



## Mitä mielenterveysongelmat ovat ja mikä mielenterveyshoidossa auttaa? Kokemuksia Länsi-Pohjan psykiatrian kyselytutkimuksen pilotoinnista

Psykiatriassa on alettu korostaa sellaisten osallistavien tutkimus- ja hoitostrategioiden merkitystä, joilla pyritään huomioimaan mielenterveyspalveluita käyttävien ja heidän läheistensä yksilöllinen avuntarve. Eräs esimerkki on Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin (LPSHP) alueella kehitetty avoimen dialogin hoitomalli, jolla on saavutettu lupaavia hoitotuloksia. On kuitenkin epäselvää, miten malli on juurtunut LPSHP:n psykiatrian palvelujärjestelmään kehityshankkeiden jälkeen. Lisätietoa tarvitaan myös siitä, miten sekä työntekijät että asiakkaat itse näkevät erilaiset hoitokäytännöt ja sen, mistä psykiatrisen hoidon tarve lähtökohtaisesti johtuu. Näihin kysymyksiin pyrimme vastamaan LPSHP:n psykiatrian kyselytutkimuksella, jonka yhtenä tavoitteena on mielenterveyspalveluiden välitön kehittäminen osallistavan tutkimusasetelman keinoin. Kyselyssä työntekijöiltä ja asiakkailta kysytään strukturoidulla kyselylomakkeella, mistä he ajattelevat palvelutarpeen johtuvan ja mitkä asiat ovat hoidossa auttaneet tai voisivat auttaa. Tässä tutkimuksessa raportoidaan kokemuksia kyselytutkimuksen pilotoinnista, joka toteutettiin Keroputaan sairaalan aikuispsykiatrian poliklinikalla. Pilottiin osallistui 12 asiakasta ja 11 työntekijää. Työntekijät kokivat kyselyn läpikäymisen asiakkaiden kanssa hoidonarvioinnisena tilanteena, joka sopi hyvin arjen mielenterveystyöhön. Joissakin tilanteissa kyselyn koettiin kuitenkin vievän liikaa aikaa. Asiakkaat kokivat kyselyn mielekkäänä, eikä negatiivista palautetta tai haittatapahtumia raportoitu. Sekä työntekijät että asiakkaat katsoivat asiakkaiden palvelutarpeen johtuvan pääasiassa sosiaalisista tekijöistä. Dialogisen hoitokäytännön mukaisesti työntekijät korostivat tarpeenmukaista, kotiin vietävää ja sekä läheisiä että muita viranomaisia osallistavaa hoitokäytäntöä. Asiakkaat korostivat hoitotapaamisten merkitystä ja sitä, että samat tutut työntekijät jatkavat hoidossa mukana. Merkittäviä näkemyseroja ei ilmennyt. Pilotin perusteella työntekijöitä ja asiakkaita osallistava kyselytutkimus on mahdollista toteuttaa osana arjen psykiatrista hoitoa. Tällainen tutkimusasetelma voi itsessään olla hoidollisesti merkityksellinen, ja se tuottaa välitöntä tietoa psykiatrisen hoidon tueksi.

**ASIASANAT:** avoimen dialogin malli, mielenterveystyö, palvelujärjestelmä, asiakaslähtöisyys, osallisuus

**TOMI BERGSTRÖM, PÄIVI VAHTOLA, MARIKA BIRO, TIMO HAARANIEMI, TEIJA HIETASAARI, KRISTIINA JUSSILA, MARIANNE KARTTUNEN, AINO-ELINA KERÄNEN, MIA KURTTI, PÄIVI KÖNGÄS-SAVIARO, ELINA LÖHÖNEN, MIA MARTTINEN, HANNELE MÄKIOLLITERVO, PATRIK NIKANNE, SUSANNA ONKALO, HELJÄ PITKÄNEN, TIINA PUOTINIEMI, KATJA RAUDASKOSKI, ROOSA TEPPOLA, MINNA TARKKA, JYRI J. TASKILA, RITVA VAKKURI, KARI VALTANEN, VILHELMIINA YRJÄNHEIKKI, JOUNI PETÄJÄNIEMI**

## YDINASIAAT

- Avoimen dialogin hoitomallilla on saatu lupaavia mielenterveyshoitotuloksia Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä, mutta on epäselvää, miten työntekijät ja asiakkaat kokevat hoitomallin ja sen, mikä psykiatrisessa hoidossa lähtökohtaisesti auttaa.
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian poliklinikan työntekijät ja asiakkaat osallistavassa kyselyssä mielenterveysongelmien katsottiin johtuvan pääasiassa elämäntilanteeseen ja -tapahtumiin liittyvistä sosiaalisista tekijöistä.
- Hoidossa tärkeimpänä nähtiin tarpeenmukaisuus ja hoitokontaktin jatkuvuus.
- Osallistavan tutkimuksen avulla voidaan kehittää yksilöllisempiä ja tarpeenmukaisempia mielenterveyspalveluita

## JOHDANTO

Näyttöön perustuvan psykiatrian tavoitteena on ollut tuottaa ryhmätasolla yleistettävää tietoa hoidon ja päätöksenteon tueksi. Satunnaistetuilla kontrolloiduilla kokeilla katsotaan saavutettavan parhaan näytön interventiomien vaikutavuudesta. Huomiota on kiinnitetty ensisijaisesti havaittavaan oirekuvaan ja siinä tapahtuviin muutoksiin. Usein psykiatrisia oireita pystytäänkin tehokkaasti lievittämään sekä lääkkeellisin että psykoterapeuttisin menetelmin. (1.)

Vaikka näyttöön perustuva psykiatria on yhdenmukaistanut psykiatrian hoitokäytäntöjä ja parantanut näiden toistettavuutta, on vähemmälle huomiolle jäänyt potilaiden pidemmän ajan sosiaalinen selviytyminen, toimijuus ja muut sellaiset tekijät, joiden mittaaminen ei kunnolla onnistu satunnaistetuilla koeasetelmilla (1). Etenkin vaikeimpien mielenterveysongelmien pitkän aikavälin hoitotulos jää useilla osa-alueilla epätydyttäväksi (2-4), eikä tässä ole tapahtunut merkittävää kehitystä vuosikymmeniin (2). Myös mielenterveyseläköitymisten määrä on viimeisen kymmenen vuoden aikana kasvanut merkittävästi (5), eikä palvelujärjestelmä ole kyennyt kunnolla vastaamaan ihmisten avuntarpeeseen (6).

Viime aikoina psykiatrian alan johtavissa julkaisuissa on esitetty, että näyttöön perustuvan lääketieteen mekaaninen seuraaminen voi toisinaan viedä liikaa huomiota potilaiden ja heidän omaistensa todellisista tarpeista, kapeuttaen sa-

malla psykiatrian hoito- ja tutkimuskäytäntöjä (1,7). Näyttöön perustuvan käytännön seuraaminen edellyttääkin, että niin hoitomenetelmät, potilasryhmät kuin vaikuttavuuden mittaritkin ovat etukäteen tarkkaan määriteltyjä ja toistettavissa (1). Vaikka kontrolloiduilla kokeilla saataisiin näin selvitettyä kausaalisuhteita, ei tieto välttämättä ole yleistettävissä todelliseen elämään (8) etenkin psykiatriassa, jossa ilmiöt ovat lähtökohtaisesti monitulkintaisia ja riippuvaisia sekä subjektiivisesta kokemuksesta että sosiaalisesta kontekstista (9,10). Onkin mahdollista, että palvelujärjestelmässä suositaan tällä hetkellä pääasiassa strukturoituja interventiomien menetelmiä, jotka ovat tutkittavissa tietyin keinoin, mutta jotka eivät kunnolla auta ihmisiä ratkaisemaan niitä monimutkaisia elämänongelmia, joita mielenterveyspalveluissa kohdataan (9). Tämän lisäksi kokeellisissa tutkimusasetelmissa toimivaksi todettujen hoito- ja arviointimenetelmien siirtäminen palvelujärjestelmään on osoittautunut monella tapaa haastavaksi (6,11).

Eräänä ratkaisuna on ehdotettu pienempiä yksiköitä, jotka pyrkivät joustavammin ja yli organisaatiorajojen vastamaan ihmisten sen hetkisiin elämänongelmiin, ja joita jatkuvasti kehitettäisiin arjen työhön integroitavan toimintatutkimuksen avulla (1). Kirjallisuudessa yhtenä esimerkkinä on käytetty Suomessa 1970- ja 1980-luvuilla kehitettyä tarpeenmukaisen hoidon mallia, jossa etenkin skitsofreniaryhmän psykoosien yksilöllisempää hoitoa kehitettiin palvelujärjestelmää systemaattisesti tutkimalla ja sekä työntekijöitä että potilaita ja heidän läheisiään aktiivisesti tutkimus- ja kehitystyöhön osallistamalla (9).

1990-luvulla tarpeenmukaisen hoitokäytännön kehitystyötä jatkettiin erityisesti Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella, jossa raportoitiin lupaavia tuloksia psykoosin hoidosta (12,13). Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin tutkimus- ja kehitystyön pohjalta muotoiltua Avoimen dialogin hoitomallia (taulukko 1) implementoidaan tällä hetkellä useissa eri tutkimuskeskuksissa ympäri maailman, ja alustavat tulokset hoitomallin vaikuttavuudesta ovat olleet lupaavia (14-18). Etenkin pitkäaikaistutkimuksissa hoitokäytäntö on ollut standardihoitoon verrattuna ja diagnoosista riippumatta yhteydessä vähentyneeseen palvelujen käyttöasteeseen ja parempaan sosiaaliseen toimintakykyyn (13-15).

Taulukko 1. Avoimen dialogin hoitomallin seitsemän periaatetta

<p><b>1. Välitön apu kriisissä</b>                  Psykiatrialla on oma ympärivuorokautinen päivystys ja tarvittaessa ensitapaaminen voidaan järjestää 24h sisällä yhteydenotosta. Lähetteitä ei tarvita ja kaikkiin yhteydenottoihin vastataan. Välitön reagointi kriisiin auttaa ymmärtämään mistä ihmisten hädässä on lähtökohtaisesti kyse, miten voitaisiin auttaa ja miten ihmisten ja heidän sosiaalisen verkostonsa omat voimavarat saataisiin välittömästi käyttöön.</p>
<p><b>2. Sosiaalisen verkoston huomiointi</b>                  Mielenterveysongelmat nähdään mallissa enemmän yhteisön kuin yksilön ongelmina, jonka vuoksi tapaamisille kutsutaan ensikontaktista alkaen kaikki, joita hankala tilanne koskettaa. Asiakkaat, perheet ja muut sosiaaliset verkostot nähdään yhteistyökumppaneina, joiden kanssa voidaan rakentaa jaettua ymmärrystä sen hetkisestä tilanteesta.</p>
<p><b>3. Joustavuus ja liikkuvuus</b>                  Hoidossa korostetaan tarpeenmukaista ja yksilöllistä lähestymistapaa. Tapaamisia voidaan järjestää tarvittaessa päivittäin siellä, missä asianomaiset itse toivovat niitä järjestettävän. Kun tilanne on rauhoittunut ja jaettua ymmärrystä on saatu avoimessa dialogissa rakennettua, voidaan kaikkia käytössä olevia hoitomenetelmiä tarpeen mukaan soveltaa tämän ymmärryksen ja kunkin asiakkaan yksilöllisen tilanteen mukaisesti.</p>
<p><b>4. Vastuullisuus</b>                  Se työntekijä, johon ollaan ensimmäisenä yhteydessä, on vastuussa ensimmäisen tapaamisen järjestämisestä. Kaikki hoitoon osallistuvat työntekijät ovat ammattitaustasta riippumatta vastuussa hoitokontaktin ylläpitämisestä ja dialogisen vuorovaikutuksen turvaamisesta. Ketään ei lähtökohtaisesti käännöytä pois. Tarvittaessa muuta asiantuntemusta kutsutaan mukaan verkoston osaksi yli sektori- ja organisaatorajojen.</p>
<p><b>5. Psykologinen jatkuvuus</b>                  Samat työntekijät jatkamaan hoidossa aina ensimmäisestä yhteydenotosta asti, jotta avoimessa dialogissa luotu jaettu ymmärrys, luottamus ja hoitoprosessin psykologinen jatkuvuus säilyisivät.</p>
<p><b>6. Epävarmuuden sietäminen</b>                  Tasa-arvoisen dialogin toteutuminen edellyttää sitä, ettei asioita tiedetä tai välittömästi määritellä toisen puolesta. Kriisiä ei siksi myöskään lähtökohtaisesti lähestytä diagnoosin tai oirekuvauksen kautta. Sen sijaan keskitytään kuuntelemaan asianomaisten kertomusta sellaisenaan ja hahmottamaan kunkin tilanteen yksilöllinen luonne.</p>
<p><b>7. Dialogisuus</b>                  Haastavien elämäntilanteiden ja psykologisten kriisien ymmärtäminen ja ratkaiseminen edellyttää dialogista ja vastavuoroista pohdintaa, jossa annetaan tilaa erilaisille näkökulmille. Hoidon lähtökohtainen tavoite on siksi tasa-arvoisen dialogin turvaaminen, jossa toisen toiseutta kunnioitetaan, ja jossa kaikkien osallistujien äänet nähdään dialogin kannalta yhtä merkityksellisinä. Hoitomallissa kaikki tulokset, suunnitelmat ja päätökset tehdään verkostokokouksen aikana avoimesti ja kaikkia verkostonjäseniä aktiivisesti osallistaen.</p>

On kuitenkin epäselvää, missä määrin dialogisella hoitokäytännöllä saavutetut hyvät hoitotulokset kuvaavat tietynlaisen hoitokäytännön vaikuttavuutta ja missä määrin taas systemaattisen tutkimus- ja kehitystyön myönteistä vaikutusta psykiatrisen hoidon tuloksellisuuteen. Lisäksi on epäselvää, miten dialoginen hoitokäytäntö on todellisuudessa juurtunut Länsi-Pohjassa osaksi arjen psykiatrista hoitoa alkuperäisten tutkimus- ja kehityshankkeiden jälkeen, ja millä tavoin hoitokäytäntö toteutuu muiden kuin psykoottistasoisten häiriöiden hoidossa.

Tällaisiin kysymyksiin pyrimme vastaamaan naturalistisella, tosielämän psykiatrista hoitoa kuvaavalla kyselytutkimuksella, jonka yhtenä

tavoitteena on tuottaa ajankohtaista tietoa dialogisesta hoitokäytännöstä ja sen vaikuttavuudesta. Samalla selvitetään, miten työntekijöitä, psykiatrian palveluita käyttäviä asiakkaita ja heidän omaisiaan osallistavalla tutkimusasetelmalla voidaan kehittää hoitokäytäntöjä vastaamaan ihmisten todellisia avuntarpeita.

Tässä raportoitavassa tutkimuksessa esitellään kokemuksia Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian kyselytutkimuksen pilotoinnista. Tämän lisäksi raportoidaan pilotin ensimmäisiä tutkimustuloksia ja kuvataan, millaisia asioita varsinaisessa kyselytutkimuksessa voidaan selvittää.

Pilotin tarkemmat tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten työntekijät ja asiakkaat kokivat kyselytutkimuksen pilotoinnin ja mitä asioita on syytä huomioida varsinaisessa kyselytutkimuksessa?
2. Miten pilottiaineiston avulla voitiin vastata kyselytutkimuksen tavoitteisiin?
  - 2.1. Miten dialogisen hoitokäytännön periaatteet näkyvät vastauksissa?
  - 2.2. Mistä asiakkaat ja työntekijät katsoivat mielenterveyspalveluiden tarpeen johtuvan ja mitkä asiat hoidossa auttavat tai voisivat auttaa?
  - 2.3. Miten työntekijät ja asiakkaat itse näkevät asiakkaan sen hetkisen elämäntilanteen?
  - 2.4. Oliko työntekijöiden ja asiakkaiden vastauksissa eroavaisuuksia?

## MENETELMÄT

### TUTKIMUSHANKE

Tässä kuvattava pilottitutkimus on osa Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian ja riippuvuussien hoidon tulosyksikön yhteistä A participatory survey to investigate the long-term effectiveness of adult psychiatric services (PSILEAPS)-tutkimushanketta. Hankkeessa pyritään integroimaan hoidonarviolinen tutkimustyö osaksi arjen kliinistä työtä. Samalla kerätään tietoa erilaisten hoitokäytäntöjen vaikuttavuudesta sekä muista tekijöistä, jotka ovat yhteydessä psykiatrisen hoidon tuloksellisuuteen. Hankkeen tuloksia hyödynnetään soveltuvin osin kansainvälisessä HOPEN-Dialogue-monikeskusprojektissa, jossa kerätään maailmanlaajuisesti vaikuttavuustietoa dialogisista ja verkostokeskeisistä hoitokäytännöistä.

Tutkimus- ja kehittämishanketta on suunniteltu yhteistyössä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian kokemusasiantuntijoiden, työntekijöiden, esimiesten ja palveluita käyttävien kanssa. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa on kartoitettu palvelujärjestelmän rakennetta ja eri yksiköiden lähtökohtaisia valmiuksia dialogisen hoitokäytännön toteutumiseen. Alkukartoituksen tulokset raportoidaan myöhemmin HOPEN-Dialogue-projektin yhteydessä.

Tutkimushankkeen seuraavassa vaiheessa sekä työntekijöiltä että asiakkailta ja heidän lä-

heisiltään selvitetään strukturoitujen kyselyiden avulla, mistä mielenterveyspalveluiden tarve johtuu ja mitkä tekijät hoidossa ovat auttaneet tai voisivat auttaa. Samalla muodostetaan tutkimuskohortti kaikista Länsi-Pohjan alueen mielenterveyspalveluita tietyllä hetkellä käyttävistä asiakkaista. Hoitokäytäntöjen vaikuttavuuden arvioimiseksi kohorttia seurataan viisi vuotta vastaamishetkestä. Ennen varsinaista tutkimusta kyselyä pilotoidaan eri yksiköissä.

### KYSELYN RAKENTAMINEN

Tutkimuskyselyn suunnittelu aloitettiin vuonna 2019 avoimissa yhteisökokouksissa, joihin kutsuttiin kaikki Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian ja riippuvuussien hoidon tulosyksikön työntekijät (N=101) ja kokemusasiantuntijat (N=4). Yhteisökokousten pohjalta laadittiin kyselyn alustava runko, jonka toimivuutta testattiin Kemin psykiatrian poliklinikalla esittämällä kysely kaikille poliklinikan työntekijöille (N=10). Kyselyä työstettiin eteenpäin poliklinikan työntekijöiden palautteen pohjalta, jonka jälkeen kysely lähetettiin sähköisenä kaikille Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian ja riippuvuussien hoidon tulosalueen työntekijöille (N=101). Samalla kerättiin palautetta kyselyn toimivuudesta. Työntekijöistä 87 (86 %) vastasi kyselyyn.

Kyselyn viimeistelyä jatkettiin uusissa yhteisökokouksissa yhdessä esimiesten, työntekijöiden ja kokemusasiantuntijoiden kanssa. Lopullisen kyselyn rakennetta, sisältöä ja kieliasua työstettiin vielä erikseen Keroputaan sairaalassa osastohoidossa olleiden potilaiden kanssa (N=11). Samalla varmistettiin, että kysymykset ovat todella asiakasnäkökulmasta sekä ymmärrettäviä että relevantteja. Ennen asiakaskyselyn pilotointia kyselyn viimeiselle versiolle pyydettiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eettistä ennakoarviointia.

### KYSELYN RAKENNE

Kysely koostuu neljästä osiosta. Ensimmäisen osion kolme kysymystä selvittävät biopsykosiaalisen mallin mukaisesti mistä asiakkaan sen hetkinen avuntarve johtuu. Seuraavan osion kysymykset selvittävät, miten apua on järjestettävä. Kolmannessa osiossa selvitetään, mitkä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella käytössä olevista hoitotavoista ja/tai -menetelmistä ovat asiakasta auttaneet tai voisivat auttaa.

Koska tutkimushankkeen tavoitteena on kerätä laajalta joukolta eri ikäisiä asiakkaita tietoa ilmiöistä, joita on haastava operationalisoida suoraan mitattavaan muotoon, käytetään kyselyn mitta-asteikkona visuaalista analogista asteikkoa (19). Näin ollen kaikkiin väittämiin vastataan janan avulla, joka on pisteytettävissä kymmenportaisella asteikolla (0=täysin eri mieltä ja 10=täysin samaa mieltä). Kyselyn ohjeistuksessa korostetaan, että kyselyssä tarkastellaan vastausten painotuksia, eivätkä mitkään väittämistä ole toisensa poissulkevia.

Viimeisessä osiossa kysytään asiakkaan sen hetkistä vointia ja tähän vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi asiakkailta kerätään demografisia ja kliinisiä taustatietoja. Työntekijöiltä kerätään demografisia tietoja.

Kyselystä on kolme sisällöllisesti toisiaan vastaavaa versiota, joista yksi on tarkoitettu asiakkaille, toinen heidän hoitoonsa osallistuville läheisille ja kolmas hoitoon osallistuville työntekijöille.

#### PILOTOINNIN TOTEUTUS

Asiakaskyselyn ensimmäinen pilotointi toteutettiin Keroputaan psykiatrisen sairaalan poliklinikalla. Keroputaan psykiatrian poliklinikka tarjoaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon avopalveluita Torniolaisille ja päivystysaikana (virka-ajan ulkopuolella ja viikonloppuisin) se palvelee koko Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin noin 63 000 asukkaahan aluetta. Asiakkaalle voidaan järjestää ensimmäinen tapaaminen tarpeen mukaan 24 tunnin sisällä yhteydenotosta. Yksi poliklinikan perustehtävä on järjestää vastaanottokokous, jossa asiakkaan akuutti sairaalahoidon tarve arvioidaan yhdessä osaston työryhmän kanssa ja mietitään tiivistettyä avohoitoa vaihtoehtona sairaalahoidolle. Poliklinikan työryhmään kuuluu lääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi, psykiatrisia sairaanhoitajia sekä toiminnallisen kuntoutuksen erityistyöntekijöitä.

Pilotin ajankohtaa ja kestoja suunniteltiin yhteistyössä kaikkien poliklinikan työntekijöiden kanssa ja ennen kaikkea työntekijöiden omia toiveita kuunnellen. Samalla työntekijöille annettiin perehdytystä kyselytutkimuksen toteutuksesta ja tavoitteista. Näiden suunnittelupalaverien pohjalta poliklinikan työntekijöitä kehoitettiin viiden päivän ajan tarjoamaan kaikille heidän asiakkailleen mahdollisuutta osallistua tutkimukseen, pois-

luettuna päivystysasiakkaat. Työntekijöille annettiin kuitenkin mahdollisuus myös oman harkinnan mukaan valikoida, kenet kutsuvat. Näin menettelemällä saatiin tietoa siitä, miten varsinainen kyselytutkimus on parhaiten sovitettavissa arjen kliiniseen työhön. Halutessaan työntekijät saivat jatkaa kyselyä vielä seuraavalla viikolla.

Työntekijöitä ohjeistettiin täyttämään kyselyt poliklinikakäynnin aikana siten, että tapaamisen alussa työntekijät, asiakkaat ja heidän hoitoonsa mahdollisesti osallistuvat läheiset täyttävät kukin oman kyselynsä, jonka jälkeen kaikkien vastaukset käytäisiin kohta kohdalta yhteisesti läpi. Asiakkaille annettiin myös mahdollisuus ottaa kysely kotiin täytettäväksi, mahdollisuus kieltäytyä vastausten läpikäymisestä työntekijöiden kanssa sekä mahdollisuus kokonaan kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Alkuperäisen tutkimussuunnitelman mukaisesti etävastaanotot rajattiin pilotin ulkopuolelle, sillä varsinaisessa tutkimuksessa aineistonkeruu pyritään toteuttamaan kokonaisuudessaan kasvotusten hoidonarviollisen asetelman turvaamiseksi.

Asiakkaan suostumuksesta hoitavat työntekijät keräsivät taustatiedot suoraan asiakkaalta ja/tai heidän sähköisistä sairauskertomuksistaan. Kun kaikki tiedot oli kerätty, suljettiin kyselyt ja taustatietolomakkeet kirjekuoreen, joka toimitettiin tutkimuksen vastaavalle tutkijalle aineiston tallettamista ja pseudonymisointia varten.

Pilotoinnin päätteeksi kaikkia tutkimukseen osallistuneita työntekijöitä pyydettiin sähköpostitse antamaan palautetta siitä, millainen kokemus kyselytutkimus oli. Samalla pyydettiin kertomaan yleisimpiä syitä sille, miksi kyselyä ei välttämättä ollut esitetty asiakkaalle. Palautetta ja kokemuksia kyselystä kerättiin myös tiimipalaverissa sekä tutkimusviikon aikana että sen jälkeen.

#### ANALYYSIMENETELMÄT

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastattiin laadullisella sisällönanalyysillä (20). Työntekijöiden kokemuksia pilotoinnista ja kehitysehdotuksia koodattiin aineistolähtöisesti. Vaikka systemaattista temaattista analyysia ei tehty, tarkasteltiin vastauksista ennen kaikkea sisällöllisesti samankaltaisia ja toistuvia teemoja.

Toiseen tutkimuskysymykseen vastattiin tilastollisin menetelmin. Pienestä otoksesta johtuen eri muuttujien välisiä yhteyksiä ei voitu luotetta-

vasti tilastollisesti mallintaa (21). Hypoteesien testaamisen ja tilastollisen päättelyn sijaan tehtiin kuvailevaa tilastoanalyysia, jossa tilastolisten tunnuslukujen avulla tiivistettiin kyselyn vastausjakautumia selkeämmin hahmotettavaan muotoon (21,22).

### EETTINEN ARVIO

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimushankkeelle puoltavan lausunnon vuonna 2020. Työntekijöiltä pyydettiin henkilökohtainen suostumus sekä tutkimukseen osallistumisesta että heiltä kerättävien tietojen käyttämiseen osana tutkimusta. Työntekijöille annettiin myös mahdollisuus ilman perusteluja kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Työntekijät pyysivät informoidun ja allekirjoitetun suostumuksen omilta asiakkailtaan ennen kyselyn toteutusta. Myös asiakkailta ja heidän läheisillään oli mahdollisuus kieltäytyä osallistumisesta ilman perusteluja. Asiakkaita myös muistutettiin, ettei tutkimuksesta kieltäytyminen vaikuta heidän hoitoonsa nyt tai tulevaisuudessa.

## TULOKSET

### OSALLISTUJAT

Pilotoinnin aikana kyselyyn vastasi 12 asiakasta (taulukko 2), 4 omaista ja 11 työntekijää. Selvyyden ja pienen otannan vuoksi rajaamme tarkastelun tässä raportissa vain työntekijöiden ja asiakkaiden vastauksiin. Omaisten vastauksia tullaan tarkastelemaan tutkimusprojektin myöhemmissä vaiheissa.

Työntekijöiden mukaan kaikki ne asiakkaat osallistuivat, joille osallistumismahdollisuutta oli tarjottu. Kaikki työntekijät myös ilmoittivat, etteivät olleet kutsuneet kaikkia asiakkaitaan mukaan tutkimukseen. Päivystyskäyntien lisäksi yleisimpiä syitä kutsumatta jättämiselle olivat ensikäynnit sekä kiire ja muut hoidolliset tavoitteet, jolloin kyselylle ei katsottu jäävän riittävästi aikaa. Suurin yksittäinen syy oli kuitenkin COVID-19-pandemian myötä tapahtunut siirtyminen etävastaanottoihin.

### KOKEMUKSET PILOTOINNISTA

Tutkimukseen osallistuneet työntekijät kokivat kyselyn pääosin myönteisenä. Suurin osa kuitenkin kertoi ennen kyselyn alkua olleensa huolis-

Taulukko 2. Pilottitutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden taustatiedot

	N=12
<b>Demografiset</b>	
Ikä (ka/s)	32/10
Sukupuoli (nainen)	50%
Parisuhteessa	58%
Lapsia	50%
<b>Koulutus</b>	
Peruskoulu	8%
Toinen aste	67%
Kolmas aste	25%
Työssä käyvä	25%
Sairauslomalla/kuntoutustuella	42%
Työkyvyttömyyseläke	8%
<b>Kliiniset</b>	
<b>Diagnoosi</b>	
Psykoosi (F20-F29)	17%
Mieliala- ja ahdistus (F30-F48)	42%
Ei diagnoosia	42%
<b>Hoidon kesto</b>	
Viikkoja	17%
Kuukausia	42%
Vuosia	42%
Uusiutuvia sairaalajaksoja	25%
<b>Hoito alkanut yhteydenotosta</b>	
Päivien sisällä	33%
Viikkojen sisällä	67%
<b>Tapaamistiheys</b>	
Viikoittain	42%
1–2 kertaa kuukaudessa	58%
Kaikki työntekijät vaihtuneet	25%
Lääkäri tavattu	75%
Psyykelääkettä käyttänyt	67%

saan työmäärästä ja siitä, osaako oikealla tavalla esittää kyselyn asiakkaille. Moni kertoi yllättyneensä, miten sujuvaa kyselyn esittäminen ja läpikäyminen lopulta oli. Suurimmat haasteet liittyivät työntekijöiden mukaan ajankäyttöön; tutkimuksesta informoiminen ja suostumusten kerääminen veivät aikaa, eikä yksi poliklinikkakäynti tällöin välttämättä riittänyt sekä vastaamiseen että kyselyiden läpikäymiseen.

Sisällöllisesti kysely koettiin pääasiassa toimivana. Osa kysymyksistä ja kysymysten muotoiluista koettiin kuitenkin liian monitulkintaisina ja/tai asiakkaan tilanteeseen nähden epätarvikseksi.

Kyselyn läpikäyminen yhdessä asiakkaiden kanssa koettiin pääsääntöisesti mielekkäänä ja hoidonarvioinnin tapahtumana. Työntekijöiden mukaan myös asiakkaat kokivat kyselyyn vastaamisen ja läpikäymisen itsessään terapeuttisena ja/tai muuten myönteisenä prosessina. Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat eivät antaneet kyselystä negatiivista palautetta, eikä häiritsevää palautetta raportoitu.

### DIALOGISEN HOITOKÄYTÄNNÖN TOTEUTUMINEN

Avoimen dialogin periaatteiden mukaisesti työntekijät painottivat tarpeenmukaisen hoitokäytännön merkitystä (kuvio 1). Kaikki hoitoprosessit olivat alkaneet vähintään viikkojen sisällä ensimmäisestä yhteydenotosta ja 33 % päivien sisällä yhteydenotosta (taulukko 2). Myös hoitokontaktin jatkuvuus samojen työntekijöiden kanssa oli pääosin säilynyt hyvänä. Dialogisen käytännön mukaisesti kaikissa hoitoprosesseissa oli jossakin hoidon vaiheessa tehty töitä myös työparina. Tutkimustapaamisista puolessa oli työpari mukana.

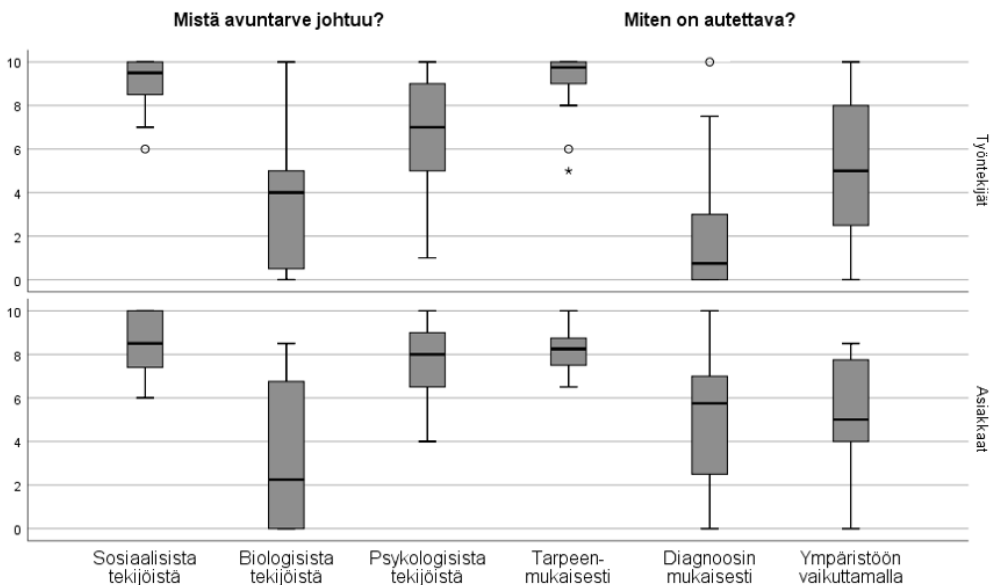
Puolessa hoitoprosesseista oli tavattu myös perhettä ja/tai läheisiä hoidon jossakin vaiheessa. Tutkimustapaamisista 25 %:ssa oli läheisiä mukana. 33 % hoitoprosesseista oli tehty verkostoyhteistyötä muiden viranomaisten kanssa ja 33 % oli tehty myös kotikäyntejä. 42 %:lle ei ollut asetettu psykiatrista diagnoosia (taulukko 2).

Tämä voi niin ikään heijastella dialogista hoitokäytäntöä, jossa hoitoa pyritään diagnoosin sijaan kohdentamaan pääasiassa ajankohtaisen kliinisen kuvan ja kunkin asiakkaan ja hänen perheensä yksilöllisten tarpeiden mukaan.

### MISTÄ MIELENTERVEYSPALVELUIDEN TARVE JOHTUU JA MITEN ON AUTETTAVA?

Sekä työntekijät että asiakkaat kokivat asiakkaan palvelutarpeen johtuneen pääasiassa sosiaalisista ja psykologisista tekijöistä, kuten elämäntilanteesta ja tunne-elämästä (kuvio 1). Työntekijät ja asiakkaat olivat sitä mieltä, ettei asiakkaan sen hetkinen mielenterveyshoidon tarve lähtökohtaisesti johdu biologisista tekijöistä, kuten aivokemiasta tai geneistä. Asiakkaat olivat tätä mieltä keskimäärin hieman painokkaammin kuin työntekijät (kuvio 1).

Sekä asiakkaat että työntekijät olivat sitä mieltä, että apua on tarjottava ennen kaikkea tilanteen ja tarpeenmukaisesti. Lisäksi asiakkaat toivat useammin esille, että hoitoa olisi kohdennettava myös diagnoosin mukaisesti. Vaikka sekä työntekijät että asiakkaat selittivät ongelmien johtuvan pääasiassa sosiaalisista tekijöistä, ympäristö- ja sosiaalisiin tekijöihin kohdentuvalle hoidolle ei annettu samassa määrin painoarvoa (kuvio 1). Kyseinen väittämä koettiin monitulkintaisena, joka voi osin selittää ristiriitaisia tuloksia.



Kuvio 1. Mistä mielenterveyspalveluita käyttävien avuntarve johtuu ja miten heitä on autettava (10=samaa mieltä, 0=eri mieltä).

### MIKÄ MIELENTERVEYSHOIDOSSA AUTTAA?

Sekä työntekijät että asiakkaat kertoivat asiakkaiden hyötynneen ensisijaisesti hoitotapaamisista/hoitokokouksista ja hoitokontaktin jatkuvuudesta (taulukko 3). Nämä olivat aineistossa myös hyvin toteutuneet. Suhde kuntoutuspsykoterapiaan oli neutraali, eikä tästä monella asiakkaalla ollut kokemusta. Tämä heijastelee alueellista palvelujärjestelmää, jossa psykoterapeuttinen työskentely on integroitu osaksi julkista terveydenhuoltoa.

25 % asiakkaista oli ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa. Sairaalassa olleet asiakkaat ja heitä hoitaneet työntekijät kokivat sairaalahoidon pääosin neutraalina asiana ja ne, joilla ei ollut sairaalahoitajaksoja, eivät uskoneet siitä olevan heidän tilanteessaan hyötyä. Sekä työntekijät että asiakkaat kokivat lääkehoidon pääosin neutraalina tai hyvänä asiana, joskin suurin osa lääkkeitä käyttäneistä oli kokenut lääkehoidosta myös haittoja. Työntekijät näkivät lääkehoidon merkityksen tärkeämpänä kuin asiakkaat.

Sekä työntekijät että asiakkaat kokivat keholliset ja toiminnalliset työtavat pääosin myönteisinä, joskaan näitä ei ollut suurimmalla osalla kokeiltu. Vastaavasti sekä työntekijät että asiakkaat toivat esille, että vertaistuesta voisi olla hyötyä, vaikka tätä ei ollut käytännössä kenellekään järjestetty.

Työntekijät kokivat perheiden kanssa työskentelyn yksimielisesti hyödyllisenä. Myös asiakkaat kokivat tämän hyödyllisenä, mutta eivät niin painokkaasti kuin työntekijät. Vastaavasti monet asiakkaista kokivat kotikäynnit ja muiden viranomaisten kanssa tehtävän yhteistyön pääosin tarpeettomana, kun työntekijöistä suurin osa kokivat nämä hyödyllisinä.

Pääosin kaikki hoitoprosessissa jo toteutuneet hoitokäytännöt ja menetelmät nähtiin hyödyllisinä (taulukko 3). Poikkeuksena tästä olivat asiakkaiden näkemys viranomaisyhteistyöstä, ryhmätoiminnasta ja sairaalahoidosta. Näissä hajonta oli suurta ja yksittäiset vastaukset/kokemukset ovat oletettavasti vaikuttaneet jakaumaan.

Taulukko 3. Mikä on auttanut tai mikä voisi auttaa?

	Mikä on auttanut tai mikä voisi auttaa?		Mikä on auttanut? <sup>1</sup>	
	Asiakkaat (ka (s))	Työntekijät (ka (s))	Asiakkaat (ka (s))	Työntekijät (ka (s))
Hoitotapa/-menetelmä (toteutunut % asiakkaista)				
Hoitokontaktin jatkuvuus (92%)	8,8 (1,6)	9,2 (1,1)	9,1 (1,2)	9,5 (0,9)
Hoitotapaamiset/hoitokokoukset (100%)	8,4 (1,5)	9,1 (1,2)	8,4 (1,5)	9,1 (1,2)
Toimintaterapia ja muu toiminnallinen kuntoutus (25%)	7,7 (2,3)	7 (3,6)	8 (3,5)	9,5 (0,5)
Terveysneuvot/potilasopetus (58%)	6,8 (1,8)	6,8 (2,7)	6,3 (2,1)	7,3 (2,5)
Perhetapaamiset (50%)	6,6 (3,4)	8,8 (1,8)	8,1 (2)	9,6 (0,8)
Vertaistuki ja/tai kokemusasiantuntijat (0%)	6,5 (3)	6,8 (3,5)	-	-
Yksilökäynnit (50%)	6,3 (2,3)	5,8 (3,3)	7 (1,5)	8 (3)
Keholliset harjoitukset (42%)	5,8 (3,4)	7,3 (2,3)	8,1 (1,9)	9,7 (0,6)
Lääkehoito (67%)	5,7 (3,4)	6,9 (3,3)	6,5 (3,3)	8,2 (2)
Asiantuntijan näkemykset ja lausunnot (33%)	5,7 (2,6)	4,3 (3,1)	7 (1,8)	5,8 (3,8)
Sosiaalipalvelut ja -tuet (42%)	4,9 (3,5)	4,8 (3,5)	6,8 (1,8)	9,1 (0,8)
Kuntoutuspsykoterapia (8%)	4,5 (3,3)	5,7 (2,3)	-	-
Viranomaisyhteistyö (33%)	4,3 (3,3)	5 (4)	5,4 (5,4)	8,3 (2)
Ryhmätoiminta (25%)	4,2 (3,4)	6,4 (3,7)	4 (4)	8,7 (1,5)
Kotikäynnit (33%)	3,5 (3,6)	7 (2,7)	6 (3)	9,5 (1)
Sairaalahoito (25%)	2,3 (2,8)	1,9 (3,2)	4,5 (4)	5 (4)
Sähköhoito (8%)	1,6 (3)	0,8 (2,4)	-	-
Tuettu asuminen (0%)	0,7 (1,8)	0,4 (1,2)	-	-

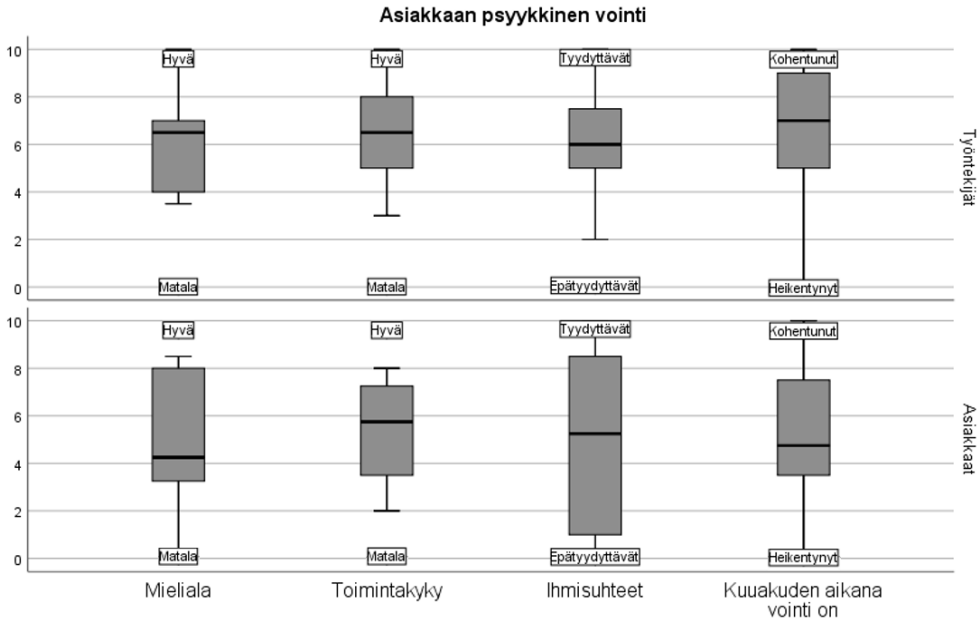
<sup>1</sup>Ainoastaan vastaukset, joissa hoitotapa/-menetelmä toteutunut ja N>1



## PSYKKINEN VOINTI JA TOIMINTAKYKY

Työntekijöillä näytti olevan taipumusta arvioida asiakkaan mieliala, sosiaalisten suhteiden tyydyttävyys ja psyykkisen voinnin kohentuminen vii-

meisen kuukauden aikana yläkanttiin suhteessa asiakkaan omaan kokemukseen. Toimintakykyä vastaavat arviot olivat toisiaan lähempänä (kuvio 2).



Kuvio 2. Mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden psyykinen vointi ja toimintakyky.

## POHDINTA

Kokemukset Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian ja riippuvuuskäsittelyn tulosyksikön kyselytutkimuksen ensimmäisestä pilotoinnista osoittivat, että osallistavaa tieteellistä tutkimusta on mahdollista toteuttaa osana arjen psykiatrista hoitoa siten, että samalla edistetään yksittäisen asiakkaan yksilöllisempää hoitoa ja kehitetään hoitokäytäntöjä. Sekä työntekijät että asiakkaat kokivat aineistonkeruun hoidonarviona, joka mahdollisti välittömän asiakaspalautteen ja hoidonohjauksen. Samalla saatiin kattavaa informaatiota psykiatrisen hoidon sisällöstä ja niistä asioista, joista on ollut tai voisi jatkossa olla hyötyä. Kun tällaista tietoa kerätään pitkäjänteisesti suuremmalla otannalla, voidaan perusteellisemmin arvioida, mitkä tekijät ovat yhteydessä erilaisiin hoitotuloksiin.

Vaikka kokemukset kyselystä olivat pääasiassa positiivisia, koettiin sen joissakin tilanteissa vievän liian paljon huomiota muusta hoidollisesta sisällöstä. Osaltaan tätä kokemusta korosti

työntekijöiden jo valmiiksi kokema kiire ja kuormittaneisuus. Tämän johti myös valikoitumiseen siinä, kenelle kysely lähtökohtaisesti esitettiin, jonka vuoksi tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä. Työntekijöiden ehdottama ratkaisu oli, että kyselyn ohjeistus ja informointi toteutettaisiin yhden poliklinikka käynnin loppupuoliskolla, jonka jälkeen suostumus- ja tiedotelomakkeet annettaisiin tutkittaville kotiin tutustuttavaksi, ja varsinainen kysely ja/tai sen läpikäynti toteutettaisiin vasta seuraavalla tapaamisella. Tämä antaisi myös asiakkaille ja heidän läheisilleen mahdollisuuden rauhassa tutustua kyselyyn sekä käyttää heille varatun poliklinikkakäynnin haluamalla tavalla.

Varsinaisessa kyselytutkimuksessa valikoitumisen minimoiminen saattaa lisäksi vaatia tiukempaa tutkimusprotokollaa, jossa tutkimukseen osallistuvilta työntekijöiltä edellytetään kyselyn systemaattisempaa esittämistä ennalta sovitulla aikavälillä. Tätä voisi edesauttaa myös muissa yksiköissä toteutettavat pilotoinnit, jois-

sa kyselyn suorittamista pääsisi harjoittelemaan ja hiomaan yksikön käytäntöjen mukaisesti ennen varsinaista tutkimusta. Kadon minimoimiseksi varsinaisessa tutkimuksessa on myös syytä tarjota mahdollisuutta kyselyn toteuttamiseen etävastaanotoilla. Lisäksi on syytä vielä erikseen selvittää, miten kysely toteutetaan tietyille asiakasryhmille, kuten lapsille ja päivystysasiakkaille. Esimerkiksi lapsille kysymyksiä on syytä vielä muotoilla yhteistyössä lasten psykiatrian yksiköiden työntekijöiden ja alaikäisten asiakkaiden kanssa, jotta ne ovat varmasti heidän näkökulmastaan valideja ja ymmärrettäviä. Aikuisten osalta pilotointi ei nostanut esiin merkittäviä muutos- ja muokkaustarpeita lukuun ottamatta joidenkin yksittäisten kysymysten selkeyttämistä.

Tulosten perusteella asiakkaiden ja henkilökunnan välillä ei ollut merkittäviä erimielisyyksiä ja näkemyseroja sen suhteen, mistä sen hetkessä tilanteessa oli kyse, ja mikä hoidossa on ollut tai voisi olla hyödyllistä. Kuten aiemmissakin tutkimuksissa (23), asiakkaat kokivat mielenterveyspalveluiden tarpeensa johtuvan pääosin sosiaalisista ja psykologisista tekijöistä. Myös työntekijät painottivat tällaisia asioita. Lisäksi työntekijät korostivat asiakkaita enemmän tarpeenmukaista, kotiin vietävää ja sekä läheisiä että muita viranomaisia osallistavaa hoitokäytäntöä. Tältä osin vastaukset heijastelevat dialogista hoitokäytäntöä ja sen peruseriaatteita. Jatkossa olisikin hyödyllistä selvittää, millaisia tulkintoja ja menetelmiä työntekijät painottaisivat toisenlaisessa palvelujärjestelmässä ja/tai hoitokulttuurissa.

Vaikka sekä työntekijät että asiakkaat korostivat sosiaalisten tekijöiden merkitystä, vastauksissa ei painottunut esimerkiksi sosiaalipalveluiden, viranomaisverkostojen tai muuten sosiaaliseen ympäristöön kohdentuvan työn merkitys. Lisäksi asiakkaat toivat esille työntekijöitä painokkaammin, että hoitoa on annettava diagnosoitavan sairauden mukaisesti, joka samalla liittäisi ongelman vahvasti yksilöön. On oletettavaa, että työntekijät ja asiakkaat ymmärtävät mielenterveysdiagnoosit ja myös niiden merkityksen eritavoin. Lisäksi tuloksiin vaikuttaa oletettavasti se, onko diagnoosia lähtökohteisesti asetettu. Varsinaisessa tutkimuksessa olisikin hyödyllistä tarkemmin selvittää, millaisia merkityksiä psykiatriisiin diagnooseihin liitetään

ja millaisia tarkoituksia ne eri asianomaisten näkökulmasta palvelevat.

Ylläkuvatut tulokset voivat myös heijastella psykiatriseen hoitoon liitettäviä tyypillisiä vaatumuksia ja ennakko-oletuksia, joissa painottuvat edelleen yksilöön ja tämän ominaisuuksiin kohdennettavat interventiomenetelmät. Eräs huomionarvoinen havainto oli myös työntekijöiden taipumus arvioida asiakkaidensa vointia yläkanttiin suhteessa asiakkaan omaan kokemukseen, joskin tämän kliininen merkitys jäi epäselväksi. Varsinaisessa kyselytutkimuksessa on mahdollista mallintaa tarkemmin toimintakyvyn ja psyykkisen voinnin yhteyksiä eri muuttujiin.

Dialogisen hoidon periaatteista erityisesti hoidon jatkuvuus, varhainen reagointi ja tiiviit käynnit näyttivät pääosassa hoitoprosesseja toteutuneen. Sairaanhoidopiirin psykoosin hoitoa tarkasteleviin tutkimuksiin (24) verrattuna viranomaisverkostoja ja perheitä oli tavattu vähemmän, eikä hoitoa ollut samalla tavalla viety kotiin. On oletettavaa, että COVID-19 pandemian myötä tapahtunut siirtyminen etävastaanottoihin ja tähän liittyvät kokoontumisia koskevat rajoitukset näkyvät pilotoinnin vastauksissa.

On myös mahdollista, ettei tarpeenmukaisen hoitoajatuksen mukaisesti erilaisia perhe- ja verkostokeskeisiä käytäntöjä katsota kaikkien asiakkaiden kohdalla tarpeelliseksi, ja kuten tuloksetkin osoittivat, eivät kaikki asiakkaat itse kokeneet tällaisille työtavoille tarvetta. Tätä tuki myös havainto, että sekä työntekijät että asiakkaat kokivat kaiken jo toteutuneen hoidon pääosin hyödyllisenä. Tässä mielessä tarpeenmukaisuuden voitiin katsoa tutkimukseen osallistuneiden hoidossa toteutuneen, joskin on myös hyvä huomata, että tarpeenmukaisen, joustavuuden ja epävarmuuden sietämisen kaltaisia asioita ei voida tutkimuksessa käytetyn strukturoidun kyselyn avulla välttämättä kunnolla tavoittaa. Näiden tekijöiden arvioiminen vaatisi kokonaisvaltaisempaa hoitoprosessien tutkimista ja seuraamista. Lisäksi tarvitaan lisätutkimusta siitä, miten dialogisen käytännön systemaattinen toteutuminen ja sen eri elementit lähtökohteisesti ovat yhteydessä hoidon vaikuttavuuteen erilaisissa tilanteissa, ja miten systemaattisesti ne tänä päivänä toteutuvat Länsi-Pohjan sairaanhoidopiirin alueella.

## VAHVUUDET JA RAJOITUKSET

Pilotoinnin aineisto oli pieni ja valikoitunut. Lisäksi työntekijöiden aineisto koostui pääosin samojen työntekijöiden vastauksista, jolloin on mahdollista, että yksittäisen työntekijän näkökulma vaikutti merkittävästi vastausjakaumaan. Aineiston koosta ja tunnistettavuusongelmasta johtuen tätä sekoitettavaa tekijää ei voitu luotettavasti kontrolloida. Taustatietojen perusteella ei myöskään voitu kunnolla päätellä, onko tietynlainen asiakasryhmä aineistossa yli- tai aliedustettuna.

Myös tutkimusasetelma, jossa hoitavat työntekijät käyvät kyselyä läpi yhdessä asiakkaiden kanssa, vaikuttaa oletettavasti siihen, mitä asioita työntekijät ja asiakkaat tuovat esille. Vaikka asetelmalla saavutettava hoidonarviollinen asetelma on yksi tutkimushankkeen päätavoitteista, voidaan tämän vaikutusta vastauksiin pyrkiä jatkossa tarkastelemaan muokkaamalla kyselyn esitystapaa.

Edellä kuvatut tekijät rajoittivat tilastollisten päätelmien tekemistä ja hypoteesien testaamista. Rajoituksista huolimatta aineiston voidaan kuitenkin katsoa täyttävän hyvin pilotointitutkimuksen tavoitteet. Pilotoinnista saatiin käytännön kokemuksia kyselyn toteutuksesta, sekä kuvailevaa tilastotietoa siitä, millaisia asioita kyselytutkimuksen avulla voidaan lähteä jatkossa selvittämään ja millaisiin asioihin varsinaisessa kyselytutkimuksessa on syytä kiinnittää huomiota.

Koska kysely muodostettiin yhteistyössä työntekijöiden ja asiakkaiden kanssa, voidaan sen ekologisen validiteetin olettaa olevan hyvä. Tätä vahvisti myös vastaajien kokemukset, joiden mukaan kysely asetui luontevasti arjen työhön ja tuotti hoidon kannalta oleellista tietoa. Kysymysten monitulkintaisuus kuitenkin heikentää kyselyn reliabiliteettia. Toisaalta tutkimuksen tavoitteena on saada yhteismitallista aineistoa useista eri toimipisteistä ja erilaisilta asiakaskunnilta, jonka vuoksi kysymykset eivät voi myöskään olla liian spesifejä. Kysymysten monitulkintaisuudesta johtuen kyselyn tuottamia tuloksia on joka tapauksessa tulkittava tietyin varauksin. Kyselyn tarkempia psykometrisia ominaisuuksia ei myöskään voitu tämän aineiston pohjalta selvittää, eivätkä kyselyllä saatavat tulokset välttämättä ole yleistettävissä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin ulkopuolelle.

Vaikka kysely tai tämän tutkimuksen tulokset eivät olisikaan sellaisenaan siirrettävissä toisen-

laiseen palvelujärjestelmään tai hoitokulttuuriin, on tässä artikkelissa kuvattu tutkimusprosessi siirrettävissä. Vastaavanlaisen tutkimusprosessin toistaminen toisenlaisessa toimintaympäristössä tuottaisikin lisätietoa tulosten yleistettävyydestä ja etenkin siitä, miten tutkimusprosessin integroiminen arjen työhön lähtökohtaisesti vaikuttaa hoitokäytäntöihin, ja millaisiksi työntekijöiden ja asiakkaiden vastaukset mahdollisesti muotoutuisivat toisenlaisessa hoitokulttuurissa.

## YHTEENVETO

Psykiatriassa näyttöön perustuvan lääketieteen tietyt ihanteet voivat kapeuttaa hoitokäytäntöjä, jonka lisäksi toimivaksi havaittujen arviointi- ja hoitomenetelmien juurruttaminen arjen työhön on lähtökohtaisesti haasteellista. Osallistavalla toimintatutkimuksella tähän haasteeseen voidaan pyrkiä vastaamaan. Tämän pilotoinnin tulokset osoittivat, että työntekijöitä ja asiakkaita aineistonkeruuseen osallistamalla voidaan saada laaja-alaista tietoa hoitoprosesseista. Tällainen tutkimusasetelma tuottaa myös välittömästi hyödynnettävissä olevaa tietoa arjen työhön, jolla voi itsessään olla hoidollista merkitystä.

Pilotin perusteella kyselyn toistaminen täysmittaisena ja koko alueellisen psykiatrian palvelujärjestelmän kattavana seurantatutkimuksena on mahdollista, ja toteutuessaan se tuottaa kattavasti tietoa arjen psykiatrisesta hoidosta ja sen tuloksellisuuden mahdollisesti vaikuttavista tekijöistä. Vastaavanlaisen tutkimusprosessin toteuttaminen toisenlaisissa toimintaympäristöissä syventäisi tätä tietoa entisestän ja auttaisi myös paremmin arvioimaan tulosten yleistettävyyttä. Jatkossa tällaisella tutkimuksella muodostettavia hypoteeseja voidaan pyrkiä tutkimaan myös strukturoidummilla koeasetelmilla ja menetelmillä.

Oli merkillepantavaa, että niin asiakkaat kuin työntekijätkin korostivat asiakkaiden palvelutarpeen johtuvan ennen kaikkea erilaisista sosiaalisista tekijöistä, joihin tavanomaisella psykiatrisella hoidolla voi olla haastava yksin vastata. Parhaimmillaan osallistavan tutkimustoiminnan avulla voidaan tällä tavoin saada esille niitä tekijöitä, joihin vastaamalla palvelujärjestelmän toimintaa voitaisiin kokonaisuudessaan tehostaa esimerkiksi resurssija jakamalla ja kohdentamalla paremmin asianomaisten sen hetkisen tilanteen ja yksilöllisten tarpeiden mukaan. Samalla saataisiin edistettyä asiakaslähtöisiä ja laaja-alai-

sia palveluita tavalla, jonka voidaan katsoa olevan linjassa kansallisen mielenterveysstrategian kanssa (6). Kaikkiaan kokemukset pilotista tukivat näkemystä, että mielenterveyspalveluiden kehittämisessä on hyödyllistä suosia tutkimushankkeita, joissa pyritään kaikkia asianomaisia osallistamalla selvittämään, mistä mielenterveysongelmissa on todella kyse ja mikä ihmisiä auttaa.

#### **RAHOITTAJAT:**

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään taho.

#### **KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:**

Bergström toimi pilotoinnin vastaavana tutkijana, analysoi tutkimusaineiston, kirjoitti käsikirjoituksen ensimmäisen version ja osallistui tutkimussuunnitelman laatimiseen. Vahtola osallistui

aineistonkeruuseen, tutkimussuunnitelman laatimiseen ja tutkimushankkeen koordinointiin. Biro, Haaranieniemi, Hietasaari, Jussila, Karttunen, Köngäs-Saviaro, Löhönen, Mäkiöllitervo, Puotiniemi, Tarkka, Taskila, Valtanen ja Petäjäniemi osallistuivat tutkimussuunnitelman laatimiseen ja tutkimushankkeen koordinointiin. Nikanne osallistui aineistonkäsittelyyn ja kyselyn psykometristen ominaisuuksien arviointiin. Keränen, Kurtti, Marttinen, Onkalo, Pitkänen, Raudaskoski, Teppola, Vakkuri ja Yrjänheikki osallistuivat aineistonkäsittelyyn ja vastasivat aineistonkeruusta. Kaikki kirjoittajat vastasivat tulosten tulkinnasta sekä osallistuivat tämän artikkelin työstämiseen kommentoimalla ja tarjoamalla erilaisia näkökulmia. Kaikki kirjoittajat ovat hyväksyneet käsikirjoituksen viimeisen version.

**Bergström, T., Vahtola, P., Biro, M., Haaranieniemi, T., Hietasaari, T., Jussila, K., Karttunen, M., Keränen, A.-E., Kurtti, M., Köngäs-Saviaro, P., Löhönen, E., Marttinen, M., Mäkiöllitervo, H., Nikanne, P., Onkalo, S., Pitkänen, H., Puotiniemi, T., Raudaskoski, K., Teppola, R., Tarkka, M., Taskila, J., Vakkuri, R., Valtanen, K., Yrjänheikki, J., Petäjäniemi, J. What are mental health problems and how can mental health care help treat them? Results from pilot study of Western Lapland's questionnaire of psychiatric services. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2022; 59: 48–61.**

In psychiatry there has been increasing interest towards research and treatment that will emphasize care on real-life needs of service users and their families. One example is the Open Dialogue approach (OD), which has demonstrated promising treatment outcomes in the Länsi-Pohja healthcare district (LPHD). Nevertheless, it is unclear how the OD based services has maintained in the LPHD, due to a lack of further study in the region after the completion of initial research and development projects. There is also a lack of information related to what the multi-disciplinary care teams and service users' experiences are towards different treatment approaches. We aimed to address these questions via a participatory survey of LPHD's psychiatric services. Other goal was to integrate all-inclusive and treatment-evaluative research work with everyday clinical practice. Care team members and service users were asked, via structured questionnaires, to share their thoughts about why service users need mental health services, and what factors of the treatment have been helpful or unhelpful. In this paper we present findings from a pilot study of the project, which was conducted in Keropudas psychiatric hospital outpatient clinic. 12 service users and 11 care team members participated to study. Staff members experienced questionnaire

as a treatment evaluation, which suited well in everyday clinical practice. However, at some occasions questionnaire took too much time from other work. Service users felt that fulfilling questionnaires together with staff members was meaningful for them, and no negative feedback was reported. The findings showed that care team members and service users thought social and psychological factors were the main reasons for the need of psychiatric care. Aligned with the dialogical approach, workers emphasized need-adapted and network-oriented treatment approaches. Service users emphasized the need for treatment meetings, preferably with the same care team members throughout their care treatment path. There were no major disparities found between service users and care team members responses. Based on this pilot, there is a possibility to integrate all-inclusive research work with everyday clinical practice.

**Keywords:** open dialogue, mental health work, mental health services, patient participation, customer orientation

Saapunut (16.03.2021)

Hyväksytty (03.06.2021)

## LÄHTEET

- (1) van Os J., Guloksuz S, Vijn TW, ym. The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry* 2019;18(1):88–96. doi: 10.1002/wps.20609
- (2) Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, ym. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2013;39(6):1296–306. doi: 10.1093/schbul/sbs130
- (3) Kotov R, Fochtmann L, Kaiqiao L, ym. Declining Clinical Course of Psychotic Disorders Over the Two Decades Following First Hospitalization: Evidence From the Suffolk County Mental Health Project. *Am J Psychiatry* 2017;174(11):1064–74. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16101191
- (4) Lally J, Ajnakina O, Stubbs B, ym. Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *Br J Psychiatry* 2017;211(6):350–58. doi: 10.1192/bjp.bp.117.201475
- (5) Bergström T. Rakenteelliset tekijät mutkistavat väestösuhteutettujen mielenterveysindikaattorien tulkintaa. *Lääkärilehti* 2020;75(40):2052–53.
- (6) Vormaa H, Rotko T, Larivaara M, ym. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu* 2020:6.
- (7) Maj M, van Os J, De Hert M, ym. The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2021;20(1):4–33. doi: 10.1002/wps.208909
- (8) Leichsenring F. Randomized controlled versus naturalistic studies: a new research agenda. *Bull Menninger Clin* 2004;68(2):137–51. doi: 10.1521/bumc.68.2.137.35952.
- (9) Alanen YO. Kohti humanistisempaa psykiatria. *Psykoterapia* 2009;28(3):226–40.
- (10) Bergström T. Näkökulma laajenee, mielenterveysstigma vähenee. *Sosiaalilääk Aikakak* 2020;57(1). doi: <https://doi.org/10.23990/sa.88700>
- (11) Atkins MS, Rusch D, Mehta TG ym. Future Directions for Dissemination and Implementation Science: Aligning Ecological Theory and Public Health to Practice Gap. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2016;45(2):215–226. doi: 10.1080/15374416.2015.1050724
- (12) Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 2011;3(3):192–204. doi: <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.595819>
- (13) Bergström T, Seikkula J, Alakare B, et al. The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry res* 2018;270:168–75. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- (14) Bouchery EE, Barna M, Babalola E, et al. The Effectiveness of a Peer-Staffed Crisis Respite Program as an Alternative to Hospitalization. *Psychiatr Serv* 2018;69(10):1069–74. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700451>
- (15) Buus N, Kragh Jacobsen E, Bojesen AB, et al. 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. *Int J Nurs Stud* 2019;91:119–27. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.12.015
- (16) Gordon C, Gidugu V, Rogers ES, et al. Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis Into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study. *Psychiatr Serv* 2016;67(11): 1166–68. doi: 10.1176/appi.ps.201600271
- (17) Granö N, Karjalainen M, Ranta K, et al. Community-oriented family-based intervention superior to standard treatment in improving depression, hopelessness and functioning among adolescents with any psychosis-risk symptoms. *Psychiatry res* 2016;237:9–16. doi: 10.1016/j.psychres.2016.01.037
- (18) Tribe RH, Freeman AM, Livingstone S, et al. Open dialogue in the UK: qualitative study. *Bj Psych Open* 2019;5(4):e49. doi: 10.1192/bjo.2019.38
- (19) Crichton N. Visual Analogue Scale (VAS). *Journal of Clinical Nursing* 2001;10:697–706.
- (20) Graneheim UH, Lindgren B-M, Lundan B. Methodological Challenges in Qualitative Content Analysis: A Discussion Paper. *Nurse Educ Today* 2017;56:29–34. doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002
- (21) Malterud K, Siersman VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res* 2015;26(13):1753–60. doi: <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- (22) Torchim WM. Descriptive Statistics. The Research Methods Knowledge Base: <https://conjointly.com/kb/descriptive-statistics>
- (23) Bergström T, Seikkula J, Holma J, ym. How do people talk decades later about their crisis that we call psychosis? A qualitative study of the personal meaning-making process. *Psychosis* 2019;11(2):105–115. doi: 10.1080/17522439.2019.1603320
- (24) Bergström T, Alakare B, Aaltonen J, ym. The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Psychosis* 2017;9(4):310–321. doi: 10.1080/17522439.2017.1344295

TOMI BERGSTRÖM

*PsT, tutkijatohtori, psykologi*

*Jyväskylän yliopisto*

*Psykologian laitos &*

*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*

*Psykiatrian ja riippuvuuskien hoidon tulopsykikkö*

PÄIVI VAHTOLA

*sh, apulaisosastonhoitaja, psykoterapeutti*

*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*

*Keroputaan psykiatrian poliklinikka*

MARIKA BIRO

*sh, osastonhoitaja, psykoterapeutti*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin*  
*Keroputaan psykiatrian osasto*

TIMO HAARANIEMI

*sh (YAMK), osastonhoitaja*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Kemin psykiatrian poliklinikka*

TEIJA HIETASAARI

*sh, apulaisosastonhoitaja, psykoterapeutti*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Tornion psykiatrian poliklinikka*

KRISTIINA JUSSILA

*sh, sairaanhoitaja, psykoterapeutti*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Lasten ja nuorten psykiatrian poliklinikka*

MARIANNE KARTTUNEN

*sh (YAMK), sairaanhoitaja, psykoterapeutti*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Kemin psykiatrian poliklinikka*

AINO-ELINA KERÄNEN

*sh, sairaanhoitaja*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Keroputaan psykiatrian poliklinikka*

MIA KURTTI

*sh (YAMK), sairaanhoitaja, psykoterapeutti*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Keroputaan psykiatrian poliklinikka*

PÄIVI KÖNGÄS-SAVIARO

*LL, ylilääkäri, psykiatrian erikoislääkäri,*  
*psykoterapeutti*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Psykiatrian ja riippuvuuksien hoidon tulosyksikkö*

ELINA LÖHÖNEN

*PsM, vastaava psykologi, psykoterapeutti*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Psykiatrian ja riippuvuuksien hoidon tulosyksikkö*

MIA MARTTINEN

*sh, sairaanhoitaja*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Lasten ja nuorten psykiatrian poliklinikka*

HANNELE MÄKIOLLITERVO

*HTM, kokemusasiantuntija, tohtorikoulutettava*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Psykiatrian ja riippuvuuksien hoidon tulosyksikkö*  
*& Jyväskylän yliopisto*  
*Psykologian laitos*

PATRIK NIKANNE

*FM, PsK*  
*Tampereen yliopisto*  
*Psykologian laitos*

SUSANNA ONKALO

*sh, sairaanhoitaja*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Keroputaan psykiatrian poliklinikka*

HELJÄ PITKÄNEN

*sosionomi, kuntoutusohjaaja*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Keroputaan psykiatrian poliklinikka*

TIINA PUOTINIEMI

*TtM, ylihoitaja, psykoterapeutti*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Psykiatrian ja riippuvuuksien hoidon tulosyksikkö*

KATJA RAUDASKOSKI

*sh, sairaanhoitaja*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Keroputaan psykiatrian poliklinikka*

ROOSA TEPPOLA

*sh, sairaanhoitaja*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Keroputaan psykiatrian poliklinikka*

MINNA TARKKA

*sh, apulaisosastonhoitaja, psykoterapeutti*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Keroputaan psykiatrian osasto*

JYRI J. TASKILA

*LL, johtajaylilääkäri, psykiatrian erikoislääkäri,*  
*psykoterapeutti*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Psykiatrian ja riippuvuuksien hoidon tulosyksikkö*

RITVA VAKKURI

*sh, sairaanhoitaja, psykoterapeutti*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Keroputaan psykiatrian poliklinikka*

KARI VALTANEN

*LL, lastenpsykiatrian erikoislääkäri,*  
*psykoterapeutti*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Lasten ja nuorten psykiatrian poliklinikka*

VILHELMIINA YRJÄNHEIKKI

*sh, sairaanhoitaja*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Keroputaan psykiatrian poliklinikka*

JOUNI PETÄJÄNIEMI

*sh, osastonhoitaja, psykoterapeutti*  
*Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri*  
*Keroputaan psykiatrian poliklinikka*