, lähiverkosto sekä mahdolliset toimenpiteet, jos potilaalla on alaikäisiä lapsia. Potilas tietää hoidosta vastaavan sekä varahenkilön nimen ja miten heihin saa tarvittaessa yhteyden. Hoitosuunnitelma siirtyy potilaan mukana hoitopaikasta toiseen ja kaikki osapuolet tietävät, kuka on viime kädessä vastuussa hoidosta. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 21 - 22.)

Kun on sovittu hoidon tavoitteet, tutkimukset, keinot, aikataulu ja jatkohoito tai seuraava hoitosuunnitelman arviointi, omahoitaja kirjaa ne sairauskertomukseen. Tässä yhteydessä sovitaan myös pyyntöjen, lähetteiden tai lausuntojen laatija. Omahoitaja kutsuu koolle hoitotiimin hoitosuunnitelman arviointikokoukseen sekä sopii jatkohoidosta ensikäynteineen potilaan kanssa. Omahoitaja myös hyväksyyttää hoitavalla lääkärillä ja tiimillä hoitosuunnitelmaan kuuluvan hoitotyön suunnitelman, joka saattaa sisältää esimerkiksi potilaan kanssa sovitun päivä- ja viikko-ohjelman hoitosuunnitelman pohjalta. (Hietaharju ym. 2010, 96.) Omahoitajan ja potilaan yhteistyösuhde ei ole kuitenkaan ystävyssuhde. Omahoitaja pitää aina mielipiteensä ja tunteensa hallinnassa ottamatta kantaa puolesta tai vastaan. (Hietaharju ym. 2010, 87.)

Hoidon suunnittelu tapahtuu tunnettujen hyvien hoitokäytänteiden ja mahdolliseen näyttöön pohjautuvaan tietoon nojautuen (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 23). Hyvin laadittu hoitosuunnitelma on toimivan ja pitkäjänteisen hoitosuhteen perusta (Moring & Bergman & Nordling & Markkula & Partanen & Soikkeli 2013, 132). Kirjallinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma tulee myös kirjata potilasasiakirjoihin (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 21). Viranomaisten sitoutuminen suunnitelmaan on olennaisen tärkeää ja hoitoon osallistuvien palveluntuottajien tulee sopia suunnitelmasta yhdessä (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2009, 23).

Toukokuussa 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (2010/1326) antaa potilaalle laajemmat mahdollisuudet valita hoitopaikkansa. Potilas voi saada hoitosuunnitelmansa mukaista hoitoa myös kotikuntansa ulkopuolella asuessaan tai säännöllisesti tai pitempään kotikuntansa ulkopuolella oleskellessaan. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) taas mahdollistaa sairaanhoitajalle rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden, jos lääkäri on tehnyt diagnoosin ja merkinnän potilaan hoitosuunnitelmaan lääkityksen jatkamisesta ja seurannasta.

2.2 Mielenterveystyö

Mielenterveyslaki (1990/1116) määrittelee mielenterveystyön yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämiseksi. Mielenterveystyöksi luetaan myös mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen. Samoin mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Tällöinhän kyseessä ovat mielenterveyspalvelut lääketieteellisin perustein arvioidun sairauden tai häiriön vuoksi. Mielenterveystyön piiriin kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen sellaisiksi, että ne ehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntyä, edistävät ja tukevat mielenterveystyötä sekä mielenterveyspalveluiden järjestämistä. Mielenterveystyön suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveystieteille, ellei toisin säädetä.

Terveydenhuoltolaki (2010/1326) velvoittaa kuntia järjestämään alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi mielenterveystyön. Sen tulisi vahvistaa mielenterveyttä suojaavia sekä vähentää että poistaa mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä. Mielenterveystyön piirissä on terveydenhuollon palveluihin kuuluva mielenterveyttä suojaava neuvonta. Tarvittaessa myös yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki, yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen akuuteissa kriisitilanteissa sekä mielenterveyspalvelut. Viimeksi mainitut käsittävät mielenterveyshäiriöiden tutkimuksen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen. Terveydenhuollossa tehtävän mielenterveystyön tulee muodostaa toimiva kokonaisuus kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa.

Mielenterveystyö jaetaan edistävään, ehkäisevään ja korjaavaan. Edistävän toiminnan eli primaariprevention pyrkimyksenä on tunnistaa ja vahvistaa mielenterveyttä edistäviä yksilöllisiä ja yhteiskunnallisia eroja. Positiivisen mielenterveyden käsite on luotu siksi, että mielenterveys-sanana negatiiviset konnotaatiot vähitellen unohtuisivat. Positiivinen mielenterveys tarkoittaa hyvinvoinnin tilaa, joka mahdollistaa täysipainoisen elämän. Se taas on perusta hyvälle elämälle, jota yhteiskunnan tulisi tukea. (Kuhanen ym. 2014, 17, 28.)

Mielenterveystyö mielletään monesti lähinnä sairauksien hoitamiseksi, vaikka todellisuudessa painopiste on mielen terveyden edistämiseksi (Kuhanen ym. 2014, 25). Kun mielenterveys on hyvä, yksilö kokee elämänsä mielekkääksi, kykenee solmimaan ja pitämään yllä sosiaalisia suhteita sekä toimimaan tuottavana ja luovana jäsenenä yhteisössä (Ehkäisevä mielenterveys kunnissa 2009, 7). Edistävässä toiminnassa pyritään vähentämään riskitekijöitä, vahvistamaan suojatekijöitä ja parantamaan niiden selviytymiskykyä, joilla on riski sairastua mielenterveyshäiriöihin. Vahvistetaan siis mielenterveyttä ja vähennetään sille vahingollisia tekijöitä tarjoamalla ennaltaehkäisyä. Neuvotaan esimerkiksi selviytymiskeinoja kuormittavissa tilanteissa sekä vähennetään riskitekijöitä. (Kuhanen ym. 2014, 27.)

Mielenterveyden edistäminen on ihmiselle elämän mittainen prosessi, joka alkaa syntymästä ja päättyy vanhuuteen. Mielenterveyden edistämiseen liittyy myös suotuisan henkisen ja fyysisen kasvun sekä mielenterveysongelmien vähentämisen mahdollistaminen. Tämä tapahtuu luomalla tarvittavia yksilöllisiä, sosiaalisia, yhteiskunnallisia ja ympäristöllisiä olosuhteita. (Lavikainen & Lahtinen & Lehtinen 2004, 20.)

Ehkäisevä toiminta eli sekundaaripreventio pyrkii tunnistamaan mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä ja torjumaan niitä. Kun ensioireet on tunnistettu, häiriön kestoa pyritään lyhentämään nopealla hoidolla. Näin estetään sairauden kroonistuminen ja psyykkisen sairauden vaikutus muun muassa sairastuneen lapsiin. Tavoitteena on psyykkisen oireilun mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja siihen puuttuminen, häiriöiden synnyn ehkäiseminen ja sairastuvuuden väheneminen tai ainakin siitä aiheutuvien kärsimysten lieventäminen. (Kuhanen ym. 2014, 28 - 29.)

Korjaava toiminta eli tertiaaripreventio käsittää mielenterveysongelmien tutkimisen, hoidon ja kuntoutuksen. Tarkoituksena on lieventää potilaan häiriötä ja vähentää siitä seurannutta toimintakyvyn menetystä. Kuntouttavassa mielenterveystyössä pyritään minimoimaan mielenterveysongelmista aiheutuvaa haittaa ja palauttamaan potilaan toimintakyky. (Kuhanen ym. 2014, 30.) Korjataan siis jo syntynyt vaurio terapialla ja kuntoutuksella (Hietaharju ym. 2010, 17).

Terveyden edistämässä tulisi keskittyä yksilön voimavaroihin, vahvistaa pärjäämistä ja suojella yhä paremmin ulkoisilta tekijöitä. Yhteiskunnan tulisi edistää kansalaisten henkistä hyvinvointia. Tämä onnistuu lisäämällä tietoa mielenterveyden tärkeydestä, taistelemalla häpeän leimaa ja syrjintää vastaan sekä ennaltaehkäisemällä mielenterveysongelmia. (Kuhanen ym. 2014, 26.)

Moring & Martins & Partanen & Bergman & Nordling & Nevalainen (2011, 16 -17, 159) listasivat Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa 2009-2015 mielenterveys- ja päihdetyön keskeiset periaatteet, sillä mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat laaja kansanterveydellinen ja sosiaalinen ongelma. Painopiste on asiakkaan aseman vahvistamisessa, päihhteettömyyden edistämässä ja ongelmien ehkäisemisessä. Unohtamatta kuitenkaan joustavaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteuttamista avo- ja peruspalveluita painottaen sekä mielenterveys- ja päihdetyön ohjauskeinojen kehittämistä. Mieli 2009 -työryhmä lisäsi tähän vielä matalakynnyksisen, yhden oven periaatteen terveysasemalle hoitoon tultaessa sekä yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdeavohoitoyksiköiden perustamisen (Mielenterveys -ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015, 5). Ehkäisevä toiminta ja ongelmien varhainen tunnistaminen ovat mielenterveystyön kulmakiviä. Mielenterveysongelmia tulee ehkäistä koko väestöön ja riskiryhmiin kohdistettavin toimenpitein. Toisin sanoen, on etsittävä tehostetusti ratkaisuja työelämän mielenterveysriskeihin, parantaa väkivallan tunnistamista ja edistää varhaista puuttumista sen syihin. (Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015, 15 - 16.)

Mielenterveyshäiriöillä ja päihdeongelmilla on suuria kansanterveydellisiä ja -taloudellisia vaikutuksia sekä huomattava yhteiskunnallinen merkitys muun muassa työkyvyttömyyden muodossa. Mielenterveys- ja päihdeongelmat liittyvät lisääntyvässä määrin toisiinsa. Hajanainen palvelujärjestelmä hankaloittaa kuitenkin asiakkaiden pääsyä palveluiden piiriin ja edesauttaa niistä putoamista. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012, 13.)

Yleismaailmallisesti itsemurhat ovat kasvava kansanterveydellinen ongelma. Yksinomaan Euroopan Unionissa yli 40 000 ihmistä vuodessa tekee itsemurhan ja vähintään kymmenkertainen määrä yrittää itsemurhaa. Itsemurhien ehkäisyssä painon tulisi olla ongelman määrittelyssä, syiden tunnistamisessa sekä puuttumiskeinojen kehittämisessä ja toimeenpanossa. Erityispalveluiden puute on lisännyt lähiyhteisötason mielenterveystyön merkitystä. Mielenterveys on olennainen osa kansanterveyttä. Sillä on suuri vaikutus kansakuntien hyvinvointiin niin inhimilliseltä, sosiaaliselta kuin yhteiskuntataloudelliseltakin kannalta. Mielenterveyden vahvistamisen tarkastelun painopisteen tulisi siirtyä yksilötasolta väestötasolle. (Lavikainen ym. 2004, 15, 27.) Mielenterveysongelmien kehittyminen on prosessi, joka on estettävissä suuntaamalla voimavaroja elämisen ja selviytymisen vahvistamiseen, ongelmien ehkäisemiseen ja selvittämiseen. Sairastuminen

voidaan estää tunnistamalla mielenterveyshäiriö aikaisessa vaiheessa sekä tehokkaalla hoidolla ja kuntoutuksella. Mielenterveyspalveluissa tulee kunnioittaa ihmisarvoa ja ihmisoikeuksia. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 3, 6).

Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan mielenterveyspalvelut tulee järjestää ensisijaisesti avopalveluina tukien asiakkaan oma-aloitteista hakeutumista hoitoon ja itsenäistä suoriutumista. Kuntien tehtävänä on järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan kunnan tai kuntainliiton alueen tarpeen edellyttämät ja toiminnallisen kokonaisuuden muodostamat mielenterveyspalvelut. Rainion & Rädyn (2015, 3) mukaan mielenterveyspalvelut käsittävät sairaanhoitopiirien ja kuntien terveyskeskusten tarjoamat erikoissairaanhoidon palvelut. Myös perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden tuottamat mielenterveyspalvelut sekä yksityisen terveydenhuollon ja kolmannen sektorin tarjoamat palvelut luetaan mielenterveyspalveluihin. Niin somaattiset kuin psykiatriset sairaudet sekä mielenterveysongelmat tulee hoitaa ensisijaisesti terveyskeskuksessa. Erikoissairaanhoidon vastuulle jää hoito, johon terveyskeskuksen ja muiden peruspalveluiden toimenpiteet ovat riittämättömiä. Valtaosa mielenterveystyöstä tulee tehdä avohoidossa ja kaikessa hoidossa tulee olla kuntouttava ote. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 24, 35.)

Perusterveydenhuolto on mielenterveytyön ensimmäinen porras, jonka tavoite on kansalaisten hyvinvointi ja heidän omatoimisuutensa ja turvallisuuden tunteensa säilyttäminen. Mielenterveysyksikön tehtäviin kuuluvat mielenterveysongelmien ehkäisy, tunnistaminen, hoito ja potilaiden lähettäminen tarpeen tullen jatkohoitoon. Perusterveydenhuolto käsittää terveyskeskuksen, kouluterveyden- tai työterveyshuollon. Näiden tehtävänä on arvioida mielenterveyshäiriössä olevan potilaan avun tarve ja antaa tarvittaessa lähete jatkohoitoon. (Hietaharju ym. 2010, 19 - 20.) Perusterveydenhuollon toiminta on avopainotteista. Potilas asuu omassa kodissaan. Säännölliset hoitokäynnit terveyskeskuksessa, vastaanotolla mielenterveysyksikössä tai päiväosastolla tai päivätoimintakeskuksessa estävät laitostumisen. On myös potilaita, jotka eivät tarvitse ympärivuorokautista hoitoa. He saavat psykiatrisella päiväosastolla esimerkiksi yksilöllistä psykoterapiaa sekä hyötyvät perhekeskusteluista ja toiminnasta erilaisissa ryhmissä. (Hietaharju ym. 2010, 20 -21.)

Seuraava porras on erikoissairaanhoito, jota on saatavilla 21 sairaanhoitopiirin muodostamalla viidellä erityisvastuualueilla. Jokaisella erityisvastuualueella on yliopistollinen sairaala, jossa järjestetään erikoissairaanhoitoa, annetaan lääketieteen opetusta ja tehdään tutkimusta. Sairaanhoitopiireissä on monesti myös aluesairaaloita, joista saa erikoissairaanhoidon perustason palveluja. (Hietaharju ym. 2010, 21.) Erikoissairaanhoitolain (1989/1062) mukaisesti jokainen kunta kuuluu johonkin sairaanhoitopiiriin. Näin ollen kunta voi ostaa erikoissairaanhoidon palveluja myös oman sairaanhoitopiirinsä ulkopuolelta, myös yksityisiltä

tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä toimii myös psykiatrinen sairaala- tai osastoyksikkö ja erikoissairaanhoidossa on vielä monenlaisia toimintayksiköitä (Hietaharju ym. 2010, 22).

Psykiatrian poliklinikka on psykiatrisen avohoidon keskus, joka jakaa hoitovastuun alueensa aikuisväestön mielenterveysongelmista yhteistyössä eri tahojen kanssa. Moniammatillinen työryhmä tarjoaa psykoterapeuttista yksilö-, pari- ja perhetyöskentelyä, huolehtii lääkähoidosta sekä arvioi ja tutkii. Tiimi osallistuu myös pitkäaikaispotilaiden sosiaalisen ja toiminnallisen kuntoutuksen seurantaan sekä antaa asiakaskohtaista neuvontaa ja konsultaatioapua. Psykiatrian poliklinikalle hakeudutaan lähetteellä tai ilman riippuen sairaanhoitopiiristä tai toimintamallista. (Hietaharju ym. 2010, 20.)

Psykiatriset sairaalat ovat erikoistuneet hoitamaan potilaita, joilla on vakavia mielenterveyshäiriöitä ja sairauksia, ja jotka ovat hoidossa perusterveydenhuollon tai jonkun muun tahon lääkärin läheteellä. Hoitoon lähettämisen syynä saattaa olla esimerkiksi vakava masennus, itsemurhariski, vaikeat ahdistuneisuushäiriöt ja fobiat, psykoottisuus tai päihdepsykoosi. Sairaalat tukevat mielenterveystoimistojen ja terveyskeskusten työtä. Sairaalajakso kestää yleensä vain sairauden tai kuntoutuksen edellyttämän vähimmäisajan. Erikoissairaanhoidon psykiatrisilla poliklinikoilla tarjotaan avohoitoa ja sieltä voi saada lähetteen osastohoitoon. Psykiatriset poliklinikat toimivat myös terapia- ja jatkohoitopaikkoina sairaalahoidon jälkeen. (Hietaharju ym. 2010, 22.)

Psykiatrisessa sairaalassa on sekä suljettuja että avo-osastoja. Suljetulla osastolla potilaat ovat hoidossa vastoin tahtoaan tai potilaiden huono psyykinen vointi vaarantaisi heidän liikkumisensa yksin osaston ulkopuolella. Avo-osastolla potilaat ja vieraat saavat liikkua vapaasti, mutta sopimuksen mukaisesti. Psykiatrisen sairaalan osastot jaetaan akuutti- ja kuntoutusosastoihin tai akuutti- ja pitkäaikaisosastoihin. Akuuttiosastot ovat vastaanotto-osastoja, joissa arvioidaan potilaan tila ja avun tarve. Yleisin potilastyyppejä on äkillisesti mieleltään häiriytynyt henkilö, jolle annetaan kriisihoitoa ja hoitojakso pidetään mahdollisimman lyhyenä. Kuntoutuspotilaat ovat yleensä olleet hoidossa useampaan otteeseen toistuvien oireidensa vuoksi ja kuntoutus kohdistetaan niihin alueisiin, joilla on tapahtunut taantumista. Lyhytkestoisia intervallihoitojakoin on saatavilla. (Hietaharju ym. 2010, 23.)

Psykiatrisissa sairaaloissa on myös psykogeriatrisia osastoja mielenterveysongelmista kärsiville senioreille. Erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiireissä on nuorisopsykiatrian poliklinikoita sekä osastoja psyykkisesti oireilevien nuorten ja heidän perheidensä tueksi. Lastenpsykiatrian poliklinikalla tutkitaan ja hoidetaan alle 12-vuotiaita psykiatrisesti häiriintyneitä lapsia. Tarpeen vaatiessa heidät ohjataan sosiaalitoimen, lastensuojelun, kasvatustai

perheneuvolan tai erikoissairaanhoidon piiriin. Hallinnollisesti psykiatriseen sairaalaan kuuluva, mutta somaattisen sairaalan yhteydessä toimiva yleissairaalapsykiatrinen poliklinikka antaa aikuispsykiatrasta konsultaatiota muille osastoille ja poliklinikoille, tarvittaessa päivystysluontoisesti. Psykiatriset vangit hoidetaan valtion sairaaloissa. (Hietaharju ym. 2010, 23 - 24.)

Säätiöt, yksityisyrittäjät, yhteisöt ja potilasjärjestöt tarjoavat asumista palvelu-, hoito- tai tukikodeissa sekä palveluasunnoissa ja -asuntoloissa, kun osastohoito ei ole enää tarpeen, mutta yksin omassa asunnossakaan ei tulla toimeen. Päivätoimintakeskukset pyrkivät edistämään mielenterveyskuntoutujan omatoimisuutta ja sosiaalisia taitoja.

Työtoimintakeskuksessa taas on saatavilla kuntouttavaa työtoimintaa. (Hietaharju ym. 2010, 22 - 25.) Avopalveluja tukevien palveluiden määrä on huomattavasti lisääntynyt. Osa on kuntien järjestämiä, mutta valtaosa hankitaan ostopalveluina. Pitkäaikaipotilaat ovat siirtyneet sairaaloista asumispalveluihin, mutta eivät itsenäiseen asumiseen siinä määrin kuin oli toivottu. (Tuori 2011, 3.)

2.3 Psykiatrinen hoitotyö

Psykiatrinen hoitotyö, josta Kuhanen ym. (2014, 12) käyttävät termiä mielenterveyshoitotyö, tarkoittaa sairaanhoitajan itsenäisesti ja vastuullisesti toteuttamaa potilaan hoitoa.

Psykiatrisen hoitotyön monipuolinen osaaminen rakentuu hoitajan koulutuksesta, elämäkokemuksesta ja omakohtaisista käytännön kokemuksista (Kuhanen ym. 2014, 14).

Hoidon lähtökohtana on positiivisen mielenterveyden vahvistaminen sekä yksilön, perheen ja yhteisön voimavarojen tukeminen. Hietaharjun ym. (2010, 17) mukaan laajemmin ajateltuna mielenterveyspotilaan onnistunut hoito ja kuntoutuminen edellyttävät kuitenkin moniammatillista asiantuntemusta. Moniammatillisiin työryhmiin kuuluu psykiatrien lisäksi muidenkin alojen lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä, psykologeja, sairaanhoitajia, lähihoitajia, toimintaterapeutteja, fysioterapeutteja ja tarpeen vaatiessa muitakin asiantuntijoita. Myös potilaan läheiset, potilaan luvalla ja tarvittaessa muukin tukiverkosto kuuluvat kiinteästi tiimiin. Kuntoutuksessa tulee korostaa vahvuuksia häiriöiden sijaan ja tärkeimpänä strategiana on pienin askelin eteneminen kohti seuraavia elämänvaiheita (Lavikainen ym. 2004, 47, 49).

Psykiatrisen hoitotyön tehtäviä ovat varhainen puuttuminen, jos henkilölle on kehittymässä mielenterveyshäiriö, ja jonka puhkeaminen pyritään estämään; ensiavun antaminen ja kriisi-interventio akuutisti tai vakavasti sairaalle pyrkimyksenä kärsimysten lievittäminen sekä riskien estäminen itselle ja muille ; mielenterveyden palauttaminen mahdollisuuksien mukaan; mielenterveyden kohentaminen, jos parantuminen ei ole mahdollista; henkilön tilan huononemisen estäminen sekä täysin tai osittain parantuneen tilan uudelleen huononemisen

estäminen. (Lavikainen ym. 2004, 43.) Potilaan elämänlaadun parantaminen on tärkeä osa psykiatrasta hoitotyötä (Kuhanen ym. 2014, 16).

Potilaan ja hoitajan yhteistyösuhde on mielenterveyshoitotyön lähtökohta. Se pohjautuu vuorovaikutuksellisten toimintatapojen hallitsemiseen hoitotyössä sekä hoitajan kykyyn laittaa itsensä likoon käyttämällä omaa persoonaansa työvälineenä. Potilaan ja hoitajan tai hoitotiimin välinen suhde mahdollistaa potilaan elämäntilanteen kartoittamisen ja hoito-ohjelman toteuttamisen. Koko ajan tulee pitää mielessä, että potilas on oman elämänsä paras asiantuntija. Potilas läheisineen pystyy asettamaan hoitotavoitteensa hoitotyön ammattilaisten tuella. Hoitajan tehtävänä on havainnoida potilaan tarpeita sekä suunnitella, toteuttaa että arvioida hoitotyötä. Hoitotyö edellyttää jatkuvaa eettistä pohdintaa vaihtelevissa tilanteissa sekä potilaslähtöisesti joustavaa toimintaa. (Kuhanen ym. 2014, 31, 60.)

Eettisten periaatteiden sisäistäminen kuuluu olennaisena osana hoitajan ammattitaitoon. Hoitotyön perustana on ihmisarvon kunnioittaminen. Kunnioitetaan potilaan ihmisoikeutta, itsemääräämisoikeutta ja valinnanvapautta, mitä tulee itsenäisiin päätöksiin tämän omasta elämästä ja hyvinvoinnista. Hoitoon tulee olla potilaan suostumus. Tästä poiketaan vain vaaratilanteessa, esimerkiksi määrättäessä potilas tahdonvastaiseen hoitoon. Muita keskeisiä periaatteita ovat tasa-arvo, yksityisyyden suoja ja syrjimättömyys. Ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioittamisen tulee ulottua myös asiakkaan ja potilaan läheisten kohteluun. Lähtökohtana tulee aina olla asiakkaan ja potilaan etu. Hoidon on oltava turvallista ja pohjautua perusteltuun tietoon ja ammattitaitoon. Asiakkaan ja potilaan edun toteutuminen edellyttää, että hoito ja palvelu on oikeudenmukaista. Hoidon tulee olla myös kaikille yhtäläisin perustein järjestettyä, laadukasta sekä potilaan kielellisen että vakaumuksellisen taustan huomioon ottavaa. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5 - 6, 8.) Juridiset suuntaviivat psykiatriseen hoitotyöhön saadaan lainsäädännöstä. Tähän liittyvät oikeus saada hyvää sairaanhoitoa ja kohtelua, päästä hoitoon, saada tietoa hoidosta sekä itsemääräämisoikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Mielenterveyspotilaan hoidon tekee haasteelliseksi potilaan haavoittuvaisuus, erityislaatuinen herkkyys, persoonallisuutta kasassa pitävien voimien puuttuminen osittain tai täysi kaoottisuus. Hoitajalla tulee olla herkkyyttä tällaisenkin potilaan hoitoon liittyville näkemyksille ja ihmistä kunnioittaville toimintavoille. Psykiatrinen hoitotyö on monesti tasapainoilua eettisellä luistinradalla vastuun ja vallan välimaastossa. Hoitajalla on vastuu potilaasta ihmisenä tämän itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Potilas voi myös kieltäytyä hoidosta, jos on tullut osastolle vapaaehtoisesti. Toisaalta, jos potilaan huono kunto ei mahdollista suostumuksen antamista, sitä kysytään potilaan läheiseltä tai hoito toteutetaan potilaan edun mukaisesti. (Kuhanen ym. 2014, 67 - 68, 70.) Eettiset ongelmat liittyvät

hoitotyössä lähinnä mielenterveyslakiin (1990/1116) perustuvaan tahdosta riippumattomaan hoitoon (Kuhanen ym. 2014, 72). Tahdosta riippumaton hoito tulee kyseeseen, jos henkilö on mielisairas tai hoidon tarpeessa niin, että ilman hoitoa mielisairaus pahenisi. Tai siinä tapauksessa, että hoidotta jäänyt henkilö vaarantaisi vakavasti itsensä tai muiden ihmisten terveyden tai turvallisuuden tai jos kaikki muut terveystalvelut ovat riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

2.4 Hoitotyön laatu

Terveydenhuoltolain (2010/1326) tarkoitus on edistää ja ylläpitää terveyttä sekä vahvistaa terveydenhuoltopalveluiden asiakaskeksisyyttä. Terveydenhuollon tulee myös toimia laadukkaasti, turvallisesti ja asianmukaisesti. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) säädetään potilaan oikeudesta hyvälaatuiseen terveyden- ja sairaanhoitoon.

Laatu tarkoittaa esimerkiksi tuotteen kykyä täyttää asiakkaan vaatimukset tai tarpeet. Myös toiminnan tavoitteiden ja tulosten vastaavuus voidaan käsittää laaduksi. Laadunhallinta taas on toiminnan ja tavoitteiden suunnittelua ja johtamista. Sekä tulosten säännöllistä arviointia tavoitteisiin nähden ja toiminnan parantamista tavoitteisiin pääsemiseksi. Hoitotyöltä edellytetään laadukkuutta. Hoitotyössä laadukkuus on yhtä kuin hyvä hoito, toisin sanoen potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioivaa hoitoa. Hoito toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa turvallisesti näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuen. Laadukkuus edellyttää myös, että hoitoon osallistuvien tahojen välinen yhteistyö ja tiedonkulku on saumatonta. Yksi laadun ulottuvuuksia on palvelun laatu, mikä sisältää olettamukset potilaskeskeisyydestä ja oikea-aikaisuudesta. Kliininen laatu taas käsittää osaamisen ja potilasturvallisuuden. Mitä prosessien laatuun tulee, painopiste on sujuvuudessa. Neljäs laadun ulottuvuus on vaikuttavuus. (Koivuranta-Vaara 2011, 8 - 14.)

Hoidon eettisyyskin on laadukkuuden merkki. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) säädetään, että hoito on toteutettava loukkaamatta potilaan ihmisarvoa ja vakaumusta sekä kunnioittaen hänen yksityisyyttään itsemääräämisoikeuden mukaisesti. Ihmisoikeudet ja ihmisarvo eettisinä periaatteina ja psykiatrisen hoitotyön perusarvoina sisältävät potilaslähtöisyyden, itsemääräämisoikeuden, turvallisuuden ja jatkuvuuden, psykoedukaation, osallistamisen, vuorovaikutteisuuden ja voimaantumisen (Kuhanen ym. 2014, 55, 93, 155 - 158). Myös moniammatillisuus luetaan perusarvoihin (Hietaharju 2010, 17).

Hoidon jatkuvuus turvataan pyrkimällä sitouttamaan samat työntekijät hoitoprosessiin, oli potilas sitten avo- tai osastohoidossa (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 27). Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaavanlainen suunnitelma. Suunnitelmasta

tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan ja tämän läheisen tai laillisen edustajan kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Mitä tulee potilaslähtöisyyteen tai asiakaskeskeisyyteen, potilaan ja hoitajan välisen yhteistyösuhteen kulmakiviä ovat rohkeus, läsnäolo ja osallisuus. Potilaan tarpeet ovat ensisijaisia. Vuorovaikutus on dialogista eli osallistuvaa vuoropuhelua ja ohjauksen ja toiminnan tulee olla konsultoivaa ja motivoivaa. Potilaskeskeisessä hoitotyössä osapuolet ovat omalta osaltaan vastuussa hoidosta ja sitoutuneet yhteisiin tavoitteisiin. Yhteistyösuhteeseen tuovat värinsä sekä hoitajan että potilaan arvomaailma, asenteet, ihmiskäsitys ja henkilökohtaiset tekijät, kuten ikä, sukupuoli ja koulutus. (Kuhanen ym. 2014, 155 - 156.)

Moniammatilliset työryhmät takaavat voimavarojen tehokkaan käytön ja monipuolisen asiantuntemuksen hyödyntämisen hoidossa (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 27). Toipumis-ajattelu mielenterveyskuntoutuksessa tarkoittaa, ettei hoideta vain sairautta. Otetaan huomioon myös kuntoutujan muut arkielämän tarpeet ja odotukset, mitä tulee vaikkapa koulutukseen, työllistymiseen, asumiseen, ihmissuhteisiin ja vapaa-aikaan. (Hänninen 2016, 83, 115.)

Psykoedukaation synonyymeja ovat koulutuksellinen perhetyö tai potilas- ja omaisopetus. Siihen liittyvät kiinteästi uusiutumisen ehkäisy ja oireiden hallinta. Pyrkimyksenä on vaikuttaa sairauden kulkuun painopiste tulevaisuudessa tekemällä yhteistyötä potilaan ja tämän perheenjäsenten kanssa. Psykoedukaatio on vuorovaikutuksellista keskustelua. (Kuhanen ym. 2014, 93 - 95.)

3 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tehdä yhteenveto aikaisemmista aihealueen tutkimuksista, jolloin tutkimusnäyttö saadaan käyttöön (Hovi & Saranto & Korhonen & Korhonen & Holopainen 2011, 37). Kirjallisuuskatsauksen tulee olla toistettavissa (Stolt & Axelin & Suhonen 2015, 7). Kirjallisuuskatsauksessa rakennetaan muun muassa kokonaiskuvaa määrätystä asiakokonaisuudesta ja tunnistetaan mahdolliset kehittämiskohteet (Salminen 2011, 3). Kirjallisuuskatsauksia on 14 eri tyyppiä ja niiden väliset erot ovat usein hiuksenhienot. Jokainen kirjallisuuskatsaus sisältää kuitenkin SALSAn eli kirjallisuuden haun (Search), arvioinnin (Appraisal), aineiston perusteella tehdyn synteessin (Synthesis) ja analyysin (Analysis). (Whittemore 2005, 56 - 62.) Yksi keskeisiä lähdeaineistoja kirjallisuuskatsauksen tekijälle ovat alan johtavat kansainväliset lehdet. Kirjallisuudella tarkoitetaan laajasti kirjallista lähdeaineistoa, kuten esimerkiksi kirjallisuutta, tieteellistä tutkimusta tai ammattikirjallisuutta. (Salminen 2011, 31.)

Kirjallisuuskatsaukset jaetaan kolmeen perustyyppiin: kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen, systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sekä määrälliseen meta-analyysiin ja laadulliseen metasynteesiin (Stolt ym. 2015, 8). Kuvaileva katsaus on yleisimmin käytettyjä kirjallisuuskatsaustyyppisiä ja se jaetaan edelleen narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen (Salminen 2011, 6).

Narratiivinen katsaus kuvaa aiheeseen liittyvän aiemman tutkimuksen laajuutta, syvyyttä ja määrää. Tätä katsaustyyppiä edustaa muun muassa perinteinen narratiivinen kirjallisuuskatsaus, jossa tarkastellaan julkaistuja tieteellisiä ja vertaisarvioinnin läpäisseitä tutkimuksia. Kriittisessä katsauksessa pyritään löytämään ristiriitaisuuksia ja uuden tutkimuksen tarpeita. Kartoittava katsaus pyrkii nimensä mukaisesti kartoittamaan olemassa olevaa tutkimuskirjallisuutta ja löytämään tiedon puutteita ja aukkoja. Scoping-katsauksessa taas tarkastelun kohteena on kaikki olemassa oleva tutkimus aihealueelta käytetyistä tutkimusasetelmista huolimatta. Tarkoituksena on luoda nopeasti ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä. Nopeaa katsausta käytetään tukena poliittisessa päätöksenteossa ja tutkimuskirjallisuuden avulla yritetään ratkaista jokin käytännön pulma. Yleiskatsauksessa kuvataan tutkimuksen ominaispiirteitä vähemmän systemaattisesti. State-of-the-art -katsaus on yleisen kirjallisuuskatsauksen alatyyppejä. Siinä pyritään tunnistamaan tutkimusalueita jatkotutkimusta silmällä pitäen ja erityisesti uuden näkökulman aiheeseen esille saamiseksi. (Stolt ym. 2015, 8 - 12.)

Integroiva katsaus otetaan käyttöön, kun halutaan uutta tietoa jo tutkitusta aiheesta. Katsauksesta on apua myös kirjallisuutta tarkasteltaessa, syntetisoitaessa sekä kriittisesti arvioitaessa. Lisäksi tutkimusaineistossa kirjallisuudet tyypit ja eri näkökulmat voivat olla merkittävästi laajempia ja vaihtelevampia kuin systemaattisessa katsauksessa. Narratiivisesta katsauksesta integroiva katsaus eroaa sikäli, että kriittinen tarkastelu on sen oleellinen osa. Integroivassa katsauksessa asetetaan tutkimusongelma, hankitaan aineisto, suoritetaan arviointi, analyysi ja tulkinta sekä esitetään tulokset. (Salminen 2011, 8.)

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tiivistelmää tietyn aihepiirin tutkimusten keskeisestä sisällöstä. Joskus se tulkitaan muuta metodeja tukeväksi tekniikaksi, joka rakentaa tutkimuksessa esimerkiksi vain johdanto-osaa. Systemaattisessa katsauksessa käydään läpi runsaasti tutkimusmateriaalia ja testataan hypoteeseja. Tärkeä ulottuvuus on näyttöön perustuva päätöksenteko, jolloin tutkittu tieto tuodaan tueksi päätöksenteolle. (Salminen 201, 9 - 10.) Systemaattisen katsauksen alalajeja on systematisoitu tai järjestelmällinen katsaus, joka etsii tarkkaa vastausta usein kliiniseen kysymykseen. Siinä myös yhdistetään monen eri tutkimuksen tuloksia käytännön hoitotyöhön tai näytön esittämiseksi hyvien käytänteiden perustaksi. Systematisoitu katsaus eroaa systemaattisesta

sikäli, että ensin mainitun tekee yleensä yksi henkilö, viimeksi mainitun vähintään kaksi. Sateenvarjokatsaus taas on systemaattisten katsausten katsaus. (Stolt ym. 2015, 15.)

Meta-analyysi jaetaan laadulliseen ja määrälliseen meta-analyysiin. Laadullinen meta-analyysi sisältää tulkitsevamman ja kuvailevamman metasynteesin sekä matemaattisemman ja määrällisemmän metayhteenvedon. Laadullinen metasynteesi yhdistää laadullisten tutkimusten tulokset, jolloin tulos on enemmän kuin yksittäisten tulosten summa. Tuloksia voidaan käyttää terveydenhuollossa päätöksenteon tukena. Metayhteenvedo on määrällisesti suuntautunut lähestymistapa varsinkin kyselyjen ja temaattisten tulosten yhteen kokoamiseksi. Meta-analyysi on katsaustekniikka, joka yhdistää tilastollisesti määrällisten alkuperäistutkimusten tulokset tai niiden vaikutukset. (Stolt ym. 2015, 15 - 17.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka sallii monenlaisen aineiston käytön ja mahdollistaa näin kokonaisvaltaisemman ymmärryksen tutkimusaiheesta. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää moneen eri tarkoitukseen, esimerkiksi käsitteiden määrittämiseen. (Whittemore & Knafl 2005, 546 - 547.) Olennaista kirjallisuuskatsauksessa on suunnitelma, jonka puitteissa tekijä arvioi, vertailee, luokittelee ja kommentoi olennaista tietoa (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47; Turun yliopisto 2016). Kirjallisuuskatsauksen avulla rakennetaan kokonaiskuvaa tutkittavasta ilmiöstä. Kirjallisuuskatsaus puolustaa paikkaansa näyttöön perustuvan päätöksenteon sekä parhaiden käytänteiden etsimisen ja omaksumisen tukena. (Salminen 2011, 6 - 8, 40.)

3.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheiden tuntemus helpotti artikkeleiden ymmärtämistä, mikä taas mahdollisti niiden kriittisen arvioinnin (Stolt ym. 2015, 23). Ensimmäisenä määriteltiin katsauksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin tietoa psykiatrisen potilaan laadukkaan hoitosuunnitelman osatekijöistä. Tavoitteena on tuottaa tietoa psykiatrisen potilaan hoidon mahdollisimman laadukkaaksi kehittämiseksi hoitosuunnitelmaa hyödyntäen johtajatuksena potilaskeskeisyys.

Tutkimuskysymykset:

- 1 Mitkä osatekijät tekevät psykiatrisen potilaan hoitosuunnitelmasta laadukkaan?
- 2 Miten potilas huomioidaan hoitosuunnitelmaa laadittaessa?

3.2 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Kaikki kirjallisuuskatsaustyytit kattavat tietyt perusvaiheet. Niiden tunteminen helpottaa katsausartikkeleiden ymmärtämistä, tekee mahdolliseksi niiden kriittisen arvioinnin ja on edellytyksenä katsauksen toteuttamiselle. Näin myös ymmärrys ilmiöstä tehdystä tutkimuksesta sekä ilmiön kokonaiskuvasta kasvaa. (Stolt ym. 2015, 23.)

Ensimmäisessä vaiheessa määritettiin tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelma. Hyvä tutkimuskysymys on olennaisesti asiaan liittyvä, mutta ei liian suppea. Siihen tulee myös kyetä vastaamaan kirjallisuuden pohjalta. Alustavien kirjallisuushakujen perusteella saatiin kuva olemassa olevasta kirjallisuuden määrästä tutkimuskysymysten muotoa pohdittaessa. (Stolt ym. 2015, 24 - 25.)

Seuraava vaihe oli kirjallisuushaku ja aineiston valinta varsinaisine hakuineen sekä kirjallisuuden haku- ja valintaprosesseineen. Aineistoksi valittiin ensisijaisesti alkuperäistutkimuksia. Sähköisten tietokantojen lisäksi hyödynnettiin myös manuaalista tiedonhakuja. Tällöin käytiin läpi esimerkiksi alan tutkimusten lähdeluetteloita ja tieteellisten aikakauslehtien sisällysluetteloita. Tietokantahaun onnistuminen edellytti soveltuvia hakusanoja ja -lausekkeita sekä kattavien mukaanotto- ja poissulkukriteerien määrittämistä. Näin saatiin myös tunnistettua asiaan liittyvä kirjallisuus sekä vähennettyä katsauksen mahdollisia virheitä. Hakuprosessi kuvattiin niin, että se on tarvittaessa toistettavissa. Haun aikana tehtiin myös tarkat muistiinpanot mukaan otetuista ja poissuljetuista tutkimuksista. (Stolt ym. 2015, 25 - 27.)

Kolmannessa vaiheessa arvioitiin, miten kattavaa tutkimuksista saatu tieto oli ja miten olennaista se oli tutkimuskysymysten kannalta. Tutkimusten yleistettävyyttä arvioitiin sen perusteella, keitä kuului tutkimusjoukkoon, miten heidät on valittu, mikä oli lopullinen otos ja tutkimuksen alkuasetelma. Aineistoa olisi voitu arvioida myös julkaisuvuoden, artikkelin kirjoittajan, julkaisumaan ja -foorumien perusteella. Arvioinnin pohjalta olisi voitu päätellä tutkittavaan ilmiöön liittyviä tiedon ja tutkimuksen puutteita. (Stolt ym. 2015, 28 - 30.)

Neljännessä vaiheessa tehtiin aineiston analyysi ja synteesi, mikä mahdollisti yhteenvedon valittujen tutkimusten tuloksista. Useimmiten aineiston analyysi käsittää aineiston järjestämisen ja luokittelun sekä yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien etsinnän. Lopputuloksena on synteesi. (Stolt ym. 2015, 30.)

Viidennessä vaiheessa tulokset raportoitiin ja kirjallisuuskatsaus kirjoitettiin lopulliseen muotoonsa. Tämä käsitti myös katsauksen eri vaiheiden huolellisen raportoinnin, koska tutkimuksen on oltava toistettavissa. Ainakin tiivistelmän, taustan, tutkimuskysymysten, menetelmien, hakuprosessin ja tietojen niin mukaan otetuista kuin poissuljetuista

tutkimuksista on sisällyttävä katsauksen raportointiin. Samoin kuin arvioinnin tutkimusten laadusta, katsauksen tulosten, pohdinnan mahdollisista heikkouksista, johtopäätösten, tulosten sovellettavuuden arvioinnin, jatkotutkimusehdotusten ja lähdeluettelon. Katsauksen tulosten ja alkuperäistutkimusten tulosten yhteys havainnollistettiin kuvailevilla taulukoilla valituista tutkimuksista. (Stolt ym. 2015, 32 - 33.)

3.3 Kirjallisuushaku

Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valikoitui yhdeksän tutkimusta ja artikkelia. Tiedonhaku toteutettiin hyödyntämällä Medic,- Melinda,- CINAHL with Full Text- ja Cochrane -elektronisia tietokantoja sekä Laurea Finnaa. Manuaalisella haulla muun muassa Google Scholaria hyödyntämällä etsittiin alan tutkimuksia, artikkeleita ja julkaisuja ja läpikäytiin lähde- ja sisällysluetteloita.

Sisäänottokriteereinä olivat suomen-, englannin- ja ranskankielisyys tai kaikki kielet elektronisesta tietokannasta riippuen, vertaisarvioinnin läpäisseet tutkimukset, opinnäytetyön avainkäsitteiden mukaiset asiasanat (hoitosuunnitelma, mielenterveys, psykiatrinen potilas, laatu) sekä niihin liittyvät laadukasta hoitosuunnitelmaa sivuavat käsitteet.

Poissulkukriteereinä olivat maksulliset julkaisut sekä tietokannasta riippuen kaikki vuosien 2010-2016 tai 2010-2017 ulkopuolelle jäävä kirjallisuus.

3.4 Aineiston kuvaus

Aihe rajattiin perehtymällä aiempaan aihepiiriä käsittelevään kirjallisuuteen sekä etsimällä artikkeleita, katsauksia ja tutkimuksia, jotka olivat mahdollisimman lähellä opinnäytetyön aihetta. Sen jälkeen tarkennettiin ajatusta siitä, mitä haluttiin tietää tai osoittaa.

Tehtävänanto säätelijä rajamista, koska opinnäytetyöllä on rajallinen pituus eikä lähdemateriaaliakaan välttämättä löydy riittävästi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 85, 81 - 83). Tämän kirjallisuuskatsauksen tekemisen teki jossain määrin haasteelliseksi se, että nimenomaan psykiatrisen potilaan hoitosuunnitelmasta on olemassa suhteellisen vähän tuoretta tutkimustietoa. Tämän vuoksi tutkimuksista ja artikkeleista poimittiin laatua kuvaavia käsitteitä potilaskeskeisyys johtoajatuksena.

Opinnäytetyön aineiston rajaus tapahtui käymällä läpi kirjallisuutta, jossa käsiteltiin psykiatrisen hoitosuunnitelman laadukkaita ja usein potilaskeskeisyyttä sivuavia elementtejä (Hirsjärvi ym. 2010, 84). Ensimmäisessä vaiheessa mukaan hyväksyttiin tutkimuksia aika väljällä seulalla. Artikkelit luettiin läpi useaan kertaan. Tutkimuksista tehtiin taulukko, joka helpotti kokonaisuuden hahmottamista ja tutkimusten käsittelyä. (Stolt & Routasalo 2007, 67.) Taulukosta (liite 2) ilmenivät hakusana- tai lauseke, tietokanta, rajaukset, osumat ja mukaan hyväksytyt tutkimukset ja artikkelit (Stolt ym. 2015, 26, 44; Johansson ym. 2007, 91 - 92). Opinnäytetyöhön valittiin lopulta yhdeksän artikkelia tai tutkimusta (liite 1).

Opinnäytetyöhön valikoituneesta aineistosta ensimmäisessä artikkelissa Shared Decision Making - The Pinnacle of Patient-Centered Care (Barry & Edgman-Levitan 2012) käsitellään laadukkaan ja turvallisen hoidon kriteereitä potilaskeskeisyyden näkökulmasta. Kirjoittajien mukaan olisi korkea aika ryhtyä puheista tekoihin ja kuunnella potilaan kantaa, mitä hoitopäätöksiin tulee. Lääkäri tulisi olla enemmänkin potilaan tasaveroisen kumppani tai valmentaja, joka auttaisi potilasta ymmärtämään, mitä eri hoitovaihtoehdot seurauksineen potilaalle merkitsisivät.

McKinnon (2014) pohtii Pursuing concordance: moving away from paternalism -artikkelissaan konkordanssin käsitettä. Konkordanssilla tarkoitetaan tasaveroista kumppanuutta, jolle jaettu päätöksenteko ja hoidon suunnittelu perustuvat. Kirjoittaja painottaa potilaan ja hoitotyön ammattilaisen luottamuksellisen suhteen merkitystä sekä tasapainoista terapeutista suhdetta hoidosta sovittaessa. Konkordanssi on avoin suhde, jonka pohjalta molempien näkökannat ja tietämys huomioiden voidaan yhteisymmärryksessä laatia kestävä hoitosuunnitelma. Erehtyminen on sidoksissa yksilön itsemääräämisoikeuteen ja kyvyttömyyteen ennustaa tulevaa. Konkordanssin myötä potilas oppii ottamaan vastuun elämästään.

Artikkelissa Patient-Centered Care and Psychiatric Rehabilitation: What's the Connection? (Hensley 2012) käsitellään potilaskeskeisyyttä, jonka tulisi olla myös psykiatrisen kuntoutuksen lähtökohta. Psykiatrisen kuntoutuksen tulisi ottaa oppia terveydenhuollosta ja käyttää arvioinnissa työkaluja, jotka asettavat psykiatrisen potilaan hyvinvoinnin etusijalle. Kirjoittaja uskoo potilaslähtöisyyden rikastuttavan psykiatrista kuntoutusta. Toisaalta, terveydenhuollon tulee ottaa oppia toipumissuuntautuneesta kuntouksesta jaettuine päätöksentekoineen ja voimaantumisineen.

Ruddick (2010) toteaa artikkelissaan Person-centred mental health care: myth or reality? potilaan tarpeiden asettamisen etusijalle ymmärretyn laajalti mielenterveyshoitotyössä, vaikka se ei käytännössä toteudukaan. Painotetaan ajan antamisen merkitystä hoitosuhteessa potilaan omanarvontuntoa kohottavana. Myös henkilökunnan tulee saada aikaa ja tukea ammatillisen kehityksensä jatkumiseen.

Artikkeli Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa (Kiesepää & Oksanen 2013) liittyy potilas- ja perheopetukseen. Kyseessä on vaikuttava psykoosien psykososiaalinen hoitomuoto, jonka tulee olla osana psykoosipotilaiden kuntoutusta. Sitä ei tule korvata tietoisuilla. Myös läheisten mukaan ottaminen hoitoon on tärkeää.

Chongin & Aslanin & Chenin (2013) tutkimusartikkelissa Multiple perspectives on shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare oli tavoitteena

kuvata eri palveluntuottajien käsityksiä siitä, mitä tulee jaettuun päätöksentekoon ja moniammatilliseen yhteistyöhön mielenterveyshoitotyön saralla. Käsitykset varsinkin mielenterveyspotilaan osallisuudesta päätöksentekoon eroavat huomattavasti toisistaan. Tutkimuksen sivutuotteena ongelmina esille nousivat mielenterveyspalveluiden integraation puute ja hoitoketjun katkeaminen siirryttäessä sairaalasta perusterveydenhoitoon.

Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen *Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review* (Newman & O'Reilly & Lee & Kennedy 2015) tavoitteena oli kartoittaa käyttäjien kokemuksia mielenterveyspalveluista, myös mitä hoitosuunnitelmaan osallisuuteen tulee. Tulokset osoittivat, että potilaat ovat haluttomia käyttämään palveluja. Myös ihmissuhteilla on merkitystä, mitä tulee hoidon jatkuvuuteen ja potilaan hoitoon osallisuuteen. Potilaiden osallistumattomuus hoidon suunnitteluun on edelleen ongelma. Potilailla on myös rajalliset mahdollisuudet kertoa kantansa hoidon tarpeestaan ja yleensä hoitosuunnitelmasta.

Kanervan & Kivisen & Lammintakasen (2015) tutkimus *Communication elements supporting patient safety in psychiatric inpatient care* kuvasi psykiatrisen sairaalan hoidon potilasturvallisuutta edistäviä tekijöitä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Hoitajat kokivat tärkeäksi viestinnän sujuvuuden ja tarkan kirjaamisen turvallisen hoidon takeena. Tämä päti myös hoitosuunnitelmaan. Avoin viestintäkulttuuri oli tärkeää potilasturvallisuuden kannalta. Hoitajat korostivat myös oman aktiivisuutensa merkitystä viestinnässä. Todettiin niin ikään, että organisaatiotasolla kirjaamis- ja raporttikäytänteitä tulisi kehittää yli osaston rajojen.

Viimeinen tutkimus *Contradictions between ideals and reality: Swedish registered nurses' experiences of dialogues with inpatients in psychiatric care* (Hällgren Graneheim & Slotte & Markström Säfsten & Lindgren 2014) käsitteli sairaanhoitajien kokemuksia keskusteluista psykiatristen kanssa. Todettiin ristiriita ihanteiden ja todellisuuden välillä, mitä tulee vuoropuheluun mielenterveyspotilaiden kanssa. Hoitajat kokivat, että heillä ei ollut riittävästi aikaa keskustella potilaiden kanssa osaston hektisen työtahdin vuoksi. Hoitajat myös syyllistivät itseään siitä, että aremmat potilaat jäivät usein vähemmälle huomiolle. Tämä johti työmoraalin laskuun ja riittämättömyyden tunteisiin, myös hoitosuunnitelmien laadinnassa. Hoidon laatua sekä potilaiden että hoitajien viihtymistä keskenään tulee parantaa tarjoamalla mielekästä tekemistä. Läsnäolevien esimiesten tulisi mahdollistaa hoitotyöntekijöiden osallistuminen työnohjaukseen.

3.5 Aineiston analyysi

Laadullisen, aineistolähtöisen tutkimuksen perusprosessi oli sisällönanalyysi, jossa aineisto tiivistettiin niin, että tutkittavia ilmiöitä voitiin kuvailla lyhyesti ja yleistettävästi.

Pyrkimyksenä oli myös saada tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet selkeästi esille (Latvala &

Vanhanen-Nuutinen 2003, 23). Aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko olivat tutkimuksen ydinasia (Hirsjärvi ym. 2010, 221). Sisällönanalyysi mahdollisti systemaattisen ja objektiivisen analyysin. Lopputulokseksi saatiin tutkittavia ilmiöitä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä tai malli. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3, 4 - 5.)

Sisällönanalyysin toteuttaminen edellyttää, että määritetään analyysiyksikkö, jonka tulee olla sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköksi valikoitui sana, lauseen osa tai lause. Ennen analyysin aloittamista tuli myös päättää analysoidaanko vain se, mikä on selvästi ilmaistu dokumentissa vai analysoidaanko myös piiloviestit. (Kyngäs ym. 1999, 5, 11). Ilmisisältöjä analysoidaessa aineisto jaetaan analyysiyksiköihin, joita sitten tarkastellaan suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Piilosisältöjen analyysissä tarkastellaan aineiston osia suhteessa koko aineistoon. (Latvala ym. 2003, 24 - 25). Tässä opinnäytetyössä keskityttiin ilmisisältöjen analysointiin.

Aineistolähtöisessä analyysissä sisällönanalyysi koostuu pelkistämisestä, ryhmittelystä ja abstrahoinnista. Ensin nostettiin esille tutkimustehtävää vastaavia pelkistettyjä ilmauksia, jotka kirjattiin aineiston termein. Sen jälkeen aineisto ryhmiteltiin niin, että pelkistetyistä ilmauksista yhdistettiin ne asiat, jotka näyttivät kuuluvan yhteen. Abstrahointivaiheessa yhdistettiin saman sisältöisiä alakategorioita ja saatiin aineistoa kuvaavia yläkategorioita. (Kyngäs ym. 1999, 6; Latvala ym. 2003, 26 - 29.)

4 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kirjallisuuskatsauksen tuloksia tarkasteltiin laadukkaan hoitosuunnitelman kriteerien kannalta sekä potilaan huomioinnin toteutumista hoitosuunnitelmassa niin potilaan kuin hoitajan näkökulmasta.

4.1 Hoitosuunnitelman laadun kriteereitä

Kirjallisuuskatsauksen hoitosuunnitelman laadun kriteereiden osa-alueiksi saatiin osallisuus, voimaantuminen ja jatkuvuus. Osallisuus pääkategoriana käsitti potilas- ja perhekeskeisyyden sekä jaetun päätöksenteon yläkategoriat. Voimaantuminen pääkategoriana taas muodostui yläkategorioista, joihin kuuluivat itsemääräämisoikeus ja psykoedukaatio. Jatkuvuus pääkategoriana käsitti turvallisuuden yläkategorian.

4.1.1 Osallisuus

Mielenterveyspotilaan ja perheen mukaan ottamista hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin pidettiin laadukkaan ja turvallisen hoidon takeena (Barry & Edgman-Levitan 2012, 780). Myös McKinnon (2014, 683) piti tärkeänä perheen näkökannan huomioimista. Perheen ja läheisten tuen merkitys oli tärkeää potilaalle niin hoitoa suunniteltaessa kuin tavoitteita

asetettaessa sekä potilaan etua puolustettaessa (Hensley 2012). Samoilla linjoilla olivat Kiesepä ym. (2013, 2135), jotka painottivat toimivan viestinnän tärkeyttä psykoosiin sairastuneen potilaan läheisten kanssa.

Hoitotyön ammattilaisten ja potilaan yhteistyötä pidettiin äärimmäisen tärkeänä potilaskeskeisessä hoidossa (Chong ym. 2013, 224). Barryn ym. (2012, 780 - 781) mukaan jaettu päätöksenteko tuotti parhaan mahdollisen lopputuloksen, jos paikalla oli vähintään lääkäri ja potilas. Muut hoitotiimin jäsenet tai läheiset saattoivat halutessaan osallistua. Potilaskeskeisyys toteutui parhaimmillaan silloin, kun potilas itse valitsi hoitonsa, teki kauaskantoisen päätöksen ja ymmärsi päätöksensä pysyvät seuraukset. Lääkäri esitti ensin vaihtoehdot sekä kertoi riskeistä ja hyödyistä. Sen jälkeen potilas kertoi omista arvoistaan ja valitsemastaan hoidosta. Näin molemmat ymmärsivät toisiaan paremmin ja jakoivat vastuun päätöksestä. Potilaan tuli myös saada emotionaalista tukea kyetäkseen kertomaan arvoistaan ja toiveistaan sekä esittääkseen kysymyksiä lääkärin niitä sensuroimatta.

McKinnon (2014, 677, 683) oli samoilla linjoilla todetessaan, että potilaalla oli oikeus tehdä myös virheellisiä päätöksiä, mutta seuraukset kestäen. Erehtymisen katsottiin olevan sidoksissa potilaan itsemääräämisoikeuteen. Konkordanssi miltei jaetun päätöksenteon synonyymina käsitettiin potilaan ja asiantuntijan avoimeksi suhteeksi. Siinä punnittiin erilaisia näkökulmia ja tietolähteitä kestäväen hoitosuunnitelman perustaksi. Esitettiin, että harhoista kärsivän mielenterveyspotilaan hoitosuunnitelma voisi alkaa potilaan kertomuksella. Sitten kun potilaan puhe muuttuu johdonmukaiseksi ja hän oppii luottamaan ympäristöönsä, jaettu päätöksenteko olisi vähitellen mahdollista. Hensleyn (2012) mukaan hoidon suunnittelu voi siis pohjautua kumppanuuteen. Ammattilaiset kunnioittivat potilaan tarpeita, mutta loivat myös olosuhteet, joiden puitteissa potilas saattoi näyttää omat voimansa.

4.1.2 Voimaantuminen

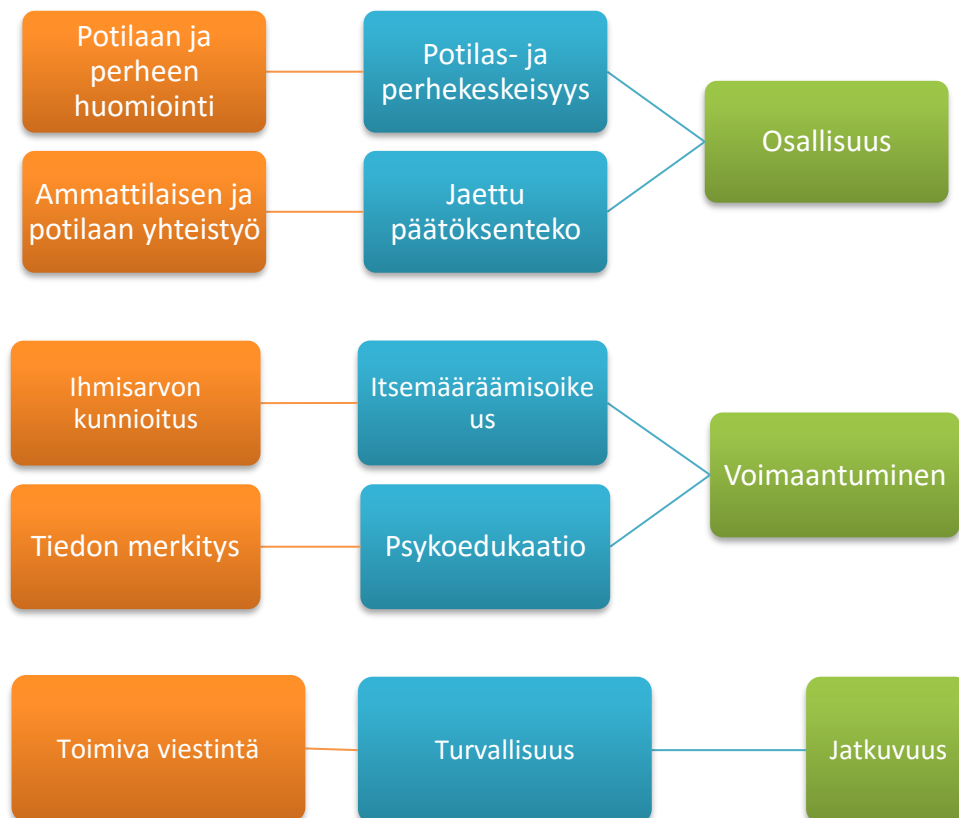
Hensleylle (2012) potilaskeskeisyys tarkoittaa sitä, että potilaan ääni kuuluu ylimpänä. Potilas päättää, mihin hoidossa keskitytään. Potilaan tarpeiden, toiveiden ja arvojen huomiointi edellyttää myös joustavuutta hoitavalta taholta. Chongin ym. (2013, 225, 227) mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja oikeutta päättää omasta hoidostaan tulee kunnioittaa. Lähtöajatuksena on, että jos potilas on kykenevä kieltäytymään hoidosta, se tulee hyväksyä, vaikka lopputulos olisi hänen itsensä kannalta huonompi. Potilaalla on itsemääräämisoikeuteen perustuva oikeus valita ja hänet tulee ottaa mukaan yksilökohtaisen hoitonsa suunnitteluun. Myös terveydenhoidon ammattilaiset tunnustivat eettisen tarpeen kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta.

Kiesepä ym. (2013, 2133 - 2134, 2136) totesivat, että potilaalla on oikeus saada tietoa sairaudestaan. Tällöin hän ymmärtää paremmin tilanteensa ja hänen osallistumisensa oman

hoitonsa suunnitteluun mahdollistuu. Psykoedukaatio on keino lisätä potilaan ymmärrystä sairaudestaan ja edistää hoitomyöntyvyyttä. Potilasopetuksen myötä potilas ja perhe saavat emotionaalista tukea sekä potilas perheineen kykenee hallitsemaan paremmin sairauden oireita. Psykoedukaation pitäisi olla osa psykoosiin sairastuneen kokonaiskuntoutusta. Se olisi tärkeää varsinkin ensipsykoosiin sairastuneen ja tämän perheen kannalta. Psykoedukaatiossa ei jaeta vain tietoa. Olennaisen tärkeää on myös yhteistyösuhteen rakentaminen sekä ammattilaisten, potilaan ja perheen toimiva vuorovaikutus. Hensleyn (2012) mukaan tieto auttaa potilasta hoitovaihtoehtoista päätettäessä. Potilaan tulisi saada tietoa myös näyttöön perustuvuudesta sekä odotettavissa olevista tuloksista.

4.1.3 Jatkuvuus

Viestintä on psykiatrisen hoidon ydinosaamista sekä tärkeää potilasturvallisuudelle ja laadukkaalle hoidolle. Sujuva tiedonkulku ja avoin viestintä hoidon ammattilaisten kesken todettiin tärkeäksi hoidon suunnittelun ja käytänteiden kannalta niin osaston sisällä kuin osastojen kesken. Olennaisten tietojen asianmukaista kirjaamista pidettiin potilasturvallisuuden takeena. (Kanerva ym. 2014, 298, 231.)



Kuvio 1: Sisällönanalyysin tuloksia. Laadukas psykiatrisen hoitosuunnitelma.

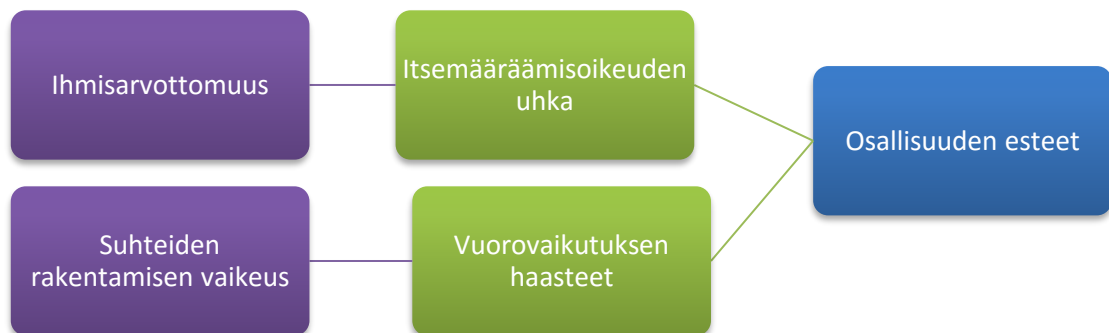
4.2 Potilaan huomiointi hoitosuunnitelmassa

4.2.1 Potilaan näkökulma

Turhautuneiden potilaiden itsemääräämisoikeus oli uhattuna. Heillä oli vain rajalliset tai olemattomat mahdollisuudet ilmaista hoidon tarpeitaan tai osallistua hoitosuunnitelman laatimiseen. Potilaat toivoivatkin voivansa osallistua aktiivisemmin hoitosuunnitelmaprosessiin. (Newman ym. 2015, 180.)

Suhteiden rakentaminen hoitotyön ammattilaisiin koettiin myös vaikeaksi, mikä osaltaan saattoi rajoittaa hoitoon osallistumista. Tämä taas esti hoidon jatkuvuuden, joka todettiin olevan toistaiseksi saavuttamaton tavoite hoitosuunnitelmien vähäisen lukumäärän perusteella. Potilaat kokivat, että heidän huoliaan harvemmin kuunneltiin, mikä viesti potilaan ja ammattilaisen suhteen eriarvoisuudesta (Newman ym. 2015, 178 - 179).

Potilaat kaipasivat enemmän keskusteluja ja läheisempää vuorovaikutusta hoitajien kanssa. Potilaat otaksuivat ammattilaisten olevan haluttomia keskustelemaan heidän kanssaan, mikä aiheutti potilaissa yksinäisyyden ja voimattomuuden tunteita. (Hällgren Graneheim ym. 2014, 396.) Potilaat pitivät vuorovaikutusta molemmin puolisen kunnioittavan hoitosuhteen perustana. Ammattilaiset sen sijaan painottivat potilaiden konkreettisten taitojen oppimisen tärkeyttä (Ruddick 2010, 28).



Kuvio 2: Sisällönanalyysin tuloksia. Potilaan huomiointi potilaan silmin hoitosuunnitelmaa laadittaessa.

4.2.2 Hoitajan näkökulma

Hoitohenkilökunta koki, että potilaan mielipidettä ei kuunnella riittävästi hoitosuunnitelmaa

laadittaessa, vaikka avoin vuoropuhelu potilaan ja hoitajan välillä tiedettiin tärkeäksi. Hoitajat olivat pettyneitä ihanteidensa ja psykiatrisen osaston todellisuuden ristiriitaan. Osastohoito koettiin potilaita passivoivaksi, koska ahdistusta ja itsetuhoisuutta lievittävää toimintaa ei ollut tarjolla. Jotkut hoitajat kehottivat potilaita kokoamaan palapeliä keskustelun sijasta. Hoitajat myös arvelivat, että potilasta ei oteta mukaan hoitosuunnitelman laadintaan ajan rajallisuuden vuoksi. Potilaan uskottiin hyväksyvän vain näennäisesti ammattilaisten laatimat suunnitelmat. Stressaantuneet hoitajat kokivat olevansa kykenemättömiä toimimaan yhtäaikaan sekä potilaiden odotusten että omien ihanteidensa mukaisesti. (Hällgren Graneheim ym. 2014, 398 - 399.)

Hoitajat tunsivat syyllisyyttä unohtaessaan potilaan ajan rajallisuuden vuoksi. Hoitajat olisivat halunneet keskustella potilaiden kanssa. He tunsivat kuitenkin olevansa kehojen työolosuhteiden vuoksi kykenemättömiä hajottamaan itseään yhtäaikaan käytännön työhön, keskusteluihin potilaan kanssa sekä hoidon suunnitteluun. Hoitajat katsoivat laiminlyövänsä potilaita, mikä osaltaan johti riittämättömyyden tunteisiin ja työssä kuormittumiseen. (Hällgren Graneheim ym. 2014, 398, 400.)

Huolellinen kirjaaminen ja kirjausten hyödyntämisen takaisivat potilaan turvallisen ja viiveettömän hoidon. Kirjauksia saattoi kuitenkin hävitä. Valtaosa hoitajista koki osastoilla vallitsevan avoimen viestintäkulttuurin, mikä myös edisti hoidon turvallisuutta. Samaten se, että kaikki osaston työntekijät saivat äänensä kuuluviin. Hoitajien mukaan aktiivinen tiedonkulku moniammatillisen työryhmän kesken oli tärkeää. Kun tieto ei kulkenut, hoitajat kokivat vaikeammaksi toimia hoitosuunnitelman mukaisesti ja pitää potilas ajan tasalla. Sujuvaa tiedonkulkua osastojen kesken pidettiin tärkeänä. Toisaalta, potilasta toiseen yksikköön saattavalla hoitajalla ei ollut aina mukanaan keskeisiä tietoja potilaasta, mitä pidettiin uhkana potilaan turvallisuudelle. (Kanerva ym. 2014, 301.) Joskus potilasta osastolle saattavalla hoitajalla ja vastaanottavan osaston hoitajalla oli epäselvyyttä vastuista, mitä tulee potilaan haastatteluun. Tästä seurasi, että kukaan ei haastatellut potilasta. (Hällgren Graneheim ym. 2014, 400.)

Hoitajat kokivat tärkeäksi olennaisen hoitosuunnitelmaan liittyvän tiedon kirjaamisen. Ajantasainen kirjaaminen teki hoitosuunnitelman laatimisen helpommaksi ja turvallisemmaksi. Epäselvyydet ja huolimaton kirjaaminen voivat johtaa potilashaittoihin johtuen esimerkiksi virheistä lääkeannoksissa. Hoitajien mielestä oli tärkeä lukea kirjauksia ja huomioida ne hoidon suunnittelussa. Tämä ei kuitenkaan aina toteutunut johtuen muun muassa hoitajien nopeatahtisesta työstä. Kirjausten hyödyntämättä jättäminen saattoi myös viedä hoitosuunnitelmaa virheelliseen suuntaan. (Kanerva ym. 2014, 301.)

Laadukas hoitosuunnitelma on potilas- ja perhekeskeinen. Läheisten tuki, heidän ajamansa potilaan etu sekä toimiva viestintä perheen ja hoitotyön ammattilaisten kesken on

ensiarvoisen tärkeää. (Barry ym. 2012, 780; McKinnon 2014, 683; Hensley 2012; Kiesepää ym. 2013, 2135.) Osallisuus ilmenee myös hoitotyön ammattilaisten ja potilaan yhteistyönä sekä kumppanuutena hoidoista päätettäessä (Chong ym. 2013, 224; Hensley 2012). Potilaan ja lääkärin jaettu päätöksenteko ja täten myös jaettu vastuu ovat kestävän hoitosuunnitelman perusta (Barry ym. 2012, 780 - 781; McKinnon 2014, 683).

Potilas voimaantuu kokiessaan, että hänen arvojaan, tarpeitaan ja toiveitaan kunnioitetaan itsemääräämisoikeuden mukaisesti hoitoa suunniteltaessa (Hensley 2012; Chong ym. 2013, 225). Tieto taas auttaa potilasta ymmärtämään sairauttaan, edistää hoitomyöntyvyyttä ja mahdollistaa osallisuuden hoidon suunnitteluun. Potilas perheineen saa psykoedukaatiosta myös emotionaalista tukea ja työkaluja hallita sairauden oireita. (Kiesepää ym. 2013, 2133 - 2134, 2136.)

Jatkuvuus on potilasturvallisuuden tae ja yksi laadukkaan hoitosuunnitelman kriteeri. Jatkuvuuden mahdollistaa sujuva tiedonkulku, joka käsittää myös huolellisen kirjaamisen. (Kanerva ym. 2014, 298, 301.)

Potilailla oli usein hyvin vähäiset mahdollisuudet osallistua hoitonsa suunnitteluun, mistä seurasi turhautumista ja yksinäisyyden tunteita (Newman ym. 2015, 180; Hällgren Graneheim ym. 2014, 396). Hoitajat pitivät yhtenä syynä potilaan sivuuttamiseen työn hektisyydestä johtunutta ajan puutetta, mutta myös hoitajien kuormittuneisuutta omien ihanteidensa ja osaston arjen ristipaineessa (Hällgren Graneheim ym. 2014, 398 - 399).



Kuvio 3: Sisällönanalyysin tuloksia. Potilaan huomiointi hoitajan silmin hoitosuunnitelmaa laadittaessa.

5 Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön aiheen valinta oli jo itsessään eettinen ratkaisu, koska lähtökohtana on ihmisarvon kunnioitus. Kirjallisuuskatsaus kirjoitettiin hyvien tieteellisten kriteerien mukaisesti. Luotettavuuden ja uskottavuuden varmistamiseksi tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta niin tutkimustyössä kuin tuloksia tallennettaessa ja arvioitaessa. Opinnäytetyössä käytettiin eettisesti kestäviä menetelmiä, mitä tulee tiedonhankintaan,

tutkimukseen ja arviointiin. Tutkijoiden julkaisuihin viitattiin antamalla heidän saavutuksilleen arvo opinnäytetyötä kirjoitettaessa ja tuloksia julkaistaessa. Eettisyys edellytti myös kirjallisuuskatsauksen yksityiskohtaista suunnittelua, toteutusta ja raportointia sekä tutkimusluvan hankkimista. Ohjenuorana kaikissa vaiheissa oli rehellisyys. Toisten tekstejä, aiempia tekstejä eikä omiakaan tutkimuksia plagioitu. Tuloksia ei sepitetty eikä kaunisteltu eikä raportointi ollut harhaanjohtavaa tai puutteellista. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 5, 6 - 7.)

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arvioinnin taustalla on pyrkimys virheiltilä välttymiseen. Tähän päästään muun muassa tutkimusten toistettavuudella, jolloin tulokset eivät ole sattumanvaraisia. (Hirsjärvi ym. 2010, 231). Huolimattomasti tehdyllä katsauksella ei ole arvoa hoitotyön kehittämisessä (Pudas-Tähkä ym. 2007, 46). Sen sijaan huolellinen suunnittelu, tarkka kirjallisuushaku sekä selvät sisäänotto- ja laadunarviointikriteerit vähentävät virheitä ja tekevät katsauksen toteuttamisesta luotettavan (Stolt ym. 2007, 68). Kirjoittamisen kaikki vaiheet tulee kirjata tarkasti, sillä se helpottaa työtä kirjoitusvaiheessa ja lisää katsauksen luotettavuutta raportoitaessa (Flinkman & Salanterä 2007, 98.)

Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa noudatettiin huolellisuutta ja pyrittiin luotettavuuteen. Suoritettiin tarkka ja perinpohjainen kirjallisuushaku hoitotyön tietokannoista selkeine sisäänotto- ja poissulkukriteereineen. Pyrittiin keskittymään vertaisarvioituihin tutkimuksiin. Tutkimuskysymykset ohjasivat hakua sekä lukuvaiheessa opinnäytetyöhön hyväksytyjen tutkimusten ja artikkeleiden valintaa. Kirjoittamisen kaikki vaiheet kirjattiin tarkasti ja aineiston hakuprosessista tehtiin taulukko. Selvitettiin myös sisällönanalyysiprosessin eri vaiheet ja tulokset.

6 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda tutkimustietokirjallisuuteen, alan julkaisuihin ja tutkimuksiin perustuen käsitys siitä, mikä tekee mielenterveyspotilaan hoitosuunnitelmasta laadukkaan. Pyrittiin myös selvittämään, missä määrin hoitosuunnitelmissa toteutuu potilaskeskeisyys niin potilaan kuin hoitajan näkökulmasta. Aineiston luokittelun perusteella ollakseen laadukas hoitosuunnitelma edellyttää muun muassa potilaan, perheen ja hoitotyön ammattilaisen osallisuutta. Hoitosuunnitelma on parhaimmillaan potilasta ja tämän perhettä voimaannuttava ja hoidon jatkuvuuden takaava.

Potilaskeskeisyys on ykköspuheenaihe tämän päivän terveydenhuollossa. Puheiden muuttaminen teoiksi on osoittautunut kuitenkin haasteelliseksi eikä potilaita oteta automaattisesti mukaan hoitosuunnitelmien tekoon. Potilaille tulisi tehdä tiettäväksi heidän keskeinen roolinsa päätöksenteossa ja antaa työkaluja, joiden avulla he ymmärtäisivät vaihtoehtoja sekä päätöksensä seurauksia. Artikkelissa viitattiin Picker Institutin vuonna 1988

esittämään kahdeksaan potilaskeskeiseen kriteeriin, joita pidettiin laadukkaan hoidon ja turvallisuuden takeina. Tuli kunnioittaa potilaan arvoja, toiveita ja tarpeita; hoidon tuli olla koordinoitua ja integroitua; potilaan ja perheen tuli saada sairaudesta selkeää ja korkeatasoista tietoa; potilaan fyysisestä hyvinvoinnista huolehtimisen tuli sisältää kivun hoito; potilaan tuli saada emotionaalista tukea sekä lievitystä pelkoonsa ja ahdistukseensa; perhe ja ystävät tuli ottaa mukaan hoitoon; potilaille tuli taata hoidon jatkuvuus sekä hoitoon pääsy. (Barry ym. 2012, 780 - 781.)

Hoidon suunnittelu edellyttää luottamuksellista ilmapiiriä, jossa potilasta autetaan luovimaan todellisuudessa pelkojaan, harhojaan ja ahdistuksen tunteitaan uhmaten.

Hoitosuunnitelmassa myös potilaan perheen mielipiteellä tulisi olla merkitystä. (McKinnon 2014, 676, 682 - 683.) Hensley (2012) piti tärkeänä perheen lisäksi ystävien huomioimista hoidon suunnittelussa.

Yhdysvaltain kansalliskattemian (IOM) selonteossa todettiin, että paras lopputulos saatiin, kun lääkäri ja potilas tekivät hoitopäätökset yhdessä (Barry 2012, 780). Newman ym. (2015, 172) summasivat potilaskeskeisen hoidon pääasialliseksi tavoitteeksi potilaiden tukemisen näiden pohtiessa erilaisia hoitovaihtoehtoja asiantuntijoiden kanssa. Chongin ym. (2013, 229) mukaan jaetussa päätöksenteossa tuli huomioida potilaan ja lääkärin lisäksi moniammatillisen työryhmän rooli laadun takaajana. Hensley (2012) korosti peloista ja ahdistuksesta kärsivän potilaan emotionaalista tukea, mikä sekin on yksi potilaskeskeytyksen kriteeri. IOM:n määritelmän mukaan potilaskeskeytyksessä hoidossa tulee kunnioittaa potilaan toiveita ja tarpeita ja kaikki kliiniset päätökset tulee tehdä potilaan arvojen pohjalta (Barry ym. 2012, 780). Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on potilasta voimaannuttavaa, samoin kuin tieto. Psykoedukaatio on tiedon antamista, tiedon ja kokemusten jakamista ja yhteisymmärryksen rakentamista. Vuorovaikutuksella perheen kanssa on siinä suuri merkitys. (Kieseppä ym. 2013, 2133, 2135).

Kanerva ym. (2015, 300 - 301) summasivat, että sujuvalla tiedonkululla osastolla ja osastojen kesken, avoimella viestintäkulttuurilla ja olennaisen tiedon huolellisella kirjaamisella hoitosuunnitelmaan oli tärkeä rooli potilaan turvallisen hoidon onnistumisessa ja jatkuvuuden toteutumisessa.

Potilaan osallistuminen hoitosuunnitelman laadintaan on potilaskeskeisen psykiatrisen hoidon kulmakiviä, jolla on myös vaikutusta hoidon jatkuvuuteen. Potilaan huomiointi hoitosuunnitelmassa potilaan näkökulmasta jäi monesti kuitenkin toteutumatta ja potilaat olivat tyytymättömiä koko hoitosuunnitelmaprosessiin. Potilaiden vaikeudet luoda suhteita hoitajiin saattoivat osaltaan olla esteenä hoitoon osallistumiselle. Jotkut potilaat kokivat, että heillä oli vain rajalliset mahdollisuudet ilmaista hoidon tarpeitaan ja toiveitaan hoitosuunnitelmassa. Potilaan ja hoitohenkilökunnan väliset suhteet ja vuorovaikutus niin

ikään olivat sidoksissa hoidon jatkuvuuteen ja hoitoon osallistumiseen. Todettiin, että hoitotyön ammattilaisen ja potilaan suhteessa on tapahduttava perustavanlaatuinen muutos, jos halutaan sitouttaa potilas hoitoonsa. (Newman ym. 2015, 171 - 172, 178 - 180.)

Potilaan huomiointi hoitosuunnitelmassa hoitajan näkökulmasta oli olematonta, mikä aiheutti kuormittuneissa hoitajissa joskus syyllisyyden tunteita (Hällgren Graneheim ym. 2014, 399). Hoitajien ihanne vuoropuhelusta potilaiden kanssa ja pettymys osaston karuun todellisuuteen koettiin ongelmaksi. Hoitajat halusivat tehdä parhaansa potilaiden eteen. Kehnot työolosuhteet johtuen ajan puutteesta, viestinnän epäselvistä vastuista eri osastojen hoitajien kesken sekä riittämättömästä tuesta aiheuttivat hoitajissa toivottomuuden tunteita. Olisikin ensisijaisen tärkeää panostaa potilaiden ja hoitajien keskusteluihin ja mielekkääseen toimintaan. (Hällgren Graneheim ym. 2014, 400 - 401.) Chong ym. (2013, 226) myös uskoivat, että aukot kommunikaatiossa saattoivat vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen potilaan kotiutuessa sairaalasta, mikä jälleen oli uhka potilasturvallisuudelle.

7 Pohdinta

Valitsin opinnäytetyön aiheeksi psykiatrisen potilaan laadukkaan hoitosuunnitelman, koska psykiatrisen hoitotyö ja psykiatria kiinnostavat minua. Koen, että minulla näin elämää enemmän nähneenä on ehkä jotain annettavaa sille saralle. Mielenterveyspotilaan hoitosuunnitelmasta ja potilaan osallisuudesta löytyi verrattain vähän tutkimustietoa, psykiatrisen hoidon toteuttamisesta sen sijaan enemmän. Toisaalta, psykiatrisen hoitosuunnitelma ja hoito kulkevat käsi kädessä, sillä hoitosuunnitelmaa päivitetään jatkuvasti hoidon edetessä ja potilaskeskeisten periaatteiden tulee heijastua hoidon suunnitteluunkin. Opinnäytetyöhön valikoituneista artikkeleista ja tutkimuksista poimittiin hoitosuunnitelmaan läheisesti liittyviä käsitteitä, jotka ovat edellytyksenä laadukkaan psykiatrisen hoitosuunnitelman synnylle ja toteuttamiselle käytännössä. Lääkehoito on psykiatrisen hoitosuunnitelman olennainen osa, mutta tässä ei sitä opinnäytetyön rajallisen pituuden vuoksi käsitelty.

Potilaskeskeisyyden kriteereihin perehtymisestä psykiatrisen potilaan hoitoa suunniteltaessa on minulle varmasti vielä hyötyä tulevassa työssäni, vaikka potilaskeskeisyys onkin vasta tavoite ja edelleen paljolti sanahelinää. Artikkeleiden ja tutkimusten määrä oli jossain vaiheessa paisua liian suureksi johtuen siitä, että lukuisissa tutkimuksissa ja artikkeleissa puhuttiin psykiatrisen potilaan hoidosta vain hoitosuunnitelmaa sivuten. Hoitosuunnitelman laadukkuutta kuvaavia käsitteitä ja mahdollista potilaan äänen kuulumista piti usein oikein kaivaa tekstistä.

Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen perehtyminen sisällönanalyyseineen oli kiintoisa, mutta aikaa vievä uusi aluevaltaus, samoin elektroniset tietokannat. Pelkistämisen ja abstrahoinnin

sujuminen vei myös oman aikansa. Uskon kuitenkin, että kielitaito soi laajemman ymmärryksen tutkimusalueesta, vaikka omilla sisään- ja ulosottokriteereilläni en esimerkiksi ranskankielisiä tutkimuksia opinnäytetyön aiheesta löytänytkään. Valtaosa artikkeleista ja tutkimuksista oli Yhdysvalloista, Iso-Britanniasta, Irlannista, Australiasta ja vain kaksi Pohjoismaista, mikä saattoi vääristää tuloksia. Myös tutkimusjoukot olivat aika pieniä.

Opinnäytetyön aineistosta ilmeni odotetusti, että laadukkaan psykiatrisen hoitosuunnitelman kantavana ajatuksena on potilaskeskeisyys, vaikka potilaan ääni ei siinä kautta linjan kuulukaan (Newman ym. 2015, 180). Hoitosuunnitelma on parhaimmillaan osa toimivaa viestintää, minkä edellytyksenä on huolellisesti kirjattu ja päivitetty hoitosuunnitelma. Myös sujuva suullinen viestintä voi edesauttaa hoitosuunnitelman ajantasaisuuden toteutumista. Viestinnän toimivuus on elinehto, mitä tulee potilaan ja perheen osallisuuteen, jaettuun päätöksentekoon, itsemääräämisoikeuteen, psykoedukaatioon ja hoidon turvallisuuteen. Lopullisena päämääränä on kuitenkin hoidon jatkuvuus.

Jäin vielä pohtimaan hoitosuhteen jatkuvuuden haasteellisuutta. Hoidon jatkuvuuden ei tulisi katketa potilaan siirtyessä saamaan hoitoa toisen organisaation yksikköön. Liikkuvatko hoitosuunnitelmat potilaan siirtyessä organisaatiosta toiseen? Estääkö lainsäädäntö vai muut käytännöt? On tuskin potilaan edun mukaista laatia hänelle aina uudessa paikassa uusi hoitosuunnitelmaa, jos toisaalla on jo asiasta kirjauksia. Tämän ongelman tutkimiseen kannattaisi panostaa. Hoidon laadun ja jatkuvuuden kannalta hoitosuunnitelman siirtyminen luontevasti eri organisaatioiden välillä edesauttaisi potilaan tai asiakkaan hoidon suunnittelua sekä takaisi hoidon saumattomuuden.

Lähteet

- Chong, W.W., Aslani, P. & Chen, T.F. 2013. Multiple perspectives on shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare. *Journal of Interprofessional Care*. 2013, 27:223-230.
- Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus - eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku: Åbo Akademis tryckeri/Digipaino.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. 2010. Latvia: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hovi, S-L., Saranto, K., Korhonen, T. & Korhonen, A. & Holopainen, A. 2011. Järjestelmällinen katsaus on paljon muutakin kuin tiedonhakua. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 9 (2). Fioca.
- Hällgren Graneheim, U., Slotte, A., Markström Säfsten, H. & Lindgren, B-M. 2014. Contradictions between ideals and reality: Swedish registered nurses' experiences of dialogues with Inpatients in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 35:395-402.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku: Åbo Akademis tryckeri/Digipaino.
- Kanerva, A., Kivinen, T. & Lamintakanen, J. 2015. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015, 22, 298-305.
- Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129(20). Viitattu 1.12.2016 <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo11273.pdf>
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2014. Mielenterveyshoitotyö. Sanoma Pro Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede*, 11, 1. S. 3-10
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Lönqvist, J., Henriksson, Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2014. *Psykiatria*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Lönkvist, J., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.) 2014. *Psykiatria*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S.H. & Kennedy, C. 2015. Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015, 22, 171-182.
- Pudas-Tähkä, S-M & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri R-L.

(toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku: Åbo Akademis tryckeri/Digipaino.

Ruddick, F. Person-centred mental health care: myth or reality? 2010. Mental Health Practice, June 2010, Volume 13, Number 9.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. ?

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:73/2015. Turun yliopisto. Turku: Juvenes Print.

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku: Åbo Akademis tryckeri/Digipaino.

Whittemore, R. 2005. Combining evidence in nursing reseach: methods and implications. Nursing Research 54(1).

Whittemore, R. & Knafl, K. 2005. The integrative review: updated, methodology. Journal of Advanced Nursing 52(5). Whittemore, R. 2005.

Sähköiset lähteet

Barry, M.J.& Edgman-Levitan, S. 2012. Shared decision making - The pinnacle of patient-centered care. British Journal of Nursing, 2014, Vol 23, No 12.

Ehkäisevä mielenterveys kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. 2009. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. Viitattu 1.6.2016
<https://www.google.fi/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Ehk%C3%A4isev%C3%A4+mielenterveys+kunnissa.+Aineistoa+suunnittelun+tueksi.+2009.+Jyv%C3%A4skyl%C3%A4+Gummerus+Kirjapaino+Oy>.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. Viitattu 2.6.2016
<http://www.finlex.fi>

Hensley, M.A. 2012. Patient-centered care and psychiatric rehabilitation: What's the connection? International Journal of Psychosocial Rehabilitation. Voi 17(1), 135-141.

HUS Paloniemen sairaala 2016. Viitattu 30.5.2016
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/paloniemen-sairaala>

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 3.6.2016
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Hänninen, E. (toim.) Mieleni minun tekevi. Mielenterveyskuntoutujien klubitalot 20 vuotta Suomessa. 2016. Suomen Klubitalot ry. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Lönnberg Oy. Viitattu 1.6.2016
http://www.vates.fi/media/tiedollavaikuttaminen/mieleni_minun_tekevi_verkko.pdf

Järvelin, J. 2016. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014. Tilastoraportti 7/2016. THL.

Viitattu 3.6.2016

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130535/Tr07_16_Fl.pdf?sequence=1

Kiesepää, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129(20). Viitattu 1.12.2016
<http://www terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo11273.pdf>

Koivuranta-Vaara, P. Terveystuon laatuopas 2011. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki. Viitattu 30.5.2016 <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 1.6.2016 <http://www.finlex.fi>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 1.6.2016
<http://www.finlex.fi>

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2009. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. STM. Viitattu 29.5.2016
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112002/passthru.pdf?sequence=1>

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2012. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. STM. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 2.6.2016
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71815/URN%3aNBN%3afi-fe201504224732.pdf?sequence=>

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. STM. Viitattu 1.6.2016
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69977/laatusuositus.pdf?sequence=1>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 25.5.2016
<http://www.finlex.fi>

Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V. & Nordling, E. & Nevalainen, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 - 2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. THL. 2011. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 2.6.2016
<https://www.thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%206.pdf>

Moring, J., Bergman, V., Nordling, E., Markkula, J., Partanen, A. & Soikkeli, M. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 - 2015 - Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. 2013. THL. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 1.6.2016 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-907-7>

Nyman, A. 2006. Yksilövastuisten hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 5.2.2017
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93490/gradu01126.pdf?sequence=1>

Rainio, J & Rätty, T. 2015. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2013. Tilastoraportti 2/2015. THL. Viitattu 1.6.2016.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr02_15_fi_sv_en.pdf?sequence=8

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. ETENE-julkaisu 32. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 25.6.2016
<http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasiakirjoista 30.3.2009/298. Finlex 2009. Viitattu 2.6.2016 <http://www.finlex.fi>

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 - kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14. Viitattu 2.6.2016
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73405/Julka_0614_strategiat_verkko.pdf?sequence=1

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 1.6.2016 <http://www.finlex.fi>

Tautiluokitus ICD-10. 2011. THL. 2011. Mikkeli: StMichel Print. Viitattu 1.6.2016
<https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/ICD-10.pdf/8091c7cc-fda6-4e86-8ef9-7790d8d6a1a2>

Tuori, T. Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. Artikkel. Suuntaaja 1, 2011. Viitattu 25.5.2016
<https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/Psykiatrian+rakennemuutos.pdf/02d8e3d9-7617-4b70-9fbb-1a2852a52960>

Turun yliopisto. 2016. Miten teen kirjallisuuskatsauksen? Viitattu 1.6.2016
<https://www.utu.fi/fi/yksikot/hum/yksikot/ktmt/opiskelu/ohjeet/Sivut/Miten-teen-kirjallisuuskatsauksen.aspx>

Kuviot

Kuvio 1: Sisällönanalyysin tuloksia. Laadukas psykiatrinen hoitosuunnitelma.	26
Kuvio 2: Sisällönanalyysin tuloksia. Potilaan huomiointi potilaan silmin hoitosuunnitelmaa laadittaessa.	27
Kuvio 3: Sisällönanalyysin tuloksia. Potilaan huomiointi hoitajan silmin hoitosuunnitelmaa laadittaessa.	29

Liitteet

Liite 1: Tutkimustuloksia

Tutkimuksen nimi, tekijä(t), vuosi ja paikka	Tutkimuksen/ artikkelin tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Shared decision making - The pinnacle of patient-centered care.</p> <p>Barry, M.J., Edgman-Levitan, S.</p> <p>New England Journal of Medicine 2012;366:780-781. 2012, USA.</p>	<p>Tarjottiin yksi näkökulma, mitä tulee potilaan tarpeiden ensisijaisuuteen sekä lääkärin ja potilaan yhteistyön merkitykseen hyvälle hoidolle.</p>	Artikkeli.	<p>Potilaskeskeisyys toteutuu parhaiten jaetulla päätöksenteolla, jolloin osapuolina ovat lääkäri ja potilas. Valveutunut potilas osallistuu päätöksentekoon, mutta kantaa osaltaan myös vastuun päätöksestä. On aika ottaa rutiinisti potilas mukaan päätöksentekoon potilaskeskeisesti.</p>
<p>Pursuing concordance: moving away from paternalism.</p> <p>McKinnon, J.</p> <p>British Journal of Nursing, 2014, Vol 23, No 12. 2014, Iso-Britannia.</p>	<p>Tarkastellaan konkordanssin käsitettä hoitotyössä, mikä tarkoittaa ammattilaisen ja potilaan välistä päätöksentekoa tasaveroisina kumppaneina. Tälle myös hoidon suunnittelu perustuu.</p>	Artikkeli.	<p>Konkordanssin ajattelun mukaan mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeus pysyy ensisijaisina ja vaihtoehtoja punnitaan näytön perusteella. Ammattilaisen ja potilaan molemminpuolisen luottamuksen ja kunnioituksen vallitessa voidaan keskustella suunnitelmista kummankaan menettämättä kasvojaan. Mielenterveys potilaat kykenevät osallistavaan päätöksentekoon paremmin kuin yleensä uskotaan.</p>
<p>Person-centred mental health care: myth or reality?</p> <p>Ruddick, F.</p> <p>Mental Health Practice, June 2010, Volume 13, Number 9. 2010, Iso-Britannia.</p>	<p>Tarkastellaan potilaskeskeisyyden todellista toteutumista psykiatristen sairaanhoitajien ja potilaiden hoitosuhteessa.</p>	Katsausartikkeli.	<p>Potilaan tarpeiden ensisijaisuus toteutuvat panostamalla hoitotyön ammattilaisten henkilökohtaiseen kasvuun (mm. työnhajaus). Suunnittelevan tahon tulee ymmärtää ajan antamisen merkitys potilastyössä.</p>
<p>Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa.</p>	<p>Tarkoituksena osoittaa psykoosiin sairastuneelle sekä perheelle</p>	Katsausartikkeli.	<p>Psykoosipotilaalla oikeus luottamukselliseen, ymmärtävään ja toivoa tuovaan yhteyteen hoitohenkilökunnan kanssa.</p>

<p>Kieseppä, T., Oksanen, J.</p> <p>Duodecim 2013;129;2133-9. 2013, Suomi.</p>	<p>annettavan psykoedukaation hyöty.</p>		<p>Hoitaviin yksiköihin tulisi perustaa psyko-edukatiivisen työskentelyn ohjelma, jossa määriteltäisiin yksilö-, perhe- ja ryhmätapaamisten määrät ja sisällöt. Läheisten mukaanotto on tärkeää psykoosiin liittyvien kommunikaatio- ja toimintakykyongelmien vuoksi.</p>
<p>Multiple perspectives on shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare.</p> <p>Chong, W.W., Aslani, P., Chen, T.F.</p> <p>Journal of Interprofessional Care. 2013, 27:223-230. 2013, Australia.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä jaetusta päätöksenteosta ja moniammatillisesta yhteistyöstä osana potilaskeskeistä psykiatrista hoitoa.</p>	<p>Laadullinen selittävä tapaustutkimus Australian New South Walesissa terveydenhoidon ammattilaisille. 34 kutsuttiin, 31 osallistui. Haastattelu ja avoimet kysymykset.</p>	<p>Jaettu päätöksenteko ei rajoitu vain lääkärin ja potilaan suhteeseen. Eri alojen terveydenhoidon ammattilaisilla on tärkeä rooli potilaan päätöksenteon tukijoina ja omien erikoisalojensa näkökulmien tarjoajina. Esitettiin eriäviä mielipiteitä mielen terveystilaiden osallisuudesta päätöksenteossa. Moniammatillista yhteistyötä tulee vahvistaa.</p>
<p>Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review.</p> <p>Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S.H., Kennedy, C.</p> <p>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2015, 22, 171-182. 2015, Irlanti.</p>	<p>Tarkoituksena kartoittaa mielen terveystilaiden käyttäjien kokemuksia palveluista.</p>	<p>Integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Kohderyhmä 18-65 -vuotiaat mielen terveystilaiden käyttäjät. UK, Irlanti, Australia, USA, Norja.</p>	<p>Potilaan haluttomuus käyttää palveluja ja ihmissuhteiden merkitys, niiden vaikutus hoidon jatkuvuuteen ja potilaan hoitoon osallisuuteen. Potilaiden osallistumattomuus hoidon suunnitteluun on yhä ongelma. Potilailla rajalliset mahdollisuudet kertoa kantansa hoidon tarpeestaan ja hoitosuunnitelmasta.</p> <p>2011 akuutin osaston potilaista 55.4 %:lla oli hoitosuunnitelma ja 75.2 % piti hoitosuunnitelmaansa toipumiseen tähtäävänä. Alle 30% ei muistanut hoitosuunnitelmaa laaditun osastolla. Potilaat tyytymättömiä hoitosuunnitelmaprosessiin.</p> <p>2012 33% potilaista oli mukana useammassa hoitosuunnitelman arvioinnissa. Hoitosuunnitelmatonien potilaiden määrä oli 2008 45%, 2012 38%. Hoitosuunnitelmaansa ymmärtämättömiä 2008 8%, 2012 9%. UK:n National Collaborating</p>

			<p>Centre for Mental Health 2012: hoitosuunnitelmat pitäisi rakentaa yhdessä ja olla potilaiden saatavilla. Parempaa viestintää peräänkuulutettiin</p> <p>Innovatiivisia lähestymistapoja kaivataan, mitä tulee potilaiden osallistamiseksi hoitoonsa.</p>
<p>Communication elements supporting patient safety in psychiatric inpatient care.</p> <p>Kanerva, A., Kivinen, T., Lammintakanen, J.</p> <p>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2015, 22, 298-305. 2015, Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, mitkä viestinnän osa-alueet tukevat hoitohenkilökunnan mielestä potilasturvallisuutta psykiatrisessa osastohoidossa.</p>	<p>Väitöskirja. Haastattelututkimus kahdessa suomalaisessa psykiatrisessa sairaalassa syys-lokakuussa 2011. 34 hoitajasta joihin otettiin yhteys 26 suostui mukaan tutkimukseen ja 26 hoitajaa haastateltiin ikäryhmässä 23-60.</p>	<p>Hoitajat kokivat tärkeäksi viestinnän sujuvuuden ja tarkan (myös hoitosuunnitelman) kirjaamisen turvallisen hoidon takeena. Avoin viestintäkuluttuuri oli tärkeää potilasturvallisuuden kannalta. Hoitajat kokivat tärkeäksi myös oman aktiivisuutensa viestinnässä. Organisaatiossa kirjaamis- ja raporttikäytänteitä tulisi kehittää yli osaston rajojen.</p>
<p>Contradictions between ideals and reality: Swedish registered nurses' experiences of dialogues with Inpatients in psychiatric care.</p> <p>Hällgren Graneheim, U., Slotte, A., Markström Säfsten, H., Lindgren, B-M.</p> <p>Issues in Mental Health Nursing, 35:395-402, 2014, Ruotsi.</p>		<p>Laadullinen tutkimus. Fokusryhmähaastattelut ja yksittäiset haastattelut. 10 sairaanhoitajan kokemuksia Pohjois-Ruotsissa, ikäryhmä 27-47 v, marraskuu 2011-lokakuu 2012.</p>	<p>Ristiriita ihanteiden ja todellisuuden välillä, mitä tulee vuoropuheluun mielen-terveyspotilaiden kanssa. Tämä johti työmoraalin laskuun ja riittämättömyyden tunteisiin, myös hoitosuunnitelmien laadinnassa. Hoidon laatua sekä potilaiden että hoitajien viihtymistä keskenään tulee parantaa tarjoamalla mielekästä tekemistä. Läsnäolevien esimiesten tulisi mahdollistaa hoitotyöntekijöiden osallistuminen työnohjaukseen.</p>
<p>Patient-centered care and psychiatric rehabilitation: What's the connection?</p> <p>Hensley, M.A.</p>	<p>Pohditaan potilaskeskeisyyttä psykiatrisen kuntoutuksen yhteydessä.</p>	<p>Artikkeli.</p>	<p>Potilaskeskeisessä hoidossa hoitosuunnitelmien ja kuntoutussuunnitelmissa on paljon samaa. Kuntoutussuunnitelmissakin pyritään tekemään yksilökohtaisia suunnitelmia, jotka perustuvat kuntoutujan toiveisiin ja arvoihin yhä enemmän asiakasta</p>

International Journal of Psychosocial Rehabilitation. Voi 17(1), 135-141. 2012, USA.			voimaannuttavaa läheisiä unohtamatta.
--	--	--	---------------------------------------

Liite 2: Kirjallisuuskatsauksen hakutuloksia

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos/Luettu	Valinnat
Medic	hoitosuunnitelma OR psykiatrinen	Vain kokotekstit Kaikki	155/13	0
	hoitosuunnitelma? AND psykiatrinen?	julkaisutyypit Su en ra tai Kaikki kielet 2010-17	2/2	0
	”hoidon suunnittelu” AND mielenterveys		134/10	0
	hoitosuunnitelma AND psykiatrinen potilas		311/19	0
	hoitosuunn* AND psyk*		7/2	0
	hoitosuunn* OR mielenterv*		480/13	0
		”care planning” AND psych*		6/1
	treatment planning AND psych*		230/13	0
	”etiikka” AND ”hoitotyö”		11/1	0
	psychiatr* pat*AND ethics		6/1	0
	mielenterv* AND potilaskesk*		5/1	0
	psyk* hoitosuunnitelma AND itsemääräämisoik*		5/2	0
	psykoedukaatio AND psyk*		2/1	1
	hoitosuunnitelman laatu AND psykiatrinen potilas		7/2	0

Melinda	treatment planning AND participation	Kaikki aineisto Fin eng fre tai Kaikki kielet 2010-17	7/1	0
	care planning AND psych? patient		20/1	0
	care planning AND psych? AND quality		7/0	0
	hoitosuun? AND psykiatr?		4/1	0
	psykoedu? AND mielenterv?		11/0	0
	potilaskesk? AND psykiat?		1/0	0
	moniamm? AND psyk? pot? AND hoito mielenterveystyö? AND moniammatt?		11/0 1/0	0 0
	laaduk? AND hoitosuun? AND psyk? hoidon suunnittelu AND mielenter?		0 7/0	0 0
	mielenterveystyö? AND osallist?		23/1	0
	treatment planning AND ethics?		16/0	0
Cochrane	care plan AND mental health AND self-determination	2010-17	1/0	0
	care plan AND mental health AND pat* cent*		9/2	0
			1/0	0

	care plan AND mental health AND self- determination			
	"mental health" AND "autonomy"		1	0
	"mental health" OR "autonomy"		154/6	0
	psychoeducation AND mental health patient		7/2	0
	psychiatric patient education AND family		2/1	0
	mental care OR multiprofessional		147/2	1
	care plan AND quality AND psych* pat*		31/4	0
	psychiatric patient care plan OR autonomy		5/2	0
	psychiatric patient OR self- determination		45/2	0
	psychiatric patient care AND ethics		14/0	0
CINAHL with Full Text	multidisciplinary treatment plan AND mental health	Full Text Peer Reviewed Eng Fin Fre 2010-2017	10/1	1 (sama)
	mental patient care plan AND safety		16/2	0
	mental patient care plan OR safety		150/5	2 (samaa)
	care plan OR psychiatric patient AND participation		4/3	1 (ja 1 sama)

	care planning AND mental health AND communication		28/4	1 (sama)
	care planning AND psych* pat* AND quality		132/5	1 (sama)
	mental patient care plan AND recovery		14/5	1 (sama)
	mental health AND patient centered		284/6	2
	psychiatric patient care plan AND recovery		8/3	1 (sama)
	mental patient care plan AND interaction		6/1	1 (sama)
	mental patient AND care plan AND quality		66/1	1 (sama)
	psychiatric care plan AND adherence		5/0	0
	treatment planning AND mental health		102/0	0
	psychiatric care planning AND frustration		6/1	0
	psychiatric care planning OR frustration		451/1	1

