



Noora Våg

# Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaopas Helsingin kaupungin psykoosi- poliklinikoille

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja YAMK

Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma sosiaali- ja terveysalalla,  
mielenterveystyön asiantuntija

Opinnäytetyö

21.4.2024

Tekijä(t) Otsikko	Noora Våg Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaopas Helsingin kaupungin psykoosipoliklinikoille
Sivumäärä Aika	36 sivua + 2 liitettä 21.4.2024
Tutkinto	Sairaanhoidtaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma sosiaali- ja terveysalalla, mielenterveystyön asiantuntija
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Pirjo Vesa
<p>Jokaiselle terveydenhuollossa asioivalle tulee tehdä hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma lisää potilasturvallisuutta turvaamalla potilaiden osallistumisen hoitoonsa ja edistämällä hoidon yhteensovittamista ja toteuttamista eri hoitotahoilla. Terveydenhuollon keskeinen arvo ja kaiken toiminnan lähtökohdan tulee olla potilaslähtöisyys sekä jaettu päätöksenteko. Jaettu päätöksenteko ei ole rutiininomaisesti käytössä psykiatrialla, vaikka se nähdään eettisesti oikeana niin ammattilaisten kuin myös psykoottisesta häiriöistä kärsivien potilaiden taholta. Haasteena hoitosuunnitelman toteuttamisessa on nähty potilaiden heikko sitoutuminen, joka on useimmiten johtunut siitä, että potilas on nähty hoidossa passiivisena hahmona. Yhdessä potilaan kanssa tehty hoitosuunnitelma auttaa potilasta ymmärtämään tehdyn hoitosuunnitelman ja siihen kirjatut tavoitteet sekä auttaa potilasta tunnistamaan miten elää itsenäistä elämää ja saavuttaa asetetut tavoitteet ja toiveet.</p> <p>Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitosuunnitelmasta ja potilaslähtöisyydestä hoito- ja kuntoutussuunnitelmaoppaan kehittämiseksi psykoosipoliklinikan potilaiden käyttöön. Tavoitteena on edistää potilaiden parempaa tietoisuutta hoitosuunnitelmasta ja osallistaa potilaita aktiivisiksi toimijoiksi hoitonsa suunnitteluun. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa hoito- ja kuntoutussuunnitelmaopas Helsingin kaupungin psykoosipalveluiden käyttöön.</p> <p>Idea tähän opinnäytetyöhön syntyi organisaatiossa tehdyn kyselyn perusteella. Opinnäytetyön materiaalina on käytössä THL:n psykiatrisen erikoissairaanhoidon asiakaspalautekyselyn tulokset vuodelta 2021 koskien koko Suomea sekä Helsingin neljää psykoosipoliklinikkaa. Kyselyssä oli kolme kysymystä, jotka olivat aiheen kannalta oleellisia tarkastella. Lisäksi oppaan suunnittelemiseksi pidettiin myös kolme työpajaa.</p> <p>Tutkimusten mukaan mielenterveyspalveluita käyttävät potilaat eivät olleet nähneet hoitosuunnitelmaansa tai pitäneet sitä hyödyllisenä hoidossaan. Kyselytulokset, tutkimustieto sekä kokemusasiantuntijoiden kesken pidetty työpaja tukivat toisiaan. THL:n asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluissa tuotti tärkeää tietoa koskien potilaan tietoutta hoitonsa suunnittelusta ja potilaan omien toiveiden huomioimisesta. Se, että 53 % vastanneista ei tiennyt tai oli sitä mieltä, ettei hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa ole tehty, tekee näkyväksi sen, että hoidon suunnittelussa poliklinikalla on kehittämistarve.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksena syntyi käyttöön hoito- ja kuntoutussuunnitelmaopas psykoosipoliklinikan potilaille.</p>	
Avainsanat	Tutkimuksellinen kehittämistyö, hoitosuunnitelma, potilaslähtöisyys

Author(s) Title	Noora Våg A care and rehabilitation manual for psychosis outpatient clinics for City of Helsinki
Number of Pages Date	36 pages + 2 appendices 21 <sup>th</sup> April 2024
Degree	Master of Health Care (Nursing)
Degree Programme	Master's Degree Programme in Clinical Experties, Expertise in Mental health care
Instructor(s)	Pirjo Vesa, Principal lecturer
<p>A care plan must be made for every person using healthcare. A care planning process increases patient safety by ensuring patients' participation and implementation of care across different providers. Patient-centeredness and shared decision-making should be a core value of health care and the starting point for healthcare activities. Shared decision-making is not routinely used in psychiatry, although it is seen as ethically correct by the professionals and patients with psychotic disorders. A challenge in the implementation of care planning has been the low level of patient engagement, mostly due to the patient being seen as a passive figure in the care process. A care plan made together with the patient helps patient to understand the care plan and the goals set out in it. It also helps patient to identify how to live independently and achieve the chosen goals and wishes.</p> <p>This thesis is a research development work, and its purpose was to provide information on care planning and patient-centeredness for the development of a care and rehabilitation plan and to involve patients as active participants in their care planning process. The aim of the thesis is to produce a care and rehabilitation manual for the psychosis services of the City of Helsinki.</p> <p>The idea of this thesis came from a survey that was conducted within the organisation by Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). The findings of the THL's customer feedback survey of 2021 on psychiatric specialised health care in Finland and the four outpatient clinics in City of Helsinki were used as material for the thesis. The survey had three questions that were relevant for the topic. In addition, three workshops were also held to plan the patient manual.</p> <p>The research showed that patients using mental health services had not seen their care plan or found it useless in their care. The results of the survey, research data and workshops with the experts by experience supported each other. The THL customer feedback survey provided important information on patients' knowledge of planning their care and how to make their own wishes known. The fact that 53 % of the survey participants did not know or believed that care plan had not been made, highlights the need for the improvement in care planning in outpatient clinic.</p> <p>As a result of this thesis, a care and rehabilitation plan manual for patient in the psychosis outpatient clinic, was developed.</p>	
Keywords	Research development work, care plan, patient-centeredness

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Jaetulla päätöksenteolla parempaa sitoutumista hoitosuunnitelmaan	2
2.1	Hoitosuunnitelma	3
2.1.1	Potilaslähtöisyys	5
2.1.2	Jaettu päätöksenteko	6
2.2	Psykoosisairaudet	8
2.3	Psykoosisairauksien hoito- ja kuntoutus	9
2.3.1	Lääkehoito	10
2.3.2	Psykososiaalinen hoito	11
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävä	12
4	Tutkimuksellinen kehittämistyö	13
4.1	Prosessi kehittämistyön taustalla	14
4.1.1	Vaihe 1: Suunnittelu	16
4.1.2	Vaihe 2: Toteutus	16
4.1.3	Vaihe 3: Arviointi	17
4.2	Aineiston analysointi	17
5	Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaoppaan kehitys	19
5.1	Suunnittelu ja toteutus	19
5.1.1	Potilaiden tietoisuus omasta hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta	20
5.1.2	Potilaiden tavoitteiden huomioiminen	21
5.1.3	Jaettu päätöksenteko hoito- ja kuntoutussuunnitelman teossa	21
5.2	Työpajat	22
5.3	Tulokset	25
6	Pohdinta	28
6.1	Tulosten tarkastelu	28
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	30
6.3	Jatkotutkimusehdotukset	31
	Lähteet	33
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedote työpajasta	
	Liite 2. Terveysten ja hyvinvoinninlaitoksen asiakaspalautekyselyn kysymykset	

## 1 Johdanto

Suomen hallituksen vuonna 2020 julkaisema Mielenterveysstrategia ulottuu vuoteen 2030 saakka. Viime vuosikymmenten aikana ihmisten fyysinen terveys ja elinajanodote Suomessa ovat tilastojen mukaan kohentuneet, mutta mielenterveyden suhteen vastaavaa suotuisaa kehitystä ei ole näkynyt. Tilastojen mukaan lähes puolet työkyvyttömyyseläkkeistä aiheutuu mielenterveydenhäiriöistä eli kyseessä on suuret kansanterveydelliset haasteet. (Vorma & Rotko & Larivaara & Kosloff 2020: 11.)

Mielenterveysstrategiassa on viisi painopistettä, joista yksi on mielenterveysoikeudet. Niiden toteutuessa ne nähdään kaikkien ihmisten mielenterveyttä suojaavana keinona. Ihmiset, joilla on jokin mielenterveydenhäiriö, kohtaavat enemmän kielteistä leimaamista, ennakkoluuloja ja syrjintää. Nämä näkyvät monissa eri arkipäiväisissä toiminnoissa kuten työssä, opinnoissa, asumisessa, sosiaalisessa kanssakäymisessä ja eri palveluiden käytössä. (Vorma ym. 2020: 26.) Potilasta ja tämän toiveita kunnioittava kohtaaminen on nähty vaikuttavan myönteisesti hoidon tuloksiin sekä vähentävän mielenterveyspalveluihin liittyvää stigmaa (Santana ym. 2018). Potilaslähtöisyyden tuleekin olla terveydenhuollossa työn tekemistä määrittävä keskeinen arvo, joka on kaiken toiminnan lähtökohtana. Tällöin potilaan toiveet ja tarpeet tulee huomioiduksi ja saatu hoito on yksilöllistä sekä päätöksenteko tasavertaista ammattilaisten kanssa. (Holoppa ym. 2019.)

Suomen lain mukaan jokaiselle potilaalle tulee tehdä hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma edistää potilasturvallisuutta, sillä se turvaa potilaan osallistumisen hoitoonsa, siihen liittyvien riskien ymmärtämiseen ja omahoidon parempaan onnistumiseen. Hoitosuunnitelma edistää myös hoidon sovittamista ja toteuttamista eri hoitotahoilla. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos 2011: 18.) On kuitenkin nähty haasteita potilaiden sitouttamisessa tehtyyn hoitosuunnitelmaan, ja potilaat ovat näyttäneet passiivisina hahmoina hoidon suunnittelussa sekä toteuttamisessa. Lähestymistapa, jossa potilas otetaan mukaan aktiiviseksi toimijaksi tekemään päätöksiä omasta hoidostaan, on nähty tekevän käytössä olevista hoitomuodoista tehokkaampia ja parantavan ammattilaisen ja potilaan välistä kommunikaatiota. (Fumagalli & Radaelli & Lettieri & Bertele & Masella 2015.) Potilaan motivoituminen omahoitoon on ollut myös tehokkaampaa (Santana ym. 2018). Potilaan ymmärtäessä tehdyn hoitosuunnitelman ja

siihen kirjatut tavoitteet voivat potilaat tunnistaa keinot elää itsenäistä elämää omien tavoitteiden saavuttamiseksi (NICE 2019).

Toinen Mielenterveysstrategian painopisteistä on palvelujen kehittäminen vastaamaan ihmisten tarpeita sekä palveluiden saavutettavuuden ja saatavuuden varmistaminen (Viertio ym. 2022: 3). Tähän liittyen Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos teki syksyllä 2021 asiakaspalautekyselyn mielenterveys- ja päihdepalveluissa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Helsingin kaupungin psykoosipoliklinikoiden kyselyyn vastaajista (N=192) 47 % kertoi, että heille on tehty hoitosuunnitelma, 13 % vastaajista kertoi, ettei hoitosuunnitelmaa ole tehty ja 40 % ei tiennyt, onko hoitosuunnitelmaa tehty. Yhteensä 15 % vastaajista olivat täysin tai jokseenkin erimieltä siitä, että hoitosuunnitelmaa tehdessä olisi huomioitu heidän omat tavoitteensa. Täysin eri mieltä tai jokseenkin erimieltä oli yhteensä 13 % vastaajista hoidon sisällön suunnittelusta yhdessä potilaan kanssa.

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja se tehdään tilaustyönä Helsingin kaupungin psykoosipalveluille. Työn tarkoituksena on tuottaa tietoa hoitosuunnitelmasta ja potilaslähtöisyydestä hoitosuunnitelmaoppaan kehittämiseksi psykoosipoliklinikan potilaiden käyttöön. Tavoitteena on edistää potilaiden parempaa tietoisuutta hoitosuunnitelmasta ja osallistaa potilaita aktiivisiksi toimijoiksi hoitosuunnitelmakokouksissa. Opinnäytetyön tehtävä on tuottaa visuaalinen potilasopas Helsingin kaupungin psykoosipalveluiden käyttöön.

## **2 Jaetulla päätöksenteolla parempaa sitoutumista hoitosuunnitelmaan**

Mielenterveyspalveluiden tavoitteena on pyrkiä ehkäisemään, lievittämään ja hoitamaan mielenterveyden eri häiriöitä ja niiden seurauksia eri palveluiden ja toimintojen avulla. Palveluihin kuuluvat häiriöiden diagnosointi, hoito, kuntoutus sekä ohjaus, neuvonta ja psykososiaalinen tuki. Mielenterveyspalvelut on jaettu perus- ja erikoissairaanhoidon tasoihin. Perustasolla saatavalla hoidolla tarkoitetaan lääkäri- tai hoitaja vastaanottoja sekä terveysasemilla toimivia mielenterveys- ja päihdetyön sairaanhoitaja. Perustasolla hoidetaan lievistä ja keskivaikeista psyykkisistä oireista kärsiviä asiakkaita, joilla voi olla esim. ajankohtaista kuormittumista elämäntilanteen muutoksen vuoksi. (Vähäniemi & Linnaranta 2022: 69.)

Psykiatrisella erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan päivystoimintaa sekä sairaala- ja avohoitoa. Erityistasolla myös koordinoidaan erilaisia hoitomuotoja kuten psykoterapiaa, nettiterapiaa sekä seurataan palveluiden laatua. Hoidon porrastettu malli on nähty ongelmalliseksi, sillä palveluiden kokonaisuutta ei ole koordinoitu ja eri tahot ovat tehneet päällekkäistä työtä. Potilaan ottaminen keskeiseksi ja aktiiviseksi toimijaksi omassa hoidossaan on nähty tärkeänä. Terveystyö myös kasvaisi palveluiden suunnittelulla potilaalle ja tämän läheisille. (Pirkola & Linnaranta 2022: 74.)

Helsingin kaupungilla psykiatrian palvelut on jaettu kolmeen linjaan. Näistä psykoosipalvelut muodostavat yhden linjan, jonne potilaat ohjautuvat lähetteellä pääosin joko päivystyksestä, terveysasemalta tai toisesta psykiatrian yksiköstä. Tämä opinnäytetyö keskittyy käsittelemään aihetta psykiatrisen avohoidon eli psykoosipoliklinikoiden näkökulmasta.

## 2.1 Hoitosuunnitelma

Jotta potilaan hoitoa voidaan suunnitella kokonaisvaltaisesti ja myös tukea hoidon jatkuvuutta, tarvitaan yhdessä potilaan kanssa laadittua hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelman kautta voidaan myös sitouttaa ja motivoida potilasta paremmin omaan hoitoonsa sekä antaa tietoa potilaalle tai tämän läheisille. (Kanta-palvelut.) Myös Suomen lain mukaan potilaalla tulee olla tehtynä hoitosuunnitelma, joka on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai potilaan laillisen edustajan kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 § 4a).

Potilasturvallisuuden näkökulmasta hoitosuunnitelma on myös keskeinen asia, jonka avulla pyritään turvaamaan potilaan osallistuminen hoitoonsa, siihen liittyvien riskien ymmärtämiseen ja omahoidon parempi onnistuminen. Potilaan hoidon eri tahot voivat myös helpommin sovittaa yhteen potilaan hoidon ja toteutuksen. Vaikka hoitosuunnitelma on tehty ammattilaisen ja potilaan yhdessä laadittavaksi, voi lääkäri kuitenkin päättää lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja hoidosta. Potilas voi myös kieltäytyä suositellusta hoitomuodosta, jolloin potilas saa hoitoa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hoidon tarve ja tavoite, toteutus ja keinot, työnjako, seuranta, hoidon arviointi sekä diagnoosi- ja lääkelista. Olisi myös suositeltavaa nimetä hoitosuunnitelmaa koordinoiva vastuuhenkilö. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2011: 18.)

Mielenterveyspalveluita käyttävillä potilailla tulee olla kokonaisvastuu terveydestään. Terveydenhuollon ammattilaisten tulee huomioida tämä tarjotessa hoitovaihtoehtoja ja ollessa vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa. Sen sijaan, että mielenterveyspotilaat olisivat passiivisia hahmoja hoidossaan, tulee heidän voida työskennellä yhdessä ammattilaisten kanssa. Tehdessä hoitosuunnitelmaa mielenterveyspalveluita käyttävän potilaan kanssa yhdessä, voivat potilaat tunnistaa miten elää itsenäistä elämää, jossa on mahdollista saavuttaa omat tavoitteet ja toiveet. On suositeltua, että hoitosuunnitelma kirjataan ylös ja siitä annetaan potilaalle oma kopio. Potilaan kanssa on myös hyvä sopia uusi ajankohta hoitosuunnitelman päivittämiseksi. Akuuttihoidon tarpeessa olevalle potilaalle tulee laatia kriisisuunnitelma, joka sisällytetään hoitosuunnitelmaan. Kriisisuunnitelma auttaa potilaita tunnistamaan varhaisia muutoksia voinnissaan, tapoja saada tukea voinnin heikentymisen ehkäisemiseksi ja listata ylös selviytymiskeinoja. (NICE 2019.)

Terveydenhuollossa asioivien asiakkaiden osallistumisen puute toistuu kaikkialla maailmassa. Hoitosuunnitelma on alun perin terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettu työväline, jonka avulla voi tehdä yhteistyötä terveyspalveluiden asiakkaiden kanssa. Se on tietyllä tavalla näyttöön perustuvan tietopohjan ulkopuolella, sillä yhdessä tehdyn hoitosuunnitelman vaikutusta asiakkaiden kokemuksiin hoidostaan ei tunneta tarpeeksi. Iso-Britanniassa kunnallisissa mielenterveyspalveluissa toteutettu vuosittaisen asiakaspalautekyselyn (Mental Health Survey) mukaan vuonna 2022 vain 55 % potilaista koki, että heidät on otettu mukaan hoitonsa suunnitteluun niin paljon kuin olisivat halunneet. (Kemp & Doyle & Turner & Hemingway 2024.)

Brooks (2017) ym. tutkimuksen mukaan suurin osa mielenterveyspalveluita käyttävistä potilaita tai hoitajista ei ollut nähnyt hoitosuunnitelmaa tai ollut mukana sen tekemisessä. Ne potilaat, jotka olivat nähneet hoitosuunnitelmansa, eivät pitäneet sitä hyödyllisenä mielenterveysongelmiensa hallinnassa tai toipumisprosessissa. Koettiin, että hoitosuunnitelman tekeminen on tärkeää ammattilaisille ja lähes merkityksetöntä potilaiden jokapäiväisessä elämässä. Potilaiden sijasta hoitosuunnitelman nähtiin asettavan etusijalle organisaation ja riskienhallinnan tavoitteet. Hoidon suunnittelu perustuu perinteisesti monitieteiseen palveluntarjontaan, jonka tavoitteena on täyttää potilaiden kokonaisvaltaiset tarpeet. Ammattilaiset kuitenkin kokivat olemassa olevien palveluiden olevan pirstaloituneita ja rajallisilla resursseilla hoidon kokonaisvaltaisen toteuttamisen olevan käytännössä vaikeaa. Tutkimuksessa nähtiin, että hoitosuunnitelma saataisiin paremmin osaksi potilaiden jokapäiväistä elämää, jos



hoidossa lähdeittäisiin riskien hallinnan sijaan liikkeelle potilaiden kokonaisvaltaisesta tarpeisen kartoittamisesta. Tätä edistää mm. avoin keskustelu potilaiden ja ammattilaisten välillä. (Brooks & Lovell & Bee & Sanders 2017.)

Potilaat kuitenkin ovat tutkimusten mukaan tyytyväisempiä hoitoonsa, kun hoito on koordinoitua ja hoitosuunnitelma on heille selkeä (Stamboglis & Jacobs 2020). Tämä tuli ilmi meta-analyysissä, jonka mukaan hoitosuunnitelmalla oli suuri positiivinen vaikutus potilastyytyväisyyteen ja pieni positiivinen vaikutus psykiatrisiin oireisiin (Lim ym. 2021). Suomessa THL:n mielenterveys- ja päihdepalveluiden kyselyssä oli havaittavissa samansuuntainen ilmiö: potilaiden asiakastyytyväisyys on havaittu olevan matalampaa silloin, kun potilaat kokivat, etteivät heitä ole otettu mukaan hoitosuunnitelman tekoon tai ei tiennyt hoitosuunnitelman olemassaolosta. (Viertö ym. 2023: 1658.)

Yhteistä keskustelua hoitosuunnitelmasta helpottaa hoitotaholta tuleva rehellisyys esim. eri hoitovaihtoehtoista ja lääkkeistä mahdollisesti tulevien haittavaikutusten suhteen. Hoitotiimin lämmin ja kiinnostunut asenne potilasta kohtaan sekä potilaan tunteiden ottaminen todesta auttavat luomaan luotettavan ja avoimen ilmapiirin. Myös potilailta voidaan odottaa esim. hoitoon sitoutumista ja oireista rehellisesti kertomista, jotta hoitosuunnitelma ja siitä yhteisesti keskusteleminen on hyödyllistä. Avoin keskustelu hoitovaihtoehtoista tulisikin käydä heti, kun potilaan vointi sen sallii, sillä sen on nähty vaikuttavan positiivisesti hoidon onnistumiseen. (Mucci & Kawolh & Maria & Wooller 2020.)

Hoitosuunnitelma kuvataan toistuvasti hoidon keskeisenä kulmakivenä ja vaatimuksena potilaan hoidon toteuttamiseen ja seurantaan. Ohjeet kuitenkin kertovat useimmiten vain sen, että hoitosuunnitelma tulee olla olemassa, mutta sisältöä ei ole tarkemmin määritelty. (Kemp ym. 2024.)

### 2.1.1 Potilaslähtöisyys

Jo vuonna 1969 potilaslähtöisyyttä on kuvattu ”potilaan ymmärtämisenä ainutlaatuisena ihmisenä” ja sitä lähtien se on ollut kehittyvä ja monipuolinen käsite (Santana ym. 2018). Käsitteen monipuolisuus tekee siitä kuitenkin haastavan tarkastella ja sen merkitys vaihtelee eri kliinisissä ja sosiaalisissa yhteyksissä saaden monia merkityksiä ja käyttötarkoituksia. Kuitenkin potilaslähtöisyys on ollut viime vuosikymmenien ajan tärkeä osa hoitotyötä. (Fumagalli ym. 2015.)

Yhden määritelmän mukaan potilaslähtöisyys on terveydenhuollossa keskeinen arvo ja kaiken toiminnan lähtökohta. Potilaan toiveet ja tarpeet tulee huomioiduksi ja potilas saa yksilöllistä hoitoa sekä riittävästi tietoa omasta voinnistaan, hoidostaan sekä saa mahdollisuuden osallistua tasavertaisesti ammattilaisten kanssa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Holoppa ym. 2019.) Potilaslähtöisyyttä voi kuvata myös termillä ”potilaan voimaantuminen” (patient empowerment), jolla tarkoitetaan ihmisen kykyä saada ymmärrystä ja hallinnantunnetta henkilökohtaisiin, sosiaalisiin, taloudellisiin ja poliittisiin teemoihin ryhtyäkseen aktiiviseksi toimijaksi elämässään (Fumagalli ym. 2015).

Taustalla on ajatus siitä, että potilaslähtöinen lähestymistapa tekee nykyisistä jo käytössä olevista hoitomuodoista tehokkaampia, kun potilas otetaan mukaan tekemään päätöksiä omasta hoidostaan (Fumagalli ym. 2015). Tutkimukset osoittavat, että potilaslähtöinen hoito on tehokasta parantamaan hoidon tuloksia useiden eri sairauksien osalta (esim. verenpainetauti, diabetes ja masennuksen ennaltaehkäisy). Lisäksi se parantaa ammattilaisen ja potilaan välistä kommunikaatiota ja lisää potilaan hoitomotivaatiota. (Nagpal & Souza & da Silva & Adamo 2021.)

Potilaan tarpeet huomioiva ja sen ympärille rakentuva ympäristö on yksi potilaslähtöisen työskentelyn kulmakivistä. Mukava ja tervetullut ilmapiiri sekä ympäristö, jossa potilaan tekemiä valintoja kunnioitetaan, vaikuttaa myönteisesti hoidon tuloksiin. (Santana ym. 2018.) Apua hakevan potilaan kunnioittava ja sensitiivinen kohtaaminen myös auttaa vähentämään mielenterveyspalveluihin liittyvää stigmaa (NICE 2019).

Potilaslähtöisyyden on tunnistettu hillitsevän myös hoidon taloudellisia kustannuksia pitkällä aikavälillä, sillä hoidon kustannukset kohdistuvat siihen hoitomuotoon, jota potilaat toivovat ja arvostavat eniten. Kun potilaat ovat tietoisempia hoitovaihtoehtoista, voivat he valita vähemmän invasiivisia ja edullisempia hoitomuotoja sekä päivystyspalveluiden käyttö saattaa vähentyä. (Santana ym. 2018.)

### 2.1.2 Jaettu päätöksenteko

Suomessa terveydenhuollon kustannusten on huomioitu kasvavan nopeammin kuin bruttokansantuote. Tämän vuoksi on kiinnitetty huomiota tarpeettomiin hoitokäytäntöihin, jotka kuluttavat monella alueella niukkoja terveydenhuollon resursseja heikentäen samalla myös potilaiden palvelun laatua. On myös todettu, että

potilaiden osallisuutta hoitoaan koskeviin päätöksiin tulee lisätä. (Kankaanpää & Komulainen & Ruusuvuori & Saranto & Turpeinen 2021: 2.)

Prosessia, jossa potilas ja hoitotiimiin kuuluvat henkilöt pohtivat yhdessä hoitovaihtoehtoja ja päättävät hoidon suunnitelman, kutsutaan jaetuksi päätöksenteoksi. Vaikka jaetulle päätöksenteolle on tehty erilaisia, usein toisistaan poikkeavia malleja, on niissä neljä yhteistä piirrettä:

1. Osallistujia on vähintään kaksi (potilas + ammattilainen)
2. Kaikki osallistujat jakavat tietoa
3. Toiminnassa pyritään yhteisymmärrykseen
4. Hoidon suunnitelmasta päätetään yhdessä. (Nukari & Absetz & Louhiala 2023.)

Suomessa vastaanottokäynnit ovat perinteisen terveydenhuollon palvelumallissa ainoa keino välittää tietoa hoitovaihtoehtoista ammattilaiselta potilaalle sellaisessa muodossa, joka hyödyttää potilasta. Tämä tarkoittaa myös sitä, että vastaanottotilanne on ainoa väylä myös potilaalle tulla kuulluksi hoitoon liittyvien näkökulmien ja omien arvojen välittämiseksi hoitoon osallistuville ammattilaisille. Kansainvälisesti erilaisia jaetun päätöksen teon välineitä on käytössä, mutta Suomessa hyvin niukasti. (Kankaanpää ym. 2021: 4.)

Suomessa on parhaillaan käynnissä PROSHADE-hanke, jossa kehitetään mm. potilaiden tuottaman tiedon käyttöä päätöksenteossa sekä vuorovaikutusta ja jaettua päätöksentekoa. Hankkeeseen osallistuu useita sairaanhoitopiirejä sekä perusterveydenhuollon yksiköitä eri puolilta Suomea. Tavoitteena tutkimuksessa on kehittää työkaluja, joilla päätöksentekoon osallistumista ja tutkimustiedon käyttöä voidaan parantaa terveydenhuollossa. (PROSHADE 2024.)

Jaettu päätöksenteko ei siis ole rutiininomaisesti käytössä psykiatrialla, vaikka se nähdään eettisesti oikeana niin ammattilaisten kuin myös psykoottisesta häiriöistä kärsivien potilaiden taholta. Tutkimusten mukaan psykoosipotilaat ovat raportoineet vähäisempää jaettua päätöksentekoa kuin muut mielenterveydenhäiriöistä kärsivät. On havaittu, että terveydenhuollon ammattilaiset pitävät psykoosipotilaiden päätöksentekokykyä matalana. Myös työssä koettu kiire ja vähäiset resurssit vaikuttavat jaetun päätöksenteon vähäiseen käyttöön. Osa potilaista ei myöskään ole

ollut kiinnostunut osallistumaan hoitonsa suunnitteluun, jonka vuoksi heidän toiveensa ei ole tullut kuulluksi hoidon suunnitelmaa tehtäessä. (Haugom ym. 2023.)

Potilaslähtöinen toiminta ja luotettavuus nousevat toiminnan keskiöön lisäämällä potilaiden osallistumista hoitoon liittyvien päätösten teossa. Lisäksi pystytään paremmin huomioimaan sitä, miten sairaus näkyy potilaan jokapäiväisessä arjessa, mitä asioita potilas arvostaa ja pitää merkityksellisenä sekä millaisia odotuksia potilaalla on hoidosta. (Kankaanpää ym. 2021: 7–8.)

Tärkeää olisikin tunnustaa niin ammattilaisen kuin myös potilaan panos päätöksentekoprosessiin hoitosuunnitelmaa tehdessä. Ammattilaiset ovat sairauden hoidon asiantuntijoita, kun taas psykoosipotilaat ovat asiantuntijoita oman itsensä ja parhaaksi kokemansa hoidon suhteen. Vaikka tutkimusten mukaan ammattilaiset pitävät jaettua päätöksen tekoa potilaan hoidon suhteen tärkeänä asiana, ei sitä kuitenkaan tapahdu rutiininomaisesti useiden eri tekijöiden vuoksi. Tunnistettuja haittaavia tekijöitä yhteiselle päätöksenteolle on potilaan heikko näkemys tarvitsemastaan hoidosta, päätöksentekokyvyn puute, yhteiskunnalliset ja kulttuuriset käsitykset psykiatrisista häiriöistä sekä osin virheelliset uskomukset hoidon vaikutuksesta potilaiden elämään sairauden kanssa. (Mucci & Kawolh & Maria & Wooller 2020.)

## 2.2 Psykoosisairaudet

Ajoittain havaittavia kuuloharhoja ja ajattelua, jossa on paranoidisia piirteitä, esiintyy yleisväestöstä jopa noin 30 %. 4–5 % väestöstä on taas havaittavissa ohimeneviä, kapea-alaisia psykoosia muistuttavia tiloja. Lyhytkestoiset ja ohimenevät psykoosit eivät tarkoita automaattisesti prosessisairautta, kuten skitsofreniaa, vaan psykoosi voi laueta kuormittavassa elämäntilanteessa esim. synnytyksen jälkeen. Oireyhtymänä psykoosista puhutaan silloin, kun oireet ovat kestäneet pidemmän ajallisen jakson ja täyttää muutenkin häiriölle asetetut diagnostiset kriteerit. Hoitamaton psykoosi on keskushermostolle haitallinen tila ja pidempi viive hoidon saannissa ennustaa myös huonompaa ennustetta toipumisesta. Siksi psykoosien tunnistaminen on tärkeää jo terveydenhuollon perustason palveluissa. (Moilanen 2013.)

Yksi määrittelevin piirre psykoosisairauksissa on aistiharhat, joita voidaan kutsua psykoottisiksi oireiksi (Arciniegas 2015). Psykoosiin liittyy henkilön todellisuudentajun heikentymistä sekä vaikeuksia erottaa mikä on totta ja mikä ei. Erityyppiset harha-

aistimukset, harhaluulot, suhtauttamisharhaluulot ja merkityselämykset ovat tyypillisiä psykoottisia oireita. Esimerkiksi stressaava elämäntilanne saattaa aiheuttaa monille ihmisille erilaisia aistikokemusten vääristymistä ilman, että kyseessä on kuitenkaan psykoottisuus, sillä ihminen ymmärtää tällöin aistiensa vääristymisen. Psykoottisena sama aistikokemus taas koetaan todellisena ilmiönä, jota ihminen ei kyseenalaista. Täysin epälooginen, hajanainen, seikkaperäinen ja yksityiskohtiin keskittyvä puhe tai eriskummallinen käytös voi olla myös psykoottiseksi määriteltävää, vaikka ihmisellä ei ilmenisikään varsinaisia harha-aistimuksia tai harhaluuloja. (Huttunen 2018.)

Skitsofrenia on psykoosisairauksista yleisin. Suomessa skitsofrenian elämänaikainen esiintyvyys Suomessa on noin yksi prosentti. Sairauden oireet esiintyvät yleensä jaksoittain, mutta joillakin oireita voi olla myös jatkuvia. (Lönngqvist & Henriksson & Marttunen & Partonen 2021: 199.)

Diagnosoidessa skitsofreniaa kiinnitetään huomiota harhaluuloihin, aistiharhoihin, hajanaiseen puheeseen ja käytökseen, katatoniaan ja negatiivisiin oireisiin. Myös kognitiivisen toimintakyvyn ongelmat ja mielialaoireet ovat yleisiä ja hoidon kannalta merkityksellisiä oireita. (Lönngqvist ym. 2021: 205.) Oireet voidaan jakaa karkeasti positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiiviset oireet muuttavat ihmisen todellisuuden tajua, kun negatiiviset oireet taas heikentävät toimintakykyä. Toimintakyvyn heikkeneminen voi näkyä mm. sosiaalisena vetäytymisenä, tahdottomuutena ja päivärytmin katoamisena. Kun negatiiviset oireet yhdistetään kognitiivisiin oireisiin huonontavat ne mahdollisuutta opiskella ja pärjätä työelämässä. (Chan 2017.)

Psykoosisairauksiin voi myös kuulua mielialaoireita joko samanaikaisesti kuin psykoottisia oireita tai sairauden eri vaiheissa. Jos mielialaoireet täyttävät masennus- tai maniajakson diagnostiset kriteerit, voi kyse olla skitsoaffektiivisestä häiriöstä. Huomioitavaa on kuitenkin se, että harhaluuloja tai aistiharhoja on täytynyt esiintyä vähintään kahden viikon ajan ilman merkittäviä mielialaoireita. (Malaspina ym. 2013.)

### 2.3 Psykoosisairauksien hoito- ja kuntoutus

Kuntoutuksen voidaan kuvata olevan sairauden oireita korjaavaa tai palauttavaa, toimintakyvyn haasteita ehkäisevää tai kroonistuneissa sairauksissa voidaan pyrkiä minimoimaan haittoja (Lönngqvist ym. 2021: 239).

Hoito tapahtuu pääosin psykiatrisessa avohoidossa. Hoitoa toteuttaa moniammatillinen työryhmä. (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022.) Sairaalahoido psykoosin hoidossa tulee kyseeseen silloin, kun potilas on avoimen psykoottinen, sairautentunnoton ja hoitamatta jättäminen pahentaisi potilaan tai muiden henkilöiden terveyttä ja turvallisuutta. Toisin sanoen avohoidon keinot ovat riittämättömiä. Hoito pyritään toteuttamaan vapaaehtoisena, mutta henkilö voidaan myös määrätä hoitoon tahdosta riippumatta. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 8.)

Kuntoutus on pitkä, useita vuosiakin kestävä monivaiheinen prosessi. Osa potilaista saattaa suhtautua kuntoutukseen haluttomasti ja motivaation herääminen saattaa viedä oman aikansa. Tällöin tulisi mahdollisuuksien mukaan pyrkiä pitämään potilaan kanssa jonkinlainen hoitokontakti voimassa, jotta kuntoutusvalmius pystytään tunnistamaan sen herätessä. Kuntoutuksen tavoitteen tulee olla potilaan asettaman, mahdollisimman autonominen ja potilaalle merkityksellinen sairaudesta huolimatta. (Lönqvist ym. 2021: 241–242) Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksessa mainitaan ensimmäisenä hoitomuotona hoitosuunnitelma, jolle antaa suuntaa moniammatillisen työryhmän tutkimus ja potilaan yksilölliset tarpeet. Yhteinen vuorovaikutus ammattilaisen ja potilaan välillä hoitosuunnitelmaa tehtäessä kuvataan tärkeänä psykososiaalisena interventiona. (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022.)

### 2.3.1 Lääkehoito

Lääkitys on tärkeä osa hoitoa ja päätös lääkityksen aloittamisesta tulisi tehdä aina yhdessä potilaan kanssa. Parasta hoitomyöntyvyyttä tukevat mm. potilaalle ja tämän läheisille annettu riittävä psykoedukaatio lääkehoidosta, motivoivan haastattelun keinot, haittavaikutusten minimoiminen ja vertaistuen/kokemusasiantuntijoiden hyödyntämisen hoidon aikana. (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022.)

Tutkimusten mukaan Suomessa käytettävät antipsykootit ovat tehokkaita skitsofrenian akuuttivaiheen hoidossa sekä pitkäaikaisessa käytössä. Akuuttivaiheessa lääkehoidossa on käytössä yleensä suuremmat lääkeannokset kuin mitä pitkäaikaishoidossa. Pitkävaikutteisen injektio-lääkityksen on todettu tehokkaasti vähentävän psykiatrisia sairaalahoidoja ja yleensä injektio-lääkitystä harkitaankin silloin, kun huomioidaan potilaan olevan sairautentunnoton tai potilas käyttää suosituksista huolimatta aktiivisesti päihteitä. (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022.)

Monet potilaista saattavatkin tunnistaa lääkkeistä tulevan hyötyä, mutta huoli haittavaikutuksien vaikutuksesta elämänlaatuun ja sosiaaliseen toimintakykyyn ovat yleisiä (Morant & Kaminskiy 2015). Skitsofreniapotilaiden hoitoon sitoutuminen on heikohkoa, sillä vain noin 50–60 % potilaista sitoutuu lääkehoitoon. Hoitoon sitoutuminen usein määritellään lääkärin antamien hoitosuosituksien noudattamiseksi olettaen, että potilas on ollut jonkinlaisessa yhteisymmärryksessä lääkehoidosta keskusteltaessa. Vuosina 2013–2014 Espanjassa tutkittiin jaetun päätöksenteon vaikutusta lääkehoitoon sitoutumiseen. Tutkimukseen osallistui 967 aikuispotilasta, joilla oli diagnosoitu skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennus, ahdistuneisuushäiriö tai jokin persoonallisuushäiriö. Potilaat, jotka kokivat tullessa kuulluksi hoidon suunnittelussa, raportoivat korkeampaa hoitoon sitoutumista kuin potilaat, jotka asettuivat passiiviseen rooliin hoitokokouksissa. (De las Cuevas & Peñate & De Riviera 2014.)

### 2.3.2 Psykososiaalinen hoito

Skitsofreniaan liittyy toimintakyvyn heikkenemistä, jonka vuoksi lääkehoidon lisäksi psykososiaaliset menetelmät ovat myös hoidossa keskeisiä. Psykososiaalinen hoito pyrkii myös vähentämään toiminnallisten ja sosiaalisten taitojen haittoja, edistämään potilaiden omatoimisuutta ja oireiden hallintaa sekä sitouttaa paremmin hoitoon. Hoitokustannukset myös pienevät, kun lääkehoidon lisäksi potilas saa psykososiaalista hoitoa. (Hiekkala-Tiusanen & Halunen & Mehtälä & Kiesepä 2019.)

Psykososiaalisen kuntoutuksen valinta ja tarve määräytyvät potilaan sen hetkisen psyykkisen voinnin ja toimintakyvyn mukaisesti. Usein potilailla saattaakin esiintyä samanaikaisesti useita tarpeita, jotka vaativat suunnitelmallista hoitoa ja kuntoutusta, jolloin on tärkeää keskittyä luomaan hoidosta toisiaan tukeva kokonaisuus. Kuntoutus on erityisen tärkeää psykoosisairauden (ensipsykoosi) alussa, jotta vältetään toimintakyvyn lasku ja sairauden akuutin vaiheen uusiutuminen. (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022.)

Psykoedukaatio on tärkeää heti hoidon alusta lähtien ja se sisältää mm. tiedon jakamista sairaudesta, hoidosta ja toipumisesta. Potilaan kanssa tulee myös yhdessä miettiä varhaisia psykoosin uusiutumisen oireita sekä miten tällaisessa tilanteessa olisi paras toimia. (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022.) Olennainen asia psykoedukaatioissa ei olekaan pelkkä tiedon antaminen sairaudesta oireineen, vaan

tärkeää on keskinäisen yhteistyösuhteen luominen ja tiedon jakaminen potilaan, ammattilaisen sekä potilaan omaisten välillä. Psykoedukaatiota voi antaa yksilökäynneillä, mutta myös ryhmämuotoisena, jolloin potilas voi kokea vertaistukea. (Lönnqvist ym. 2021: 243).

Potilaan perheelle annettavat interventiot myös pienentävät psykoosin uusiutumisen riskiä. Koulutuksellinen perheterapia on tutkimuksissa nähty myönteisenä menetelmänä ja psykoedukaatio yhdistettynä perhetyöhön on menetelmänä yksi vaikuttavimmista. Menetelmänä perhetapaamisilla on avoimen dialogin menetelmä, jonka avulla jokaisen läsnäolijan puheenvuoro on yhtä tärkeä ja tavoitteena on löytää yhdessä keinoja haasteena nähdyn tilanteen ratkaisemiseksi. Jos potilas kokee vaikeana sanoittaa tilanteessa omia ajatuksiaan ja tunteitaan, voi perhe pohtia ääneen potilaan mahdollisia ajatuksia ja näin saada potilaan helpommin mukaan keskusteluun. (Lönnqvist ym. 2021: 243).

Psykoosisairaus ei automaattisesti estä potilaan työntekoa ja jokaisen potilaan kohdalla olisikin suositeltavaa selvittää mahdollisuus tukea potilaan toimintakykyä esimerkiksi ammatillisen kuntoutuksen tai muun tuetun työnteon keinoin. Sosiaalisen toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen on usein myös osana psykoosipotilaan kuntoutusta. Sosiaalisen vuorovaikutuksen taitoja voidaan parantaa sosiaalisen kognition harjoitusohjelmilla (SCIT), jotka voivat olla niin yksilö- kuin myös ryhmämuotoisia. (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022.) Suomessa käytössä oleva MATTI-kuntoutus on eräs psykososiaalisen kuntoutuksen malli, jossa pyrkimyksenä on vähentää skitsofreniaan liittyvien kognitiivisten häiriöiden ja toimintakyvynvajeet (Tiusanen 2015: 1–2).

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävä**

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa hoitosuunnitelmasta ja potilaslähtöisyydestä hoito- ja kuntoutussuunnitelmaoppaan kehittämiseksi psykoosipoliklinikan potilaiden käyttöön. Tavoitteena on edistää potilaiden parempaa tietoisuutta hoitosuunnitelmasta ja osallistaa potilaita aktiivisiksi toimijoiksi hoitonsa suunnitteluun. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa hoito- ja kuntoutussuunnitelmaopas Helsingin kaupungin psykoosipalveluiden käyttöön.



#### 4 Tutkimuksellinen kehittämistyö

Menetelmäksi tähän opinnäytetyöhön on valittu tutkimuksellinen kehittämistyö toimintatutkimuksen suuntauksella, sillä opinnäytetyön tavoitteena on kehittää potilasopas psykoosipoliklinikan ammattilaisten ja potilaiden käyttöön. Tällä hetkellä käytössä ei ole selkeää työkalua potilaan osallistamiseksi hoitonsa suunnitteluun.

Toiminta, joka tähtää selkeästi muodostettua tavoitetta kohti, on kehittämistä. Kehittämisen laajuus myös vaihtelee. Joskus se voi olla pelkästään yhteen toimintatapaan ja organisaatioon keskittyvää ja joskus taas keskittyä suurempana kokonaisuutena toimintarakenteen kehittämiseen koskien useita organisaatioita ja muita toimijoita. Toisaalta yksikkökohtainenkin kehittäminen voi tähdätä niin toimintatapojen kuin myös rakenteiden kehittämiseen. Uusien ratkaisujen pohtiminen, ideoiminen sekä niiden jalkauttaminen ja vakiinnuttaminen ovat kehittämisen sisältöä, joka toisin sanoen tarkoittaa nykyhetkellä käytössä olevien asioiden korjaamista ja parantamista. (Toikko & Rantanen 2009: 14–16.)

Tutkimuksellisen kehittämisen käsite on väljä yleiskäsite kuvailemaan tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhteyttä, jossa käytännöstä esiin tulleet haasteet ja sen pohjalta heränneet kysymykset ohjaavat tiedonhakua ja sen tuottamista. (Toikko & Rantanen 2009: 21–22.) Kehittämistyön taustalla on jokin ilmiö, prosessi tai asiantila, jota halutaan parantaa kehittämisen tai muutoksen kautta. Tavoitteena on saada muutos entiseen, jonka kohteena on vain kehittämisen kohteena ollut ilmiö. Kuten muutkin opinnäytetyön menetelmät, myös kehittämistyö lähtee liikkeelle tutkittavaan ilmiöön perehtymisestä ja siihen, millaista tietoa aiheesta löytyy. (Kananen 2012: 42–43, 47.)

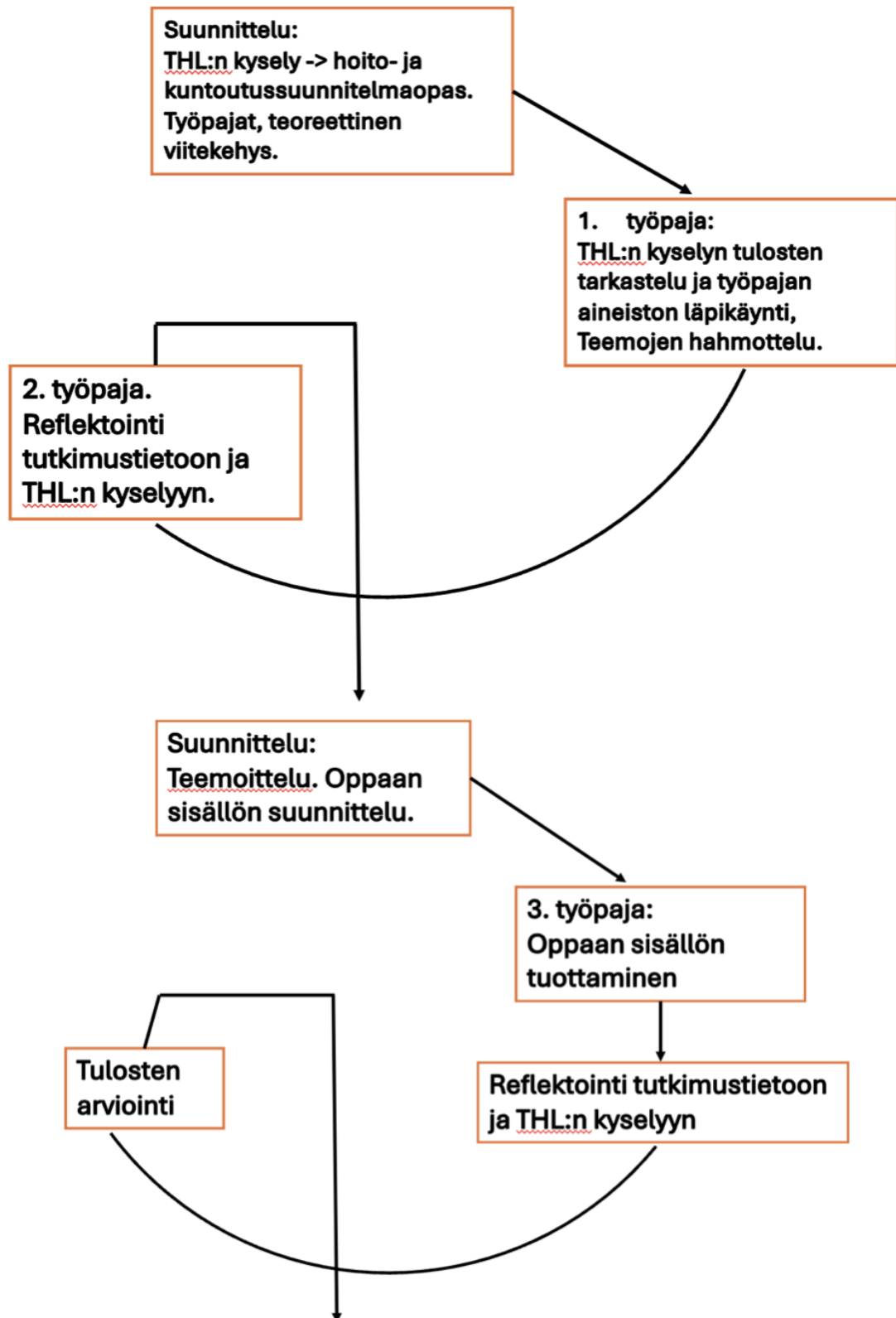
Toimintatutkimuksella yritetään muuttaa sillä hetkellä käytössä olevia käytäntöjä etsimällä ratkaisuja huomioituihin ongelmiin. Aineiston ja sen kautta uuden tutkimuksellisen tiedon tuotto luovat pohjan myös toimintatutkimuksessa. Tämän avulla pyritään mahdollisimman reaaliaikaisesti luomaan muutosta edistämällä tai parantamalla tutkimuksen kohdetta tavalla tai toisella. (Kuula 2006.) Teoria ja käytäntö yhdistyvät toimintatutkimusta tehdessä, jolloin on nähtävissä useita kokeilevia vaiheita suunnittelusta toteutukseen. Havainnot tutkimusprosessin aikana ohjaajat etenemistä, jonka vuoksi toimintatutkimuksellista prosessia ei useinkaan voi etukäteen suunnitella erityisen tarkasti. (Toikko & Rantanen 2009: 28.)

Menetelmien moninaisuus onkin kehittämistyössä keskeinen piirre, sillä eri menetelmät tuottavat erilaista tietoa, monenlaisia näkökulmia ja ideoita. Valittaessa menetelmää on syytä kiinnittää huomiota mitä tietoa tarvitaan kehittämisen pohjaksi ja millaiseen tarkoitukseen tietoa on tarkoitus käyttää. Yleistä on myös kehittämisen tekeminen osana ryhmää tai yhteisöä. Monipuolisten menetelmien käyttö saa aikaan sen, ettei laadullisten ja määrällisten tutkimusten erot nouse enää niin tärkeiksi seikoiksi. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009: 40.)

#### 4.1 Prosessi kehittämistyön taustalla

Tutkimuksellinen kehittäminen on prosessi, joka etenee vaiheesta toiseen. Selkeät vaiheet auttavat hahmottamaan jokaiseen vaiheeseen kuuluvat asiat järjestelmällisesti ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009: 22.)

Koska tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittäminen toimintatutkimuksen suuntauksella, käytetään prosessin vaiheiden kuvailussa spiraalimallia. Spiraalimainen rakenne liittyy kehittämisprosessin etenemiseen jatkuvana syklinä, joka asettaa prosessin edetessä syntyneet tulokset aina kerta toisensa jälkeen uudelleen arvioinnin alle. Prosessin kehät eivät etene suoraan eteen kuten lineaarisessa mallissa, vaan kehät synnyttävät uusia, peräkkäin toteutettuja kehiä. Spiraalimalli kuvastaa toimintatutkimuksessa näkyvää konkreettisen toiminnan, suunnittelun ja arvioinnin välistä vuorovaikutusta keskenään ja niiden vaihtumista projektia tehdessä. (Toikko & Rantanen 2009: 66.)



Kuvio 1. Kehittämisprosessi kuvattuna spiraalimallina. (Toikko & Rantanen 2009: 66 mukaillen.)

#### 4.1.1 Vaihe 1: Suunnittelu

Lähtökohta kehittämistyölle on kehittämiskohteen tunnistaminen ja tarkoituksenmukaisen tavoitteen määrittäminen. Kehittämistoiminnan pohjana on tutkittuun tietoon perustuminen. (Salonen & Eloranta & Hautala & Kinos 2017: 60.) Kehittämiskohteesta tehdään tiedonhakua, jotta saadaan muodostettua teoreettinen viitekehys. Valittu tieto muodostaa merkityksen suhteessa kehityshankkeeseen. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009: 24–25.)

Suunnitteluvaiheeseen kuuluu myös toiminnan organisointia, joka perustuu asetetun tavoitteen hyväksyntään ja virallistamiseen. Kehittämistoiminnan aloitus edellyttää usein yhteistä keskustelua organisaatiossa tai työyhteisössä tai informointia yhteistyötahoille. (Toikko & Rantanen 2009: 58.) Suunnitteluvaiheesta tulee tehdä myös kirjallinen suunnitelma, josta käy ilmi mm. kehittämisen tavoite, aikataulu ja sen eri vaiheet, toimijat, tutkimusmenetelmät, rahoitus, dokumentointi- ja arviointitavat sekä julkaisusuunnitelma. (Salonen & Eloranta & Hautala & Kinos 2017: 60.)

#### 4.1.2 Vaihe 2: Toteutus

Toteutusvaihe voidaan aloittaa, kun tutkimussuunnitelma on saatu valmiiksi ja hyväksytty. Eteneminen tapahtuu tehdyn suunnitelman mukaisesti vaatien samalla tekijältä paljon. Tekijän tulee olla itsenäinen, suunnitelmallinen ja pyrkiä vuorovaikuttamaan muiden kehittämistyön kannalta oleellisten ihmisten kanssa. Myös saatu vertaistuki, palaute ja ohjaus on merkityksellistä muutoksessa onnistumisen sekä tekijän ammatillisen kehityksen kannalta. Muistiinpanojen ja muun dokumentaation tekeminen on tärkeää, jotta omaa tekemistä voidaan palata tarkastelemaan viimeistään kehittämistyön viimeisessä vaiheessa eli arvioinnissa. Benchmarking, työpajat, vertaiskehittäminen, kokeileva toiminta ja Living-toiminta ovat esimerkkejä menetelmistä, joista voi käyttää toteutusvaiheessa edistämään suunnitelmallisuutta ja tavoitteiden saavuttamista. (Salonen & Eloranta & Hautala & Kinos 2017: 62.)

Ideota toteutusvaihetta koskien nousee pintaan jo suunnitteluvaiheessa, mutta on myös tyypillistä, että toteutusvaihe saattaa muuttaa alkuperäisiä ideoita tai tuoda niitä lisää uusista näkökulmista. Tärkeintä on kuitenkin pitää mielessä kehittämiselle asetettu tavoite ja pyrkiä sen saavuttamista kohti. Kaikkien ideoiden toteutus ei kuitenkaan ole mahdollista, jolloin toteutusta joudutaan rajaamaan niin, että käytössä olevat resurssit

riittävät. Toteutusvaihe onkin kehittämistyön konkreettista tekemistä, mutta siihen liittyy myös jatkuvaa tekemisen seuranta ja arviointia. (Toikko & Rantanen 2009: 59–60.)

#### 4.1.3 Vaihe 3: Arviointi

Viimeinen vaihe kehittämistyössä on arviointi. Vaikka arviointia tehdään myös muissa kehittämistyön vaiheissa, on loppuarvioinnin tarkoitus osoittaa, miten kehittämistyössä on onnistuttu ja onko asetettu tavoite saavutettu. Tarkasteltuja asioita voi olla esim. kehittämistyön suunnittelu, käytetyt menetelmät, johdonmukaisuus sekä vuorovaikutus. Arvioitaessa kehittämistyön pohjalta syntyneitä aikaansaannosta, voi arviointikriteereinä olla mm. käytettävyys, merkittävyys, toistettavuus ja sovellettavuus muihin yhteyksiin. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009: 47.) Arvioinnin voidaankin ajatella olevan kehittämistyön solmukohta, jossa kaikki kehittämisen vaiheet tulevat tarkastelun alle. Tämä tuo myös usein näkyviin keskeisten toimintatapojen muuttumisen prosessin aikana. (Toikko & Rantanen 2009: 61.)

Ei ole yhtä oikeaa tapaa tehdä arviointia. Keskeisessä osassa on kuitenkin kriittinen tarkastelu kehittämistoiminnalle suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Voidaan pohtia esimerkiksi, muuttuiko kehittämistyössä se, jonka oletettiin muuttuvan tai mitkä ovat toiminnan vaikutukset organisaatiolle ja henkilöstölle. Myös tekijän on hyvä tarkastella, mitä oppi kehittämistyön aikana ja onko toiminnassa ollut jotain, jossa kenties epäonnistunuttiin. (Salonen & Eloranta & Hautala & Kinos 2017: 64–65.)

Menetelmiä ja välineitä arvioinnin avuksi on useita. Tutkimus- ja analyysimenetelmin voidaan myös tukea kehittämistyön prosessin ja lopputuloksen arviointia. Loppuraportti on kirjallinen selostus kehittämistoiminnasta ja samalla myös kokonaiskuvaus opituista asioista. (Salonen & Eloranta & Hautala & Kinos 2017: 65.)

#### 4.2 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja järjestelmällisesti ja kuvailla tutkimusaineistoa, jonka vuoksi se on laadullisen tutkimuksen analysoinnissa perustyökalu (Kylmä & Juvakka 2007: 112.) Sisällönanalyysi on käytössä niin laadullista kuin määrällistäkin aineistoa analysoitaessa. Sitä voidaan yleisesti kuvailla tavaksi analysoida dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. Sisällönanalyysi

mahdollistaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavien kategorioiden muodostamisen sekä saa näkyväksi ilmiössä esiintyvät suhteet toisiinsa. (Kyngäs ym. 2011: 139.)

Laadullinen sisällönanalyysi alkaa niin, että tutkimuksen tekijä käy aineistot läpi useaan kertaan tarkastellen niitä erikseen, että myös kokonaisuutena. Aineistoa tulisi pyrkiä lukemaan mahdollisemman avoimesti ja riisua pois mahdollisesti aiheeseen liittyvät ennakkooajatukset ja -oletukset. Alustavia havaintoja ja muistiinpanoja voi muodostua jo tässä vaiheessa. Tekijän muodostettua alustavan kokonaiskuvan aineistosta, seuraa aineiston pilkkominen osiin. (Puusa & Juuti 2020: 357–358.)

Analyysi ja synteesi yhdistyvät laadullisen tutkimuksen analysointia tehdessä.

Tutkimusta tehdessä on tekijällä ollut aktiivinen rooli koko prosessin ajan havainnoiden ja tulkintoja tehden. Tekijän tulee purkaa havaintoja osiin ja yhdistellä toisiinsa muodostaen ilmiöstä kokonaisuutta. Havaintojen luokittelu - tulkitseminen, tarkoittaa analyysiyksiköiden ryhmittelyä kategorioihin samankaltaisuuksien mukaan.

Luokittelusta voidaan myös käyttää termiä teemoittelu, jossa keskeistä on keskittyä aineiston analyysivaiheessa tarkastelemaan aineistosta löytyviä yhteisiä piirteitä.

Säännönmukaisuuksia ja samankaltaisuuksia keskitytään havainnoimaan eri luokkien välillä yhdistellen aineistoa. (Puusa & Juuti 2020: 340, 358.) Teemoittelun tavoite on paikantaa aineistosta aiheet (teemat), jotka ovat tutkimusongelman kannalta tärkeitä (Kallinen & Kinnunen 2021).

Jotta sisällönanalyysi onnistuu, edellyttää se tekijältään kykyä pelkistää tutkimusaineisto ja muodostaa tämän pohjalta käsitteet kuvaamaan ilmiötä todenmukaisesti ja luotettavasti (Kyngäs ym. 2011: 139). Aineiston pelkistäminen ja tiivistäminen on välttämätöntä, sillä laadullinen aineisto on sellaisenaan melko hajanaista. Aineiston informaatioarvo myös lisääntyy pelkistystä tehdessä. (Puusa & Juuti 2020: 349.)

Laadullisen analyysin pari on määrällinen eli kvantitatiivinen analyysi. Siinä pyrkimyksenä on selvittää esimerkiksi asioiden syy-seuraus-suhteita tai ilmiöiden yleisyyttä tilastotiedon avulla. Tilastoja kuvaava analyysi aloittaa yleensä määrällisen analysoinnin, joka voi itsessäänkin olla tutkimuksen tavoite. Tämän jälkeen edetään tutkimuksen mukaan analysoimaan esimerkiksi riippuvuussuhteita tai yhteisvaihtelua. Myös luokittelu on mahdollista. (Koppa 2021.)

Vaikka laadullisen ja määrällisen tutkimuksen välillä on eroja, voidaan molempia suuntauksia käyttää myös samassa tutkimuksessa. Molemmilla tutkimussuuntauksilla voidaan selittää ja tulkita samaa tutkimuskohdetta eri tavoin. (Koppa 2021.) Menetelmiä voidaan yhdistää prosessin eri vaiheissa, joko vain yhdessä tai useammassa. Ne voivat kulkea myös vierekkäisinä tapoina koko prosessin ajan. (Puusa & Juuti 2020: 740.)

Tämän opinnäytetyön aineistojen analysoinnissa käytetään kokonaisuutta analysoidessa laadullisen aineiston keinoja ja osittain myös määrällisen aineiston menetelmiä. Työpaja-aineisto analysoidaan induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin teemoitellen sekä THL:n asiakaskokemuskyselyn tuloksien osalta käytetään deduktiivisia menetelmiä.

## **5 Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaoppaan kehitys**

Tässä kappaleessa kuvataan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaoppaan kehittämisen prosessia.

### **5.1 Suunnittelu ja toteutus**

Tämän opinnäytetyön idea syntyi organisaatiossa tehdyn kyselyn perusteella, joka toimi opinnäytetyölle alkukartoituksena. Organisaation toiveena oli kehittää keino lisätä potilaiden tietoisuutta hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta sekä saada jollain tapaa kannustettua heitä pohtimaan myös itse tavoitetta hoidolle. Syntyi idea jonkinlaisesta oppaasta, jota voisi käyttää niin uuden potilaan kuin myös jo hoidossa olevien potilaiden kanssa.

Suunnitteluvaiheeseen liittyi paljon tiedonhakua tietokannoista, jotta hoitosuunnitelmasta ja potilaslähtöisyydestä saatiin muodostettua laajempi kuva.

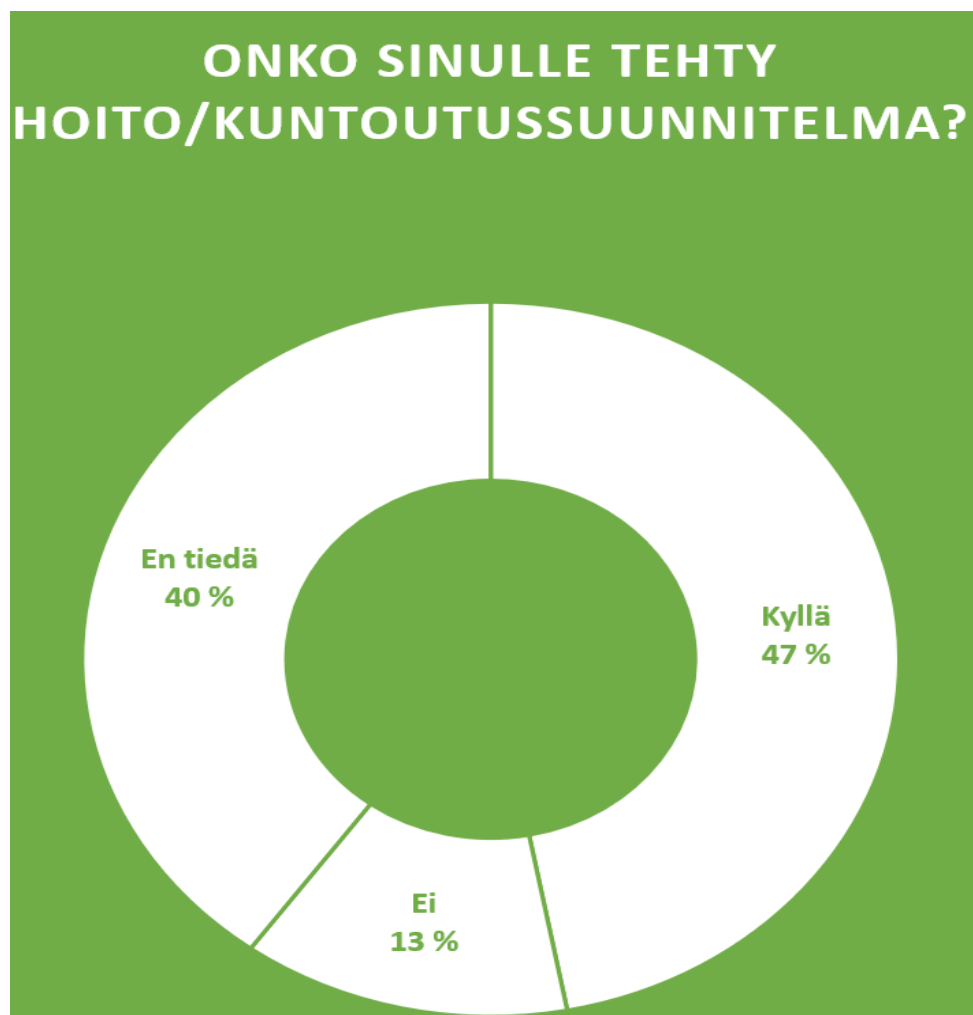
Opinnäytetyön materiaalina on käytössä THL:n psykiatrisen erikoissairaanhoidon asiakaspalautekyselyn tulokset vuodelta 2021 koskien koko Suomea sekä Helsingin neljää psykoosipoliklinikkaa (Vuosaari, Kalasatama, Laakso ja Malmi). Asiakaspalautekysely tapahtui 1.-14.11.2021 välisenä aikana asiakaspalautelomakkeita käyttäen. Helsingin psykoosipoliklinikoiden aineistona on 192 vastausta (N=192). Tässä

opinnäytetyössä tuloksia ei eritellä eri toimipisteiden mukaan vaan tarkastellaan yhdessä kaikkien psykoosipoliklinikoiden tuloksia.

Kyselyssä oli kolme kysymystä, jotka olivat tämän opinnäytetyön aiheen kannalta oleellisia tarkastella. Opinnäytetyöhön on valitut kysymykset nähtävissä Liitteessä 2. Kysymykset vastauksineen on taulukoitu ja kuvailtu alla.

#### 5.1.1 Potilaiden tietoisuus omasta hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta

Psykoosipoliklinikoiden potilaista 47 % tiesi, että hoito/kuntoutussuunnitelma on tehty. 13 % vastasi, ettei hoitosuunnitelmaa ollut tehty olleenkaan ja 40 % vastanneista ei tiennyt, oliko hoitosuunnitelmaa tehty.

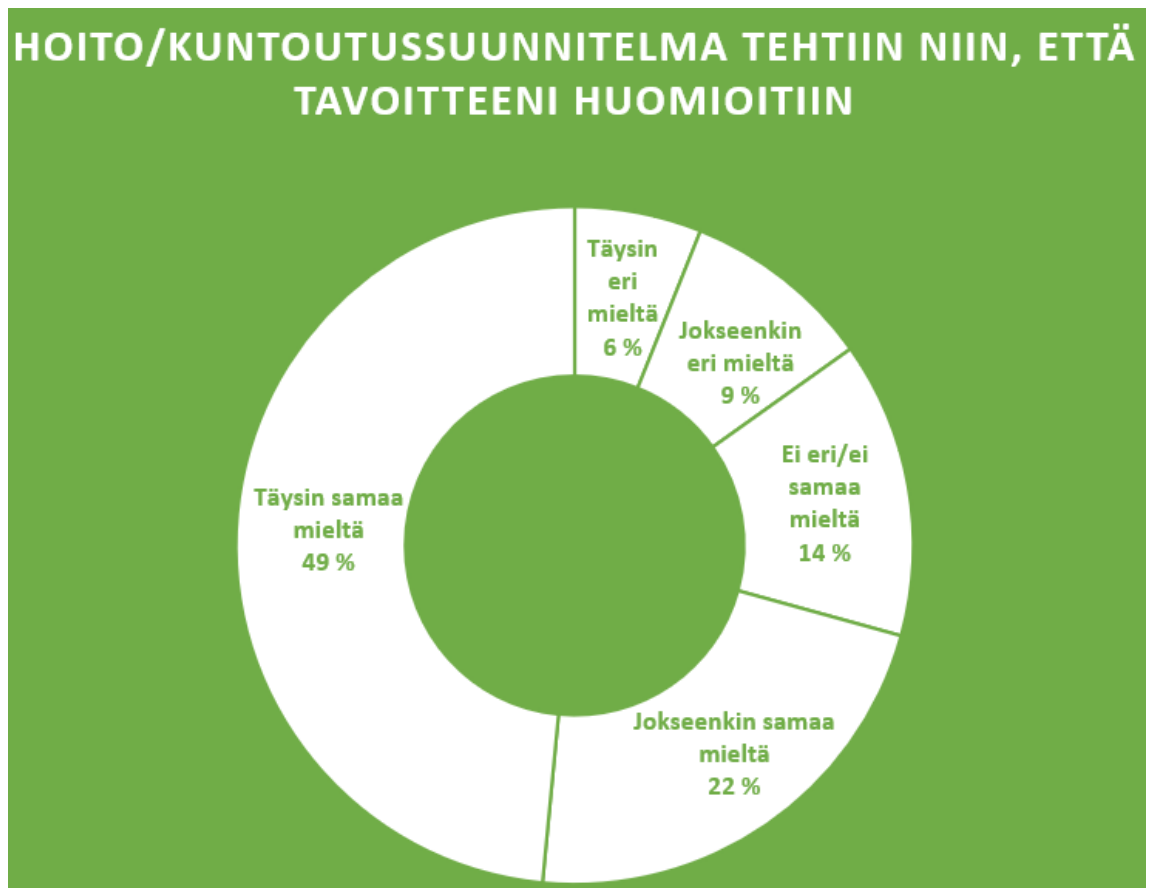


Taulukko 1. Potilaiden tietoisuus omasta hoito/kuntoutussuunnitelmastaan.



### 5.1.2 Potilaiden tavoitteiden huomioiminen

49 % vastanneista potilasta koki, että hoito/kuntoutussuunnitelmaa tehdessä tavoitteet oltiin huomioinut täysin. Jokseenkin samaa mieltä oli 22 % vastanneista. 14 % ei ollut eri/ei samaa mieltä asiasta. 9 % oli jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä taas 6 % vastaajista.

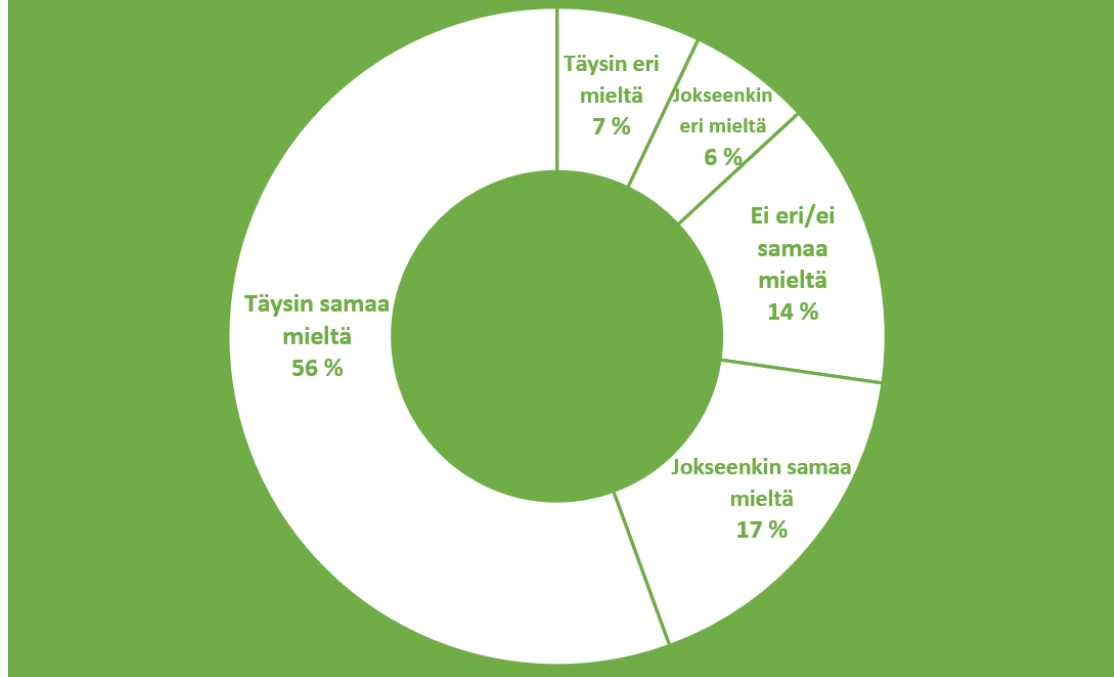


Taulukko 2. Potilaiden kokemus omien tavoitteiden huomioimisesta hoito/kuntoutussuunnitelmaa tehdessä.

### 5.1.3 Jaettu päätöksenteko hoito- ja kuntoutussuunnitelman teossa

56 % potilaista oli täysin samaa mieltä siitä, että hoidon sisällöstä sovittiin yhdessä hoito/kuntoutussuunnitelmaa tehdessä. Jokseenkin samaa mieltä oli 17 % ja ei eri/ei samaa mieltä 14 %. Jokseenkin samaa mieltä oli 6 % ja täysin eri mieltä taas 7 %.

## HOITO/KUNTOUTUSSUUNNITELMA TEHTIIN NIIN, ETTÄ HOIDON SISÄLLÖSTÄ SOVITTIIN YHDESSÄ KANSSANI



Taulukko 3. Potilaiden kokemus hoidon sisällöstä sopimisesta yhdessä heidän kanssaan.

### 5.2 Työpajat

Opinnäytetyön aikana pidettiin kolme työpajaa. Työpajassa 1 potilasoppaan suunnitteluun osallistui kokemusasiantuntijoita, jotta oppaan sisällössä tulee näkyville myös potilaan näkökulma. Syyskuun alussa 2023 Helsingin kaupungin kokemusasiantuntijoiden yhteyshenkilö lähetti sähköpostitse kutsun työpajaan rajautuen vain psykoosipuolen kokemusasiantuntijoihin. Vähäisen ilmoittautumismäärän vuoksi yhteyshenkilö lähetti kutsun uudelleen muutaman viikon kuluttua ja jakelu laajennettiin myös mielialahäiriöpuolen kokemusasiantuntijoille. Lopulta työpaja järjestettiin 20.10.2023 ja siihen oli ilmoittautunut kolme kokemusasiantuntijaa (kaksi psykoosipuolelta ja yksi mielialahäiriöpuolelta).

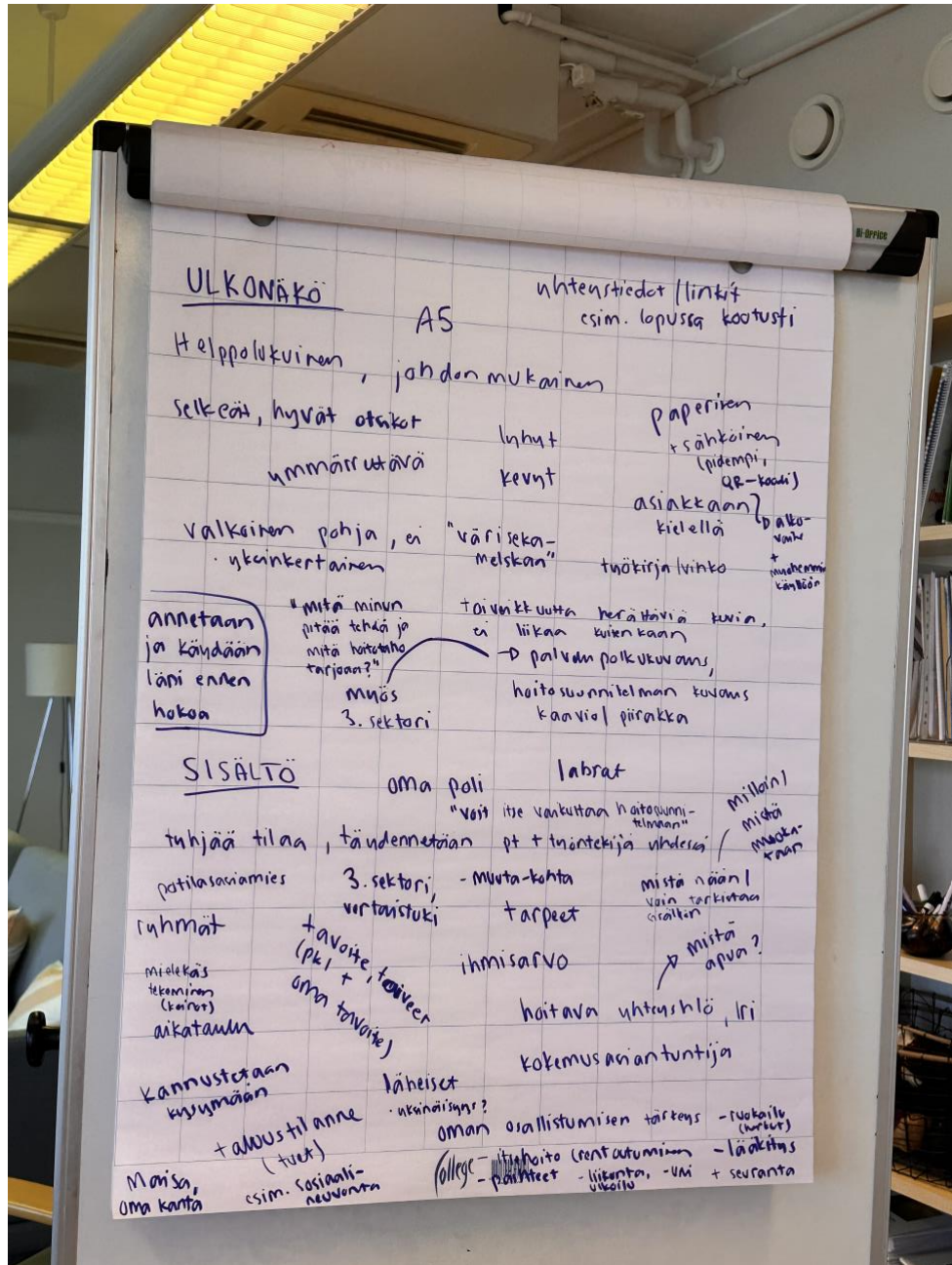
Työskentely tapahtui työpajatoimintana, joka mahdollistaa työskentelyn yhdessä etukäteen määritellyn tavoitteen saavuttamiseksi ja lopputulos syntyy ryhmän yhteisen

työn tuloksena. Työpaja on menetelmänä hyvä, sillä se antaa mahdollisuuden osallistua ja vaikuttaa sekä lisää ymmärrystä laajemmasta kokonaisuudesta. (Laamanen 2023.)

Kehittäessä uutta on luovuus keskipisteessä. Erilaisten menetelmien kautta voidaan saada aikaan uusia näkökulmia ja ratkaisuja kehittämishankkeisiin. Työkaluna työpajoissa käytettiin aivoriitä, jotta kaikki osallistujat saatiin tasapuolisesti mukaan suunnitteluun ja saatiin tuotettua paljon ideoita. Aivoriihen voidaankin sanoa olevan yksi luovan ongelmanratkaisun yleinen menetelmä tuotettaessa ideoita ryhmässä. Aivoriihikokous alkaa esivaiheella, jossa asetetaan työskentelyn tavoitteet. Ideointivaiheessa saa vapaasti ideoita ilman sen suurempia perusteluita. Ideat kirjataan ylös. Tämän jälkeen seuraa valintavaihe, jossa juuri tuotettuja ideoita tarkastellaan kriittisemmin ja arvioiden. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009: 143, 145–146.)

Työpajassa 1 kerrottiin alussa työpajan taustaa sekä tarkoitus ja tavoite sekä käytiin lyhyesti läpi THL:n kyselyn tuloksia, joiden pohjalta idea oppaasta alun perin syntyi. Kokemusasiantuntijoiden työpaja aloitettiin harjoituskierröksellä, sillä aivoriihi ei menetelmänä ollut kaikille osallistujille tuttu. Harjoituskierröksen jälkeen edettiin esivaiheeseen, jossa osallistujat saivat 20 minuuttia aikaa kirjoittaa post- it-lapuille (yksi idea/post-it-lappu) hoito- ja kuntoutusuunnitelmaoppaaseen liittyviä ideoita. Osallistujat kokivat ajan riittäväksi, jonka jälkeen edettiin valintavaiheeseen. Osallistujat kertoivat lapuille kirjoittamiaan ideoita vetäjälle ja jokainen idea kirjattiin fläppitaululle. Ideat herättivät osallistujien välillä runsaasti keskustelua sekä myös uusia ideoita, joista osa päättyi myös kirjattavaksi. Ideoita arvioidessa havaitsimme oikeastaan kolme erilaista teemaa oppaalle, joista yksi oli selkeä ja lyhyt opas, pidempi versio sähköisenä sekä työkirjamaisempi teos hoidon ajaksi.

Työpajan pitämisen jälkeen heijastettiin siinä esiin nousseita ajatuksia, ideoita ja teemoja teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltynä tutkittuun tietoon sekä THL:n asiakaspalautekyselyyn. Kokonaiskuvan luominen tässä kohtaa auttoi valmistautumaan seuraavaan työpajaan ja nostamaan ilmi tätä varten keskeisiä asioita.



Kuva 1. Ensimmäisen työpajan aivoriihen ideat koottuna fläppitululle.

Työpaja 2 järjestettiin 30.11.2023. Tähän työpajaan oli kutsuttu paikalle Helsingin kaupungin psykoosipalveluiden ylihoitaja sekä psykoosilinjan osastonhoitaja, joka toimii tämän opinnäytetyön työelämänohjaajana. Työpajassa käytettiin materiaalina ensimmäisessä työpajassa kerättyjä ideoita, jotka käytiin yksitellen läpi ja rajattiin hoito- ja kuntoutussuunnitelman fokusta. Yllä mainituista kolmesta teemasta selkeän ja lyhyen oppaan todettiin vastaavan tilaajan toivetta. Työpajassa 2 todettiin, että opas painatetaan paperiseksi versioksi, joka työntekijä antaa potilaalle ennen

hoitosuunnitelmakokousta niin uusille kuin myös jo hoidossa oleville potilaille. Sähköinen versio oppaasta sekä työkirjamainen teos olivat hyviä ideoita, ja organisaation yhteyshenkilöt pitivät niitä hyvinä jatkokehitysehdotuksina hoito- ja kuntoutussuunnitelmaoppaan valmistuttua.

Tämän työpajan jälkeen tehtiin hahmotelma oppaan sisällöstä pyrkimyksenä pitää mielessä Työpajassa 1 tulleet näkökulmat. Työpaja 3 oli helmikuussa 2024 ja siihen osallistui psykoosilinjan ylihoitaja sekä osastonhoitaja. Tarkastelussa oli erityisesti oppaassa käytetty kieli, jossa pyrittiin mahdollisimman ei-ammattimaisiin ilmaisuihin ja selkeisiin lauserakenteisiin. Opas haluttiin pitää myös mahdollisimman lyhyenä, jotta se olisi helppolukuinen.

### 5.3 Tulokset

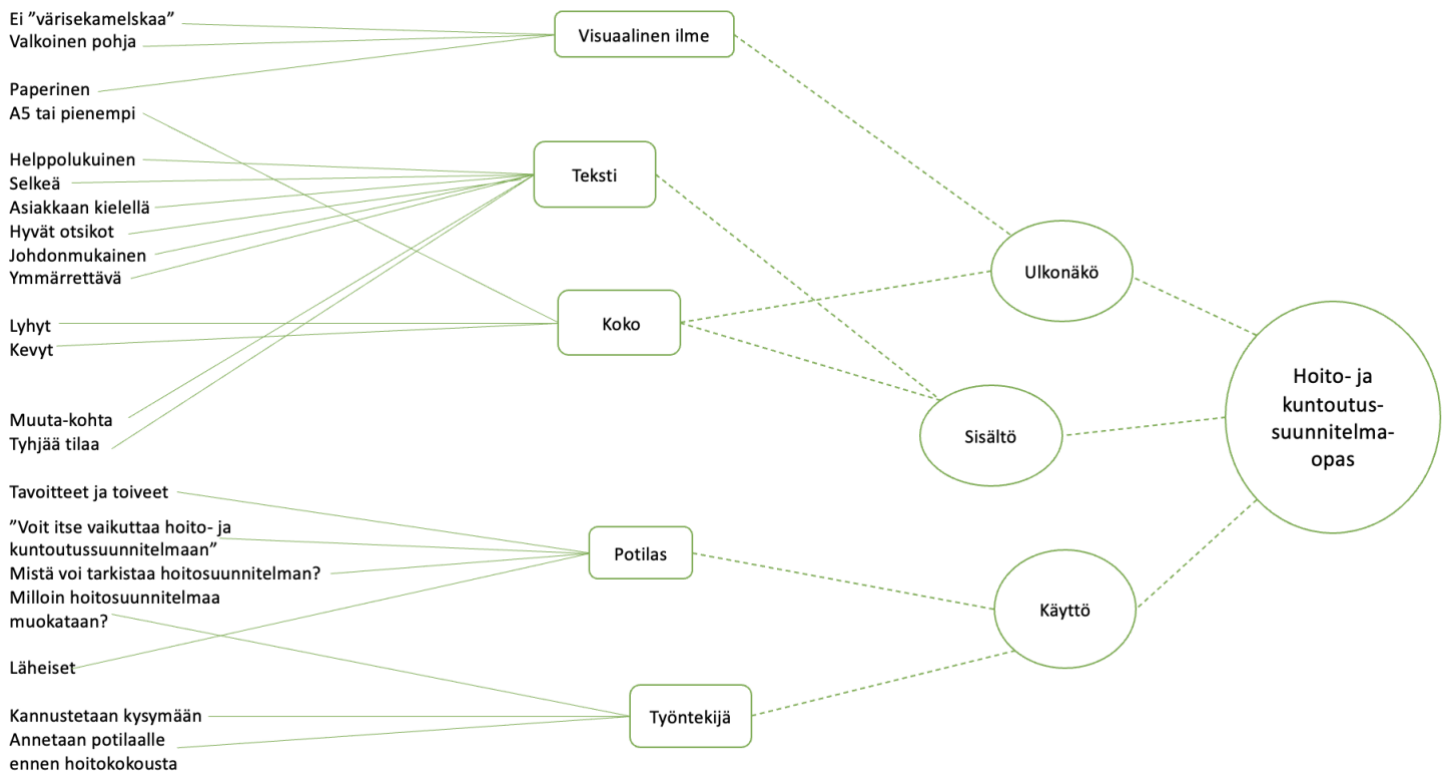
Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen teettämän asiakaspalautekyselyn perusteella potilaiden tietoisuus omasta hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta on melko vähäistä ajatellen, että kyseessä on asia, jonka pitäisi olla jokaista hoitotapaamista ja -kontaktia ohjaava yhteinen sopimus. 40 % vastasi, ettei tiedä, onko hoito/kuntoutussuunnitelmaa tehty ja 13 % vastasi, ettei tätä ollut tehty ollenkaan. Kuitenkin 71 % kaikkien psykoosipoliklinikoiden potilaista oli sitä mieltä (täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä), että heidän omat tavoitteensa huomioitiin hoito/kuntoutussuunnitelmaa tehdessä. Eli jäljelle jää noin 29 % potilaista, jotka eivät ei koe tulleen kuulluksi omien tavoitteiden asettamisen suhteen hoitokokouksissa. Osittain myös varmasti tämän takia 13 % psykoosipoliklinikan potilaista oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä siitä, että hoidon sisällöstä olisi sovittu yhdessä heidän kanssaan.

Työpaja 1 muodosti laadullista aineistoa, joka Post-it-lappujen kautta koottiin fläppitaululle. Teemoittelu on yksi keino ryhmitellä laadullista aineistoa. Aineiston analyysi teemoittelun avulla nostaa esille asioita ja ilmiöitä, jotka toistuvat aineistossa. Aineistoa pyritään ryhmittelemään yhteisten piirteiden mukaisesti. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009: 99–100.)

Kokemusasiantuntijat kokivat idean hoito- ja kuntoutussuunnitelmaoppaasta hyödyllisenä ja tärkeänä. Ideoitaessa yhdessä opasta, näkyi vastuksissa ja pohdinnoissa heidän oma kokemuksensa saamastaan hoidosta psykoosipalveluista. Oli kokemusta omien toiveiden sivuuttamisesta, tiettyyn lääkitykseen pakottamisesta,

mutta myös oivalluksia siitä, että potilaana ei voi olla passiivinen ja vastahakoinen hahmo hoidossaan, vaan myös potilaana on vastuussa omasta terveydestään ja sen kuntoutuksesta.

Fläppitaululle muodostui Työpajan 1 tuloksena kaksi melko selkeää teemaa, joiden ympärillä keskustelu kulki: hoito- ja kuntoutussuunnitelmaoppaan ulkonäkö ja sisältö. Taululle kirjoitettiin ilman sen suurempaa valikointia ja rajaamista kaikki työpajaosallistujien ideat eikä työpajan vetäjä ohjannut keskustelua tiettyyn suuntaan. Tämän vuoksi tuotettu aineisto näyttää ensisilmäyksellä (Kuva 1.) melko hajanaiselta. Työpajassa keskustelu tarkentui lopulta kahteen erityyppiseen oppaaseen, joiden erot kirjattiin ylös muistiinpanoiksi. Työpajassa 2 palattiin aiempaan aineistoon eli fläppitauluun ja muistiinpanoihin. Kun oli tarkentunut, millaista opasta tilaaja toivoo, valittiin fläppitaulusta ne ilmaisut, jotka sopivat kuvaamaan parhaiten tekeillä olevaa opasta. Nämä ilmaisut näkyvät (Kuva 2.) vasemmalla. Näiden pohjalta muodostettiin viisi alaluokkaa (visuaalinen ilme, teksti, koko, potilas ja työntekijä) ja vielä näiden pohjalta kolme luokkaa (ulkonäkö, sisältö ja käyttö).



Kuvio 2. Teemoittelu työpajojen aineistosta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitosuunnitelmasta ja potilaslähtöisyydestä hoito- ja kuntoutussuunnitelmaoppaan kehittämiseksi psykoosipoliklinikan potilaiden käyttöön. Tavoitteena oli edistää potilaiden parempaa tietoisuutta hoitosuunnitelmasta ja osallistaa potilaita aktiivisiksi toimijoiksi hoitonsa suunnitteluun. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa hoito- ja kuntoutussuunnitelmaopas Helsingin kaupungin psykoosipalveluiden käyttöön. THL:n asiakaspalautekysely (Liite 2) oli opinnäytetyössä alkukartoitus, jolla pohjustettiin Työpajan 1 tarkoitusta ja tavoitetta. Työpajassa 1 syntyi fläppitaululle laadullista aineistoa sekä muistiinpanoja, joita tarkasteltiin sekä rajattiin Työpajassa 2. Fläppitaulun aineistosta valittiin ne ilmaisut, jotka sopivat parhaiten kuvaamaan opasta ja ne teemoiteltiin alaluokkiin ja yläluokkiin. Yläluokiksi muodostuivat ulkonäkö, sisältö ja käyttö. Oppaan sisällöstä tehtiin alustava hahmotelma. Työpajassa 3 tapahtui oppaan sisällön tarkempi luominen tarkoittaen tekstiä ja sen alustavaa hahmotelua omiksi kappaleiksi. Ylihoitaja esitteli oppaan tämän jälkeen psykoosilinjan esihenkilökokouksessa, jossa käytettyjä ilmaisuja arvioitiin ja muokattiin vielä tämän jälkeen hieman potilaiden käyttämää kieltä lähemmäksi. Opas tullaan lähettämään eteenpäin visuaaliseen suunnitteluun ja lopuksi painatettavaksi.

## Hoito – ja kuntoutussuunnitelma

**Hoito- ja kuntoutussuunnitelma on yhdessä sinun kanssasi laadittu suunnitelma hoidostasi ja kuntoutuksestasi. Suunnitelma kirjataan potilastietoihisi ja on nähtävissä Maisassa ja OmaKannassa.**

Hoitosuunnitelmakokoukseen osallistuu sinun lisäksi oma hoitajasi, lääkäri ja mahdollisesti muita työryhmän työntekijöitä (toimintaterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä) tai muita verkostosi jäseniä. Sinulla on mahdollisuus kutsua myös läheisiäsi (esim. puoliso, vanhemmat, ystävät) mukaan.

Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa seurataan ja arvioidaan yhdessä. Tarpeen tullen siihen voi tehdä yhdessä muutoksia.

### Hoito- ja kuntoutussuunnitelma sisältää

- **Yhdessä tunnistetun hoidon tarpeen** eli ne ongelmat, joiden koet vaikuttavan arjessasi ja joihin toivot muutosta.
- **Tavoitteesi hoidolle** tarkoittavat toivottua muutosta edellä tunnistetuissa ongelmissa. Asetettu tavoite voi olla pienikin!
- **Yhdessä sovitut hoitomuodot** eli keinot, joiden avulla liikkua kohti omaa tavoitetta. Hoitomuotoja on erilaisia ja tärkeää olisi tunnistaa, mitkä ovat sinulle sopivia. Hoitomuotoja voivat olla esim. hoidollinen yksilökeskustelu, ryhmämuotoinen hoito, lääkehoito, toimintakyvyn arvio ja edistäminen, verkosto- ja perhetapaamiset, kotikäynnit, kuntouttava toiminta ja kokemusasiantuntijan tapaaminen.
- **Kuinka usein** käyt poliklinikalla (tai muussa toiminnassa).
- **Miten toimit, jos psyykinen vointisi huononee.**

### Sitoutumisesi hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan on perusta toipumisellesi.

**Sinun ajatuksesi ja kokemuksesi ovat tärkeitä hoitosi ja kuntoutuksesi suunnittelussa.**

Voit miettiä ennen hoitosuunnitelmakokousta mm. seuraavia asioita:

- Oletko itse ollut huolissasi voinnistasi?
- Mihin oireisiin ja ongelmiin toivot muutosta?
- Millainen hoito auttaisi oireisiisi ja ongelmiisi?
- Ovatko läheisesi olleet huolissaan voinnistasi?
- Mitä olet itse valmis tekemään hoitosi ja kuntoutumisesi eteen?

### Muistiinpanot

---



---



---



---

Kuva 2. Opinnäytetyössä valmistunut hoito- ja kuntoutussuunnitelmaopas.



## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Kehittämistyön prosessi lähtee liikkeelle kehittämistä vaativan kohteen tunnistamisesta nykyhetkessä. Kehittämislle asetetaan tavoite. Tämän jälkeen käynnistyy suunnitteluvaihe, jossa kehittämiskohdetta rajataan ja pohditaan, millä keinoilla päästään asetettuun tavoitteeseen. (Toikko & Rantanen 2009: 64.) Tämän opinnäytetyön ns. lähtölaukauksena oli THL:n asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluissa, joissa oli vastausten perusteella nähtävissä puutteita potilaiden tietoisuudesta hoitosuunnitelmastaan sekä kokemusta etteivät heitä otettu mukaan päätöksentekoon omasta hoidostaan. Puutteita voi sanoa toistuvan muuallakin maailmassa, sillä vuonna 2022 Iso-Britannian mielenterveyspalveluissa toteutetussa asiakaspalautekyselyssä 55 % potilaista kokivat, etteivät tulleet otetuksi tarpeeksi mukaan hoitonsa päätöksentekoon. (Kemp ym. 2024.)

Hoitosuunnitelma on työväline niin ammattilaisille kuin myös potilaille hoidon kokonaisvaltaiseen suunnitteluun ja sen seurantaan. Käyttääpä terveydenhuollon palveluita joko yksityisellä tai julkisella puolella, poistuu asiakas tai potilas vastaanotolta hoitosuosituksen tai jatkosuunnitelman kanssa. Toisin sanoen hoitosuunnitelma tulee tehtyä, vaikka ammattilainenkaan ei sitä tietoisesti aina välttämättä ajattele. Ammattilaisen työtä ohjaa usein näyttöön perustuva tieto ja hoitosuositukset, jolloin saattaa syntyä osittain virheellinen ajatuskin siitä, että ammattilaisena tietää paremmin, mikä on potilaille paras hoitokeino.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa tapahtunut tiedonhaku toi näkyville ilmiön, jonka mukaan psykiatriset potilaat kokevat tulevansa huonosti kuulluksi hoitoa suunniteltaessa. Tutkimusten mukaan mielenterveyspalveluita käyttävät potilaat eivät olleet koskaan nähneet hoitosuunnitelmaansa tai pitäneet sitä hyödyllisenä hoidossaan. Myös ammattilaiset kokivat, että hoitosuunnitelmaa ei ole tarpeeksi hyvin integroitu osaksi potilaan muuta elämää eikä hoidon tarvetta ole tarkasteltu mahdollisimman monelta kannalta. (Brooks & Lovell & Bee & Sanders 2017.) THL:n asiakaspalautekyselyssä Helsingin kaupungin psykoosipoliklinikoiden kyselyyn vastanneista potilasta 15 % oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä siitä, että heidän omat tavoitteensa olisi huomioitu hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa tehdessä.



Myös skitsofrenian Käypä hoito -suosituksessa hoitosuunnitelmaa ja sen ympärillä tapahtuvaa vuorovaikutusta ammattilaisen ja potilaan välillä pidetään tärkeänä psykososiaalisena interventiona (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022). Suomessa ei kuitenkaan ole tällä hetkellä juurikaan käytössä vastaanottokäyntien lisäksi muita potilasta hyödyttäviä keinoja jakaa toiveita hoitoaan kohtaan (Kankaanpää ym. 2021: 4). Miten asettaa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan yhdenvertaiseksi, eri vaihtoehtoista keskustelevalle tiimiksi, jonka tavoitteena on löytää parhaat mahdolliset vaihtoehdot potilaan hoitoon ja kuntoutukseen? Tarvitaan jaetun päätöksenteon keinoja. (Nukari & Absetz & Louhiala 2023.)

Vaikka terveydenhuollon ammattilaiset pitävät tutkimusten mukaan jaettua päätöksentekoa tärkeänä ja eettisesti oikeana, se ei ole rutiinin omaisesti käytössä psykiatrialla. Tutkimusten mukaan ammattilaiset saattavat pitää psykoosipotilaiden päätöksentekokykyä vähäisenä, joka varmasti myös osaltaan selittää potilaiden kokemia vähäisiä mahdollisuuksia tulla kuulluksi hoitosuunnitelmakokouksissa tai pahimmassa tapauksessa kokivat, ettei hoitosuunnitelmaa ollut tehty ollenkaan. (Haugom ym. 2023.)

Tutkimusten mukaan hoitosuunnitelmasta keskustelun yhteisesti on nähty vaikuttavan positiivisesti hoidon onnistumiseen, sillä tällöin potilaiden sitoutuminen on ollut parempaa. (Mucci & Kawolh & Maria & Wooller 2020.) Potilaat ovat myös raportoineet parempaa tyytyväisyyttä hoitoonsa (Lim ym. 2021). Kokemusasiantuntijoiden kanssa pidetyssä työpajassa ideoita oppaan sisältöön tuli valtavasti, mutta keskiössä oli kaikkien osallistujien kesken jaettu ajatus siitä, että suunnittelun alla oleva hoito- ja kuntoutussuunnitelmaopas on tarpeellinen työkalu psykoosipoliklinikan potilaiden käyttöön. Vaikka työpajojen keskustelu keskittyi pohtimaan lähinnä oppaan sisältöä ja visuaalisuutta, oli kokemusasiantuntijoiden samalla jakama kokemus vastaavaa kuin mitä tutkimustulokset osoittivat: hoitosuunnitelma välillä saneltiin ammattilaisten toimesta eikä yhteistä keskustelua vaihtoehtoista käyty. Haittaavana tekijänä hoitosuunnitelman teolle ja jaetulle päätöksenteolle on nähty potilaiden passiivisuus ja haluttomuus osallistua hoidon suunnitteluun.

## 6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Jotta tehdyn tutkimuksen tulokset voidaan katsoa luotettaviksi ja eettisesti hyväksyttäviksi, tulee tutkimusta tehdessä olla otettuna huomioon hyvän tieteellisen käytännön (HTK) ohjeistukset, jotka kulkevat taustalla läpi tutkimusprosessin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.)

Osana hyvää tutkimuskäytäntöä on arvioida tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuusarviointi ja kriteeristön kehittämistutkimukselle ovat vielä alkuvaiheessa. Tutkimuksen luotettavuutta tuleekin tällöin tarkastella käytetyn menetelmän mukaisesti eli laadullisen ja määrällisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien avulla. (Kananen 2012: 24.) Lähtökohta tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa onkin tutkittavan ilmiön perusrakenteen ja sitä varten valitun tutkimusmenetelmän vastaavuus (Puusa & Juuti 2020: 420).

Luotettavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten riippumattomuutta satunnaisista tekijöistä. Tutkimuksessa tulee myös esittää perusteet, joiden perusteella tutkimusta voidaan pitää luotettavana. (Puusa & Juuti 2020: 406–407.)

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus on nähtävissä erilaisina prosessin eri vaiheissa. Tutkimuksen tekijä on laadullisessa tutkimuksessa sitoutunut hyvinkin tiiviisti tekemään tutkimusta ja on yleensä melko lähellä tutkimuksen aihetta – tekijä saattaa tuntea tutkimuksen aiheen läheisesti ja sen pohjalta syntynyt esiymmärrys ohjaa tahtomattakin tekijän ajatuksia sekä ohjaa tiedon hankintaa. Kuitenkin, kun tekijä perehtyy tutkimuksen kohdeilmiöön huolellisesti ottaen samalla huomioon monia eri näkökulmia läpi tutkimusprosessin, paranee myös tutkimuksen luotettavuus. (Puusa & Juuti 2020: 420.)

Opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu sen kaikissa vaiheissa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Muiden tutkijoiden aikaisempi työ ja heidän tutkimustyöhönsä viittaaminen tehdään asianmukaisella tavalla. Opinnäytetyön suunnittelu, toteutus ja raportointi sekä sen aikana syntyneet tietoaineistot dokumentoidaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.) Opinnäytetyön tekemisen aikana kaikki ratkaisut ja valinnat perusteltiin sekä

dokumentoitiin. Tehtyihin muistiinpanoihin on palattu useasti opinnäytetyön tekemisen aikana.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa selvitettiin, ettei tutkimuslupaa tarvitse hakea työpajoja varten. Työpajoista lähetettiin tiedote hyvissä ajoin, jotta osallistujilla oli mahdollisuus harkita osallistumista. Opinnäytetyön tekijä ei houkuttellut osallistujia työpajaan ja korosti sen vapaaehtoisuutta tiedotteessa. Työpajan sai myös keskeyttää näin halutessaan. Työpajan alussa tiedote kerrattiin lyhyesti ja osallistujat allekirjoittivat 2 kpl suostumuksia, joista toinen jäi osallistujalle itselleen. Opinnäytetyön tekijä tuhoaa tiedotteet opinnäytetyön valmistuessa. Työpajoissa osallistujista ei kerätty tietoja, anonymiteetti säilyi. Työpajojen aikana syntyneitä ideoita ja tietoa ei ohjattu tekijän toimesta mihinkään suuntaan ja kaikki syntyneet ideat sekä osallistujien ajatukset kirjattiin sellaisenaan materiaaliksi.

Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaopasta tehtäessä sitä tarkastelivat organisaation sisällä opinnäytetyön työelämäohjaaja, ylihoitaja sekä muita esihenkilöasemassa olevia työntekijöitä luotettavuuden lisäämiseksi.

### 6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tuloksena valmistui hoito- ja kuntoutussuunnitelmaopas Helsingin kaupungin psykoosipoliklinikoiden potilaiden käyttöön. Aiempaa työkalua potilaan osallistamiseksi hoitosuunnitelman suunnitteluun ja tekoon ei ole ollut käytössä.

Opas on lyhyt ja informatiivinen eikä sen tarkoituksena ole antaa potilaalle valmiita näkökulmia tai vastauksia vaan ennemminkin herätellä potilaissa ajatuksia siitä, millaista hoitoa he toivovat ja keskustella tästä yhdessä ammattilaisen kanssa. Opas on ennen kaikkea työkalu potilaalle, mutta se ei pysty vaikuttamaan muihin hoitosuunnitelmaa ja jaettua päätöksentekoa heikentäviin tekijöihin, kuten usein vaihtuviin työntekijöihin, kiireeseen tai muuten heikkoon resurssitilanteeseen.

Opinnäytetyön tekijä tulee esittelemään valmista opasta työryhmissä, mutta oppaan käyttö ja jakaminen jää työryhmien työntekijöiden tehtäväksi. Oppaan esittelyn jälkeen mietittäväksi myös jää, miten sen käyttöön perehdytetään uusia työntekijöitä. Jatkossa olisi mielenkiintoista saada tietää, onko potilaat ja ammattilaiset kokeneet oppaan

hyväksi työkaluksi hoitosuunnitelman teossa ja onko siinä ilmennyt jotain haasteita tai muutosehdotuksia. Kerralla harvoin saadaan tehtyä tuotetta, joka ei kaipaisi minkäänlaisia muutoksia. Uudet kyselytutkimukset olisivat myös jatkossa hyvä keino tuottaa tietoa potilaiden kokemuksista hoidostaan.

Kokemusasiantuntijoiden kanssa pidetyissä työpajoissa nousi idea työkirjasta, jota voisi mahdollisesti hyödyntää annettaessa psykoedukaatiota potilaille ja omaisille. Pinnalle nousseet aiheet työkirjaan olivat esim. elämäntavat, päihteet, lääkitys, sosiaaliset suhteet ja milloin ottaa yhteyttä hoitotiimiin. Ajatus työkirjasta heräsi tarkemmin eloon erityisesti opinnäytetyön tiedonhakuja tehdessä, jonka kautta kävi ilmi, ettei työkaluja omien hoitomahdollisuuksien ja -toiveiden välittämiseksi juurikaan ole käytössä vastaanottokäyntiä lukuun ottamatta. Opasta suunniteltaessa pohdinnassa oli myös digitalisaatio ja oppaan julkaiseminen kahdessa muodossa. Digitalisaatio on megatrendi ja esim. QR-koodin takaa löytyvä opas voisi jatkossa olla nopeammin saatavilla kuin paperiversio.

## Lähteet

Arciniegas, David B. 2015. Psychosis. Continuum (Minneapolis, Minn). American Academy of Neurology; 21(3): 715-736. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4455840/pdf/20150600.0-0015.pdf>> Viitattu 2.4.2023.

Brooks, Helen & Lovell, Karina & Bee, Penny & Sanders, Caroline 2017. Is it time to abandon care planning in mental health services? A qualitative study exploring the views of professionals, service users and carers. Health Expectations. Volume 21, Issue 3: 597-605. Viitattu 2.4.2023.

Chan, Vivien 2017. Schizophrenia and Psychosis: Diagnosis, Current Research Trends, and Model Treatment Approaches with Implications for Transitional Age Youth. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Volume 26, Issue 2: 341-336. <<https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.12.014>> Viitattu 2.4.2023.

De las Cuevas, Carlos & Peñate, Wenceslao & De Riviera, Luis 2014. To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making? Patient Preference and Adherence 8: 1547-1553. <<https://www.dovepress.com/to-what-extent-is-treatment-adherence-of-psychiatric-patients-influenc-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>> Viitattu 24.1.2024.

Fumagalli, Lia Paola & Radaelli, Giovanni & Lettieri, Emanuele & Bertele, Paolo & Masella, Cristina 2015. Patient Empowerment and its neighbours: Clarifying the boundaries and their mutual relationships. Health Policy. Volume 119, Issue 3: Pages 384–394.

Haugom, Espen & Benth, Jürate & Stensrud, Bjorn & Ruud, Torleif & Clausen, Thomas & Landheim, Anne 2023. Shared decision making and associated factors among patients with psychotic disorders: a cross-sectional study. BMC Psychiatry: 23. <<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-05257-y>> Viitattu 24.1.2023.

Hiekkala-Tiusanen, Laura & Halunen, Minna & Mehtälä, Tuukka & Kiesepää Tuula 2019. Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa - sivuosasta tähtinäyttelijäksi? Duodecim-lehti. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo15188>> Viitattu 8.4.2024.

Holoppa, Sanna & Juvonen, Sari & Kariniemi, Kirsi & Niskala, Jenni & Kyngäs, Helvi & Heikkilä, Kristiina 2019. Miten voidaan edistää potilaan osallistumista hoitotyön vuoteenvierusraportointiin? Näyttövinkki 3/2019. Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus. <<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/nayttovinkki3-2019.pdf>> Viitattu 7.4.2023.

Huttunen, Matti 2018. Psykoosi (mielisairaus). Lääkärikirja Duodecim. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00411>>. Viitattu 19.3.2023.

Kallinen, Timo & Kinnunen, Taina (2021). Etnografia. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metelmaopetus/>>. Viitattu 20.4.2024.

Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Tampere: Juvenes Print.

Kankaanpää, Eila & Komulainen, Jorma & Ruusuvuori, Johanna & Saranto, Kaija & Turpeinen, Miia 2021. Tietoon pohjautuva jaettu päätöksenteko terveydenhuollossa (PROSHADE). Tilannekuvaraportti 2021. Strateginen tutkimus. <<https://www.aka.fi/globalassets/3-stn/1-strateginen-tutkimus/strateginen-tutkimus-pahkinankuudessa/tilannekuvaraportit/stn2020-hankkeet/tilannekuvaraportti-proshade.pdf>> Viitattu 24.1.2024.

Kemp, Donna & Doyle, Michael & Turner, Mary & Hemingway, Steve 2024. Care Plan Templates in Adult Community Mental Health Teams in England and Wales: An Evaluation. Nursing Reports: 14(1): 340-352. Viitattu 8.4.2024.

Koppa 2021. Määrällinen analyysi. Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. <<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>> Viitattu 13.12.2023.

Kuula, Arja. Toimintatutkimus. Luku 5.4. kokonaisuudesta Anita Saaranen-Kauppinen & Anna Puusniekka. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkkojulkaisu). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <[https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L5\\_4.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_4.html)> Viitattu 2.4.2023.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, Helvi & Elo, Satu & Pölkki, Tarja & Kääriäinen, Maria & Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede, 23 (2): 138–148. <[https://www.researchgate.net/publication/261723764\\_Sisallönanalyysi\\_suomalaisessa\\_hoitotieteellisessä\\_tutkimuksessa](https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa)> Viitattu 13.12.2023.

Laamanen, Annika 2023. Työpaja ja fasilitointi – oivalluksen keinoja työyhteisöön! <<https://teamlaamanen.fi/tyopaja-ja-fasilitointi-oivalluttamisen-keinoja-tyoyhteisoon/>> Viitattu 7.5.2023.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2>> Viitattu 3.4.2023.

Lim, Christopher & Caan, Marissa & Kim, Clara & Chow, Clifton & Leff, Stephen & Tepper, Miriam 2021. Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychiatric Services. Volume 73, issue 2: 180-187. Viitattu 7.3.2024.

Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo 2021. Psykiatria. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ojasalo, Katri & Moilanen, Teemu & Ritalahti, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista kehittämistä liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Pirkola, Sami & Linnaranta, Outi 2022. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon muuttuva rooli. Teoksessa Linnaranta, Outi & Strand, Teija & Suvisaari, Jaana & Partonen, Timo & Solin,

Pia. Mielenterveysstrategia 2020–2030 – toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto. Työpaperi 55/2022. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145933/URN\\_ISBN\\_978-952-343-990-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145933/URN_ISBN_978-952-343-990-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Viitattu 6.4.2023.

Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.

PROSHADE 2024. Tietoon pohjautuva jaettu päätöksenteko terveydenhuollossa. <<https://www.proshade.fi/tutkimus/>> Viitattu 24.1.2024.

Malaspina, Dolores & Owen, Michael J. & Heckers, Stephan & Tandon, Rajiv & Bustillo, Juan & Schultz, Susan & Barch, Deanna M. & Gaebel, Wolfgang & Gur, Raquel E. & Tsuang, Ming & Van Os, Jim & Carpenter, William 2013. Schizoaffective Disorder in the DSM-5. Schizophrenia Research. Volume 150, Issue 1: 21-25. <<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.026>> Viitattu 2.4.2023.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>> Viitattu 25.1.2024.

Moilanen, Kristiina 2013. Psykoosin arviointi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo10930>> Viitattu 25.1.2024.

Morant, Nicola & Kaminskiy, Emma 2015. Shared decision making for psychiatric medication management: beyond the micro-social. Health Expectations. Volume 19, Issue 5. <<https://doi.org/10.1111/hex.12392>> Viitattu 24.1.2024.

Mucci, Armida & Kawohl, Wolfram & Maria, Cristiana & Wooller, Annette 2020. Treating Schizophrenia: Open Conversations and Stronger Relationships Through Psychoeducation and Shared Decision-Making. Front Psychiatry: 11: 761. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7438851/>> Viitattu 7.12.2023.

Nagpal, Taniya & Souza, Sara & Da Silva, Danilo & Adamo, Kristi 2021. Taking a patient-oriented approach in exercise interventions for pregnant women: a commentary. Canadian Journal of Public Health. 112(3): 498–501. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8076428/>> Viitattu 7.4.2023.

NICE – National Institute for Health and Care Excellence. Service user experience in adult mental health services. Quality standard [QS14]. Päivitetty 31.7.2019. <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs14>> Viitattu 9.4.2023.

Nukari, Iida & Absetz, Pilvikki & Louhiala, Pekka 2023. Jaetun päätöksenteon vaikutus hoitotuloksiin. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo17736>> Viitattu 24.1.2023.

Viertiö, Satu & Laitinen, Anna-Mari & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi & Grainger, Marjut & Therman, Sebastian & Heiskanen, Maria & Suvisaari, Jaana 2022. Kansallinen asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Suunnittelu, toteutus ja tulokset. Raportti 8/2022. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. <<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-900-9>> Viitattu 12.4.2023.

Viertiö, Satu & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi & Laitinen, Anna-Mari & Grainger, Marjut & Suvisaari, Jaana 2023. Asiakaskokemukset mielenterveys- ja

päihdepalveluissa: kohtaaminen osataan, mutta tiedon antamisessa on kehitettävää. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Vol. 139 no. 20 s. 1651–1660.

Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri & Kosloff, Anu 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Helsinki: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>> Viitattu 19.2.2023.

Vähäniemi, Anu & Linnaranta, Outi 2022. Palveluiden järjestäminen ja kansallinen kehittäminen. Perustason mielenterveyspalveluiden rakenteellinen uudistus. Teoksessa Linnaranta, Outi & Strand, Teija & Suvisaari, Jaana & Partonen, Timo & Solin, Pia. Mielenterveysstrategia 2020–2030 – toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto. Työpaperi 55/2022. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145933/URN\\_ISBN\\_978-952-343-990-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145933/URN_ISBN_978-952-343-990-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Viitattu 6.4.2023.

Santana, Maria & Manalili, Kimberly & Jolley, Rachel & Zelinsky, Sandra & Quan, Hude & Lu, Mingshan 2018. How to practice person-centred care: A conceptual framework. Health Expect 21 (2): 429-440. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5867327/>> Viitattu 7.4.2023.

Salonen, Kari & Eloranta, Sini & Hautala, Tiina & Kinos, Sirpa 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turku University of Applied Sciences. Tampere: Junenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. <<https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>> Viitattu 11.12. 2023.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi/khp00031>> Viitattu 25.1.2024.

Stamboglis, Niccolo & Jacobs, Rowena 2020. Factors Associated with Patient Satisfaction of Community Mental Health Services: A Multilevel Approach. Community Mental Health Journal. Volume 56, pages 50–64.

Terveys- ja hoitosuunnitelma. Kanta-palvelut. Kansaneläkelaitos. <<https://www.kanta.fi/ammattilaiset/terveys-ja-hoitosuunnitelma>>. Viitattu 3.4.2023.  
Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos 2011. Potilasturvallisuusopas. <<https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>> Viitattu 9.4.2023.

Tiusanen, Johanna 2015. Skitsofreniaa sairastavien toimintakyky ja kuntoutus. Pilottitutkimus psykososiaalisen kuntoutusmallin (MATTI-kuntoutus) toimivuudesta. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos. <[https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/15705/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150662.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/15705/urn_nbn_fi_uef-20150662.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Viitattu 25.1.2024.

Toikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3. korjattu painos. Tampere: University Press – Junenes Print.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). <<https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>> Viitattu 26.3.2023.



## Työpajatiedote

# TIEDOTE TYÖPAJASTA

## Hoitosuunnitelmaopas Helsingin kaupungin psykoosipoliklinikalla

### Pyyntö osallistua työpajaan

Etsin kokemusasiantuntijoita mukaan työpajaan, jossa suunnitellaan hoitosuunnitelmaopasta Helsingin kaupungin psykoosipoliklinikan potilaiden käyttöön. Olemme arvioineet, että sovellutte työpajaan, koska toimitte Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluissa kokemusasiantuntijana ja oppaan suunnitteluun toivotaan erilaisia näkökulmia.

Tämä tiedote kuvaa tekeillä olevaa opinnäytetyötä ja siihen kuuluvaa työpajaa sekä osuuttanne siinä. Työpajaan ilmoittautumisesta pyydetään kirjallinen suostumus.

### Vapaaehtoisuus ja henkilötietojen käsittely

Työpajaan osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kieltäytyminen ei vaikuta kohteluunne Helsingin kaupungin kokemusasiantuntijoina.

Työpajassa ei kerätä henkilötietoja. Ilmoittautuminen työpajaan tapahtuu tutkimuksen tekijän sähköpostiin. Nämä sähköpostit poistetaan työpajan pitämisen jälkeen.

Voitte myös keskeyttää työpajan koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeytätte työpajan tai peruutatte suostumuksen, teistä keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

### Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet

Työpaja järjestetään **20.10. klo 12:00** alkaen **Vuosaaren terveys- ja hyvinvointikeskuksessa**. Kesto noin 2 h. Työpajaan ei tarvitse valmistautua etukäteen. Työpajan tavoitteena on tuottaa mahdollisimman paljon ideoita hoitosuunnitelmaoppaaseen liittyen ja yhdessä pohtia, mitkä syntyneistä ideoista olisivat käyttökelpoisia opasta luodessa.

Tutkimukseen osallistuminen ei maksa teille mitään. Työpajaan osallistumisesta maksetaan Helsingin kaupungin kokemusasiantuntijoiden normaali palkkio eli 20e/h.

### Tutkimustuloksista tiedottaminen

Työpaja on osa ylemmän ammattikorkeakoulun opintoja Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Kysymyksessä on opinnäytetyö, joka tullaan sen valmistuttua julkaisemaan avoimesti Theseus-tietokannassa.

### Lisätiedot

Pyydämme tarvittaessa esittämään työpajaan liittyviä kysymyksiä tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

**Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen asiakaspalautekyselyn kysymykset**

## **Mielenterveyspalvelujen asiakaspalaute: avohoito**

### **Helsingin kaupungin psykoosipoliklinikat**

**3. Onko sinulle tehty hoito /  
kuntoutussuunnitelma?**

**4. Hoito / kuntoutussuunnitelma tehtiin niin, että**

**Omat tavoitteeni huomioitiin**

**Hoidon sisällöstä sovittiin yhdessä  
kanssani**