

Tapio Gauffin

# **MIELENTERVEYSHOIDON LAADUN ARVIOINTI AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLIN PERIAATTEIDEN MUKAISESTI**

Kyselytutkimus laatumittariston käyttökelpoisuudesta

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Pro gradu -tutkielma  
Lokakuu 2022

# TIIVISTELMÄ

Tapio Gauffin: Mielenterveyshoidon laadun arviointi avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti: kyselytutkimus laatumittariston käyttökelpoisuudesta

Pro gradu -tutkielma, 133 s.

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatutkimuksen tutkinto-ohjelma, sosiaalipolitiikan opintosuunta

Ohjaaja: Satu Ojala

Lokakuu 2022

---

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan avoimen dialogin periaatteiden kanssa yhteensopivan mielenterveyshoidon laatumittariston käyttökelpoisuutta mielenterveyshoidon laadun arviointiin mielenterveyspalvelujen käyttäjien, mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisten sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden näkökulmasta. Tarkoituksena on selvittää, muodostaisiko tutkielmassa esitettävä mielenterveyshoidon laatumittaristo hyväksyttävän pohjan mielenterveyshoidon laadun arviointiin tutkimukseen vastanneiden näkökulmasta. Lisäksi tutkitaan, eroavatko mielenterveyspalvelujen palvelujen käyttäjien, omaisten ja avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden näkemykset toisistaan mittariston käyttökelpoisuuden suhteen ja sitä, miten laatumittaristoa tulisi vastaajien näkökulmasta jatkossa kehittää. Toissijaisesti tutkitaan kyselylomakkeiden reliabiliteettia ja rakenteen validiteettia, jotta varsinaisten tutkimustulosten luotettavuutta pystytään arvioimaan.

Tutkielman aineisto on kerätty kolmella kyselylomakkeella. Kyselyyn toivottiin vastauksia täysi-ikäisiltä henkilöiltä, jotka tulkitsivat kuuluvansa opinnäytetutkimuksen kohderyhmään. Lopullinen aineisto muodostuu 66 mielenterveyspalvelujen käyttäjän, 29 omaisen sekä 14 avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijan vastauksista. Määrällisen aineiston analyysissä käytettiin tilastollisia menetelmiä ja tekstiaineiston analyysimenetelmä oli laadullinen sisällönanalyysi.

Opinnäytetutkimuksen teoriaosuuden ensimmäisessä pääluvussa esitellään avoimen dialogin hoitomallia osana tarpeenmukaisen hoidon perinnettä sekä avoimen dialogin hoitomallin edistämisen teoreettisia ja empiirisiä perusteluita. Toisessa pääluvussa yhdistetään teoria terveydenhuollon laadusta avoimen dialogin hoitomallin periaatteisiin, mikä luo pohjan tutkimuslomakkeiden laatumittareiden operationalisoinnille.

Aineiston analyysin perusteella selvä enemmistö mielenterveyspalvelujen käyttäjistä, mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisista sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoista piti tutkimuslomakkeiden laatumittaristoa käyttökelpoisena mielenterveyshoidon laadun arviointiin. Käyttökelpoisimpana laatumittaristoa pitivät avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijat ja vähiten käyttökelpoisena mielenterveyspalvelujen käyttäjät. Sisällönanalyysin tulokset tukivat tilastollisen analyysin tuloksia ja tuottivat tietoa mittariston jatkokehittämisen tarpeisiin. Tutkimuslomakkeet muodostivat tulosten perusteella reliabelin ja rakenteeltaan validin työkalun tutkimusaineiston keräämiseksi.

Tuloksista voidaan päätellä, että tässä opinnäytetutkielmassa muodostettu mielenterveyshoidon laatumittaristo saattaisi olla käyttökelpoinen kehittämisen ja jatkotutkimuksen kohde. Mittariston jatkokehittämisen myötä mielenterveyspalvelujen käyttäjille ja heidän omaisilleen voitaisiin mahdollisesti kehittää entistä paremmin heidän tarpeisiinsa vastaavaa hoitoa. Jatkotutkimuksessa mittariston teoriapohjaa tulisi täsmentää ja implementoinnin edellytyksiä tutkia. Lisäksi tietoa mittariston psykometrisistä ominaisuuksista tarvittaisiin lisää, jotta mittaristo voitaisiin ottaa käyttöön mielenterveyshoidon laadun arvioinnissa.

Avainsanat: avoimen dialogin hoitomalli, terveydenhuollon laatu, mittareiden käyttökelpoisuus

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

## Sisällys

1.	Johdanto.....	1
2.	Tarpeenmukainen hoito: kohti avoimen dialogin hoitomallia.....	6
2.1	Turun skitsofreniaprojekti .....	7
2.2	Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti .....	8
2.3	Akuutin psykoosin integroitu hoito .....	11
2.4	Avoimen dialogin hoitomalli: Keroputaan malli .....	13
2.4.1	Avoimen dialogin hoitomallin periaatteet .....	15
2.4.2	Avoimen dialogin hoitomallin teorian perusteltavuus .....	16
2.4.3	Avoimen dialogin hoitomallin kustannusvaikuttavuus .....	20
3.	Avoimen dialogin hoitomallin laatumittaristo .....	26
3.1	Terveysthuollon laatu .....	26
3.2	Terveysthuollon laatu-ulottuvuudet .....	27
3.3	Avoimen dialogin hoitomallin laatu-ulottuvuudet .....	28
3.4	Käyttökelpoinen terveysthuollon laatumittaristo .....	33
4.	Tutkimusasetelma.....	34
4.1	Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset .....	35
4.2	Aineisto .....	36
4.3	Analyysimenetelmät .....	46
4.3.1	Tilastolliset menetelmät .....	47
4.3.2	Sisällönanalyysi .....	52
4.4	Eettinen pohdinta .....	56
5	Analyysi .....	57
5.1	Kyselylomakkeiden mittariston validiteetti ja reliabiliteetti.....	57
5.2	Laatumittariston käyttökelpoisuus mielenterveysthoidon laadun arviointiin	60
5.3	Laatumittareiden käyttökelpoisuus vastaajaryhmittäin .....	61
5.3.1	Kaikki vastaajat.....	62
5.3.2	Mielenterveysthoidon käyttäjät .....	63
5.3.3	Mielenterveysthoidon käyttäjien omaiset.....	66
5.3.4	Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijat .....	68
5.4	Mittariston kehittämistarpeet tekstiaineiston perusteella .....	70
6	Pohdinta .....	76
7	Johtopäätökset .....	82
8	Lähteet.....	85
9	Liitteet.....	96

9.1	Infokirje.....	96
9.2	Kyselylomake mielenterveyspalvelujen käyttäjille .....	97
9.3	Kyselylomake mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisille .....	108
9.4	Kyselylomake avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoille.....	121
9.5	Tilastollisen testaamisen tulosteet.....	133

# 1. Johdanto

Tieto mielenterveyshoidon laadusta on olennaista, jotta mielenterveyspalveluja voidaan kehittää potilaiden ja heidän omaistensa tarpeisiinsa vastaaviksi. Mielenterveyshoidon laadun arviointiin käytettävän tiedon on kuitenkin oltava palvelujen käyttäjien ja heidän omaistensa näkökulmasta relevanttia, jotta tietopohja palvelisi mielenterveyshoitoa ja mielenterveyspalvelujen laadun arviointia parhaalla mahdollisella tavalla. Lisäksi tuotettavan laatu-tiedon tulee olla mielenterveyshoidon asiantuntijoiden näkökulmasta hyväksyttävää.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tutkitaan terapeuttiseen ja verkostokeskeiseen vuorovaikutukseen perustuvan avoimen dialogin hoitomallin kanssa yhteensopivan mielenterveyshoidon laatumittariston käyttökelpoisuutta mielenterveyshoidon laadun arviointiin mielenterveyspalvelujen käyttäjien, mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisten ja avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden näkökulmasta. Tutkielman tavoitteena on laatumittariston käyttökelpoisuuden tutkimisen ohella tutkia, miten edellä mainittujen tiedonantajaryhmien näkökulmasta laatumittaristoa tulisi lähteä kehittämään, jotta se muodostaisi entistä käyttökelpoisemman perustan mielenterveyshoidon laadun arviointiin. Toissijaisesti tutkitaan aineiston keräämiseksi muodostettujen kyselylomakkeiden validiteettia ja reliabiliteettia, jotta päätutkimustulosten luotettavuutta voidaan arvioida tarkemmin.

Tutkimustuloksista ei aineiston potentiaalisen valikoitumisen ja muiden tutkielman rajoitteiden vuoksi pyritä tekemään vahvoja yleistyksiä. Opinnäytteessä ei myöskään olla kiinnostuneita vastaajien sairausdiagnooseista tai muista mielenterveyshoidon tarpeen aiheuttaneista ongelmista, vaan tutkielmassa pysytellään palvelujärjestelmän tutkimuksen ja kehittämisen tasolla mielenterveyshoidon kontekstissa.

Tutkielmassa mielenterveyshoito tarkoittaa niitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, jotka otetaan käyttöön palvelutarpeen aiheuttavan mielenterveysongelman tai mielenterveysongelmaksi määriteltävän hankalan elämäntilanteen hoitamiseksi tai ratkaisemiseksi. Määritelmän tausta-ajatuksena on sosiaali- ja terveyspalvelujen välisen rajaidan mureneminen ja potilaiden hoitaminen kokonaisvaltaisesti. Laadulla puolestaan tarkoitetaan mielenterveyshoidon toivottavina pidettäviä ominaisuuksia. Käyttökelpoisuudella tarkoitetaan tutkielmassa sitä, miten merkityksellisinä ja tärkeinä vastaajat pitävät eri väittämiä mielenterveyspalvelujen laadun arvioinnin mittapuuna.

Tässä opinnäytetutkimuksessa muodostettava mielenterveyshoidon laatumittaristo johdetaan avoimen dialogin hoitomallia ja terveyspalvelujen laatua käsittelevästä tutkimuskirjallisuudesta. Sosiaalihuollon laatua käsittelevä kirjallisuus rajataan tutkielmasta pois, koska sosiaalihuollon takamatka laadun määrittelyn ja tutkimuksen saralla terveydenhuoltoon nähden on pitkä. Aineisto on kerätty kyselylomakkeilla, ja analyysissä on yhdistetty laadullisia ja määrällisiä menetelmiä.

Avoimen dialogin hoitomallista ei ole ennen johdettu kokonaisvaltaista mielenterveyshoidon laatumittaristoa eikä ennen ole tehty kyselytutkimusta, jossa eksplisiittisesti mielenterveyshoitomallin teoriasta johdetun laatumittariston käyttökelpoisuutta olisi kysytty niiltä tiedonantajaryhmiltä, jotka tähän tutkimukseen on valittu. Tutkielmassa luodaan siis uudenlaista lähestymistapaa laatumittaristojen kehittämiseen ja tutkimiseen.

Tutkielman aihe on ajankohtainen, koska mielenterveyspalvelujen kyky vastata ihmisten tarpeisiin on herättänyt huolta sekä Suomessa että kansainvälisesti. On katsottu, että oire- ja diagnoosikeskeinen psykiatrinen hoito ei pysty kunnolla vastaamaan apua tarvitsevien tarpeisiin, ja siksi on esitetty tarve siirtyä nykyistä ihmiskeskeisempään mielenterveyshoitoon (Savander 2022; Bergström 2022; Häkkinen & Talvitie & Sailas 2021; Haarakangas & Seikkula 1999; Maanmieli & Gauffin & Suutarinen 2021). Muutosta puolestaan edesauttaisi käytännön hoitotyön muutoksen lisäksi mielenterveyshoidon laatustandardien muuttaminen. Ihmisoikeusnäkökulmasta taas biolääketieteellisen selitysmallin hegemonista asemaa on kritisoitu potilaiden oikeuksien kannalta kestävämmäksi ja potilaiden saamaa tietoa lääketeollisuuden vinouttamaksi (Yhdistyneet kansakunnat, ihmisoikeusneuvosto 2017; Whitaker & Cosgrove 2015). Mielenterveyshoidon laadun arvioinnissa käytettävän tietopohjan onkin oltava eettistä ja potilaita palvelevaa, ja tähän tarpeeseen tämä opinnäytetutkimus osaltaan vastaa tuottamalla kehityskelpoisen mielenterveyshoidon laatumittariston aihion.

Varteenotettavaksi ratkaisuvaihtoehdoksi mielenterveyshoidon ajankohtaisiin ongelmiin on esitetty Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä kehitettyä ja Keroputaan mallinakin tunnettua avoimen dialogin hoitomallia, joka on tuottanut varsinkin psykoosien hoidon suhteen lupaavia pitkän aikavälin tuloksia (esim. Bergström 2020). Avoimen dialogin hoitomallissa painotetaan jaetun ymmärryksen rakentamisen tärkeyttä vaikeasta kriisitilanteesta kaikkien hoitotilanteisiin osallistuvien kesken yksilöön kohdistuvien interventioiden sijaan (Seikkula & Haarakangas 1999). Kyseinen hoitomalli onkin päätynyt Maailman terveysjärjestö WHO:n

hoitosuosituksen toipumista edistävänä ja ihmisoikeuksia kunnioittavana hoitomallina (WHO 2021). Avoimen dialogin hoitomallia ei ole kehitetty tyhjästä, vaan kyseessä on 1970-luvulta asti kehitetyn humanistisesti virittyneen psykiatrisen hoitoperinteen, tarpeenmukaisen hoidon, uusin sovellus (Alanen 2009).

Avoimen dialogin hoitomallia on kehitetty ja tutkittu ja pohjautuen ennen kaikkea sellaisista kriisitilanteista kertyneiden kokemusten ja tietojen pohjalta, missä on esiintynyt psykoosiksi määriteltyjä kokemuksia. Psykoosilla viitataan erilaisiin kokemuksiin, joita yhdistävänä tekijänä pidetään todellisuudentajun vääristymistä (Suvisaari 2010, 869).

Mielenterveyshoidon kehittäminen psykoosien hoidon näkökulmasta on historiallisista syistä ymmärrettävää. Koko mielenterveyshoidon historiallinen tausta on nimittäin vaikeiden psykoosien hoidossa, ja lievempien häiriötilojen kuvaaminen ja hoito on alkanut yleistyä psykiatriassa vasta 1970-luvun jälkeen päivitettyjen tautiluokitusjärjestelmien tuloksena (Pietikäinen 2019). Lisäksi psykoosien hoitoa pidetään yleisesti haastavana, ja onkin ajateltu, että kehittämällä psykoosien hoitoa pystytään kehittämään koko palvelujärjestelmää (Bergström 2022, 16). Oletukselle on katetta, koska Suomessa 1980-luvulla toteutetun valtakunnallisen skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämisprojektin yhteydessä havaittiin myös käytännössä, että vakavien psykoosien hoidon kehittäminen paransi koko psykiatrisen hoidon laatua (Lääkintöhallitus 1988, 205-206).

Tutkielman teoriaosuudessa esitellään tarpeenmukaisen hoidon kehitystä kohti avoimen dialogin hoitomallia etupäässä tarpeenmukaisen hoidon psykoosien hoitoon keskittyvän kehityshistorian valossa. Kuitenkin tuoretta tutkimustietoa avoimen dialogin hoitomallin tuloksellisuudesta ja tuloksista suhteessa rahallisiin investointeihin esitellään myös sellaisista kriisitilanteista, joihin ei yhdisty psykoottisia kokemuksia. Avoimen dialogin hoitomallin implementoinnin laajuus on vaihdellut ajan ja paikan mukaan, ja siksi tutkielmassa sovelletaan myös avoimen dialogin hoitokäytännön käsitettä kuvaamaan sitä, että avoimen dialogin hoitomallin periaatteita on sovellettu paikoin alueellisesti myös hyvin rajatusti.

Hyvinvointipalvelujen, ja siten myös mielenterveyshoidon rationalisoinnin tarpeelle hyvin merkittävä syy löytyy palvelujen suuren kysynnän ja toisaalta laadun puutteellisuuden ohella julkisen talouden kehityksestä. Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto rahoitetaan valtaosin julkisilla varoilla (Pekurinen 2014, 11-13), joten hyvinvointipalveluita joudutaan tuottamaan julkisen sektorin taloustilanne vahvasti huomioiden.

Hyvinvointipalvelujen rahoittamisen kannalta merkittävää on, että väestön ikääntyminen aiheuttaa Suomen julkiselle taloudelle kasvavia haasteita, ja ikäsidonnaisten menojen kasvun arvioidaankin jatkuvan koko 2020-luvun ajan ja siitä eteenpäin. Julkisen talouden kestävyysvajeeksi arvioidaan kolmesta neljään prosenttia bruttokansantuotteesta, mutta toisaalta talouspolitiikan tavoitteeksi kuluvalle hallituskaudella on määritelty hyvinvoinnin lisääminen. (Valtioneuvosto 2019, 14-15.)

Mielenterveyshoito ei ole julkisen sektorin säästöpaineltilta suojassa, ja samaan aikaan mielenterveysongelmista johtuva kansanterveydellinen haitta ja kustannus kansantaloudelle on merkittävä. Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD ja Euroopan Unioni (2018) arvioivat mielenterveysongelmien aiheuttaneen Suomelle vuonna 2016 kustannukset, jotka vastasivat 5,3 prosentin osuutta Suomen bruttokansantuotteesta. Yksin vakavana psykoosisairautena pidetyn skitsofrenian tuottamiksi kokonaiskustannuksiksi arvioidaan 500 miljoonaa euroa vuodessa (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2022). Skitsofrenian hoito on kallista sekä työttömyydestä ja työkyvyttömyydestä seuraavat epäsuorat kustannukset suuria, ja siksi pienikin parannus vakavien psykoositilojen hoidon laatuun on yhteiskunnallisesti merkittävä (Karvonen ym. 2008, 9).

Mielenterveyshoidon korkeat kustannukset eivät ole yllättäviä, koska mielenterveysongelmat ovat kansainvälisesti kaikkialla ja erityisesti länsimaissa yksi suurimmista väestön toimintakykyä heikentävistä sairausryhmistä. Lisäksi mielenterveysongelmien aiheuttama tautitaakka on kansainvälisesti kasvussa. (Murray ym. 2013.) Väestötutkimusten perusteella mielenterveysongelmien vuosittainen esiintyvyys on eri maissa ympäri maailman vähintään 20 prosenttia (van Os & Guloksuz & Vijn & Hafkenscheid & Delespaul 2019, 88-89). EU:n tasolla taas jopa 38 prosentin osuuden väestöstä on arvioitu kärsivän joka vuosi jostakin mielenterveysongelmasta (Karolaakso ym. 2021, 2). Suomessa asuvilla naisilla mielenterveysongelmat aiheuttavat kaikista sairausryhmistä jo eniten työikäisten sairauspoissaoloja ja miehillä mielenterveysongelmat ovat nousseet toiseksi yleisimmäksi sairauspoissaolojen syyksi (Kela 2021). Noin 15-20 prosentin osuuden suomalaisista arvioidaan kärsivän diagnosoitavissa olevasta mielenterveysongelmasta (Patana 2014, 16).

Vaikka tilastoissa käytetään mielenterveysongelman käsitettä, saattaa paras hoitovaste mielenterveyshoidossa kuitenkin tulla avoimen dialogin hoitomallin mukaisella lähestymistavalla, jossa ihmisten ongelmat saavat merkityksensä tapauskohtaisessa dialogissa. Avoimen dialogin hoitomallin onkin havaittu sekä vähentävän mielenterveyshoidon



kustannuksia, että parantavan oleellisesti juuri korkeita kustannuksia tuottavan vakavien psykoosien hoidon tuloksia (Haarakangas & Seikkula 1999, 8). Avoimen dialogin hoitomallin kansallinen implementointi saattaisi siis olla ratkaisuvaihtoehto mielenterveyshoidon korkeiden ja potentiaalisesti kasvavien kustannusten ongelmaan, ja siksikin avoimen dialogin hoitomallin mukaisten mielenterveyshoidon laatumittareiden käyttökelpoisuutta on tarpeen tutkia tässä opinnäytetutkimuksessa.

Psykoosien hoidon laadun arvioinnin ja rationalisoinnin tarpeisiin kehitetään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Kansalliset laaturekisterit -projektissa psykoosien hoidon laaturekisteriä. Laaturekisterit tarjoavat tietoa terveydenhuollon laadusta, vaikuttavuudesta ja potilasturvallisuudesta (THL, Kansalliset laaturekisterit). Tämä gradu tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää myös THL:n psykoosien hoidon laaturekisterin kehittämisessä, vaikka tutkielman fokus onkin mielenterveyshoidon laatustandardien kokonaisvaltaisessa määrittelyssä diagnoosiperusteisesti määriteltyjen laatustandardien tutkimisen sijaan. Toisaalta tutkielman kontribuutio mielenterveyshoidon tai laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollon laadun arviointiin saattaa olla myös laatumittaristojen tutkimuksen metodologian kehittämiseen liittyvä, vaikka kyseessä ei ole opinnäytetutkimuksen ensisijainen tavoite.

Tutkielma pyrkii edistämään myös mielenterveysstrategiassa vuosille 2020-2030 laadittuja tavoitteita, joiden mukaan Suomeen tulisi kehittää hallintorajat ylittäviä laaja-alaisia, ihmisen tarpeisiin vastaavia ja hyvin johdettuja palveluja (STM 2020). Mielenterveysstrategian mukaan Suomessa pitäisi sopia mielenterveyshoidon mittareista ja hyödyntää mielenterveyspalvelujen johtamisessa erityisesti tietoa palvelujen vaikuttavuudesta (em. 37). Tällä tutkielmalla osallistutaan väljästi keskusteluun mielenterveyshoidon laadun arvioinnin mittareista ja teoriaosuudessa arvioidaan myös avoimen dialogin hoitomallin vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Tutkimus pyrkii edistämään lisäksi pääministeri Sanna Marinin hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon päätavoitteita, joihin kuuluvat palvelujen saatavuuden parantaminen ja kustannusten hillintä (Valtioneuvosto 2019). Edellä mainittujen valtakunnallisten mielenterveyspoliittisten tavoitteiden toteutuminen saattaisivat edistyä avoimen dialogin hoitomallin mukaisen mielenterveyshoidon laatumittariston implementoinnin myötä.

Tutkielmassa ei oteta kantaa mielenterveyshoidon laadun arvioinnin tarkkaan käytännön toteutukseen. Kuitenkin tavoitteena on edistää mielenterveyshoidon laatumittariston

käyttöönottoa mielenterveyshoidon laadun arviointiin julkishallinnossa, esimerkiksi hyvinvointialueiden tai valtion tasolla. Julkishallinnon näkökulmasta laatumittareiden ominaisuuksia tulisi tutkia tarkkaan ennen mittareiden ja mittaristojen käyttöönottoa (Valkeinen & Anttila & Paltamaa 2014), mikä tukee myös tutkielman kyselylomakkeiden mittariston validiteetin ja reliabiliteetin tutkimisen perusteltavuutta.

Tutkielma etenee siten, että ensin esitellään avoimen dialogin hoitomallin historiaa ja peruseriaatteita sekä hoitomallin yhteiskunnallisen edistämisen teoreettinen ja empiirinen perusteltavuus. Toisessa pääluvussa käsitellään terveydenhuollon laatua ja määritellään avoimen dialogin hoitomallin laadun ulottuvuudet. Tämän jälkeen esitellään avoimen dialogin hoitomallin operationalisointi tutkimuslomakkeille mielenterveyshoidon laatumittaristoksi, tutkimuslomakkeilla kerätty aineisto sekä menetelmät, joilla aineisto on analysoitu. Lisäksi pohditaan tutkimuksen etiikkaa. Tätä seuraa analyysiluku, minkä jälkeen seuraa pohdinta tuloksista. Lopuksi esitetään johtopäätökset, joiden yhteydessä arvioidaan tutkielman rajoitteita, mahdollisia jatkotutkimuksen aiheita ja politiikkasuosituksia.

## 2. Tarpeenmukainen hoito: kohti avoimen dialogin hoitomallia

Tarpeenmukainen hoito viittaa mielenterveyshoitosuuntaukseen, eräänlaiseen kokonaisvaltaiseen psykiatriseen hoitoparadigmaan, jonka mukaan hoito pitäisi toteuttaa aina terapeutisesti ja tilannekohtaisen ainutkertaisen tarpeen mukaan (Alanen & Lehtinen & Rökköläinen & Aaltonen 1991, 363). Kun hoito ja palvelukokonaisuus räätälöidään yksilöllisen tarpeen mukaan ja asiakas- tai potilaslähtöisesti, ei sosiaali- ja terveystalouden välinen raja ole tutkielman kannalta keskeinen. Tässä luvussa kuvaan tarpeenmukaisen hoidon suuntauksen peruseriaatteita sekä historiaa edeten kohti tarpeenmukaisen hoidon linjauksen viimeisintä sovellusta, avoimen dialogin hoitomallia. Lopuksi tarkastellaan avoimen dialogin empiiristä näyttöä avoimen dialogin hoitomallin tuloksellisuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta.

## 2.1 Turun skitsofreniaprojekti

Tarpeenmukaista hoitoa on kehitetty ennen kaikkea psykoosien hoidon näkökulmasta, mutta hoitolinjaus ei kuitenkaan rajoitu psykoosien hoitoon. Hoitoperinteen juuret ovat 1970-luvulla käynnistetyssä Turun skitsofreniaprojektissa, jonka puitteissa alettiin kehittää psykoterapeuttisesti suuntautunutta hoitokäytäntöä skitsofreniaryhmän psykooseille (Alanen & Lehtinen & Räcköläinen & Aaltonen 1991, 363). Tuloksena oli hoito-orientaatio, jossa sairaanhoitajien resurssit otettiin aiempaa tehokkaammin käyttöön ja työyhteisön hierarkiaa madallettiin. Potilaita puolestaan kohdeltiin aiempaa empaattisemmin ja ymmärtämään pyrkivällä asenteella. Omaiset osallistettiin aiempaa tiiviimmin hoitoprosessiin ja henkilökunnan psykoterapeuttista osaamista parannettiin koulutuksen keinoin. 1970-luvulla psykoosien hoito keskittyi sairaaloihin, eikä Turun skitsofreniaprojektissa lähdetty hoidon laitospainotteisuutta vielä juurikaan muuttamaan. (Alanen 2009.) Tarpeenmukaista hoitoa voidaan siis pitää tasavertaisen kohtaamisen suomalaisena pioneerinä psykoosipotilaiden hoidon saralla. Hoitokäytäntö nimettiin skitsofreniaryhmän psykoosien tarpeenmukaiseksi hoidoksi ja sen perusteperiaatteita on viisi:

- ”1. Hoitotoiminnat suunnitellaan ja toteutetaan joustavasti sekä yksilöllisesti, jotta ne parhaiten kohtaisivat sekä potilaan että hänen lähimpään vuorovaikutusverkostoonsa kuuluvien ihmisten hoidolliset tarpeet.
2. Tutkimusta ja hoitoa luonnehtii psykoterapeuttinen asenne.
3. Terapeuttisten toimintojen tulee tukea toisiaan, ei vaikuttaa toisiaan vastaan.
4. Hoidon prosessiluonne on ymmärrettävä ja pyrittävä säilyttämään.
5. Hoitotoimintojen ja niiden tuloksellisuuden jatkuva seuranta on tärkeätä sekä potilaskohtaisesti että hoitojärjestelmän kokonaisuuteen liittyen.”

(Alanen 2009.)

Hoidon joustavuus tarkoittaa sitä, että hoitosuunnitelmaa muutetaan aina tarpeen mukaan. Psykoterapeuttinen asenne puolestaan viittaa hoitohenkilökunnan pyrkimykseen ymmärtää potilaan elämäntapahtumia ja niiden vaikutuksia nykytilanteeseen. Kolmas tarpeenmukainen hoidon periaate viittaa siihen, että hoito on mahdollisimman integroitua ja neljäs hoidon jatkuvuuteen ja vuorovaikutteiseen luonteeseen. Viides periaate viittaa hoidon laadun ja

vaikuttavuuden järjestelmällisen seuraamisen tärkeyteen ja näyttääkin vahvasti siltä, että tarpeenmukaisen hoidon periaatteiden implementoinnin Turkuun paransi selvästi hoitotuloksia. (Alanen 2009.) Kuitenkin 1970-luvulla mielenterveyshoidon laadun seuranta ja dokumentointi oli Suomessa hyvin puutteellista, ja siksi tarpeenmukaisen hoidon vaikutuksista potilaiden terveyteen ja hyvinvointiin on vaikea saada kattavaa käsitystä.

On myös huomattava, että standardoiduista periaatteista huolimatta tarpeenmukaisen hoidon kutsuminen hoitomalliksi voi tuottaa myös harhaanjohtavan käsityksen, koska kyse on ollut alusta lähtien ennemminkin tilanteen mukaan joustavista hoitoprosesseista ja yksilöllisesti räätälöidystä vastauksesta hankalaan tilanteeseen kuin helposti standardoitavasta hoitomallista (Alanen & Lehtinen & Rökköläinen & Aaltonen 1991, 363). Hoitomallin nimeäminen auttaa silti erottamaan tarpeenmukaisen hoidon diagnoosiperusteisiin näyttöön perustuviin standardoituihin hoitoihin nojaavasta mielenterveyshoidon järjestämistavasta. Varsin hyvin onnistuneen Turun skitsofreniaprojektin jälkeen tarpeenmukaista hoitoa kehitettiin ja tutkittiin valtakunnallisesti 1980-luvun puolella.

## 2.2 Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti

Turun skitsofreniaprojektin jälkeen Suomessa toteutettiin vuosina 1981-1987 Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma, jonka käynnistämisen päämotiivina toimi 1970-luvulla havaittu skitsofreniapotilaiden korkea kroonistumisen aste, kansainvälisesti katsottuna hyvin laitospainotteinen hoitokäytäntö sekä kehittämätön avohoito (Lääkintöhallitus 1988, 29-30). Hanke tunnetaan myös Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin nimellä, ja hankkeen yhteydessä Turun skitsofreniaprojektissa saatuja oppeja ja tarpeenmukaisen hoidon periaatteita levitettiin laajemmin koko Suomessa (Alanen 2009; Alanen & Lehtinen & Rökköläinen & Aaltonen 1991, 363). Hankkeen taustalla oli myös laitoshoidon vähentämiseen ja avohoidon kehittämiseen tähdänneitä kansallisen tason poliittisia ohjaushankkeita (Ahonen 2019, 86-87; Lääkintöhallitus 1988, 183-192), joiden kanssa Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti toimi tiiviissä vuorovaikutuksessa. Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti oli aikanaan varsin mittava 5,6 miljoonan markan investointi (Lääkintöhallitus 1988, 210), mikä kertoo osaltaan vakavien mielenterveysongelmien tutkimuksen, hoidon, kuntoutuksen ja ehkäisyn vahvasta noususta kansalliselle agendalle. Projekti jakautui kahteen tutkimus- ja kehittämishankkeeseen, joita

olivat UPS, eli Uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittämisen projekti ja PSP eli Pitkäaikaispotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämisen projekti (Lääkintöhallitus 1988, 35).

Mitattavaan muotoon saatetut Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin päätavoitteet liittyivät uusien skitsofreniapotilaiden kroonistumisen vähentämiseen, laitoksiin kroonistuneiden skitsofreniapotilaiden kuntouttamiseen avohoitoon sekä avohoidon kehittämiseen riittävän laadukkaaksi suoriutuakseen kahdesta ensin mainitusta tavoitteesta (Lääkintöhallitus 1988, 32). Yrjö O. Alasen johdolla hanketta toimeenpannut projektiryhmä katsoi näiden hankkeelle asetettujen päätavoitteiden ohella erityisen tärkeäksi tavoitteeksi tapauskohtaisesti eri hoitomuotoja integroitavan yhteisö- ja perhekeskeisen hoitokäytännön valtakunnallisen vahvistamisen (Lääkintöhallitus 1988, 40).

Hankkeessa edistetty perheiden osallistaminen hoitoon ei ollut vaikeaa. Nopea hoitokokous ensipsykoosipotilaan ja tämän perheen kanssa heti hoidon aloittamisen jälkeen järjestyi koko hankkeen puitteissa keskimäärin seitsemän kertaa kymmenestä ja Turussa lähes yhdeksässä tapauksessa kymmenestä (Alanen & Lehtinen & Rökköläinen & Aaltonen 1991, 365).

Käytännössä valtakunnallisen skitsofreniaprojektin puitteissa saatiin psykoosien hoidossa aikaan edistystä tavoiteltuun suuntaan, eli potilaiden kroonistumisen aste sekä laitoshoidon tarve saatiin laskemaan, mutta oikeansuuntaisesta kehityksestä huolimatta ennalta asetetuista määrällisistä tavoitteista jäätiin myös runsaasti jälkeen (Lääkintöhallitus 1988, 208-209).

Hankkeen perusteella määriteltiin suosituksia skitsofrenian hoidon ja ennaltaehkäisyn laaja-alaiseen kehittämiseen. Projektiryhmä katsoi, että skitsofrenia syntyy yksilön vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa ja suositteli siltä pohjalta panostamista uusien skitsofreniatapausten psykososiaaliseen ennaltaehkäisyyn laaja-alaisesti perhe- ja yhteiskuntapoliittisilla interventioilla (Lääkintöhallitus 1988, 213-217).

Itse hoidon saralla Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin seurauksena suositeltiin tarpeenmukaisen hoidon periaatteita psykoosien hoidon organisoimiseksi. Projektia toimeenpannut työryhmä nimittäin piti tärkeänä, että hoito räätälöidään tilannekohtaisen tarpeen mukaan. Henkilöstön koulutustason ja etenkin perheterapeuttisen osaamisen lisäämistä pidettiin myös merkityksellisenä, ja 1980-luvulla ongelmana olleeseen avohoidon sekä laitoshoidon välisen rajapinnan heikosti toteutuneen integraation parantamiseen suositeltiin kiinnittämään erityistä huomiota. Lisäksi suositeltiin perustamaan psykoosipotilaiden tutkimiseen ja hoitoon erikoistuneita psykoosiryhmiä. (Lääkintöhallitus

1988, 217-232.) Myöhempi tarkastelu osoittaa, että psykoosiryhmiä perustettiin hankkeen seurauksena ympäri maata ja psykoosien kroonistuminen saatiin valtakunnallisen skitsofreniaprojektin jälkeen aikaa myöten merkittävään laskuun (Alanen 2009). Tämä kehityskulku viittaa siihen, että vakavien psykoositapausten ilmaantuvuuteen voidaan huomattavasti vaikuttaa tarpeenmukaisen hoidon periaatteiden edistämällä järjestelmätasolla.

Lääkehoidon kehittäminen nähtiin Valtakunnallisessa skitsofreniaprojektissa tärkeänä, mutta lääkehoidon tutkiminen ja kehittäminen päätettiin sitoa hoidon kokonaisvaltaisen kehittämisen projekteihin, eikä lääkehoitoa tutkittu kulloisestakin asiayhteydestään ja yksilöllisestä elämäntilanteista irrallisena hoitotoimenpiteenä (Lääkintöhallitus 1988, 36). Jos lääkkeitä käytettiin, katsottiin tarpeelliseksi perustella tarkasti, miksi lääkkeitä haluttiin antaa ja mitä lääkityksellä haluttiin saada aikaan juuri käsillä olevassa ainutkertaisessa tilanteessa (Alanen & Lehtinen & Räcköläinen & Aaltonen 1991, 367). Lääkehoidon tutkiminen osana muuta hoitokokonaisuutta poikkeaa nykyisestä lääkehoidon tutkimuslinjasta, jossa lääkkeiden vaikutuksia potilaisiin pyritään tutkimaan muusta hoidosta, tilannekohtaisesta sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ja lääkkeille annetuista subjektiivisista merkityksistä irrallisena interventiona (Kendall 2003). Toisaalta myös psykoterapiatutkimuksessa pyrkimys interventioiden vaikuttavuuden osoittaminen vertailevan koeasetelman keinoin yleistyi vasta Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin jälkeen (Leiman 2004), joten 1980-luvulla yhteiskunnalliset olosuhteet mielenterveyshoidon kokonaisvaltaiseen kehittämiseen olivat suotuisat verrattuna myöhempään vaatimukseen tuottaa objektiivista ja kontekstista riippumatonta näyttöä yksittäisten hoitotoimenpiteiden vaikuttavuudesta.

Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin tuloksellisuutta tutkittiin varsin tarkasti Turussa, jossa verrattiin ennen hankkeen aloittamista ja sen aikana hoitoon otettujen uusien skitsofreniapotilaiden hoitotuloksia toisiinsa kahden vuoden seurantajaksolla hoidon aloittamisesta alkaen. Tutkimuksen perusteella Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin aikana hoitoon tulleista vain puolet tarvitsi neuroleptilääkitystä seurannan päätteeksi. Heistä merkittävästi harvempi kärsi psykoosioireista ja myös sairaalahoidon tarve oli tässä ryhmässä huomattavasti pienempi kuin vertailuryhmässä. Myös työkyvyttömyyseläkkeiden tarve oli vähäisempää hankkeen aikana hoitoon tulleilla. (Alanen & Lehtinen & Räcköläinen & Aaltonen 1991, 369-371.) Ensipsykoosin hoitotulokset olivat siis parantuneet valtakunnallisen skitsofreniaprojektin myötä Turussa monella mittarilla. Parantuneet skitsofrenian hoitotulokset Turussa saattavat tutkijoiden mukaan selittyä vuorovaikutuksen kehittämällä,

potilaiden ja läheisten yksilöllisten tarpeiden parantuneella huomioimisella ja henkilökunnan koulutustason parantamisella (Alanen & Lehtinen & Rökköläinen & Aaltonen 1991, 369-371).

Tarpeenmukaisen hoidon alkutaivalta luonnehti hoidon ja potilaiden kohtaamisen psykoterapeuttinen ja psykodynaaminen orientaatio, eikä elämäntilanteiden psykologisoinnin välttämistä pidetty tavoiteltavana, toisin kuin dialogisuutta painottavissa tarpeenmukaisen hoidon myöhemmissä sovelluksissa. Tarpeenmukainen hoito painottuikin alun perin potilaan sisäisiin psykologisiin prosesseihin, vaikka toisaalta myös hoidon verkostokeskeisyyttä kehitettiin psykodynaamisen ajattelun rinnalla. Hoitoon usein varsin keskeisesti kuuluneella psykodynaamisella psykoterapialla tavoiteltiin alun perin tiedostamattoman mielen tuomista tietoisuuteen, mutta sittemmin terapiatoiminnan tavoitteeksi on määrittynyt ennemminkin potilaan lapsuudenperheen epäsuotuisassa tunneilmapiiirissä vaurioituneen persoonallisuuskehityksen edistäminen vuorovaikutuksessa psykoterapeutin kanssa (Larmo 2008, 137). Tarpeenmukaisen hoidon edistämistä jatkettiin seuraavaksi 1990-luvun puolella uudessa valtakunnallisessa tutkimushankkeessa, jota käsitellään seuraavassa alaluvussa.

## 2.3 Akuutin psykoosin integroitu hoito

Vuosina 1992-1993 Suomessa toteutettiin Akuutin psykoosin integroidun hoidon (API) - monikeskustutkimusprojekti, jota organisoivat Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Stakes yhdessä Jyväskylän ja Turun yliopistojen kanssa (Seikkula & Aaltonen & Alakare 1999, 107). Tutkimuksen väestöpohja kattoi 600 000 ihmistä, ja tutkimushankkeen kuudesta tarpeenmukaisen hoidon periaatteita soveltaneesta tutkimuskeskuksesta kolmessa tavoitteena oli hoitaa alueen uudet psykoosipotilaat kokonaan ilman neurolepteja tai vähäisellä neuroleptiannoksella. Tämän lisäksi tavoitteena oli minimoida osastohoidon tarve ja hoitaa potilaita näiden kotona mahdollisuuksien mukaan. Yksi hankkeeseen osallistuneista keskuksista oli avoimen dialogin hoitomallin syntypaikkana tunnettu Keroputaan sairaala. (Seikkula & Aaltonen & Alakare 1999, 107.) Tarpeenmukainen hoito oli siis 1990-luvulla Suomessa vahvasti akateemisen kiinnostuksen kohteena. Tarpeenmukaisen hoidon ideoita luonnehtivat API-hankkeen aikaan hoidon tarpeenmukaisuus, perhekeskeisyys ja psykoterapeuttinen asenne (Lehtinen & Aaltonen & Koffert & Rökköläinen & Syvälahti 2000, 312-313).

Akuutin psykoosin integroidun hoidon hankkeesta saatiin mielenkiintoisia tuloksia, jotka motivoivat kehittämään tarpeenmukaista hoitoa myöhemmin edelleen (Lehtinen & Aaltonen & Koffert & Rökköläinen & Syvälahti 2000). API-projektin yhteydessä tehdyssä tutkimuksessa, jossa verrattiin antipsykoottista lääkitystä maltillisesti tai ei ollenkaan saaneiden ensipsykoosipotilaiden hoitotuloksia tavanomaista hoitoa saaneiden ensipsykoosipotilaiden hoitotuloksiin kahden vuoden seurantajaksolla osoittautui, etteivät rutiininomaista lääkehoitoa saaneiden hoitotulokset olleet millään mittarilla ainakaan parempia kuin vähän tai ei ollenkaan antipsykoottista lääkehoitoa saaneiden potilaiden. Sairaalahoidon tarve oli maltillisen psykoosilääkityksen ryhmässä vähäisempää, ja samoin tulokset kuntoutuksen tavoitteiden toteutumisen osalta olivat tässä ryhmässä paremmat. Muilta osin erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, mutta antipsykoottisen lääkehoidon yksilöllisen optimoinnin ryhmän tulokset olivat hieman vertailuryhmää parempia myös psykoosioireiden lievittymisessä, työllistymisessä ja elämänhallinnan saavuttamisessa. Tutkijat päättelivät, että antipsykoottisen lääkehoidon tutkiminen kontekstistaan erillisenä interventiona ei välttämättä ole hedelmällistä, vaan psykososiaalinen hoito olisi katsottava ainakin jossain määrin lääkehoidon korvaavaksi interventioksi. (Lehtinen & Aaltonen & Koffert & Rökköläinen & Syvälahti 2000.) Tutkimus tarjoaa selkeää näyttöä siitä, että jopa vakavien psykoosien hoidossa on syytä tarkastella potilaan ja tämän verkoston yksilöllistä kokonaistilannetta eikä vaikuta yhtä hyödylliseltä keskustella siitä, onko lääkehoidosta näyttöä jossakin tietyssä potilasryhmässä vai ei. Ryhmätason näyttö lääkehoidosta saattaa joustaa huomattavastikin sen mukaan, miten potilaita kohdellaan ja millaista psykososiaalista tukea hoitoon integroidaan.

Kauko Haarakangas (1999, 194) puolestaan tulkitsee Akuutin psykoosin integroidun hoidon projektin tarjonnan lupaavaa tutkimusnäyttöä siitä, että psykoottisia potilaita on mahdollista hoitaa hyvin hoitotuloksin kotiolosuhteissa ja usein ilman antipsykoottista lääkehoitoa terapeutin työryhmän, potilaan perheen ja avoimen dialogin keinoin.

Stakes (2001) julkaisi tutkimusprofessori Ville Lehtisen johdolla API-hankkeen jälkeen tiedotteen, jossa todettiin tutkimuksen puoltavan vähäisempää lääkkeiden käyttöä psykoosin hoidossa. Lisäksi Stakes antoi hankkeen pohjalta kaksi uutta suositusta psykoosin hoitoon:

”1. Horisontaalinen asiantuntijuus, jossa pyritään tietoisesti ammattireviirien purkamiseen ja asiantuntijuuden välisten rajojen ylittämiseen. Painopiste on itseohjautuvissa työryhmissä.



2. Rituaalien purkaantuminen ja avoin vuoropuhelu: hoito ei ole aikaan ja paikkaan jäykästi sidottua, vaan asiantuntijuus voi parhaiten toteutua ympäristössä, jossa hoitojärjestelmän valta on vähäisimmillään ja potilaan valinnanvapaus suurimmillaan.”

(Stakes 2001.)

API-hankkeen aikoihin tarpeenmukaista hoitoa kutsuttiin vielä Suomen malliksi (Lehtinen & Aaltonen & Koffert & Rökköläinen & Syvälahti 2000, 313). Tästä huolimatta API-projektin jälkeen tarpeenmukainen hoito valtakunnallisena hoidon organisoimisen ideana kuihtui nopeasti pois. 1990-luvun puolivälissä tarpeenmukaisen hoidon kehityksen tuloksia sovellettiin laajamittaisesti enää Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä (Bergström ym. 2018, 270). 2000-luvun alussa laaditussa skitsofrenian Käypä hoito –ohjelmassa tarpeenmukaisen hoidon hankkeita ei mainittu sanallakaan ja tuolloin Suomessa siirryttiin biolääketieteellisesti orientoituneen näyttöön perustuvan psykiatrian aikakauteen (Alanen 2009). Huolimatta muuttuneesta ajattelutavasta mielenterveyshoidon järjestämisessä valtakunnallisella tasolla, jatkettiin Keroputaan sairaalassa Torniossa API-projektin jälkeistä tarpeenmukaisen hoidon kehittämistyötä.

## 2.4 Avoimen dialogin hoitomalli: Keroputaan malli

Tarpeenmukaisen hoidon periaatteiden soveltaminen ei kadonnut aivan koko maasta, vaan pienellä, vuonna 1995 noin 72 000 asukkaan ja sittemmin vuonna 2016 63 000 asukkaan alueella Länsi-Lapissa kehitystyötä jatkettiin (Bergström ym. 2018, 270). Alueen psykiatrisia palveluita oli kehitetty tarpeenmukaisen hoidon periaatteiden ohjaamana 1980-luvulta alkaen (Aaltonen & Seikkula & Lehtinen 2011, 181). Keroputaan sairaala toteutti API-hankkeen pohjalta omaa ODAP (Open Dialogue in Acute Psychosis) -tutkimuksensa vuosina 1994-1997 sen jälkeen, kun API-tutkimusprojektista oli saatu lupaavia tuloksia vähäiseen neuroleptiannokseen ja avohoitoon painottuvasta psykoosien hoidosta (Seikkula & Aaltonen & Alakare 1999, 107). Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä, jossa Keroputaan sairaala sijaitsi, oli sovellettu jo 1980-luvulta lähtien tarpeenmukaisen hoidon periaatteita ja 1990-luvulla API- ja ODAP-hankkeiden edesauttamana alueelle kehittyi paikallisiin olosuhteisiin nykyään avoimen dialogin hoitomallina tunnettu mielenterveyshoitokäytäntö. Ero hoitoperiaatteissa API-hankkeessa edistetyn integroidun hoidon ja myöhemmin nimetyn avoimen dialogin hoidon välillä ei ole selvä ja kategorinen, vaan API-hankkeen jälkeen henkilöstön osaamista

kehitettiin ja uuden hoitokäytännön soveltaminen Länsi-Pohjan alueen mielenterveyshoidossa systematisoitiin (Seikkula ym. 2006, 218).

Uudessa hoitokäytännössä hoidon tarpeen tuottaneet ongelmat nähtiin ihmisten välisinä sen sijaan, että niitä olisi hoidettu yksilöiden sairauksina (Seikkula 2002, 263). Avoimen dialogin hoitomallissa inhimilliset kokemukset myös saavat merkityksensä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa sen sijaan, että hankalia elämäntilanteita määriteltäisiin asiantuntijalähtöisesti sairauden oireiksi lääketieteellisen diagnostiikan näkökulmasta (Seikkula & Haarakangas 1999, 181).

Avoimen dialogin hoidon tärkein tapahtuma on hoitokokous, jossa kriisiin osalliset ihmiset, potilas mukaan lukien, kokoontuvat keskustelemaan hankalasta elämäntilanteesta ja siihen liittyvistä asioista (Seikkula 2002, 264). Hoito on verkostokeskeistä, eikä ensisijaisena tavoitteena ole päästä yksilön oireista nopeasti eroon, vaan muodostaa jaettu käsitys tilanteesta. Kaikki hoitoon liittyvät suunnitelmat ja päätökset tehdään avoimesti hoitokokouksissa (Seikkula 2002, 264). Lisäksi hoitokokonaisuudesta vastaava moniammatillinen työryhmä muodostetaan tapauskohtaisesti (Aaltonen 1999, 151). Usein moniäänisen dialogin lisäksi muita hoitointerventioita, kuten antipsykoottista tai muuta lääkehoitoa, ei tarvita. (Bergström 2020; Seikkula ym. 2006). Jaakko Seikkulan ja Kauko Haarakankaan (1999, 170) mukaan avoin dialogi on ”potilaan, hänen perheensä ja hoitavan työryhmän terapeutin vuoropuhelu, jossa terapeuttien avulla vaikeita asioita voidaan käsitellä”.

Bergströmin ja työtovereiden (2018, 170) mukaan Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä koko alueen psykiatrinen hoito avohoidon yksiköistä sairaalaosastoihin organisoitiin 1990-luvulla avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti, ja jopa kolme neljäsosaa hoitohenkilökunnasta oli käynyt kolmevuotisen perheterapeuttikoulutuksen. 2000-luvulla avoimen dialogin hoitokäytäntö on kuitenkin Länsi-Pohjan alueella ja siten koko Suomessa hiipunut palvelujärjestelmään tehtyjen rakenteellisten muutosten ja henkilövaihdosten vuoksi. Psykoterapiakoulutus siirtyi kokonaan yliopistojen vastuulle ja avohoito siirtyi pitkälti sairaanhoitopiiriltä kunnille, mikä pirstaloitti palvelurakenteen. (Bergström ym. 2018, 170.) Tällä hetkellä Suomessa ei näin ollen ole yhtäkään aluetta, jossa koko mielenterveyshoito olisi järjestetty avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti.

## 2.4.1 Avoimen dialogin hoitomallin periaatteet

Edellisessä alaluvussa kuvattuja avoimen dialogin hoitomallin prosesseja ja käytäntöjä on pyritty tiivistämään muutamiiin peruseriaatteisiin, vaikka ei voi pitää täysin selvänä, onko paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin muodostettu kriisityön malli standardoitavissa ja sellaisenaan siirrettävissä. Standardointiin on kuitenkin pyritty, ja seitsemän keskeistä periaatetta dialogiselle merkityksellistämisprosessille ovat välitön apu kriisissä, sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisuissa, joustavuus ja liikkuvuus, työntekijöiden vastuullisuus, työn psykologisen jatkuvuuden turvaaminen, epävarmuuden sietäminen ja dialogisuus keskustelun muotona (Seikkula & Haarakangas 1999, 176).

Bergström ja työtoverit (2018, 169) määrittelevät tarkemmin avoimen dialogin hoitomallin periaatteita ensipsykoosin hoidossa. Seuraavat periaatteet kuitenkin soveltuvat pääosin myös muunlaisten mielenterveysongelmien hoitoon ja Länsi-Pohjan alueella koko palvelujärjestelmä pyrittiin organisoimaan mielenterveyshoidon osalta oheisten periaatteiden mukaisesti:

**Välitön apu kriisissä:** ensimmäinen hoitokokous voidaan järjestää vuorokauden sisällä, jos tämä potilaalle ja tämän verkostolle sopii. Tavoitteena on mahdollistaa arjen jatkuminen, sairaalahoidon välttäminen sekä mahdollistaa ympärivuorokautisen kriisiapu.

**Sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisuissa:** potilaan perhe ja muut hankalaan elämäntilanteeseen olennaisesti liittyvät henkilöt kutsutaan hoitokokouksiin mukaan, ja sosiaalisen verkoston voimavarat otetaan käyttöön kriisistä selviämiseksi.

**Joustavuus ja liikkuvuus:** kriisiin vastataan yksilöllisesti ja hoitomenetelmät räätälöidään tilannekohtaisen tarpeen mukaan. Lisäksi hoito pyritään järjestämään tavallisesti potilaan kotona.

**Työntekijöiden vastuullisuus:** Se työntekijä, johon ensimmäisenä otetaan yhteyttä, järjestää ensimmäisen hoitokokouksen, jossa hoidon yksilöllinen tarve määritellään. Sama työryhmä kantaa kokonaisvastuun koko hoitoprosessista alusta loppuun.

**Työn psykologisen jatkuvuuden turvaaminen:** sama työryhmä vastaa saman potilaan ja verkoston hoidosta sekä avohoidossa että osastohoidossa niin kauan kuin hoidon tarve kestää.

**Epävarmuuden sietäminen:** akuutissa kriisissä on vältettävä ennenaikaisia johtopäätöksiä tarvittavista hoitomenetelmistä ja keskitytään luomaan turvallista ilmapiiriä sekä vahvistamaan sosiaalisia yhteyksiä. Etenkin antipsykoottisen lääkehoidon aloittamista akuutissa tilanteessa, johon liittyy psykoottisia kokemuksia, tulisi välttää.

**Dialogisuus keskustelun muotona:** hoidossa keskitytään kriisissä olevien ihmisten omaa toimijuutta edistävään dialogiin ja hoidon tarpeen aiheuttavista tilanteista pyritään luomaan jaettu ymmärrys. Kriisiin osallisten ihmisten muuttaminen ei ole terapeutin keskustelun ensisijainen tavoite.

(Bergström ym. 2018, 169.)

*Taulukko 1: avoimen dialogin hoitomallin periaatteet.*

Avoimen dialogin hoitomallin periaatteet muokataan tutkielman teoriaosuuden luvussa 3.3 mielenterveyshoidon laatu-ulottuvuuksiksi, joiden pohjalta myös tutkielman kyselylomakkeet on jäsennetty.

## 2.4.2 Avoimen dialogin hoitomallin teorian perusteltavuus

Eräs keskeinen ongelma mielenterveyshoidossa on mielenterveyspalvelujen pirstaloituneisuus, jossa lääkitys ja diagnostiikka, psykoterapia ja sosiaaliset interventiot ovat eriytyneet toisistaan. Palveluintegraation, eli erilaisten palvelujen mielekkääksi kokonaisuudeksi yhdistämisen, onnistuminen taas riippuu toteutetun integraation laajuudesta (van Os & Guloksuz & Vijn & Hafkenscheid & Delespaul 2019, 89). Pitkälle viety palveluintegraatio on tärkeä mielenterveyshoidon osatekijä elämäntilanteiden yksilöllisyydestä ja kompleksisuudesta johtuen. Esimerkiksi yksinäisyyttä potilaan oireita mahdollisesti ylläpitävänä tekijänä ei lääketieteelliseen tutkimukseen perustuva hoito yksinään kunnolla tavoita, eikä hoidon sosiaalista komponenttia ole mielekästä erottaa lääketieteestä ja terapiatoiminnasta erilliseksi sosiaalityön siilokseen. Avoimen dialogin hoitomallissa mielenterveyshoidon palveluintegraatio on viety pitkälle, ja hoidosta vastaava moniammatillinen työryhmä perustaa hoidon ryhmätyöhön eikä eri alojen ammattilaisten tekemisiin yksilösuorituksiin. Tästä syystä terveyspalvelujen ja sosiaalipalvelujen samoin kuin lääketieteen, psykoterapian ja sosiaalityön rajat hämärtyvät avoimen dialogin hoitomallissa.

Jo avoimen dialogin hoitomallin valtakunnallisen edeltäjän, akuutin psykoosin integroidun hoidon yhteydessä ammattilaisia kannustettiin tietoisesti rikkomaan eri alojen asiantuntijuuden rajoja (Stakes 2001).

Avoimen dialogin hoitomalli on edistyksellinen ja ihmisoikeuksia kunnioittava mielenterveyshoitomalli vuorovaikutuksen laatuun ja tasavertaisuuteen panostamisen valossa (von Peter ym. 2019). Dialogiselle hoidolle tyypilliset ominaisuudet, kuten ihmisoikeuksien kunnioittaminen ja ihmisten tasavertainen kohtaaminen ovat arvoja, joita on mielenterveyshoidossa tarpeen edistää.

Avoimen dialogin hoitomallin mukaista mielenterveyshoidon yksilöllistä räätälöintiä sairausdiagnooseihin yhdistetyn näyttöön perustuvan hoidon antamisen sijaan puoltaa psykiatrisen diagnostiikan heikko tieteellinen teoriapohja. Koska psykoosisairausdiagnoosit ovat tietyllä ajanhetkellä ilmeneviä oirekuvauksia, eivätkä ota oireiden syihin tai niitä oireita ylläpitäviin tekijöihin kantaa (Bergström 2022), ei ole syytä olettaa, että samaan diagnoosiryhmään kuuluvat ihmiset hyötyisivät samanlaisista hoidoista. Hoidon tarpeenmukaista yksilöintiä diagnoosiperusteisten interventioiden sijaan puoltaa myös tutkimus, jonka mukaan psykiatrinen diagnostiikka on kokonaisuudessaan rajoiltaan keinotekoinen luokitusjärjestelmä, joka ei pysty erottelemaan diskreettejä sairauksia toisistaan (Allsop & Read & Corcoran & Kinderman 2019). Psykiatrinen diagnostiikka jättää lisäksi huomioimatta potilaiden eksistentiaaliset haasteet, kuten esimerkiksi yksinäisyyden, toivottomuuden tunteet ja kokemukset elämän merkityksettömyydestä (van Os & Guloksuz & Vijn & Hafkenscheid & Delespaul 2019, 89). Eksistentiaaliset haasteet ovat väistämättä tapauskohtaisia ja yksilöllisiä, ja niiden tunnistamiseen ja huomiointiin hoidossa avoimen dialogin hoitokäytäntö voi soveltua paremmin kuin diagnoosiperusteiset interventiot, kuten lääkehoito ja ennalta ohjeistetut psykoterapiat. Lisäksi psykiatrinen diagnostiikka jättää pääsääntöisesti huomioimatta psykiatristen potilaiden yleisen traumataustan, joka oireita monen yksilön kohdalla saattaa aiheuttaa ja ylläpitää (Allsop & Read & Corcoran, Kinderman 2019).

Psykiatristen diagnoosien validiteetti on ongelmallinen myös biologian näkökulmasta. Nimittäin psykiatriisiin diagnooseihin ei ole pystytty yhdistämään diagnostiikan tai hoitopäätösten näkökulmasta relevantteja biologisia löydöksiä useiden vuosikymmenten aktiivisesta pyrkimyksestä huolimatta (Brückl 2020, 2). Psykiatriset diagnoosit ovat siten luonteeltaan sosiaalisia konstruktioita, vaikka diagnoosiluokkien neurobiologiseen

validointiin on kohdennettu paljon rahaa. Esimerkiksi yhdysvaltalaisen terveydenhuollon tutkimuslaitoksen National Institute of Mental Healthin pääjohtajana vuosina 2002-2015 toiminut Thomas Insel on haastattelussa todennut, että hänen johtamalleen virastolle mielisairauksien biologisen perustan tutkimiseen kohdennetuilla noin 20 miljardin dollarin voimavaroilla saatiin aikaan ”paljon hienojen tutkijoiden hienoja artikkeleja”, mutta ei hyötyä potilaille eikä tieteellisesti relevantteja tuloksia (Wired 2017). Koska näyttää siltä, että potilaiden neurobiologiset ominaisuudet eivät ole mielenterveysongelmien hoidon tai diagnostiikan näkökulmasta kovinkaan relevantteja, puoltaa kokonaisuun ihmisiin keskittyvä avoimen dialogin hoitomalli tässäkin suhteessa paikkaansa.

Jopa kaikkein vakavimpina pidettyjen mielenterveyden häiriöiden diagnoosiperusteinen hoito on kyseenalaistettu. Esimerkiksi psykoottisiksi määriteltyjen kokemusten yksilöllisen, vaikeasti määriteltävän ja monesti kokijalleen merkityksellisen luonteen, sekä sosiaalisessa kontekstissaan tavallisesti ymmärrettävän syntyhistorian johdosta on epäilty, onko vakavaksi psykoosisairaudeksi luonnehdittu skitsofrenia lainkaan tieteellisesti perusteltavissa oleva diagnoosi (Alanen 2009; Allsop & Read & Corcoran & Kinderman 2018; Bergström 2022; Johnstone & Boyle 2018; Maanmieli & Gauffin & Suutarinen 2021; Seikkula 2016; van Os 2016). Yrjö O. Alasen (2009, 226) mukaan sekä ennusteeltaan että sairaudenkuvaltaan hyvin erilaisten potilaiden niputtaminen skitsofreniadiagnoosin alle vaikeuttaa potilaiden ja heidän saamansa hoidon tutkimista sekä aiheuttaa vakavaa haittaa psykoosista toipuneille henkilöille, jotka toipumisestaan huolimatta joutuvat kantamaan diagnoosin mukanaan tuomaa sosiaalista leimaa. Tutkimus avoimen dialogin hoitokäytännön mukaisesti hoidetuista psykoosidiagnoosin saaneista potilaista puolestaan viittaa siihen, että sairausdiagnoosi ei ole jäänyt osaksi potilaiden identiteettiä (Bergström ym. 2019). Tämä heijastanee avoimen dialogin hoitomallin mukaista moniäänistä ja tasavertaista vuorovaikutusta, jossa potilaita ei kohdella psykiatristen sairausdiagnoosien tuottamien oletusten mukaisesti. Skitsofreniaa pidetään yleisesti vakavimpana psykiatrisena sairautena, jonka olemassaoloa harva julkisesti kiistää, joten skitsofreniadiagnoosin hyvin perusteltua kyseenalaistamista voidaan pitää vahvana kannanottona laajan mielenterveyshoidon muutoksen puolesta.

Psykiatrissa diagnostiikkaa haastaa osaltaan mielenterveysongelmien jatkumoajattelu, joka perustuu siihen havaintoon, että psykiatrisen diagnostiikan oireiksi määrittelemiä ilmiöitä, kuten unettomuutta, alakuloisuutta ja levottomuutta, esiintyy ihmisten arjessa yleisesti. Myös kokemukset, jotka konstruoidaan samalle henkilölle kertyessään vakavan psykoosisairauden oireiksi, ovat osoittautuneet väestössä yleisiksi, vaikka psykoottisiksi luokiteltujen

kokemusten tulkinnanvaraisuudesta johtuen niiden yleisyyttä on vaikea tutkia (esim. Yung ym. 2009). Mielenterveyden jatkumomallin onkin tutkimuksissa varsin yhdenmukaisesti osoitettu vähentävän mielenterveysongelmiin liittyvää stigmaa (Peter ym. 2021). Avoimen dialogin teoreettiset oletukset sopivat yhteen mielenterveyden jatkumomallin kanssa, koska avoimessa dialogissa suhtautuminen elämäntilanteisiin ja ihmisten kokemuksiin on dynaaminen eikä sairausluokkien määrittämä.

Englannissa olosuhteet ja ajankohta näyttävät olevan otolliset avoimen dialogin hoitomallin implementoinnille matalan kynnyksen näyttöön perustuvan lyhytpsykoterapian hankkeen ainakin osittaisen epäonnistumisen myötä. Nimittäin The Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) -nimisessä miljardeja puntia maksaneessa reformissa, jossa parannettiin merkittävästi pääsyä ennalta ohjeistettuun lyhytterapiaan, on osoittautunut, että suurin osa lyhytterapiaan ohjatuista ei ole osallistunut interventioon tai on jättänyt intervention kesken, ja että terapian käyneilläkään hoitotulokset eivät ole olleet erityisen hyviä (Scott 2021). Englannin esimerkki osoittaa, että ainakaan ennalta ohjeistettu psykoterapia ei ole sellainen psykososiaalinen interventio, joka vastaisi kaikkien apua tarvitsevien tarpeisiin, ja siksi saattaisi olla parempi tarjota ihmisten tarvitsemaa tukea joustavammin avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti.

Eräs avoimen dialogin hoitomallille ominainen piirre on ollut psykoosipotilaiden onnistunut hoitaminen kokonaan ilman psykoosilääkkeitä tai vähäisellä psykoosilääkityksellä (Seikkula 2016). Psykoosilääkkeiden on osoitettu lievittävän psykoosioireita lyhyellä aikavälillä (Leucht ym. 2017). Kuitenkin huolta on pitkän aikavälin tutkimuksissa herättänyt havainto siitä, että mitä enemmän psykoosilääkkeitä psykoosipotilaat käyttävät, sitä heikommin he myös toipuvat (Wunderlink 2013; Harrow 2012; Bergström ym. 2020). Mikäli psykoosilääkkeet aiheuttavat enemmän haittaa kuin hyötyä potilaiden toipumiselle useiden vuosien aikaperspektiivillä, päättyy tehokas oireiden lievittäminen lyhyellä tähtämellä etenkin pakkolääkityksen keinoin moraalisesti kyseenalaiseen valoon. Psykoosilääkityksestä ja yleisemmin psyykenlääkityksestä saattaa koitua yksilöille myös merkittäviä haittavaikutuksia, joten psykoosilääkityksen välttämistä, joka avoimen dialogin hoitomallin mukaisella hoidolla näyttäisi tehokkaasti onnistuvan, voidaan pitää arvona sinänsä. Tieto muiden psyykenlääkkeiden kuin psykoosilääkkeiden käytöstä avoimen dialogin hoitomallin arjessa taas on vähäistä.

Tässä aluvuossa käsitellyt teoreettiset argumentit puoltavat avoimen dialogin hoitomallin rahoitusta, tutkimusta ja myös implementointia, mitä tämä tutkielma periaatteessa saattaisi edistää laatumittariston mahdollisista käytännön sovelluksista riippuen. Seuraavaksi käsitellään empiiristä näyttöä avoimen dialogin vaikuttavuudesta. Empiirinen tutkimus lopulta ratkaisee, onko avoimen dialogin hoitomallin edistäminen verorahojen sijoittamisen arvoista.

### 2.4.3 Avoimen dialogin hoitomallin kustannusvaikuttavuus

Suomen perustuslain 19 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan jokaiselle riittävät terveyspalvelut (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731). Terveyspalvelulain 7 a § (Terveyspalvelulaki 30.12.2010/1326) puolestaan velvoittaa julkisen vallan turvaamaan palveluvalikoimaan kuuluvat sairauksien ehkäisy, tutkimukset ja diagnostiikka sekä sairauksien hoito ja kuntoutus siten, että toimenpiteiden kustannukset eivät ole kohtuuttomia saavutettavaan terveyshyötyyn nähden. Lisäksi terveyspalvelulain 7 a §:n nojalla terveyspalvelun toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin käytäntöihin (Terveyspalvelulaki 2010/1326). Terveyspalveluissa on myös tapahtumassa parhaillaan kansainvälinen siirtymä, jossa näyttöön perustuvuus ja toiminnan perusteltavuus tulkitaan potilaille tuotettavan terveyshyödyn perusteella suhteessa toiminnan kustannuksiin (Porter 2010). Seuraavaksi tarkastellaan tutkimusnäyttöä avoimen dialogin hoitomallin tuloksellisuudesta ja kustannuksista. Kertyneen tutkimustiedon perusteella voidaan arvioida, onko avoimen dialogin hoitomalli lain tarkoittama näyttöön perustuva hyvä käytäntö, jonka kustannukset eivät ole kohtuuttomia, eli kustannusvaikuttava hoitomalli.

Ensin tarkastellaan avoimen dialogin hoitokäytännön kyvykkyyttä ehkäistä vakavien ja kroonisten mielenterveysongelmien ilmaantuvuutta. Vakavana ja kallishoitaisena yleisesti pidetyn psykoosisairauden, skitsofrenian, vuosittainen ilmaantuvuus laski erään tutkimuksen mukaan Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä avoimen dialogin hoitomallin implementoinnin myötä 25 uudesta skitsofreniapotilaasta kymmeneen uuteen skitsofreniapotilaaseen sataatuhatta asukasta kohti ja myös uusien psykoositapausten ilmaantuvuudessa tapahtui kokonaisuudessaan laskua. Uusien yhteydenottojen määrä ei kuitenkaan laskenut, eli vakavasti oireilevien psykoosipotilaiden ilmaantuminen ei selity hoidon tarpeen alueellisella vähentymisellä (Aaltonen & Seikkula & Lehtinen 2011, 186-187). Seikkulan, Alakareen ja



Aaltosen (2011, 248) mukaan skitsofrenian väestöpohjaan suhteutettu ilmaantuvuus Länsi-Pohjan alueella laski 1980-luvun puolivälistä 1990-luvun puoliväliin mennessä vieläkin enemmän, 35 uudesta skitsofreniatapauksesta seitsemään uuteen skitsofreniatapaukseen sataatuhatta asukasta kohden. Edellä mainittujen Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiristä kertyneiden tutkimustietojen perusteella näyttää siis siltä, että avoimen dialogin hoitokäytäntö vähentää todennäköisyyttä kriisitilanteiden ajautumisesta siihen pisteeseen, että tuloksena olisi vakava psykiatrinen sairaus. On loogista, että puuttumalla kriisitilanteisiin ajoissa tarpeenmukaisella tuella, vakavasti sairaiden potilaiden ilmaantuvuuskin jää vähäiseksi ja tätä kautta avoimen dialogin hoitomalli saattaa säästää mielenterveyshoidon kustannuksia suhteessa standardihoitoon.

Tietoa Avoimen dialogin hoitomallin tuloksellisuudesta on kertynyt muun muassa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueelta, jossa avoimen dialogin hoitokäytännöllä aloitetun ensipsykoosien hoidon tuloksia verrattiin API-hankkeen aikana aloitetun psykoosihoidon tuloksiin kahden ja viiden vuoden seurantajaksoilla (Seikkula ym. 2006). Ryhmien koot vaihtelivat välillä 33-42, joten aineisto oli varsin pieni. Avoimen dialogin hoitoa saaneilla oli vähemmän sairaalahoitopäiviä kahden vuoden seurannassa, mutta viiden vuoden seurannassa eroa ei ollut. Hoitokokouksia oli avoimen dialogin ryhmässä viiden vuoden jaksolla vähemmän kuin vertailuryhmässä, mutta kahden vuoden seurannassa eroa ei ollut. Psykoosioireiden vakavuudessa ja toimintakyvyssä ei ollut eroja ryhmien välillä. Antipsykoottisia lääkkeitä käytti selvä vähemmistö kummassakin ryhmässä sekä kahden että viiden vuoden seurantajaksoilla. Työssä tai opiskeluissa oli suurin osa molempiin ryhmiin kuuluneista sekä kahden että viiden vuoden seurantajaksojen päätteeksi. (Seikkula ym. 2006.) Tutkimus antaa viitteitä siitä, että avoimen dialogin hoitokäytäntö saattaisi parantaa vakavan psykoosin vuoksi hoitoon tulevien sosioekonomista asemaa sekä toimintakykyä ja mahdollistaisi antipsykoottisen lääkehoidon korvaamisen suurimmalla osalla potilaista intensiivisellä psykososiaalisella tuella hoidon alkuvaiheessa. Hoitotulokset vaikuttavat myös pysyvästi tutkimuksen perusteella. Toisaalta tutkimuksen aineisto oli suppea, mikä rajoittaa tulosten yleistettävyyttä.

Rekisteritietoihin perustuvassa kohorttitutkimuksessa puolestaan tutkittiin hoitotulosten pysyvyyttä ensipsykoosipotilailla yhdeksäntoista vuoden seurannassa vertaamalla Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella avoimen dialogin periaatteiden mukaista hoitoa saaneiden ensipsykoosipotilaiden (n=108) hoitotuloksia muualla Suomessa hoidetuista ensipsykoosipotilaista muodostetun vertailuryhmän (n=1763) hoitotuloksiin (Bergström ym.

2018). Länsi-Pohjassa hoitoa saaneiden ryhmässä vain noin joka neljännen potilaan hoito aloitettiin pakkohoitona, kun taas vertailuryhmässä joka toisella hoito oli aloitettu vasten potilaan tahtoa. Tutkimus osoitti, että potilaskuolleisuudessa ei ollut ryhmien välillä eroja muuten kuin luonnollisissa kuolemissa, joita tapahtui Länsi-Pohjan ryhmässä vähemmän. Länsi-Pohjan ryhmälle kertyi lisäksi seitsemän kertaa vähemmän sairaalahoitopäiviä kuin vertailuryhmään kuuluneille. Myös antipsykoottisen lääkehoidon käyttö ja työkyvyttömyyseläkkeelle päätyminen oli huomattavasti vähäisempää Länsi-Pohjan ryhmässä. (Bergström ym. 2018.) Tutkimus antaa viitteitä siitä, että avoimen dialogin hoitomallilla olisi merkittävä potentiaali parantaa vaikeahoitoisina pidettyjen psykoosipotilaiden toimintakykyä sekä vähentää psykiatrisen hoidon ja etenkin kalliin sairaalahoidon tarvetta. Kustannussäästöjä avoimen dialogin hoitomallin implementointi saattaa tuottaa tutkimuksen perusteella välillisesti potilaiden toimintakyvyn paranemisen kautta.

Avoimen dialogin hoitokäytännön vaikuttavuutta on tutkittu myös muilla kuin psykoosipotilailla. Suomessa kolmella alueella toteutetussa satunnaistetussa tutkimuksessa tavoitteena oli tuoda masennuspotilaiden avoimen dialogin periaatteilla toteutettu pariterapia osaksi mielenterveyshoitoa ja tutkia hoidon vaikuttavuutta kahden vuoden seurannassa (Seikkula & Aaltonen Kalla & Saarinen & Tolvanen 2013). Tutkimusryhmään kuuluneet masennuspotilaat saivat pariterapiaa sekä normaaliin tapaan muuta mielenterveyshoitoa, ja vertailuryhmään kuuluneet masennuspotilaat sai tavallista mielenterveyshoitoa, sisältäen tavallisesti myös yksilöpsykoterapiaa. Kahden vuoden seurannassa pariterapiaa saaneiden hoitotulokset olivat parempia kuin tavallista hoitoa saaneilla yleisen mielenterveyden, masennusoireiden, toimintakyvyn ja alkoholin käytön mittareilla. Lisäksi pariterapiaa saaneiden ryhmässä terapiakertoja oli vähemmän. (Seikkula & Aaltonen Kalla & Saarinen & Tolvanen 2013.) Avoimen dialogin hoitokäytäntö saattaa siis parantaa hoitotuloksia myös masennuspotilailla. Toisaalta tämän tutkimuksen lopulliseen aineistoon kuului vain 51 tutkittavaa, joten suuria johtopäätöksiä tutkimuksesta ei voi tehdä.

Avoimen dialogin periaatteita sovellettu myös neuropsykiatristen häiriöiden hoitoon. Satunnaistettuun suomalaistutkimukseen otettiin mukaan perheitä (n=42), joissa ainakin yhdellä lapsella oli neuropsykiatrisen häiriö (Cavonius-Rintahaka & Roos & Gillberg & Billstedt & Aho 2022). Tutkimuksessa verrattiin dialogisen perheintervention saaneiden perheiden koettua terveyttä ja perheiden sisäistä sosiaalista tukea vertailuryhmään, jonka lapsi oli saanut tavallista psykiatrista hoitoa. Dialogisen perheintervention saaneiden ryhmään

kuului 30 vanhempaa ja tavallista hoitoa saaneiden lasten vanhempia oli 22. Kolmen kuukauden kuluttua seurannan alkamisesta sosiaalinen tuki ja perheiden koettu terveys oli parantunut molemmissa ryhmissä, mutta perheintervention saaneiden ryhmän perheissä sosiaalinen tuki oli lisääntynyt enemmän kuin vertailuryhmässä. (Cavonius-Rintahaka & Roos & Gillberg & Billstedt & Aho 2022.) Saadut tulokset ovat lupaavia, mutta aineisto on jälleen sen verran pieni, että tulosten yleistyksen suhteen on oltava varovainen.

Avoimen dialogin hoitokäytännön tuloksellisuutta ja kustannusvaikuttavuutta nuorisopsykiatrian kontekstissa tutkineessa rekisteritutkimuksessa avoimen dialogin hoitoa saaneiden ryhmään kuuluivat vuosina kaikki vuosina 2003-2008 ensimmäistä kertaa psykiatrista hoitoa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä saaneet alun perin 13-20 -vuotiaat (n=780), ja vertailuryhmään kaikki vastaavan ikäiset muualla Suomessa ensimmäistä kertaa psykiatrista hoitoa saaneet nuoret (n=44 088) (Bergström ym. 2022). Avoimen dialogin hoitoa saaneeseen ryhmään kuuluneilla potilailla oli kymmenen vuoden seurantajakson jälkeen pienempi todennäköisyys olla edelleen psykiatrisessa hoidossa ja työkyvyttömyyseläkkeellä. Kuolleisuudessa ei ollut ryhmien välillä eroa, ja kymmenen vuoden kumulatiiviset hoitokustannukset olivat avoimen dialogin mallin mukaista hoitoa saaneiden ryhmässä pienemmät kuin vertailuryhmässä. (Em. 2022.) Nuorisopsykiatrisen hoidon organisoiminen avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti näyttäisi siis mahdollisesti parantavan hoidon vaikuttavuutta ja vähentävän hoidon kustannuksia.

Eräässä suomalaisessa tutkimuksessa havaittiin avoimen dialogin hoitomallin mukaisen nuorisopsykiatrisen intervention vähentäneen tutkimukseen osallistuneiden (n=150) itsemurha-ajatuksia jopa 50% keskimäärin 9,5 kuukautta kestäneen intervention aikana (Granö & Kallionpää & Karjalainen & Salmijärvi & Roine & Taylor 2016). Vaikka tulos on sinänsä hyvä, tutkimuksesta puuttuu kuitenkin kokonaan vertailuryhmä, joten tutkimuksesta ei voi tehdä vahvoja johtopäätöksiä kriisi-intervention vaikutuksista tutkimuksen osallistuneiden itsemurha-ajatuksiin.

Tanskassa Etelä-Jyllannissa on järjestetty nuorisopsykiatrinen hoito avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti 2000-luvun alusta lähtien (Buus ym. 2019, 120). Laajassa rekisteripohjaisessa kohorttitutkimuksessa verrattiin Etelä-Jyllannissa avoimen dialogin periaatteiden mukaiseen nuorisopsykiatriseen hoitoon tulleiden alun perin 14-19 -vuotiaiden henkilöiden (n=503) palvelujen käyttöä vastaavan ikäisiin muualla tanskassa tavanomaiseen nuorisopsykiatriseen hoitoon tulleiden potilaiden (n=19 240) palvelujen

käyttöön (Buus ym. 2019). Ryhmiä verrattiin toisiinsa yhden, kahden, viiden ja kymmenen vuoden jälkeen yksittäisten potilaiden hoidon alkamisesta. Avoimen dialogin ryhmään kuuluneet saivat enemmän psykiatrista avohoitoa yhden vuoden seurannassa, mutta eivät enää myöhemmin. Tavanomaista hoitoa saaneilla oli enemmän psykiatristia päivystyskäyntejä, ja sairaalahoitopäivissä ei ollut eroa ryhmien välillä. Kaikkiaan avoimen dialogin mukaista hoitoa saaneet käyttivät jonkin verran tavanomaista hoitoa saaneita vähemmän terveydenhuollon palveluita. (Buus ym. 2019.) Tutkimuksen perusteella avoimen dialogin hoitomallin implementointi nuorisopsykiatriaan paransi jonkin verran hoitotuloksia ja vähensi kustannuksia. Hyödyt eivät olleet kuitenkaan yhtä suuria kuin Länsi-Pohjassa aiemmin käsitellyn Bergströmin ja työtovereiden (2022) tutkimuksen perusteella.

Avoimen dialogin hoitokäytäntöä on sovellettu myös Euroopan ulkopuolella. New Yorkin kaupungissa alettiin tarjota vuonna 2013 levähdyspaikkaa psykiatrisiin kriiseihin Parachute NYC -ohjelman puitteissa (Bouchery ym.2018). Tarkoituksena oli korvata akuuttiin psykiatriseen kriisiin ajautuneiden henkilöiden sairaalahoitajaksoja lyhytkestoisella vertaistuellisella kriisi-interventiolla kodinomaisessa ympäristössä, jossa oli tarjolla avoimen dialogin hoitomallin mukaisesti koulutettujen vertaisten tarjoama ympärivuorokautinen tuki. Ohjelman vaikuttavuutta tutkinut tutkimus osoittaa, että kriisi-interventioon osallistuneet henkilöt (n=401), joista suurimmalla osalla oli diagnoosina skitsofrenia, tarvitsivat selvästi vähemmän sairaalahoitoa kriisi-intervention jälkeisellä kahden vuoden seurantajaksoilla kuin rekistereistä muodostettu tavallista hoitoa saanut vertailuryhmä (n=1769). Lisäksi kriisi-interventioon osallistuneilla terveydenhuollon kustannukset olivat keskimäärin yli 1600 dollaria alhaisemmat kuin vertailuryhmään kuuluneilla. (Bouchery ym 2018.) Parachute NYC oli ensimmäinen hanke, jossa vertaisasiantuntijat otettiin systemaattisesti mukaan avoimen dialogin hoitomallin mukaisen intervention tuottamiseen (Wusinich & Lindy & Russell & Pessin & Friesen 2020, 1034). Tutkimustulokset New Yorkista tukevat avoimen dialogin hoitomallin siirrettävyyttä kulttuurista toiseen.

Stakesin, yliopistosairaanhoitopiirien ja Kansaneläkelaitoksen yhteisessä PERFECT-hankkeessa on kehitetty menetelmiä ja tietokantoja skitsofrenian hoidon laadun, vaikuttavuuden, kustannusten ja kustannustavaikuttavuuden rekisteripohjaisen tutkimisen ja kehittämisen tarpeisiin alueittain ja väestöryhmittäin (Karvonen ym. 2008, 3). Hankkeessa tutkittiin vuosina 1995-2001 skitsofreniaan sairastuneita henkilöitä, joita seurattiin rekistereistä viiden vuoden ajan skitsofreniadiagnoosin saamisen jälkeen (em. 10). Tarkastelu osoittaa, että avoimen dialogin hoitomallia skitsofreniapotilaiden hoidossa toteuttaneessa

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä skitsofrenian hoidon kustannukset olivat selvästi Suomen edullisimmat sekä yhden että viiden vuoden ajanjaksolla skitsofrenian toteamisesta alkaen (Em. 31). PERFECT-hankkeessa tuotetun tutkimustiedon perusteella avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukainen psykoosien hoito näyttäisi siis olevan kustannuksiltaan edullista.

Avoimen dialogin hoitomallin tutkimuksia on kritisoitu siitä, että otoskoot ovat pieniä ja näyttöön perustuvan lääketieteen kriteerit täyttävät satunnaistetut kontrolloidut interventiotutkimukset puuttuvat (Freeman & Tribe & Stott & Pilling 2019, 48). Esitetty kritiikki pitää paikkansa, mutta toisaalta kokonaisen hoitomallin vaikuttavuutta on vaikeampaa tutkia vertailevalla koeasetelmalla kuin esimerkiksi tutkia psykenlääkkeen vaikutusta suhteessa lumelääkkeeseen.

Korkealaatuisen avoimen dialogin hoitomallin vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta koskevan tutkimusnäytön puutetta paikataan Englannissa laajan mittakaavan monikeskustutkimushankkeessa, jossa avoimen dialogin hoitomallin merkittävä potentiaali parantaa mielenterveyshoidon tuloksia ja vähentää kustannuksia on olemassa olevasta tutkimuskirjallisuudesta tunnistettu. (Pilling ym. 2021, 2). Huolellisesti suunnitellussa satunnaistetussa kontrolloidussa koeasetelmassa tutkitaan, onko avoimen dialogin hoitomalli tavallista hoitoa vaikuttavampi relapsien välttämisen, kustannusten sekä toipumisen ja asiakastyytyväisyyden kriteereillä. Lisäksi hankkeessa tutkitaan, vaikuttavatko potilaiden sosiaalisten verkostojen laatu ja laajuus tai jaettu päätöksenteko hoidossa relapsien välttämiseen. Tutkimukseen osallistuu yli 500 vakavaan mielenterveyden kriisiin apua hakevaa henkilöä ja seuranta-aika on kaksi vuotta. Tulokset pyritään julkaisemaan vuonna 2024, ja tutkimuksen tuloksilla uskotaan olevan suuri merkitys mielenterveyspalvelujen järjestämiseen sekä Isossa-Britanniassa että maailmanlaajuisesti. Tutkimus on osa laajaa ODDESSI (Open Dialogue: Development and Evaluation of a Social Network Intervention for Severe Mental Illness) -tutkimusohjelmaa. (Pilling ym. 2021.) Alustavia tuloksiakin hankkeesta on saatu, nimittäin suppeahko tutkimus kertoo hyvinvoinnin ja toimintakyvyn merkittävästä parantumisesta sekä korkeasta tyytyväisyydestä hoitoon avoimen dialogin hoitokäytännön pilotointiin osallistuneilla mielenterveyspalvelujen käyttäjillä (Kinane & Osborne & Ishaq & Colman & MacInnes 2022). ODDESSI-tutkimushanke on valmistuessaan tärkeä lisä avoimen dialogin hoitomallin vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta selvittävään tutkimuskirjallisuuteen. Toisaalta jo nyt esimerkiksi Ellen Bouchery ja työtoverit (2018, 1070) toteavat, että avoimen dialogin hoitomalli on näyttöön perustuva hoitomalli.

Edellinen tutkimuskirjallisuutta kuvaileva kirjallisuuskatsaus viittaa siihen, että avoimen dialogin hoitomalli olisi näyttöön perustuva kustannusvaikuttava hoitokäytäntö, joka ei tuota kohtuuttomia kustannuksia. Katsaus tukee avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden edistämistä mielenterveyshoidon laadun arvioinnin mittapuuksi, mutta lisätutkimusta hoitomallin kustannusvaikuttavuudesta tarvitaan vielä.

Tässä pääluvussa on esitelty avoimen dialogin hoitomalli osana tarpeenmukaisen mielenterveyshoidon perinnettä ja perusteltu avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden tutkimisen ja edistämisen tarpeellisuus. Seuraavassa pääluvussa luodaan teoreettinen pohja avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisen mielenterveyshoidon laatumittariston muodostamiselle.

### 3. Avoimen dialogin hoitomallin laatumittaristo

Tässä luvussa määritellään ensin terveydenhuollon laatua yleisesti ja muodostetaan tutkielmassa muodostettavan mielenterveyshoidon laatumittariston jäsentämistä ohjaavat avoimen dialogin hoitomallin laatu-ulottuvuudet. Edellisessä pääluvussa osoitettiin, että avoimen dialogin hoitomalli on tarkkaan teoretisoitu ja pitkään tutkimustyöhön perustuva integroitu kokonaisuus. Hoitomallin pilkkominen toisistaan poikkeaviin osiin edes laadun määrittelyn osalta ei tästä syystä ole täysin ongelmatonta. Tavoitteena onkin tässä pääluvussa ennen kaikkea muodostaa viitekehys jäsentämään ja käsitteellistämään kyselylomakkeiden rakentamista. Pääluvun lopuksi tarkastellaan myös käyttökelpoisen mielenterveyshoidon laatumittariston teoriaa, jotta analyysin toteuttamisen teoreettiset lähtökohdat on myöhemmin mahdollista perustella täsmällisesti.

#### 3.1 Terveydenhuollon laatu

Terveydenhuollon laatu on abstrakti käsite, joka ei viittaa mihinkään täsmällisesti määriteltävissä olevaan ilmiöön. Kuitenkin terveydenhuollon laatua on tärkeää pyrkiä määrittelemään, koska muuten merkittävänä riskinä on tautologinen päätelmä, jonka mukaan

laadun parantuminen tarkoittaa yksinkertaisesti menestymistä laatumittareiden tuottamissa tunnusluvuissa (Rosenbaum 2022, 1664). Tällöin ajattelu tulisi ulkoistettua laatumittareille.

Terveydenhuollon laadulla viitataan toisinaan yksinkertaisesti vain kliinisissä hoitosuosituksissa määriteltyjen prosessien toteutumiseen eri potilasryhmillä (Porter 2010). Toisaalta laadun määrittelyn lähtökohtana voidaan pitää terveydenhuollon perimmäisiä tavoitteita, jotka määrittävät, mitä hyvää terveydenhuoltojärjestelmällä pyritään saamaan ihmisille aikaan. Yleisesti käytetyn määritelmän mukaan terveydenhuoltojärjestelmän tehtävänä on parhaan kykynsä mukaisesti edistää, turvata ja palauttaa yksilöiden ja väestön terveyttä sekä auttaa yksilöitä saavuttamaan paras mahdollinen terveyden ja hyvinvoinnin tilansa (Dzau ym. 2017, 1463).

Laadun parantamiseen tähtäävän työn ja siten terveydenhuollon laadun käsitteen taustalla on ajatus siitä, että toimimattoman järjestelmän kontekstissa yksilöiden ei auta yrittää tehdä töitään entistä kovemmin, vaan on pysähdyttävä ajattelemaan ja muutettava koko terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa (Institute of Medicine 2001, 4). Todennäköisesti terveydenhuollon työntekijät pääsääntöisesti tekevät jo nyt parhaansa, eikä yksittäisten työntekijöiden työpanoksiin puuttumalla ole realistisesti ajatteluta mahdollista saada riittävää muutosta aikaan yleisesti terveydenhuollossa eikä siten myöskään mielenterveyspalvelujen järjestämisessä. Terveydenhuollon laatu on siis ennen kaikkea palvelujärjestelmätasolla hyödynnettävä käsite ja siten tässä tutkielmassa hyvin käyttökelpoinen. Tässä tutkielmassa hoidon laatu on määritelty hoidon toivottavina pidettäviksi ominaisuuksiksi.

## 3.2 Terveydenhuollon laatu-ulottuvuudet

Koska terveydenhuollon laatu on laaja ja monitulkintainen käsite, pelkkä laadun käsitteen yksiulotteinen määrittely ei ole kovinkaan informatiivinen ratkaisu, vaan käsite tulee pilkkoa osiin. Esimerkiksi emeritusprofessori Martti Kekomäen (2019, 137-138) mukaan terveydenhuollon laatu on sen verran epämääräinen käsite, että se pitäisi korvata informatiivisemmilla käsitteillä, joita ovat vaikuttavuus, tehokkuus, potilasturvallisuus, oikea-aikaisuus, potilaskeskeisyys ja tasa-arvo. Kekomäen suosittama laatuluokitus on autonomisen ja arvostetun tutkijayhteisön, The National Academy of Sciences, Engineering and Medicine (NAS:n) vuonna 1970 perustaman National Institute of Medicine, eli NIM:n (2001) laatima ja edistämä. NIM:n kuusiulotteiseen laatuluokitteluun viitataan toisinaan myös

STEEP-kirjainyhdistelmällä, joka juontuu laatu-ulottuvuuksien englanninkielisistä käsitteistä *safety, timeliness, effectiveness, efficiency, equity* ja *patient centredness* (Beattie & Shepherd & Howieson 2012, 289). Vuonna 2015 National Institute of Medicine vaihtoi nimekseen The National Academy of Medicine (NAM), mutta koska laatuluokitus laadittiin ennen nimenvaihdosta, käytetään instituutista tässä tutkielmassa ensisijaisesti laatuluokituksen laatimisen aikaista vanhaa nimeä. National Institute of Medicinen STEEP-laatuluokitus on tämän tutkielman laatuluokituksen käsitteellinen perusta.

National Institute of Medicinen (2001, 5) laatuluokittelu oli osa instituutin suositusta Yhdysvaltain terveydenhuoltojärjestelmän kansallisen tason muutokselle, johon NIM tavoitteli mukaan laajaa joukkoa toimijoita poliittiselta päätöksenteontasolta terveydenhuollon viranomaisiin, ammattijohtajiin, hoitohenkilökuntaan ja kuluttajiin. Suosituksessa esitetään terveydenhuollon kansallista organisoimista instituutin edellä mainitun kuusiulotteisen laatuluokituksen ympärille (em. 5). National Academy of Sciences -yhteisön perustuskirja vuodelta 1863 velvoittaa akatemiaa antamaan neuvoja liittovaltion hallinnolle tieteeseen ja teknologiaan liittyvissä kysymyksissä, ja tämä velvoite koskee NAM:n osana myös National Institute of Medicinea eli nykyistä The National Academy of Medicinea. Yhdysvalloista tieteen ja hallinnon ideat taas leviävät tyypillisesti globaalisti. NIM:n luokittelu terveydenhuollon laadusta onkin luokituksen julkaisun jälkeen kulkeutunut terveystaloustieteiden valtavirtaan ympäri maailman (Beattie & Shepherd & Howieson 2001, 289). Tutkielmaan valittu laatuluokituksen perusta on siis kansainvälisellä tasolla yleisesti hyväksytty laadun teoreettinen viitekehys, ja siten tähän opinnäytetutkimukseen hyvin perusteltu valinta.

### 3.3 Avoimen dialogin hoitomallin laatu-ulottuvuudet

National Institute of Medicinen laatuluokitus on terveydenhuollon laadun yleisteoria, joka ei suoraan välttämättä ole käyttökelpoinen aivan jokaiseen hoitokontekstiin. Siksi seuraavassa laatu-ulottuvuuksien tarkemman määrittelyn yhteydessä muokataan NIM:n laatuluokitus yhteensopivaksi avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden kanssa. Avoimen dialogin hoitomallin peruseriaatteita olivat välitön apu kriisissä, sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisuissa, joustavuus ja liikkuvuus, työntekijöiden vastuullisuus, työn psykologisen jatkuvuuden turvaaminen, epävarmuuden sietäminen ja dialogisuus keskustelun muotona (ks.



luku 2.4.1). Tässä luvussa avoimen dialogin hoitomallin periaatteet myös yhdistetään STEEP-laatu-uokituksen ja muodostetaan tutkielman tarpeisiin räätälöidyt avoimen dialogin hoitomallin laatu-ulottuvuudet.

Terveydenhuollon laatu-ulottuvuuksista potilasturvallisuus (patient safety) on nykyään yksi terveydenhuollon kehittämisen globaaleista painopisteistä. Potilasturvallisuutta voidaan arvioida potilaille haitallisten hoitotapahtumien, kuten virheellisen lääkityksen tai väärin diagnoosien määrällä. Lisäksi potilasturvallisuutta voidaan arvioida riskitekijöillä haittatapahtumille, kuten henkilökunnan heikolla koulutuksella tai liian pitkällä työajoilla. (Perneger 2006, 1-3.) Kansallisessa strategiassa puolestaan potilasturvallisuudella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja niissä työskentelevien henkilöiden toimintaa ja asenteita, jotka ehkäisevät potilaita ja asiakkaita vahingoittumasta sekä varmistavat palveluiden turvallisuuden (STM 2022, 12). Tässä tutkielmassa potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että hoito toteutuu asianmukaisesti, eikä hoidosta aiheudu potilaalle tarpeetonta haittaa. Käytetty määritelmä on hyvä tiivistys siitä, mitä potilasturvallisuuden edistäminen sisällöllisesti tarkoittaa. Potilasturvallisuus sopii tämän tutkielman kyselylomakkeiden laatu-ulottuvuudeksi, koska potilasturvallisuuden on oltava keskeinen osa mitä tahansa mielenterveyshoitoa. Potilasturvallisuuteen sisällytettiin avoimen dialogin hoitomallin periaatteista työntekijöiden vastuullisuus, työn psykologisen jatkuvuuden turvaaminen sekä epävarmuuden sietäminen. Potilaille saatetaan tuottaa tarpeetonta haittaa, jos potilasta hoitava työryhmä laiminlyö vastuutaan hoidosta tai työryhmän jäsenet vaihtuvat niin tiuhaan, ettei terapeuttisia hoitosuhteita pääse muodostumaan. Lisäksi potilasturvallisuus voi vaarantua hätiköidyistä hoitopäätöksistä, jolloin potilaat voidaan altistaa haitallisille interventioille, kuten antipsykoottisille lääkehoidoille, joita he eivät tosiasiallisesti tarvitsisi.

Oikea-aikaisuudella (timeliness) voidaan tarkoittaa kykyä tarjota hoitoa potilaille oikeaan aikaan ja siten välttää liian pitkistä odotusajoista johtuva haitta (Ferreira & Nunes & Marques 2020, 356). Tällöin oikea-aikaisuus sisältää palvelujen saatavuuden: kun hoitoon pääsee riittävän aikaisin, vältetään helpommin tilanteiden vaikeutuminen ja kroonistuminen. Toisaalta oikea-aikaisuudella voidaan tarkoittaa myös sitä, että hoitoa ei aloiteta liian aikaisin (Kekomäki 2019, 138). Tässä tutkielmassa oikea-aikaisuus tarkoittaa sitä, että hoito annetaan hoidon tarpeen kannalta juuri oikeaan aikaan. Oikea-aikaisuus soveltuu hyvin avoimen dialogin hoitomalliin, jossa kriisiin pyritään tarjoamaan nopea hoidollinen vastaus. Oikea-aikaisuuteen sisällytetään avoimen dialogin hoitomallin periaatteista välitön apu kriisissä.

Mikäli hoito aloitetaan liian myöhään, on riskinä potilaan tilanteen heikentyminen, jolloin hoitokin saattaa muuttua hankalammaksi.

Tutkielmassa yksi keskeinen laatu-ulottuvuus on vaikuttavuus (effectiveness), joka kuvaa hoidon vaikutuksia todellisissa olosuhteissa (Ankarfeldt & Adalsteinsson & Groenwold & Ali & Klungel 2017, 41). Tällä tarkoitetaan eri asiaa kuin teholla (efficacy), jolla tarkoitetaan RCT-tutkimuksilla saatua tietoa intervention vaikutusta ihanneoloissa (Malmivaara 2012, 445). Interventioiden teho ihanneoloissa saattaa poiketa huomattavasti vaikuttavuudesta todellisilla potilailla, koska useita potilaiden terveydentilaan vaikuttavia muuttujia, kuten kliinikon ja potilaan terapeutista vuorovaikutussuhdetta, interventiolle ja sairaudelle annettuja subjektiivisia merkityksiä ja ympäristötekijöitä, on käytännössä mahdotonta ottaa RCT-kokeissa huomioon (Nordon ym. 2016, 79). RCT-kokeiden käyttöä mielenterveystyössä on kritisoitu laajemminkin, mutta tässä yhteydessä ei aiheeseen pureuduta syvemmin. Tässä tutkielmassa vaikuttavuus tarkoittaa hoidolla aikaansaatua muutosta potilaan terveydentilassa, toimintakyvyssä tai elämänlaadussa. Terveydentila, toimintakyky ja elämänlaatu ovat yleisiä potilaskeskeisiä ulottuvuuksia vaikuttavuuden mittaamiseen (Tiirinki & Jonsson 2020). Oletus on, että vakioimalla taustamuuttujia, pystytään päättämään hoidon vaikuttavuutta. Tämä poikkeaa toisinaan esitetystä näkemyksestä, jonka mukaan *effectiveness* kääntyisi arkivaikuttavuudeksi kuvaamaan sitä, että varsinainen vaikuttavuus olisi muusta potilaan elämästä eristetympi ilmiö (Kekomäki 2019, 107). Vaikuttavuus otetaan mukaan avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaiseen laatuluokitukseen sellaisenaan, koska lähelle osuvaa käsitteellistä vastinetta avoimen dialogin hoitomallin periaatteista ei löydy.

Kansainvälisesti jalansijaa saanut arvoperusteisen terveydenhuollon käsite korostaa vaikuttavuuden ensisijaisuutta verrattuna kaikkiin muihin laatu-ulottuvuuksiin, ja lisäksi arvoperusteinen terveydenhuolto painottaa hoidon kohtuullisia kustannuksia suhteessa saavutettavaan terveyshyötyyn (Porter 2009, 109). Arvoperusteisen terveydenhuollon teoriassa on suhteessa STEEP-luokitteluun kyse vaikuttavuuden priorisoimisesta tärkeimmäksi laadun ulottuvuudeksi, mikä auttaa arvottamaan tutkielman laatu-ulottuvuuksia, mutta sinänsä uusia käsitteitä arvoperusteinen terveydenhuolto ei tutkielmassa käytettävään laadun määrittelyyn tarjoa. Koska vaikuttavuus on arvoperusteisen terveydenhuollon teorian suosion myötä nousemassa laadun arvioinnin kansainväliseksi prioriteetiksi, ei vaikuttavuutta ole syytä jättää tämän tutkielman kyselylomakkeiden laatu-ulottuvuuksista pois.

Tässä opinnäytetutkimuksessa hoidon tehokkuus, *efficiency*, on päätetty jättää tarkastelusta kokonaan pois. Tehokkuus viittaa siihen, että voimavaroja ei tuhlailla, kun potilaita hoidetaan (Kekomäki 2019, 138). Tehokkuusajattelu sopii kuitenkin huonosti yhteen avoimen dialogin hoitomallin kanssa, jossa vastataan potilaiden tarpeisiin ihmiskeskeisesti ja tarvittaessa intensiiviselläkin psykososiaalisella tuella. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että avoimen dialogin hoitomallin mukainen mielenterveys hoito ei olisi vaikuttavaa tai kustannuksiltaan edullista.

Tehokkuus korvataan tässä tutkielmassa laatu-ulottuvuutena hoidon tarpeenmukaisuudella. Tarpeenmukaisuus tarkoittaa sitä, että hoito vastaa juuri siihen ainutkertaiseen tarpeeseen, joka potilaalla ja tämän läheisillä on. Tämä vastaa hyvin avoimen dialogin perusteita: tarkoitus on pohjimmiltaan vastata hoidolla ihmisten tilannekohtaisiin tarpeisiin. On perusteltua määritellä tarpeenmukaisuus tehokkuuden korvikkeeksi: tehokkuusperiaatteilla toimivassa organisaatiossa ei välttämättä ole aikaa tai henkilöresursseja potilaiden ja heidän verkostojensa tarpeisiin vastaamiseksi. Tarpeenmukaisuuteen sisällytetään avoimen dialogin hoitomallin periaatteista joustavuus ja liikkuvuus, jotka kumpikin indikoivat työntekijöiden valmiutta vastata potilaiden ainutkertaisiin tarpeisiin sekä aikataulujensa, ennakoasenteidensa että yleisen hoidon räätälöinnin puolesta.

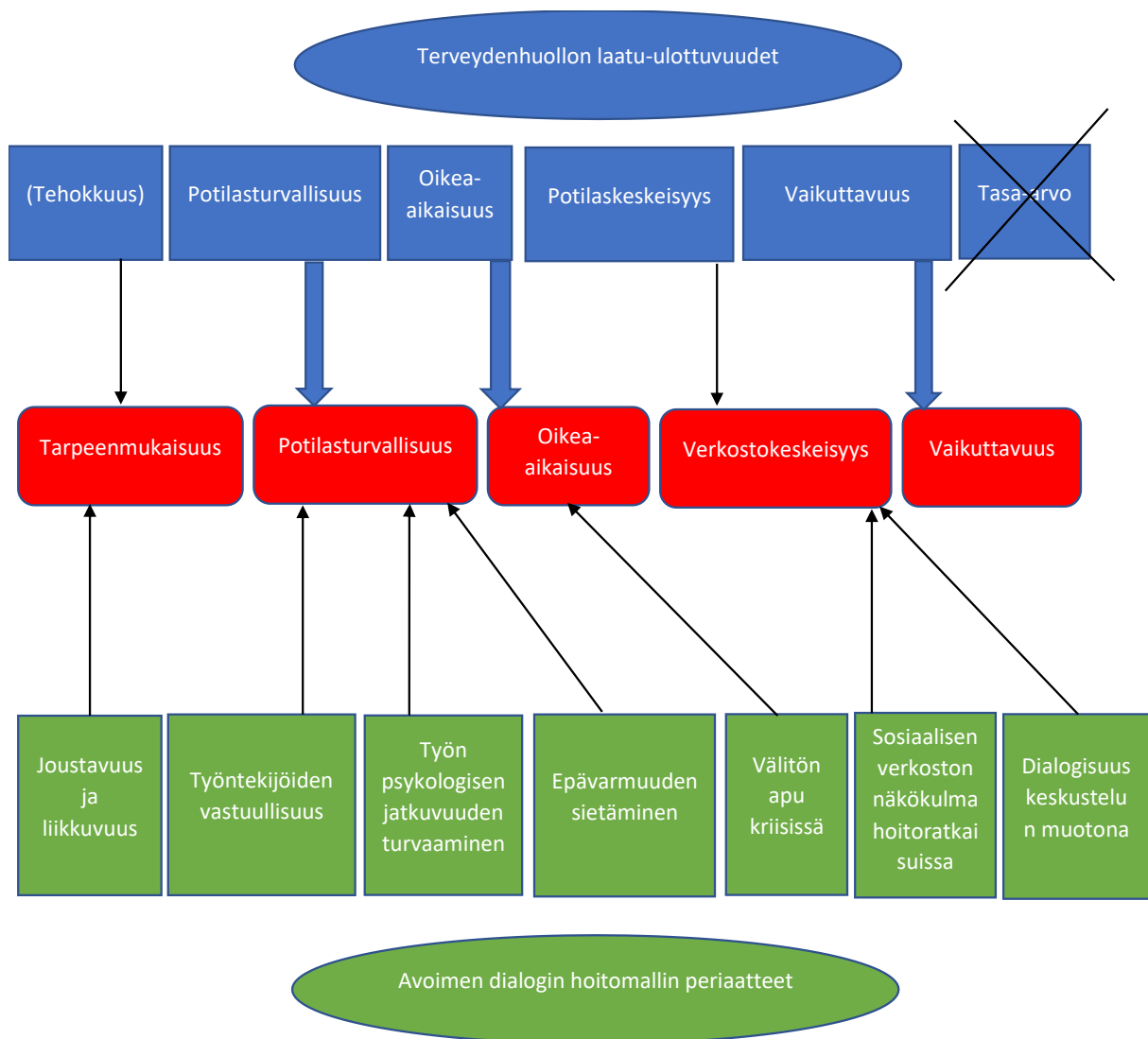
Tasa-arvo (*equity*) tarkoittaa sitä, että potilaat pääsevät hoitoon hoidon tarpeen sekä arvioidun hoidosta saatavan hyödyn perusteella (Kekomäki 2019, 138). Tasa-arvo laatu-ulottuvuutena soveltuu paremmin laajempaan yhteiskunnalliseen keskusteluun sosiaali- ja terveydenhuollosta, eikä kyseessä ole tämän tutkielman laatumittariston kannalta keskeinen laatu-komponentti. Tästä syystä tasa-arvo on jätetty tutkielmasta avoimen dialogin hoitomallin laadun ulottuvuutena pois.

Potilaskeskeisyys tarkoittaa sitä, että koko terveydenhuollon keskipisteessä on potilas ja tämän hoitotarve (Kekomäki 2019, 138). Kuitenkin avoimen dialogin hoitomallissa interventiot kohdistuvat koko kriisissä osallisena olevaan sosiaaliseen verkostoon, eivätkä yksittäiseen potilaaseen. Siksi tässä tutkielmassa verkostokeskeisyys korvaa laatu-ulottuvuutena potilaskeskeisyyden. Verkostokeskeisyys tarkoittaa sitä, että hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa otetaan keskeisesti huomioon sekä potilas että tämän lähiverkosto. Verkostokeskeisyyteen sisällytetään avoimen dialogin hoitomallin periaatteista sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisuissa sekä dialogisuus keskustelun muotona,

jotka kumpikin viittaavat hoidon sosiaaliseen ja vuorovaikutukselliseen komponenttiin.

Hoidon verkostokeskeisyys on avoimen dialogin hoitomallin ydintä.

Avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti hoidon laatu tarkoittaa siis mielenterveyspalvelujen kykyä tuottaa tarpeenmukainen, turvallinen, oikea-aikainen, verkostokeskeinen ja vaikuttava hoito. Alla olevassa kuviossa on esitetty terveydenhuollon laatu-ulottuvuuksien ja avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden yhtensovittaminen tämän opinnäytetutkimuksen kysymyslomakkeissa käytetyiksi avoimen dialogin hoitomallin laatu-ulottuvuuksiksi, jotka on merkitty kuvioon punaisella.



Kuvio 1: avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden muokkaaminen laatu-ulottuvuuksiksi.

Seuraavaksi käsitellään tämä pääluvun päätteeksi käyttökelpoisen mielenterveyshoidon laatumittariston teoriaa.

### 3.4 Käyttökelpoinen terveydenhuollon laatumittaristo

Terveydenhuollon ja siten myös mielenterveyshoidon laatumittari tarkoittaa tyypillisesti kysymysten tai väittämien kokonaisuutta, jonka avulla on tarkoitus sopivissa tutkimusasetelmissa tuottaa tietoa terveydenhuollon laadusta (Tiirinki & Jonsson 2020; Male & Noble & Atkinson & Marson 2017). Toisaalta laatua on mahdollista mitata myös yksittäisillä kysymyksillä, joskin tällöin laadusta saatava tieto on hyvin pelkistettyä, ja käytäntö on tavallinen liike-elämän asiakastyytyväisyyskyselyissä (Korneta 2018). Hoidon laadusta tarvitaan monipuolista ja potilaiden kannalta relevanttia laatumittaristoilla (Terwee ym. 2021). Laatumittaristoja kehitettäessä terveydenhuollon eri laatu-ulottuvuuksia operationalisoidaan mitattavaan muotoon, ja tietoa potilaista, heidän saamistaan hoidoista ja hoitotuloksista voidaan kerätä esimerkiksi kansallisiin laaturekistereihin (THL 2019).

Kun terveydenhuollon laatumittareita valitaan julkishallinnon tarpeisiin, tulisi valittavien mittareiden olla mittarin tarkoituksesta tieteellisen tutkimuskirjallisuuden perusteella valideja, eli mitata juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata ja reliaabeleja eli toistettavia tai johdonmukaisia. Lisäksi ainakin vaikuttavuuden mittareiden tulisi olla muutosherkkiä eli kykeneviä osoittamaan parantumista tai huonontumista asiakkaan tai potilaan terveydentilassa. Mittareiden tulisi olla myös käyttökelpoisia eli merkityksellisiä, sidosryhmien arvoihin perustuen relevantteja sekä ymmärrettäviä ja siten yksinkertaisia täyttää. Mittareiden validiteettia, reliabiliteettia ja muutosherkkyyttä kutsutaan mittareiden psykometrisiksi ominaisuuksiksi. (Valkeinen & Anttila & Paltamaa 2014.) Tämän opinnäytetutkimuksen puitteissa tutkitaan kyselylomakkeiden rakenteen validiteettia ja sisäistä johdonmukaisuutta, mutta muodostettavien laatuväittämien merkityksistä koostuvan varsinaisen mielenterveyshoidon laatumittariston validiteettia ja reliabiliteettia ei ole tässä mahdollista tutkia.

On joka tapauksessa suuri arvokysymys, lähdetäänkö mittariston kehityksessä liikkeelle tilastolliseen testaamiseen perustuvasta psykometriikasta vai teoriasta hyviä tuloksia

tuottavasta hoidosta sekä siitä, mitä mittariston käytön kannalta mahdollisesti tärkeimmät ihmisryhmät, kuten potilaat, pitävät merkityksellisenä mitata. Jos laatumittariston muodostamisessa lähdetään liikkeelle mittareiden psykometrisista ominaisuuksista, on riskinä muodostaa laatumittaristo, jolla mitataan potilaiden näkökulmasta kokonaan tai lähes merkityksettömiä ilmiöitä. Esimerkiksi Suomessa myös mielenterveyshoidon laadun arvioinnissa paljon käytetty yleinen elämänlaatumittari 15D mittaa muun muassa sellaisia konstruktioita kuin eritystoiminta, puhuminen ja kuulo (Roine 2016). Tällaiselle sairauksista riippumattomalle terveydenhuollon laadun mittaamiselle on oma paikkansa, mutta on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että mittarit ja mittaristot ovat potilaiden ja muiden sidosryhmien näkökulmasta käyttökelpoisia. Tätä tutkimustyötä tehdään tämän tutkielman puitteissa mielenterveyshoidon kontekstissa. Seuraavaksi esitellään tämän opinnäytetutkimuksen tutkimusasetelma.

## 4. Tutkimusasetelma

Tässä luvussa kuvataan opinnäytetutkimuksen tutkimusasetelman metodologisesta näkökulmasta. Metodologia eli menetelmäoppi tarkoittaa oppia tutkimustulosten saamiseen käytettyjen aineistonkeruu- ja analyysimenetelmien järkevyydestä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 18). Metodologia voidaan ymmärtää laajassa merkityksessä, jolloin kiinnostuksen kohteena ovat tiedon hankkimisen perustavat filosofiset lähtökohdat, tai rajatussa ja suppeassa merkityksessä, jota luonnehtii tiedonhankintastrategian kuvailu ja perustelu (Raunio 1999, 24-26). Pelkkiin tutkimustulosten tuottamisen menetelmiin rajautumista voidaan kutsua myös metodiikaksi erotukseksi metodologiasta, johon voi kuulua myös laajempia kysymyksenasetteluja (Raunio 1999, 26). Jaottelut laajan ja suppean tutkimusasetelman kuvaamisen välillä ovat väistämättä varsin teoreettisia, mutta suuntaa antavia. Myöskään konsensusta metodologian sisällöstä ei ole olemassa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 18). Tässä tutkielmassa metodologisia kysymyksiä tarkastellaan siinä määrin, että tutkimustulosten tuottamiseksi tehdyt valinnat tulevat riittävästi perustelluiksi. Tulkinta metodologiasta on tässä tapauksessa lähempänä tiedonhankintastrategian kuvaamista kuin laajaa metodologista pohdintaa.

Tämän pääluvun ensimmäisessä alaluvussa muotoillaan ja perustellaan tutkimuskysymykset. Toisessa alaluvussa kuvataan aineisto sekä kyselylomakkeet, joilla aineisto on kerätty sekä kyselylomakkeiden muodostamisen prosessit. muodostamisprosessit. Kolmannessa alaluvussa tarkastellaan tilastollisia menetelmiä ja sisällönanalyysia, eli menetelmiä, joilla aineisto on analysoitu. Lisäksi käydään läpi menetelmävalintojen perustelut. Lopuksi tehdään eettistä pohdintaa.

## 4.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetutkimuksen tarkoituksena on tutkia, onko tutkielmaa varten muodostettu avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukainen mielenterveyshoidon laatumittaristo mielenterveyspalvelujen käyttäjien, mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisten ja avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden näkökulmasta käyttökelpoinen mielenterveyshoidon laadun arviointiin. Koska mielenterveyshoidon laatumittaristo on karkea konstruktio, jota tutkitaan ensimmäistä kertaa, tarkoituksena on tutkia laatumittariston käyttökelpoisuuden lisäksi sitä, miten laatumittaristoa tulisi kehittää, jotta siitä tulisi vastaajien näkökulmasta entistä käyttökelpoisempi mielenterveyshoidon laadun arviointiin. Toissijaisesti tutkitaan tutkimuslomakkeiden valideittia ja reliabiliteettia. Tutkielma saattaa tuottaa aihion mielenterveyspalvelujen käyttäjiä ja heidän omaisiaan entistä paremmin palvelevien laadunarviointimenetelmien kehittämiseksi.

Tutkimustehtävän toteuttamiseksi vastataan neljään tutkimuskysymykseen:

1. Ovatko kyselyssä esitetyt mielenterveyshoidon laatumittarit vastaajien näkökulmasta käyttökelpoisia, ja muodostaisiko tutkimuslomakkeiden mielenterveyshoidon laatumittaristo vastaajien näkökulmasta hyväksyttävän pohjan mielenterveyshoidon laadun arvioinnin jatkokehitykselle?
2. Miten mielenterveyshoidon laatumittaristoa tulisi kehittää, jotta se olisi entistä käyttökelpoisempi vastaajien näkökulmasta?
3. Eroavatko tutkimukseen vastanneiden mielenterveyspalvelujen käyttäjien, mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisten ja avoimen dialogin hoitomallin

asiantuntijoiden arviot mielenterveyshoidon laatumittareiden sekä koko mielenterveyshoidon laatumittariston käyttökelpoisuudesta toisistaan?

#### 4. Onko tutkimuslomakkeiden mittaristo validi ja reliaabeli?

Aineiston analyysia ohjaavat apukysymykset määrittävät analyysimenetelmien esittelyn yhteydessä. Tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi on kerätty kyselylomakkeilla määrälliseen ja laadulliseen analyysiin soveltuva aineisto, jonka keräämiseksi suoritettu prosessi esitellään seuraavassa alaluvussa.

## 4.2 Aineisto

Tätä opinnäytetutkimusta varten kerättiin oma aineisto suoraan tutkittavilta, joten tutkimus on havaintoihin perustuva eli empiirinen. Empiirisessä tutkimuksessa tutkimustulosten tuottamiseksi käytettyjen menetelmien kuvaaminen ja perustelu on tärkeää (Tuomi & Sarajärvi 2018, 26), ja siksi myös aineistonkeruuprosessi kuvataan sekä perustellaan seuraavaksi melko yksityiskohtaisesti.

Tutkielman aineisto on kerätty kolmella eri kyselylomakkeella, jotka oli tehty erikseen mielenterveyspalvelujen käyttäjille, mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisille ja avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoille. Vastaajilta toivottiin täysi-ikäisyyttä, ja muuten vastaamiseen riitti oma tulkinta opinnäytetutkimuksen kohderyhmään kuulumisesta. Pyrkimys rajata vastauskelpoisuus 18 vuotta täyttäneisiin oli perusteltua, koska lasten ja nuorten näkemykset saattavat poiketa huomattavastikin aikuisten näkemyksistä. Kaikki kyselylomakkeet ja niiden yhteinen saatekirje ovat kokonaisuudessaan tutkielman liitteinä (luvut 9.2, 9.3 ja 9.4).

Mielenterveyspalvelujen käyttäjille on vaikea antaa tarkkaa määritelmää, ja esimerkiksi mielenterveyspalvelujen käyttäjien kuolleisuutta tutkineessa laajassa tutkimuksessa havaittiin tutkimustulosten riippuvan hyvinkin paljon mielenterveyspalvelujen määritelmästä (Suokas & Hakulinen & Sund & Kampman & Pirkola 2022). Myös mielenterveyspalvelujen käyttäjän omaisen voisi määritellä monella tavalla, ja määritelmän voisi yhtä hyvin rajata ydinperheeseen kuin laajentaa kaukasiin sukulaisiin tai jopa tuttaviiin. Yhtä tulkinnanvarainen



käsite on avoimen dialogin hoitomallin asiantuntija, jonka voisi esimerkiksi rajata tutkijoihin tai Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä kyseisen hoitomallin kulta-aikana työskennelleisiin ammattilaisiin, tai määritelmää voisi laajentaa dialogiseen perhehoitoon perehtyneisiin perheterapeutteihin ja hoitomallin kokemusasiantuntijoihin. Koska tiedonantajaryhmien määrittelyssä käytetyt käsitteet ovat tulkinnanvaraisia, oli tarkemman määrittelyn riskinä sulkea tutkimuksen kannalta olennaisia vastaajia vastauskelpoisuuden ulkopuolelle. Toisaalta oletus oli, että ihmiset eivät määrittele itseään mielenterveyspalvelujen käyttäjiksi, mielenterveyspalvelujen käyttäjän omaisiksi tai avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiksi ilman perusteita, ja siksi tutkimuksen kohderyhmään kuulumisessa painotettiin vastaajien omaa tulkintaa. Lisäksi aineiston luotettavuuden parantamiseksi kysymyslomakkeilla oli taustakysymyksiä, joiden tarkoitus oli auttaa tunnistamaan sellaiset vastaukset, joita ei tutkimuksen kriteereillä ole tarkoituksenmukaista sisällyttää lopulliseen aineistoon. Nämä kysymykset esitellään myöhemmin tässä luvussa.

Aineistoa oli perusteltua kerätä kolmelta eri tiedonantajaryhmältä, koska kaikki valitut ryhmät ovat olennaisesti osallisia avoimen dialogin hoitomallin mukaiseen mielenterveystoitoon. Mielenterveyspalvelujen käyttäjien elämää mielenterveyspalvelujen laatuksia koskevat suoraan, koska laadunarviointikriteerien muuttuminen saattaisi kontekstista riippuen tarkoittaa myös mielenterveystoitoon konkreettista muuttumista. Mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaiset taas ovat tärkeä osa koko hoitoprosessia ja mielenterveyspalvelujen käyttäjien elämää. Omaisten rooli on avoimen dialogin hoitomallissa erityisen keskeinen, koska hoito kohdistuu potilaan lisäksi koko tämän lähipiiriin. Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoilta saatava tieto puolestaan auttaa säätämään mielenterveystoitoon laatumittariston laatuvaatimuksia entistäkin paremmin avoimen dialogin hoitomallin periaatteita vastaaviksi. Mielenterveyspalvelujen käyttäjät, heidän omaisensa ja avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijat myös kattavat dialogisen hoitoprosessin kannalta keskeiset avaintoimijat, eikä muita tiedonantajaryhmiä ollut tarpeen muodostaa tähän tutkielmaan. Keräämällä vastauksia useilta tiedonantajaryhmiltä saatiin mahdollisimman laaja kokonaiskuva mielenterveystoitoon laatumittariston käyttökelpoisuudesta mielenterveystoitoon laadun arviointiin.

Vastaajia ei täsmällisesti ohjeistettu, millaiseen tietoon tai näkemykseen perustuen tutkimukseen tulisi vastata, vaan kaikkia vastaajia kohdeltiin tasavertaisesti aiheen asiantuntijoina. Tämä oli perusteltua, koska asiantuntijat eivät ole vaille omakohtaista

kokemusta ja mielenterveyspalvelujen käyttäjillä sekä heidän omaisillaan saattaa olla teoreettista tietoa kyselyn teemoista. Näin noudatettiin myös horisontaalisen asiantuntijuuden periaatetta, mikä oli myös kirjattu avoimen dialogin hoitomallia hyvin lähellä olevan tarpeenmukaisen mielenterveyshoidon sovelluksen, akuutin psykoosin integroidun hoidon, periaatteisiin (vrt. Stakes 2001).

Tutkimuksen kyselylomakkeilla oli valmis rakenne, joten kyse oli strukturoiduista kyselylomakkeista. Strukturoidut kyselyt soveltuvat sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen toteuttamiseen ja soveltuvuus on hyvä silloin, kun tutkimusasetelma on riittävän tarkasti rajattu (Tuomi & Sarajärvi 2018, 83-84). Koska tämän tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä ovat varsin tarkkaan rajattuja avoimen dialogin hoitomallin teoriasta johdetun laatumittariston käyttökelpoisuuden ja kehittämistarpeiden tutkimiseen, oli strukturoitu kyselylomake perusteltu valinta aineistonkeruumenetelmäksi. Lisäksi strukturoitu kyselylomake mahdollisti itse tutkimuslomakkeen validiteetin ja reliabiliteetin tutkimisen, mikä oli tutkielman toissijainen tavoite.

Kyselylomakkeiden alussa esitettiin tarvittavat perustiedot tutkimuksesta ja esitettiin tietosuojailmoitus (liitteet 9.2, 9.3 ja 9.4). Ennen varsinaisen kyselyn alkua kysyttiin suostumusta tutkimukseen osallistumisesta, eikä lomakkeella pystynyt etenemään, ellei suostumusta antanut. Näin pyrittiin varmistamaan, että vastaajat olivat selvillä tutkimuksen tarkoituksesta sekä omista oikeuksistaan ennen vastaamisen aloittamista. Vastaaminen oli mahdollista jättää kesken koska tahansa.

Varsinaisessa kyselyssä kysyttiin ensin vastaajien taustatietoja, jotta aineiston ominaisuuksista saatiin parempi käsitys. Kaikilla kyselylomakkeilla kysyttiin vastaajien taustatietoina ikää ja sukupuolta valmiiksi luokitelluilla asteikoilla. Mielenterveyspalvelujen käyttäjiltä kysyttiin lisäksi avokysymyksenä mielenterveyspalvelujen käytön kestoa aineiston luotettavuuden arvioimiseksi. Mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisilta taas kysyttiin aineiston luotettavuuden arvioimiseksi suhdetta siihen henkilöön, johon liittyen kyselyyn vastattiin. Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoilta puolestaan kysyttiin vastausten luotettavuuden arvioimiseksi ammattiasemaa ja avokysymyksellä avoimen dialogin hoitomallin tuntemusta. Aineiston luotettavuutta arvioitiin taustatieto-osion kysymyksiin tulleiden vastausten lisäksi tarkkailemalla silmämääräisesti mahdollisia sisäisesti ristiriitaisia vastauskokonaisuuksia. Aineiston luotettavuuden arviointi kaiken kaikkiaan oli tärkeää, koska kyselylomake oli vapaasti saatavilla.

Taustatieto-osion jälkeen vastaajia pyydettiin arvioimaan laatuvaittämien käyttökelpoisuutta mielenterveyshoidon laadun arviointiin. Vastaamisen helpottamiseksi ja aineiston luotettavuuden parantamiseksi kyselylomakkeille oli määritelty käsitteinä mielenterveyshoito, laatu, käyttökelpoisuus, työryhmä sekä kaikki kyselyjä rakentaessa käytetyt mielenterveyshoidon laatu-ulottuvuudet. Määritelmät olivat samoja kuin ne määritelmät, joita tutkielman teorialuvuissa on käytetty. Mielenterveyshoito määriteltiin sisältämään kyselyssä kaikki ne palvelut, joita palvelutarpeen aiheuttavassa mielenterveysongelmassa tai hankalassa elämäntilanteessa otetaan käyttöön. Laatu määriteltiin mielenterveyshoidon toivotuiksi ominaisuuksiin. Käyttökelpoisuuden kerrottiin viittaavan siihen, miten merkityksellisenä ja tärkeänä vastaaja pitää kutakin väittämää mielenterveyspalvelujen laadun arvioinnin mittapuuna. Työryhmän informoitiin tarkoittavan kyselyssä avoimen dialogin hoitomallin perustan muodostavaa moniammatillista, potilaan ja tämän läheisten kanssa aktiivisesti keskustelua edistävää tiimiä, jonka kaikki jäsenet osallistuvat yhdessä hoitokokouksiin, ja joka kantaa kokonaisvastuun hoidosta koko hoitoprosessin ajan.

Kyselyn osiot oli jaoteltu perustuen tutkielman tarpeisiin modifikoituun National Institute of Medicine (2001, 5) laatuoluokitukseen (ks. luku 3.3). Laatu-ulottuvuuksia olivat mielenterveyshoidon tarpeenmukaisuus, potilasturvallisuus, oikea-aikaisuus, verkostokeskeisyys ja vaikuttavuus. Jokaiselle laatu-ulottuvuudelle muodostettiin kyselylomakkeissa oma osionsa, ja osiot muodostuivat mielenterveyshoidon laatua koskevista väittämistä, joita tutkielman tulososiossa käsitellään laatumittareina. Jokainen laatuvaittäjä oli suunniteltu kuvaamaan toivottua asiointilaa mielenterveyshoidossa.

Jokaisen sivun yläreunassa selitettiin, mitä eri laatu-ulottuvuuksilla kyselyssä tarkoitetaan, ja myös laatu-ulottuvuuksien määritelmät vastaavat tutkielman teoriaosiossa formuloituja määritelmiä (luku 3.3). Tarpeenmukaisuus määriteltiin siten, että hoito vastaa juuri siihen ainutkertaiseen tarpeeseen, joka potilaalla ja tämän läheisillä on. Potilasturvallisuus määriteltiin siten, että hoito toteutuu asianmukaisesti, eikä hoidosta aiheudu potilaalle tarpeetonta haittaa. Potilasturvallisuuden osiossa erikseen informoitiin myös, että yksi väittämistä koskee antipsykoottisen lääkehoidon aloittamisen lykkäämistä akuutissa kriisissä, kunnes antipsykoottisen lääkehoidon mahdollinen todellinen tarve on selvitetty. Oikea-aikaisuus määriteltiin tarkoittamaan sitä, että hoito annetaan hoidon tarpeen kannalta juuri oikeaan aikaan. Verkostokeskeisyys puolestaan tarkoitti sitä, että hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa otetaan keskeisesti huomioon sekä potilas että tämän lähiverkosto.

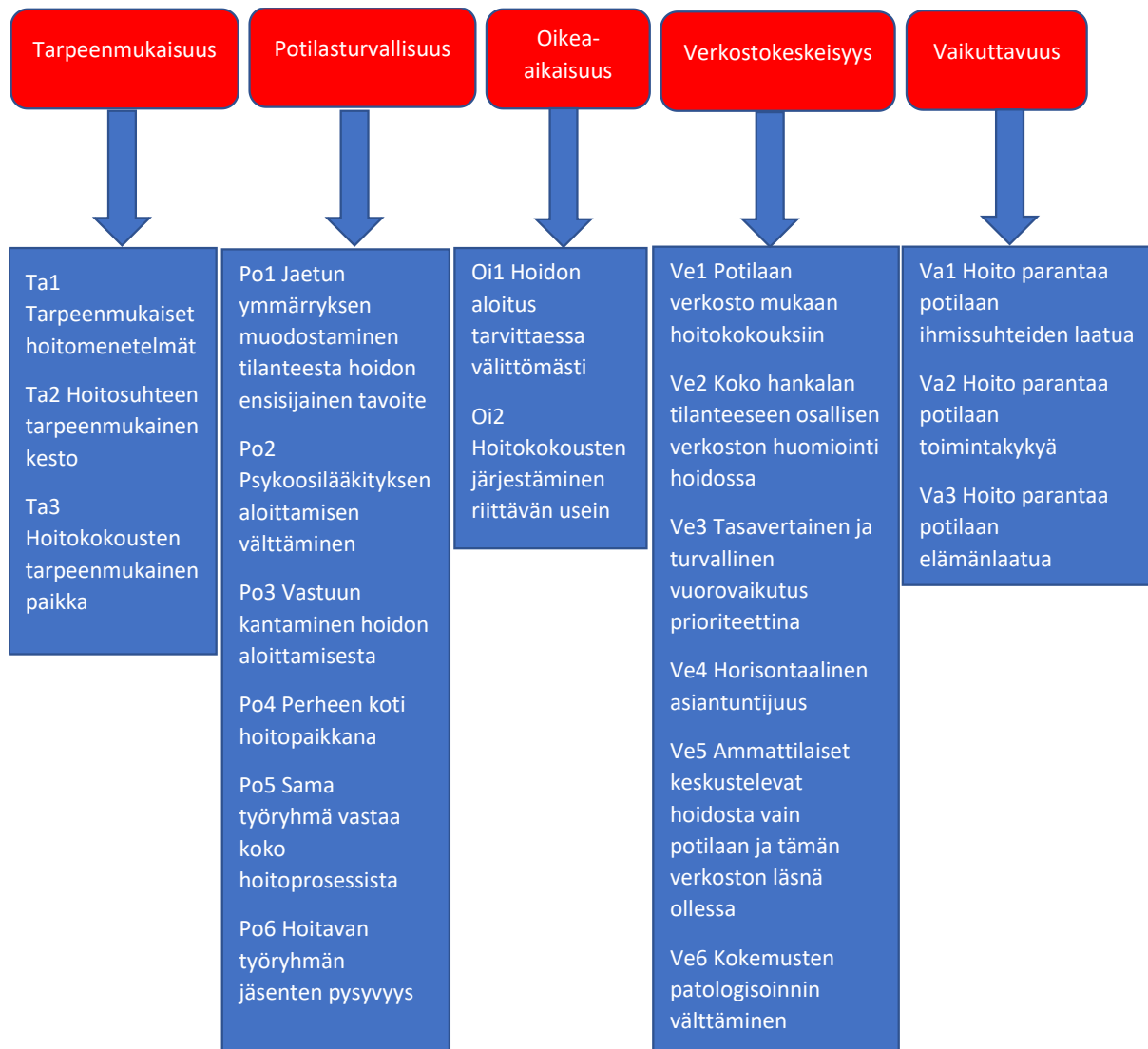
Vaikuttavuus taas määriteltiin tarkoittamaan hoidolla aikaansaattua muutosta potilaan terveydentilassa, toimintakyvyssä tai elämänlaadussa. Viimeisessä osiossa pyydettiin arvioimaan koko kyselyä.

Seuraavaksi Seikkulan ja Haarakankaan (1999, 176-181) tiivis erittely avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden merkityksestä operationalisoidaan kyselylomakkeilla esitetyiksi mielenterveyshoidon laatumittareiksi.

Kyselyn osioista Tarpeenmukaisuus operationalisoitiin kyselylomakkeille kolmeksi laatumittariksi, jotka koskivat hoitomenetelmien, hoidon ajallisen keston sekä hoitokokousten paikan tarpeenmukaisuutta. Potilasturvallisuuden mittareita muodostettiin kuusi, ja ne koskivat jaetun ymmärryksen dialogisen rakentamisen ensisijaisuutta muihin hoitotoimenpiteisiin verrattuna, antipsykoottisen lääkehoidon aloittamisen välttämistä sekä hoidon psykologista jatkuvuutta siinä merkityksessä, että hoidosta vastuun kantava työryhmä pysyisi koko hoitoprosessin ajan mahdollisimman muuttumatta. Hoidon oikea-aikaisuuden mittarit, joita muodostettiin kaksi, liittyivät hoidon riittävän nopeaan aloittamiseen sekä toisaalta hoitokokousten järjestämiseen tilanteen vaatiman tarpeen mukaan.

Verkostokeskeisyyden osion mittareissa painoutuivat tasavertainen, moniääninen ja arvostava vuorovaikutus hoidossa sekä potilaan verkoston vahva inkluusio hoitoprosessiin.

Verkostokeskeisyyttä mitattiin kuudella mittarilla. Hoidon vaikuttavuuden mittarit taas koskivat hoidolla aikaan saatua muutosta potilaan ihmissuhteiden laadussa, elämänlaadussa ja toimintakyvyssä. Vaikuttavuuden väittämiä oli kolme. Edellä mainitut mittarit kattavat Seikkulan ja Haarakankaan (1999, 176-181) tulkinnan avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden kannalta keskeisistä ilmiöistä. Laatu-ulottuvuuksien operationalisointi laatuväittämissä esitetään seuraavaksi kuviossa 2.



*Kuvio 2: avoimen dialogin hoitomallin laatu-ulottuvuuksien operationalisointi laatumittaristoksi.*

Kaikille kolmelle tiedonantajaryhmälle muodostettiin oma kyselylomake. Tällä menettelyllä parannettiin kyselyn soveltuvuutta ja saavutettavuutta kaikille tiedonantajaryhmille. Koska kysymyslomakkeet poikkeavat toisistaan vain eri vastaajaryhmille räätälöityjen laativäittämien sanamuotojen sekä eräiden myöhemmin esiteltävien taustatietokysymysten osalta, viitataan kysymyslomakkeiden sisältämään mielenterveyshoitoa koskevien laativäittämien kokonaisuuteen yhtenä eikä kolmena mielenterveyshoidon laatumittaristona.

Esimerkiksi hoidon tarpeenmukaisuuteen liittyvän osion ensimmäinen väittäjä (Ta1) oli muotoiltu eri lomakkeille näin:

**Mielenterveyspalvelujen käyttäjät:** *Minua hoitava työryhmä on sovittanut käytetyt hoitomenetelmät minun ja läheisteni yksilöllisiin tarpeisiin.*

**Mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaiset:** *Omaistani hoitava työryhmä on sovittanut käytetyt hoitomenetelmät omaiseeni ja hänen läheistensä yksilöllisiin tarpeisiin.*

**Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijat:** *Työryhmä on sovittanut käytetyt hoitomenetelmät potilaan ja hänen läheistensä yksilöllisiin tarpeisiin.*

*Taulukko 2: laatuväittämien muotoilu eri vastaajaryhmille.*

Tutkimuslomakkeen määrällisten muuttujien vastausvaihtoehtojen muodostamisessa oli hyödynnetty Likert asteikkoa. Likert-asteikko tarkoittaa sellaista kysymyksenasettelua, jossa tutkittavat päättävät, kuinka samaa mieltä he ovat eri väittämien kanssa tyypillisesti viisiportaisella asteikolla (Nummenmaa 2009, 40). Tämän tutkielman tarpeisiin viisiportaista Likert-asteikkoa oli säädetty kuvaamaan sitä miten käyttökelpoisina tutkittavat pitävät eri väittämiä mielenterveyshoidon laadun arviointiin.

Laatu-ulottuvuudet oli operationalisoitu Likert-tyyppisiksi muuttujiksi siten, että vaihtoehdon 1 selite oli *ei lainkaan käyttökelpoinen* ja vaihtoehdon 5 selite *erittäin käyttökelpoinen*. Keskimäinen vaihtoehto oli neutraali. ”En osaa sanoa” -vaihtoehto jätettiin pois, jotta vastaajilta saataisiin mahdollisimman selkeitä kantoja, mutta kysymyksiin oli pääosin mahdollista jättää vastaamatta. Lomakkeilla vain suostumuksen antaminen tutkimukseen osallistumiseksi oli kysymys, johon vastaamista edellytettiin tutkimukseen osallistumiseksi. Viisiportainen Likert-asteikko on yleisesti käytetty kyselylomakkeiden vastausasteikko tutkittavien asenteiden ja arvostusten tutkimiseksi, ja siksi sitä hyödynnettiin myös tässä tutkimuksessa.

Kyselyissä pyydettiin jokaisen osion päätteeksi vastaamaan Likert-asteikollisten kysymysten lisäksi avokysymyksiin, joilla kerättiin lisätietoa vastaajien näkemyksistä kustakin hoidon laatu-ulottuvuudesta. Avokysymysten merkitys oli olennainen, koska ne tuottivat laadullisilla menetelmillä analysoidun tekstiaineiston. Avokysymysten väljästi rakennetun muotoilun katsottiin olevan eduksi mielenterveyshoidon laatumittariston kehittämisessä vastaajien aidosti toivomaan suuntaan. Kyselylomakkeilla tulee kysyä tutkimusongelman kannalta merkityksellisiä kysymyksiä eikä tietoa voi kerätä vain varmuuden vuoksi (Tuomi & Sarajärvi

2018, 87). Tämän takia avokysymykset pyrittiin asettamaan niin, että ne tukivat määrällisiä kysymyksiä.

Kyselyn viimeisessä osiossa kysyttiin arvioita koko kyselystä siten, että vastaajia pyydettiin arvioimaan esitettyjen väittämien ymmärrettävyyttä asteikolla yhdestä viiteen ja tarkentamaan vastausta avokentässä. Lisäksi kysyttiin, miten todennäköisesti vastaaja arvioisi mielenterveyshoidon laadun parantuvan, jos mittaristo otettaisiin mielenterveyshoidon laadun arvioinnin mittapuuksi ja lopuksi oli mahdollista kommentoida kyselyä ja sen mahdollisia olennaisia puutteita vapaasti.

Mittariston käyttökelpoisuutta kokonaisuudessaan asteikolla 0-10 kartoittanut kysymys poikkesi kysymyksenasettelultaan ja vastausasteikoltaan muista lomakkeiden kysymyksistä ja väittämistä. Kysymys on muotoiltu kaikille kysymyslomakkeille muotoon ”Miten todennäköisesti arvioisit mielenterveyshoidon laadun parantuvan, jos kyselyn väittämät otettaisiin mielenterveyshoidon laadun arvioinnin mittapuuksi?” Viisiportainen asteikko olisi saattanut olla tähän kysymykseen liian suppea, koska kysymys on keskeisessä roolissa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta.

Kyselylomakkeet (luvut 9.2, 9.3 ja 9.4) suomenkielisiä ja ne olivat tarjolla internetissä Nouseva mieli – Suomen skitsofreniayhdistys ry:n nettisivuilla sekä Mad in Finland -sivustolla. Kyselylomaketta jaettiin mielenterveysyhdistysten sähköpostilistoilla sekä mielenterveysaiheisissa Facebook-ryhmissä. Lisäksi tieto mahdollisuudesta vastata tutkimukseen jaettiin Nouseva mieli – Suomen skitsofreniayhdistys ry:n Poutapilvi- lehdessä. Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoita tavoitettiin ensisijaisesti Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin psykiatrian tulosalueen työntekijöiden omien verkostojen ja sähköpostilistojen kautta. Periaatteessa on mahdollista, että vastaajien joukossa olisi myös esimerkiksi ulkomailla asuvia henkilöitä. Suomalaisuutta on vaikea määritellä ja siksi eksplisiittinen maantieteellinen raja jätettiin tekemättä.

Koska vastaajien oma tulkinta kohderyhmään kuulumisesta oli monella tavalla keskeinen kriteeri tutkimukseen osallistumiseen, ei määrällisen aineiston osalta perusjoukon eli populaation kokoa ole mahdollista tarkasti määritellä. Lisäksi koska aineistoa ei kerätty tilastotieteellisillä otantamenetelmillä systemaattisesti, vaan lomakkeet olivat vapaasti saatavilla, on määrällisen aineiston osalta kyseessä näyte otoksen sijaan. Näyte eroaa otoksesta siten, että näytteessä se todennäköisyys, jolla populaation havaintoyksiköt tulevat

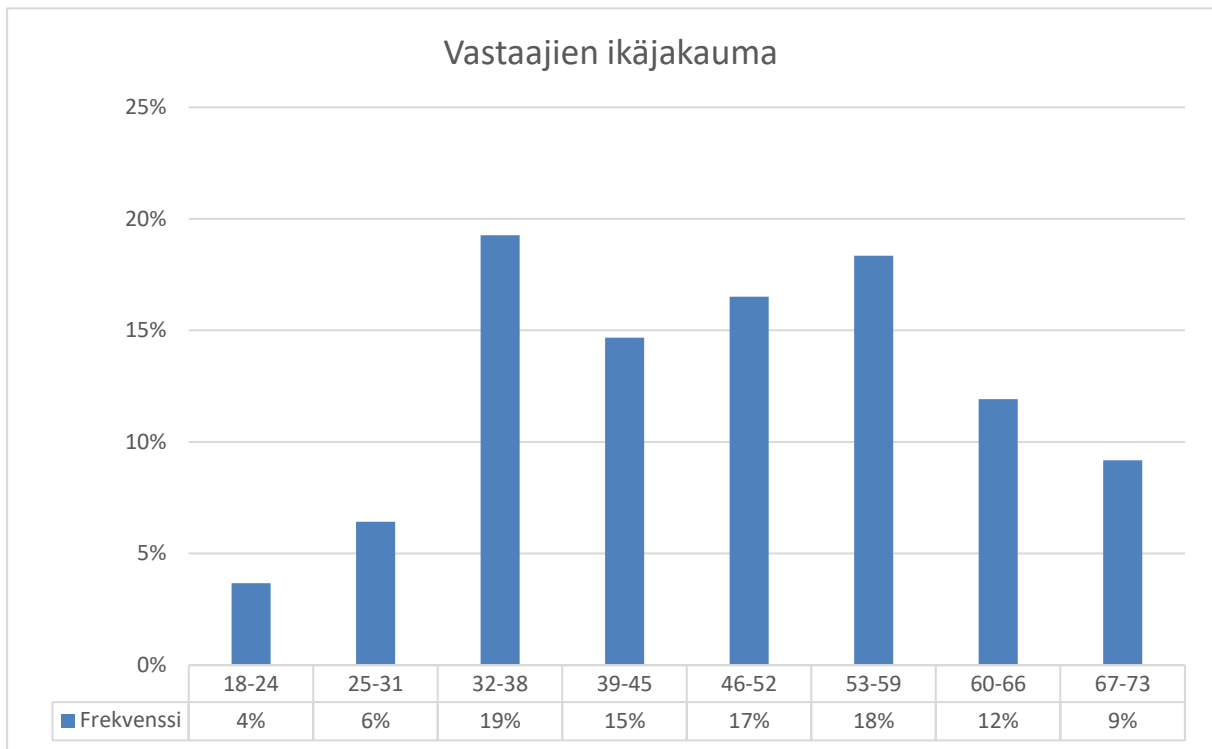
valituksi, on tuntematon (KvantiMOT, Otos ja otantamenetelmät). Kerätyn tekstiaineiston osalta taas populaation tunteminen ei ole tutkimuksen toteuttamisen kannalta merkityksellistä, eikä populaatio käsitteenä laadullisen tutkimuksen piiriin tavallisesti kuulu.

Tutkimukseen tuli yhteensä 110 vastausta, joista yksi avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoille tarkoitettuun kyselyyn tullut vastaus poistettiin aineistosta hoitomallin tuntemusta koskeneeseen validointikysymykseen saadun puutteellisen vastauksen vuoksi. Tutkielman lopullinen aineisto muodostuu siis 109 vastauksesta, ja vastaajista 66 ilmoitti olevansa mielenterveyspalvelujen käyttäjiä, 29 mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisia ja 14 avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoita. Kaikki 109 vastaajaa olivat vastanneet ikää ja sukupuolta kartoittaneisiin taustakysymyksiin. Laatumittareita arvottavien väittämien osalta hoidon tarpeenmukaisuuden suhteen puuttuvia vastauksia ei ollut ollenkaan. Potilasturvallisuuden tapauksessa puuttuvia vastauksia oli yhteensä kuusi, oikea-aikaisuuden kohdalla ei ollenkaan, verkostokeskeisyyden kohdalla kaksi ja vaikuttavuuden osalta ei yhtäkään puuttuvaa vastausta. Kato oli siis hyvin pientä tältä osin. Avovastausten osalta taas puuttuvia vastauksia oli enemmän.

Koko aineiston tasolla 78 prosenttia vastaajista oli naisia, 17 prosenttia miehiä ja 5 prosenttia muunsukupuolisia tai sukupuolensa kertomatta jättäneitä. Tutkimukseen vastanneista mielenterveyspalvelujen käyttäjistä puolestaan 70 prosenttia oli naisia, 23 prosenttia miehiä, ja loput 7 prosenttia olivat muunsukupuolisia tai eivät halunneet ilmoittaa sukupuoltaan. Mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisista taas yhtä vaille kaikki, eli 28 oli naisia ja vain yksi tässä ryhmässä oli mies. Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoista puolestaan 79 prosenttia oli naisia ja 21 prosenttia miehiä. Muunsukupuolisia tai sukupuolensa ilmoittamatta jättäneitä ei omaisten tai avoimen dialogin asiantuntijoiden ryhmissä ollut. Vastaajien sukupuoliprofiili painottuu siis naisiin varsin voimakkaasti ja ilmiö on nähtävissä erityisen voimakkaasti omaisten ryhmässä.

Koska avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden ryhmään kuului vain neljätoista vastaajaa, ja osaan kyselyjen ikäluokista sijoittui vain yksi vastaaja, päätettiin ikäjakaumat vastausryhmittäin jättää esittämättä. Hienosyinen tieto vastaajien ikäjakaumasta ei ole tutkimustehtävän kannalta myöskään keskeinen, vaan suurpiirteinen kuvailu aineiston demografisista piirteistä riittää tulkitsemaan, minkä tyyppisestä näytteestä on kyse. Alla olevassa kuviossa onkin esitetty vastaajien ikäjakauma koko aineistossa.





*Kuvio 3: vastaajien ikäjakauma koko aineistossa.*

Yllä kuvatun frekvenssijakauman perusteella vastaajat sijoittuivat iältään kohtalaisen tasaisesti valmiiksi luokiteltuihin ikäryhmiin jakauman yläpäässä, mutta alle 32-vuotias ilmoitti olevansa vain joka kymmenes vastaaja. Näin ollen nuoria vastaajia ei ole tavoitettu kyselyllä kovinkaan kattavasti ja aineistossa korostuvat yli 30-vuotiaiden, pääosin siis naisten vastaukset.

Omaisten ryhmässä 29 vastanneesta suurin osa ilmoitti olevansa äiti sille henkilölle, johon suhteessa vastaaja on mielenterveyspalvelujen käyttäjän omainen. Omaissuhteiden tyyppien jakauma on koottu taulukkoon 5.

Suhde omaiseen	Osuus vastaajista
Äiti	66 %
Puoliso tai avopuoliso	14 %
Sisar	14 %
Täti	3 %
Isä	3 %

*Taulukko 3: mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisten suhde läheisiinsä.*

Muiden aineiston validointikysymysten jakaumia ei raportissa esitetä. Avoimen dialogin asiantuntijoihin kuului sekä tutkijoita että klinikoita, mutta vastaajien ammattiasemien tarkempi erittely olisi tietoturvasyistä ongelmallista. Mielenterveyspalvelujen käyttämisen keston raportointia puolestaan ei pidetty tutkimustehtävän kannalta olennaisena.

Määrällisen aineiston osalta kyselytutkimuksen ihanteellinen määrä vastauksia olisi noin 300-1000 (Nummenmaa 2009, 30). Tämän tutkielman 109 vastauksen aineisto ei ole tästä näkökulmasta aivan ihanteellinen määrä, mutta mahdollistaa hyvin kuitenkin kuvailevien tilastollisten menetelmien käytön. Toisaalta tätä gradua voidaan pitää uudenlaisen tutkimusasetelman alustavana testaamisena, jolloin riittävä otoskoko olisi jopa alle 15 (em. 30). Lisäksi määrällinen aineisto on tässä tutkielmassa siis otoksen sijaan näyte.

Aineiston koon suhteen ei ole laadullisen analyysin kannalta olemassa tarkkoja suosituksia (Tuomi & Sarajärvi 2018, 97-98). Kyselyihin vastasi yli 100 tutkittavaa ja laadullista aineistoa kertyi noin 30 sivua, joten opinnäytteen toteuttamisen tarpeisiin tekstiaineistoa kertyi täysin riittävästi. Aineiston keräämisen jälkeen prosessi jatkui aineiston analyysillä, johon käytettyjä menetelmiä kuvataan seuraavassa alaluvussa.

### 4.3 Analyysimenetelmät

Kerätyn aineiston analyysiin on käytetty sekä määrällisiä eli kvantitatiivisia että laadullisia eli kvalitatiivisia menetelmiä. Määrällinen aineisto on analysoitu tilastollisilla menetelmillä ja tekstiaineiston analyysimenetelmä on laadullinen sisällönanalyysi. Laadullisten ja määrällisten menetelmien yhdistämisessä on kyse niin kutsutusta mixed methods research (MMR) -lähestymistavasta, jossa erilaisten analyysimenetelmien katsotaan täydentävän toisiaan luoden tutkimuksen tuloksista tavalla tai toisella parempia kuin pelkästään laadullisten tai määrällisten menetelmien käyttö tekisi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 78-80). Sisällönanalyysi voi olla myös määrällinen analyysimenetelmä, mutta tässä tutkielmassa sisällönanalyysillä tarkoitetaan samaa asiaa kuin laadullisella sisällönanalyysillä. Siltä osin kuin tutkielmassa tarkoitetaan kuitenkin määrällistä sisällönanalyysia, mainitaan tämä erikseen.

Laadullisen ja määrällisen analyysin välinen ero on häilyvä. Yleisesti ottaen voidaan kuitenkin sanoa, että laadullisen analyysin kohteeksi sopii kontekstisidonnainen, standardoimaton tai vain vähän standardoitu aineisto, joka vaatii paljon tutkijan tulkintaa. Määrällinen analyysi taas etsii tai analysoi aineistosta pitkälle standardoituja merkityskategorioita, kuten ”kissoja” ja ”koiria” tai numeerista dataa, jotka jättävät tyypillisesti hieman vähemmän tulkinnan varaa. (Schreier 2012, 20-21.) Määrällinen analyysi liitetään usein vain numeroita sisältäviin aineistoihin, mutta määrällistä analyysia voidaan tehdä myös tekstiaineistoista kvantifioimalla erilaisten kategorioiden esiintyvyyttä aineistoissa, jolloin kyse olisi määrällisestä sisällönanalyysistä. Tämän tutkielman tarpeisiin määrällinen sisällönanalyysi ei sovellu, koska selkeästi kvantitatiiviseen analyysiin soveltuva aineisto on jo kerätty erikseen, ja siksi laadullinen sisällönanalyysi on tässä informatiivisempi vaihtoehto.

Määrällisen aineiston mahdollisesti heikko edustavuus tuotti tarpeen kerätä laadullisilla menetelmillä analysoitavan aineiston, joka auttaa myös määrällistä aineistoa hienovaraisemmin vastaamaan siihen, miten muodostettua laatumittaristoa tarkkaan ottaen tulisi kehittää. Toisaalta pelkkä laadullinen analyysi ei olisi juurikaan auttanut laittamaan tutkimuslomakkeen väittämiä paremmuusjärjestykseen käyttökelpoisuuden perusteella. Myös kyselylomakkeiden validiteetin ja reliabiliteetin tutkiminen edellytti tilastollisten menetelmien käyttöä. Yhdistämällä laadulliset ja määrälliset tutkimusmenetelmät mixed methods -tyyppiseksi ratkaisuksi saatiin siis paras mahdollinen käsitys siitä, pitivätkö vastaajat mielenterveyshoidon laatumittaristoa käyttökelpoisena ja miten laatumittaristoa tulisi kehittää.

#### 4.3.1 Tilastolliset menetelmät

Mielenterveyshoidon laatumittareiden ja mielenterveyshoidon laatumittariston käyttökelpoisuuden analyysi perustettiin kuvaileviin tilastollisiin menetelmiin, koska analysoitu näyte saattoi olla hyvinkin epäedustava. Lisäksi koska erot tuloksissa eri vastaajaryhmien välillä saattaisivat merkittävältä osin selittyä vakioimatta jääneillä tuntemattomilla muuttujilla, mittareiden käyttökelpoisuutta pohdittiin ensisijaisesti vastaajaryhmien sisäisesti sekä koko aineistossa, ja hieman toissijaisesti vastaajaryhmien välillä. Kyselylomakkeiden mittariston rakenteen validiteetin tutkimisessa hyödynnettiin

faktorianalyysia ja reliabiliteettia tutkimiseen laskemalla laatuvaittämissä mittareiden sisäistä johdonmukaisuutta kuvaava Cronbachin alpha -tunnusluku.

Tilastollinen tutkimus on empiiristä tutkimusta, jossa mittaus kohdistuu muuttujiin, Muuttujat tarkoittavat mitattavia ominaisuuksia, joille voidaan määrittää vaihtelevia arvoja. Muuttujien järjestelmällinen havainnointi taas on mittaamista ja mittaamisen tulos on mahdollista liittää mitattuun havaintoyksikköön, joka on ihminen tai muu olio. (Nummenmaa 2009, 38.) Tässä tutkielmassa tutkimukseen vastanneet henkilöt ovat havaintoyksikköjä ja vastaajien näkemykset esitettyjen väittämien käyttökelpoisuudesta mielenterveyshoidon laadun arviointiin ja muut kysymykset, joihin tuli antaa numeerinen tai ennalta määritellyllä vastausasteikolla rajattu vastaus, ovat muuttujia. Myös vastaajien taustatiedot ovat näin ollen kvantitatiiviseen analyysiin soveltuvia muuttujia, joihin voidaan kohdistaa mittaamista, pois lukien avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden lomakkeen kysymys, jossa pyydettiin kuvaamaan vastaajan avoimen dialogin hoitomallin tuntemusta.

Kyselylomakkeiden muuttujat yhtä lukuun ottamatta voivat saada vain rajatun määrän arvoja ennakkoon määritellyltä asteikolta. Määrälliset muuttujat, jotka voivat saada vain rajallisen määrän etukäteen tunnettuja arvoja ovat epäjatkuvia eli diskreettejä (Nummenmaa 2009, 39). Tarkemmin kyse on jatkuvien, rajattoman määrän arvoja saavien muuttujien mittaamisesta diskreetisti, koska vastaajien todelliset näkemykset voisivat kyllä sijoittua valmiiden vastausvaihtoehtojen väleihin. Yksittäisenä poikkeuksena oli taustatietoihin liittynyt avokysymys, jolla kysyttiin mielenterveyspalvelujen käyttäjiltä palvelujen käytön ajallista kestoja. Vastausvaihtoehtoja ei oltu luokiteltu valmiiksi, ja kyseessä olikin jatkuva muuttuja (em. 39). Kyseiselle jatkuvalla muuttujalle ei kuitenkaan tehty erilaisia laskutoimituksia kuin muille muuttujille, ja kaikki laskutoimitukset mitä epäjatkuville muuttujille pystyttiin tekemään, olivat mahdollisia myös mainitulle jatkuvalla muuttujille.

Tässä tutkielmassa käytettävät määrälliset epäjatkuvat muuttujat ovat järjestysasteikollisia muuttujia. Ordinaali- eli järjestysasteikolla havainnot voidaan erotella toisensa pois sulkevasti eri luokkiin, kuten kaikki laadulliset muuttujat sisältävällä laatueroasteikollakin, ja tämän lisäksi havainnot on mahdollista laittaa ordinaaliasteikolla järjestykseen. Kyselylomakkeilla oli yksi laatueroasteikollinen muuttuja, nimittäin vastaajan sukupuoli, mistä muodostettiin vain keskiarvoja.

Järjestysasteikolliselle muuttujalle ei periaatteessa voi laskea aritmeettista keskiarvoa, vaan keskiarvon laskeminen vaatisi korkeamman tason asteikkoa. Keskiarvoja kuitenkin käytännössä usein lasketaan järjestysasteikollisista muuttujista, vaikka tilastotieteellinen perusteltavuus kyseiselle toimintatavalle ei ole vahva. Kyseessä on vakiintunut käytäntö, jota on sovellettu esimerkiksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämässä palautekyselyssä mielenterveyspalvelujen käyttäjille (Viertio ym. 2022). Myös tässä tutkielmassa keskiarvoja lasketaan järjestysasteikollisille muuttujille, koska menettely tiivistää informaatiota ja sitä kautta parantaa tulosten tulkittavuutta yksittäisten mittareiden ja mittariston käyttökelpoisuuden tutkimisen osalta verrattuna vaihtoehtoisiin menettelyihin, kuten pelkkien kysymyskohtaisten jakaumien esittämiseen.

Kun aineistoon oli ensin silmämääräisesti perehdytty ja luotu yleiskäsitys aineistosta, siirryttiin valitsemaan tutkimuskysymyksiin vastaamisen kannalta relevantit tunnusluvut määrällisen aineiston analysoimiseksi. Keskeistä oli saada aineiston perusteella tietoa mielenterveyshoidon laatumittareiden käyttökelpoisuudesta, jota voidaan määrällisten muuttujien kohdalla tehdä usealla vaihtoehtoisella tavalla. Esimerkiksi mittaria voidaan pitää vastaajien näkökulmasta käyttökelpoisena, jos vastauksista ennalta määritelty prosenttiosuus sijoittuu rajoitetulle vaihteluvälille vastausasteikon yläpäässä ja lisäksi eri kriteerejä voidaan kombinoida (De Meyer ym. 2019, 25). Usein käytetty prosenttiosuuden raja-arvo havaintojen sijoittumisesta ennalta määritellylle vaihteluvälille on 70 % (em. 27). Mittareiden käyttökelpoisuutta voidaan myös arvioida keskilukujen ja toisenlaisten hajontalukujen kuin vaihteluvälin avulla: käyttökelpoiselle mittarille voidaan asettaa vastausten keskiarvon alaraja tai mediaanille voidaan määritellä hyväksyttävä vaihteluväli asteikon yläpäästä. Hajonnan kriteerinä voidaan esimerkiksi edellyttää vastausten kvartiilivälin pituudelle asetettavaa ylärajaa. (De Meyer ym. 2019, 25.) Konsensusta siitä, miten käyttökelpoisuutta pitäisi tutkia ei kuitenkaan ole, mikä jättää tutkijalle paljon harkinnanvaraa.

Tässä tutkielmassa mielenterveyshoidon laatumittareiden ja koko laatumittariston käyttökelpoisuutta arvioidaan vastausryhmäkohtaisten keskiarvojen sekä näistä ryhmäkeskiarvoista muodostettujen keskiarvojen avulla. Koko aineistosta ei laskettu suoraan keskiarvoa, koska tällöin mielenterveyspalvelujen käyttäjien vastaukset olisivat painaneet liikaa suhteessa muiden ryhmien, etenkin avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden vastauksiin, koska suurin osa vastaajista oli mielenterveyspalvelujen käyttäjiä. Keskiarvo on kyselytutkimuksissa usein käytetty tunnusluku. Hajontaluvuista tarkasteltiin keskiarvojen

vaihteluvälejä. Käyttökelpoisuuden kriteeriksi ei keskiarvojen tarkastelussa asetettu mittareiden osalta ehdotonta alarajaa. Tunnusluvut vaativat tulkintaa ja tiukat ennalta määritellyt kriteerit olisivat saattaneet sulkea pois näkökulmia, jotka eivät ole palautettavissa mihinkään tarkasti ennalta määriteltäviin ehtoihin.

Tunnuslukuja, eli keskiarvoja ja vaihteluvälejä sekä niiden merkityksiä tarkasteltiin tutkimuskysymysten valossa. Myös vastaajien taustatiedoista tarkasteltiin keskilukuja ja pääteltiin niiden merkitystä tulosten kannalta. Relevanteista muuttujista ja tuloksista muodostettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmassa keskiluvut, frekvenssijakaumat, kuviot tai taulukot koko aineiston tasolla ja vastausryhmittäin.

Laatuväittämien ymmärrettävyydestä kertovan muuttujan kohdalla tarkasteltiin ryhmäkeskiarvoja, niiden eroja sekä ryhmäkeskiarvojen keskiarvoa. Koko mielenterveyshoidon laatumittariston käyttökelpoisuutta vastaajien näkökulmasta taas analysoitiin viimeisen osion, vastausvaihtoehdot 0-10 sisältäneeseen kysymykseen tulleiden vastausten valossa. Kysymyksellä kartoitettiin, kuinka todennäköisesti vastaajat uskoivat mielenterveyshoidon laadun parantuvan, jos kyselyn laatumittaristo otettaisiin käyttöön mielenterveyshoidon laadun arvioinnin mittapuuksi. Myös tästä kysymyksestä muodostettiin keskiarvot vastausryhmittäin sekä koko aineistosta ja keskiarvojen merkitystä tulkittiin.

Analyysiluvun aluksi tutkittiin kyselylomakkeiden rakenteen validiteettia. Mittarin rakenteen validiteettia voidaan tutkia faktorianalyysillä (Valkeinen & Anttila & Paltamaa 2014). Faktorianalyysi on tilastollinen menetelmä, jolla tutkitaan aineistosta latenteja yhdistelmämuuttujia, eli faktoreita (Nummenmaa 2009, 397). Tutkielman teorian nojalla aineistosta tulisi löytyä yksi kaikkien laatuväittämien yhteisvaihtelusta suurimman osan selittävä yleinen faktori, joka olisi avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden käyttökelpoisuus mielenterveyshoidon laadun arviointiin. Tämä perustuu siihen, että teorian perusteella kaikki laatuväittämät ovat keskeisiä yhden hoitomallin muodostavan avoimen dialogin hoitomallin kannalta. Laatu-ulottuvuudet ovat ennemminkin tapa käsitteellistää ja jäsentää kyselylomaketta.

Faktorianalyysissä muuttujien tulee olla vähintään järjestysasteikollisia ja havaintoja on oltava mielellään yli 100 (Karjaluo 2007, 39). Nämä ehdot täyttyivät tämän tutkielman faktorianalyysissä. Lisäksi tehtiin Kaiser-Meyer-Olkinin testi (KMO) sekä Bartlettin sfäärisyystesti, jotka kertoivat, onko faktorianalyysin toteuttamiselle edellytyksiä. KMO:n

testituloksen tulisi olla yli 0,7 ja Bartlettin sfääriytestin tuloksen tilastollisesti merkitsevä, jotta faktorianalyysin edellytykset täyttyvät (em. 44). Testien tulokset raportoidaan analyysin yhteydessä. Puuttuvat vastaukset käsiteltiin analyysin yhteydessä asianmukaisesti.

Faktorianalyysissa mallin faktorien tulisi selittää muuttujien yhteisvaihtelusta niin paljon kuin mahdollista ja faktoreita tulisi olla määrällisesti vähän. Lisäksi keskinkertaisia latauksia faktoreille pitäisi välttää ja mallin faktoreille tulisi olla tulkinta, joka on mielekäs.

(Nummenmaa 2009, 406.) Tässä tapauksessa malliin otetaan vain yksi faktori, jolle on olemassa valmis mielekäs tulkinta. Latauksia eli osuuksia, jonka faktori selittää yksittäisten muuttujien vaihtelusta, puolestaan arvioidaan analyysin yhteydessä. Lisäksi faktorianalyysin yhteydessä tarkastellaan, paljonko kiinnostuksen kohteena oleva faktori selittää mallin kaikkien muuttujien yhteisvaihtelusta.

Faktorianalyysi toteutettiin SPSS-ohjelmistolla ja analyysissa sovellettiin yleistettyjen neliösummien menetelmää (GLS), jossa eniten toisten muuttujien kanssa korreloivat muuttujat saavat suurimman painoarvon faktoriratkaisussa. GLS ei ole herkkä sille, ovatko muuttujat normaalisti jakautuneita, toisin kuin muut faktorianalyysin toteutustavat (Nummenmaa 2009, 409). Koska muuttujia oli paljon eikä normaalijakaumaoletusten täyttymistä ei tarkkaan tutkittu, oli GLS faktorianalyysin toteutustapana luonteva ratkaisu.

Kyselylomakkeiden reliabiliteettia laativäittämien osalta arvioidessa kiinnostus kohdistui siihen, minkä verran mittausvirhettä mittaamiseen liittyi. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tässä yhteydessä kyselylomakkeen mittariston sisäistä johdonmukaisuutta. Mittarin sisäisen johdonmukaisuuden estimointiin soveltuva tunnusluku on Cronbachin alpha, joka kertoo miten vahvasti yksittäisistä mittareista, tai iteistä, muodostetut kaikki mahdolliset kahdenväliset yhdistelmät keskimäärin korreloivat keskenään (Nummenmaa 2009, 356-357). Cronbachin alphan arvot laskettiin SPSS-ohjelmistolla. Sisäisesti johdonmukaisessa mittaristossa tai mittarissa Cronbachin alphan arvon tulisi olla vähintään 0,70 ja toisaalta Cronbachin alphan arvot, jotka ylittävät 0,95, saattavat kertoa niin suuresta johdonmukaisuudesta, että väittämien tai muiden mittareiden määrää voisi pienentää ilman, että mittaamisen johdonmukaisuus merkittävästi kärsisi (Tavakol & Dennick 2011). Tässä tapauksessa reliabiliteetti ei voi olla liian korkea, koska tarkoitus on estimoida nimenomaan kyselylomakkeen sisäistä johdonmukaisuutta. Cronbachin alphalle hyväksyttäväksi vaihteluväliksi analyysissa määriteltiin siis 0,70-1,00.

Tässä alaluvussa on esitelty aineiston analysoinnissa käytettävät tilastolliset menetelmät. Seuraavaksi esitellään tekstimuotoisen aineiston analyysissa käytetty menetelmä, eli sisällönanalyysi.

#### 4.3.2 Sisällönanalyysi

Avokysymysten analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on kirjallisten aineistojen analyysimenetelmä aineistosta löytyvien merkitysten etsimiseksi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117; Schreier 2012, 2-3). Tuomen ja Sarajärven (2018, 119) mukaan sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineiston sanallista kuvailua erotuksena tekstiaineistojen kvantifiointiin keskittyvästä sisällön erittelystä, josta käytetään myös määrällisen sisällönanalyysin nimitystä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 119). Kun kiinnostuksen kohteena on kielen sisältö eikä muoto, vastausten kielellinen rakentuminen tai vastausten muodostamisen prosessi, soveltuu analyysimenetelmäksi hyvin sisällönanalyysi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 53-54).

Laadullisten menetelmien joukossa sisällönanalyysin on ainoa, joka vähentää datan määrää alkuperäiseen aineistoon verrattuna, koska aineisto pyritään kuvaamaan alkuperäistä tiiviimmässä muodossa ja aineistosta poimitaan tarkempaan analyysiin vain tutkimustehtävän kannalta relevantit osat (Schreier 2012, 7-8). Tekstin tuottamisen tapojen analysointiin keskittyvät menetelmät taas voivat tehdä analyysin lopputuloksesta alkuperäistä aineistoa laajemman. Tässä tutkielmassa aineistosta tarvitaan nimenomaan tiivistettyä tietoa mielenterveyshoidon laatumittariston arvioimisen tueksi, eikä tieto siitä, miten teksti on tuotettu, ole tutkimustehtävän kannalta relevanttia. Tarve tiivistää aineistoa tukee sisällönanalyysin valintaa analyysimenetelmäksi.

Sisällönanalyysissa tulkinnan tai abstrahoinnin taso vaihtelee merkittävästi tutkimuksesta toiseen. Tässä tutkimuksessa vastausten vahvaa tulkintaa on pyritty välttämään ja ensisijainen kiinnostus on kohdistunut tekstin ilmiäsuun. Koska vastaajia ei suoraan ohjeistettu, miten kysymyksiin tulisi vastata, on sanamuodoista jouduttu kuitenkin tekemään jonkin verran tulkintaa, jotta viesti siitä, mikä mielenterveyshoidon laadussa on vastaajien näkökulmasta oleellista, on löydetty. Esimerkiksi jos vastaaja on kertonut saaneensa mielenterveyshoidossa aivan liikaa psyykenlääkkeitä, on tästä saatettu päätellä, että yllilääkinnän välttäminen olisi



vastaajan näkökulmasta oleellinen osa mielenterveyshoidon laatua. Tehdyt tulokset on joka tapauksessa pyritty tekemään siten, että vastaajat voisivat itse hyväksyä ne.

Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimuksen aineistoon suhtaudutaan mahdollisimman avoimesti pyrkien sivuuttamaan valmiit ennako-oletukset ja teorialähtöisessä sisällönanalyysissä analyysin lähtökohta on ennalta määritelty teoria. Teoriaohjaavassa analyysissä taas valmis teoria ohjaa aineiston analyysia, mutta ei määritä prosessia voimakkaasti. Teoriaohjaavassa analyysissä ei pyritä siis sulkemaan teorioiden vaikutusta analyysiin pois, mutta aineiston analyysi ei kuitenkaan lähde teoriasta liikkeelle (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108-111). Avovastauksia on analysoitu tässä tutkielmassa teoriaohjaavasti. Tämä oli perusteltua, koska tekstiaineistosta haluttiin muodostaa vastaajalähtöinen käsitys. Kuitenkin analyysin tulosten oli tarkoitus palvella kvantitatiivisen aineiston analyysin tuloksia ja siksi teorian annettiin ohjata analyysia. Analyysia ohjannut teoria koostui kuviossa 1 esitetyistä laatu-ulottuvuuksista ja niistä operationalisoiduista laatumittareista (ks. kuvio 2). Mikäli aineistosta löytyi jotakin oleellista, joka ei kuvion 1 laatu-ulottuvuuksien laatumittareihin sopinut, muodostettiin uusia pääkategorioita ja alakategorioita tarpeen mukaan.

Sisällönanalyysi soveltuu mitä-kysymyksiin vastaamiseksi (Schreier 2012, 48), joten alla esitettävät analyysit ohjaavat tutkimuskysymykset soveltuvat menetelmän idean kanssa hyvin yhteen. Esitettävät tutkimuskysymykset eivät ole niitä luvussa 4.1 esitettyjä päätutkimuskysymyksiä, joihin tässä opinnäytetutkimuksessa vastataan, vaan kyse on sisällönanalyysin toteutuksessa käytetyistä apukysymyksistä. Päätutkimuskysymyksiin vastataan pohdinnan yhteydessä kappaleessa 6.

Analyysi toteutettiin vastaten seuraaviin apukysymyksiin:

*Mitä mielenterveyshoidon tarpeenmukaisuus, potilasturvallisuus, oikea-aikaisuus, verkostokeskeisyys ja vaikuttavuus merkitsevät mielenterveyspalvelujen käyttäjille, mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisille ja avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoille?*

*Miten mielenterveyshoidon laatumittareiden ymmärrettävyyttä tulisi kehittää vastaajien näkökulmasta?*

Tutkimuslomakkeiden kysymystä ”Jäikö kyselystä puuttumaan jotakin oleellista? Mitä muuta haluaisit sanoa kyselyyn liittyen?” ei analysoitu sisällönanalyysillä, koska vastaukset olivat pitkälti henkilökohtaista palautetta tutkijalle ja vastaukset eivät kokonaisuudessaan olleet tutkimustehtävän kannalta relevantteja.

Analyysin yhteydessä aineistosta luotiin koodirunko sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Koodirunko on aineiston jäsenitys tutkimuskysymyksen kannalta relevantteihin pääkategorioihin sekä hierarkkisesti pääkategorioiden alapuolelle sijoittuviin alakategorioihin, jotka kuvaavat pääkategorioihin kuuluvia relevantteja merkityksiä aineistossa (Schreier 2012, 61). Koodirunko kuvaa siis aineiston relevantit merkitykset tiivistetysti, eikä koodirunkoon sisältymättömiä osia aineistosta sisällytetä analyysissä.

Pääkategoriat jakavat aineiston eri ilmiöihin ja kertovat siten karkeasti mitä aineistosta löytyy. Tässä tutkielmassa teoriaa ohjanneet pääkategoriat olivat avoimen dialogin hoitomallin laatuulottuvuudet, eli mielenterveyshoidon tarpeenmukaisuus, potilasturvallisuus, oikea-aikaisuus, verkostokeskeisyys ja vaikuttavuus. Lisäksi yksi laatuteoriasta erillinen pääkategoria oli laatumittareiden ymmärrettävyys. Alakategoriat puolestaan kertovat mitä kiinnostuksen kohteina olevista ilmiöistä aineistossa sanotaan (Schreier 2012, 60). Alakategorioina käytettiin tutkimuslomakkeille operationalisoituja laatumittareita. Alakategorioiden alapuolellekin voi muodostaa alemman tason kategorioita, kuten tässä opinnäytteessä tehtiin aineistosta nousevan tarpeen mukaan. Alakategorioiden muodostamiselle ei ole tarkkaa ohjeistusta, vaan koodirungon voi muodostaa tutkimuksen tarpeiden perusteella (Schreier 2012, 60-61). Tässä tutkielmassa uusia kategorioita muodostettiin aineistosta nousseen tarpeen mukaan kaikille koodirungon hierarkiatasoille, ja toisaalta valmiita kategorioita jätettiin pois, mikäli aineisto ei tukenut niiden sisällyttämistä analyysiin.

Konkreettisesti analyysi eteni siten, että ensin aineistoon perehdyttiin ja sen jälkeen aineistosta poimittiin tässä kappaleessa esitettyihin tutkimuskysymyksiin vastaamisen kannalta relevantit kohdat. Validissa eli pätevässä analyysissä poimitaan tutkimuskysymyksen kannalta relevantteja tekstejä (Schreier 2012, 7), joten tämä oli perusteltua. Tämän jälkeen aineisto koodattiin alakategorioihin ja sitä alempiin kategorioihin, jotka lopuksi liitettiin pääkategorioihin. Pääosin analyysissä kiinnostus kohdistui aineiston sellaiseen sisältöön, josta vallitsi eri vastaajaryhmien kesken yhteisymmärrys, koska tavoitteena ei ole luoda jokaiselle ryhmälle täysin erilaista laatumittaristoa. Eri tiedonantajaryhmien vastauksia kuitenkin myös

verrattiin toisiinsa, mikä oli mahdollista, koska vastaajille oli annettu tunnistenumero, jonka perusteella taustatietoja oli mahdollista tarkastella.

Analyysin yhteydessä muodostettiin sanallinen kuvaus aineistosta tutkimuskysymysten näkökulmasta ja muodostettiin koodirunko, joka on samalla jäsenitys vastaajien näkökulmasta relevanteista mielenterveyshoidon laatu-ulottuvuuksista ja mielenterveyshoidon laatumittareista. Väittämien ymmärrettävyyden analyysistä koodirunko luotiin erikseen. Sisällönanalyysia tehtäessä koodirunko tulee tallentaa (Schreier 2012, 36). Analyysin yhteydessä muodostettu koodirunko esitetäänkin kokonaisuudessaan luvussa 5.4. Erillinen koodirunko muodostettiin mielenterveyshoidon laatumittareiden ymmärrettävyydestä.

Analyysin reliabiliteetin eli johdonmukaisuuden huomioimiseksi analyysin etenemistä on palattu jälkikäteen tarkastelemaan kriittisesti useaan otteeseen eri ajankohtina.

Johdonmukaisuuden arvioiminen on tärkeää, koska tutkimusta tehdessä mielialat ja tunteet vaihtelevat helposti, ja aineistosta saattaa päätyä eri päivinä erilaisiin tulkintoihin (Schreier 2012, 6).

Usein sisällönanalyysin yhteydessä tutkimusraportteihin merkitään lainauksia alkuperäisestä aineistosta. Mahdollisesti kyseisellä menettelyllä pyritään osoittamaan analyysin olevan luotettava ja oikein tehty. Tämä on kuitenkin kyseenalainen näkökulma. Aineistosta poimittavat tekstinäytteet eivät nimittäin osoita laadullista aineiston analyysia päteväksi, vaan lainaukset aineistosta ovat nimenomaan esimerkkejä, eivätkä todistusaineistoa analyysin luotettavuudesta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 27-28). Tässä tutkielmassa aineistosta ei siis poimittu tekstinäytteitä. Valinta on sikäläkin perusteltu, että sisällönanalyysi on tässä tapauksessa kvantitatiivista analyysia tukeva. Aineisto on myös jonkin verran hajanainen verrattuna tavanomaiseen haastatteluaineistoon, koska aineisto on kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyse on siis mixed methods -lähestymistavasta.

## 4.4 Eettinen pohdinta

Empiirisessä tutkimuksessa, jollainen tämä opinnäytetutkimus on, tutkijan tulee huolehtia siitä, ettei yksittäisiä vastaajia ole mahdollista tunnistaa (Tuomi & Sarajarvi 2018, 27). Opinnäytetutkimusta varten kerättiin henkilötietoja, joissa kysyttiin vastaajien sukupuolta ja ikää valmiiksi luokiteltuna. Lisäksi mielenterveyspalvelujen käyttäjiltä kysyttiin mielenterveyspalvelujen asiakkuuden kestoa vuosina, omaisilta suhdetta mielenterveyspalvelujen käyttäjään, johon liittyen kyselyyn vastattiin ja avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoilta ammattiasemaa valmiiksi luokiteltuna. Arkaluonteisia henkilötietoja, kuten vastaajien sairausdiagnooseja, ei kysytty, eikä myöskään mitään suoran tunnistamisen mahdollistavia henkilötietoja. Ainoa lähelle tietosuojariskiä pääsevä kysymys muodostuu avoimen dialogin asiantuntijoille tehdystä kyselystä, koska kyseiseen ryhmään ei voi katsoa kuuluvan millään kriteereillä erityisen suurta määrää ihmisiä. Tietosuojariskit minimoitiin tässä tapauksessa siten, että avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden kohdalla vastaajien ikäjakaumaa ja tietoja ammattiasemasta ei raportoitu tutkimusraportissa ollenkaan. Näin jäljelle ei jäänyt sellaista realistista mahdollisuutta, että yksittäisten vastaajien tunnistaminen olisi tutkimusraportin perusteella mahdollista. Lisäksi tietosuoja parannettiin säilyttämällä tutkielman aineistoa huolellisesti ja varmentamalla aineistoa sisältävät tiedostot varmennettu salasanalla. Aineisto kerättiin Microsoft Forms -ohjelmalla, jossa kirjautumiseen hyödynnetään kaksivaiheista tunnistusta, ja siten tietoturva myös aineiston keräämisen vaiheessa huolehdittiin asianmukaisesti. Tutkimuslomakkeiden yhteydessä esitettiin tietosuojailmoitus (liitteet 9.2, 9.3 ja 9.4), jossa tutkittaville kerrottiin heidän oikeuksistaan ja tietojen käsittelyn periaatteista. Tutkimuslomakkeen alussa kerrottiin, mistä tutkimuksessa on kysymys, kuten myös infokirjeessä (liite 9.1). Ennen tutkimuksen alkamista kysyttiin kysymys suostumuksen antamisesta tutkimukseen. Tietosuojaan ja erityisesti tietoturvaan liittyviä riskejä arvioitiin säännöllisesti tutkielman edetessä. Kaikkiaan tietoturvariskit olivat tutkimuksen yhteydessä vähäiset. Tutkielman eettisyyden arvioinnissa on noudatettu Suomen lainsäädäntöä ja kaikkia tieteenaloja koskevaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka on määritellyt Tutkimuseettinen neuvottelukunta eli TENK (2012). Tutkimusetiikkaa on arvioitu yhteistyössä opinnäytteen ohjaajan kanssa prosessin edetessä.

Varsinkin laadullisen tutkimuksen perinteessä myönnetään yleisesti, että tutkijan oma elämänhistoria, elämäntilanne, sidonnaisuudet ja näkemykset tutkittavasta aiheesta voivat

vaikuttaa tutkimustuloksiin, ja koska tutkimuskohdetta tutkitaan aina jostakin näkökulmasta, ei mikään tutkimusmenetelmä voi tuottaa maailmasta absoluuttisia totuuksia (Schreier 2012, 22). Tämä ei missään määrin poista vaatimusta tarkastella aineistoa puolueettomasti ja luotettavasti (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160). Tutkimuksessa on hyvä reflektoida tutkijan omaa suhdetta tutkimustehtävään ja näin toimitaan tässäkin tutkimuksessa. Tässä tapauksessa tutkijalla on ollut sitoumus edistää avoimen dialogin hoitomallia Nouseva mieli – Suomen skitsofreniayhdistys ry:n hallituksen puheenjohtajana, mikä on saattanut vaikuttaa vähintäänkin aiheen valintaan.

Tässä pääluvussa on esitetty opinnäytetutkimuksen tutkimusasetelma. Seuraavaksi raportoidaan tutkielman analyysin toteutus. Ensin esitetään tilastollisilla menetelmillä tehdyt analyysit ja viimeisenä tekstiaineistosta tehty sisällönanalyysi.

## 5 Analyysi

Tässä pääluvussa esitetään tutkielman analyysin toteutus. Ensin tarkastellaan kyselylomakkeiden validiteettia ja reliabiliteettia. Tämä tarkastelu luo pohjan pääanalyysille, jossa tarkastellaan ensin kyselylomakkeiden väittämisen esittämän laatumittariston käyttökelpoisuutta mielenterveyshoidon laadun arviointiin koko aineistossa ja sen jälkeen vastaajaryhmittäin mielenterveyspalvelujen käyttäjien, mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisten ja avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden ryhmissä. Lopuksi tehdään sisällönanalyysi tekstiaineistosta, jotta laatumittariston kehittämistarpeista saadaan lisätietoa.

### 5.1 Kyselylomakkeiden mittariston validiteetti ja reliabiliteetti

Kyselylomakkeiden rakenteen validiteettia tutkittiin faktorianalyysillä, tarkemmin yleistettyjen neliösummien menetelmällä (GLS). Faktorianalyysin toteuttamisen ehdot täyttyivät hyvin, koska Kaiser-Meyer-Olkinin testin tulos oli 0,939 ja Bartlettin sfäärisyystestin tulos oli tilastollisesti merkitsevä ( $p < 0,01$ ). Faktorianalyysissä löytyi yksi faktori, joka selitti suurimman osan, hieman yli 65 prosenttia, aineiston kokonaisvaihtelusta.

Teorian perusteella tämä faktori on avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden käyttökelpoisuus mielenterveyshoidon laadun arviointiin. Muuttujien lataukset tälle faktorille esitetään seuraavassa taulukossa.

Muuttuja (mittari)	Lataus faktorille
Va3	0,90
Va1	0,89
Ve3	0,88
T1	0,87
Va2	0,86
Ve2	0,85
Oi2	0,85
Ve4	0,85
Ve6	0,84
T2	0,84
Po5	0,81
Oi1	0,80
Po1	0,80
Po6	0,78
Po4	0,76
Ve1	0,75
Ve5	0,74
Po3	0,71
T3	0,70
Po2	0,45

*Taulukko 4: muuttujien lataus mallin faktorille.*

Taulukosta havaitaan, että yhdeksäntoista muuttujaa kahdestakymmenestä latautuu vahvasti mallin ainoalle faktorille. Myös muita heikommin faktorille latautuva psykoosilääkkeiden aloituksen välttämistä kuvaava muuttuja latautuu faktorille siten, että lataus on lähellä 0,5:n rajaa. Mittariston rakenne näyttää siis tulosten perusteella validilta, joskaan psykoosilääkkeiden aloittamisen välttämisen soveltuminen malliin ei ole selvää.

Mittariston reliabiliteetista, eli tässä tapauksessa sisäisestä johdonmukaisuudesta kertova Cronbachin alpha -tunnusluku taas on kuvattu alla olevassa taulukossa. Cronbachin alphan arvo on laskettu taulukkoon sekä koko aineistosta kaikille 20 laatumittarille että kunkin laatuulottuvuuden mittareille erikseen.

Laatu-ulottuvuus	Cronbachin alpha
<b>Koko laatumittaristo</b>	<b>0,97</b>
Tarpeenmukaisuus	0,88
Potilasturvallisuus	0,89
Oikea-aikaisuus	0,90
Verkostokeskeisyys	0,94
Vaikuttavuus	0,95

*Taulukko 5: mittariston reliabiliteetti*

Taulukko kertoo, että kyselylomakkeilla esitetyn mittariston reliabiliteetti on tulosten perusteella erinomainen, koska Cronbachin alphan arvo vaihtelee laatu-ulottuvuuksittain välillä 0,88-0,95 ja koko laatumittariston kohdalla Cronbachin alphan arvo on erittäin korkea. Kaikki Cronbachin alphan arvot sijoittuvat välille 0,70-1,00, mikä määriteltiin etukäteen sisäisesti johdonmukaisen mittarin kriteeriksi.

Tulosten perusteella tutkielman päätutkimuskysymyksiin päästään siis seuraavaksi vastaamaan tilastolliseen analyysiin päteviltä vaikuttavien tutkimuslomakkeiden tuottaman tiedon pohjalta.

## 5.2 Laatumittariston käyttökelpoisuus mielenterveyshoidon laadun arviointiin

Tässä osiossa analysoidaan laatumittariston käyttökelpoisuutta mielenterveyshoidon laadun arviointiin kokonaisuudessaan. Seuraavassa taulukossa esitetään vastaajien kokonaisarvio laativäittämien esittämästä mielenterveyshoidon laatumittaristosta kokonaisuudessaan ja vastaajaryhmittäin.

	<b>Mielenterveyspalvelujen käyttäjät</b>	<b>Omaiset</b>	<b>Asiantuntijat</b>	<b>Koko aineisto</b>
Miten todennäköisesti arvioisit mielenterveyshoidon laadun parantuvan, jos kyselyn väittämät otettaisiin mielenterveyshoidon laadun arvioinnin mittapuuksi?	7	7,59	9,07	7,89

*Taulukko 6: kokonaisarvio laatumittaristosta vastaajaryhmittäin.*

Taulukko osoittaa, että jokaisessa vastausryhmässä ja koko aineistossa pidettiin keskimäärin todennäköisenä, että laatumittariston käyttöönotto mielenterveyshoidon laadunarvioinnin mittapuuksi parantaisi mielenterveyshoidon laatua. Avoin dialogin asiantuntijoilla vastausten keskiarvo on yli yhdeksän, eli tässä ryhmässä usko mielenterveyshoidon laadun parantumiseen laatumittariston hypoteettisen käyttöönoton myötä on hyvin vahvaa. Pienin keskiarvo on mielenterveyspalvelujen käyttäjillä, mutta myös tässä ryhmässä keskiarvo on kohtalaisen korkea, eli tasan seitsemän. Ryhmäkeskiarvojen keskiarvo on hieman alle kahdeksan ja omaisten ryhmässä vastausten keskiarvo on lähellä edellä mainittua koko aineiston keskilukua, mutta jää hieman matalammaksi.

Toinen tärkeä ehto mielenterveyshoidon laatumittariston käyttökelpoisuudelle on laatumittareiden selkeys ja ymmärrettävyys, jota kuvataan seuraavassa taulukossa.



	<b>Mielenterveyspalvelujen käyttäjät</b>	<b>Omaiset</b>	<b>Asiantuntijat</b>	<b>Koko aineisto</b>
Väittämät olivat selkeitä ja helppoja ymmärtää.	3,47	3,48	4,07	3,67

*Taulukko 7: laativäittämien ymmärrettävyys.*

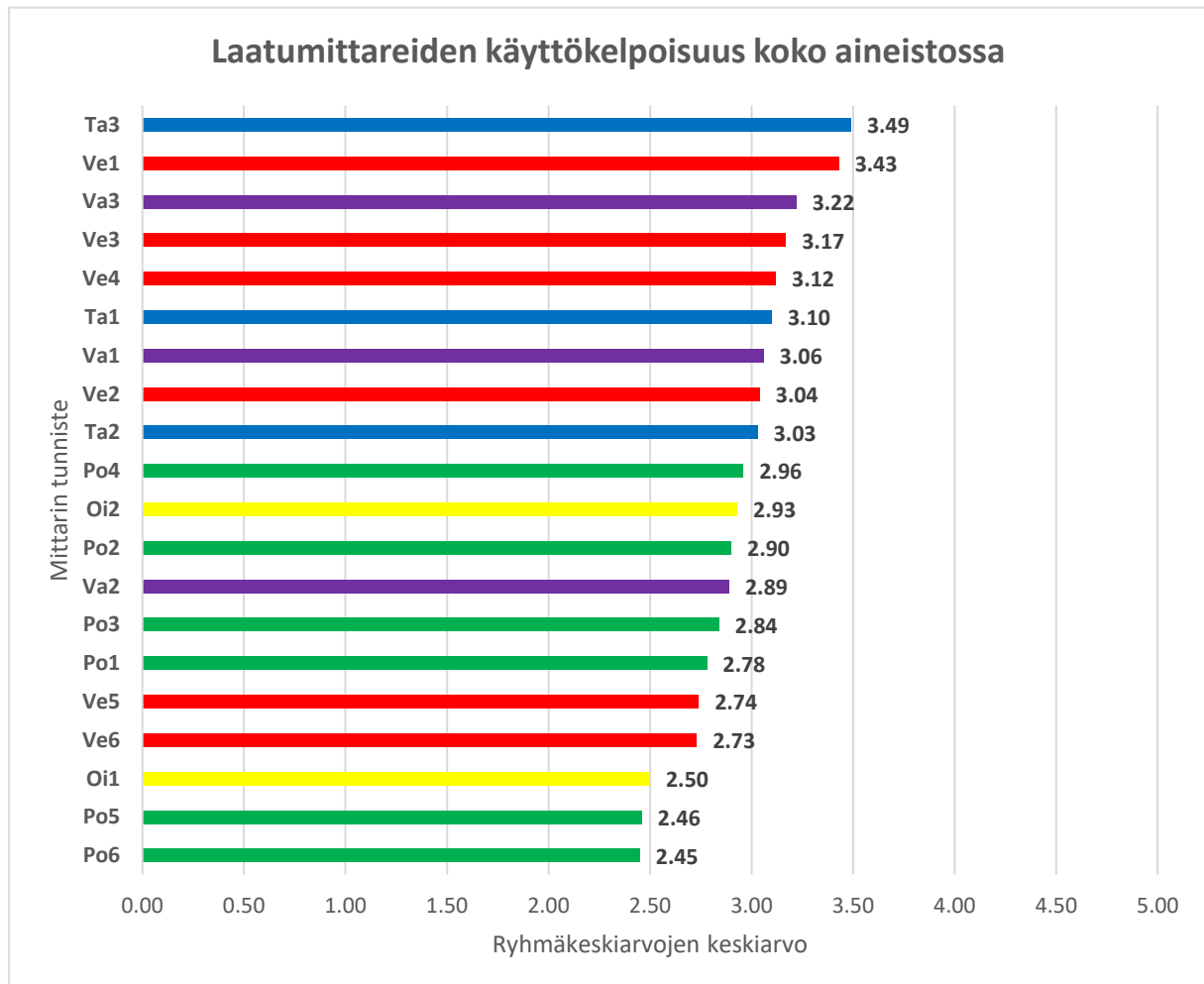
Taulukosta nähdään, että laativäittämiä pidettiin keskimäärin varsin selkeinä ja helppoina ymmärtää kaikissa vastaajaryhmissä. Avoimen dialogin asiantuntijoiden näkökulmasta väittämät olivat helpoimpia ymmärtää ja eniten vaikeuksia ymmärrettävyyden suhteen ilmeni mielenterveyspalvelujen käyttäjillä. Jotta väittämien selkeyttä ja ymmärrettävyydestä saataisiin tarkempaa tietoa, tarvitaan kuitenkin sisällönanalyysia, joka suoritetaan myöhemmin. Seuraavaksi analysoidaan näkemyksiä laatumittareiden käyttökelpoisuudesta määrällisessä aineistossa yksityiskohtaisemmin.

### 5.3 Laatumittareiden käyttökelpoisuus vastaajaryhmittäin

Näkemyksiä laatumittareiden käyttökelpoisuudesta analysoidaan seuraavaksi erikseen koko aineistossa sekä erikseen mielenterveyspalvelujen käyttäjien, mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisten sekä avoimen dialogin asiantuntijoiden ryhmissä. Mittareiden operationalisointi on esitetty aiemmin luvusta 4.2 löytyvästä kuviossa 2.

### 5.3.1 Kaikki vastaajat

Alla olevassa kuviossa on kuvattuna laatumittareiden käyttökelpoisuuden ryhmäkeskiarvojen keskiarvot koko aineistossa kaikkien kolmen eri tiedonantajaryhmän vastausten perusteella.



*Kuvio 4: laatumittareiden käyttökelpoisuus koko aineistossa.*

Kuviosta 4 havaitaan, että kahdestakymmenestä mittarista yhdeksän käyttökelpoisimpana pidettyä mittaria mittaavat pelkästään hoidon tarpeenmukaisuutta, verkostokeskeisyyttä tai vaikuttavuutta. Vasta sijalla 10 löytyy potilasturvallisuuden mittari Po4. Välitöntä hoidon aloitusta mittaava oikea-aikaisuuden mittari taas jää melko selvästi toisen oikea-aikaisuuden mittarin, eli hoitokokousten riittävän tiheän ajallisen toistumisen taakse. Hoitokokousten järjestämisen paikan tarpeenmukaisuutta mittaavaa Ta3-mittaria pidettiin aineistossa koko kyselyn käyttökelpoisimpana.

Koko aineistossa laatumittareiden käyttökelpoisuuden keskiarvojen vaihteluväli oli 2,5-3,5. Tämä kertoo siitä, että eroja mittareiden välillä oli, mutta ei kohtuuttomasti. Laatuulottuvuuksista tarpeenmukaisuuden, potilasturvallisuuden, oikea-aikaisuuden ja vaikuttavuuden mittareiden saamien mittareiden käyttökelpoisuuden keskiarvojen vaihteluvälit ovat melko pieniä. Hoidon tarpeenmukaisuuden mittareiden käyttökelpoisuuden keskiarvot vaihtelevat välillä 3,4-3,7, potilasturvallisuuden 2,9-3,3, oikea-aikaisuuden 3,1-3,4 ja vaikuttavuuden mittareiden välillä 3,3-3,6. Nämä vaihteluvälit ovat varsin pieniä. Sen sijaan verkostokeskeisyyden laatumittarit näyttävät jakautuvan neljään hyvin käyttökelpoisena pidettyyn, eli mittareihin Ve1, Ve2, Ve3 ja Ve4 sekä kahteen melko selvästi vähemmän käyttökelpoiseen mittariin, joita ovat V5 ja V6. Neljä ensin mainittua mittaria mittaavat kokonaisuutena hoitokokousten vuorovaikutuksen onnistumista sekä elämäntilanteen kokonaisvaltaista huomiointia. Mittari Ve6 puolestaan mittaa sitä, vältetäänkö hoidossa ihmisten kokemusten määrittelyä sairauden oireiksi ja mittari Ve5 mittaa henkilökunnan sisäisten, potilaan ja tämän verkoston asioita koskevien keskustelujen välttämistä. Potilasturvallisuutta kuvaavat mittarit sijoittuvat säännönmukaisesti arvojärjestyksessä varsin matalalle. Seuraavaksi mielenterveyshoidon laatumittareiden käyttökelpoisuutta tarkastellaan mielenterveyspalvelujen käyttäjien ryhmässä.

### 5.3.2 Mielenterveyspalvelujen käyttäjät

Taulukko 3 osoittaa, että mielenterveyspalvelujen käyttäjien ryhmässä mittareiden käyttökelpoisuus on arvoitettu kautta linjan matalammaksi kuin koko aineistossa. Syytä ilmiölle ei tämän tutkielman puitteissa saada selville. Käyttökelpoisuuden kärjessä on sama mittari kuin koko aineiston tasollakin, eli hoitokokousten järjestämisen paikan tarpeenmukaisuutta mittaava Ta3. Ero toiseksi käyttökelpoisimpana pidettyyn laatumittariin on varsin selvä.

<b>Id.</b>	<b>Laatumittari</b>	<b>Ka.</b>
Ta3	Hoitokokoukseni on järjestetty sellaisissa paikoissa, jotka minä ja läheiseni olemme kokeneet turvallisiksi.	3,3
Ve1	Hoitokokouksiin on otettu mukaan kaikki minulle tärkeät henkilöt, jos tämä on ollut mahdollista.	3,0
Va3	Hoito on parantanut kokonaisvaltaista elämänlaatuani.	2,9
Ve3	Hoitokokousten ensisijaisena tavoitteena on ollut tasavertaisen ja turvallisen vuorovaikutuksen ja keskustelun synnyttäminen.	2,8
Ta1	Minua hoitava työryhmä on sovittanut käytetyt hoitomenetelmät minun ja läheisten yksilöllisiin tarpeisiin.	2,8
Ta2	Minua hoitava työryhmä on sovittanut hoitosuhteeni ajallisen keston minun ja läheisten tarpeisiin.	2,7
Va1	Hoito on parantanut tärkeiden ihmissuhteideni laatua.	2,7
Po4	Minua hoitava työryhmä on järjestänyt tarvittaessa työntekijän kotiini tukemaan vakavassa kriisissä.	2,7
Po2	Minulle ei ole määrätty antipsykoottista lääkehoitoa kahden ensimmäisen viikon aikana hoitoni aloittamisesta.	2,7
Ve2	Hoitokokouksissa käydyissä keskusteluissa on otettu huomioon minulle tärkeiden henkilöiden osallisuus kriisiini, vaikka nämä henkilöt eivät olisi itse olleet hoitokokouksissa paikalla.	2,7
Ve4	Kaikki minua hoitaneen työryhmän jäsenet ovat osallistuneet tasavertaisen keskustelun synnyttämiseen ammattiroolistaan riippumatta.	2,7
Oi2	Hoitokokouksia minua hoitavan työryhmän kanssa on järjestetty riittävän usein, tilanteen vaatiman tarpeen mukaan.	2,6
Po3	Se työntekijä, johon otin itse tai läheiseni otti ensimmäisenä yhteyttä, otti vastuun hoitoni järjestämisestä.	2,6
Ve5	Minua hoitava työryhmä on keskustellut mahdollisista hoitoni liittyvistä erimielisyyksistään vain avoimesti minun ja läheisten läsnä ollessa.	2,6
Va2	Hoito on parantanut työ- tai opiskelukykyäni.	2,5

Po1	Jaetun ymmärryksen muodostaminen kriisitilanteesta kaikkiin hoitoon osallistuvien kesken on ollut hoidossani ensisijaista muihin hoitotoimenpiteisiin, kuten lääkehoidon aloittamiseen verrattuna.	2,4
Ve6	Minua hoitavan työryhmän jäsenet eivät ole määrittäneet ihmisten kokemuksia sairauden oireiksi, vaan kokemuksille on muodostettu hoitokokouksissa yhteisiä merkityksiä.	2,3
Oi1	Hoitoni alkaessa minulle ja läheisilleni tarjottiin mahdollisuus hoitokokouksen pitämiseen minua hoitavan työryhmän kanssa 24 tunnin sisällä minun tai läheiseni ensimmäisestä yhteydenotosta.	2,1
Po6	Hoitoni alkaessa hoidostani kokonaisvastuun ottaneen työryhmän kokoonpano on pysynyt muuttumattomana tai lähes muuttumattomana koko hoitoni ajan.	2,1
Po5	Sama työryhmä on kantanut hoidostani kokonaisvastuun koko hoidon ajan, vaikka hoitopaikkani olisi välillä vaihtunut.	2,0

*Taulukko 8: laatumittareiden käyttökelpoisuuden keskiarvot mielenterveyspalvelujen käyttäjien ryhmässä.*

Mielenterveyspalvelujen käyttäjien ryhmässä hoidon tarpeenmukaisuuden ulottuvuuden mittarit sijoittuvat käyttökelpoisuudessa korkealle, kuten koko aineistossakin.

Potilasturvallisuuden mittareiden käyttökelpoisuuden arvostus taas on saman taulukon perusteella hieman korkeampi kuin koko aineistossa. Kymmenen käyttökelpoisimman listan kärkeen ovat sijoittuneet potilasturvallisuusmittareista perheen kotiin järjestettävän hoidon mittari Po4 sekä antipsykoottisen lääkityksen aloittamisen välttämistä mittaava Po2. Oikea-aikaisuuden, verkostokeskeisyyden ja vaikuttavuuden suhteen suuria eroja koko aineiston tason tarkasteluun ei ollut suhteessa muihin mittareihin. Käyttökelpoisuuden Keskiarvot vaihtelivat välillä 2,0-3,3.

### 5.3.3 Mielensterveyspalvelujen käyttäjien omaiset

Seuraavassa taulukossa esitetään mielensterveysthoidon laatumittareiden käyttökelpoisuuden keskiarvot mielensterveyspalvelujen käyttäjien aineistossa. Omaisiet pitivät laatumittareita kauttaaltaan hieman käyttökelpoisempina kuin mielensterveyspalvelujen käyttäjät.

<b>Id.</b>	<b>Laatumittari</b>	<b>Ka.</b>
Ve1	Hoitokokouksiin on otettu mukaan kaikki omaiselleni tärkeät henkilöt, jos tämä on ollut mahdollista.	3,7
Ta3	Omaiseni hoitokokoukset on järjestetty sellaisissa paikoissa, jotka omaiseni ja hänen läheisensä ovat kokeneet turvallisiksi.	3,5
Ve4	Kaikki omaistani hoitaneen työryhmän jäsenet ovat osallistuneet tasavertaisen keskustelun synnyttämiseen ammattiroolistaan riippumatta.	3,3
Va3	Hoito on parantanut omaiseni kokonaisvaltaista elämänlaatua.	3,2
Ve3	Hoitokokousten ensisijaisena tavoitteena on ollut tasavertaisen ja turvallisen vuorovaikutuksen ja keskustelun synnyttäminen.	3,1
Va1	Hoito on parantanut omaiseni tärkeiden ihmissuhteiden laatua.	3,1
Ve2	Hoitokokouksissa käydyissä keskusteluissa on otettu huomioon omaiselleni tärkeiden henkilöiden osallisuus kriisiin, vaikka nämä henkilöt eivät olisi itse olleet hoitokokouksissa paikalla.	3,0
Ta1 n=29	Omaistani hoitava työryhmä on sovittanut käytetyt hoitomenetelmät omaiseni ja hänen läheistensä yksilöllisiin tarpeisiin.	3,0
Ta2	Omaistani hoitava työryhmä on sovittanut hoitosuhteen ajallisen keston omaiseni ja hänen läheistensä tarpeisiin.	3,0
Po4	Omaistani hoitava työryhmä on järjestänyt tarvittaessa työntekijän omaiseni kotiin tukemaan vakavassa kriisissä.	3,0
Po2	Omaiselleni ei ole määrätty antipsykoottista lääkehoitoa kahden ensimmäisen viikon aikana hoidon aloittamisesta.	2,9
Oi2	Hoitokokouksia on järjestetty riittävän usein, tilanteen vaatiman tarpeen mukaan.	2,9
Va2	Hoito on parantanut omaiseni työ- tai opiskelukykyä.	2,9

Po1	Jaetun ymmärryksen muodostaminen kriisitilanteesta kaikkiin hoitoon osallistuvien kesken on ollut omaiseni hoidossa ensisijaista muihin hoitotoimenpiteisiin, kuten lääkehoidon aloittamiseen verrattuna.	2,9
Ve6	Omaistani hoitavan työryhmän jäsenet eivät ole määrittäneet ihmisten kokemuksia sairauden oireiksi, vaan kokemuksille on muodostettu hoitokokouksissa yhteisiä merkityksiä.	2,8
Po3	Se työntekijä, johon omaiseni tai hänen läheisensä ensimmäisenä otti yhteyttä, otti vastuun omaiseni hoidon järjestämisestä.	2,8
Ve5	Omaistani hoitava työryhmä on keskustellut mahdollisista hoitoon liittyvistä erimielisyyksistään vain avoimesti omaiseni ja hänen läheistensä läsnä ollessa.	2,6
Po6	Omaiseni hoidon alkaessa kokonaisvastuun hoidosta ottaneen työryhmän kokoonpano on pysynyt muuttumattomana tai lähes muuttumattomana koko omaiseni hoidon ajan.	2,5
Oi1	Omaiseni hoidon alkaessa hänelle ja hänen läheisilleni tarjottiin mahdollisuus hoitokokouksen pitämiseen hoidosta vastaavan työryhmän kanssa 24 tunnin sisällä omaiseni tai hänen läheisensä ensimmäisestä yhteydenotosta.	2,5
Po5	Sama työryhmä on kantanut omaiseni hoidosta kokonaisvastuun koko hoidon ajan, vaikka hoitopaikka olisi välillä vaihtunut.	2,5

*Taulukko 9: laatumittareiden käyttökelpoisuuden keskiarvot mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisten ryhmässä.*

Taulukon perusteella omaisten ryhmässä käyttökelpoisimpana laatumittarina pidettiin potilaan verkoston ottamista mukaan hoitokokouksiin mittaavaa Ve1-mittaria. Tässä valossa omaiset siis näyttivät olevan kiinnostuneempia omasta osallisuudestaan hoitoon kuin mielenterveyspalvelujen käyttäjät tai kaikki vastaajat keskimäärin. Hoidon järjestäminen perheen kotona, eli potilasturvallisuuden mittari Po4 sijoittui myös korkeammalle käyttökelpoisuudessa kuin aineistossa keskimäärin. Tarpeenmukaisuuden ja vaikuttavuuden mittarit olivat myös omaisten näkökulmasta hyvin käyttökelpoisia. Keskiarvojen vaihteluväli oli 2,5-3,9, eli vaihteluväli oli pituudeltaan samaa luokkaa kuin mielenterveyspalvelujen käyttäjillä.

### 5.3.4 Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijat

Oheisessa taulukossa kuvataan laatumittareiden käyttökelpoisuuden keskiarvot avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden aineistossa.

<b>Id.</b>	<b>Laatumittari</b>	<b>Ka.</b>
Ta1	Työryhmä on sovittanut käytetyt hoitomenetelmät potilaan ja hänen läheistensä yksilöllisiin tarpeisiin.	4,9
Ve1	Hoitokokouksiin on otettu mukaan kaikki potilaalle tärkeät henkilöt, jos tämä on ollut mahdollista.	4,9
Ve3	Hoitokokousten ensisijaisena tavoitteena on ollut tasavertaisen ja turvallisen vuorovaikutuksen ja keskustelun synnyttäminen.	4,8
Ve2	Hoitokokouksissa käydyissä keskusteluissa on otettu huomioon potilaalle tärkeiden henkilöiden osallisuus kriisiin, vaikka nämä henkilöt eivät olisi itse olleet hoitokokouksissa paikalla.	4,7
Ve4	Kaikki työryhmän jäsenet ovat osallistuneet tasavertaisen keskustelun synnyttämiseen ammattiroolistaan riippumatta.	4,7
Va3	Hoito on parantanut potilaan kokonaisvaltaista elämänlaatua.	4,7
Oi1	Hoidon alkaessa potilaalle ja hänen läheisilleen on tarjottu mahdollisuus hoitokokouksen pitämiseen työryhmän kanssa 24 tunnin sisällä potilaan tai hänen läheistensä ensimmäisestä yhteydenotosta.	4,6
Ve6	Työryhmän jäsenet eivät ole määrittäneet ihmisten kokemuksia sairauden oireiksi, vaan kokemuksille on muodostettu hoitokokouksissa yhteisiä merkityksiä.	4,6
Oi2	Työryhmä on järjestänyt hoitokokouksia potilaan ja hänen läheistensä kanssa riittävän usein, tilanteen vaatiman tarpeen mukaan.	4,6
Va2	Hoito on parantanut potilaan työ- tai opiskelukykyä.	4,6
Ta2	Työryhmä on sovittanut hoitosuhteen ajallisen keston potilaan ja hänen läheistensä tarpeisiin.	4,5



Po1	Jaetun ymmärryksen muodostaminen kriisitilanteesta kaikkiin hoitoon osallistuvien kesken on ollut potilaan hoidossa ensisijaista muihin hoitotoimenpiteisiin, kuten lääkehoidon aloittamiseen verrat...	4,5
Po5	Sama työryhmä on kantanut potilaan hoidosta kokonaisvastuun koko hoidon ajan, vaikka hoitopaikka olisi välillä vaihtunut.	4,5
Va1	Hoito on parantanut potilaalle tärkeiden ihmissuhteiden laatua.	4,5
Ta3	Hoitokokoukset on järjestetty sellaisissa paikoissa, jotka potilas ja hänen läheisensä ovat kokeneet turvallisiksi.	4,4
Po3	Se työntekijä, johon potilas tai hänen läheisensä otti ensimmäisenä yhteyttä, otti vastuun hoidon järjestämisestä.	4,4
Po6	Potilaan hoidon alkaessa kokonaisvastuun hoidosta ottaneen työryhmän kokoonpano on pysynyt muuttumattomana tai lähes muuttumattomana koko hoidon ajan.	4,2
Po4	Työryhmä on järjestänyt tarvittaessa työntekijän potilaan kotiin tukemaan vakavassa kriisissä.	4,1
Ve5	Työryhmä on keskustellut mahdollisista hoitoon liittyvistä erimielisyyksistään vain avoimesti potilaan ja hänen läheistensä läsnä ollessa.	3,9
Po2	Potilaalle ei ole määrätty antipsykoottista lääkehoitoa kahden ensimmäisen viikon aikana hoidon aloittamisesta.	3,9

*Taulukko 10: laatuvalettämien käyttökelpoisuuksien keskiarvo avoimen dialogin asiantuntijoiden ryhmässä.*

Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden ryhmän vastaukset poikkesivat monelta osin kahden muun tiedonantajaryhmän vastauksista. Vastausten keskiarvot vaihtelevat välillä 3,9-4,9, joten vastaukset painottuvat voimakkaasti asteikon yläpäähän. Peräti 14 mittarin käyttökelpoisuuden keskiarvo on vähintään 4,5 ja vain kahden mittarin osalta keskiarvo jää alle neljän. Laatumittareita pidettiin siis hyvin käyttökelpoisina kauttaaltaan.

Tässä ryhmässä koko aineistossa käyttökelpoisimpana pidetty mielenterveyshoidon tarpeenmukaisuuden mittari Ta3 ei yltänyt edes lähelle kärkisijoja. Kuitenkin kovin suuria päätelmiä tästä ei voi tehdä keskiarvojen pienen vaihtelun takia. Keskiarvojen sijoituksessa säännönmukaisesti asteikon yläpäähän ja vaihteluvälin ollessa pieni, tärkein tulos tässä

vastaajaryhmässä on se, että mittareita pidettiin hyvin käyttökelpoisina mielenterveyshoidon laadun arviointiin. Huomion arvoista on se, että muista vastaajaryhmistä ja koko aineistosta poiketen hoidon tarvittaessa välitöntä aloitusta mittaava laatumittari Oi1 arvotetaan korkealle. Muutoinkin kyselyssä suhteellisesti matalalle arvostettu Ve5-mittari taas on tässä vastaajaryhmässä toinen niistä mittareista, joiden käyttökelpoisuuden keskiarvo jää alle neljän. Näyttää siis mahdolliselta, että osa avoimen dialogin asiantuntijoista ei pidä henkilökunnan keskinäisiä kokouksia potilaan ja tämän verkoston tilanteesta vältettävänä. Kaikkein matalimman keskiarvon sai antipsykoottisen lääkehoidon aloittamisen välttämistä mittaava potilasturvallisuuden mittari Po2, jonka mielenterveyspalvelujen käyttäjät taas olivat arvostaneet verrattain korkealle.

Aineiston tilastollinen analyysi on nyt raportoitu ja seuraavaksi siirrytään analysoimaan mielenterveyshoidon laatumittariston kehittämistarpeita laadullisesti tekstiaineiston perusteella.

## 5.4 Mittariston kehittämistarpeet tekstiaineiston perusteella

Avokysymyksiin tulleissa vastauksissa mielenterveyshoidon tarpeenmukaisuuden osalta korostui lääkehoidon yksilöllisen optimoinnin tärkeys etenkin mielenterveyspalvelujen käyttäjien osalta, mutta myös omaisten ryhmässä. Näihin ryhmiin kuuluneista vastaajista monet katsoivat, että ongelmana mielenterveyshoidossa on tällä hetkellä nimenomaan ylilääkintä ja siksi lääkehoitoa tulisi suunnitella potilaita ja heidän omaisiaan kuunnellen tilannekohtaisen tarpeen mukaan. Tarpeenmukaisen psykososiaalisen tuen järjestäminen taas katsottiin tärkeäksi osaksi tarpeenmukaista mielenterveyshoitoa kaikissa vastaajaryhmissä. Mielenterveyspalvelujen käyttäjien sekä omaisten ryhmässä pidettiin tärkeänä myös tuen tarjoamista lääkityksen psyykenpurkamiseen ja osa vastaajista näissä ryhmässä piti merkityksellisenä myös mahdollisuutta lääkkeettömään hoitoon. Avoimen dialogin asiantuntijoiden ryhmän vastauksissa taas lääkkeiden rooli ei noussut esiin. Kaikissa vastaajaryhmissä nostettiin esiin hoidon ulkopuolisen tuen tai voimavarojen, kuten esimerkiksi harrastusten toipumista tukeva merkitys, joka tulisi huomioida hoidossa. Myös hoitosuhteen tarpeenmukainen kesto nostettiin merkitykselliseksi kaikissa vastaajaryhmissä. Osa vastaajista piti tärkeänä, että hoitosuhdetta ei päätettäisi liian aikaisin, ja toisaalta osa

mielenterveyspalvelujen käyttäjistä ja omaisista katsoi mielenterveyshoidon olevan niin haitallista, usein ylilääkinnän takia, että hoitosuhdetta ei pitäisi muodostaa ollenkaan. Hoitopaikan tarpeenmukaisuus taas nousi esiin mielenterveyspalvelujen käyttäjien ja omaisten vastauksissa. Näissä ryhmissä katsottiin usein, että avohoito olisi lähtökohtaisesti sairaalaa parempi hoitopaikka, tai jos tilanne on päässyt pahaksi, sairaalahoidon tarpeen tarkka arviointi katsottiin tärkeäksi. Yhdessä mielenterveyspalvelujen käyttäjän omaisen vastauksessa katsottiin, että tulevaisuuteen suuntaavan hoitosuunnitelman laatiminen olisi tärkeää.

Mielenterveyshoidon potilasturvallisuuden osalta kaikissa vastaajaryhmissä henkilökunnan mahdollisimman vähäistä vaihtuvuutta pidettiin tärkeänä. Potilaille katsottiin aiheutuvan tarpeetonta haittaa siitä, että elämäntilanne joudutaan selittämään yhä uudelleen uusille henkilöille. Lisäksi kaikissa ryhmissä katsottiin olevan tärkeää, että on olemassa taho, joka selkeästi kantaa kokonaisvastuun hoidosta. Erityisesti mielenterveyspalvelujen käyttäjien, mutta myös omaisten ryhmässä nostettiin useasti esiin pakkohoidon välttämisen ja erityisesti pakkolääkityksen välttämisen tärkeys. Molemmissa ryhmissä raportoitiin mittavista haitoista ja psyykkisistä vaurioista, joita pakkolääkinnällä ja yleisemmin pakkohoidolla on saatu aikaan. Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden ryhmässä ei eksplisiittisesti otettu pakkohoidon tai pakkokeinojen välttämistä esiin. Potilasturvallisuuteen liittyen mielenterveyspalvelujen käyttäjien ja omaisten ryhmissä otettiin esiin myös tiedon oikeellisuus. Etenkin mielenterveyspalvelujen käyttäjät, mutta myös omaiset pitivät tärkeänä, että hoitohenkilökunnalla on oikeaa tietoa lääkkeiden ja etenkin psykoosilääkkeiden haittavaikutuksista. Toisaalta tiedon jakamisen sijaan usein toivottiin, että haittavaikutusten suhteen kuunneltaisiin potilaita ja heidän läheisiään. Näissä kahdessa ryhmässä psykoosilääkkeiden käytön yleistä välttämistä pidettiin usein osana potilasturvallista mielenterveyshoitoa. Myös asiakas- tai potilastietojen oikeellisuutta pidettiin merkittävänä osana mielenterveyshoidon potilasturvallisuutta mielenterveyspalvelujen käyttäjien ja omaisten keskuudessa. Väärien kirjausten katsottiin johtavan väärin hoitopäätöksiin. Yhdessä mielenterveyspalvelujen käyttäjän vastauksessa puolestaan hoitotilan fyysistä turvallisuutta pidettiin potilasturvallisuuden keskeisenä osana. Yleisesti ottaen kaikissa vastaajaryhmissä potilasturvallisuus liitettiin toisinaan hoidolla aikaan saatuun turvallisuuden tunteeseen tai sen puutteeseen sen sijaan, että olisi arvioitu suoraan kyselylomakkeella määriteltyä potilasturvallisuutta. Toisaalta monesti haitan tuottamisen välttäminen ja turvallisuuden tunne olivat saman asian kaksi puolta.

Mielenterveyshoidon oikea-aikaisuuden osalta hoidon riittävän nopeaa aloitusta pidettiin tärkeänä kaikissa ryhmissä. Kuitenkin useissa vastauksissa todettiin, että hoitokokouksia ei ole aina syytä järjestää välittömästi yhteydenoton jälkeen, vaan hoidon tarpeenmukaisuus limittyi hoidon aloittamisen nopeuteen. Myös hoidon riittävä saatavuus oli kaikissa vastaajaryhmissä tärkeä oikea-aikaisen hoidon osa-alue. Tätä perusteltiin sillä, että oikeaa hoitoa ei voida tarjota oikeaan aikaan, jos tarpeenmukaista hoitoa ei ole saatavilla lainkaan. Erityisesti mielenterveyspalvelujen käyttäjät ja omaiset korostivat sitä, että tarpeetonta hoitoa tulee välttää. Usein tämä liitettiin lääkehoitoon, mutta myös hoidon tarjoamiseen ilman koettua hoidon tarvetta ylipäätään.

Mielenterveyshoidon verkostokeskeisyys oli koko aineiston läpileikkaava teema. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kuulluksi tuleminen sekä tasavertainen ja turvallinen vuorovaikutus olivat olennainen ja monesti välttämätön osa tarpeenmukaista mielenterveyshoitoa, ja näkemys toistui kaikissa vastaajaryhmissä. Mielenterveyspalvelujen käyttäjien ja omaisten ryhmissä perusteltiin vastaajien omilla kokemuksilla sitä, että hoidosta on koitunut merkittävää haittaa, kun potilaita ja omaisia ei ole kuultu. Usein tämä liitettiin liialliseen diagnoosikeskeisyyteen, ja diagnoosikeskeisyyden välttäminen oli yksi aineistosta noussut verkostokeskeisen mielenterveyshoidon kriteeri. Potilaan verkoston mukaan ottamista hoitoon pidettiin tärkeänä kaikissa ryhmissä, mutta toisaalta osa vastaajista mielenterveyspalvelujen käyttäjien ja omaisten ryhmissä totesi, että verkoston osallistumisesta voi joskus olla enemmän haittaa kuin hyötyä. Toisaalta avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoista osa katsoi, että verkostoa voisi ottaa mukaan laajemminkin, esimerkiksi koulusta, jossa asiakkaan tilanteen ymmärrys voi olla puutteellista. Omaisten vastauksissa taas korostui erityisesti tarve ottaa omaiset mukaan hoitoon. Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden vastauksissa nostettiin esiin lisäksi vuorovaikutuksen moniäänisyys, mutta tämän katsottiin sisältyvän tasavertaiseen ja turvalliseen vuorovaikutukseen. Kaikkiaan verkoston osallisuutta hoitoon pidettiin siis tärkeänä aineistossa tilannekohtaisen tarpeen mukaan

Mielenterveyshoidon vaikuttavuuden osalta vastauksissa nostettiin esiin potilaiden ja omaisten osallisuuden tärkeys vaikuttavuuden kriteerien määrittelyssä. Suoraan tämä oli muotoiltu avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden vastauksissa, mutta myös mielenterveyspalvelujen käyttäjien ja omaisten vastauksissa nostettiin esiin heidän oman näkökulmansa sivuuttamisen ongelmallisuus hoidon vaikutusten suhteen. Vaikuttavuuden kriteerinä kokonaisvaltaisen elämänlaadun parantumista pidettiin sellaisenaan hyvänä kaikissa

vastaajaryhmissä, mutta osa vastaajista katsoi toimintakykyä olevan tarvetta pilkkoa käsitteenä osiin. Toimintakykyä kuitenkin pidettiin myös tärkeänä vaikuttavuuden kriteerinä.

Hyvin monissa mielenterveyspalvelujen ja omaisten vastauksissa hoidon vaikuttavuus liitettiin yksittäisiin interventioihin vastaajien omiin kokemuksiin perustuen. Monet vastaajat katsoivat, että lääkkeiden, etenkin psykoosilääkkeiden, vaikutus elämänlaatuun ja etenkin toimintakykyyn on ollut negatiivinen. Kuolleisuutta pidettiin aineistossa hyvin riittämättömänä vaikuttavuuden kriteerinä ja enemmän toivottiin seuranta interventioden, etenkin lääkeshoidon, vaikutuksista potilaiden toimintakykyyn, elämänlaatuun ja myös fyysiseen terveyteen. Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden vastauksista nousivat merkityksellisesti psykososiaalisen hoidon vaikuttavuuden seuranta ja vaikuttavuuden seuranta pitkällä aikavälillä.

Uutena pääkategoriana muodostettiin mielenterveyshoidon hyvä johtaminen, koska kaikki merkityksellisinä pidetyt laadukkaan hoidon tunnusmerkit eivät sopineet ennalta määriteltyjen pääkategorioiden alle. Tähän kategoriaan sijoitetaan laadukkaan mielenterveyshoidon tunnusmerkkejä, joihin on mahdollista erityisesti hyvällä johtamisella vaikuttaa. Tähän pääkategoriaan avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden vastauksista sijoitetaan organisaatiossa vallitseva tahtotila toteuttaa tarpeenmukaista hoitoa. Eräässä vastauksessa todettiin, että kyseessä on hyvin olennainen tarpeenmukaisen hoidon järjestämisen ehto. Palvelurakenteen tarpeenmukaisuus taas nostettiin merkitykselliseksi kaikissa ryhmissä. Henkilökunnan kouluttamisen tärkeys mainittiin lukuisissa vastauksissa, ja avoimen dialogin asiantuntijat pitivät erityisen tärkeänä hoitohenkilökunnan kouluttamista antamaan dialogista hoitoa. Mielenterveyspalvelujen käyttäjien ja omaisten vastauksista taas nousi esiin palveluintegraation tärkeys, ja usein tällä tarkoitettiin päihde- ja mielenterveyspalvelujen integraatiota. Myös yleinen palvelujärjestelmän tarpeenmukaisuus nostettiin esiin. Mielenterveyshoidon johtamiseen liittyen avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden ryhmässä nostettiin tärkeäksi työryhmän sisäisten ristiriitojen selvittäminen, esimerkiksi työnohjauksessa. Tätä perusteltiin sillä, että työryhmän sisäisten jännitteiden katsottiin haittaavan terapeutista hoitoa.

Laatuväittämien ymmärrettävyyden kehittämisen suhteen ei juuri mainittu yksittäisiä väittämiä tai kohtia, joita tulisi parantaa, vaan huomiot kohdistuivat lähinnä laatuväittämien ymmärrettävyyteen yleisellä tasolla.

Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoilta tuli vain kaksi vastausta, eikä niistä ilmennyt konkreettisesti, miten laatuvaittämien ymmärrettävyyttä tulisi kehittää. Sen sijaan huomattavasti enemmän vastauksia tuli muista vastaajaryhmistä, ja sekä mielenterveyspalvelujen käyttäjät että mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaiset raportoivat haasteista ymmärtää kysymysten sanamuotoja. Osa kertoi, että kysymykset täytyi lukea läpi useaan kertaan. Lisäksi osa vastaajista molemmissa ryhmissä piti haastavana arvioida sellaista hoitoa, jota itse tai kukaan lähipiirissä ei ole saanut, jolloin väittämiä ei pystynyt arvioimaan suoraviivaisesti vastaajien omaan konkreettiseen kokemukseen perustuen. Tutkimusasetelman melko abstrakti luonne ja käytetyt käsitteet aiheuttivat siis jonkin verran ongelmia vastaamiseen mielenterveyspalvelujen käyttäjien ja omaisten ryhmissä, mutta avoimen dialogin asiantuntijoiden ryhmässä tällaista ilmiötä ei raportoitu. Toisaalta myös mielenterveyspalvelujen käyttäjien sekä omaisten ryhmissä osa vastaajista raportoi, että ohjeistus sekä väittämät olivat selkeitä, ja että väittämien ymmärrettävyydessä ei ollut ongelmia.

Alla olevassa taulukossa on sisällönanalyysin koodirunko. Laatuvaittämien ymmärrettävyys muodosti mielenterveyshoidon laatu-ulottuvuuksista erillisen osionsa ja siksi se esitetään lopuksi omassa taulukossaan.

<b>Mielenterveyshoidon tarpeenmukaisuus</b>
Tarpeenmukaiset hoitomenetelmät
- Tarpeenmukaisen psykososiaalisen tuen järjestäminen
- Lääkehoidon yksilöllinen optimointi
- Lääkityksen purkamisen tuki
- Hoidon ulkopuolisen tuen huomiointi
Hoitosuhteen tarpeenmukainen kesto
Tarpeenmukainen hoitopaikka
Hoitosuunnitelman laatiminen
<b>Mielenterveyshoidon potilasturvallisuus</b>
Hoidon psykologinen jatkuvuus
- Henkilökunnan vaihtuvuuden välttäminen
Työntekijöiden vastuullisuus

- Kokonaisvastuun kantaminen hoidosta
Pakon käytön välttäminen
- Pakkohoidon yleinen välttäminen
- Pakkolääkityksen välttäminen
Tiedon oikeellisuus
- Oikea tieto psykoosilääkkeistä
- Virheetön potilas- ja asiakastieto
Psykoosilääkityksen välttäminen
Fyysisen hoitotilan turvallisuus
<b>Mielenterveyshoidon oikea-aikaisuus</b>
Hoidon riittävän nopea aloitus
Hoidon riittävä saatavuus
Tarpeettoman hoidon järjestämisen välttäminen
<b>Mielenterveyshoidon verkostokeskeisyys</b>
Asiakkaiden ja omaisten kuulluksi tuleminen
Potilaan verkosto mukaan hoitokokouksiin tarpeen mukaan
Tasavertainen ja turvallinen vuorovaikutus
Tiedon jakaminen omaisille
Diagnoosikeskeisyyden välttäminen
<b>Mielenterveyshoidon vaikuttavuus</b>
Potilaan ja omaisten osallisuus vaikuttavuuden kriteerien määrittelyyn
Kokonaisvaltaisen elämänlaadun parantuminen
Toimintakyvyn parantuminen
Vaikuttavuuden seuranta ja kytkentä interventioihin
- Lääkehoidon vaikuttavuus elämänlaatuun ja toimintakykyyn
- Psykososiaalisen hoidon vaikuttavuuden seuranta
- Vaikuttavuuden pitkäaikaissuuranta
<b>Mielenterveyshoidon hyvä johtaminen</b>
Tahtotila toteuttaa tarpeenmukaista hoitoa

Palvelurakenteen tarpeenmukaisuus
- Palveluintegraatio
- Henkilökunnan kouluttaminen
Ammattilaisten työnohjaus
- Työryhmän sisäisten ristiriitojen selvittäminen

*Taulukko 11: koodirunko mielenterveyshoidon laadun merkityksistä tekstiaineistossa.*

<b>Laatumittareiden ymmärrettävyyden kehittämistarpeet</b>
Arkisten käsitteiden käyttö
Vastaamisen mahdollistaminen konkreettiseen omakohtaiseen kokemukseen perustuen

*Taulukko 12: koodirunko laatumittareiden ymmärrettävyyden kehittämistarpeista tekstiaineistossa.*

Tässä tutkielman viidennessä pääluvussa on toteutettu tutkielman analyysi ensin määrällisillä ja lopuksi laadullisilla menetelmillä. Ensin tutkittiin kyselylomakkeiden validiteettia ja reliabiliteettia psykometrisesta näkökulmasta. Sitten tutkittiin laatumittariston ja yksittäisten laatumittareiden käyttökelpoisuutta koko aineistossa ja vastaajaryhmittäin ensin tilastollisilla menetelmillä ja sitten sisällönanalyysillä. Seuraavaksi esitetään tutkielman pohdintaluku.

## 6 Pohdinta

Tässä opinnäytetutkimuksessa tarkoituksena oli tutkia, onko tutkielmaa varten muodostettu avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukainen mielenterveyshoidon laatumittaristo mielenterveyspalvelujen käyttäjien, mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisten ja avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden näkökulmasta käyttökelpoinen mielenterveyshoidon laadun arviointiin. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia sitä, miten laatumittaristoa tulisi kehittää, jotta siitä tulisi vastaajien näkökulmasta entistä käyttökelpoisempi mielenterveyshoidon laadun arviointiin. Toissijaisesti tutkittiin kyselylomakkeen rakenteen validiteettia sekä sisäistä johdonmukaisuutta.



Tutkielman teoriaosiossa esiteltiin avoimen dialogin hoitomallin teoriaa osana tarpeenmukaisen hoidon perinnettä. Lisäksi käsiteltiin terveydenhuollon laatua ja muodostettiin tutkielman tarpeisiin avoimen dialogin hoitomallin kanssa yhteensopiva mielenterveyshoidon laatuluokitus, jonka ulottuvuuksia olivat tarpeenmukaisuus, potilasturvallisuus, oikea-aikaisuus, verkostokeskeisyys ja vaikuttavuus. Muodostettu laatuluokitus operationalisoitiin mittareiksi kolmelle kyselylomakkeelle. Lopullinen aineisto koostui 109 vastauksesta, joista 66 tuli mielenterveyspalvelujen käyttäjiltä, 29 mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisilta ja 14 avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoilta. Tutkimusta varten kerättiin sekä määrällinen että laadullinen aineisto ja aineisto analysoitiin mixed methods -periaatteella. Aineistossa painottuivat naisten ja yli 30 -vuotiaiden vastaukset.

Tutkimustehtävän toteuttamiseksi tutkielmassa vastataan neljään tutkimuskysymykseen. Ensimmäinen tutkimuskysymys koski sitä, ovatko kyselyiden mielenterveyshoidon laatumittarit käyttökelpoisia vastaajien näkökulmasta ja muodostaisiko esitetty mielenterveyshoidon laatumittaristo hyväksyttävän pohjan mielenterveyshoidon laadun arvioinnin kehittämiseksi. Tämän tutkimuskysymyksen kannalta erityisen relevantti on tutkimuslomakkeiden kysymys, jossa vastaajia pyrittiin arvioimaan, miten todennäköisesti mielenterveyshoidon laatu parantuisi, mikäli tutkielmaa varten muodostettu mielenterveyshoidon laatumittaristo otettaisiin käyttöön mielenterveyshoidon laadun arvioinnin mittapuuksi asteikolla 0-10. Analyysin tulosten perusteella vastausten keskiarvot vastaajaryhmittäin vaihtelivat välillä 7-9,07 ja vastaajaryhmäkohtaisista keskiarvoista laskettu keskiarvo oli 7,89, eli varsin korkea. Erityisen käyttökelpoisena mielenterveyshoidon laadun arviointiin laatumittaristoa pitivät avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijat ja vähiten käyttökelpoisena mielenterveyspalvelujen käyttäjät. Vastauksista johtopäätös ja vastaus tutkielman ensimmäiseen tutkimuskysymykseen on se, että kyselomakkeiden laatumittareista muodostuva laatumittaristo muodostaisi tutkimukseen vastanneiden mielenterveyspalvelujen käyttäjien, mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisten sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden näkökulmasta käyttökelpoisen pohjan mielenterveyshoidon laadun arviointiin sekä käyttökelpoisen jatkotutkimuksen ja -kehittämisen kohteen.

Toinen tutkimuskysymys koski mielenterveyshoidon laatumittariston kehittämistarpeita, jotta siitä tulisi vastaajien näkökulmasta entistäkin käyttökelpoisempi mielenterveyshoidon laadun arviointiin ja kolmas tutkimuskysymys ohjasi analysoimaan mahdollista tulosten eroja vastaajaryhmien välillä. Näihin tutkimuskysymyksiin vastataan seuraavaksi. Merkittävää on,

että avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijat pitivät kaikkia laatumittareita hyvin käyttökelpoisina ja tämän vastaajaryhmän kohdalla on vaikea tehdä suuria johtopäätöksiä näkemysten eroista eri mittareiden välillä. Kaikkein pienimpiä keskiarvoja mittareiden käyttökelpoisuudelle saatiin mielenterveyspalvelujen käyttäjien aineistosta, ja vastausten perusteella ilmiötä saattaisi selittää myös tekstiaineistosta ilmennyt monesti kyyninen ja toivoton asenne mielenterveyshoidon laadun kehittämistä ja tutkimista kohtaan tässä ryhmässä.

Kuvaileviin tilastollisiin menetelmiin perustuneen analyysin perusteella osoittautui, että mielenterveyshoidon tarpeenmukaisuuden mittareita pidettiin varsin yksiselitteisesti käyttökelpoisina mielenterveyshoidon laadun arviointiin kaikissa vastaajaryhmissä. Tekstiaineiston analyysin tulosten perusteella tarpeenmukaisten hoitomenetelmien mittaria tulisi kuitenkin täsmentää eri hoitomenetelmien mukaisesti. Lisäksi hoitosuunnitelman laatimisen tulisi mahdollisesti olla oma hoidon tarpeenmukaisuuden mittarinsa.

Myös vaikuttavuutta mittaavia laatumittareita pidettiin tilastollisen analyysin perusteella kaikissa vastaajaryhmissä varsin käyttökelpoisina. Laadullisessa analyysissä vaikuttavuuden osalta korostui alkuperäiseen laatumittaristoon verrattuna se, että potilaiden ja heidän omaisten tulisi päästä määrittelemään vaikuttavuuden kriteerejä tapauskohtaisesti. Tästä tulisi siis luoda uusi laatumittari. Vaikuttavuuteen liittyviä laatumittareita tulisi vastausten perusteella myös laajentaa eri interventioihin kohdennetuiksi sekä kiinnittää huomiota siihen, että vaikuttavuutta mitataan pitkällä aikavälillä. Vaikuttavuus on nousemassa kansainvälisesti terveydenhuollon laadun prioriteetiksi (Porter 2009; Porter 2010), ja tulosten perusteella potilaiden osallisuus vaikuttavuuden määrittelyssä olisi tärkeä ottaa huomioon sekä mielenterveyshoidossa että mielenterveyshoidon tutkimuksessa.

Verkostokeskeisyyden mittarit taas jakautuivat tilastollisen analyysin perusteella kahteen tai kolmeen ryhmään, ja neljää hoitokokousten vuorovaikutuksen laatua mittaavaa mittaria pidettiin vastaajien keskuudessa hyvin käyttökelpoisina. Tulosten perusteella juuri tasavertaiseen vuorovaikutukseen panostava avoimen dialogin hoitomalli erottuikin edukseen aiemmista tarpeenmukaisen hoidon sovelluksista, joissa keskeisempää oli henkilökunnan psykoterapeuttinen asenne. Tekstiaineiston analyysissä kuitenkin nousi esiin, että potilaan verkostoa tulisi osallistaa kulloisenkin tarpeen mukaan hoitoon, eikä verkoston osallistaminen välttämättä ole kaikkiin tapauksiin sopiva itseisarvo, toisin kuin alkuperäisessä mittareiden operationalisoinnissa oletettiin. Tämä tulisi ottaa huomioon mittariston jatkokehityksessä. Sen

sijaan ihmisten kokemusten patologisoinnin välttämisen ja henkilökunnan sisäisten keskustelujen välttämisen mittareita ei pidetty muihin verkostokeskeisyyden mittareihin nähden kovinkaan merkityksellisinä. Myöskään tekstiaineiston analyysin perusteella sille, kuuluuko laadukkaan mielenterveyshoidon kriteereihin välttää henkilökunnan sisäisiä keskusteluja asiakkaiden tilanteista, ei ollut yhteisymmärrystä löydettävissä. Kuitenkin laadullisen analyysin tulosten perusteella tärkeää näyttäisi olevan pyrkiä kaikkien toimijoiden välisen luottamuksen rakentamiseen ja olennaista näyttäisi olevan, keskusteleeko henkilökunta asiakkaista keskenään siten, että asiakkaille ja hoitosuhteelle koituu tästä vahinkoa. Tämä tulisi huomioida mittareiden operationalisoinnissa.

Vaikka kokemusten patologisoinnin välttämistä ei pidetty kovin käyttökelpoisena mielenterveyshoidon laatumittarina, nousi tekstiaineiston analyysin perusteella diagnoosien vällän välttämisen vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden välillä nousi tärkeäksi mielenterveyshoidon laatuksiteeriksi. Yksi mahdollinen selitys ristiriitaisilta vaikuttaville tuloksille on se, että mielenterveyspalvelujen käyttäjät ja heidän omaisensa eivät ehkä koe tärkeäksi välttää sairauskäsitteitä kokemuksiin kuvaillessa, mutta haluavat kuvaila sairauskokemuksia omilla ehdoillaan. Näkemystä tukee tutkimus, jonka mukaan ainakin nuorten parissa psykiatrian sairauskäsitteistöä on tullut osa arkista kielenkäyttöä ja ihmisten itseymmärrystä (Kvist Lindholm & Wickström 2020). Toisaalta avoimen dialogin yksi keskeinen idea on muodostaa kokemuksille merkitys tapauskohtaisessa avoimessa dialogissa, eikä lääketieteellisten oirekuvausten ohjaamana (Seikkula & Haarakangas 1999, 181). On mahdollista, että diagnostisen kielen lisääntyessä ihmisten arkisessa kielenkäytössä ja itseymmärryksen määrittelijänä lääketieteellisten sairauskäsitteiden käyttö avoimessa dialogissa saattaisi tapahtua asiakaslähtöisesti eikä ammattilaislähtöisesti. Kaiken kaikkiaan kahden edellä mainitun muita vähemmän käyttökelpoisena pidetyn verkostokeskeisyyden mittarin kohdalla tulisi mahdollisesti harkita jopa poistamista laatumittaristosta, jos mittaristoa kehitetään eteenpäin. Vaikka verkostokeskeisyyden mittareita pidettiin melko tärkeinä kaikissa vastaajaryhmissä, pitivät mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaiset omaisten osallistamista hoitoon erityisen tärkeänä. Kaiken kaikkiaan verkostokeskeisyyden toteutuminen oli laadullisen analyysin perusteella aineiston läpileikkaava teema ja laadukkaan mielenterveyshoidon toteutumisen ehto. Etenkin laadukasta vuorovaikutusta pidettiin tärkeänä. Laadukkaan vuorovaikutuksen merkityksen korostuminen on linjassa avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden kanssa, siinä missä aiempia tarpeenmukaisen hoidon

sovelluksia leimasi verkostokeskeisyyden sijaan enemmän hoitohenkilökunnan psykoterapeuttinen asenne (Bergström 2020).

Oikea-aikaisuuden mittarit sijoittuivat tilastollisen analyysin tulosten perusteella melko tarkasti keskiväliin käyttökelpoisuutensa perusteella. Riittävän usein toteutuvien hoitokokousten mittaria pidettiin aineistossa käyttökelpoisempana kuin hoidon nopean aloituksen mittaria, mutta analyysin tulokset eivät antaneet aiheutta sellaiseen oletukseen, että kumpikaan mittari olisi tarpeeton. Lisäksi avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden kohdalla selkeää eroa mainittujen kahden mittarin arvostuksessa ei ollut. Laadullisen analyysin perusteella oikea-aikaisuuden mittareita voisi täydentää tarpeettoman hoidon järjestämisen välttämisen mittarilla, koska väärään aikaan tarjottu hoito oli vastaajien näkökulmasta käytännössä tarpeetonta hoitoa.

Tilastollisissa analyysissä potilasturvallisuuden mittareita ei pidetty keskimäärin kovinkaan käyttökelpoisina. Toisaalta psykoosilääkkeiden välttäminen jakoi vahvasti mielipiteitä: mielenterveyspalvelujen käyttäjien vastauksissa mittari sijoittui kymmenen käyttökelpoisimman kärkeen ja avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoilla viimeiseksi. Tulokset eivät kovin yllättäviä tutkimusten perusteella ainakaan mielenterveyspalvelujen käyttäjien kohdalla, joista osa näytti tekstiaineiston perusteella käyttäneen itse psykoosilääkkeitä. Psykoosilääkkeiden käyttäjien kokemuksia tutkineen laajan systemaattisen katsauksen perusteella psykoosilääkkeiden käyttäjien kokemus psykoosilääkkeiden vaikutuksista omaan terveyteen ja hyvinvointiin on enimmäkseen negatiivinen, vaikka psykoosilääkitys on psykoottisiin tiloihin edelleen ensilinjan hoitomenetelmä (Thompson ym. 2019). Psykoosilääkkeiden välttäminen ensilinjan hoitona on kuitenkin yksi keskeinen avoimen dialogin hoitomallin käytäntö. Avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden noudattaminen on kuitenkin Suomessa hiipunut (Bergström ym. 2018, 170). On mahdollista, että avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijuus on liikkunut kohti valtavirtaista tulkintaa mielenterveyshoidon asiantuntijuudesta, mikä selittäisi avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden verrattain liberaalia suhtautumista psykoosilääkityksen välittömään aloittamiseen. Omaisten ryhmässä esiintyi myös hyvin eriäviä näkemyksiä psykoosilääkkeiden aloittamisen välttämisen mittarista. Kaikkiaan analyysin tulokset tukevat vähintäänkin huomattavaa varovaisuutta psykoosilääkityksen nopean aloittamisen suhteen mielenterveyshoidon laadun arvioinnin kriteerinä.

Potilasturvallisuuden mittareita tulisi laadullisen analyysin tulosten perusteella täydentää pakon käytön välttämisen mittaamisella sekä pakkohoidon yleisen välttämisen että erityisesti pakkolääkityksen välttämisen mittaamisella. Pakkohoidon on osoitettu lisäävän mielenterveyspotilaiden itsemurhia (Jordan & McNiel 2019), joten pakkohoidon välttämisen koettua tärkeyttä ei voida pitää yllättävänä. Alkuperäisestä mittaristosta puuttuu myös potilasasiakastiedon virheettömyys sekä psykoosilääkitykseen liittyvän tiedon oikeellisuus, jotka analyysin tulosten perusteella olisivat tarpeellisia täydennyksiä potilasturvallisuuden mittaamiseen. Psykoosilääkkeistä tuotettavan tiedon vinoutuminen muun muassa lääketeollisuuden vaikutuksesta on tunnettu ongelma (Whitaker & Cosgrove 2015), joten aineistossa toiveet kyseisten tietojen oikeellisuudesta ovat ymmärrettäviä.

Potilasturvallisuuden mittareita voisi olla tarpeen täydentää myös fyysisen hoitotilan turvallisuuden mittarilla sekä psykoosilääkityksen välttämisen mittarilla. Nämä kaikki kehittämistarpeet nousivat erityisesti mielenterveyspalvelujen käyttäjien, mutta monelta osin myös omaisten vastauksista, mutta ei avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden vastauksista.

Mielenterveyshoidon hyvästä johtamisesta tulisi laadullisen analyysin tulosten perusteella luoda kokonaan uudet laatumittarit tarpeenmukaisen hoidon toteuttamisen tahtotilaan, palvelurakenteen tarpeenmukaisuuteen ja henkilökunnan työnohjaukseen pääkategoriaihin liittyen. Tarve uuden pääkategorian luomiselle nousi kaikkien kolmen tiedonantajaryhmän vastauksista. Ilman henkilökunnan asianmukaista koulutusta ei palvelurakennepuoleen voi olla tarpeenmukainen, koska tarpeenmukaista hoitoa voidaan pitää ensisijaisesti asiansa osaavan hoitohenkilökunnan toimintana. Henkilökunnan korkeaa koulutustasoa on pidetty tärkeänä tarpeenmukaisen hoidon järjestämisessä jo Turun skitsofreniaprojektista lähtien (Alanen 2009). Henkilökunnan koulutuksen asianmukaisuudesta olisikin tarpeen tehdä myös oma mittarinsa.

Mittariston kehittämistarpeet ulotettiin koskemaan myös laatumittareiden ymmärrettävyyttä. Kyseessä on tärkeä ominaisuus, jos mittaristoa aiotaan käyttää todellisilla potilailla (Valkeinen & Anttila & Paltamaa 2014). Tilastollisen analyysin perusteella avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoille kysely oli helpoin ymmärtää ja eniten haasteita oli mielenterveyspalvelujen käyttäjillä. Tekstiaineiston analyysin tulosten perusteella sekä tutkimusasetelmaa että käytettyjä käsitteitä tulisi yksinkertaistaa, jotta mittaristosta saataisiin tehtyä ymmärrettävämpi mielenterveyspalvelujen käyttäjille ja jossain määrin myös

mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisille. Tulokset eivät ole yllättäviä, koska valmis avoimen dialogin hoitomallin asiantuntemus ja mahdollisesti vastaajien koulutustaso saattoivat vaikuttaa siihen, miten helposti ymmärrettävänä kyselyä pidettiin. Tätä päätelmää ei pystytä kuitenkaan analyysin tulosten perusteella vahvistamaan.

Neljäs tutkimuskysymys koski kyselylomakkeiden validiteettia ja reliabiliteettia laatumittariston muodostamisen osalta. Toteutetun faktorianalyysin perusteella kyselylomakkeet näyttäisivät muodostavan validin kokonaisuuden mitaten avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden kanssa yhteensopivan mielenterveyshoidon laatumittariston käyttökelpoisuutta mielenterveyshoidon laadun arviointiin. Psykoosilääkkeiden käyttämisen mittari ei sopinut faktoriratkaisuun yhtä hyvin kuin muut mittarit. Tämä saattaa kertoa siitä, että psykoosilääkkeiden käyttö on seikka, johon monet mielenterveyshoidon kiistat kiteytyvät (Thompson ym. 2019), ja että kyseinen mielenterveyshoidon laatumittari olisi siksi muita laatumittareita kiistanalaisempi. Kyselylomakkeiden reliabiliteetti sisäisen johdonmukaisuuden merkityksessä osoittautui myös korkeaksi.

Tässä tutkielmassa hahmoteltiin ensimmäistä kertaa avoimen dialogin hoitomallista kattavaa laatumittaristoa. Samoin tutkielmassa pyrittiin esittämään menetelmä yleisesti terveydenhuollon laatumittariston luomiseen. Liikkeelle lähdettiin kokonaisen hoitomallin teoriasta ja mietittiin, mikä teoriassa olisi relevanttia mitata. Kaiken kaikkiaan tutkielma tarjoaa siis teoreettisia lähestymistapoja terveydenhuollon ja myös sosiaalihuollon laadun mittaamisen kehittämiseen. Lisäksi tutkimuslomake vaikutti tulosten valossa varsin validilta ja reliaabelilta työkalulta tutkimuksen toteuttamiseen. Lopuksi arvioidaan tutkielman rajoituksia, jatkotutkimusaiheita ja toimenpidesuosituksia.

## 7 Johtopäätökset

Tutkielmalla on merkittäviä rajoituksia. Valittu aihe oli hyvin laaja, ja yhden pro gradun laajuudessa tutkielmassa ei ollut mahdollista edes yhdistää terveydenhuollon laatua ja avoimen dialogin hoitomallin periaatteita siinä laajuudessa, että teoreettinen argumentaatio olisi erityisen kestäväällä pohjalla. Lisäksi laaja laadun operationalisointi ja melko monimutkainenkin empiirinen tutkimus sisällytettiin varsin pieneen yhden

opinnäytetutkimuksen laajuuteen. Näin ollen muodostetun laatumittariston teoriapohja vaatisi huomattavasti tarkempaa puntarointia, jos kyselylomakkeiden laatumittaristoa aletaan yhteiskunnallisesti enemmän edistää. Myös terveydenhuollon laadun osa-alueiden määritelmien poikkeaminen enemmän tai vähemmän julkishallinnon normeista vaatisi runsaasti pohdintaa mittariston implementoinnin edellytysten näkökulmasta.

Kyselylomakkeiden avokysymysten muotoilu ei onnistunut parhaalla mahdollisella tavalla. Kysymykset olisi voinut muotoilla täsmällisemmin, jolloin sisällönanalyysia varten olisi todennäköisesti saatu yksiselitteisempi aineisto. Nyt vastaajille paljon vapauksia jättäneet kysymysten muotoilut tuottivat hyvin monitulkintaisen aineiston, jonka tulkinta oli monimutkaista. Myös tarkempi ohjeistus siitä, millaisiin uskomuksiin tai minkä tyyppiseen tietoon perustuen kysymyksiin tulisi vastata, olisi saattanut parantaa tekstiaineiston luotettavuutta.

Määrällisen aineiston kerääminen onnistui kysymyslomakkeen puolesta paremmin. Yksittäisiin kysymyksiin vastaamatta jättäneiden osuus oli hyvin pieni, mikä saattoi kertoa kysymysten koetusta tärkeydestä tai kyselyn herättämästä mielenkiinnosta.

Merkittävä ongelma tulosten yleistettävyyden kannalta taas on se, että aineistoa ei kerätty tilastotieteellisten otantamenetelmien oppien mukaisesti. Määrällinen aineisto on otoksen sijaan näyte, joka saattaa olla useilla, tutkijalle itselleenkin tuntemattomalla tavalla vinoutunut ja epäedustava. Vastaajat painoutuivat vahvasti naisiin, eikä miesten näkökulmaa juurikaan saatu siis esiin. Aineiston rajoitteista johtuen tutkimustulosten yleistettävyyden suhteen on syytä olla hyvin varovainen. Kyselyn tutkimusasetelma oli myös melko abstrakti, mikä saattaa osaltaan vinouttaa aineistoa, jos pienikin osa vastaajista ymmärsi väittämät väärin. Mahdollisessa jatkotutkimuksissa tulisi kiinnittää erityistä huomiota kyselyn saavutettavuuteen ja tutkimusasetelman ymmärrettävyyteen.

Kyselylomakkeiden validiteettia ja reliabiliteettia tutkittiin rajallisesta näkökulmasta sekä rajallisella aineistolla, ja siksi kumpikin kyselyjen psykometriikan osa-alue tarvitsisi lisätutkimusta. Esimerkiksi julkishallinnon kriteereillä sekä kyselyn validiteettia että reliabiliteettia tulee tutkia useisiin erilaisiin teoreettisiin viitekehyksiin perustuen (Valkeinen & Anttila & Paltamaa 2014).

Tutkielmassa esitetyn mielenterveyshoidon laatumittariston käyttöönotto julkishallinnossa olisi haastavaa. Esteenä ovat ainakin vakiintuneet tavat, valmiit, mittariston kanssa

yhteensopimattomat tietorakenteet sekä mahdollisesti tahtotilan ja implementoinnin laajemman yhteiskunnallisen tuen puuttuminen. Avoimen dialogin hoitomalli lisäksi edistäisi käytännössä horisontaalista asiantuntijuutta ja siten laskisi psykiatrian erikoislääkärien asemaa hoidon hierarkiassa. Tämä saattaa herättää lääkärikunnassa vastustusta avoimen dialogin hoitomallia ja sen kanssa yhteensopivaa laatumittaristoa kohtaan, vaikka empiirinen näyttö kustannusvaikuttavuudesta puhuisi implementoinnin puolesta. Yksi kysymysmerkki on myös laatumittariston kattavuus käytännössä: varmastikaan kaikkia esimerkiksi palvelujen johtamisen kannalta välttämättömiä näkökulmia ei otettu huomioon.

Jatkossa tulisi laatumittariston teorian täsmennyksen ohella tutkia, voisiko tutkielmassa muodostettua laatumittaristoa korvata osittain tai jopa kokonaan tieteellisesti tutkituilla, päteviksi, luotettaviksi ja muutosherkiksi osoitetuilla mittareilla kuitenkin siten, että idea mitata mielenterveyshoidon laatua avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti säilyisi. Lisäksi mielenterveyshoidon kansallisia hoitosuosituksia laativien työryhmien olisi tarpeen käydä läpi teoriaosiossa esitetty tutkimusnäyttö avoimen dialogin hoitomallin vaikuttavuudesta ja kustannuksista sekä harkita tutkielmassa esitettyjen menetelmien hyödyntämistä hoitosuositusyöskentelyssä. Hyvien hoitotulosten ja matalien kustannusten puolesta avoimen dialogin hoitomalli näyttäisi sopivan hyvin yhteen vuoteen 2030 saakka ulottuvan kansallisen mielenterveysstrategian kanssa (vrt. STM 2020). Tässä valossa avoimen dialogin hoitomallin periaatteet ja tässä tutkielmassa muodostetun laatumittariston voisi huomioida myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hankkeissa, joissa mielenterveysstrategian toimeenpanoa koordinoidaan. Kansallisten laaturekisterien kehittämisessä puolestaan tutkielma voisi tarjota käyttökelpoisia teoreettisia ja metodologisia lähtökohtia eri sidosryhmien, kuten potilaiden, osallisuuden vahvistamiseen.



## 8 Lähteet

Aaltonen, Jukka & Seikkula, Jaakko & Lehtinen, Klaus (2011) The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The Incidence of Non-affective Psychosis and Prodromal States. *Psychosis* 3:3, 179-191. <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.601750>

Aaltonen, Jukka (1999) Psykoosityöryhmä tarpeenmukaisen hoidon ja sosiaalisen konstruktionismin toteuttajana. Teoksessa Kauko Haarakangas & Jaakko Seikkula (1999) (toim.) Psykoosi: uuteen hoitokäytäntöön. Helsinki: Kirjayhtymä.

Ahonen, Karoliina (2019) Suomalainen mielenterveyspolitiikka. Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Alanen, Yrjö & Lehtinen, Klaus & Rökköläinen, Viljo & Aaltonen, Jukka (1991) Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83:5, 363-372. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05557.x>

Alanen, Yrjö (2009) Kohti humanistisempaa psykiatria. *Psykoterapia* 28:3, 226-240.

Allsop, Kate & Read, John & Corcoran, Rhiannon & Kinderman, Peter (2019) Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Research* 279 (2019), 15-22.

Ankarfeldt, Mikkel & Adalsteinsson, Erpur & Groenwold, Rolf & Ali, M Sanni & Klungel, Olaf (2017) A Systematic Literature Review on the Efficacy–effectiveness Gap: Comparison of Randomized Controlled Trials and Observational Studies of Glucose-lowering Drugs. *Clinical Epidemiology* 2017:9, 41-51.

Beattie, Michelle & Shepherd, Ashley & Howieson, Brian (2012) Do the Institute of Medicine's (IOM's) dimensions of quality capture the current meaning of quality in health care? – An integrative review. *Journal of Research Nursing* 18:4, 288-304.

Bergstöm, Tomi & Seikkula, Jaakko & Alakare, Birgitta & Kurtti, Mia & Köngäs-Saviaro, Päivi & Löhönen, Elina & Miettunen, Jouko & Mäkiöllitervo, Hannele & Taskila, Jyri & Virta, Katriina & Valtanen, Kari (2022) The 10-year Treatment Outcome of Open Dialogue-

based Psychiatric Services for Adolescents: A Nationwide Longitudinal Register-based Study. *Early Intervention in Psychiatry* 2022, 1-8.

Bergström, Tomi & Seikkula, Jaakko & Alakare, Birgitta & Mäki, Pirjo & Köngäs-Saviaro, Päivi & Taskila, Jyri J. & Tolvanen, Asko & Aaltonen, Jukka (2018) The Family-oriented Open Dialogue Approach in the Treatment of First-episode Psychosis: Nineteen-year Outcomes. *Psychiatry Research* 270, 168-175.

Bergström, Tomi & Seikkula, Jaakko & Holma, Juha & Mäki, Pirjo & Köngäs-Saviaro, Päivi & Alakare, Birgitta (2019) How Do People Talk Decades Later About Their Crisis That We Call Psychosis? A Qualitative Study of the Personal Meaning-making Process. *Psychosis* 11:2, 105-115.

Bergström, Tomi (2020) Life after Integrated and Dialogical Treatment of First-episode Psychosis: Long-Term Outcomes at the Group and Individual Level. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Bergström, Tomi (2022) Mieleton häiriö: psykiatrian ongelma ja sen ratkaisu. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Bouchery, Ellen & Barna, Michael & Bababola, Elizabeth & Friend, Daniel & Brown, Jonathan & Blyler, Crystal & Ireys, Henry (2018) The Effectiveness of a Peer-Staffed Crisis Respite Program as an Alternative to Hospitalization. *Psychiatric Services* 69:10, 1069-1074.

Brückl, Tanja & Spoomaker, Victor & Sämann, Philipp & Bre, Anna-Katharine & Henco, Lara & Czamara, Darina & Elbau, Immanuel & Grandi, Norma & Jollans, Lee & Kühnel, Anne & Leuchs, Laura & Pöhlchen, Dorothee & Schneider, Maximilian & Tontsch, Alina & Keck, Martin & Schilbach, Leonhard & Czisch, Michael & Lucae, Susanne & Erhardt, Angelica & Binder, Elisabeth (2020) The Biological Classification of Mental Disorders (BeCOME) Study: a Protocol for an Observational Deep-phenotyping Study for the Identification of Biological Subtypes. *BMC Psychiatry* 20:213, 1-25.

Buus, Niels & Jacobsen, Elise Kragh & Bojesen, Anders Bo & Bikic, Aida & Muller-Nielsen, Klaus & Aagaard, Jorgen & Erlangsen, Annette (2019) The Association Between Open Dialogue to Young Danes in Acute Psychiatric Crisis and Their Use of Health Care and Social Services: A Retrospective Register-based Cohort Study. *International Journal of Nursing Studies* 91 (2019), 119-127.

Cavonius-Rintahaka, Diana & Roos, Mervi & Gillberg, Christopher & Billstedt, Eva & Aho, Anna Liisa (2022) Randomized Clinical Trial Comparing Dialogical Family Guidance with Ordinary Clinical Treatment for Families with a Child with Neurodevelopmental Disorders. *Advances in Neurodevelopmental Disorders* 6 (2022): 36–52.

De Meyer, Dorien & Kottner, Jan & Beelec, Hilde & Schmitt, Jochen & Lange, Toni & van Hecke, Ann & Verhaege, Sofie & Beekman, Dimitri (2019) Delphi Procedure in Core Outcome Set Development: Rating Scale and Consensus Criteria Determined Outcome Selection. *Journal of Clinical Epidemiology* 111 (2019), 23-31.

Dzau, Victor & McClellan, Mark & McGinnis, Michael & Burke, Sheila & Coye, Molly; Diaz, Angela & Daschle, Thomas & Frist, William & Gaines, Martha & Hamburg, Margaret & Henney, Jane & Kumanyika, Shiriki & Leavitt, Michael & Parker, Ruth & Sandy, Lewis & Schaeffer, Leonard & Steele, Glenn & Thompson, Pamela & Zerhouni, Elias (2017) Vital Directions for Health and Health Care Priorities From a National Academy of Medicine Initiative. *JAMA* 317:14, 1461-1470. DOI:10.1001/jama.2017.1964

Ferreira, Diogo & Nunes, Alexandre & Marques, Rui (2020) Operational Efficiency vs Clinical safety, Care Appropriateness, Timeliness, and Access to Health Care: The Case of Portuguese Public Hospitals. *Journal of Productivity Analysis* 2020:53, 355–375.  
<https://doi.org/10.1007/s11123-020-00578-6>

Freeman, Abigail & Tribe, Rachel & Stott, Joshua & Pilling, Stephen (2019) Open Dialogue: Review of the Evidence. *Psychiatric Services* 70:1, 46-59. doi: 10.1176/appi.ps.201800236.

Granö, Niklas & Kallionpää, Santeri & Karjalainen, Marjaana & Salmijärvi, Laura & Roine, Mikko & Taylor, Peter (2016) Declines in Suicidal Ideation in Adolescents Being Treated in Early Intervention Service. *Psychosis* 8:2, 176-179.

Haarakangas, Kauko & Seikkula, Jaakko (1999) Johdanto. Teoksessa Kauko Haarakangas & Jaakko Seikkula (toim.) Psykoosi: uuteen hoitokäytäntöön. Helsinki: Kirjayhtymä.

Haarakangas, Kauko (1999) Psykoottisten kriisien kotihoito. Teoksessa Kauko Haarakangas & Jaakko Seikkula (toim.) Psykoosi: uuteen hoitokäytäntöön. Helsinki: Kirjayhtymä.

Häkkinen, Miikka & Talvitie, Emma & Sailas, Eila (2021) Psykiatrisesta hoidosta puuttuu ajattelu. *Lääkärilehti* 76:45, 2626-2627.

Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press.

Jonstone, Lucy & Boyle, Mary (2018) The Power Threat Meaning Framework: An Alternative Nondiagnostic Conceptual System. *Journal of Humanistic Psychology* 2018, 1-18.  
<https://doi.org/10.1177/0022167818793289>

Jordan, Joshua & McNiel, Dale (2019) Perceived Coercion During Admission Into Psychiatric Hospitalization Increases Risk of Suicide Attempts After Discharge. *Suicide Life Threat Behav* 50:1. DOI: 10.1111/sltb.12560.

Karjaluoto, Heikki (2007) SPSS opas markkinatutkijoille. University of Jyväskylä. School of Business and Economics. Working paper 344/2007.

Karolaakso, Tino & Autio, Reija & Näppilä, Turkka & Leppänen, Helena & Rissanen, Päivi & Tuomisto, Martti & Karvonen, Sakari & Pirkola, Sami (2021) Contextual and Mental Health Service Factors in Mental Disorder-based Disability Pensioning in Finland – a Regional Comparison. *BMC health services research* 21:1081, 1-13.

Karvonen, Marjo & Peltola, Mikko & Isohanni, Matti & Pirkola, Sami & Suvisaari, Jaana & Lehtinen, Klaus & Hella, Pertti & Häkkinen, Unto (2008) PERFECT – Skitsofrenia. Skitsofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Stakesin työpapereita 8/2008. Helsinki: kirjoittajat ja Stakes.

Kekomäki, Martti (2019) *Etiikasta ekonomiaan – ja takaisin*. Helsinki: Duodecim.

Kela (2021) Mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä. Kelan tutkimusblogi. [https://www.kela.fi/ajankohtaista-henkiloasiakkaat/-/asset\\_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/id/26824851](https://www.kela.fi/ajankohtaista-henkiloasiakkaat/-/asset_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/id/26824851)

Kendall, Jason (2003) Designing a Research Project: Randomised Controlled Trials and their Principles. *Emergency Medicine Journal* 20:2, 164-168.

Kinane, Catherine & Osborne, James & Ishaq, Yasmin & Colman, Marcus & MacInnes, Douglas (2022) Peer supported Open Dialogue in the National Health Service: implementing and evaluating a new approach to Mental Health Care. *BMC Psychiatry* 22:138, 1-13.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03731-7>

- Korneta, Piotr (2018) Net promoter score, growth, and profitability of transportation companies. *International Journal of Management and Economics* 54:2, 136-148.
- KvantiMOT. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Otos ja otantamenetelmät. Viitattu 16.9.2022. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/otos/otantamenetelmat.html>
- Kvist Lindholm, Sofia & Wickström, Anette (2020) ‘Looping Effects’ Related to Young People’s Mental Health: How Young People Transform the Meaning of Psychiatric Concepts. *Global Studies of Childhood* 10:1, 26-38.
- Lääkintöhallitus (1988) Skitsofreniaprojekti 1981–1988. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissohjelman loppuraportti. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Larmo, Anneli (2008) Nuoren aikuisen psykodynaaminen psykoterapia [The Psychodynamic Psychotherapy of Young Adults]. *The Scandinavian Psychoanalytic Review* 31:2, 136-138. DOI: 10.1080/01062301.2008.10592845.
- Lehtinen, Ville & Aaltonen, Jukka & Koffert, T. & Räcköläinen, Viljo & Syvälahti, E. (2000) Two-year Outcome in First-episode Psychosis Treated According to an Integrated Model. Is Immediate Neuroleptisation Always Needed? *European Psychiatry* 15:5, 312-320.
- Leiman, Mikael (2004) Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 120:22, 2645-2653.
- Maanmieli, Karoliina & Gauffin, Tapio & Suutarinen, Nisse (2021) Skitsofrenia: onko diagnoosi totta? Helsinki: Basam Books.
- Malmivaara, Antti (2012) Kohti lääketieteen arkivaikuttavuutta. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 128:5, 445-446.
- Murray, Christopher & työryhmä (2016) Global, Regional, and National Disability-adjusted Life-years (DALYs) for 315 Diseases and Injuries and Healthy Life Expectancy (HALE), 1990–2015: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 388 (2016), 1603-1658. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31460-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31460-X)
- Nordon, Clementine & Karcher, Helene & Groenwold, Rolf & Ankarfeldt, Mikkel & Pichler, Franz & Chevrou-Severac, Helene & Rossignol, Michel & Abbe, Adeline & Abenhaim,

Lucien (2016) The “Efficacy-Effectiveness Gap”: Historical Background and Current Conceptualization. *Value in Health* 2016:19, 75-81.

Nummenmaa, Lauri (2021) Tilastotieteen käsikirja. Helsinki: Tammi.

OECD ja Euroopan Unioni (2018) Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Pariisi/Euroopan Unioni, Brysseli: OECD Publishing.  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

Patana, Pauliina (2014) Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Finland. OECD Terveys Työpapereita nro. 72. <https://dx.doi.org/10.1787/5jz1591p91vg-en>

Pekurinen, Markku (2014) Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja niiden rahoitus. Teoksessa Timo Seppälä & Markku Pekurinen (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. THL Raportti 22/2014. Helsinki: kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Perneger, Thomas (2006) A Research Agenda for Patient Safety. *International Journal for Quality in Health Care* 18:1, 1-3.

Peter, Lina-Jolien & Schindler, Stephanie & Sander, Christian & Schmidt, Silke & Muehlan, Holger & McLaren, Thomas & Tomczyk, Samuel & Speerforck, Sven & Schomerus, Georg (2021) Continuum Beliefs and Mental Illness Stigma: a Systematic Review and Meta-analysis of Correlation and Intervention Studies. *Psychological Medicine* 51:5, 716-726. DOI: 10.1017/S0033291721000854

Pietikäinen, Petteri (2019) Hulluuden historia. Helsinki: Gaudeamus.

Pilling, Stephen & Clarke, Katherine & Parker, Georgie & James, Kirsty & Landau, Sabine & Weaver, Timothy & Razzaque, Russell & Craig, Thomas (2021) Open Dialogue Compared to Treatment as Usual for Adults Experiencing a Mental Health Crisis: Protocol for the ODDESSI Multi-site Cluster Randomised Controlled Trial. *Contemporary Clinical Trials* 113 (2022) 106664, 1-13.

Porter, Michael (2009) A Strategy for Health Care Reform — Toward a Value-Based System. *N Engl J Med* 361:2, 109-112.

Porter, Michael (2010) What is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine* 363:26, 2477-2481.

- Raunio, Kyösti (1999) *Positivismi ja ihmistiede*. Helsinki: Gaudeamus.
- Roine, Risto (2016) Hoidon vaikuttavuuden arviointi 15D-mittarilla. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 132:17, 1537-1542.
- Rosenbaum, Lisa (2022) Reassessing Quality Assessment - The Flawed System for Fixing a Flawed System. *The New England Journal of Medicine* 386:17, 1663-1667.
- Savander, Enikö (2022) *Dialogical Sequence Analysis as Case Formulation in Community Mental Health Centre: Naturalistic Comparative Study on Patient-centred Approach*. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Schreier, Margrit (2012) *Qualitative Content Analysis in Practice*. Thousand Oaks, CA: SAGE
- Scott, Michael (2021) Ensuring that the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Programme Does What it Says on the Tin. *British Journal of Clinical Psychology* 2021:60, 38-41.
- Seikkula, Jaakko & Aaltonen, Jukka & Alakare, Birgitta & Haarakangas, Kauko & Keränen, Jyrki & Lehtinen, Klaus (2006) Five-year Experience of First-episode Nonaffective Psychosis in Open-dialogue Approach: Treatment Principles, Follow-up Outcomes, and Two Case Studies. *Psychotherapy Research* 16:2, 214-228.
- Seikkula, Jaakko & Aaltonen, Jukka & Alakare, Birgitta (1999) *Potilaat sosiaalisissa verkostoissaan: kahden vuoden seurantatutkimus psykoosin kotihoidosta*. Teoksessa Kauko Haarakangas & Jaakko Seikkula (toim.) *Psykoosi: uuteen hoitokäytäntöön*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Seikkula, Jaakko & Aaltonen, Jukka Kalla, Outi & Saarinen, Pirjo & Tolvanen, Asko (2013) Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland: a 2-year randomized trial. *Journal of Family Therapy* 2013:35, 281-302. doi: 10.1111/j.1467-6427.2012.00592.x
- Seikkula, Jaakko & Alakare, Birgitta & Aaltonen, Jukka (2011) Open Dialogue in Psychosis I: an Introduction and Case Illustration. *Journal of Constructivist Psychology* 14:4, 247-265.

Seikkula, Jaakko & Haarakangas, Kauko (1999) Avoin dialogi akuutin psykoosin hoidon foorumina. Teoksessa Kauko Haarakangas & Jaakko Seikkula (toim.) Psykoosi: uuteen hoitokäytäntöön. Helsinki: Kirjayhtymä.

Seikkula, Jaakko (2002) Open Dialogues with Good and Poor Outcomes for Psychotic Crises: Examples from Families with Violence. *Journal of Family and Marital Therapy* 28:3, 263-274.

Seikkula, Jaakko (2016) Avoimet dialogit psykoottisten ja muiden ongelmien hoitomallina. Luento Mielenterveystalvissa 2016 Missä mielenterveys sijaitsee -seminaarissa. <https://www.slideshare.net/Mielenterveystalvissa/jaakko-seikkula-miss-mielenterveys-sijaitsee>

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022 (viitattu 16.09.2022). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2020) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2022) Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Stakes (2001) Tutkimus puoltaa lääkitystä vähentävää psykoosin hoitoa. Stakesin tiedote 29.1.2001. Viitattu 16.9.2022.

[https://terveysportti.mobi/kotisivut/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p\\_arkisto=1&p\\_palsta=24&p\\_artikkeli=uux00729&fbclid=IwAR3LdvmUbObP8LcmhEXG-QLNcjm7tseUgSJ61PX3o\\_mkt5eDO4AEEvch83E](https://terveysportti.mobi/kotisivut/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p_arkisto=1&p_palsta=24&p_artikkeli=uux00729&fbclid=IwAR3LdvmUbObP8LcmhEXG-QLNcjm7tseUgSJ61PX3o_mkt5eDO4AEEvch83E)

Suokas, Kimmo & Hakulinen, Christian & Sund, Reijo & Kampman, Olli & Pirkola, Sami (2022) Mortality in Persons with Recent Primary or Secondary Care Contacts for Mental Disorders in Finland. *World Psychiatry* 21:3, 470-471.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.



Suvisaari, Jaana (2010) Uutta skitsofrenian riskitekijöistä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 126:8, 869-876.

Tavakol, Moshen & Dennick, Reg (2011) Making Sense of Cronbach's Alpha. *Int J Med Educ.* 2011:2, 53–55.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2019) Kansalliset laaturekisterit sosiaali- ja terveydenhuollossa. Toimintamalli, organisointi ja rahoitus. Toimittaneet Pia Maria Jonsson, Sirkku Pikkujäämsä ja Pia-Liisa Heiliö. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla internetissä: <https://www.julkari.fi/handle/10024/138834>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit. Viitattu 16.9.2022. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/sote-arviointi-ja-tietopohja/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terwee, Caroline & Zuidgeest, Marloes & Vonkeman, Harald & Cella, David & Haverman, Lotte & Roorda, Leo (2021) Common Patient-reported Outcomes Across ICHOM Standard Sets: the Potential Contribution of PROMIS®. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 21:259, 1-13.

Thompson, Jemina & Stansfeld, Jacki & Cooper, Ruth & Morant, Nicola & Crellin, Nadia & Moncrieff, Joanna (2019) Experiences of Taking Neuroleptic Medication and Impacts on Symptoms, Sense of Self and Agency: a Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2020:55, 151–164.

Tiirinki, Hanna & Jonsson, Pia Maria (2020) <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/geneerinen-elaman-laadun-mittari-kansallisissa-laaturekistereissa?public=5b2cc89ec0b768e891bdbab780ab2349>

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.

Saatavilla internetissä: <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytando-htk>. Viitattu 1.10.2022.

Valkeinen, Heli & Anttila, Heidi & Paltamaa, Jaana (2014) Opas toimintakyvyn mittarin arviointiin TOIMIA-verkostossa (1.0). TOIMIA.

[https://thl.fi/documents/974257/1449823/Mittariopas\\_VALMIS\\_090614+%282%29.pdf/b53595b9-15b8-4fa3-8765-23cd9221de8f](https://thl.fi/documents/974257/1449823/Mittariopas_VALMIS_090614+%282%29.pdf/b53595b9-15b8-4fa3-8765-23cd9221de8f)

Valtioneuvosto (2019) Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma. Viitattu 16.9.2022. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma>

Van Os, Jim & Guloksuz, Sinan & Vijn, Thomas & Hafkenscheid, Anton & Delespaul, Philippe (2019) The Evidence-based Group-level Symptom-reduction Model as the Organizing Principle for Mental Health Care: Time for Change? *World Psychiatry* 18:1, 87-96.

Van Os, Jim (2016) “Schizophrenia” does not exist. Disease classifications should drop this unhelpful description of symptoms. *British Medical Journal* 352:i375, 1-3.

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. THL Raportti 8/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla internetissä: <https://www.julkari.fi/handle/10024/145026>.

Von Peter, Sebastian & Aderhold, Volkmar & Cubellis, Lauren & Bergström, Tomi & Stastny, Peter & Seikkula, Jaakko & Puras, Dainius (2019) Open Dialogue as Human Rights-aligned Approach. *Frontiers in Psychiatry* 10:387, 1-6.

Whitaker, Robert & Cosgrove, Lisa (2015) *Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform*. New York: Palgrave Macmillan.

Wired (2017) Star Neuroscientist Tom Insel Leaves the Google-Spawnd Verily for ... a Startup?. Viitattu 16.9.2022. <https://www.wired.com/2017/05/star-neuroscientist-tom-insel-leaves-google-spawnd-verily-startup/>

World Health Organization (WHO) (2021) Guidance on Community Mental Health Services. Promoting Person-centred and Rights-based Approaches. Geneva: World Health Organization.

Wusinich, Christina & Lindy, David & Russell, David & Pessin, Neil & Friesen, Phoebe (2020) Experiences of Parachute NYC: An Integration of Open Dialogue and Intentional Peer Support. *Community Mental Health Journal* 2020:56, 1033-1043.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00556-0>

Yhdistyneet kansakunnat, ihmisoikeusneuvosto (2017) Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Asiakirja A/HRC/35/21.  
[https://ap.ohchr.org/documents/dpage\\_e.aspx?si=A/HRC/35/21](https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21)

Yung, Alison & Nelson, Barnaby & Baker, Kathryn & Buckby, Joe & Baksheev, Gennady & Cosgrave, Elizabeth (2009) Psychotic-like Experiences in a Community Sample of Adolescents: Implications for the Continuum Model of Psychosis and Prediction of Schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 43:2, 118–128.

## 9 Liitteet

Liitteitä on ensimmäisessä alaluvussa infokirje. Näitä seuraavat omissa alaluvuissaan kyselylomakkeet mielenterveyspalvelujen käyttäjille, mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisille sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoille. Viimeisestä liitteestä löytyvät SPSS-ohjelmistolla tehdyt tulosteet.

### 9.1 Infokirje

#### **Kyselytutkimus mielenterveyshoidon laadun arvioinnista**

**Osallistu tutkimukseen, jonka avulla saadaan tietoa avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden soveltuvuudesta mielenterveyshoidon laadun arviointiin!**

Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan opiskelija, YTK **Tapio Gauffin** tekee pro gradu -tutkielmaa mielenterveyshoidon laadun arvioinnista avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti. Laatu viittaa mielenterveyshoidon toivottavina pidettyihin ominaisuuksiin ja avoimen dialogin hoitomalli on Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä kehitetty verkostokeskeinen kriisityön malli, joka on saanut kansainvälistä kiitosta potilaiden ja ihmisoikeuksien kunnioittamisesta sekä lupaavista hoitutuloksista.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, olisivatko avoimen dialogin hoitomallin periaatteet käyttökelpoisia mielenterveyshoidon laadun arvioinnin mittapuuksi mielenterveyspalvelujen käyttäjien, heidän omaistensa sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden näkökulmasta. Vastaajilta edellytetään vähintään 18 vuoden ikää.

Osallistuminen on tärkeää, koska tulosten avulla voidaan herättää keskustelua mielenterveyshoidon laadusta sekä avoimen dialogin hoitomallista, ja mahdollisesti kehittää mielenterveyshoitoon entistä paremmin potilaita ja heidän läheisiään palvelevia laadunarviointimenetelmiä. Tutkimuksen tuloksia saatetaan hyödyntää Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoiman kansallisen laaturekisteritoiminnan kehittämisen tukena. Kerättävää aineistoa ei kuitenkaan suoraan laaturekisteritoiminnassa käytetä.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyllä ei kerätä vastaajan tunnistamisen mahdollistavia henkilötietoja, eikä aineistoa luovuteta eteenpäin. Vastausaika on 19.5.-30.8.2022.

Saatekirjeen nettiosoite: <https://nousevamieli.fi/2022/05/19/kyselytutkimus-mielenterveyshoidon-laadun-arvioinnista/>

## 9.2 Kyselylomake mielenterveyspalvelujen käyttäjille

### Kysely mielenterveyspalvelujen käyttäjille mielenterveyshoidon laadun arvioinnista

\* Pakollinen

#### Tietoa opinnäytetutkimuksesta

Tällä kyselylomakkeella kerätään aineistoa Tampereen yliopiston yhteiskuntatutkimuksen tutkinto-ohjelmassa tehtävään sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielmaan, jonka tarkoituksena on selvittää mielenterveyspalvelujen käyttäjien, heidän omaistensa sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden näkemyksiä mielenterveyshoidon laadun arvioinnista. Tämä kyselylomake on tarkoitettu mielenterveyspalvelujen käyttäjille. Vastaajien edellytetään olevan iältään vähintään 18-vuotiaita, ja muilta osin vastaamiskelpoisuuden kriteeriksi riittää vastaajan oma tulkinta kohderyhmään kuulumisesta. Kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu aikaa noin 15 minuuttia. Kysely on auki 19.5.-30.8.2022.

**Otathan huomioon, että kyselyssä ei arvioida nykyisten mielenterveyspalvelujen tai hoidon laatua, vaan laatuväittämien käyttökelpoisuutta mielenterveyspalvelujen laadun arviointiin.**

**Lue seuraavaksi esitettävät tietosuojailmoitus sekä suostumuslomake ennen kuin teet päätöksen mahdollisesta tutkimukseen osallistumisestasi.**

Tutkielman tekijä Tapio Gauffin vastaa aineiston käsittelyyn, tietosuojaan ja muihin opinnäytetutkielmaan liittyviin kysymyksiin sähköpostitse. Osoite: [tapio.gauffin@tuni.fi](mailto:tapio.gauffin@tuni.fi)

#### Opinnäytteen tietosuojailmoitus

#### EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679), art. 12-14

**Rekisterin nimi:** Mielenterveyshoidon laadun arviointi avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti: kyselytutkimus laatumittariston käyttökelpoisuudesta. Pro gradu -tutkielma.

**Päiväys:** 19.5.2022

**Reksiterinpitäjä:** Tapio Gauffin, [tapio.gauffin@tuni.fi](mailto:tapio.gauffin@tuni.fi)

**Ohjaaja:** Satu Ojala, Tampereen yliopisto, [satu.ojala@tuni.fi](mailto:satu.ojala@tuni.fi)

### **Kerättävien tietojen käsittelytarkoitus ja käsittelyperuste:**

Antamiasi tietoja käsitellään mielenterveyspalvelujen laadun arviointimittariston käyttökelpoisuutta mielenterveyspalveluja käyttävien, heidän omaistensa sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden näkökulmasta selvittävässä opinnäytetutkimuksessa. Mitään suoraa henkilötietoa ei kerätä eikä käsitellä tutkimuksessa. Kerättävät taustatiedot auttavat arvioimaan ja vertaamaan keskenään mielenterveyspalvelujen laadun arviointiin liittyviä näkemyksiä taustatietojen perusteella muodostetuissa alaryhmissä. Opinnäytteen lisäksi tuloksia voidaan raportoida asianmukaisissa tieteellisissä julkaisuissa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tietojen käsittelyperusteena on: suostumus. EU:n yleinen tietosuoja-asetus 6 artikla 1.a-kohta.

Koska mitään suoraa henkilötietoa ei kerätä, yksittäisen vastaajan antamia tietoja ei ole mahdollista jäljittää. Mikäli haluat tiedustella oikeudestasi suostumuksen perumiseen kyselylomakkeen lähettämisen jälkeen, ota yhteyttä opinnäytteen tekijään.

**Tietojen säilytysaika:** Tietojen tarkastamista varten aineistoa säilytetään viisi vuotta opinnäytteen valmistumisen jälkeen.

### **Rekisterin tietosisältö ja tietolähteet:**

- Mielenterveyspalvelujen käyttäjiltä kerätään taustatietoja iästä, sukupuolesta ja mielenterveyspalvelujen käytön ajallisesta kestosta. Mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisilta kysytään taustatietoja iästä, sukupuolesta sekä suhteesta omaiseen, johon liittyen kyselyyn vastataan. Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoilta kysytään taustatietoina ikää, sukupuolta, ammattiasemaa sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntemuksen tasoa.

- Kyselylomakkeella kerättävät tiedot, jotka koskevat näkemyksiä mielenterveyshoidon laadun arvioinnista.

Tiedot kerätään tutkittavilta itseltään

**Tietojen käsittelijät:** Mitään tietoja ei luovuteta ulkopuolisille.

**Rekisterin suojauksen periaatteet:** Tiedostot, joissa aineistoa säilytetään, suojataan salasanalla. Digitaalinen aineisto suojataan käyttäjätunnuksella ja salasanalla tai kaksivaiheisella käyttäjän tunnistuksella (MFA).

**Rekisteröidyn oikeudet:** Koska mitään suoraa henkilötietoa ei kerätä, eikä kerättävistä tiedoista näin ollen ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä, mahdollisuuksia jäljittää antamiasi tietoja lomakkeen lähettämisen jälkeen ei ole. Mikäli haluat tiedustella oikeuksistasi

### **Suostumuslomake**

Tutkimuksen nimi:

Mielenterveyshoidon laadun arviointi avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti: kyselytutkimus laatumittariston käyttökelpoisuudesta. Pro gradu -tutkielma.

### **Suostumus tutkimukseen osallistumiseksi**

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun opinnäytetutkimukseen ja olen saanut kirjallista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä ja keskeyttää tutkimus syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisina.

#### 1. Annan suostumukseni tutkimukseen \*

Kyllä

#### VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

#### 2. Ikä

18-24 vuotta

25-31 vuotta

32-38 vuotta

39-45 vuotta

46-52 vuotta

53-59 vuotta

60-66 vuotta

67-73 vuotta

74 vuotta tai enemmän

En halua kertoa

### 3. Sukupuoli

- Mies
- Nainen
- Muu
- En halua kertoa

### 4. Kuinka monta vuotta olet käyttänyt mielenterveyspalveluita?

## HOIDON TARPEENMUKAISUUS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon tarpeenmukaisuuden arvioimiseksi. Tarpeenmukaisuus tarkoittaa sitä, että hoito vastaa juuri siihen ainutkertaiseen tarpeeseen, joka potilaalla ja tämän läheisillä on.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen  
2 = hieman käyttökelpoinen  
3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökelvoton  
4 = melko käyttökelpoinen  
5 = erittäin käyttökelpoinen

Mielenterveyshoito sisältää kyselyssä kaikki ne palvelut, joita palvelutarpeen aiheuttavassa mielenterveysongelmassa tai hankalassa elämäntilanteessa otetaan käyttöön.

Laatu viittaa mielenterveyshoidon toivottuihin ominaisuuksiin. Jokaisen sivun yläreunassa selitetään, mitä eri laatu-ulottuvuuksilla tarkoitetaan. Jokainen laatuväittäjä on suunniteltu kuvaamaan toivottua asiointilaa.

Käyttökelpoisuus viittaa siihen, miten merkityksellisenä ja tärkeänä pidät kutakin väittämää mielenterveyspalvelujen laadun arvioinnin mittapuuna.

Työryhmä tarkoittaa kyselyssä moniammatillista, potilaan ja tämän läheisten kanssa aktiivisesti keskustelua edistävää tiimiä, joka kantaa kokonaisvastuun hoidosta koko hoitoprosessin ajan. Työryhmän kaikki jäsenet osallistuvat lähtökohtaisesti yhdessä



5. Minua hoitava työryhmä on sovittanut käytetyt hoitomenetelmät minun ja läheisteni yksilöllisiin tarpeisiin.

1    2    3    4    5  
           

6. Minua hoitava työryhmä on sovittanut hoitosuhteeni ajallisen keston minun ja läheisteni tarpeisiin.

1    2    3    4    5  
           

7. Hoitokokoukseni on järjestetty sellaisissa paikoissa, jotka minä ja läheiseni olemme kokeneet turvallisiksi.

1    2    3    4    5  
           

8. Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon tarpeenmukaisuuden arviointiin liittyen?

## HOIDON POTILASTURVALLISUUS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon potilasturvallisuuden arvioimiseksi. Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että hoito toteutuu asianmukaisesti, eikä hoidosta aiheudu potilaalle tarpeetonta haittaa.

Väittämä numero 10. koskee antipsykoottisen lääkehoidon aloittamisen lykkäämistä akuutissa kriisissä, kunnes antipsykoottisen lääkehoidon mahdollinen todellinen tarve on selvitetty.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

1 = ei lainkaan käyttökelpoinen

- 2 = hieman käyttökelpoinen  
3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökelvoton  
4 = melko käyttökelpoinen

9. Jaetun ymmärryksen muodostaminen kriisitilanteesta kaikkiin hoitoon osallistuvien kesken on ollut hoidossani ensisijaista muihin hoitotoimenpiteisiin, kuten lääkehoidon aloittamiseen verrattuna.

1    2    3    4    5  
           

10. Minulle ei ole määrätty antipsykoottista lääkettä kahden ensimmäisen viikon aikana hoitoni aloittamisesta.

1    2    3    4    5  
           

11. Se työntekijä, johon otin itse tai läheiseni otti ensimmäisenä yhteyttä, otti vastuun hoitoni järjestämisestä.

1    2    3    4    5  
           

12. Minua hoitava työryhmä on järjestänyt tarvittaessa työntekijän kotiini tukemaan vakavassa kriisissä.

1    2    3    4    5  
           

13. Sama työryhmä on kantanut hoidostani kokonaisvastuun koko hoidon ajan, vaikka hoitopaikkani olisi välillä vaihtunut.

1    2    3    4    5  
           

14. Hoitoni alkaessa hoidostani kokonaisvastuun ottaneen työryhmän kokoonpano on pysynyt muuttumattomana tai lähes muuttumattomana

koko hoitoni ajan.

- 1    2    3    4    5

15. Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon potilasturvallisuuden arviointiin liittyen?

## HOIDON OIKEA-AIKAISUUS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon oikea-aikaisuuden arvioimiseksi. Oikea-aikaisuus tarkoittaa hoito annetaan hoidon tarpeen kannalta juuri oikeaan aikaan.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen  
2 = hieman käyttökelpoinen  
3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökelvoton  
4 = melko käyttökelpoinen

16. Hoitoni alkaessa minulle ja läheisilleni tarjottiin mahdollisuus hoitokokouksen pitämiseen minua hoitavan työryhmän kanssa 24 tunnin sisällä minun tai läheiseni ensimmäisestä yhteydenotosta.

- 1    2    3    4    5

17. Hoitokokouksia minua hoitavan työryhmän kanssa on järjestetty riittävän usein, tilanteen vaatiman tarpeen mukaan.

- 1    2    3    4    5

18. Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon oikea-aikaisuuden arviointiin

liittyen?

## HOIDON VERKOSTOKESKEISYYS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia kysymyksiä mielenterveyshoidon verkostokeskeisyyden arvioimiseksi. Verkostokeskeisyys tarkoittaa sitä, että hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa otetaan keskeisesti huomioon sekä potilas että tämän lähiverkosto.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen
- 2 = hieman käyttökelpoinen
- 3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökeltoton
- 4 = melko käyttökelpoinen

19. Hoitokokouksiin on otettu mukaan kaikki minulle tärkeät henkilöt, jos tämä on ollut mahdollista.

1    2    3    4    5  
           

20. Hoitokokouksissa käydyissä keskusteluissa on otettu huomioon minulle tärkeiden henkilöiden osallisuus kriisiini, vaikka nämä henkilöt eivät olisi itse olleet hoitokokouksissa paikalla.

1    2    3    4    5  
           

21. Hoitokokousten ensisijaisena tavoitteena on ollut tasavertaisen ja turvallisen vuorovaikutuksen ja keskustelun synnyttäminen.

1    2    3    4    5

22. Kaikki minua hoitaneen työryhmän jäsenet ovat osallistuneet tasavertaisen keskustelun synnyttämiseen ammattiroolistaan riippumatta.

1    2    3    4    5  
           

23. Minua hoitava työryhmä on keskustellut mahdollisista hoitoni liittyvistä erimielisyyksistään vain avoimesti minun ja läheisten läsnä ollessa.

1    2    3    4    5  
           

24. Minua hoitavan työryhmän jäsenet eivät ole määrittäneet ihmisten kokemuksia sairauden oireiksi, vaan kokemuksille on muodostettu hoitokokouksissa yhteisiä merkityksiä.

1    2    3    4    5  
           

25. Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon verkostokeskeisyyden arviointiin liittyen?

## HOIDON VAIKUTTAVUUS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon vaikuttavuuden arvioimiseksi. Vaikuttavuus tarkoittaa hoidolla aikaansaattua muutosta potilaan terveydentilassa, toimintakyvyssä tai elämänlaadussa.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen
- 2 = hieman käyttökelpoinen
- 3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökelvoton
- 4 = melko käyttökelpoinen

26. Hoito on parantanut tärkeiden ihmissuhteideni laatua.

1    2    3    4    5  
           

27. Hoito on parantanut työ- tai opiskelukykyäni.

1    2    3    4    5  
           

28. Hoito on parantanut kokonaisvaltaista elämänlaatuani.

1    2    3    4    5  
           

29. Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon vaikuttavuuden arviointiin liittyen?

## ARVIOSI KYSELYSTÄ

Tässä osiossa kysytään arviotasi koko kyselystä.

Kysymyksen 30. vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = täysin eri mieltä
- 2 = jokseenkin eri mieltä
- 3 = ei samaa eikä eri mieltä
- 4 = jokseenkin samaa mieltä
- 5 = täysin samaa mieltä

30. Väittämät olivat selkeitä ja helppoja ymmärtää

1    2    3    4    5

31. Mitkä kohdat kyselyssä mahdollisesti olivat epäselviä tai vaikeita ymmärtää?

32. Miten todennäköisesti arvioisit mielenterveyshoidon laadun parantuvan, jos kyselyn väittämät otettaisiin mielenterveyshoidon laadun arvioinnin mittapuuksi?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

En lainkaan todennäk

Erittäin todennäköise

33. Jäikö kyselystä puuttumaan jotakin oleellista? Mitä muuta haluaisit sanoa kyselyyn liittyen?

Kiitos osallistumisestasi opinnäytetutkimukseen! Voit vielä katsella tai muuttaa vastauksia palaamalla "edellinen" -painikkeella kyselyn aiempiin osioihin. Kun olet valmis palauttamaan lomakkeen, klikkaa "Lähetä".

## 9.3 Kyselylomake mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisille

# Kysely mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisille mielenterveyshoidon laadun arvioinnista

\* Pakollinen

Tietoa opinnäytetutkimuksesta

Tällä kyselylomakkeella kerätään aineistoa Tampereen yliopiston yhteiskuntatutkimuksen tutkinto-ohjelmassa tehtävään sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielmaan, jonka tarkoituksena on selvittää mielenterveyspalvelujen käyttäjien, heidän omaistensa sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden näkemyksiä mielenterveyshoidon laadun arvioinnista. Tämä kyselylomake on tarkoitettu mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisille. Vastaajien edellytetään olevan iältään vähintään 18-vuotiaita, ja muilta osin vastaamiskelpoisuuden kriteeriksi riittää vastaajan oma tulkinta kohderyhmään kuulumisesta. Kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu aikaa noin 15 minuuttia. Kysely on auki 19.5.2022-30.8.2022.

**Otathan huomioon, että kyselyssä ei arvioida nykyisten mielenterveyspalvelujen tai hoidon laatua, vaan laatuvaittämiä käyttökelpoisuutta mielenterveyspalvelujen laadun arviointiin.**

**Lue seuraavaksi esitettävät tietosuojailmoitus sekä suostumuslomake ennen kuin teet päätöksen mahdollisesta tutkimukseen osallistumisestasi.**

Tutkielman tekijä Tapio Gauffin vastaa aineiston käsittelyyn, tietosuojaan ja muihin opinnäytetutkielmaan liittyviin kysymyksiin sähköpostitse. Osoite: [tapio.gauffin@tuni.fi](mailto:tapio.gauffin@tuni.fi)

Opinnäytteen tietosuojailmoitus

EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679), art. 12-14



Mielenterveyshoidon laadun arviointin avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti: kyselytutkimus laatumittariston käyttökelpoisuudesta. Pro gradu -tutkielma.

**Päiväys:** 19.5.2022

**Rekisterinpitäjä:** Tapio Gauffin, [tapio.gauffin@tuni.fi](mailto:tapio.gauffin@tuni.fi)

**Ohjaaja:** Satu Ojala, Tampereen yliopisto, [satu.ojala@tuni.fi](mailto:satu.ojala@tuni.fi)

### **Kerättävien tietojen käsittelytarkoitus ja käsittelyperuste:**

Antamiasi tietoja käsitellään mielenterveyspalvelujen laadun arviointimittariston käyttökelpoisuutta mielenterveyspalveluja käyttävien, heidän omaistensa sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden näkökulmasta selvittävässä opinnäytetutkimuksessa. Mitään suoraa henkilötietoa ei kerätä eikä käsitellä tutkimuksessa. Kerättävät taustatiedot auttavat arvioimaan ja vertaamaan keskenään mielenterveyspalvelujen laadun arviointiin liittyviä näkemyksiä taustatietojen perusteella muodostetuissa alaryhmissä. Opinnäytteen lisäksi tuloksia voidaan raportoida asianmukaisissa tieteellisissä julkaisuissa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Henkilötietojen käsittelyperusteena on: suostumus. EU:n yleinen tietosuoja-asetus 6 artikla 1.a-kohta.

Koska mitään suoraa henkilötietoa ei kerätä, yksittäisen vastaajan antamia tietoja ei ole mahdollista jäljittää. Mikäli haluat tiedustella oikeudestasi suostumuksen perumiseen kyselylomakkeen lähettämisen jälkeen, ota yhteyttä opinnäytteen tekijään.

**Tietojen säilytysaika:** Tietojen tarkastamista varten aineistoa säilytetään viisi vuotta opinnäytteen valmistumisen jälkeen.

### **Rekisterin tietosisältö ja tietolähteet:**

- Mielenterveyspalvelujen käyttäjiltä kerätään vastaajilta taustatietoja iästä, sukupuolesta ja mielenterveyspalvelujen käytön ajallisesta kestosta. Mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisilta kysytään taustatietoja iästä, sukupuolesta, suhteesta omaiseen, johon liittyen kyselyyn vastataan. Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoilta kysytään taustatietoina ikää, sukupuolta, ammattiasemaa sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntemuksen tasoa.

- Kyselylomakkeella kerättävät tiedot, jotka koskevat näkemyksiä mielenterveyshoidon laadun arvioinnista.

Tiedot kerätään tutkittavilta itseltään.

**Tietojen käsittelijät:** Mitään tietoja ei luovuteta ulkopuolisille.

**Rekisterin suojauksen periaatteet:** Tiedostot, joissa aineistoa säilytetään, suojataan salasanalla. Digitaalinen aineisto suojataan käyttäjätunnuksella ja salasanalla tai kaksivaiheisella käyttäjän tunnistuksella (MFA).

**Rekisteröidyn oikeudet:** Koska mitään suoraa henkilötietoa ei kerätä, eikä kerättävistä tiedoista näin ollen ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä, mahdollisuuksia jäljittää antamiasi

Suostumuslomake

Tutkimuksen nimi:

Mielenterveyshoidon laadun arviointi avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti: kyselytutkimus laatumittariston käyttökelpoisuudesta. Pro gradu -tutkielma.

### **Suostumus tutkimukseen osallistumiseksi**

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun opinnäytetutkimukseen ja olen saanut kirjallista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä ja keskeyttää tutkimus syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisina

1. Annan suostumukseni tutkimukseen \*

Kyllä

### VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

2. Ikä

18-24 vuotta

25-31 vuotta

32-38 vuotta

39-45 vuotta

46-52 vuotta

53-59 vuotta

- 60-66 vuotta
- 67-73 vuotta
- 74 vuotta tai enemmän
- En halua kertoa

### 3. Sukupuoli

- Mies
- Nainen
- Muu
- En halua kertoa

### 4. Suhteesi omaiseesi

- Olen läheiseni äiti
- Olen läheiseni isä
- Olen läheiseni sisar
- Olen läheiseni puoliso
- En halua kertoa
- Muu

## HOIDON TARPEENMUKAISUUS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon tarpeenmukaisuuden arvioimiseksi. Tarpeenmukaisuus tarkoittaa sitä, että hoito vastaa juuri siihen

ainutkertaiseen tarpeeseen, joka potilaalla ja tämän läheisillä on.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen
- 2 = hieman käyttökelpoinen
- 3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökelvoton
- 4 = melko käyttökelpoinen
- 5 = erittäin käyttökelpoinen

**Mielenterveyshoito** sisältää kyselyssä kaikki ne palvelut, joita palvelutarpeen aiheuttavassa mielenterveysongelmassa tai hankalassa elämäntilanteessa otetaan käyttöön.

**Laatu** viittaa mielenterveyshoidon toivottuihin ominaisuuksiin. Jokaisen sivun yläreunassa selitetään, mitä eri laatu-ulottuvuuksilla tarkoitetaan. Jokainen laatuväittäjä on suunniteltu kuvaamaan toivottua asiointilaa.

**Käyttökelpoisuus** viittaa siihen, miten merkityksellisenä ja tärkeänä pidät kutakin väittämää mielenterveyspalvelujen laadun arvioinnin mittapuuna.

**Työryhmä** tarkoittaa kyselyssä moniammatillista, potilaan ja tämän läheisten kanssa aktiivisesti keskustelua edistävää tiimiä, joka kantaa kokonaisvastuun hoidosta koko hoitoprosessin ajan.

5. Omaistani hoitava työryhmä on sovittanut käytetyt hoitomenetelmät omaiseni ja hänen läheistensä yksilöllisiin tarpeisiin.

- 1      2      3      4      5

6. Omaistani hoitava työryhmä on sovittanut hoitosuhteen ajallisen keston omaiseni ja hänen läheistensä tarpeisiin.

- 1      2      3      4      5

7. Omaiseni hoitokokoukset on järjestetty sellaisissa paikoissa, jotka omaiseni ja hänen läheisensä ovat kokeneet turvallisiksi.

- 1      2      3      4      5

8. Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon tarpeenmukaisuuden arviointiin liittyen?

## HOIDON POTILASTURVALLISUUS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon potilasturvallisuuden arvioimiseksi. Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että hoito toteutuu asianmukaisesti, eikä hoidosta aiheudu potilaalle tarpeetonta haittaa.

Väittämä numero 10. koskee antipsykoottisen lääkehoidon aloittamisen lykkäämistä akuutissa kriisissä, kunnes antipsykoottisen lääkehoidon mahdollinen todellinen tarve on selvitetty.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen
- 2 = hieman käyttökelpoinen
- 3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökeltoton
- 4 = melko käyttökelpoinen

9. Jaetun ymmärryksen muodostaminen kriisitilanteesta kaikkiin hoitoon osallistuvien kesken on ollut omaiseni hoidossa ensisijaista muihin hoitotoimenpiteisiin, kuten lääkehoidon aloittamiseen verrattuna.

- 1      2      3      4      5
- 

10. Omaiselleni ei ole määrätty antipsykoottista lääkehoitoa kahden ensimmäisen viikon aikana hoidon aloittamisesta.

- 1      2      3      4      5
-

11. Se työntekijä, johon omaiseni tai hänen läheisensä ensimmäisenä otti yhteyttä, otti vastuun omaiseni hoidon järjestämisestä.

1      2      3      4      5  
           

12. Omaistani hoitava työryhmä on järjestänyt tarvittaessa työntekijän omaiseni kotiin tukemaan vakavassa kriisissä.

1      2      3      4      5  
           

13. Sama työryhmä on kantanut omaiseni hoidosta kokonaisvastuun koko hoidon ajan, vaikka hoitopaikka olisi välillä vaihtunut.

1      2      3      4      5  
           

14. Omaiseni hoidon alkaessa kokonaisvastuun hoidosta ottaneen työryhmän kokoonpano on pysynyt muuttumattomana tai lähes muuttumattomana koko omaiseni hoidon ajan.

1      2      3      4      5  
           

15. Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon potilasturvallisuuden arviointiin liittyen?

## HOIDON OIKEA-AIKAISUUS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon oikea-aikaisuuden arvioimiseksi. Oikea-aikaisuus tarkoittaa sitä, että hoito annetaan hoidon tarpeen kannalta juuri oikeaan aikaan.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen
- 2 = hieman käyttökelpoinen
- 3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökelvoton
- 4 = melko käyttökelpoinen

16. Omaiseni hoidon alkaessa hänelle ja hänen läheisilleni tarjottiin mahdollisuus hoitokokouksen pitämiseen hoidosta vastaavan työryhmän kanssa 24 tunnin sisällä omaiseni tai hänen läheisensä ensimmäisestä yhteydenotosta.

1      2      3      4      5  
           

17. Hoitokokouksia on järjestetty riittävän usein, tilanteen vaatiman tarpeen mukaan.

1      2      3      4      5  
           

18. Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon oikea-aikaisuuden arviointiin liittyen?

## HOIDON VERKOSTOKESKEISYYS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon verkostokeskeisyyden arvioimiseksi. Verkostokeskeisyys tarkoittaa sitä, että hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa otetaan keskeisesti huomioon sekä potilas että tämän lähiverkosto.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen
- 2 = hieman käyttökelpoinen
- 3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökelvoton
- 4 = melko käyttökelpoinen
- 5 = erittäin käyttökelpoinen

19. Hoitokokouksiin on otettu mukaan kaikki omaiselleni tärkeät henkilöt, jos tämä on ollut mahdollista.

1      2      3      4      5  
           

20. Hoitokokouksissa käydyissä keskusteluissa on otettu huomioon omaiselleni tärkeiden henkilöiden osallisuus kriisiin, vaikka nämä henkilöt eivät olisi itse olleet hoitokokouksissa paikalla.

1      2      3      4      5  
           

21. Hoitokokousten ensisijaisena tavoitteena on ollut tasavertaisen ja turvallisen vuorovaikutuksen ja keskustelun synnyttäminen.

1      2      3      4      5  
           

22. Kaikki omaistani hoitaneen työryhmän jäsenet ovat osallistuneet tasavertaisen keskustelun synnyttämiseen ammattiroolistaan riippumatta.

1      2      3      4      5  
           

23. Omaistani hoitava työryhmä on keskustellut mahdollisista hoitoon



liittyvistä erimielisyyksistään vain avoimesti omaiseni ja hänen läheistensä läsnä ollessa.

1 2 3 4 5

24. Omaistani hoitavan työryhmän jäsenet eivät ole määrittäneet ihmisten kokemuksia sairauden oireiksi, vaan kokemuksille on muodostettu hoitokokouksissa yhteisiä merkityksiä.

1 2 3 4 5

25. Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon verkostokeskeisyyden arviointiin liittyen?

## HOIDON VAIKUTTAVUUS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon vaikuttavuuden arvioimiseksi. Vaikuttavuus tarkoittaa hoidolla aikaansaattua muutosta potilaan terveydentilassa, toimintakyvyssä tai elämänlaadussa.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen
- 2 = hieman käyttökelpoinen
- 3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökeltoton
- 4 = melko käyttökelpoinen
- 5 = täysin käyttökelpoinen

26. Hoito on parantanut omaiseni tärkeiden ihmissuhteiden laatua.

1 2 3 4 5

27. Hoito on parantanut omaiseni työ- tai opiskelukykyä.

1    2    3    4    5  
           

28. Hoito on parantanut omaiseni kokonaisvaltaista elämänlaatua.

1    2    3    4    5  
           

29. Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon vaikuttavuuden arviointiin liittyen?

## ARVIOSI KYSELYSTÄ

Tässä osiossa kysytään arviotasi koko kyselystä.

Kysymyksen 30. vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = täysin eri mieltä
- 2 = jokseenkin eri mieltä
- 3 = ei samaa eikä eri mieltä
- 4 = jokseenkin samaa mieltä
- 5 = täysin samaa mieltä

30. Väittämät olivat selkeitä ja helppoja ymmärtää.

1    2    3    4    5

31. Mitkä kohdat kyselyssä mahdollisesti olivat epäselviä tai vaikeita ymmärtää?

32. Miten todennäköisesti arvioisit mielenterveyshoidon laadun parantuvan, jos kyselyn väittämät otettaisiin mielenterveyshoidon laadun arvioinnin mittapuuksi?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

En lainkaan todennäköisesti

Erittäin todennäköisesti

33. Jäikö kyselystä puuttumaan jotakin oleellista? Mitä muuta haluaisit sanoa kyselyyn liittyen?

Kiitos osallistumisestasi opinnäytetutkimukseen! Voit vielä katsella tai muuttaa vastauksia palaamalla "edellinen" -painikkeella kyselyn aiempiin osioihin. Kun olet valmis palauttamaan lomakkeen, klikkaa "Lähetä".

## 9.4 Kyselylomake avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoille

### **Kysely avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoille mielenterveyshoidon laadun arvioinnista**

\* Pakollinen

#### **Tietoa opinnäytetutkimuksesta**

Tällä kyselylomakkeella kerätään aineistoa Tampereen yliopiston yhteiskuntatutkimuksen tutkinto-ohjelmassa tehtävään sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielmaan, jonka tarkoituksena on selvittää mielenterveyspalvelujen käyttäjien, heidän omaistensa sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden näkemyksiä mielenterveyshoidon laadun arvioinnista. Tämä kyselylomake on tarkoitettu avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoille. Vastaajien edellytetään olevan iältään vähintään 18-vuotiaita, ja muilta osin vastaamiskelpoisuuden kriteeriksi riittää vastaajan oma tulkinta kohderyhmään kuulumisesta. Kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu aikaa noin 15 minuuttia. Kysely on auki 19.5.2022-30.8.2022.

Otathan huomioon, että kyselyssä ei arvioida nykyisten mielenterveyspalvelujen tai hoidon laatua, vaan laatuvaittamien käyttökelpoisuutta mielenterveyspalvelujen laadun arviointiin.

**Lue seuraavaksi esitettävät tietosuojailmoitus sekä suostumuslomake ennen kuin teet päätöksen mahdollisesta tutkimukseen osallistumisestasi.**

Tutkielman tekijä Tapio Gauffin vastaa aineiston käsittelyyn, tietosuojaan ja muihin opinnäytetutkielmaan liittyviin kysymyksiin sähköpostitse. Osoite: [tapio.gauffin@tuni.fi](mailto:tapio.gauffin@tuni.fi)

#### **Opinnäytteen tietosuojailmoitus**

EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679),

Mielenterveyshoidon laadun arviointi avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti: kyselytutkimus laatumittariston käyttökelpoisuudesta. Pro gradu -tutkielma.

**Päiväys:** 19.5.2022

**Rekisterinpitäjä:** Tapio Gauffin, [tapio.gauffin@tuni.fi](mailto:tapio.gauffin@tuni.fi)

**Ohjaaja:** Satu Ojala, Tampereen yliopisto, [satu.ojala@tuni.fi](mailto:satu.ojala@tuni.fi)

### **Kerättävien tietojen käsittelytarkoitus ja käsittelyperuste:**

Antamiasi tietoja käsitellään mielenterveyspalvelujen laadun arviointimittariston käyttökelpoisuutta mielenterveyspalveluja käyttävien, heidän omaistensa sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoiden näkökulmasta selvittävässä opinnäytetutkimuksessa. Mitään suoraa henkilötietoa ei kerätä eikä käsitellä tutkimuksessa. Kerättävät taustatiedot auttavat arvioimaan ja vertaamaan keskenään mielenterveyspalvelujen laadun arviointiin liittyviä näkemyksiä taustatietojen perusteella muodostetuissa alaryhmissä. Opinnäytteen lisäksi tuloksia voidaan raportoida asianmukaisissa tieteellisissä julkaisuissa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Henkilötietojen käsittelyperusteena on: suostumus. EU:n yleinen tietosuoja-asetus 6 artikla 1.a-kohta.

Koska mitään suoraa henkilötietoa ei kerätä, yksittäisen vastaajan antamia tietoja ei ole mahdollista jäljittää. Mikäli haluat tiedustella oikeudestasi suostumuksen perumiseen kyselylomakkeen lähettämisen jälkeen, ota yhteyttä opinnäytteen tekijään.

**Tietojen säilytysaika:** Tietojen tarkastamista varten aineistoa säilytetään viisi vuotta opinnäytteen valmistumisen jälkeen.

### **Rekisterin tietosisältö ja tietolähteet:**

- Mielenterveyspalvelujen käyttäjiltä kerätään vastaajilta taustatietoja iästä, sukupuolesta, ja mielenterveyspalvelujen käytön ajallisesta kestosta. Mielenterveyspalvelujen käyttäjien omaisilta kysytään taustatietoja iästä, sukupuolesta sekä suhteesta läheiseen, johon liittyen kyselyyn vastataan. Avoimen dialogin hoitomallin asiantuntijoilta kysytään taustatietoina ikää, sukupuolta, ammattiasemaa sekä avoimen dialogin hoitomallin asiantuntemuksen tasoa.

- Kyselylomakkeella kerättävät tiedot, jotka koskevat näkemyksiä mielenterveyshoidon laadun arvioinnista.

Tiedot kerätään tutkittavilta itseltään.

**Tietojen käsittelijät:** Mitään tietoja ei luovuteta ulkopuolisille.

**Rekisterin suojauksen periaatteet:** Tiedostot, joissa aineistoa säilytetään, suojataan salasanalla. Digitaalinen aineisto suojataan käyttäjätunnuksella ja salasanalla tai kaksivaiheisella käyttäjän tunnistuksella (MFA).

**Rekisteröidyn oikeudet:** Koska mitään suoraa henkilötietoa ei kerätä, eikä kerättävistä tiedoista näin ollen ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä, mahdollisuuksia jäljittää antamiasi

## Suostumuslomake

Tutkimuksen nimi:

Mielenterveyshoidon laadun arviointi avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti: kyselytutkimus laatumittariston käyttökelpoisuudesta. Pro gradu -tutkielma.

## Suostumus tutkimukseen osallistumiseksi

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun opinnäytetutkimukseen ja olen saanut kirjallista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä ja keskeyttää tutkimus syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisina.

### 1. Annan suostumukseni tutkimukseen \*

Kyllä

## VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

Tässä osiossa sinulta kysytään taustatietojasi. Valitse sopivin vaihtoehto. Kysymyksessä 4. voit valita useita vaihtoehtoja.

### 2. Ikä

18-24 vuotta

25-31 vuotta

32-38 vuotta

39-45 vuotta

46-52 vuotta

- 53-59 vuotta
- 60-66 vuotta
- 67-73 vuotta
- 74 vuotta tai enemmän
- En halua kertoa

### 3. Sukupuoli

- Mies
- Nainen
- Muu
- En halua kertoa

### 4 Ammattiasema

- Psykiatrian erikoislääkäri
- Psykologi
- Sairaanhoidtaja
- Sosiaalityöntekijä
- Perheterapeutti
- Muu psykoterapeutti
- Tutkija
- Muu



## 5 Miten kuvailisit avoimen dialogin hoitomallin tuntemustasi

### HOIDON TARPEENMUKAISUUS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon tarpeenmukaisuuden arvioimiseksi. Tarpeenmukaisuus tarkoittaa sitä, että hoito vastaa juuri siihen ainutkertaiseen tarpeeseen, joka potilaalla ja tämän läheisillä on.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen
- 2 = hieman käyttökelpoinen
- 3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökelvoton
- 4 = melko käyttökelpoinen
- 5 = erittäin käyttökelpoinen

**Mielenterveyshoito** sisältää kyselyssä kaikki ne palvelut, joita palvelutarpeen aiheuttavassa mielenterveysongelmassa tai hankalassa elämäntilanteessa otetaan käyttöön.

**Laatu** viittaa mielenterveyshoidon toivottuihin ominaisuuksiin. Jokaisen sivun yläreunassa selitetään, mitä eri laatu-ulottuvuuksilla tarkoitetaan. Jokainen laatuväittäjä on suunniteltu kuvaamaan toivottua asiointilaa.

**Käyttökelpoisuus** viittaa siihen, miten merkityksellisenä ja tärkeänä pidät kutakin väittämää mielenterveyspalvelujen laadun arvioinnin mittapuuna.

**Työryhmä** tarkoittaa kyselyssä moniammatillista, potilaan ja tämän läheisten kanssa aktiivisesti keskustelua edistävää tiimiä, joka kantaa kokonaisvastuun hoidosta koko hoitoprosessin ajan. Työryhmän kaikki jäsenet osallistuvat lähtökohtaisesti yhdessä hoitokokouksiin. Työryhmän

## 6. Työryhmä on sovittanut käytetyt hoitomenetelmät potilaan ja hänen läheistensä yksilöllisiin tarpeisiin.

- 1      2      3      4      5
-

7. Työryhmä on sovittanut hoitosuhteen ajallisen keston potilaan ja hänen läheistensä tarpeisiin.

1    2    3    4    5  
           

8. Hoitokokoukset on järjestetty sellaisissa paikoissa, jotka potilas ja hänen läheisensä ovat kokeneet turvallisiksi.

1    2    3    4    5  
           

9 Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon tarpeenmukaisuuden arviointiin liittyen?

## HOIDON POTILASTURVALLISUUS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon potilasturvallisuuden arvioimiseksi. Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että hoito toteutuu asianmukaisesti, eikä hoidosta aiheudu potilaalle tarpeetonta haittaa.

Väittämä numero 11. koskee antipsykoottisen lääkehoidon aloittamisen lykkäämistä akuutissa kriisissä, kunnes antipsykoottisen lääkehoidon mahdollinen todellinen tarve on selvitetty.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen
- 2 = hieman käyttökelpoinen
- 3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökelvoton
- 4 = melko käyttökelpoinen
- 5 = erittäin käyttökelpoinen

10 Jaetun ymmärryksen muodostaminen kriisitilanteesta kaikkiin hoitoon osallistuvien kesken on ollut potilaan hoidossa ensisijaista muihin

hoitotoimenpiteisiin, kuten lääkehoidon aloittamiseen verrattuna.

1 2 3 4 5

11 Potilaalle ei ole määrätty antipsykoottista lääkehoitoa kahden ensimmäisen viikon aikana hoidon aloittamisesta.

1 2 3 4 5

12 Se työntekijä, johon potilas tai hänen läheisensä otti ensimmäisenä yhteyttä, otti vastuun hoidon järjestämisestä.

1 2 3 4 5

13 Työryhmä on järjestänyt tarvittaessa työntekijän potilaan kotiin tukemaan vakavassa kriisissä.

1 2 3 4 5

14 Sama työryhmä on kantanut potilaan hoidosta kokonaisvastuun koko hoidon ajan, vaikka hoitopaikka olisi välillä vaihtunut.

1 2 3 4 5

15 Potilaan hoidon alkaessa kokonaisvastuun hoidosta ottaneen työryhmän kokoonpano on pysynyt muuttumattomana tai lähes muuttumattomana koko hoidon ajan.

1 2 3 4 5

16 Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon potilasturvallisuuden arviointiin liittyen?

#### HOIDON OIKEA-AIKAISUUS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon oikea-aikaisuuden arvioimiseksi. Oikea-aikaisuus tarkoittaa sitä, että hoito annetaan hoidon tarpeen kannalta juuri oikeaan aikaan.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen
- 2 = hieman käyttökelpoinen
- 3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökeltoton
- 4 = melko käyttökelpoinen
- 5 = erittäin käyttökelpoinen

17. Hoidon alkaessa potilaalle ja hänen läheisilleen on tarjottu mahdollisuus hoitokokouksen pitämiseen työryhmän kanssa 24 tunnin sisällä potilaan tai hänen läheisensä ensimmäisestä yhteydenotosta.

- 1      2      3      4      5
- 

18 Työryhmä on järjestänyt hoitokokouksia potilaan ja hänen läheistensä kanssa riittävän usein, tilanteen vaatiman tarpeen mukaan.

- 1   2   3      4      5
- 

19 Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon oikea-aikaisuuden arviointiin

liittyen?

## HOIDON VERKOSTOKESKEISYYS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon potilasturvallisuuden arvioimiseksi. Verkostokeskeisyys tarkoittaa sitä, että hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa otetaan keskeisesti huomioon sekä potilas että tämän lähiverkosto.

Vastausvaihtoehtojen selitteet:

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen
- 2 = hieman käyttökelpoinen
- 3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökelvoton
- 4 = melko käyttökelpoinen
- 6 = erittäin käyttökelpoinen

20 Hoitokokouksiin on otettu mukaan kaikki potilaalle tärkeät henkilöt, jos tämä on ollut mahdollista.

1   2   3   4   5

21 Hoitokokouksissa käydyissä keskusteluissa on otettu huomioon potilaalle tärkeiden henkilöiden osallisuus kriisiin, vaikka nämä henkilöt eivät olisi itse olleet hoitokokouksissa paikalla.

1   2   3   4   5

22 Hoitokokousten ensisijaisena tavoitteena on ollut tasavertaisen ja turvallisen vuorovaikutuksen ja keskustelun synnyttäminen.

1   2   3   4   5



23 Kaikki työryhmän jäsenet ovat osallistuneet tasavertaisen keskustelun synnyttämiseen ammattiroolistaan riippumatta.

1 2 3 4 5

24 Työryhmä on keskustellut mahdollisista hoitoon liittyvistä erimielisyyksistään vain avoimesti potilaan ja hänen läheistensä läsnä ollessa.

1 2 3 4 5

25 Työryhmän jäsenet eivät ole määrittäneet ihmisten kokemuksia sairauden oireiksi, vaan kokemuksille on muodostettu hoitokokouksissa yhteisiä merkityksiä.

1 2 3 4 5

26 Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon verkostokeskeisyyden arviointiin liittyen?

### HOIDON VAIKUTTAVUUS

Vastaa, miten käyttökelpoisina pidät seuraavia väittämiä mielenterveyshoidon vaikuttavuuden arvioimiseksi. Vaikuttavuus tarkoittaa hoidolla aikaansaattua muutosta potilaan terveydentilassa, toimintakyvyssä tai elämänlaadussa.

- 1 = ei lainkaan käyttökelpoinen  
2 = hieman käyttökelpoinen  
3 = ei käyttökelpoinen eikä käyttökelvoton  
4 = melko käyttökelpoinen

27. Hoito on parantanut potilaalle tärkeiden ihmissuhteiden laatua.

1      2      3      4      5  
           

28. Hoito on parantanut potilaan työ- tai opiskelukykyä.

1      2      3      4      5  
           

29. Hoito on parantanut potilaan kokonaisvaltaista elämänlaatua.

1      2      3      4      5  
           

30. Mitä haluaisit sanoa mielenterveyshoidon vaikuttavuuden arviointiin liittyen?

### ARVIOSI KYSELYSTÄ

Tässä osiossa kysytään arviotasi koko kyselystä.

Kysymyksen 31. vastausvaihtoehtojen selitteet:

1 = täysin eri mieltä

2 = jokseenkin eri mieltä

3 = ei samaa eikä eri mieltä

4 = melko samaa mieltä

5 = täysin samaa mieltä

31. Väittämät olivat selkeitä ja helppoja ymmärtää.

1     2     3     4     5

32. Mitkä kohdat kyselyssä mahdollisesti olivat epäselviä tai vaikeita ymmärtää?

33. Miten todennäköisesti arvioisit mielenterveyshoidon laadun parantuvan, jos kyselyn väittämät otettaisiin mielenterveyshoidon laadun arvioinnin mittapuuksi?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

En lainkaan todennäköisesti

Erittäin todennäköisesti

34. Jäikö kyselystä puuttumaan jotakin oleellista? Mitä muuta haluaisit sanoa kyselyyn liittyen?



Kiitos osallistumisestasi opinnäytetutkimukseen! Voit vielä katsella tai muuttaa vastauksia palaamalla "edellinen"

-painikkeella kyselyn aiempiin osioihin. Kun olet valmis palauttamaan lomakkeen, klikkaa "Lähetä".

## 9.5 Tilastollisen testaamisen tulosteet

Sivujen 57-58 testeihin liittyvät tulosteet:

### KMO-testi ja Bartlettin testi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,939
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2196,202
	df	190
	Sig.	,000

### Faktorianalyysi: selitetty varianssi

Factor	Total	Initial Eigenvalues		Extraction Sums of Squared Loadings		
		% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
<b>1</b>	<b>13,091</b>	<b>65,454</b>	<b>65,454</b>	<b>12,882</b>	<b>64,411</b>	<b>64,411</b>
2	1,273	6,367	71,821			
3	,919	4,595	76,416			
4	,678	3,391	79,807			
5	,606	3,028	82,835			
6	,454	2,270	85,106			
7	,431	2,156	87,261			
8	,411	2,055	89,316			
9	,333	1,665	90,981			
10	,304	1,521	92,503			
11	,265	1,326	93,828			
12	,240	1,202	95,030			
13	,206	1,028	96,058			
14	,163	,815	96,873			
15	,150	,750	97,623			
16	,129	,647	98,270			
17	,118	,589	98,859			
18	,095	,474	99,333			
19	,078	,388	99,720			
20	,056	,280	100,000			

Extraction Method: Generalized Least Squares.