



Asiakaslähtöisyys hoitotyön päätöksenteossa

Kirjallisuuskatsaus

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
26.5.2009

Senja Auvinen
Henni Haavisto

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Senja Auvinen, Henni Haavisto			
Työn nimi			
Asiakaslähtöisyys hoitotyön päätöksenteossa			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2009	29+ 2 liitettä	
TIIVISTELMÄ			
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuen mitkä asiakaslähtöisyyden piirteet toteutuvat hoitotyön päätöksenteossa. Opinnäytetyö on osa "asiakaslähtöinen osaaminen hoitotyön koulutuksessa Suomessa ja Virossa"- projektia. Projekti perustettiin asiakaslähtöisen osaamisen varmistamiseksi, sillä siinä on havaittu puutteita.</p> <p>Menetelmänä työn tekemisessä käytimme soveltaen systemaattista kirjallisuuskatsausta. Katsauksen aineisto muodostui kahdestatoista englanninkielisestä tutkimusartikkelista. Aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla deduktiivisesti.</p> <p>Tutkimusten mukaan asiakaslähtöinen hoitotyön päätöksenteko edellyttää potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä kattavaa ja ymmärrettävää informaationantoa, potilaan yksilöllistä kohtaamista sekä henkilöiden välistä hyvää luottamussuhdetta. Informaationannon tulisi lähteä potilaan tarpeista. Hyvin informoidut potilaat olivat aktiivisempia päätöksentekijöitä. Potilaat olisivat kuitenkin toivoneet lisää kirjallista informaatiota. Tutkimuksista kävi ilmi potilaiden haluavan itse saada päättää omaa hoitoaan koskevan päätöksenteon laajuus. Tutkimuksista selvisi, että tämä ei kuitenkaan aina toteudu. Jotkut potilaat eivät mielestään saaneet osallistua tarpeeksi ja jotkut potilaat taas tunsivat saavansa liikaa vastuuta päätöksentekoon. Suhteet hoitavaan henkilökuntaan olivat merkittävässä roolissa potilaiden tehdessä hoitoaan koskevia päätöksiä. Vuorovaikutussuhteiden ollessa hyvät potilaat osallistuivat aktiivisemmin hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja saivat tunteen oman elämänsä hallinnasta.</p> <p>Jatkossa olisi tärkeää kannustaa ja rohkaista potilaita aktiivisemmän päätöksentekoroolin omaksumiseen, sillä tämä lisää potilastyytyväisyyttä. Kehittämishaasteeksi asiakaslähtöisemmälle hoitotyölle ja päätöksenteolle ehdotamme potilaiden yksilöllisempää huomiointia koko hoitoprosessin ajan. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä tunnistaa ne potilaat, jotka tarvitsevat enemmän tukea ja informaatiota kyetäkseen osallistumaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon täysipainoisesti.</p>			
Avainsanat			
asiakaslähtöisyys, hoitotyön päätöksenteko			

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Senja Auvinen, Henni Haavisto			
Title			
Patient-Centredness Decision-making in Nursing Practice			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2009	29+ 2 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>The objective of this study was to chart how the elements of patient-centredness came true in decision-making in nursing practice. The study was part of an international project exploring patient-centred nursing and health care in Finland and Estonia. The purpose of that project was to verify that patient-centredness come true in nursing and health care in those countries.</p> <p>As for methods, this final project was accomplished by applying a systematic literature review. The material of the systematic literature review consisted of twelve international research articles in English. The material was analysed by using the methods of content analysis.</p> <p>The analysed studies showed that the patient-centred decision-making in nursing practice demanded understandable and inclusive information between the patient and the nursing staff. Additionally, the patient should be treated individually, and she/he has to be able to trust the nursing staff. Giving information should be based on the patient's needs. The patients hoped for more written information. Well-informed patients were more active to make decisions on their own care. However, the analysed studies showed that patient-centredness did not always actualise. Moreover, some patients did not participate enough and, some patients, however, knew that they were getting too much responsibility for decision-making. The patient-nurse relationship played a significant role when the patients made decisions concerning their care. When the relationship was good, the patients participated in decision-making more actively. Thus, they got the feeling of controlling their own life.</p> <p>In future, it is important to encourage patients to adopt a more active role in decision-making since this increases patient satisfaction. We suggest as a development challenge that nursing staff should take notice of patients more individually through the whole care process. It is important that nursing staff identify those patients who need more support and information to be able to take part in decision-making.</p>			
Keywords			
patient- centredness, decision making in nursing			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	2
3 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET.....	2
3.1 Asiakaslähtöisyys	2
3.2 Hoitotyön päätöksenteko	3
4 AIEMPAA TUTKITTUA TIETOA ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ JA HOITOTYÖN PÄÄTÖKSENTEOSTA	5
5 MENETELMÄN KUVAUS: SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS	7
5.1 Kirjallisuuskatsauksen vaiheet.....	8
5.2 Katsauksen aineisto	9
5.2.1 Alkuperäistutkimusten haku	9
5.2.2 Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja valintakriteerit	10
5.2.3 Alkuperäistutkimusten luotettavuus	11
5.3 Alkuperäistutkimusten analyysi.....	12
6 ANALYYSIN TULOKSET	13
6.1 Potilaan psykososiaalisten ja fyysisten tarpeiden huomioon ottaminen sekä tietoisuus potilaan huolista	13
6.2 Potilaan mukaan ottaminen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon	16
6.3 Yhteistyö potilaan kanssa	18
7 POHDINTA.....	21
7.1 Tulosten tarkastelua.....	21
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	23
7.3 Jatkokehittämishaasteet.....	25
ANALYSOITAVAT TUTKIMUKSET	27
LÄHTEET	28
LIITTEET Hakusanat ja hakujen tulokset Kirjallisuuskatsauksen aineisto	

1 JOHDANTO

Asiakaslähtöisyys on nykyään yksi tärkeimmistä hyvän hoidon kriteereistä. Sitä arvostetaan ja korostetaan terveydenhuollossa, ja asiasta on käyty julkista keskustelua toimintatapojen muuttamiseksi asiakaslähtöisempään suuntaan. On yleisesti tiedossa, että asiakaslähtöisyys on tärkeää potilaan hyvinvoinnin kannalta ja hänen tulisi saada osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tämä ei kuitenkaan toteudu aina kitkatta ja tämä on yksi syy, miksi asiakaslähtöinen osaaminen-projekti on perustettu.

Opinnäytetyössämme asiakaslähtöisyyttä tarkastellaan juuri hoitotyön päätöksenteon näkökulmasta ja tarkoituksenamme on kuvata kuinka asiakaslähtöisyys toteutuu hoitotyön päätöksenteossa.

Projekti, johon teimme opinnäytetyötämme on nimeltään ”Asiakaslähtöinen osaaminen hoitotyön koulutuksessa Suomessa ja Virossa”. Asiakaslähtöinen osaaminen -projekti on yksi kolmen projektin muodostamasta isommasta hankkeesta. Koko hankkeen nimi on ”Patient-/clientcentredness in adult intensive care, elderly care and health care education”. Yhteistyökumppaneina ovat Suomesta Metropolia ammattikorkeakoulu ja Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu sekä Virossa Tarton yliopisto sekä Tallinnan ja Tarton terveydenhuollon korkeakoulut. Teimme opinnäytetyön projektiin nimellä ”Asiakaslähtöisyys hoitotyön päätöksenteossa”.

Projekti perustettiin asiakaslähtöisen osaamisen varmistamiseksi, sillä siinä on havaittu puutteita. Opinnäytetyömme on osa projektin alkuvaihetta, eli tehtävänä on kartoittaa, kuinka asiakaslähtöisyys toteutuu hoitotyön päätöksenteossa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuen kuinka asiakaslähtöisyys toteutuu hoitotyön päätöksenteossa. Menetelmänä työn tekemisessä käytämme soveltavaa systemaattista kirjallisuuskatsausta.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa millä tavoin asiakaslähtöisyys toteutuu hoitotyön päätöksenteossa.

Haemme vastausta seuraavaan kysymykseen:

1. Mitkä asiakaslähtöisyyden piirteet toteutuvat hoitotyön päätöksenteossa?

Tavoitteenamme on, että työstämme olisi hyötyä projektille ja sen yhteistyökumppaneille. Projekti saisi myös tietoa mitä päätöksenteon opetuksessa olisi huomioitava jotta asiakaslähtöisyys toteutuisi. Seuraavat projektissa työskentelevät tulevat hyödyntämään opinnäytetyötämme.

3 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

Seuraavassa on kuvattu opinnäytetyön keskeiset käsitteet: asiakaslähtöisyys ja hoitotyön päätöksenteko. Pyrimme peilaamaan seuraavaksi mainittuja asioita hyvästä asiakaslähtöisyydestä ja päätöksenteosta tutkimustuloksiimme, ja selvittämään toteutuuko asiakaslähtöisyys hoitotyön päätöksenteossa.

3.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan hoitotyössä toimintaa, joka perustuu ihmisarvoisuuteen ja yhdenvertaisuuteen. Asiakaslähtöisyys ilmenee ajattelun ja toiminnan kautta. Asiakaslähtöisessä työskentelyssä työntekijä on läsnä sekä asiantuntijana että vertaisena ihmisenä. (Sorsa 2002: 1.)

Asiakaslähtöisyyttä kuvataan asiakkaan omien käsitysten ja toimintatapojen kunnioittamisen kautta. Pyrkimyksenä on nostaa asiakas entistä keskeisempään asemaan ja saada palveluita joustavammaksi. Asiakaslähtöisyyteen sisältyy tavoite, että asiakas voi vaikuttaa aikatauluihin, asioiden etenemiseen ja, että hän saa asiallista kohtelua. (Piirainen 1995: 5.) Asiakaslähtöisesti työskenneltäessä ei tehdä asioita asiakkaan puolesta, vaan tuetaan hänen omia voimavarojaan ja itsenäistä päätöksentekoa (Sosiaali-

ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999: 12). Asiakaslähtöisen toiminnan toteutumista voidaan varmistaa esimerkiksi asiakaspalautteella ja potilaan voimaantumista tukevilla keinoilla (Outinen - Lempinen - Holma - Haverinen 1999: 12).

Kiikkala esittää asiakaslähtöisyydelle neljä ulottuvuutta: toiminnan arvoperustan, näkemyksen asiakkaasta, hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta sekä työntekijästä. Asiakaslähtöisyys toiminnan arvoperustana painottaa asiakkaan kohtaamista omana yksilönä: asiakasta ja hänen tapojaan, uskontoaan ja kulttuuriaan sekä itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Tällöin asiakas on aktiivisessa roolissa oman hoitonsa päätöksenteossa. (Kiikkala 2000:116,120.) Asiakaslähtöinen toiminta vastaa asiakkaan tarpeisiin hänen omasta näkökulmastaan, jolloin toimintaa ei suunnitella ainoastaan hoitotyön ammattilaisten ja organisaation lähtökohdista käsin (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999: 11).

Asiakas on aktiivinen toimija, jolla ajatellaan olevan voimavaroja sekä mahdollisuuksia, ja häntä autetaan tulemaan toimeen omillaan. Iällä, taloudella, asumismuodolla ja elämänmallilla on vaikutus asiakkuuteen ja siihen miten yksilö on yhteydessä lähiyhteisöönsä. Hyvä asiakaslähtöinen hoito- ja palvelutoiminta on vastavuoroista asiakkaan ja hoitotyön ammattilaisen välillä, ja se suuntautuu tulevaisuuteen. Asiakaslähtöinen toiminta etenee asiakkaan esittämien kysymysten ja tarpeiden mukaisesti. Yhdenvertaisessa yhteistyösuhteessa tilanteet huomioidaan asiakkaan näkökulmasta eikä työntekijä tuo omia käsityksiään liikaa esiin. (Kiikkala 2000: 118-119.) Asiakaslähtöisesti toimiva työntekijä toimii asiakkaan kanssa yhdenvertaisena ihmisenä ja tukee asiakasta kohti itsenäisyyttä ja riippumattomuutta. Työntekijän näkökulma ja kiinnostus eivät tällöin suuntaudu pelkästään sairauteen ja ongelmaan vaan ihmiseen kokonaisuutena. (Kiikkala 2000: 119.)

3.2 Hoitotyön päätöksenteko

Hoidollisen päätöksenteon sisältö muodostuu ihmisen terveyttä, sairautta ja niiden hoitamista koskevasta tiedosta. Päätökset syntyvät ajatteluprosessin tuloksena, ja päätöksenteon sisällöllisen perustan muodostaa päätöksentekijän tieto käsiteltävänä olevasta aiheesta. (Lauri - Eriksson - Hupli 1998: 9.)

Päätöksenteossa käytetään tutkimusten mukaan kolmenlaisia ajatteluprosesseja: analyttistä ajatteluprosessia, intuitiivista ajatteluprosessia sekä näiden ajatteluprosessien yhdistelmää. Analyttisiä ajatteluprosesseja on useita erilaisia, käytäntöjä hoitamiseen liittyvässä päätöksenteossa ovat rationaalinen ajatteluprosessi sekä informaation prosessointiin perustuva ajatteluprosessi. (Lauri ym. 1998:10.)

Rationaaliseen ajatteluprosessiin perustuvalle päätöksenteolle on oleellista päätöksenteon eteneminen askel askeleelta eri vaiheiden kautta päätökseen. Rationaalisen ajatteluprosessin avulla voidaan saada tarkka ja täsmällinen päätös johonkin rajattuun ongelmaan. Ratkaisun kokonaisuudessa voi olla virheitä. Informaation prosessointiin perustuvalle päätöksenteolle on oleellista tarvittavan tiedon systemaattinen hankinta. Tämän jälkeen tietoon perustuvia oletuksia esitetään ja testataan, ja lopuksi ne joko hyväksytään tai hylätään. Informaation prosessointiin perustuvassa ajatteluprosessissa etsitään ratkaistavaan asiaan liittyviä erilaisia vihjeitä ja vihjeiden perusteella muodostetaan ongelmanratkaisuun liittyviä oletuksia. (Lauri ym. 1998: 10–11.)

Intuitiivisella ajatteluprosessilla tarkoitetaan kokonaistilanteen nopeaa hahmottamista ja siinä esiintyvien oleellisten ongelmien ymmärtämistä. Päätöksentekijän on usein vaikea selittää, mihin tosiasioihin hänen päätöksensä perustuu. Intuitiivinen päätös voi olla kokonaisuutena oikea, mutta yleensä se ei ole yksityiskohdiltaan kovinkaan täsmällinen, ja siltä osin siihen voi sisältyä virheitä. Analyttinen ja intuitiivinen ajatteluprosessi eivät sulje toisiaan pois, vaan usein ne toimivat yhdessä ja täydentävät toisiaan. (Lauri ym. 1998: 11.)

Hoitotyössä päätöksenteko tapahtuu yleensä erilaisissa hoidollisissa tilanteissa, joissa päätöksen voi tehdä työntekijä yksinään tai siinä voi olla monia henkilöitä mukana. Useimmiten käytetyt lähestymistavat päätöksenteossa ovat seuraavat: hoitohenkilökuntalähtöinen päätöksenteko, potilaslähtöinen päätöksenteko ja yhteinen päätöksenteko. (Lauri ym. 1998: 86.)

Hyvän hoidollisen päätöksenteon pohjana on ammatillinen tietorakenne, joka muodostuu teoreettisesta ja käytännön tiedosta. Hoidollisessa päätöksenteossa käytetään sekä ammatillista yleistietoa että myös erityistietoa. (Hupli 1997: 119.) Hoidollinen päätöksenteko määritellään tiedon käytöksi tilanteissa, jolloin tehdään valinta

mahdollisista päätöksistä, jotka hoitaja tekee yhdessä potilaan kanssa. Päätökset käsittelevät tietojen keräämistä potilaan tilanteesta, niiden arviointia sekä hoitotoimintojen valintaa yhdessä potilaan kanssa. (Hupli 1996: 18.)

Tutkimustiedon lisäksi tarvitaan tietoa potilaasta ja potilaalta. Potilaan ottaminen mukaan päätöksentekoon edellyttää, että häntä on riittävästi informoitu eri vaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista ja varmistettu, että potilas on ymmärtänyt ja sisäistänyt asian. Potilas saattaa kokea olonsa hämmentyneeksi ja ahdistuneeksi, jos hänellä on vaikeuksia ymmärtää saamansa informaatiota. Asiantuntijuuteen kuuluu myös kyky tunnistaa tilanne, jossa potilas ei kykene tai halua käyttää hänelle kuuluvaa oikeutta päätöksentekoon. (Elomaa – Koivuniemi 2004: 16-17; de Haes 2006:295.)

4 AIEMPAA TUTKITTUA TIETOA ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ JA HOITOTYÖN PÄÄTÖKSENTEOSTA

Viimeisen 30 vuoden aikana on yhä enenevässä määrin ryhdytty kiinnittämään huomiota asiakaslähtöisyyteen ja palvelujen käyttäjien vastuullisuuteen omasta terveydestään. Vastuullisuuteen kuuluu myös mahdollisuus osallistua omaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Munkki -Utunen- Leino-Kilpi - Kim 1992: 99). Professori Kimin (1983) tutkimuksen mukaan potilaan ja sairaanhoitajan yhteisellä päätöksenteolla on oletettua vaikutusta sekä hoidon päämäärän saavuttamiseen että potilaiden tyytyväisyyteen (Munkki-Utunen ym. 1992: 99).

Asiakaslähtöisessä hoidossa tulisi huomioida potilas niin psykososiaalisesti kuin fyysisestikin. Bensing (2000) on omassa tutkimustyössään kiinnittänyt kyseiseen asiaan huomiota luomalla ”potilaslähtöisyyden yleiset elementit”- mallin. Malli koostuu neljästä eri osasta, jotka ovat: potilaan psykososiaalisten tarpeiden huomiointi yhtä hyvin kuin fyysisten tarpeiden, tietoisuus potilaan huolista, yhteistyö potilaan kanssa sekä potilaan auttaminen ja mukaan ottaminen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (de Haes - Koedoot 2003: 44.) Malli on mielestämme selkeä ja päätimme käyttää tätä deduktiivisen sisällönanalyysimme analyysirunkona.

Naukkarisen (1989) ja Pulkkisen (1990) tutkimuksista käy ilmi potilaiden osallistuvan harvoin päätöksentekoon. (Munkki-Utunen ym. 1992: 99 mukaan). Myös Marja

Haapion tutkimusartikkelista käy ilmi, että potilaat eivät ole useinkaan halukkaita tai kykeneviä tekemään päätöksiä lääke-/hoitotieteellisestä hoidosta itsenäisesti, mutta enemmistö potilaista kuitenkin haluaisi vaikuttaa sairautensa hoitoon sekä tehdä valintoja terveydenhuollon asiantuntijan ohella. Deber (1994) on tutkinut iän ja koulutustason merkitystä päätöksentekoaktiivisuuteen. Hänen mukaansa nuoremmat ja korkeammin koulutetut potilaat osallistuvat aktiivisemmin päätöksentekoon. (Frosch - Kaplan 1999: 289.)

Sairaanhoitajan ja potilaan avoin keskustelu johtaa päätökseen tai päätös kehittyy päätöksentekoprosessin edetessä. Keskustelun aikana sairaanhoitajan tulee auttaa potilasta punnitsemaan ja arvioimaan hoitovaihtoehtoja niiden etujen ja haittojen perusteella. Tärkeää on, että potilas on saanut tarkoituksenmukaista informaatiota, jonka perusteella hän päätöksensä ja valintansa tekee. Päätöksenteossa ongelmaksi muodostuu usein se, ettei sairaanhoitaja ole tietoinen missä määrin ja millaista tietoa potilas tarvitsee. (Haapio 2006.) Myös Munkki-Utusen ym. (1992) tutkimuksessa käy ilmi, että yhtenä edellytyksenä potilaan mahdollisuuteen vaikuttaa itse omaan hoitoonsa on riittävä tiedon saanti. Lisäksi potilaat kuvasivat kaikissa hoidon vaiheissa olevansa riittämättömän tuen ja tiedon varassa. Potilaat kokivat visuaalisen apuvälineen kuten tietolehtisen helpottavan päätöksentekoa. Se rohkaisi heitä esittämään enemmän kysymyksiä ja vahvisti heidän rooliaan yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. (Freeman - Car - Hill 2004: 651; Frosch ym. 1999: 291.)

Winaver - Fletcher - Miller (1997) sekä Greenfield - Kaplan - Ware - Yano - Frank (1988) ovat tutkimuksissaan saaneet samankaltaisia tuloksia informaation merkityksestä potilaan osallistumisesta omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaan tarpeita vastaavaa informaatiota saaneet potilaat olivat aktiivisemmin ja itsevarmemmin mukana päätöksenteossa sekä saivat lääkäriltä enemmän tietoa kuin potilaat jotka olivat epävarmempia ja estyneempiä. Enemmän informaatiota saaneet kyselivät enemmän ja olivat kiinnostuneempia hoidostaan. (Frosch ym. 1999: 290.)

Tiedon jakaminen on jaetun päätöksenteon perusedellytys ja se edellyttää hoitajan ja potilaan tasavertaista kumppanuutta. Päätöksenteon jälkeen molempien osapuolten on ehdottomasti oltava selvillä tehdystä päätöksestä. On kuitenkin tärkeää huomata, että läheskään kaikki potilaat eivät halua osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, sillä monesti ihmisten on vaikea ymmärtää ja sietää sitä epävarmuutta, joka aina liittyy

hoitopäätöksiin. Tätä on myös kunnioitettava. (Haapio 2006; Pitkälä - Savikko - Routasalo 2005: 104.)

Asiakaslähtöisyyttä pidetään tärkeänä asiana osana hyvää hoitotyötä. Potilas ei ole enää passiivisessa roolissa vaan aidossa asiakaslähtöisessä toiminnassa hän on aktiivinen osallistuja ja oman elämänsä asiantuntija. Tasavertaisuutta hoitajan ja potilaan välillä korostetaan myös asiakaslähtöisessä hoitosuhteessa. Hoitotyön asiantuntijan persoona, arvot ja asenteet vaikuttavat siihen, missä määrin hän toteuttaa asiakaslähtöisyyttä työssään. (Pitkälä ym. 2005: 99-106.)

Asiakaslähtöisyyden tutkiminen on ongelmallista, sillä käsitteen sisällöstä ei olla yksimielisiä. Asiakaslähtöisyyttä on pyritty lähestymään useista eri näkökulmista. Nämä voidaan jakaa neljään osaan. Nämä ovat ammattilaisen ominaisuuksien tutkiminen, ammattilaisen ja potilaan välisten kohtaamistilanteiden havainnointi, potilaan käsitysten ja tyytyväisyyden selvittäminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin liittyvät tekijät. Zopp & Epstein (2002) ovat esittäneet, että asiakaslähtöisyyttä tulisi tutkia asiakkaiden kokemuksistaan antaman palautteen avulla, tällöin korostuu potilaan kokemus kohdatuksi ja kuulluksi tulemisesta (Pitkälä ym. 2005:108).

Asiakaslähtöisyyden kriteerinä on pidetty asiakastytyväisyyttä, jota on perinteisesti käytetty paljon asiakaslähtöisyyden arvioinnissa. Terveydenhuollossa keskeisin tavoite on terveyden edistäminen ja asiakaslähtöisyydelläkin tavoitellaan perimmältään sitä. (Pitkälä ym. 2005: 106-108.) Vaikka asiakaslähtöisyyttä on pyritty edistämään monin tavoin, ovat toimintakäytännöt kaukana tavoitellusta. Asiakaslähtöisyydestä on muodostunut tavoite, jota kaikki haluavat toteuttaa, mutta käytännössä työntekijöiden omat työn arvot, asenteet ja toimintarutiinit asettuvat esteiksi aidolle asiakkaan kohtaamiselle. (Pitkälä ym. 2005: 110.)

5 MENETELMÄN KUVAUS: SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tutkitun tiedon systemaattista eli järjestelmällistä arviointia jonkin tarkasti määritellyn tutkimuskysymyksen näkökulmasta (Salanterä- Hupli 2003: 24). Se on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa

kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua ja yhdistetään tuloksia jostakin rajatusta aiheesta kattavasti. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan koota, jäsentää ja arvioida systematisoimatonta tutkimustietoa, joka on jo olemassa. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa toimitaan ennalta määritetyn suunnitelman mukaisesti. (Kääriäinen- Lahtinen 2006: 37, 39.) Työssämme käytämme soveltaen systemaattista kirjallisuuskatsausta.

5.1 Kirjallisuuskatsauksen vaiheet

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat tutkimussuunnitelman teko, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, alkuperäistutkimusten valinta, alkuperäistutkimusten laadun arviointi, alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen. (Kääriäinen- Lahtinen 2006: 39-43.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen ja tärkein vaihe on tutkimussuunnitelman teko. Siinä määritellään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset, menetelmät, strategiat alkuperäistutkimusten keräämiseksi sekä sisäänottokriteerit, joilla alkuperäistutkimukset valitaan. Tutkimuskysymyksissä määritetään ja rajataan se, mihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan ja ne määrittävät myös katsauksen tavoitteen. (Kääriäinen- Lahtinen 2006. 39-40.) Tutkimuskysymysten asettamisen jälkeen pohditaan ja valitaan menetelmät katsauksen tekoon. Menetelmät käsittävät muun muassa hakutermien pohtimisen ja valinnan sekä tietokantojen valinnat. Mahdollisimman kattavan tiedon hankkimiseksi tietokantahaun lisäksi on hyvä käyttää myös manuaalista tiedon hakua (Johansson-Axelin- Stolt- Ääri 2007:6).

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettaville alkuperäistutkimuksille määritellään tarkat sisäänottokriteerit. Kriteerit määritellään ennen alkuperäistutkimusten valintaa ja ne perustuvat tutkimuskysymyksiin. Sisäänottokriteerit voivat rajata esimerkiksi alkuperäistutkimusten lähtökohtia, tutkimusmenetelmiä, tutkimuskohdetta, tuloksia tai laatutekijöitä. (Kääriäinen- Lahtinen 2006: 41.) Hakujen kaikki vaiheet tulee tallentaa ja dokumentoida niin, että jokin toinen tutkimusryhmä pystyy toistamaan hakuprosessin ja artikkeleiden valinnan samalla tavoin (Salanterä- Hupli 2003: 30, 37).

Systemaattisen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien ja hylättävien alkuperäistutkimusten valinta tapahtuu eri vaiheiden kautta. Valinta perustuu siihen vastaavako hauissa saadut alkuperäistutkimukset asetettuja sisäänottokriteereitä. Aineiston analysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoituksena on vastata mahdollisimman kattavasti, ymmärrettävästi ja selkeästi tutkimuskysymyksiin. Analyysitavan valintaa määrittävät paitsi tutkimuskysymykset ja alkuperäistutkimusten luonne myös niiden lukumäärä ja laatu. (Kääriäinen- Lahtinen 2006: 41, 43.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on luotettavimpia ja pätevimpiä tapoja yhdistää aikaisempaa tietoa. Sen avulla voidaan tuoda esille mahdolliset puutteet tutkimustiedossa, ehkäistä uusien tarpeettomien tutkimusten käynnistämistä, sekä osoittaa ja lisätä hoitotieteellisten alkuperäistutkimusten tarvetta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan siis koota, jäsentää ja arvioida olemassa olevaa systematisoimatonta tutkimustietoa. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 44.)

5.2 Katsauksen aineisto

Seuraavaksi kuvaamme, millä tavalla katsauksessa käytetty aineisto muodostui. Prosessiin kuului tutkimusten haku, valinta ja luotettavuuden arviointi.

5.2.1 Alkuperäistutkimusten haku

Lähdimme hakemaan tutkimuksia ensimmäisenä suomalaisista tietokannoista kuten MEDIC-, HELKA- ja LINDA. Ulkomaisista tietokannoista olemme käyttäneet hakuihin PUBMED-, OVID-, ja CINAHL tietokantoja. Suomalaisista tietokannoista emme löytäneet työhömme sopivaa materiaalia lainkaan. Työhömme valikoituneet artikkelit ovat PUBMED-, ja CINAHL- tietokannoista.

Hakusanoina käytimme seuraavia sanoja: asiakaslähtöisyys, päätöksenteko, decisionmaking, decision making in nursing, patient centered, client centred/centered, patient centred/centered. Lisäksi käytimme hakusanana CINAHL- tietokannassa sanahakua decision making and cancer, sillä huomasimme syöpää ja päätöksentekoa käsittelevien tutkimusartikkeleiden vastaavan tutkimuskysymykseemme ja niitä löytyvän paljon. Haun kattavuuden varmistamiseksi käytimme sanoista eri muotoja ja

sanojen katkaisua. Ulkomaisissa tietokannoissa käytimme haun rajaamiseksi erilaisia hakukriteerien rajauksia, esimerkiksi artikkelityypin valintaa (Nursing).

Teimme hakuja myös manuaalisesti. Kävimme läpi kaikki Hoitotiede-lehdet sekä Tutkiva hoitotyö-lehdet vuodesta 1998 vuoteen 2008. Näistä ei kuitenkaan löytynyt työhömmme sopivia artikkeleita.

5.2.2 Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja valintakriteerit

Määrittelimme etukäteen valinta- ja hylkäyskriteerit, joiden perusteella valitsimme tutkimukset kirjallisuuskatsauksen aineistoon. Sisäänottokriteereiksi määrittelimme, että tutkimusten tulisi olla viimeisen kymmenen vuoden aikana tehtyjä ja niiden tulisi olla suomen- tai englanninkielisiä tutkimusartikkeleita tai muita tieteellisiä tutkimuksia. Lisäksi tutkimusten tulisi sisältää joko otsikossa tai tiivistelmässä sanat asiakaslähtöisyys ja/tai päätöksenteko hoitotyössä eri muodoissaan joko suomeksi tai englanniksi sekä vastata asettamaamme tutkimuskysymykseen. Hylkäyskriteereiksi muodostuivat seuraavat asiat: Otsikossa tai tiivistelmässä ei tullut esille sanat asiakaslähtöisyys tai päätöksenteko, tutkimusartikkeli oli yli 10 vuotta vanha tai artikkeli ei ollut tieteellinen tutkimusartikkeli eikä se vastannut tutkimuskysymykseemme. Kirjallisuuskatsauksen aineisto on koottu marraskuussa 2008 - maaliskuussa 2009.

Tutkimusten sisäänottokriteereiksi ovat muodostuneet:

- tieteellinen tutkimus, tutkimusartikkeli
- suomen tai englanninkielinen
- julkaistu vuosien 1998-2008 välillä
- otsikossa ja tiivistelmässä tulisi olla sanat asiakaslähtöisyys tai päätöksenteko hoitotyössä eri muodoissaan
- tutkimuksen tulisi vastata asettamaamme tutkimuskysymykseen

Tietokantahauilla saimme yhteensä 79 kpl mahdollisesti mukaan otettavaa tutkimusta tai artikkelia. Käytyämme artikkelit lähemmin läpi valitsimme 12 kpl analyysiin sopivaa. Näin saimme kasaan analysoitavan aineiston, joka muodostuu 12:sta

englanninkielisestä tutkimuksesta. Tutkimukset ovat vuosilta 1998(1), 2001(1), 2002(1), 2003(3), 2004(1), 2006(1), 2007(2) ja 2008(2). Hakutulokset on esitetty työn lopussa (liite 1).

5.2.3 Alkuperäistutkimusten luotettavuus

Tutkimusten luotettavuutta mietittäessä arvioitavia kohtia ovat muun muassa tutkimuksen viitekehys, tutkimusasetelma ja sen vahvuus, tutkimuksen ongelman asettelu, käytetyt aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät sekä niiden soveltavuus esitettyjen ongelmien ratkaisuun, tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi, tulosten kliinisen merkityksen arviointi sekä tutkimuksessa esitettyjen johtopäätösten ja suositusten arviointi (Salanterä- Hupli 2003:32.)

Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi ovat molemmat monivaiheisia, ja ne vaativat systemaattista ja kurinalaista työskentelyä. Tietoa voidaan hankkia eri lähteistä, mutta ei ilman lähdekritiikkiä. Tutkimuksen ja sen avulla tuotetun tiedon arvioinnissa voidaan käyttää yleisiä kriteereitä, joiden lisäksi tarvitaan tarkkoja kriteereitä tutkimusasetelmasta riippuen. Tutkijan asiantuntemus on myös oleellista. (Salanterä- Hupli 2003: 38.)

Systemaattisessa tiedonhaussa löydettyjen tutkimusten antaman tiedon luotettavuus ja vahvuus voidaan arvioida tätä varten laaditun luokituksen mukaan. Vahvana tutkimusnäyttönä voidaan pitää tilannetta, jossa on useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset. Kriteerit tasokkaille tutkimuksille ovat: kokeellinen kenttätutkimus, jossa koe-kontrolliryhmä ja jossa ympäristöolosuhteet on huomioitu. Tasokkaaseen tutkimukseen kuuluu myös potilaiden lähiaikojen kokemuksiin perustuva tutkimus, joka perustuu hyvin suunnitellulle haastattelulle ja havainnoinnille. Kelvollisia tutkimuksia ovat interventiotutkimukset, joissa on alku- ja loppumittaukset, mutta ei kontrolliryhmää sekä potilaiden kokemuksiin perustuvat tai kokeneiden hoitajien kysely- ja haastattelututkimukset. Heikon tutkimusnäytön kriteereitä ovat seuraavat seikat: yksittäiset case-tutkimukset, haastattelut, kyselyt, joita ei ole kytketty aikaisempaan tietoon tai joiden tulokset eivät tue mitään aikaisempia tutkimuksia. Lisäksi tulokset perustuvat kohderyhmiin, joilla ei ole omaa kokemuksellista tietoa tutkittavasta asiasta, ja vain vähimmäisvaatimukset tieteellisten menetelmien osalta täytyvät. (Lauri 2003: 43.)

Tutkimusartikkeleiden luotettavuutta arvioidessamme käytimme yllä mainittua luokittelua tutkimusartikkeleiden luotettavuuden asteen ilmaisemiseen. Tutkimuksistamme kuusi oli tasokkaita ja kuusi oli kelvollisia. Ensin molemmat arvioivat jokaisen tutkimuksen erikseen itsenäisesti, ja sen jälkeen teimme vielä arvioinnin yhdessä. Oman arviomme tutkimusten luotettavuuden asteesta liitimme taulukkoon, jossa tutkimukset on esitelty.

5.3 Alkuperäistutkimusten analyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa (Tuomi – Sarajärvi 2002: 93). Analyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Tuomi – Sarajärvi 2002: 105). Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöinen, teoriaohjaava tai teorialähtöinen (Tuomi – Sarajärvi 2002: 110). Sisällönanalyysi voidaan luokitella myös induktiiviseksi tai deduktiiviseksi. Tässä luokittelussa induktiivinen tarkoittaa aineistolähtöistä ja deduktiivinen johonkin aikaisempaan käsitejärjestelmään perustuvaa sisällönanalyysyä. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 5.) Käytämme työssämme deduktiivista eli teorialähtöistä sisällön analyysyä.

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä päättely on deduktiivista eli se etenee yleisestä yksittäiseen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95, 97). Deduktiivisessa päättelyssä lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä konkretiassa tarkastellaan (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24).

Deduktiivisessa sisällön analyysissä aineistoa analysoidaan valmiin viitekehyksen pohjalta. Deduktiivista sisällön analyysyä voi ohjata aikaisempaan tietoon perustuva teema, käsitekartta tai malli. Tämän aikaisemman tiedon varassa tehdään analyysirunko, johon kootaan sisällöllisesti sopivia asioita aineistosta. Deduktiivisessa sisällön analyysissä voidaan käyttää joko strukturoitua tai strukturoimatonta analyysirunkoa. Strukturoimaton analyysirunko on väljä, jolloin sen sisälle muodostetaan aineistosta kategorioita. Strukturoidussa analyysirungossa aineistosta poimitaan asioita, jotka sopivat valmiiseen analyysirunkoon. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3-12; Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2003: 23, 26.)

Käytimme aineiston analyysissä strukturoimatonta analyysirunkoa. Valitsimme analyysirungon yläkategorioiksi Bensingin (2000) luoman ”potilaslähtöisyyden yleiset elementit-mallin”, joka koostuu neljästä osasta. Nämä ovat: huomioida potilaan psykososiaaliset tarpeet yhtä hyvin kuin fyysiset tarpeet, tietoisuus potilaan huolista, yhteistyö potilaan kanssa sekä potilaan auttaminen ja mukaan ottaminen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (de Haes 2006: 292.) Yhdistimme kaksi Bensingin esittämää ulottuvuutta yhdeksi yläkategoriaksi, koska potilaan psykososiaalisten sekä fyysisten tarpeiden huomioon ottaminen yhtä hyvin sekä tietoisuus potilaan huolista eivät olleet toisiaan poissulkevia tutkimusaineistoa analysoitaessa, sillä tutkimusaineistoa ei pystytty erottelemaan vain toiseen yläkategoriaan kuuluvaksi. Kokosimme tutkimuksista samankaltaiset ilmaisut yhteen ja muodostimme niistä alakategorioita, jotka on esitelty alla olevassa taulukossa. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Analyysirunko aineiston analyysia varten

Yläkategoriat	Alakategoriat
Potilaan psykososiaalisten ja fyysisten tarpeiden huomioon ottaminen sekä tietoisuus potilaan huolista	Yksilöllisyys, potilaan henkilökohtaisten ominaisuuksien huomioon ottaminen ja potilaan mahdollisuus valita omaa hoitoaan koskeva päätöksentekorooli
Potilaan mukaan ottaminen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon	Informaatio, kommunikaatio ja tiedon antamisen apuvälineet
Yhteistyö potilaan kanssa	Luottamussuhde, henkilökunnan ja potilaan välinen tasavertaisuus, vuorovaikutus ja potilaan tyytyväisyys hoitoon

6 ANALYYSIN TULOKSET

Saamamme tulokset jakaantuvat kolmeen alakategoriaan analyysirungon mukaisesti. Kategoriat muodostuivat Bensingin luoman mallin pohjalta.

6.1 Potilaan psykososiaalisten ja fyysisten tarpeiden huomioon ottaminen sekä tietoisuus potilaan huolista

Edellä mainitusta yläkategoriasta muodostui tutkimuksia lukiessamme alakategoriat yksilöllisyys, potilaan henkilökohtaisten ominaisuuksien huomioon ottaminen sekä potilaan mahdollisuus valita omaa hoitoaan koskeva päätöksentekorooli.

Tutkimuksista käy ilmi, että aktiivisen päätöksentekijän rooli ei sovi kaikille eivätkä kaikki edes halua olla mukana päätöksenteossa. Jokaisen potilaan tulisi itse saada päättää omaa hoitoaan koskevan päätöksenteon laajuus. Jotkut potilaista tunsivat, että päätöksenteko ei ollut heidän tehtävänsä ja halusivat vain rajatun päätöksenteko mahdollisuuden. Tämä turvataan potilaan yksilöllisellä kohtaamisella ja mielipiteen huomioonottamisella. Mahdollisuus päätöksentekoon on annettava kaikille. Potilailla on myös oikeus siirtää päätöksentekovastuu kokonaan pois itseltä muille ihmisille. (Beaver – Booth 2007; Sanders – Skevington 2003.) Tutkimuksista käy ilmi, että osa potilaista muutti päätöksentekorooliaan ainakin kerran hoidon aikana saadessaan lisää tukea ja informaatiota sairauteen sekä hoitoon liittyen. Tästä syystä olisi tärkeää arvioida yksilöllisesti koko hoitoprosessin ajan potilaan halua osallistua päätöksentekoon. Hoidon kuluessa potilaat saattoivat ottaa aktiivisemmän päätöksentekoroolin kuin olivat alussa kuvitelleet ottavansa. Potilaista tuli hoidon aikana rohkeampia ja tietäväisempiä sairautensa ja sen hoitomuotojen suhteen. Tämä edesauttoi potilaan päätöksentekoroolin muuttumista aktiivisempaan suuntaan. (Davison – Goldenberg – Wiens – Gleave 2007; Vogel – Bengel - Helmes 2007.)

Sainio – Lauri - Eriksson (2001) tekemässä tutkimuksessa korostetaan, että on tärkeää selvittää millä panoksella potilaat haluavat ottaa osaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaan osallistumista hoitoaan koskevaan päätöksentekoon edistivät tutkimuksessa seuraavat tekijät: hyvä terveydentila, riittävä informaatio, taito kohdata erilaisia tilanteita, halu osallistua, aktiivisuus, rohkeus, kiinnostus omaan itseen sekä tukihenkilö/omaiset. Tutkimus luokittelee estäviksi tekijöiksi seuraavat asiat: huonon psyykkisen/fyysisen terveyden, johon kuuluu hoitoväsymys, kykenemättömyys tiedon vastaanottamiseen, välinpitämättömyys, pelko tulevaisuutta, nykyhetkeä ja auktoriteetteja kohtaan, uskonpuute itseen sekä ikä.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että potilailla ja lääkäreillä oli eriäviä näkemyksiä siitä kuka oli tehnyt hoitoon liittyvät päätökset. Osassa tapauksissa potilas tunsikin tehneensä päätökset itse vaikka todellisuudessa lääkäri oli päätöksen tehnyt. Kuitenkin

suurimmassa osassa tapauksia lääkäri ja potilas olivat samaa mieltä päätöksentekijästä. (Woolf - Krist – Johnson – Stenborg 2003.)

Potilaan tukemisesta omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon saimme ristiriitaisia tutkimustuloksia. Yhdessä tutkimuksessa lääkärit tekivät potilaan puolesta hoitoon liittyviä päätöksiä ilman selitystä tai keskustelua muista hoitovaihtoehdoista. Potilaat eivät lisäksi tienneet tarpeeksi tehdäkseen tarkentavia kysymyksiä hoitoon liittyen. Potilaat kokivat olonsa tyytymättömiksi ja hämmentyneiksi, että heidän mielipiteensä sivuutettiin. Osalle potilaista syntyi hoidon aikana tunne, ettei henkilökunta ollut rohkaissut heitä ottamaan osaa päätöksentekoon eikä antanut mahdollisuutta näkemysten ja mielipiteiden ilmaisuun. Tutkimuksista käy myös ilmi, että hoitomuodon valinnassa ei aina huomioitu potilaiden toiveita eikä heitä kuultu. (Sinfield – Baker – Agarwal – Tarrant 2008; Sainio – Lauri 2002.) Davison ym. (2007) tutkimuksessa potilaat taas tunsivat saaneensa tarpeeksi tukea tekemiinsä päätöksiin. Yksilöllisempää ohjausta saaneet olivat tyytyväisempiä tilanteeseensa.

Potilaat kokivat vaikuttavansa hoitoonsa tekemällä edes jonkinasteista päätöksentekoa vaikka sillä ei ollut hoidon kannalta suurta merkitystä, esimerkiksi vain lääkärin ohjeiden noudattaminen tuntui joistakin potilaista osallistumiselta hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Emotionaalinen taakka esti joitakin potilaista osallistumasta päätöksentekoon, ja osa potilaista koki jopa vastuunsa päätöksenteossa suuremmaksi kuin olisivat toivoneet. Yksi tärkeimmistä asioista potilaan osallistumisessa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon oli yksilöllisyyden kunnioittaminen. (Sanders – Skevington 2003; Woolf ym. 2003; Sainio – Lauri 2002.)

Tutkimuksista ilmeni, että potilaan henkilökohtaisilla ominaisuuksilla oli vaihtelevasti vaikutusta potilaan päätöksentekoaktiivisuuteen. Beaverin ja Boothin (2007) sekä Sandersin ja Skevington (2003) tutkimuksissa iällä ei ollut merkitystä aktiivisuuteen päätöksenteossa. Kahdessa muussa tutkimuksessa taas nuoremmat potilaat olivat aktiivisemmassa roolissa kuin vanhemmat (Fischer – Visser – Voerman – Garssen – van Andel - Bensing 2006; Sainio – Lauri 2002). Koulutustaso oli yhteydessä päätöksentekoaktiivisuuteen yhdessä tutkimuksessa (Sainio ym. 2001). Tiedon hankinta, yksilön ongelmanratkaisutaidot ja riittävän pitkä aika sairauden diagnoosista edistivät potilaan osallistumista hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Myös persoonalla oli vaikutusta aktiivisuuteen. (Sainio ym. 2001.) Sairauden vakavuudella oli suuri

merkitys potilaiden päätöksentekoaktiivisuuteen. Sairaammat potilaat olivat passiivisempi omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. (Fischer ym. 2006; Sainio – Lauri 2002.)

Analysoitavissa artikkeleissa ei nousut esille tuloksia joiden mukaan hoitohenkilökunta olisi ollut tietoinen potilaan huolista, joten emme saaneet tähän liittyvää tietoa.

6.2 Potilaan mukaan ottaminen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon

Edellä mainitusta yläkategoriasta muodostui tutkimuksia lukiessamme alakategoriat informaatio, kommunikaatio ja tiedon antamisen apuvälineet (kirjalliset ohjeet, video).

Tutkimuksista käy ilmi, että potilaan ja hoitohenkilökunnan välisessä kommunikaatiossa ilmenee ongelmia ja sitä tulisi parantaa. Lääkärin huonot vuorovaikutustaidot, jotka ilmenivät esimerkiksi siten, että lääkäri ei puhunut potilaalle vaan enemmänkin itsekseen vastaanotolla sekä saattoi laiminlyödä potilaan yksityisyyttä puhumalla esimerkiksi osastolla kovaan ääneen muiden kuullessa potilaan yksityisasiasta. Potilas myös saatettiin jättää oman hoitonsa ulkopuolelle eikä hänellä ollut mahdollisuutta esittää kysymyksiä tai osallistua hoitomuotojen valintaan. (Sinfield ym. 2008.)

Monesta tutkimuksesta nousi esille seuraava ongelma: potilaiden kanssa keskusteltaessa käytettiin ammattisanastoa, ja tämä aiheutti hämmennystä sekä vaikeutti potilaiden osallistumista hoitoonsa, sillä he eivät aina ymmärtäneet mitä henkilökunta puheillaan tarkoitti. Potilaat eivät aina ymmärtäneet kerrottuja asioita eikä tiedonanto lähtenyt potilaiden tarpeista. Osa potilaista olisi pitänyt tärkeänä, sitä, että he olisivat saaneet päättää mistä asioista lääkärin kanssa keskustellaan. Asianmukaisesti ja helposti käsitettävällä kielellä annettua informaatiota pidettiin hoitoon osallistumisen ehtona. (Vogel ym. 2007; Sainio – Lauri 2002; Sainio ym. 2001.)

Tutkimuksissa potilaat kokivat kirjallisen informaation saannin sekä visuaalisen apuvälineen kuten videon hyödyllisenä. Kirjallinen informaatio auttoi potilaita käsittelemään kuulemiaan asioita ja se helpotti ymmärtämistä. Se antoi heille ymmärrettävällä tavalla muotoiltua perustietoa sairaudesta. Potilaat raportoivat

kokevansa ongelmalliseksi kirjoitetun informaation vähyyden. He olisivat toivoneet sitä lisää, sillä se koettiin tärkeäksi laadullisen hoidon kriteeriksi. (Sinfield ym. 2008; Sheridan – Felix – Pignone – Lewis 2003; Sainio ym. 2001.) Potilaat ottivat myös vastuullisemman roolin päätöksenteossa tutustuttuaan informaatiolehtiseen sairaudesta ja siihen liittyvistä asioista (Woolf ym. 2003). Davison ym. (2007) tutkimuksesta selviää, että informaationantoapuvälineen kuten lehtisen tai videon ei tarvinnut olla monimutkaisesti tehty ollakseen tehokas sekä auttaakseen potilaita päätöksenteossa.

Potilaat kokivat myönteiseksi asiaksi asiantuntijasairaanhoitajan vastaanotolla käynnin. Siellä heillä oli tarpeeksi aikaa käydä sairaanhoitajan kanssa läpi sairauteen liittyviä asioita ja prosessoida kuulemaansa sairaudestaan. Sairaanhoitajilla oli suuri merkitys heidän auttaessaan potilaita käsittelemään saamaansa informaatiota. Potilaat myös tunsivat saaneensa enemmän hoitoa koskevaa tietoa sairaanhoitajilta kuin lääkäriltä. (Sinfield ym. 2008; Sainio ym. 2001; Davison ym. 2007.)

Tutkimuksista käy ilmi, että potilaille ei useinkaan tarjota päätöksentekovaihtoehtoja. Jos potilaalle ei esitellä vaihtoehtoja hoitonsa suhteen eikä tarkoituksenomaista informaatiota anneta, on väärin olettaa, että kaikki potilaat olisivat täysipainoisesti mukana päätöksenteossa. Tutkimus korostaa, että olisi tärkeää informoida potilasta hoitoon liittyvistä asioista vaikka hän ei hoitoonsa liittyviä päätöksiä haluaisi tehdä lainkaan. Ilman kattavaa tiedon antoa ja hoitovaihtoehtojen esittelyä potilas ei voi tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä. (Beaver – Booth 2007.) Fischer ym. (2006) tutkimuksessa potilaat, joille oli annettu informaatiota, osallistuivat aktiivisemmin päätöksentekoon. Informaation annon kautta ja jättämällä tilaa potilaan omille päätöksille hoitoonsa osallistumisesta aikaansai potilaille tunteen oman elämänsä hallitsemisesta sekä hyvästä yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa. Informaation saanti auttoi lisäksi potilaita suunnittelemaan tulevaisuuttaan (Sainio ym. 2001).

Informaatio tulisi sovittaa potilaalle sopivaksi hoidon sekä sairauden asteen mukaan, sillä potilaat tunsivat tarvitsevansa tietoa erilaisista aiheista hoidon eri vaiheissa. Yksilöllisempää informaatiota saaneet raportoivat ymmärtävänsä paremmin hoitovaihtoehtojen hyötyjä ja haittoja sekä he olivat valmistautuneempia kertomaan oman mielipiteensä. (Vogel ym. 2007; Davison ym. 2007.) Informaation saanti ei kuitenkaan vähentänyt potilaiden kokemaa ahdistuksen tunnetta sairaudesta, mutta heillä oli vähemmän päätöksentekoon liittyviä ristiriitoja kuin potilailla, jotka eivät

olleet saaneet niin paljon tietoa (Davison ym. 2007). Sainio ym. 2001 tutkimuksessa tiedon saanti taas lievitti potilaiden pelkoja sekä edesauttoi potilaan sitoutumista hoitoonsa. Potilaiden tuntiessa olonsa informoiduiksi riskien ja hyötyjen osalta sekä heidän ollessa selvillä hoitomahdollisuuksista, he tunsivat tehdyn päätöksen olleen tehokas ja heitä hyödyttävä. (Davison ym. 2007.) Potilaat kokivat juuri tiedon puutteen estävän heitä sitoutumasta ja osallistumasta hoitoon (Sainio ym. 2001).

Sheridan ym. (2003) tutkimuksessa informaationanto lisäsi niiden potilaiden määrää, jotka tunsivat tietävänsä tarpeeksi tehdäkseen päätöksiä oman hoitonsa suhteen. Lisäinformaationanto ei kuitenkaan muuttanut jo valmiiksi päätöksen tehneiden potilaiden kantaa vaan päätös pysyi samana. Tutkimuksesta selviää, että ei ole tarkoituksenmukaista antaa samanlaista tietoa kaikille potilaille vaan pitää ottaa huomioon potilaan aikaisempi tietämys aiheesta. Potilaat, jotka tunsivat saaneensa riittävästi informaatiota, osallistuivat enemmän päätöksentekoon hoitoaan koskien. Myös tiedonsaaminen omasta nykyisestä terveydentilasta sai potilaat aktiivisemmaksi (Kraetschmer – Sharpe – Urowitz – Deper 2004). Potilaiden mielestä tärkein asia päätöksenteon helpottamiseksi oli saada perustietoa hoitoon liittyvistä asioista. Potilaat usein kokivat helpommaksi osallistua päätöksiin, jotka koskevat arkipäiväisiä asioita kuin hoitoonsa liittyviin lääketieteellisiin kysymyksiin. (Sainio – Lauri 2002.) Potilaat tunsivat, että saadakseen tarpeeksi tietoa heidän tuli olla itsenäisiä, itsevarmoja sekä aktiivisia. Passiivisemmat potilaat kokivat tämän hankalaksi, sillä he eivät pystyneet muuttamaan persoonallisuuttaan vaadittuun suuntaan nopeasti. Näin he tunsivat jäävänsä vaille kattavaa informaatiota. (Sainio ym. 2001).

6.3 Yhteistyö potilaan kanssa

Edellä mainitusta yläkategoriasta muodostui tutkimuksia lukiessamme alakategoriat luottamussuhde, henkilökunnan ja potilaan välinen tasavertaisuus, vuorovaikutus sekä potilaan tyytyväisyys hoitoon.

Tutkimuksesta käy ilmi, että suhteet hoitohenkilökuntaan ovat merkittävässä roolissa potilaan tehdessä hoitoonsa koskevia päätöksiä. Kun he olivat hyvässä ja tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa henkilökuntaan, he osallistuivat enemmän päätösten tekemiseen liittyen taudin hoitoon sekä päivittäisiin hoidollisiin toimintoihin. (Sainio - Lauri 2002). Davison ym. (1998) tutkimuksessa sairaanhoitajan kanssa käyty tasavertainen

keskustelu ja informaation saanti hoidosta auttoi potilaita tekemään omaan terveyteensä liittyviä päätöksiä. Hoitohenkilökunnan tulisi pyrkiä aktiivisesti luomaan hyvän ja tasavertaisen suhteen potilaaseen, sillä se olennaisesti parantaa potilastyytyväisyyttä. Tämä ei ole mahdollista ilman henkilökunnan positiivista asennoitumista sekä riittäviä resursseja. (Sainio - Lauri 2002; Sainio ym. 2001). Potilaan olisi hyvä saada henkilökunnasta ystävällinen kuva. Tämän kautta potilas tuntee itsensä tärkeäksi ja hoitohenkilökunnan välittävän ja haluavan aidosti auttaa. (Sainio ym. 2001). Potilaat stressaantuivat ajatellessaan hyvän vuorovaikutussuhteen tärkeyttä hoidon onnistumisen kannalta sekä erilaisten persoonien yhteensopivuudesta (Sainio - Lauri 2002.)

Sainio - Lauri (2002) tekemä tutkimus luokittelee hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen hyvän vuorovaikutussuhteen edistäviksi tekijöiksi seuraavat asiat: hoitohenkilökunnan tuttavallisuuden, ystävällisyyden sekä aidon välittämisen, erilaisten persoonien yhteensopivuus, molemmin puoleinen aktiivisuus ja aloitteellisuus, kysymyksiä esittäminen, tiedon jakaminen, rohkaiseminen osallistumiseen ja henkilökunnan keskinäinen tiedonjako. Tutkimuksen mukaan vuorovaikutusta estää: hoitohenkilökunnan röyhkeys ja ylimielisyys, persoonien yhteensopimattomuus, potilaan huomiotta jättäminen, ajan puute ja sen aiheuttamat paineet, puutteellinen tiedonanto sekä henkilökunnan jatkuva vaihtuvuus.

Lääkärillä ja hänen vuorovaikutustaidoillaan on merkittävä vaikutus potilaan päätöksentekokäyttäytymiseen. Potilaat pitivät lääkärin mielipidettä ja hänen antamaansa tietoa ja tukea hoidosta hyvin merkittävänä. Potilaat halusivat mieluummin luottaa lääkäriin hoitopäätöstä tehtäessä kuin omaan arvostelukykyyn. Suurin osa potilaista teki lopullisen hoitopäätöksen vasta keskusteltuaan lääkärin kanssa. Kuitenkin jotkut potilaat tunsivat kahdenkeskisen keskustelun lääkärin kanssa niin raskaaksi emotionaalisesti, että muuttuivat sisäänpäin kääntyneiksi eivätkä halunneet aktiivisesti osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Davison ym. 2007; Sanders - Skevington 2003). Luottamuksellinen lääkäri- potilas suhde johtaa yleensä jaettuun päätöksentekoon (Kraetschmer 2004.)

Tulokset osoittavat potilaan passiivisen päätöksentekoroolin olevan yhteydessä korkeaan luottamussuhteeseen hoitohenkilökuntaa kohtaan. Vastaavasti potilaan matala luottamustaso hoitohenkilökuntaan lisäsi hänen päätöksentekohalukkuuttaan ja autonomiaansa. Ikä, koulutus ja sukupuoli olivat yhteydessä potilaan luottamustasoon.

Sokea luottamus henkilökunnan päätöksiä kohtaan ei ollut kovin yleistä. Sitä kuitenkin esiintyi enemmän naisilla, vähemmän koulutetuilla sekä yli 65-vuotiailla. (Kraetschmer ym. 2004).

Potilaiden tyytyväisyys päätöksentekoon oli hyvin korkea, vanhemmat potilaat tyytyväisempiä kuin nuoret. Aktiivisemmat potilaat tunsivat, että yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa sujui kitkatta ja tämä lisäsi tyytyväisyyttä. Potilaat, jotka tunsivat ettei heitä oltu kuunneltu eikä tuettu päätöksenteossa olivat tyytymättömpiä kuin potilaat, jotka olivat päättäneet hoidostaan yhteistyössä henkilökunnan kanssa tai autonomisesti. Passiivisessa roolissa olleet olivat tyytymättömiä hoitoonsa. Potilaan tukeminen hänen itse valitsemassaan päätöksentekoroolissa lisää tyytyväisyyttä ja vähentää pelkoja hoitoon liittyen. (Fischer ym. 2006; Vogel ym. 2007, Davison 1998).

Potilaan tyytyväisyyttä hoitoon vähensi tiedon saannin ja eri vaihtoehtojen puute. Tutkimuksessa potilaat kokivat yhteneväiset näkemykset hoitohenkilökunnan kanssa tärkeäksi hoitopäätöksiä tehtäessä. Ilman tätä aito potilaan osallistuminen hoitoon ei toteudu. (Sainio ym. 2001; Sinfield ym. 2008).

7 POHDINTA

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen antoi meille valmiuksia hyödyntää paremmin tutkittua tietoa käytännön hoitotyössä. Kaikki analysoitavat artikkelimme olivat englanninkielisiä, joten koemme, että englanninkielisen ammattisanaston käyttö ja hallinta on harjaantunut huomattavasti. Se taas antaa mahdollisuuksia tutustua maailmanlaajuisesti uusimpaan tutkittuun tietoon hoitotyön eri alueista. Opimme käyttämään ulkomaisia ja kotimaisia hakukoneita ja arvioimaan julkaistun tiedon luotettavuutta. Tutkitun tiedon käyttö päätöksenteon tukena auttaa kehittämään omaa asiantuntijuutta hoitotyössä ja luo perustan hoitotyön käytäntöjen kehittämiseksi. Seuraavassa kerromme analyysissä esiin nousseita asioita ja esitämme työmme pohjalta syntyneitä kehittämishaasteita.

7.1 Tulosten tarkastelua

Asiakaslähtöisyyden kriteerinä on pidetty asiakastyytyväisyyttä (Pitkälä ym. 2005). Analysoitavissa artikkeleissa tyytyväisyys hoitoon oli korkea. Puutteet esimerkiksi vuorovaikutussuhteissa, kommunikaatiossa ja informoinnissa eivät vaikuttaneet merkittävästi potilastyytyväisyyteen. Fischer ym. (2006) tutkimuksessa vanhemmat potilaat olivat tyytyväisempiä hoitoonsa kuin nuoremmat. Muissa tutkimuksissa iän merkityksestä tyytyväisyyteen ei oltu tehty havaintoja. Hoitohenkilökunnan tulisi pyrkiä aktiivisesti luomaan hyvän ja tasavertaisen suhteen potilaaseen, sillä se olennaisesti parantaa potilastyytyväisyyttä (Sainio - Lauri 2002).

Saamistamme tutkimustuloksista selvisi potilaiden aktiivisuuden päätöksenteossa olevan yhteydessä tyytyväisyyteen omaa hoitoaan kohtaan. Myös hoitohenkilökunnan ja potilaan välisillä suhteilla oli suuri merkitys tyytyväisyyteen. Mitä paremmat suhteet hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä on sitä paremmat ovat edellytykset potilastyytyväisyydelle. Yleisesti aktiivisemmat potilaat olivat tyytyväisempiä hoitoonsa, ja he kokivat yhteistyön hoitohenkilökunnan kanssa sujuvan hyvin ja ilman suurempia ongelmia. (Fischer ym. 2006; Vogel ym. 2007, Davison 1998; Kraetschmer ym. 2004.) Samankaltaisia tutkimustuloksia on saanut jo 1980- luvun alussa professori Kim (1983), jonka tutkimuksen mukaan hyvät vuorovaikutussuhteet

hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä lisäsivät tyytyväisyyttä hoitoon ja auttoivat saavuttamaan hoidon päämäärän.

Potilaiden ja hoitohenkilökunnan välisessä kommunikaatiossa esiintyy ongelmia. Ongelmia aiheuttaa muun muassa huonot ja eritasoiset vuorovaikutustaidot. Keskusteltaessa potilaiden kanssa käytettiin helposti ammattisanastoa ja hoitohenkilökunta puhui enemmänkin itsekseen kuin potilaalle. Tämä aiheutti sen, että potilaat eivät aina ymmärtäneet kerrottuja asioita. Tästä syystä he eivät ole voineet osallistua täysipainoisesti hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilas saatettiin jättää oman hoitonsa ulkopuolelle eikä hänellä ollut mahdollisuutta esittää kysymyksiä tai osallistua hoitomuotojen valintaan. (Vogel ym. 2007; Sainio – Lauri 2002; Sainio ym. 2001; Sinfield ym. 2008.)

Informaationannon tulisi lähteä potilaan tarpeista. Vogel ym. (2007) painottaa tutkimuksessaan potilaiden tiedon tarpeen vaihtelevan hoidon eri vaiheissa. Hoitohenkilökunnan olisikin tärkeää olla tietoinen tästä, jotta he kykenisivät informoimaan potilaita tarkoituksenmukaisesti. Saimme ristiriitaista tietoa informaation merkityksestä potilaiden ahdistuksen vähentymiseen. Davison ym. (2007) tuloksissa informaation saanti ei vähentänyt potilaiden kokemaa ahdistuksen tunnetta sairaudesta kun taas Sainio ym. (2001) tutkimuksessa tiedon saanti lievitti potilaan pelkoja sekä edesauttoi potilaan sitoutumista hoitoonsa.

Aikaisemmissakin tutkimuksissa Winaver ym. (1997) sekä Greenfield ym. (1988) on saatu seuraavanlaisia tuloksia: informaationsaanti lisää potilaiden aktiivisuutta päätöksenteossa. Myös oman analyysimme tulokset tukevat tätä. Osallistumalla omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon potilaat saivat tunteen oman elämänsä hallinnasta. (Kraetschmer ym. 2004; Sheridan ym. 2003, Vogel ym. 2007; Davison ym. 2007; Fischer ym. 2006.) Iän vaikutuksesta potilaan päätöksenteko aktiivisuuteen saimme erilaista tietoa. Sainio - Lauri (2002) sekä Fischer (2006) tutkimuksissa nuoremmat potilaat olivat aktiivisemmassa roolissa kuin vanhemmat. Beaver – Booth (2007) ja Sanders – Skevington (2003) tutkimuksissa iällä taas ei ollut merkitystä aktiivisuuteen.

Potilaat kokivat kirjallisen materiaalin sairaudestaan ja sen hoidosta edesauttavan osallistumista päätöksentekoon. Se tuki potilaita hoidon aikana sekä auttoi käsittelemään kuulemiaan asioita ymmärrettävällä tavalla. Potilaat ottivat myös

vastuullisemman roolin päätöksenteossa. Kirjallista informaatiota raportoitiin olevan liian vähän saatavilla. Potilaat olisivat toivoneet sitä lisää, sillä se koettiin tärkeäksi laadullisen hoidon kriteeriksi. (Sinfield ym. 2008; Sheridan ym. 2003; Sainio ym. 2001; Woolf ym. 2003.) Yksinkertaisetkin informaationtoapuvälineet ovat potilaille hyödyllisiä (Davison ym. 2007).

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia, johon liittyvät tutkija, aineiston laatu, aineiston analyysi ja tulosten esittäminen (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2003:36). Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on tutkija itse ja hän onkin tärkein luotettavuuden kriteeri (Eskola - Suoranta 1999: 211). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan myös arvioimalla tutkimuksen uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä sekä siirrettävyyttä (Kylmä – Juvakka 2007:127).

Tutkimuksen luotettavuuden kriteerillä uskottavuus viitataan aineiston luotettavuuteen ja sen tulkintaan. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta. (Kylmä – Juvakka 2007: 128.) Opinnäytetyömme uskottavuutta olemme pyrkineet lisäämään tekemällä opinnäytetyön kaikki vaiheet yhdessä ja keskustelemalla prosessin kulun ja tutkimusaineiston herättämistä ajatuksista. Näin tulkinnat ovat syntyneet kahden ihmisen pohdiskelun tuloksena.

Vahvistettavuus edellyttää tutkimuksen kaikkien vaiheiden kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin kulun pääpiirteitä eli pystyisi toistamaan hakuprosessin ja artikkeleiden valinnan samalla tavoin. Vahvistettavuus liittyy siis koko tutkimusprosessiin. (Kylmä – Juvakka 2007: 129.) Olemme parhaamme mukaan tässä opinnäytetyössä pyrkineet kirjaamaan tutkimusprosessin eri vaiheet, jotta tutkimuksen kulkua olisi helppo seurata.

Refleksiivisyys luotettavuuden arvioinnin kriteerinä tarkoittaa, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja hän osaa arvioida sitä, millä tavoin hän vaikuttaa tutkimusaineistoon ja –prosessiin (Kylmä – Juvakka 2007: 129). Me emme ole aikaisemmin tehneet kirjallisuuskatsausta, joten olemme sen tekijöinä aloittelijoita. Tämä saattaa näkyä työssä. Koulutuksen aikana meille on jo syntynyt jonkinlainen

käsitys asiakaslähtöisyydestä sekä hoitotyön päätöksenteosta. Tästä syystä ajatteluamme saattoivat ohjata koulussa syntyneet mallit asiakaslähtöisyydestä hoitotyön päätöksenteossa, mutta olimme mielestämme avoimia myös erilaisille näkökulmille asiasta.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä – Juvakka 2007: 129). Tutkimukset, jotka analysoimme olivat kahta lukuunottamatta toteutettu ulkomailla. Tutkimukset olivat kuitenkin tehty maissa, joissa oletamme terveydenhuollon tason olevan samantasoista kuin Suomessa. Tämä oli tärkeää, sillä tutkimuksista esiin nousseet asiat asiakaslähtöisyydestä ja hoitotyön päätöksenteosta ovat yleismaallisia ja näin ollen siirrettävissä myös Suomen terveydenhuoltoon.

Analysoitu aineisto jäi suhteellisen pieneksi, mikä saattaa heikentää luotettavuutta sekä oppinäytetyössä esiintyvien asioiden yleistettävyyttä. On hyvä tiedostaa, että laadullisella tutkimuksella ei pyritäkään tekemään tilastollisia yleistyksiä vaan kuvaamaan, ymmärtämään tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jostakin tietyistä asiasta (Eskola – Suoranta 1999: 61). Teimme hakuja useista eri hakukoneista erilaisilla hakusanoilla ja niiden eri yhdistelmillä. Olimme jo valinneet mielestämme analyysiin sopivat tutkimusartikkelit ja lukeneet niitä läpi kunnes tajusimme niiden olevan analyysiin kelpaamattomia, sillä ne olivat itsessään kirjallisuuskatsauksia. Huomattuamme artikkelien epäsopivuuden aikaa analyysin tekoon oli enää hyvin rajallisesti. Jouduimme aloittamaan tutkimusaineiston haun alusta ja huomasimme syöpötilaiden päätöksentekoa käsittelevien tutkimusartikkeleiden vastavaan hyvin asettamaamme tutkimuskysymykseen. Analyysin aineiston rajoittuminen ainoastaan syöpöpotilaisiin vähentää analyysin tulosten yleistettävyyttä koskemaan kaikkia potilasryhmiä. Mielestämme asiakaslähtöiseen päätöksentekoon vaikuttavat piirteet ovat kuitenkin yleisesti samanlaisia riippumatta sairaudesta. Analyysin olisi voinut tehdä kattavammin, sillä tutkimusaineistosta ei ollut pulaa. Päädyimme kuitenkin pienempään aineistonmäärään, sillä koimme, että pienempään aineistomäärään oli mahdollista perehtyä perusteellisemmin ja keskustella tutkimusaineiston herättämistä ajatuksista.

Artikkelimme ovat olleet englanninkielisiä. Käännöstyö on asettanut haasteen työmme luotettavuudelle. Suomentaessamme olemme pyrkineet säilyttämään asiasisällön

vastaavana alkuperäistekstiin. Vieras kieli on kuitenkin hankaloittanut ja hidastanut tutkimustulosten saantia. Lähdeviitteet ovat työssämme tarkat, ja tämä turvaa artikkelien kirjoittajien tekijänoikeudet. Työn loppupuolella olemme tehneet lähdeviitteiden tarkistuksia ja todenneet niiden olevan paikkansapitäviä.

Laadullisessa tutkimuksessa eettiset kysymykset saavat omat erityispiirteensä. Eettisyytenä voidaan pitää tutkijan itsensä kehittämistä sekä tutkimustehtävien- ja menetelmien oikeaa valintaa. Tutkijan tulee olla rehellinen ja itsekriittinen. Ajautuessaan tilanteeseen jossa ei osaa toimia, hänen tulee hakeutua ohjaukseen saadakseen neuvoja. Keskustelu opiskelutovereiden kanssa ja heiltä saatu kritiikki edistää eettisyyden periaatetta. (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 2006: 32.) Itseämme auttoi seminaaritulaisuuksissa opponanttien ja opettajien antama palaute sekä yleinen keskustelu opinnäytetyöprosessista ja sen etenemisestä. Kävimme lisäksi ohjauskeskusteluissa, joista saimme apua työn etenemiseen.

Meidän ei tarvinnut hankkia erillisiä lupia opinnäytetyötämme varten, sillä teimme kirjallisuuskatsauksen. Allekirjoitimme kuitenkin opinnäytetyösopimuksen Metropolia ammattikorkeakoulun kanssa.

7.3 Jatkokehittämishaasteet

Olisi tärkeää kannustaa ja rohkaista potilaita aktiivisemmän päätöksentekoroolin omaksumiseen. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa sanotaan, että: sairaanhoidajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Leino-Kilpi – Välimäki 2004: 152). Tämä lisää potilastyytyväisyyttä ja antaa potilaille tunteen oman elämänsä hallinnasta. Myös potilaan päätöstä olla päättämättä omasta hoidostaan tulee kunnioittaa eikä tällaista potilasta sovi syyllistää. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä tiedostaa tämä.

Analysoiduista tutkimuksista tuli ilmi, että hoitohenkilökunnan ja varsinkin lääkärin vuorovaikutustaidoissa on puutteita. Hoitotyön koulutus antaa mielestämme oivat valmiudet potilaan kohtaamiseen ja koulutuksen ajan käydään läpi vuorovaikutukseen liittyviä asioita perusteellisesti. Tietenkin riippuu hoitajan persoonasta kuinka hän hyödyntää koulutuksessa saamaansa oppia käytännössä. On hyvä, että myös

lääkärikoulutuksessakin on viime aikoina alettu kiinnittämään kyseiseen asiaan huomiota ja potilaan kohtaamista käsitellään.

Kehittämishaasteeksi asiakaslähtoisemmälle hoitotyölle ja päätöksenteolle voisimme ehdottaa potilaiden yksilöllisempää huomiointia koko hoitoprosessin ajan. Unohdetaan aikaisemmat potilaiden hoitoon ja informointiin liittyvät rutiinit ja kaavamaisuudet. Nykyaikaisessa hoitotyössä keskitytään jokaisen potilaan henkilökohtaisiin tarpeisiin ja ominaisuuksiin.

Työmme luo teoriapohjaa asiakaslähtöinen osaaminen -projektille asiakaslähtöisyydestä ja päätöksenteosta. Se kertoo mitkä asiakaslähtöisyyden piirteet toteutuvat hoitotyön päätöksenteossa ja on siten hyödyttänyt omalta osaltaan projektia. Seuraavien projektissa työskentelevien kannattaisi tutkia asiakaslähtöistä päätöksentekoa vielä lisää, sillä oma analyysiaineistomme oli rajoittunut tiettyyn potilasryhmään.

ANALYSOITAVAT TUTKIMUKSET

Beaver, Kinta - Booth, Katie 2007: Information needs and decision-making preferences: Comparing findings for gynaecological, breast and colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 11(2007). 409-416.

Davison, B. Joyce - Goldenberg, S. Larry - Wiens, P. Kristin - Gleave, E. Martin 2007: Comparing a generic and individualized information decision support intervention for men newly diagnosed with localized prostate cancer. *Cancer nursing* 30(5). 7-15.

Davison, B. Joyce - Kirk, Peter - Degner, F. Lesley - Hassard, H. Thomas 1998: Information and patient participation in screening for prostate cancer. *Patient Education and Counseling* 37(1999). 255-263.

Eriksson, Elina - Lauri, Sirkka - Sainio, Carita 2001: Cancer patients' views and experiences of participation in care and decision making. *Nursing Ethics* 8(2). 97-113.

Fischer, Maartin - Visser, Adriaan - Voerman, Bert - Garssen, Bert - Van Andel, George - Bensing, Jozien 2006: Treatment decision making in prostate cancer: Patients' participation in complex decisions. *Patient Education and Counseling* 63(2006). 308-313.

Kraetschmer, Nancy - Sharpe, Natasha - Urowitz, Sara - Deber, B. Raisa 2004: How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? *Health expectations* 7(2004). 317- 326.

Lauri, Sirkka - Sainio, Carita 2002: Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 41(3). 250-260.

Sanders, T. - Skevington, S. 2003: Do bowel cancer patients participate in treatment decision- making? Findings from a qualitative study. *European Journal of Cancer Care* 12(2003). 166-175.

Sheridan, L. Stacey - Felix, Kathryn - Pignone, P. Michael - Lewis, L. Carmen 2003: Information needs of men regarding prostate cancer screening and the effect of a brief decision aid. *Patient Education and Counseling* 54(2004). 345-351.

Sinfield, Paul - Baker, Richard - Agarwal, Shona - Tarrant, Carolyn 2008: Patient-centred care: What are the experiences of prostate cancer patients and their partners? *Patient Education and Counseling* 73(2008). 91-96.

Vogel, A. Barbara - Bengel, Juergen - Helmes, W. Almut 2007: Information and decision making: Patients' needs and experiences in the course of breast cancer treatment. *Patient Education and Counseling* 71(2008). 79-85.

Woolf, H. Steven - Krist, H. Alex - Johnson, E. Robert - Stenborg, S. Pamela 2003: Unwanted control: how patients in the primary care setting decide about screening for prostate cancer. *Patient Education and Counseling* 56(2005). 116-124

de Haes, Hanneke 2006: Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. *Patient Education and Counseling* 62(3). 291-298.

LÄHTEET

de Haes, Hanneke - Koedoot, Nelleke 2003: Patient centered decision making in palliative cancer treatment: a world of paradoxes. *Patient Education and Counseling* 50. 43-49.

Elomaa, Leena – Koivuniemi, Sirkku 2004: Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen – Karinakodin malli. Turun ammattikorkeakoulu. Turku.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1999: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Freeman, George - Car, Josip - Hill, Alison 2004: The journey toward patient-centredness. *British Journal of General Practise* 54(506). 651-652.

Frosch, Dominick - Kaplan, Robert 1999: Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *American Journal of Preventive Medicine* 17(4). 285- 294.

Haapio, Marja 2006: Jaettu päätöksenteko potilasohjauksessa. *Sairaanhoitaja* 10 (79).

Hupli, Maija 1996: Sairaanhoitajan ja sairaanhoitajaopiskelijan hoitotyön päätöksenteko kolmella eri menetelmällä tutkittuna. Turun yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Turku.

Hupli, Maija 1997: Sairaanhoitajan ja sairaanhoitajaopiskelijan päätöksenteon tutkiminen - teoreettisia ja menetelmällisiä lähtökohtia. Teoksessa Hupli, M. – Lehti, T. – Leino- Kilpi, H. (toim.) Hoitamisen sokkeloissa. *Hoitotiede* 1997. Pro Nursing ry:n vuosikirja. Turku: Kirjapaino Pika Oy. 119-132.

Johansson, Kirsi - Axelin, Anna - Stolt, Minna - Ääri, Riitta-Liisa 2007: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto.

Kiikkala, Irma. 2000: Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna – Ruotsalainen, Pekka – Kiikkala, Irma (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Tammi.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, Helvi - Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3-12.

Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen Liisa 2003: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.): Laadulliset tutkimusmenetelmät, 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY. 21-43.

Lauri, Sirkka - Eriksson, Elina - Hupli, Maija 1998: Hoidollinen päätöksenteko. Juva: WSOY.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2004: Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY

Munkki-Utunen, Maarit - Leino-Kilpi, Helena - Kim, Hezook Suzie 1992: Potilaan ja sairaanhoitajan yhteinen päätöksenteko hoitotyössä. *Hoitotiede* 4(3). 98-107.

Outinen, M- Lempinen, K- Holma, T- Haverinen, R 1999: Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomenkuntaliitto. STAKES, Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Helsinki

Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki : WSOY.

Piirainen, K 1999: Asiakslähtöisyys kuntoutuksessa. Myytti vai todellisuus? *Kuntoutus* 4/1999.

Pitkälä, Kaisu - Savikko, Niina - Routasalo, Pirkko 2005: Asiakslähtöisyys ja potilaskeskeisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa *Kuntoutuspolun solmukohtia, geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke*. Tutkimusraportti 10. Saarijärvi: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Salanterä, Sanna- Hupli, Maija 2003: Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa Lauri, Sirkka (toim.): *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki: WSOY. 21-39.

Sorsa, Minna 2002: Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveystalveissa. Pro -gradu tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999. Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. STAKES. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Hakusanat ja hakujen tulokset

Tietokanta	Hakusanat	Viitteet	Mahdollisia mukaan otettavia	Mukaan valitut
MEDIC	asiakaslähtöisyys*	10 kpl (1997-2007)	3	-
	päättökenteko	88 kpl (1978-2007)	5	-
	asiakasläht*	37 kpl (1994-2007)	1	-
PUBMED	decision making	589 kpl (1998-2009)	49	9
	client centred	159 kpl	4	-
	patient centred	290 kpl	1	-
OVID	patient centered*+ decision making*	516 kpl	6	-
CHINAL	decision making in nursing	539 kpl	2	-
	decision making and cancer	698 (1998-2009)	8	3

Tutkijat, vuosi, maa, tutkimuksen laji	Tutkimusjoukko, aineiston keruu, luotettavuus	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulokset, johtopäätökset
<p>-Sinfield, -Baker, -Agarwal, -Tarrant -2008 -United Kingdom -Tutkimusartikkeli</p>	<p>-(n=35) miestä, joilla diagnosoitu ja joita hoidettu eturauhassyövän vuoksi -Kymmentä tutkimukseen osallistuneen miehen puolisoa haastateltu -Aineisto kerättiin puolistrukturoidun haastattelun avulla, joka analysoitiin kvalitatiivisesti. -Luotettavuus: Kelvollinen tutkimus</p>	<p>- Selvitettiin eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän puolisoidensa kokemuksia hoidosta -Tutkimuksen avulla yritettiin kehittää ja identifioida potilaiden ja heidän puolisoidensa hoidossa tärkeitä asioita.</p>	<p>-31 miestä raportoi ettei saanut mahdollisuutta osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon hoitovaihtoehtoja valittaessa - Osa lääkäreistä teki hoitopäätöksen ilman selitystä ja keskustelua muista hoitovaihtoehtoista ja osa potilaista tunsivat ettei tiennyt tarpeeksi sairaudesta ja sen hoidoista tehdäkseen tarkentavia kysymyksiä -Hoitovaihtoehtojen valinta ei ollut tarpeeksi yksilöllistä eikä täyttänyt potilaiden toivomuksia ja tarpeita -Tiedonanto tulee olla yksilöllistä, että potilaat ymmärtävät omaa hoitoaan ja voivat osallistua päätöksentekoon kuten itse haluavat</p>

Tutkijat, vuosi, maa, tutkimuksen laji	Tutkimusjoukko, aineiston keruu, luotettavuus	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulokset, johtopäätökset
-Beaver, -Booth -2007 -UK -Tutkimusartikkeli	-Koostui 24-82 vuotiaista naisista joilla gynekologinen syöpä (n=53). Vertailuryhmänä naisia joilla rintasyöpä (n=150) tai paksusuolensyöpä (=42) -Aineisto (n=53) kerättiin strukturoidulla haastattelulla -Luotettavuus: Tasokas tutkimus	-Vertailtiin gynekologisista syövästä kärsivien naisten tiedon tarvetta ja päätöksenteko-oikeutta suhteessa aikaisempiin tutkimustuloksiin rintasyöpä- ja paksusuolensyöpäpotilaiden kokemuksista	-Suurin osa naisista koki, että lääkäri teki päätökset - 35 naista osallistui päätöksen tekoon haluamansa verran - 12 naista oli passiivisemmassa roolissa kuin olisi halunnut - 6 naista koki olleensa liiankin aktiivisessa roolissa päätöksenteon suhteen -ilman kattavaa tiedon antoa ja hoitovaihtoehtojen esittelyä potilas ei voi tehdä hoitoaan koskevaa päätöksentekoa
-Fischer -Visser -Voerrman -Garsen -Van Andel -Bensing -2006 -Alankomaat -Tutkimusartikkeli	-(n=126) 48-82 vuotiaista miestä, jotka sairastavat eturauhassyöpää -Aineisto kerättiin pitkittäistutkimuksena 10 kuukauden aikana -Luotettavuus: kelvollinen tutkimus	-Tarkoituksena kartoittaa millä tasolla eturauhassyöpäpotilaat kokivat osallistuneensa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja olivatko mielletyt roolit päätöksenteossa yhteydessä lääketieteellisiin ja väestötieteellisiin muuttujiin sekä oliko tyytväisyys hoitoa koskevaan päätöksentekoon yhteydessä lääketieteellisiin ja väestötieteellisiin muuttujiin	-75 osallistujaa koki tehneensä päätöksiä yhteistyössä lääkärin kanssa -Vähemmistö (n=28) sanoi tehneensä hoitopäätöksen itsenäisesti -28 vastaajaa sanoi ettei ollut ollut mukana päätöksenteossa -Potilaiden syövästä aste oli merkittävässä yhteydessä päätöksentekoon osallistumisessa -Ikä vaikutti päätöksentekoaktiivisuuteen

Tutkijat, vuosi, maa, tutkimuksen laji	Tutkimusjoukko, aineiston keruu, luotettavuus	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulokset, johtopäätökset
<ul style="list-style-type: none"> -Vogel -Bengel -Helmess -2007 -Saksa -Tutkimusartikkeli 	<ul style="list-style-type: none"> - (n=135) saksalaista rintasyöpäpotilasta, iältään 19-75 vuotiaita naisia - Aineisto kerättiin strukturoidulla kysymyslomakkeella hoidon alussa sekä kolmen ja kuuden kuukauden kohdalla -Luotettavuus: tasokas tutkimus 	<ul style="list-style-type: none"> -Tarkoituksena oli kartoittaa potilaiden tiedon tarvetta sekä vakautta päätöksentekijänä hoidon ensimmäisen kuuden kuukauden aikana 	<ul style="list-style-type: none"> -Potilaat tunsivat tarvitsevansa tietoa erilaisista aiheista hoidon erivaiheissa -Puolet potilaista muutti rooliaan päätöksenteossa ainakin kerran hoidon aikana -Tyytyväisyys päätöksentekoon oli tutkimuksessa korkea
<ul style="list-style-type: none"> -Davison -Goldenberg -Wiens -Gleave -2007 -Kanada -Tutkimusartikkeli 	<ul style="list-style-type: none"> -(n=324) vastikään eturauhassyöpä diagnoosin saaneita miehiä -potilaat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään. Toisille annettiin yksilöllisempää ohjausta sairaudesta ja toisille näytettiin vain sairaudesta kertova video -Kumpikin ryhmä sai kirjallisen perustietopaketin eturauhassyövästä ja sen hoitovaihtoehtoista Luotettavuus: tasokas tutkimus 	<ul style="list-style-type: none"> -Määritellä vaikuttaako informaation antotapa sairaudesta miesten aktiivisuuteen osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja ovatko ne yhteydessä tuen tarpeen kokemukseen päätöksiä tehtäessä 	<ul style="list-style-type: none"> -Informaation antotapa ei vaikuttanut päätöksenteko aktiivisuuteen - Molemmat ryhmät tunsivat saaneensa tukea tekemiinsä päätöksiin -yksilöllisemmin ohjatut olivat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon kuin videota katsoneet miehet

Tutkijat, vuosi, maa, tutkimuksen laji	Tutkimusjoukko, aineiston keruu, luotettavuus	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulokset, johtopäätökset
<ul style="list-style-type: none"> -Woolf -Krist -Johnson -Stenborg -2003 -USA -Tutkimusartikkeli 	<ul style="list-style-type: none"> -(n=161) perusterveydenhuollon potilasta ja heidän lääkärinsä -Aineisto kerättiin puhelinhaastatteluna sekä kyselylomakkeella lääkärissä käynnin yhteydessä -Luotettavuus: tasokas tutkimus 	<ul style="list-style-type: none"> -Selvittää millaisina päätöksentekijöinä potilaat pitivät itseään ennen eturauhassyövän seulontaan liittyvän informaation antamista ja vaihtuiko heidän roolinsa päätöksentekijöinä 	<ul style="list-style-type: none"> -44 potilasta kertoi, että jaettu päätöksenteko toteutui -32 potilasta raportoi vastuun päätöksenteosta olleen suurempi kuin olisivat halunneet -osassa tapauksia potilaan ja lääkärin mielipide päätöksentekijästä oli eriävä -useat potilaat muuttivat päätöksentekorooliaan saadessaan enemmän tietoa sairaudestaan
<ul style="list-style-type: none"> -Davison -Kirk -Degner -Hassard -1998 -Kanada -Tutkimusartikkeli 	<ul style="list-style-type: none"> -(n=100) eturauhassyöpää sairastavaa miestä, jotka jaettiin koe- ja kontrolliryhmään -Aineisto kerättiin haastatteluilla ja kyselylomakkeilla. -Luotettavuus: kelvollinen 	<ul style="list-style-type: none"> -Tarkoituksena kartoittaa vaikuttaako tiedon saanti potilaiden aktiivisuuteen päätöksenteossa ja vähentääkö se ahdistuksen tunnetta ja päätöksenteko konflikteja 	<ul style="list-style-type: none"> -Miehet, jotka saivat informaatiota olivat aktiivisemmassa roolissa päätöksenteossa kuin kontrolliryhmä -Informaation saanti ei vähentänyt ahdistuksen kokemusta -Koeryhmällä oli vähemmän päätöksentekoon liittyviä konflikteja kuin kontrolliryhmällä

Tutkijat, vuosi, maa, tutkimuksen laji	Tutkimusjoukko, aineiston keruu, luotettavuus	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulokset, johtopäätökset
<ul style="list-style-type: none"> -Sheridan -Felix -Pignone -Lewis -2003 -USA -Tutkimusartikkeli 	<ul style="list-style-type: none"> -(n=188) 45-85 vuotiasta miestä -Aineisto kerättiin kyselylomakkeella -Miehille annettiin eturauhassyövistä kertova informaatiolehtinen ja he kuuntelivat hoitajan pitämän 10 minuutin esityksen aiheesta -Luotettavuus: kelvollinen tutkimus 	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkia miesten ajatuksia ja käsityksiä koskien eturauhassyövän seulontaa ennen informaation antoa ja sen jälkeen 	<ul style="list-style-type: none"> - Informaatiolehtinen lisäsi miesten tietoa eturauhassyövän seulonnan eduista ja haitoista -Informaationanto lisäsi miesten määrää, jotka tunsivat tietävänsä tarpeeksi tehdäkseen päätöksen seulontaan osallistumisesta -Lehtinen ei vaikuttanut miesten mielenkiintoon seulontaa kohtaan
<ul style="list-style-type: none"> -Sainio -Lauri -2002 -Suomi -Tutkimusartikkeli 	<ul style="list-style-type: none"> -(n=273) syöpää sairastavia miehiä ja naisia -Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella -Luotettavuus: tasokas tutkimus 	<ul style="list-style-type: none"> -Tarkoituksena kartoittaa missä laajuudessa syöpäpotilaat osallistuvat päätöksentekoon ja vaikuttavatko henkilökohtaiset ominaisuudet (ikä, sukupuoli, siviilisäätö jne.) ja saatu informaatio ja suhde hoitohenkilökunnan kanssa päätöksentekoon aktiivisuuteen 	<ul style="list-style-type: none"> -Suurin osa syöpäpotilaista koki osallistuneensa päätöksentekoon ainakin jossain määrin -Henkilökohtaisilla ominaisuuksilla, saadulla informaatiolla ja potilaan ja henkilökunnan suhteen laadulla oli merkitystä osallistumiseen päätöksentekoon

Tutkijat, vuosi, maa, tutkimuksen laji	Tutkimusjoukko, aineiston keruu, luotettavuus	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulokset, johtopäätökset
<ul style="list-style-type: none"> -Sainio -Lauri -Eriksson -2001 -Suomi -Tutkimusartikkeli 	<ul style="list-style-type: none"> -(n=34) 24-54- vuotiasta syöpää sairastavaa henkilöä -Aineisto kerättiin haastattelemalla, lisäksi henkilöt suorittivat masennusta ja ongelmanratkaisua selvittävän mittarin -Luotettavuus: kelvollinen tutkimus 	<ul style="list-style-type: none"> -tutkia potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia liittyen potilaan osallistumiseen hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon 	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaille oli epäselvää, mitä tarkoitetaan hoitoon osallistumisella ja näkemykset tästä vaihtelivat -Yli puolet potilaista potilaista ei ottanut minkäänlaista päätöksentekoroolia -Potilaiden mukaan osallistuminen päätöksentekoon vaatii rohkeutta ja kohtalaisen hyvää terveyttä -Potilaiden mielestä päätöksentekoon kuulu olennaisesti hyvät suhteet hoitohenkilökuntaan
<ul style="list-style-type: none"> -Sanders -Skevington -2003 -UK -Tutkimusartikkeli 	<ul style="list-style-type: none"> -Kvalitatiivinen pitkittäistutkimus, jossa haastateltiin 37 suolisyöpään sairastunutta henkilöä ja heistä 28 haastateltiin uudestaan kuuden kuukauden kuluttua -Lisäksi 55 ihmistä tarkkailtiin lääkärin konsultaation yhteydessä -Luotettavuus: kelvollinen tutkimus 	<ul style="list-style-type: none"> - Haastatteluiden tarkoituksena oli tutkia potilaiden kokemuksia hoitoaan koskevasta päätöksentekoprosessista - Tarkkailulla pyrittiin tutkimaan potilaan ja lääkärin vuorovaikutusta lääkärikäynnin yhteydessä sekä keräämään tietoa päätöksentekoprosessista 	<ul style="list-style-type: none"> - Monet potilaista tunsivat, että päätöksenteko ei ollut heidän tehtävänsä ja halusivat vain rajatun päätöksenteko mahdollisuuden -Iällä ja sukupuolella ei ollut merkitystä aktiivisuudessa -Potilaat tunsivat vaikuttavansa hoitoonsa tekemällä edes jonkinasteista päätöksentekoa vaikka sillä ei ollut hoidon kannalta suurta merkitystä.

Tutkijat, vuosi, maa, tutkimuksen laji	Tutkimusjoukko, aineiston keruu, luotettavuus	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulokset, johtopäätökset
<ul style="list-style-type: none"> -Kraetschmer -Sharpe -Urowitz -Deber -2004 -Kanada -Tutkimusartikkeli 	<ul style="list-style-type: none"> -(n=606) henkilöä, jotka rekrytoitiin tutkimukseen syöpä- ja ortopedian osastoilta -Iältään henkilöt olivat 16-90 vuotiaita -Aineisto kerättiin poikkileikkaustutkimuksella -Luotettavuus: tasokas tutkimus 	<ul style="list-style-type: none"> - Selvittää lisääkö vai vähentääkö potilaan luottamus hoitohenkilökuntaan hänen autonomiaansa ja hoitoonsa liittyvää päätöksentekoa 	<ul style="list-style-type: none"> -Tulokset osoittavat potilaan passiivisen päätöksentekoroolin olevan yhteydessä korkeaan luottamussuhteeseen hoitohenkilökuntaa kohtaan -Vastaavasti potilaan matala luottamustaso hoitohenkilökuntaan lisäsi hänen päätöksentekohalukkuuttaan ja autonomiaansa