


MIKA VIRTANEN

Lastenpsykiatrisen
erikoissairaanhoidon
laadun arviointi

The background of the cover is white, featuring a decorative pattern of numerous translucent blue spheres of varying sizes. These spheres are scattered across the page, with some appearing larger and more prominent than others, creating a sense of depth and movement. The spheres have a slightly textured, marbled appearance.



MIKA VIRTANEN

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon
laadun arviointi



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan
tiedekuntaneuvoston suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi
Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen Jarmo Visakorpi -salissa,

Arvo Ylpön katu 34, Tampere,
24. päivänä elokuuta 2018 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

MIKA VIRTANEN

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon
laadun arviointi

Acta Universitatis Tamperensis 2397
Tampere University Press
Tampere 2018

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Tampereen yliopistollinen sairaala, Lastenpsykiatrian vastuualue

Ohjaajat

Dosentti Jari Kylmä

Tampereen yliopisto

Professori Marja Kaunonen

Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Professori Hanna Ebeling

Oulun yliopisto

Dosentti Kaisa Haatainen

Itä-Suomen yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla
Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2018 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu

Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 2397

ISBN 978-952-03-0790-5 (nid.)

ISSN-L 1455-1616

ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1906

ISBN 978-952-03-0791-2 (pdf)

ISSN 1456-954X

<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2018



Kiitokset

Haluan kiittää lapsipotilaita, heidän läheisiään, erikoissairaanhoidon ja yhteistyötahojen työntekijöitä siitä, että osallistuitte tutkimukseen, jossa aineiston keruu toteutettiin uudella ja innovatiivisella menetelmällä. Kukaan maailmassa ei ole aiemmin kerännyt tieteellisen tutkimuksen aineistoa tällä tavoin.

Ohjaajani, dosentti Jari Kylmä ja professori Marja Kaunonen, olette olleet korvaamattomia tukijoita väitöskirjatutkimuksen etenemisessä ja valmistumisessa. Kiitän Teitä ihmisyydestä ja ammatillisesta taidostanne. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen professori Päivi Åsted-Kurjen pitkäjänteinen työ laitoksen tutkimustyön profiloitumisessa perhekeskeiseen suuntaan on osaltaan avannut tietä tällekin tutkimukselle.

Kiitän esitarkastajia, professori Hanna Ebelingiä ja dosentti Kaisa Haataista tarkoista, osuvista ja tutkimustani parantaneista kommenteista.

Tutkimuksen aineiston keruu oli yksi riemukkaimmista tutkimuksen vaiheista. Laajan aineiston keruu ja tallennus sähköiseen muotoon on tuskin koskaan ollut yhtä tehokasta. Janne Ventoa haluan kiittää luovasta ajattelusta ja insinööritaidosta, Mika Helmistä tilastotaituroinnista, Saira Huuskosta tietokantojen ihmeiden avaamisesta.

Tarja Pukuria, Terttu Munnukkaa ja Irma Kiikkalaa kiitän määrätietoisesta ohjauksesta, joka suuntasi elämäni väitöskirjahankkeeseen. On tärkeää, että maailmassa on ihmisiä, jotka ajattelevat toisten ihmisten mahdollisia maailmoja. Seurantaryhmän jäseniä, Tuula Tammista, Päivi Kaukosta ja Kaija Puuraa kiitän tuestanne tämän moninaisen matkan varrella.

Haluan kiittää niitä kaikkia kannustavia työtovereita, jotka panoksellanne olette edesauttaneet tutkimuksen valmistumista. Moniammatilliseen yhteistyöhön, hoitamiseen, kehittämiseen ja hallintoon liittyvät dialogit ovat jättäneet jälkensä nyt käsillä olevaan työhön.

Valtion tutkimusrahoitus, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Toimialue 4 ja Koulutusrahasto ovat tukeneet taloudellisesti tutkimustyötä. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta ja Hoitotieteen laitos ovat tarjonneet hankkeeseen liittyvän opetuksen. Muistelen lämmöllä Tampereen yliopiston tohtorikoulun yhteisiä opintoja, jossa monitieteellinen keskustelu ja ryhmän positiivinen voima tulivat todeksi.

Elämän moninaisia käännteitä ovat kanssani jakaneet ystävät ja sukulaiset, erityisesti Sanna ja Petteri perheineen sekä isä, äiti ja pikkuveli perheineen, samoin kuin anoppi ja lankomies perheineen, kiitos teille siitä. Ristoa kiitän moottoripyörän tuomisesta taloon. Teolla oli ennalta arvaamaton ja merkittävä yhteys laadun tutkimukseen.

Perheelleni, Maarit, Elias, Fanni-Sofia, Joonas ja Noora, ja tietenkin koiramme Alma. Kiitos. Nyt se on tehty. Rakkautenne voimalla.

Prologi

Mitä on laatu? Mitä on psykiatrisen hoidon laatu? Entä mitä on lastenpsykiatrisen hoidon laatu? Onko laatu jotain, joka voidaan käsittää vain kokemuksen kautta, vai onko laatu kokemuksesta riippumaton? Robert M. Pirsigin (1974) teosta *Zen* ja moottoripyörän kunnossapito voidaan lähestyä laatukäsikirjana, joka ulottaa laadun tarkastelun inhimillisen ymmärryksen perusteiden tarkasteluun. Seuraava lainaus (mt. 140–143) heijastelee sitä Kantilaista ja myöhemmin konstruktionistista filosofista linjaa, joka on toiminut tämän tutkimuksen ohjenuorana.

”Päästäkseen selville Kantista on ymmärrettävä jotain myös skottilaisesta filosofista David Humeista. Hume oli aikaisemmin väittänyt, että jos kokemuksesta lähtien loogisen induktion ja deduktion ankarimpien sääntöjen mukaan määritellään maailman todellinen luonne, päädytään pakosti tiettyihin johtopäätöksiin. Ne linjat, joita hänen järkeilynsä noudatti, saadaan vastamalla tähän kysymykseen: Otaksutaan, että lapsi syntyy vailla kaikkia aisteja; hänellä ei ole näköä, ei kuuloa, ei tuntoa, ei hajua, ei makua – ei mitään. Hän ei mitenkään voi saada aistimuksia ulkomaailmasta. Ja otaksutaan, että tätä lasta ruokitaan suonensisäisesti ja hoidetaan muuten ja pidetään hengissä kahdeksantoista vuotta tässä tilassa. Sitten esitetään kysymys: Onko tällä kahdeksantoistavuotiaalla yhtään ajatusta päässään? Jos on, mistä se on tullut? Mistä hän on sen saanut?

Hume olisi vastannut, että sillä kahdeksantoistavuotiaalla ei ole minkäänlaisia ajatuksia, ja antaessaan tämän vastauksen hän olisi määritellyt itsensä empiristiksi, henkilöksi joka uskoo, että kaikki tieto on saanut alkunsa yksinomaan aistivaikutelmista. Tieteellinen koenemettely on tarkasti valvottua empirismiä. Nykyinen arki ajattelu on empirismiä, sillä ihmisten suuri enemmistö olisi samaa mieltä Humein kanssa, vaikka muissa kulttuureissa ja muina aikoina enemmistö olisi saattanut olla toista mieltä.

Empirismin ensimmäinen ongelma, jos empirismiin uskotaan, liittyy ”substanssin” luonteeseen. Jos kaikki tietomme perustuvat aistien välittämiin seikkoihin, mitä tarkkaan ottaen on se substanssi, jonka oletetaan olevan näiden tietojen lähde? Jos yrittää kuvitella, mitä muuta substanssi on kuin se mitä aistitaan, huomaa ettei ajattelun kohteena ole yhtään mitään.

Koska kaikki tieto on lähtöisin aistivaikutelmista ja koska ei ole mitään aistihavaintoja itse substanssista, looginen seuraus on, että substanssista ei ole mitään tietoa. Se on vain meidän

kuvitelmamme. Se on kokonaan meidän mielessämme. Se ajatus, että jostain meidän ulkopuolellemme huokuvat ne ominaisuudet jotka me havaitsemme, on vain samanlainen tavanomainen käsitys kuin se lasten uskomus, että maa on litteä ja etteivät yhdensuuntaiset viivat koskaan kohta.

Toiseksi, jos lähdetään siitä perusajatuksesta, että saamme kaikki tietomme aistien kautta, joutuu kysymään: Mistä aistihavainnosta olemme saaneet tietomme syysuhteista? Toisin sanoen mikä on itse syysuhteen tieteellinen empiirinen perusta?

Hume vastaa ”ei mikään”. Meidän aistimuksissamme ei ole mitään todisteita syy-yhteyksistä. Kuten substanssi, se on vain jotain mitä kuvittelemme, kun jokin toistuvasti seuraa jotakin toista. Se ei varsinaisesti ole olemassa siinä maailmassa jonka me havaitsemme. Jos hyväksymme sen lähtökohdan, että saamme kaiken tiedon aistiemme kautta, meidän on silloin Humeen mukaan loogisesti pääteltävä että ”luonto” ja ”luonnonlait” ovat meidän oman mielikuvituksemme tuotetta.

Tämä käsitys, että koko maailma on ihmisen omassa mielessä, voitaisiin leimata järjettömydeksi, jos Hume olisi vain heittänyt sen pohdittavaksi. Mutta hän rakensi sille vedenpitävät todisteet.

Humen johtopäätökset oli pakko heittää menemään, mutta ikävä kyllä ne olivat niin hyvin perusteltuja, että näytti mahdottomalta heittää niitä menemään hylkäämättä samalla koko empiiristä järkeä ja perääntymättä johonkin keskiaikaiseen empiirisen järjen esiasteeseen. Siihen Kant ei suostunut. Niin ollen juuri Hume, Kant sanoi, ”herätti minut dogmaattisesta uinailustani” ja sai hänet kirjoittamaan nykyisin kaikkien aikojen suurimpien filosofien tutkielmien joukkoon luetun *Puhtaan järjen kritiikin*, joka yliopistoissa on usein kokonaisen luentokurssin aiheena.

Kant yrittää pelastaa tieteellistä empirismiä sen oman itsensä nielevän logiikan seurauksilta. Hän lähtee aluksi liikkeelle Humeen viitoittamaa polkua pitkin. ”Että kaikki meidän tietomme alkaa kokemuksesta siitä ei voi olla epäilystä”, hän sanoo, mutta pian hän poikkeaa polulta kiistämällä sen että kaikki tiedon osatekijät tulisivat aisteista sillä hetkellä kun aistihavainto tehdään. ”Mutta vaikka kaikki tieto *alkaa* kokemuksesta, se ei todista sitä, että se *on peräisin* kokemuksesta.” ”

...

”Kant sanoo, että joitain todellisuuden puolia aistit eivät suoraan välitä. Niistä hän käyttää termiä *a priori*.

Esimerkki apriorisesta tiedosta on ”aika”. Aikaa ei voi nähdä. Sitä ei liioin kuule, haista, maista eikä tunne. Sitä ei ole aistihavainnossa silloin kun ne tehdään. Aika on Kantin nimityksen mukaan ”intuitio”, joka mielen täytyy kehittää, kun se ottaa vastaan aistien antamat tiedot.

Sama koskee tilaa. Ellemme me sovelta tilan ja ajan käsitteitä saamiimme vaikutelmiin, maailma on käsittämätön, vain kaleidoskooppinen värien ja kuvioiden ja äänten ja hajujen ja kivun ja makujen sekasotku vailla merkitystä. Me aistimme kohteita tietyllä tavalla siksi että me sovellamme sellaisia apriorisia intuitioita kuin tila ja aika, mutta me emme luo näitä kohteita mielikuvituksessamme, kuten puhtaat filosofiset idealistit väittäisivät. Tilan ja ajan muotoja sovelletaan tietoihin, kun ne saadaan niitä tarjoavasta kohteesta. Aprioristen käsitteiden alkulähteenä on ihmisluonto, eikä aistittu kohde niin ollen aiheuta niitä eivätkä ne synnytä sitä, vaan ne ikään kuin *karsivat* ne aistitiedot jotka me hyväksymme. Esimerkiksi kun silmämme sulkeutuvat, aistihavaintomme kertovat, että maailma on kadonnut. Mutta se tieto karsiutuu eikä koskaan pääse tietoisuuteemme, koska meillä on mielessämme apriorinen käsitys, että maailma on jatkuva. Se mitä pidämme todellisuutena, on aprioristen käsitteiden pysyvän hierarkian osasten ja alati muuttuvien aistihavaintojen jatkuva synteesi.”

Nyt käsillä oleva tutkimus lähtee tutkimusmatkalle etsimään sitä, mitä lastenpsykiatrisen hoidon laadun aprioristen käsitteiden ja alati muuttuvien aistihavaintojen synteesi voi tuoda tullessaan.

Tiivistelmä

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon organisaation kokonaislaadusta ei kirjallisuushaun perusteella ole olemassa aiempaa tutkimustietoa. Tässä tutkimuksessa tuotettiin malli lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun kokonaisvaltaiseen arviointiin ja mallia testattiin suomalaisen yliopistosairaalan lastenpsykiatrisessa yksikössä. Yksikön toiminta oli tutkimuksen tarkasteluajanjaksona järjestetty kahdella eri organisaatiomallilla, ja hoitopolkujen ja tilastotietojen vertailu tuo esiin eri organisaatiomallien yhteyksiä lapsipotilaiden hoitopolkuihin sekä vastuualueen toimintaan ja laatuun.

Hoitotapahtumien (n=1068) laatua arvioivat lapsipotilaat (n=978) ja heidän läheisensä (n=684) sekä yliopistosairaalan (n=1303) ja yhteistyötahojen (n=210) työntekijät. Hoitotapahtumien monitahoarvioinnissa hyödynnettiin uutta, helppokäyttöistä ja pelimäistä teknologiaa. Tutkimuksen aineistoina olivat potilaiden hoitopolut, toiminnan tilastolliset tunnusluvut ja hoitotapahtumien monitahoarvioinnit. Tutkimusmenetelminä käytettiin kuvailevia ja selittäviä tilastollisia menetelmiä, tutkimusintressinä oli vertaileva tutkimus.

Tutkimuksessa arvioidaan toiminnan laatua hoidon rakenne-, prosessi- ja tuloperusteisesti.

Hoidon rakenneperusteinen arviointi suoritettiin käyttämällä näytepotilaiden ja satunnaistettujen potilaiden hoitopolkuanalyysia. Hoitopoluissa todettiin tapahtuneen positiivista muutosta siten, että vuoden 2013 satunnaisotannassa poimittujen potilaiden hoitoon osallistui keskimäärin 5 työntekijää eli yhden moniammatillisen työryhmän verran työntekijöitä. Hoitoprosessien laadun kannalta tämä oli positiivinen muutos verrattuna aiempiin tarkastelujaksoihin, joissa potilaiden hoitoon osallistui moninkertainen määrä työntekijöitä.

Hoidon prosessiperusteinen arviointi suoritettiin vertailemalla toiminnan tunnuslukuja vuosina 2008–2014. Tutkimusaikana läheteiden määrä kasvoi 23 % ja läheteen käsittelyä yli 21 vrk odottavien prosenttiosuus pienentyi 21 %:sta 0,7 %:iin. Hoitotakuurajan ylittäneiden määrä väheni seurantavuosien aikana 35 potilaasta yhteen. Kuntalaskutettavien avohoitotapahtumien kokonaismäärä lisääntyi tarkastelujaksolla 14 %. Osastojaksojen kokonaismäärässä ei havaittu merkittävää muutosta. Hoitopäivien määrä väheni 3782 päivästä 3066 hoitopäivään. Osastojaksojen kesto lyhenyi 19 %. Prosessiperusteisesti arvioituna hoidon saatavuudessa ja toiminnan tehokkuudessa tapahtui positiivista muutosta - toisin sanoen - toimintaprosessien kokonaislaatu tutkimusaikana on parantunut.

Hoidon tuloperusteinen arviointi suoritettiin hoitotapahtumien monitahoarvioinnilla. Tutkitut hoitotapahtumat (n=1068) edustivat 39 % tutkimusajan hoitotapahtumista.

Lapsipotilaista 11 % oli sitä mieltä, että käynnillä ei puhuttu yhtään tai ei puhuttu tarpeeksi oikeista asioista, 18 % arvioi, ettei tiedä puhuttiinko käynnillä oikeita asioita, 21 % arvioi, että puhuttiin vähän. Positiivisten arvioiden (puhuttiin sopivasti) määrä oli 51 %. Lapsipotilaista 12 % oli sitä mieltä, että käynnillä aikuiset eivät ymmärtäneet yhtään tai eivät tarpeeksi lapsipotilaiden tilannetta, 19 % ilmaisi, ettei tiedä ymmärsivätkö aikuiset, 18 % arvioi, että aikuiset ymmärsivät vähän. Positiivisten arvioiden (ymmärsivät hyvin) määrä oli 51 %. Lapsipotilailta kysyttiin hoitotapahtuman yhteydessä, millaista sairaalakäynnillä oli. Lapsipotilaista 12 % raportoi olevansa vihainen, 4 % surullinen, 4 % pelokas, 45 % tavalinen ja 35 % iloinen.

Aikuisten vastauksissa käynnin selkeästä tavoitteesta samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä oli 95 % kaikista vastaajista. Aikuisvastaajista 95 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että käynnillä käsiteltiin keskeisiä asioita. Vastaajista 88 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että oma asia tuli kuulluksi. Vastaajista 96 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että tilanne oli turvallinen, ja 92 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että yhteistyö oli toimivaa. Vastaajista 91 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että käynti oli hyödyllinen.

Tarkastellessa niitä hoitotapahtumia, joissa oli paikalla sekä lapsipotilaita että aikuisia, havaittiin vastausten kesken vain heikko, välillä 0.23 – 0.29 vaihteleva korrelaatio, joka tosin oli tilastollisesti merkitsevä. Tämän perusteella voidaan kuitenkin sanoa, että samasta hoitotapahtumasta annettujen lapsipotilaiden ja aikuisten arvioiden yhteys ei ollut kovin vahva eikä aikuisten antamasta arviosta voida luotettavasti ennustaa lasten arvioita.

Tutkimus liittyy yliopistotasoisien terveyden tutkimuksen painopistealueeseen, jossa tarkasteltiin terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja menetelmien tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta. Tutkimus kohdistui toimintakäytäntöjen muuttamiseen ja osaamisen johtamiseen sekä potilasturvallisuuteen ja laadunhallintaan. Tutkimus tuottaa uutta tietoa lastenpsykiatristen tutkimus- ja hoitokäytäntöjen laadusta. Uutena tietona tavoitettiin myös lapsipotilaiden arvio hoitotapahtumista, jota verrattiin aikuisten arvioihin.

Tutkimuksessa käytettyä arviointimallia ja teknologiaa voidaan jatkossa soveltaa laajemminkin sosiaali- ja terveystalouden palvelujen laadun arviointiin. Tutkimuksen tulokset antavat uudenlaista vertailupohjaa laadun tutkimukseen.

Abstract

Based on the literature search, the overall quality of the pediatric psychiatric special medical care organization does not exist. In this study, a model for the overall assessment of the quality of pediatric psychiatric special medical care was produced and the model was tested in the psychiatric unit of the Finnish university hospital. The operation of the unit was organized in two different organizational models during the research period, and comparison of care paths and statistical data reveals the links between different organizational models to the pediatric care policies and the activities and quality of the department.

Pediatric patients (n = 978) and their families (n = 684), university hospital (n = 1303) and co-workers (n = 210) evaluate the quality of nursing events (n = 1068). Multiple assessment of treatment events utilized new, easy-to-use and playful technology. The study's data consisted of patient care pathways, statistical indicators of operation and multi-stakeholder evaluations of treatment events. Descriptive and explanatory statistical methods were used as research methods, and research was focused on comparative research.

The study evaluates the quality of the operation based on the structure, process and outcome of the treatment.

Structural evaluation of treatment was performed using pathway analysis of sample patients and randomized patients. In the random sampling of patients in 2013 a positive change in treatment cells was found. Pediatric patient has an average of the five multiprofessional workers. About the quality of treatment processes, this was a positive change compared to previous periods of treatment involving multiple employees in treating patients.

The process-based assessment of the treatment was performed by comparing the performance indicators for 2008-2014. During the research period, the number of missions grew by 23% and the percentage of waiting for treatment for a referral for more than 21 days decreased from 21% to 0.7%. Over the course of the follow-up years, the number of those who exceeded the treatment curve decreased from 35 patients. The total number of outpatient outbreaks occurring in municipal invoices increased by 14% during the period considered. There was no significant change in the number of subdivisions. The number of treatment days decreased from 3782 days to 3066 treatment days. The duration of compartment periods decreased by 19%. On a process-based basis, there was a positive change in the availability of the care and efficiency of operations, that is, the overall quality of the operating processes during the research period has improved.

The performance-based assessment of the treatment was performed by multiple assessment of treatment events. The investigated nursing events (n = 1068) represented 39% of the study time events.

Of the pediatric patients, 11% thought that there was no or not enough talk of the right thing, 18% thought that they did not know whether they were talking about right things, 21% thought it was a little talk. Positive estimates (appropriately referred to) were 51%. 12% of the pediatric population thought that adults did not understand the situation of pediatricians, 19% said they did not know if the adults understood, 18% estimated that adults did not understand a bit. Positive estimates (well understood) was 51%. Patients were asked about the type of hospital stay they had during the treatment event. Of the pediatric patients, 12% reported being angry, 4% sad, 4% fearful, 45% plain and 35% cheerful.

In adult responses, the clear goal of the visit is shared or strongly agreed with 95% of all respondents. 95% of adult respondents agreed or strongly agreed that the main issues were discussed. 88% of respondents agreed or strongly agreed that their own case was heard. 96% of the respondents agreed or strongly agreed that the situation was safe and 92% agreed or strongly agreed that the cooperation was effective. Of the respondents, 91% agreed or strongly agreed that the visit was useful.

When looking at treatment events with both pediatric patients and adults, only a weak correlation between the answers was found, ranging from 0.23 to 0.29, which was statistically significant. However, it can be said that the relationship between pediatric patients and adult assessments of the same treatment event was not very strong and that estimates made by adults cannot reliably predict the estimates of children.

The research is related to the priority area of university-level health research, which examines the inconsistency and effectiveness of the health care service system and methods. The research was focused on changing operational practices and competence management as well as patient safety and quality management. The research produces new information on the quality of pediatric psychiatric research and care practices. The new information also included a pediatric assessment of a treatment event that was compared to adult estimates.

The evaluation model and technology used in the study can be applied more extensively to the quality of social and health services. The results of the study give a new kind of reference for health care quality surveys.

Käsitteitä

Arviointikehys: Teoreettisen ja kliinisen tiedon perusteella tuotettu malli organisaation laadun moninäkökulmaiseen arviointiin.

Monitahoarvio: Tutkimuksen tutkimusmenetelmän teoreettinen taso, kuvaa arvioinnin toteuttamista useista eri näkökulmista.

Monitahoarviomittari: Tutkimuksessa käytetty empiirinen työkalu.

Kokonaislaatu: Organisaation toiminnan laadun kokonaisuus eri näkökulmista tarkasteltuna.

Kokemus laadusta: Yksilöllinen kokemus laadusta.

Ontologia: Oppi olevan olemassaolosta. Olevan perimmäistä olemusta tutkiva filosofian osa.

Epistemologia: Tieto-oppi. Filosofian osa, jossa tutkitaan käsitteellisin ja filosofisin menetelmin tietoa, tiedon mahdollisuutta, luonnetta, alkuperää ja rajoja sekä käsitysten tai teorioiden oikeutusta.

Metodologia: Menetelmäoppi on tieteenfilosofian osa-alue, joka tutkii tieteellistä menetelmää. Metodologia sisältää ne tavat ja keinot, joilla tieteellistä tietoa tavoitellaan, hankitaan, muodostetaan ja perustellaan.

Teleologia: Tarkoituksiperäisyys tai päämäärähakuisuus on filosofinen oppi, jossa pohditaan tarkasteltavan kohteen (esimerkiksi jonkin toiminnan) tavoitetta.

Metaparadigma: Käsite, jolla määritetään hoitotyön keskeistä aluetta abstraktilla tasolla. Metaparadigman ohjaamana tuotetaan tieteellistä tutkimusta, teorioita ja malleja, jotka käsittelevät hoitamista. Fawcettin mukaan hoitotyön nykyisen metaparadigman neljä keskeisintä käsitettä ovat: ihminen, hänen ympäristönsä, terveys ja hoitotyö.

Paradigma: Jonkun tieteenalan kulloinkin yleisesti hyväksytty oppirakennelma, ajattelutapa tai suuntaus. Paradigma kuvaa sitä, mitä ja miten tieteessä tutkitaan.

Solipsismi: Filosofinen näkemys, jonka mukaan ”minä”-näkökulma on ensisijainen tiedon lähde. Solipsismissa varmaksi oletetaan oma olemassaolo. Näin esimerkiksi havainnot ja niiden luonne voivat olla vain oman ajattelun tuotoksia.

Rationalismi: Tietoteoreettinen näkemys, jonka mukaan tiedon lähteenä on ensisijassa järki eikä kokemus, dogmi tai usko.

Empirismi: Tietoteoreettinen näkemys, jonka mukaan tieto perustuu kokemukseen. Empirismillä tarkoitetaan tietoa, joka perustuu aistihavaintoihin ja empiiriseen eli kokemusperäiseen tutkimukseen. Tietoa on mahdollista saada kokemuksista yleistävällä päättelyllä.

Apriori ja aposteriori: Tietoteoreettisia termejä, jotka viittaavat tiedon luonteeseen. Termit viittaavat havaintokokemukseen, jonka suhteen ”a priori” tarkoittaa samaa kuin ’ennen kokemusta’ ja ”a posteriori” samaa kuin ’kokemuksen jälkeen’.

Internalismi ja eksternalismi: Tietoteoriassa uskomusten oikeutusteorioihin liittyviä näkökantoja. Internalismin mukaan kaikki mitä tarvitaan uskomuksen oikeutukseen, on suoraan tietoisuuden saatavilla. Internalismin mukaan siis uskomuksen oikeuttavat tekijät ovat joko toisia (tieteen sisäisiä) uskomuksia tai kokemuksia. Eksternalismin mukaan uskomusten oikeutukseen vaikuttavat puolestaan vain tietoisuuden (tieteen), ulkopuoliset seikat.

Heijastusteoria ja konstituutioteoria: Heijastusteorian mukaan tietämisen kohde heijastuu tiedostavaan subjektiin, kun taas konstituutioteorian mukaan subjekti tulkitsee tiedostettavaa kohdetta. Heijastusteoriassa painotetaan tiedon objektiivisuutta, ja tiedon perimmäiseksi lähteeksi mielletään tiedostavasta subjektista riippumaton objektiivinen todellisuus.

Sosiaalinen konstruktionismi: Yleisnimitys erilaisille tutkimussuunnille, joiden taustaoletuksena on tiedon ja käsitteiden sosiaalinen eli yhteisöllinen rakentuminen. Sosiaalinen konstruktionismi tarkastelee sosiaalisen todellisuuden ja merkitysten rakentumista.

Havainnon teoriapitoisuus: Havaintojen tulkitseminen on teoriapitoista eli tulkinta riippuu taustateoriasta, jonka valossa havaintoja tulkitaan. Tämä johtuu siitä, että havaintoon liittyy paitsi aistimista myös tulkitsevia prosesseja.

Balanced Score Card: (eli BSC) Tavoitejohtamisen periaatteiden pohjalta kehitetty organisaation toiminnanohjauksen suorituskykymittaristo.

Tuotanto: Organisaation tuottama palvelu eli hoitopäivien ja avohoitokäyntien kokonaismäärä tarkasteltavana ajanjaksona.

Tuottavuus: Organisaation tuotanto jaettuna siihen käytetyllä resurssilla.

Tuotantoyksikkö: Organisaation palveluna tuottama hoitopäivä tai avohoitokäynti.

Laatukerroin: Hoitotapahtumien monitahoarvioinnin perusteella syntynyt luku-arvo, jolla kuvataan organisaation hoitotapahtumien laatua.

Sisällys

Prologi	5
Tiivistelmä.....	9
Abstract	12
Käsitteitä.....	15
1 Tutkimuksen tausta.....	23
2 Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatu, keskeisiä käsitteitä ja tutkimuksen eteneminen.....	28
2.1 Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatu	28
2.2 Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviointiin liittyviä keskeisiä käsitteitä.....	33
2.3 Tutkimuksen eteneminen.....	41
3 Tutkimuksen filosofiset ja teoreettiset lähtökohdat.....	43
3.1 Tutkimuksen sitoumukset.....	43
3.2 Ontologiset sitoumukset	45
3.2.1 Ihmiskäsitys.....	46
3.2.2 Käsitys terveydestä.....	50

3.2.3	Käsitys hoitamisesta	51
3.3	Epistemologiset sitoumukset	56
3.4	Metodologiset sitoumukset	59
3.4.1	Monitahoarvioinnin mittarien teoreettinen tausta.....	62
3.4.2	Monitahoarvioinnin mittarien kehittäminen	63
3.5	Teleologiset sitoumukset	66
3.6	Eettiset sitoumukset	66
4	Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviointikehyksen muodostaminen	69
4.1	Laadun arviointikehyksen muodostaminen	69
4.2	Laadun arviointikehyksen perustelu	71
5	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	73
5.1	Tutkimuksen tarkoitus	73
5.2	Tutkimuskysymykset.....	73
6	Tutkimusmenetelmien kuvaus.....	75
6.1	Tutkimuksessa käytettyjen tutkimusmenetelmien luonnehdintaa	75
6.2	Hoitotapahtumien laadun monitahoarvioinnin tutkimusmenetelmä..	75
7	Tutkimuksen aineisto	76
7.1	Tutkimuksen konteksti ja sen esittely	76

7.2	Tutkimuksen aineistot näkökulmittain	82
7.2.1	Lapsipotilaiden hoitopolut ja työntekijäkontaktit.....	82
7.2.2	Toiminnan tunnusluvut.....	83
7.2.3	Monitahoarvioinnit hoitotapahtumien laadusta	83
7.2.4	Monitahoarviointien sähköinen tallennusmenetelmä ja esikäsittely	84
7.2.5	Monitahoarvioinnin aineisto.....	85
7.2.6	Yhteenveto tutkimuksen osa-alueista, aineistoista ja menetelmistä..	86
8	Tutkimuksen tulokset	87
8.1	Lapsipotilaiden työntekijäkontaktit	87
8.2	Palvelutuotantovertailun tulokset	93
8.3	Hoitotapahtumien laatu - Monitahoarvioinnin tulokset.....	100
8.3.1	Lapsipotilaiden arviot hoitotapahtumien laadusta.....	100
8.3.2	Aikuisten arviot hoitotapahtumista.....	104
8.3.3	Hoitotapahtumien arvioiden vertailu - aikuiset ja lapsipotilaat...	111
9	Pohdinta.....	113
9.1	Tulosten tarkastelua	113
9.2	Malli laadun arvioimiseksi prosessi- ja tulonäkökulmasta	116

9.3	Tutkimuksen eettisyyden tarkastelu	118
9.4	Tutkimuksen luotettavuus.....	121
9.5	Päätelmät	123
9.6	Suosituksset - Jatkotutkimuksen aiheita.....	125
	Epilogi	126
	Lähteet.....	127
	Luettelo taulukoista	144
	Luettelo kuvioista	147
	Liitteet	148

1 Tutkimuksen tausta

Tutkimuksen kohteena on lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatu. Psykiatrisia oireita arvioitiin vuonna 1989 olleen 24%:lla 8-9-vuotiaista suomalaisista lapsista ja diagnoosiin perustuvan hoidon tarvetta vastaavasti 9 %:lla. Arvio perustui huolellisesti kerättyyn Lapset-aineistoon, joka on toiminut vertailupohjana myöhemmille epidemiologisille tutkimuksille (Almqvist ym. 1999a; Almqvist ym. 1999b). Epidemiologinen tutkimus uudistettiin Varsinais-Suomen alueella vuosina 1999 ja 2005 noin tuhannelle 8-9 -vuotiaalle lapselle. Lasten psykiatristen oireiden epidemiologista tutkimusta on Suomesta edelleen saatavilla varsin niukasti ja aiempi tutkimus on tuottanut osin ristiriitaista tietoa. Kokonaisuudessaan vanhempien ja opettajien arvioimana lasten psykiatristen oireiden esiintyvyydessä ei ole tapahtunut merkittävää muutosta. Lasten itsearvioinnissa tyttöjen masennus, ja tyttöjen ja poikien päänsärky ja vatsakivut ovat yleistyneet. (Santalampi ja Sourander 2008; Sourander 2016.)

Kansainvälisesti arvioiden 5-17-vuotiaiden lasten toimintakykyä merkittävästi haittaavien psykiatristen häiriöiden yleisyyden arviot vaihtelevat eri tutkimusten mukaan 3-18 % välillä (Costello, Egger, Angold 2005; Ford, Goodman, Meltzer 2003; Merikangas ym. 2010). Lastenpsykiatriset häiriöt koskettavat lapsuuden aikana Suomessa joka neljättä lasta, ja erityistason lastenpsykiatrista palvelua tarvitsee lapsuutensa aikana yksi kymmenestä lapsesta (Borg 2015, 16–17). Lastenpsykiatrinen toiminta koskettaa merkittävää osaa väestöstä, ja siten toiminnalla ja sen laatuun kohdistuvalla tutkimuksella voidaan ajatella olevan varsin merkittävää yhteiskunnallista ja tieteellistä vaikutusta.

Terveydenhuollon palvelujen laatu ja laadun arvioiminen on merkittävä tulevaisuuden haaste. Kun palvelujen tuottamiseen käytettäviä rajallisia voimavaroja arvioidaan suhteessa palvelujen tarpeeseen, on tärkeää saada kuva toteutettujen palvelujen laadusta. (Aaltonen 2008; Mäntynen ym. 2015, 19–20.) Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen tuottaminen, palvelujen saatavuus, vaikuttavuus, kustannustehokkuus, terveyshyöty sekä potilaiden, omaisten ja yhteistyöta-

hojen kokemus palveluista muodostavat kokonaisuuden, jonka laatu on merkityksellistä ainakin inhimillisestä, ammatillisesta, yhteiskunnallisesta, poliittisesta, taloudellisesta ja juridisesta näkökulmasta. Vaikka sosiaali- ja terveysalalla tehdään merkittävästi palvelurakennetta ja toimintamalleja uudistavaa kehittämistyötä, varsinaista lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon toiminnan laatua arvioivaa tutkimusta on toistaiseksi tarjolla varsin niukasti.

Vuonna 2012 voimaan tullut Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 määrittää terveydenhuollon palveluja ja tulevaisuuden suuntaa Suomessa. Terveydenhuoltolain 8§ määrittää palvelujen laatua seuraavasti.

”Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua – Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa.” (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut toistaiseksi tuoreimman Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (2001), jossa suositukset annetaan 1) *kuntalaisten ja palvelujen käyttäjän* näkökulmasta, 2) *ammattihenkilöiden ja ammatillisten käytäntöjen* näkökulmasta ja 3) *hallinnon ja johtamisen* näkökulmasta. Näkökulmittain tämä tarkoittaa, että kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien kokemuksia palveluista seurataan (kuntalaiset, asiakkaat, potilaat, omaiset, läheiset) ja seurantatietoa käytetään apuna työn kehittämisessä. Lisäksi palautejärjestelmien systemaattisuutta kehitetään. Ammattihenkilöiden ja ammatillisten käytäntöjen näkökulmasta keskeistä on, että palveluita ja hoitokäytäntöjä sekä toiminnan edellytyksiä ja toimintatapoja arvioidaan järjestelmällisesti, ja tätä tarkoitusta varten kehitetään arvioinnin menetelmiä. Hallinnon ja johtamisen näkökulmasta keskeistä on, että alueellisena ja monialaisena yhteistyönä on tuotettu mielenterveystyön kokonaissuunnitelma osaksi hyvinvointiohjelmaa. Tähän suunnitelmaan sisältyy myös sen toteutumisen seurantasuunnitelma.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisema Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma korostaa asiakkaan aseman vahvistamista, ennaltaehkäisevää työtä, palvelujen toteutusta toimivana kokonaisuutena ja ohjaukeinojen kehittämistä (Moring ym. 2011).

Suomessa on psykiatrian alueella valtakunnallisesti hyväksytyjä Käypä-hoit-suosituksia esimerkiksi ADHD:n (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret), depression, epävakaan persoonallisuuden, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, skitsofrenian, syömishäiriöiden, traumaperäisen stressihäiriön ja unettomuuden hoidosta. (<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>).

Psykiatrisen sairaanhoidon laatuindikaattoreita on Suomessa historiassa kehitetty esimerkiksi VENLA-työryhmässä skitsofreniapotilaiden hoitoon (Lehtinen ym. 1995.) Skitsofrenian osalta tuoreimmat laatuindikaattorit ovat vuodelta 2013 ja ne on määritelty Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettaman työryhmän toimesta skitsofrenian käypä hoito -suosituksessa. Työryhmä ehdottaa hoidon laadun seuraamista erilaisten laatuindikaattoreiden avulla. Nämä indikaattorit käsittelevät yksikön kirjallista paikallista skitsofrenian hoito-ohjelmaa, potilaiden sairauskertomuksen ajantasaista hoitosuunnitelmaa, perheen ja lähiverkoston osallistumista, lääke- ja muita hoitomuotoja, suunnittemattomia sairaalahoitoja, perheen alaikäisten tilanteen arviointia, avohoidon säännöllistä toteutumista, somaattisten sairauksien selvittelyä ja yksiköiden oman toiminnan vertaamista valtakunnan muihin yksiköihin olemassa olevan rekisteritiedon perusteella. (Salokangas ym. 2013.)

Käypä hoito -suositusten mukaisia toimintamalleja on otettu käyttöön Suomessa esimerkiksi alueellisten hoitoketjujen ja palveluverkkojen avulla. Lasten mielenterveystyön palveluverkosta on laadittu kuvaus, jonka mukaisesti toimimalla lapsen ja perheen tarkoituksenmukainen tutkimus ja hoito toteutetaan asianmukaisesti lapsen, perheen ja palvelujärjestelmän keskinäisessä yhteistyössä (Puura ym. 2017).

Erikoissairanhoidon osalta keskeisenä laatuindikaattorina Suomessa on toiminut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittely ja ohjeistus vuodelta 2013, Erikoissairanhoidon hoitoon pääsyn seuranta. Merkittävänä käyttötarkoituksena on

Terveydenhuoltolain (1326/2010) seuranta ja valvonta ja toimiminen terveydenhuoltojärjestelmän suorituskyvyn laatuindikaattorina. (Häkkinen 2013).

Lastenpsykiatrisista tutkimus- ja hoitomenetelmistä on käyty julkista keskustelua. Mediuutiset otsikoi 14.8.2013: Lastenpsykiatria on hoitojen viidakko. Kirjoituksen mukaan Suomessa on havahduttu siihen, että ei ole olemassa tarkkaa kokonaiskuvaa eri puolilla Suomea sovellettavista lastenpsykiatrian arviointi- ja hoitomenetelmistä. Artikkelin nosti esiin erityisesti kaksi tapahtumaa. Toinen tapauksista oli Valviran käsittelyssä vuonna 2011, jolloin sairaalan lastenpsykiatrian yksikkö hoiti kaikkia lapsia diagnoosista riippumatta samalla menetelmällä. Keväällä 2013 Valvira otti kantaa toisen sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian yksikön tilanteeseen, jossa eri tahoilla oli varsin poikkeavia näkemyksiä siitä, mitä ovat tehokkaat ja normaalit hoitomenetelmät. Kirjoituksen mukaan lastenpsykiatrian hoitomenetelmien kirjavuuteen on tulossa parannusta, kun yliopistosairaaloiden lastenpsykiatrian klinikat kartoittavat lastenpsykiatriset hoitonsa ja erityisosaamisensa. Tämän jälkeen lastenpsykiatrian klinikat tulevat etsimään yhteisen linjan siitä, mitkä ovat hyviä erikoissairaanhoidon tutkimus- ja hoitokäytäntöjä. (Heino, 2013; Valvira Dnro 804/05.01.04.04/2009.)

Lastenpsykiatrista tutkimustietoa on saatavilla esimerkiksi lapsen sosioemotionaalisen hyvinvoinnin ennustamisesta (Luoma 2004), lasten autismikirjon häiriöistä (Kaartinen 2017; Kuusikko-Gauffin 2011; Mattila 2011), lastenpsykiatrisista häiriöiden tutkimuksesta ja hoidosta (Puura 1998), palvelujärjestelmätasolla häiriöiden varhaisesta tunnistamisesta (Borg 2015), lasten ja nuorten psykiatrisesta osastohoidosta (Ellilä 2007) ja pikkulapsipsykiatriasta, jossa keskeinen tutkimuskohde on vanhemman ja lapsen vuorovaikutus (Latva 2009; Mäntymaa 2006). Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon toiminnan laatua koskevaa tutkimustietoa ei kuitenkaan toistaiseksi ole ollut saatavilla.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (718/2013) yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksesta nimeää tutkimuksen painopistealueiksi merkittävien kansanterveysongelmien ja sairauksien tutkimuksen, yksilöllistetyn lääketieteen ja biopankkitoiminnan, vaikeat ja harvinaiset sairaudet, väestökohorttien epidemio-

logiset seurantatutkimukset, terveyserojen kaventamisen ja terveyden edistämisen, potilaan ja asiakkaan oikeuksien ja valinnanvapauden toteutumisen ja valtakunnallisiin kehittämishankkeisiin liittyvän terveydenhuoltotutkimuksen. Lisäksi painotetaan ”*terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja menetelmien tuloksellisuuden ja vaikuttavuuteen, toimintakäytäntöjen muuttamiseen ja osaamisen johtamiseen sekä potilasturvallisuuteen ja laadunhallintaan*” liittyvän tutkimuksen merkitystä ja nämä painopistealueet ovat tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena.

2 Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatu, keskeisiä käsitteitä ja tutkimuksen eteneminen

2.1 Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatu

Tutkimuksen tietohaut tehtiin kahdessa eri vaiheessa. Vuonna 2012 tehtiin alustava tietohaku, ja vuonna 2017 toteutettiin tarkennettu tietohaku, jolla varmennettiin alustavien hakujen tuottama näkemys lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arvioinnin niukasta tutkimustiedosta.

Tietohaun tavoitteena on ollut selvittää, mitä tutkimustietoa lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon organisaation laadun arvioimisesta on saatavilla. Ensimmäinen tietohaku on toteutettu vuonna 2012. Suomenkielinen haku vuonna 2012 Tampereen yliopiston Nelli portaalin kautta aineistosta LINDA (yliopistokirjastojen yhteisluettelo) hakusanoilla "lastenpsykiatria" ja "laatu" tuotti kaksi tulosta. Molemmat olivat kehittämishankkeiden loppuraportteja. Moilasen (1999) raportti käsittelee lasten ja nuorten palveluketjun kehittämistä ja Pykkänen (2003) tarkastelee hoitotakuun toteutumista nuorisopsykiatriassa.

Yhteishaualla terveystieteiden aineistosta Medline(Ovid), Cinahl(EBSCO), Science Citation Index Expanded (ISI), Medic ja SCOPUS(Elsevier) hakusanoilla "child psychiatric" ja "quality" noudettiin samoista tietokannoista relevanssin perusteella 150 hakutulosta. Haun jälkeen tarkastelun kohteeksi otettiin viitteiden otsikot ja niiden perusteella relevanteiksi arvioitujen tiivistelmien tekstit. Tekstit käsitelivät esimerkiksi psykososiaalisten ongelmien ja elämän laadun yhteyksiä (esimerkiksi Bot 2011), somaattisesti sairaiden lasten psykiatriasia oireita ja elämänlaatua (esimerkiksi Eilertsen 2012) tai potilastyytyväisyyttä (esimerkiksi Biering 2010).

Yhteishaku edellä mainituista terveystieteiden aineistosta sanoilla "lastenpsykiatrinen erikoissairaanhoido" ja "palvelujen laatu" tuotti neljä viitettä. Leskisen ym. (2009) aiheena olivat potilaskantelut, Back (2000) on tutkinut Diagnoosien yhdistämien ryhmien hinnoittelua (Diagnosis-Related Groups, DRG), Orava ym. (2012) puhelinohjausta hoitotyön menetelmänä ja Kotisaaren ym. (2011) aihe koskee terveyden edistämistä.

Tietohaku uudistettiin vuonna 2017 yhteistyössä Tampereen yliopiston informaatikon kanssa PsycINFO(Ovid), Cinahl ja Medic -tietokannoista. Hakuja täydennettiin lisäksi Medline(Ebsco) ja Arto -tietokannoista. Koti- ja ulkomaisia tutkimuksia haettiin eri tietokannoista tietokantakohtaisilla strategioilla. Hakustrategioiden päälinjana oli kotimaisissa tietokannoissa haku yhdistelemällä hakutermejä lastenpsykiatria* ”lasten mielenterveyspalvelu*” ”child psychiatr*” AND laatu* quality. Kotimaisia lähteitä tavoitettiin tietokannoista Arto (n=45) ja Medic (n=16).

Ulkomaisissa tietokannoissa hakustrategioiden päälinjana oli tavoittaa ensin laajasti lähteitä asiasanojen ja sanahakujen erilaisilla yhdistelmillä. Hakujen avulla tavoitettiin lastenpsykiatrian tai lasten mielenterveyspalvelujen, lasten ja psykiatrian, psykiatristen toimintayksiköiden, psykiatrisen hoidon, ja laadun arvioinnin tietoalueita, jotka lopuksi yhdistettiin. Käytetyt hakutermit (asiasanat erotettu isolla kirjaimella) tietokannoittain eriteltyinä olivat seuraavat:

Cinahl: ”Child Psychiatry” ”Psychiatric Care” ”Hospitals, Psychiatric” ”Psychiatric Units” ”Psychiatric Service” ”Child” ”Child, Preschool” ”Infant” child* infant* ”Quality of Health Care” ”Quality Management, Organizational” ”Quality Assurance” ”Quality Assessment” ”Outcome Assessment Information Set” ”Process Assessment (Health Care)” ” Quality Improvement”.

PsycINFO(Ovid): ”child psychiatry” ”mental health services” ”psychiatric hospital*” ”psychiatric unit*” ”psychiatric service*” ”psychiatric care*” child* infant* ”quality of services” ”quality of care” ”quality control” ”Quality of Health Care” ”Quality Management” ”Quality Assurance” ”Quality Assessment” ”Outcome Assessment” ”Process Assessment” ”Quality Improvement”.

Medline(Ebsco) haku toteutettiin asiasanoilla “child psychiatry” AND “quality of service” ja rajoittimina olivat julkaisuvuodet 2000–2018, lähdeyyppinä akateemiset aikakausjulkaisut.

Ulkomaisia lähteitä tavoitettiin tietokannoista Cinahl (n=69), Medline (Ebsco) (n=11) ja PsycINFO (Ovid) (n=351). Hakutulosten tarkastelun jälkeen PsycINFO (Ovid) tulokset tietokannasta rajattiin koskemaan 0-12 vuotiaita ja julkaisuvuoksiksi asetettiin 2000–2018. Tuloksia saatiin lopulta 139.

Hakutulokset otettiin aluksi tarkasteluun tietokannoittain ja ensimmäinen rajaus suoritettiin otsikon perusteella, tai mikäli aihe ei käynyt ilmi otsikon perusteelle, otettiin tarkasteluun kyseisen viitteen abstrakti. Sisäänottokriteerinä oli, että otsikossa tai abstraktissa kuvataan lastenpsykiatrisen organisaation hoidon laatua tai laadun arviointia. Poissulkukriteerinä olivat: aihe ei käsittele lastenpsykiatrisen organisaation hoidon tai lasten mielenterveyspalvelun laatua tai aiheena oli yksittäisen intervention, hoitomenetelmän tai potilasryhmän hoidon arviointi. Jatko-tarkasteluun valitut hakutulokset otsikon ja abstraktin perusteella tietokannoittain olivat: Cinahl (n= 23), PsycINFO(Ovid) (n=33), Medline (Ebsco) (n= 8), Medic (n=0), Arto (n=4).

Seuraavan tarkasteluvaiheen sisäänottokriteerinä oli tieteellinen tutkimus. Poissulkukriteerit olivat: muu kuin tieteellinen tutkimusjulkaisu, systemaattinen katsaus, kehittämishanke, tutkimuskohde peruspalvelu (community, primary care), tutkimuskohde yli 12-vuotiaat, politiikkaohjelman implementointi, päällekkäinen hakutulos. Tietokannoittain eriteltynä hakutulos oli Cinahl (n=12), Psycinfo (Ovid) (n=10), Medline (Ebsco) (n=7), Medic (n=0), Arto (n=0). Lopullinen hakutulos oli 27 lähdetä kun päällekkäiset tulokset oli poistettu.

Hakustrategian perusteluna oli tarve tavoittaa laajasti aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja toisaalta selvittää lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon organisaation laadun arviointiin liittyvän tutkimustiedon määrää. Vuoden 2017 tietohaku on kokonaisuudessaan esitetty Liitteessä 1.

Lastenpsykiatrasta palvelutuotantoa koskevavaa tutkimustietoa on tietohaun perusteella saatavilla moniammatillisten interventioiden merkityksestä hoidon

tuloksen parantajana (Bobier, Dowell, Swadi 2009), epätydyttävistä hoitotuloksista kliinikkojen arvioimana (Plapp, Rey 1994) sekä lasten ja/tai vanhempien tyytyväisyydestä psykiatriseen hoitoon (Kaplan ym. 2001; Marclay ym. 2010; Stallard 1995; Stasiak ym. 2013; Tas, Guvenir, Cevrim 2010; Woodring 2004).

Lastenpsykiatrisen hoidon laatuindikaattoreita ovat tarkastelleet Janssen ym. (2013) ja Zima ym. (2005). Noserin ja Bickmanin (2000) tarkastelun kohteena ovat laatuindikaattorit lasten mielenterveyspalveluissa (hoidollinen suhde, tyytyväisyys ja vanhempien osallistuminen) ja niiden yhteys hoidon tuloksiin. Olin (2014) käsittelee perhettä tukevan hoidon laatuindikaattoreita ja yhteyttä organisaatioon.

Lastenpsykiatrisen hoidon tulosten perusteella laatua ovat arvioineet Trask ja Garland (2012), Murphy ym. (2012) tutkimuksessa vanhemmat ja kliinikot ovat arvioineet lastenpsykiatrisen avohoidon tuloksia kun taas Fuggle (2015) painotti tuloksissa kliinikoiden arviota. Gavidia-Payne (2003) tarkastelee psykiatrisen sairaalahoidon tulosten arviointia vanhempien, opettajien ja hoitoon lähettäneiden tahojen näkökulmasta. Sams, Garrison ja Bartlett (2016) tarkastelevat voimavarakeskeisen menetelmän tuloksia alaikäisten psykiatrisella osastolla. Hoidon tulosten tarkastelun mittarina käytetty esimerkiksi the Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents -mittaria (HoNOSCA) (Harnett 2005).

Lastenpsykiatrisen hoidon organisaatiokonteksti on myös ollut tutkimuksen kohteena. Bunger ja Gillespie (2014) tarkastelivat lasten mielenterveyspalveluiden organisointia, Glisson (2002) lasten mielenterveyspalveluiden organisaatiokontekstia ja Colton (2007) suorituskyvyn mittaamista ja toimenpiteitä, joita terveydenhuollon organisaatiot voivat toteuttaa systemaattisen lähestymistavan käyttämiseksi organisaation tehokkuuden ja asiakaspalvelujen parantamiseksi.

Steinhausen ym. (2000) tarkastelivat hoidollisen intervention laadun arviointia, Walker ja Bruns (2006) käytäntöön perustuvan evidenssin määrittelyä asiantuntijoiden arvioimana. Wolpert (2017) korostaa yksilön kliinisen hoitotuloksen arvioimisen tärkeyttä psykiatrisessa hoidossa.

Tutkimusta on myös palvelun laadusta ja sen eri yhteyksistä. Mayberry, Satterwhite ja Craig (2012) tutkivat palvelun laadun positiivista yhteyttä perheen hoitoon osallistumiseen ja Green (2001) palvelun laadun parantamista lasten mielenterveyspalvelun prosessin ja tulosten yhteyden perusteella. Lisäksi tietoa on aiemmin mainituista tutkimuslinjoista poiketen olemassa siten, että Banks ja Pandiani (2001) käyttivät valmista tietovarantoa hoidon tulosten arviointiin.

Yhteenvetona tietohausta voidaan todeta, että lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon *organisaation toimintakokonaisuuden laatua* arvioivaa tutkimusta ei näistä tietokannoista näillä hakusanoilla löytynyt, ja tämä osoittaa aiheeseen liittyvän tutkimuksen tarpellisuuden.

Kun tutkimuksen näkökulmaa laajennetaan julkisiin organisaatioihin, esimerkiksi Oulasvirta (2007) on tutkinut palvelun laadun arviointia moniportaisessa julkisessa organisaatiossa. Tutkimuksessaan Oulasvirta esittelee arviointikehikon ja ”kuivaharjoittelunomaisesti” soveltaa sitä tutkimuksessaan. Oulasvirran tutkimuksen arviointikehikon kehittämisen mallia on hyödynnetty tämän tutkimuksen kehittämissä. Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon on osa yhteiskunnan tarjoamaa julkista palvelua, joten Oulasvirran tarjoama malli on perustellusti hyödynnettävissä tässä yhteydessä. Keskeinen Oulasvirran tutkimuksen anti tämän tutkimuksen kannalta on kokonaisnäkemys, jossa julkisen palvelun laadun arviointia tulee toteuttaa useasta eri näkökulmasta.

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun olemus on pääosin aineeton, vuorovaikutuksessa ilmenevä tapahtuma, jonka tapahtumassa mukana olijat yhteisesti rakentavat ja josta mukana olleet toimijat muodostavat oman tulkintansa kokemukseensa perustuen. Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun olemuksessa, ainakin metaforana, voisi olla jotakin samankaltaista kuin filosofian historiassa Isä Augustinuksen (354 – 430) kuvaamassa aikakäsityksessä.

»Sillä mennyttä aikaa ei enää ole olemassa ja tuleva aika ei ole vielä tullut... Jos nyt siis nykyaika vain sen vuoksi on aikaa, että se muuttuu menneisyydeksi, kuinka voimme silloin väittää, että se on olemassa, jos sen ainoa olemisen peruste on siinä, että se ei enää tule olemaan.» Augustinus: Tunnustukset XI.14, s. 421.

Metaforisesti, kuten Isä Augustinuksen aikakäsityksessä, voidaan kuvata lastenpsykiatrisen toiminnan laatua siten, että se on olemassa hetkissä tai tilanteissa. Mennyttä laatua ei enää ole, tulevaa laatua ei vielä ole.

Tässä tutkimuksessa lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatua arvioidaan palvelujen käyttäjien, palvelujen tuottajien ja palvelujen ohjauksen näkökulmista. Näin voidaan tavoittaa ainakin lapsipotilaiden, läheisten, toimintaan osallistuvien ammattilaisten, johtamisen ja yhteiskunnallisen ohjauksen näkökulmia. Vaikka tässä tutkimuksessa hahmotellun laadun arviointikehyksen empiirinen käyttö rajoittuu tutkimuksessa yhden sairaanhoitopiirin alueelle, arviointimallia olisi mahdollista käyttää muidenkin sairaanhoitopiirien alueella. Näin voitaisiin tavoittaa arvokasta tietoa eri sairaanhoitopiirien lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadusta useista eri näkökulmista arvioituna.

2.2 Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviointiin liittyviä keskeisiä käsitteitä

Lastenpsykiatria

Lastenpsykiatria perustettiin suppeana erikoisalana Suomessa vuonna 1951 ja pääerikoisalana vuonna 1955 lasten sielullisten häiriöiden nimellä. Nykyisen nimensä lastenpsykiatria sai vuonna 1968. (Piha 2004, 386.)

Lastenpsykiatria on lääketieteen erikoisala, jonka tehtäväksi on määritelty erilaisista psyykkisistä ongelmista kärsivien lasten tutkimus, hoito ja kuntoutus. Lastenpsykiatrian tehtäväalueeseen kuuluu näiden psyykkisten ongelmien aiheuttaman oireilun hoito, mikäli oireet hoitamattomina olennaisella tavalla vaikeuttaisivat tai estäisivät normaalia psykososiaalista kehitystä. (Piha ym. 2000.)

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon rakenteet muodostuivat Suomessa 1980-luvulla, jolloin perustettiin lastenpsykiatrian poliklinikoita keskussairaalaapiireihin. Lasten mielenterveyspalveluja tuotetaan nykyisellään erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen, erityisesti lastensuojelun ja perheneuvoloiden monialaisena yhteistyönä. Palvelujen järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon säädöspohja on ollut vuodesta 2006 (Paras-hanke) uudistuksen alla siten, että tavoitteena on yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset, laadukkaat, vaikuttavat ja kustannustehokkaat palvelut. Meneillään olevaa palvelurakennemuutosta ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon säädöspohja ja keinona tuodaan esiin sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä perus- ja erityispalvelujen integraatio. (Kaukonen ja Repokari 2016, 437; Raivio 2006) Tämä uudistus on ollut meneillään samaan aikaan nyt kyseessä olevan tutkimusprosessin kanssa.

Lapsen psyykkisen häiriintyneisyyden arvioiminen toteutuu tavanomaisesti moniammatillisen työryhmän työnä, jossa lapsen ja hänen elämäntilanteensa perehdytään monipuolisesti. Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon moniammatilliseen henkilökuntaan kuuluu tavallisesti lastenpsykiatri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, psykologi ja mahdollisesti fysioterapeutti, puheterapeutti, toimintaterapeutti tai askarteluohjaaja. Moniammatillinen työryhmä voidaan koota organisaation työntekijöistä tai yhteistoimintaverkoston avulla. (Thapar ym. 2015; Taipale 1998, 321, 331.) Erilaisten ammattilaisten mukana olon uskotaan parantavan tasapuolista ja läpinäkyvää työskentelyä, vaikka siitäkin on olemassa suhteellisen vähän tutkimustietoa (Nikander 2003, 279). Moniammatillisuus mahdollistaa monitieteisen teorian tiedon, erilaisten asiantuntijuuksien ja yhteistyön laajaa hyödyntämistä lapsen ja perheen parhaaksi. Parhaimmillaan moniammatilliset teoriat ovat työvälineitä, jotka antavat toisiaan täydentäviä näkökulmia työskentelyyn. (Tamminen 2004, 127-128.)

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon luonteeseen kuuluu se, että lapsen erikoissairaanhoidon tutkimuksen ja hoidon aikana tehdään yhteistyötä perheen ja läheisten lisäksi erilaisten peruspalvelujen yhteistyötahojen kanssa. Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon toiminnan tavoitteena on edistää lapsen, perheen ja

väestön terveyttä. (Kaukonen ja Repokari 2016.) Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on moniammatillisen lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviointi.

Erikoissairaanhoido

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa Suomen terveydenhuollon ja terveystalvelujen ohjauksesta, mukaan lukien lainsäädännön valmistelu. Sosiaali- ja terveystalvelupolitiikka määritellään hallitusohjelmassa ja ohjaus on osa politiikkaprosessia, jossa demokraattisesti tehdyt poliittiset päätökset ohjaavat hallintoa toteuttamaan politiikkaa tai ohjelmaa tavoitteen mukaisesti. Ohjauksen tavoitteena on ylläpitää ja edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta sekä kaventaa terveyseroja. Terveystalvelut tuotetaan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollon osuudessa korostuu väestön terveyden seuranta, edistämistä ja terveystalveluja, erikoissairaanhoidon osuuteen sisältyy erikoisalojen tutkimuksia ja hoitoa. (Oulasvirta, Ohtonen ja Stenvall 2002; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Stenvall ym. 2017.)

Julkinen organisaatio

Organisaatio määrittelyssä korostuu yleisesti ihmisten yhteistoiminta jonkin tavoitteen saavuttamiseksi. Organisaation olemassaolo toteutuu aina jossakin kontekstissa, ajassa ja paikassa (Harisalo 2010, 31; Stenvall ym. 2017, 47). Julkisella organisaatiolla on erityispiirteitä, jotka vaikuttavat siihen, miten julkisen organisaation tuottamia talveluja on tarkoituksenmukaista arvioida (Oulasvirta 2007, 52). Julkinen sektori eroaa yksityisestä sektorista esimerkiksi seuraavien piirteiden osalta. Yhteiskuntapoliittiset tavoitteet ja säädökset ohjaavat julkisen sektorin toimintaa, ja organisaatorakenne on usein moniportainen, koska julkiset talvelut ovat valtakunnallisesti ohjattuja. Toiminta on budjettisidonnaista, ja julkisten tal-

velujen hallintoa ja ohjausta hoidetaan useilla eri hallinnonaloilla. Tämän johdosta sekä valtion että kuntien sisällä olevat palvelurakenteet ovat lohkoutuneita ja erikoistuneita. (Kiviniemen 1989, 9).

Palveluiden tuotantoprosessin hahmottaminen yksityiskohtaisesti on vaikeaa verrattuna teollisiin tuotantoprosesseihin (Stenvall ym. 2017, 50.) Yleisellä tasolla pyrkimys toiminnan tehokkuuteen ja rationaalisuuteen on keskeinen ajattelutapa modernissa markkinataloudessa ja julkishallinnossa (Vakkuri, Oulasvirta ja Johansson 2017, 93.) Toisaalta julkisten organisaatioiden tuottamien palvelujen laadun arviointia vaikeuttaa se, että palvelutuotannolle asetetut tavoitteet ovat tavanomaisesti epämääräisiä. Eri intressiryhmien näkökulmat julkisen organisaation palvelun laatuun voivat myös poiketa merkittävästi toisistaan. Oulasvirta kuvaa pelkistetyksi ja tiivistetyksi eri intressitahojen näkökulmaa palvelujen laatuun (Taulukko 1.). (Oulasvirta 2007, 56, 66.)

Taulukko 1. Poliittisten päätöksentekijöiden, johtavien virkamiesten, asiantuntijoiden, palvelun käyttäjien ja kansalaisten näkökulmat julkisen organisaation tuottamien palvelujen laatuun. (Oulasvirta 2007, 66. Mukaeltu)

Intressitaho	Näkökulma palvelun laatuun
Poliittiset päätöksentekijät	Yhteisönäkökulma keskeinen, miten toiminta palvelee jotain väestöryhmää. Palvelun laatua koskevat tavoitteet laadun arvioinnin keskeinen lähtökohta. Palvelun vaikutukset kiinnostavat eniten. Tavoitteet ovat epäselviä ja vaihtuvat poliittisen ohjauksen mukaisesti.
Johtavat virkamiehet	Tuloksellisuusnäkökulman ensisijaisuus Oman yksikön tavoitteiden saavuttaminen keskeinen kriteeri. Laatua suhteutetaan kustannuksiin (tehokkuus- ja taloudellisuus- keskeiset näkökulmat)
Asiantuntijat	Korostaa asiakkaan auttamisen näkökulmaa. Palvelun käyttäjien ammatillinen auttaminen keskeisin näkökulma. Edustaa yksilökohtaista asiakasnäkökulmaa.
Palvelujen käyttäjät	Yksilönäkökulman korostuminen, subjektiivinen näkökulma ensisijainen. Palvelun lopputulos omasta näkökannasta katsottuna tärkeä.
Kansalaiset	Yhteisönäkökulma Palvelun yhteisölliset merkitykset korostuvat.

Koska julkisen organisaation tuottaman palvelun laadun arvioimiseksi ei ole olemassa yhtä hyväksyttyä tapaa, tulee arvioinnissa ottaa huomioon eri intressitaho-

jen näkökulmat ja toimintakonteksti soveltuvin osin. Tässä tutkimuksessa esitellään arviokehys lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviointiin ja arvioinnissa painottuvat palvelujen käyttäjien, läheisten, asiantuntijoiden ja poliittisen ohjauksen mukaisen johtamisen näkökulmat.

Palvelu

Palvelulle on olemassa lukuisia toisistaan poikkeavia määritelmiä. Liiketaloustieteiden alueella palvelun käsitteen määrittelyssä korostuu vuorovaikutus palveluhenkilöstön kanssa tai jonkun fyysisen järjestelmän tai laitteen välillä. Erilaisissa määrittelyissä palveluja pidetään usein aineettomina, prosesseina ja niissä palvelut tuotetaan ja kulutetaan osin samanaikaisesti. Usein asiakas palvelujen käyttäjänä osallistuu myös palvelutapahtumaan. (Oulasvirta 2007, 79.)

Normann (1985, 19) luonnehtii palvelua seuraavasti: Palvelun luonne on aineeton ja sen omistusoikeus ei siirry. Palvelun tuotetta ei ole olemassa, sitä ei voi myydä edelleen, eikä sitä ole mahdollista esitellä tehokkaasti ennen ostotapahtumaa. Palvelun tuotetta ei voi varastoida ja palvelun tuottaminen ja kulutus tapahtuvat usein samanaikaisesti. Tuotetta ei voida kuljettaa, mutta palvelun tuottajia voidaan. Välitön kontakti on usein välttämätön, ja ostaja/asiakas osallistuu suoraan tuotantoon. Grönroos (2001, 85–89) on korostanut, että palvelun käyttäjä kuluttaa palvelun tuotantoprosessia (tai palveluprosessia) ja sen tuomaa arvoa, jonka tuottamiseen hän itse osallistuu. Näkökulma palveluun on siten laajempi, palvelujen tuotantoprosessin käyttäjä ei siten kuluta pelkästään palvelun tuotantoprosessin lopputulosta vaan on osa palvelun tuottamistapahtumaa.

Laatu

Aristoteles osoitti laadulla olevan kaksi merkitystä. Laatu erottaa kohteen toisista kohteista ja sen avulla erotetaan hyvä ja paha. Laadun käsitettä käytetään edelleen

samassa merkityksessä, se kuvaa mikä on kohteelle ominaista ja erityisesti kohteen hyvänä pidettyjä ominaisuuksia. (Anttila ja Jussila 2016; Blackburn 1994, 24–25, 301–302.)

Laatua määritellään kirjallisuudessa useista eri näkökulmista sen mukaan, miten toimialan luonne ohjaa toiminnan tavoitteita. Laatuajattelun keskeinen vaikuttaja, Joseph Juran (1988) määrittelee laatua sen perusteella, *miten hyödyke sopii käyttötarkoitukseensa*. Määrittely viittaa siihen, miten tuotetun hyödykkeen tai palvelun ominaisuudet ovat yhteensopivia niiden käyttötarkoituksen kanssa. Juran (1988) korostaa laadun vaatimuksena asiakaslähtöisyyttä. Juranin määrittelyä on yleisesti arvioitu hyvänä laadun määrittelyä laajassa merkityksessä.

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviointi

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon tavoitteena on vastata väestön lastenpsykiatriseen palvelutarpeeseen. Epidemiologiset selvitykset lastenpsykiatrisen hoidon tarpeesta viittaavat siihen, että vain pieni osa palvelujen tarpeessa olevista lapsista ja perheistä on palvelujen piirissä. (Almqvist ym. 1999a; Almqvist ym. 1999b; Borg 2015, 17.) Sosiaali- ja terveysministeriön hallitusohjelman mukainen tavoite on yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut, asiakkaan aseman korostaminen ja palveluiden laadun, saatavuuden ja vaikuttavuuden parantaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017)

Vaikka terveyspalveluiden ohjauksessa ei aina tavoitella ehdotonta yhdenmukaisuutta, on tarvetta varmistaa, että palvelut ovat laadullisesti ja määrällisesti riittäviä väestölle. Tavoitteen toteuttamiseksi palveluissa sovelletaan minimikriteerejä takaavia ehdottomia normeja. Tällaisia ovat esimerkiksi asiakkaiden subjektiiviset oikeudet ja palvelun tarjoajien ehdottomat velvoitteet esimerkiksi hoidon saatavuuden suhteen. (Häkkinen 2013; Oulasvirta, Ohtonen ja Stenvall 2002, 31.)

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon toiminnan laatu määrittyy palvelujärjestelmän tasolla suhteessa kykyyn vastata alueen väestön palvelutarpeeseen ja toi-

saalta laatu rakentuu yksittäisen potilaan ja hänen läheistensä tutkimuksen ja hoidon tasolla (Kaukonen ja Repokari 2016). Palvelujärjestelmätason laadun ohjauksen näkökulmasta keskeinen kysymys on se, onko toimintamallit rakennettu siten, että resursseilla voidaan tuottaa optimaalinen väestöä palveleva toiminta. Yksittäisen potilaan ja hänen läheistensä näkökulmasta ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta keskeinen laatuksymys on se, miten toiminta vastaa palvelujen tarvetta. (Oulasvirta, Ohtonen ja Stenvall 2002.) Tästä lähtökohdasta tarkasteltuna laadun kannalta relevantteja näkökulmia voidaan hahmotella ainakin kahteen tasoon: palveleeko toiminta optimaalisesti väestöä ja onko yksittäisen potilaan tutkimuksen ja hoidon toteutus korkealaatuista. Lastenpsykiatrisen toiminnan osalta tämä tarkoittaa, että laadun arviointia eri tasoilla voidaan toteuttaa käyttämällä eri tasoille sopivia mittareita.

Yleiseen terveydenhuollon laatuajatteluun sisältyy teesi, jonka mukaan toiminnan arviointi on edellytys kehittämistoimenpiteille (Hiidenhovi 2001; Antila ja Jussila 2016). Tämän tutkimuksen kontekstissa laatua arvioidaan lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä ja arviointi tapahtuu käyttäen työvälineenä erilaisia mittareita.

Arviointikehys, monitahoarvio ja monitahoarviomittari

Tässä tutkimuksessa arviointikehys, monitahoarvio ja monitahoarviomittari tarkoittavat eri asioita. Arviointikehys on konstitutiivinen malli (Baumgartner ja Casini 2017), joka on tuotettu teoreettisen ja kliinisen tiedon perusteella. Monitahoarvio (Vartiainen 1994) on tutkimuksessa käytetyn metodologian teoreettinen taso. Monitahoarviomittari on tutkimuksessa käytetty empiirinen työkalu.

2.3 Tutkimuksen eteneminen

Aluksi tutkimuksessa kehitettiin laadun arviointikehikko käyttäen apuna aiempaa filosofista, teoreettista ja kliinistä tietoa. Tutkimuksessa esitelty arviointikehitys on teoreettinen konstituutio. Konstituutiolla tarkoitetaan tietoteoreettista prosessia, jonka avulla tarkasteltava ilmiö - tässä yhteydessä lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviointikehitys - on muodostettu (Baumgartner ja Casini 2017). Arviointikehityksen avulla jäsenellään mitattavat suureet, jotka otetaan empiirisen tutkimuksen kohteeksi. Empiirisen tarkastelun ja mittaamisen kohteena olevien asioiden väitetään tässä tutkimuksessa edustavan lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatua. Mittarien kehittämisessä pääpaino on ollut teoreettisella tiedolla, kliinisellä kokemuksella ja moniammatillisella konsensuskeskustelulla. Tutkimusprosessin perustelu on pragmaattinen. Niiniluodon (1997, 94) mukaan, jopa analyyttisen tieteenfilosofian edustajien varsin yleinen näkemys on, että monia tieteenfilosofian avainkäsitteitä – esimerkiksi teoreettinen ja havaintokieli, selittäminen ja induktiivinen selittäminen - tulee luonnehtia pragmaattisia termejä käyttämällä. Keskeisenä perusteluna tutkimusprosessissa käytettyihin aineistoihin on ollut niiden saavutettavuus, mittarien sopivuus ja niiden perusteltu yhteys toiminnan laatuun.

Empiirisen tutkimuksen **ensimmäisessä osassa** tutkitaan, *miten organisaation rakenne ja hoitokulttuuri vaikuttavat yksittäisen lapsipotilaan hoitopisodin rakenteeseen ja työntekijäressurssin käyttöön.*

Empiirisen tutkimuksen **toisessa osassa** mitataan toimintaa ja arvioidaan mittarien soveltuvuutta lastenpsykiatrisen kokonaistoiminnan laadunhallintaan. Palvelun määrittelyn ja mittaamisen tavoite on lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon toimintakokonaisuuden laadun arviointi ja kehittäminen. Sairaanhoidopiirin mittarit on jäsenetty Tasapainotetun mittariston (BSC) (Kaplan ja Norton 1992; Kaplan ja Norton 1996.) näkökulmien mukaisesti. Tutkimuksessa käytetään kuvailevaa tilastollista menetelmää ja aineistona ovat sairaanhoidopiirin tilastotiedot.

Empiirisen tutkimuksen **kolmannessa osassa** tutkitaan, *millainen kokemus lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadusta rakentuu siinä mukana oleville.*

Tarkoituksena on tutkia, millainen käsitys laadusta rakentuu, kun hoitotapahtumaa tarkastellaan lapsipotilaiden, läheisten ja peruspalvelujen yhteistyötahojen palvelukokemuksen näkökulmasta ja tätä käsitystä verrataan palvelun tuottaneiden erikoissairaanhoidon työntekijöiden kokemukseen. Vertaamalla eri näkemyksiä saadaan konstruoitua monipuolinen kokonaiskuva hoitotapahtumien kokemuksellisesta laadusta. Menetelmänä on tilastollinen tutkimus, ja aineisto tuotetaan tutkimuksen monitahoarviomittarien avulla.

Lasten oikeuspsykiatria oli rajattu tutkimuksen kolmannen osan ulkopuolelle. Myös vastuualueen työntekijöiden keskinäiset neuvottelut, esimerkiksi hoitosuunnitelmaneuvoittelut rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle, koska näissä tapahtumissa ei ollut mahdollista arvioida tilannetta monitahoisesti.

Tutkimuksen lopuksi yhdistetään eri osien tuottamia tuloksia. Tavoitteena on saavuttaa kokonaisnäkemys lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadusta ja sen arvioinnista.

3 Tutkimuksen filosofiset ja teoreettiset lähtökohdat

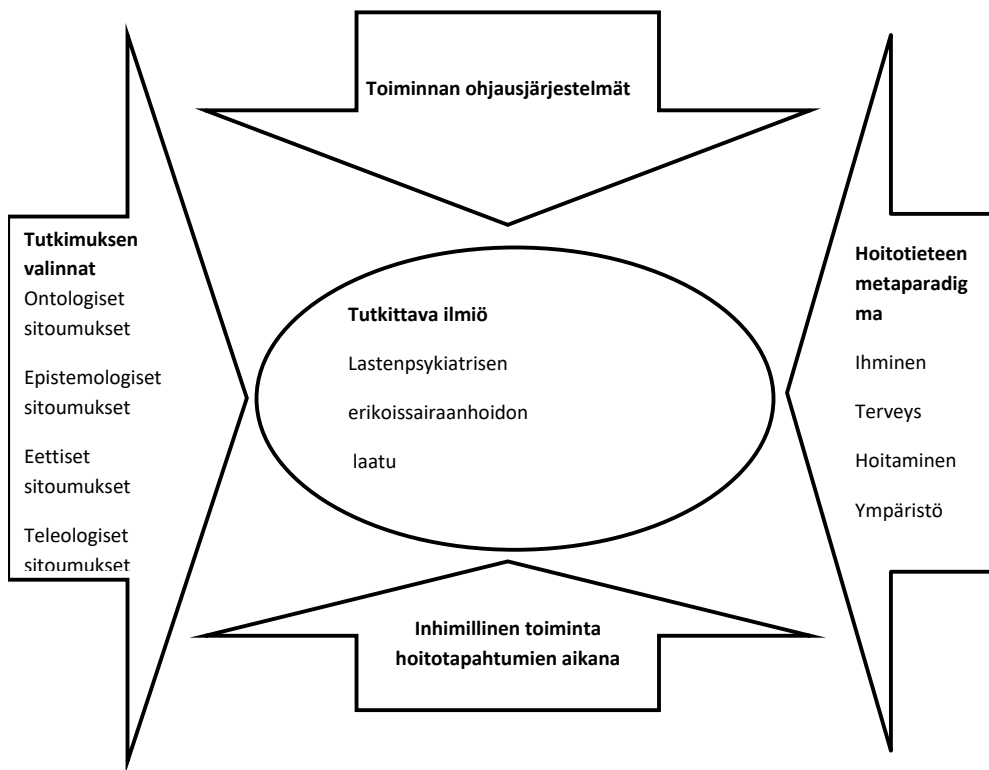
3.1 Tutkimuksen sitoumukset

Kysymys tieteellisen tutkimuksen taustalla vaikuttavista taustaoletuksista kuuluu tutkimusfilosofian alueelle. Tutkimuksen tieteenfilosofiseen viitekehykseen sisältyvät tutkijan tekemät *ontologiset, epistemologiset, metodologiset ja teleologiset sitoumukset*. Ajattelun ja kielen, samoin kuin kielen ja todellisuuden suhteeseen liittyvillä filosofisilla valinnoilla on merkittävät ontologiset ja tieto-opilliset seurauksensa. (Niiniluoto 1997, 36–37, 44; Raatikainen 1997, 10.)

Hoitotiede tieteenä on tutkimuksen avulla kehitetty systemaattinen tietorakenne, jonka kiinnostuksen kohteen muodostavat konsensusnäkemysten mukaisesti käsitteet *ihminen, terveys, hoitotyön toiminta ja ympäristö* sekä näiden väliset erilaiset suhteet. Edelleen hoitotieteen tieteenfilosofian tasolla tarkasteltuna näiden käsitteiden määrittämää aluetta kutsutaan hoitotieteen metaparadigmaksi, toisin sanoen metaparadigma määrittää hoitotieteen ja hoitotyön ydinalueen. (Blais ja Hayes 2016; Fawcett 1984; Fawcett 1989; Fawcett 1992; Krause ja Salo 1994, 41,108; Smith ja Parker 2015; Tuomi 1997, 115–117.) Metaparadigman tulisi osoittaa hoitotieteellisen tutkimuksen kiinnostuksen kohde laajassa mielessä ja suunnata tutkimusta. Mikäli metaparadigma sisältää alkuperäisen tieteenfilosofisen paradigman merkityksen (Kuhn 1994, 56–63), sen tulisi myös osoittaa tutkimusmetodeja ja kriteerit sille, milloin tutkimusongelma on ratkaistu. Eriksonin (1988, 27) mukaan hoidon paradigma tarkoittaa viitekehystä, johon toiminta sijoittuu. Hoitotieteen paradigman tulisi tällöin kuvata hoitotieteen kiinnostuksen kohdetta, pätevyyttä, käsitystä todellisuudesta sekä tiedollista ja tieteellistä kokonaisnäkemystä.

Rauhalan (1998a, 80–81) mukaan tieteellisessä ajattelussa on erotettava problematiikka, joka seuraa tutkimuskohteesta, ja toisaalta problematiikka, joka seuraa tutkimusprosessista. Seuraavassa kuviossa 1. on jäsennetty tutkittavaan ilmiöön

liittyvää, toiminnan eri tasojen problematiikkaa. Pystysuunnassa on kliinisen toiminnan ulottuvuudet, jotka ovat yhtäällä yksittäiseen hoitotapahtumaan liittyvä kokemus ja toisessa ulottuvuudessa kliinisen toiminnan ohjausjärjestelmä. Vaakasuunnassa on kuvattuna toisessa ulottuvuudessa yleiseen tieteelliseen tutkimukseen sisältyvät sitoumukset ja toisessa ulottuvuudessa hoitotieteen metaparadigmaan sisältyvät näkökulmat.



Kuvio 1. Tutkittavan ilmiön ja tutkimusnäkökulmien jäsenys

Tutkimuksen filosofiset ja teoreettiset lähtökohdat kuvaavat tämän tutkimuksen taustalla olevia sitoumuksia, joiden perusteella tutkittavaa ilmiötä ja tutkimuskäytäntöjä on jäsennetty. Seuraavassa esitellään tämän tutkimuksen kannalta tarkasteltuna keskeisten käsitteiden tieteenfilosofiset sitoumukset.

3.2 Ontologiset sitoumukset

Ontologiassa tarkastellaan todellisuuden peruselementtejä ja rakennetta. Sana ontologia on johdettu Kreikan sanasta, joka kuvastaa olemassaoloa. Modernin tieteenfilosofian edustajista Quine (1948) on muotoillut ontologisen peruskysymyksen ”Mitä on olemassa?”. Quinen näkemyksen mukaan eri käsitejärjestelmillä on erilaisia olemassaoloa koskevia oletuksia, jotka käsitejärjestelmää käyttävien tulee hyväksyä. (Blackburn 1995, 269–270; Niiniluoto 1997, 125.)

Popperilaista (1972) ontologiaa ja kantilaista konstruktivistista näkemystä kannattavalle erilaiset matemaattiset objektit ovat ihmismielen tuotteita. Siten nämä objektit ovat samankaltaisia kuin tutkimuskohteet esimerkiksi humanistisessa tai yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. Matemaattiset luvut, kulttuuriesineet, instituutiot ja ihmisten teot voivat tässä suhteessa esiintyä analogisena, suhteellisen itsenäisinä mentaalina konstruktioina. Ne ovat olemassa itsenäisinä objekteina, ihmismielen konstruktioina ja ihmiskunnan yhteisesti jaettuna abstraktina merkityksenä. (Niiniluoto 1997, 128–129.)

Tässä tutkimuksessa kannatetaan maltillista konstruktivistista realismia, jossa myönnetään yksilöiden ja erilaisten fyysikaalisten tai olennaisten ominaisuuksien olemassaolo tajunnasta riippumatta. Todellisuuden sisältämistä yksilöistä tai niiden ominaisuuksista on mahdollista muodostaa (konstruoida) monimutkaisempia ominaisuuksia. Konstruktivistinen lähestymistapa olettaa, että ominaisuudet ovat tavalla tai toisella sidoksissa ihmismieleen ja siten sen tuotteita. (Berger ja Luckmann 2009; Niiniluoto 1997, 128–129.) Näin ollen voidaan tutkimuksessa muodostaa kokonaiskäsitys lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadusta erilaisen suppeampien ominaisuuksien avulla. Valitut ominaisuudet eivät edusta lopullista objektiivista totuutta vaan toimivat teoreettisesti perusteltuna konstruktiona toiminnan laadun arvioimiseen. Tämä näkemys sopii yhteen Lauri Rauhalan

(1998a, 14–22) luonnehtiman ihmiskäsityksen kanssa, jossa tarkastellaan inhimillistä toimintaa ja niitä tajunnallisia merkityksiä, mitä ihminen merkityssuhteina antaa suhteessa elämäntilanteeseensa jossakin kontekstissa. Ontologisella tasolla merkitykset ovat samankaltaisia riippumatta siitä, arvioidaanko hoitotapahtumaan liittyvää inhimillistä kokemusta tai organisaation toimintajärjestelmän tunnuslukuja.

3.2.1 Ihmiskäsitys

Ihmiskäsityksellä tarkoitetaan yleiskielessä yksilöllisiä ihmissuhteitamme värittävää yleistä asennoitumistamme ihmiseen. Tämä perusasennoituminen sisältää esimerkiksi omaksumamme kulttuuriperimän, teoreettisen tietomme, erilaisten kokemustemme tietoisia ja tiedostamattomia sisältöjä sekä erilaisten uskomusten ja ideologioiden tarjoamia arvostuksia. Tarkemmin rajattuna termillä tarkoitetaan filosofista analyysiä siitä, mitä ihminen on. *Empiirisen tutkimuksen ja toiminnan kannalta sillä tarkoitetaan kaikkia niitä ihmistä koskevia edellyttämisii ja olettamisia, jotka ohjaavat tutkimus- tai toimintaprosessia.* Ne ovat mukana, kun tutkija rajaa tutkimuskohteensa, asettaa hypoteesinsa ja valitsee menetelmänsä. (Rauhala 1989, 14–15.) Kun esimerkiksi mielenterveystyötä tekevä lastenpsykiatrian työntekijä keskustelee potilaan kanssa tämän mielenterveyteen liittyvistä kokemuksista, hän olettaa yhteistyötä tehdessään haastateltavan olevan ainakin kielellisillä symboleilla operoiva olento. Hän ei kysy, onko ihminen tajunnallinen olento, vaan hän olettaa näin olevan, ja haastattelutapahtuma on mielekäs juuri tällä oletuksella.

Neljän vuosikymmenen ajan professori Lauri Rauhala on analysoinut ja kirjoittanut siitä, mitä ihminen perusluonteisesti on ja mitä se merkitsee empiirisen tutkimuksen kannalta. Rauhala on sekä psykologi että filosofi. Kattavin Rauhalan ihmiskäsityksen esitys on hänen teoksessaan Ihmisen ykseys ja moninaisuus (Rauhala 1989), ja tähän teokseen Rauhala useimmiten viittaa aihetta tarkastellessaan. Uudemmissa teoksissa ihmiskäsityksen analyysi on jatkunut edelleen. Vaikka on esitetty, ettei kansainvälisestikään olla juuri tätä pidemmällä, ei Rauhalan kehittämä ihmiskäsitys ole yleistynyt tai radikaalisti mullistanut ihmistutkimusta. (Lehtovaara 1994, 7) Tähän on varmasti olemassa erilaisia syitä. Rauhala on esittänyt syyksi sitä, että luonnontieteistä ovat siirtyneet ihmistutkimukseen jäykät

tutkija-asetteet ja monesti uskoa lähentelevä varmuus siitä, mitä ihmisen tutkimuksen pitää olla. Looginen empirismi ja myöhemmin sen perillinen, analyttinen filosofia ovat asettaneet perusnäkemyksensä yleisiksi tieteellisyyden kriteereiksi ja metodologian normittajaksi. Lisäksi tämä ajattelu on läheisesti liittoutunut tekniikan kanssa. Tämän seurauksena ihmistieteet eivät ole voineet kehittyä omilla ehdoillaan. (Lehtovaara 1994, 7; Rauhala 1998b 154–155.)

Ihmiskäsityksen tehtävänä on paljastaa, millaisissa olemisen perusmuodoissa ihminen on todellistunut, ja siten perustella ja oikeuttaa erilaisten empiiristen tutkimusten kysymyksenasettelut ja tutkimusmenetelmät. Empiirisen tutkimuksen perusluonteeseen kuuluu tutkimuskohteen ainakin jonkinasteinen sektorointi. Empiiriset ihmistieteet kykenevät antamaan omaan sektoriinsa liittyviä osittaiskuvauksia ihmisestä. Esimerkiksi biologia pystyy antamaan biologisia tuloksia, psykologia psykologisia, sosiologia sosiologisia ja niin edelleen. Näitä osittaiskuvauksia tulisikin kutsua ihmiskuviksi erotuksena ihmiskäsityksistä. (Rauhala 1989, 16–17.) Ontologiset sitoumukset ottavat korkeimmalla abstraktiotasolla kantaa olevan peruskategorioihin, toisin sanoen siihen, mikä on minimimäärä erilaisia olemassaolon perustyyppisiä, mitä ihmiskäsityksen osalta tulee ottaa tarkasteluun. Tarkastelutaso on metafyyssinen abstraktiotaso, tarkastelussa ovat oletukset tai sitoumukset, jotka ovat tieteellisten metodien taustalla tai ulottumattomissa. (Blackburn 1994, 240–241, 269–270.) Ihmiskäsitysten tyyppisiä ovat Rauhalan (1989) mukaan monistiset, dualistiset, pluralistiset ja monopluralistiset näkemykset, jotka sisältävät erilaisia kannanottoja ihmisen olemassaolon luonteesta. Tässä tutkimuksessa kannatetaan Rauhalan (mt.) muotoilemaa monopluralistista (holistista) ihmiskäsitystä (Monos + Pluralis), jolloin ihmisen olemassaolon katsotaan sisältävän perusluonteisia, toisiinsa redusoitumattomia (palauttamattomia) olemismuotoja, jotka muodostavat myös toisensa ja edellyttävät kokonaisuuden. Olemassaolon ulottuvuuksia ovat eri osajärjestelmät, kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus. Kaikki osajärjestelmät on tarpeen olettaa, koska ne edustavat erilaisia olemassaolon ulottuvuuksia korkeimmalla mahdollisella abstraktiotasolla. Ihmiskäsityksen sisältämien sitoumusten mukaisesti erilaisia olemassaolon ulottuvuuksia tarkastellaan niiden edellyttämän käsittekielen mukaisesti. Taulukkoon 2 on kuvattu erilaisia ihmiskäsitysten tyyppisiä, jotka tieteellisen tutkimuksen taustalla merkitsevät erilaisiin taustaoletuksiin sitoutumista ja siten ohjaavat tutkimuksen käsitteistöä ja metodologiaa.

Taulukko 2. Ihmiskäsitysten tyyppejä. (Lehtovaara, M. 1994 113; Rauhala 1989, 22–23; Rauhala 1995, 165.)

Ihmiskäsitysten tyyppejä

Monistiset ihmiskäsitykset. (Kreik.monos = yksinäinen, ainoa) Tällöin ihminen voidaan ymmärtää yhden ainoan olemisen muodon pohjalta. Esimerkiksi materialistiset käsitykset ihmisestä olettavat, että ihminen voidaan viime kädessä redusoida aineelliseen. Eräissä uudemmissa ja radikaaleimmissa kvanttiteorioissa on esitetty tämänkaltaisia hypoteeseja, joskaan ne eivät ole saaneet laajempaa kannatusta.

Dualistiset ihmiskäsitykset (Lat. duo = kaksi) olettavat kaksi erilaista olemisen perusmuotoa, tavallisimmin kehon tai ruumiin sekä sielun tai hengen. Esimerkiksi Descartesin substanssidualismi edustaa tätä näkemystä.

Pluralistiset ihmiskäsitykset (Lat. pluralis = monia koskeva) edellyttävät, että ihminen reaalistuu monissa erilaisissa osajärjestelmissä. Esimerkiksi eräät systeemiteoreettiset katsomukset edustavat tätä peruskatsomusta ja niiden mukaisesti esimerkiksi ihminen olisi todellistunut hierarkkisina ja yliyksilöllisinä järjestelminä.

Monopluralistiset ihmiskäsitykset (Monos + Pluralis), jolloin ihmisen olemassaolossa katsotaan olevan perusuonteisia, toisiinsa redusoitumattomia olemismuotoja, jotka muodostavat myös toisensa ja edellyttävät kokonaisuuden.

Hoitotiedettä pidetään tieteenä, joka sisältää erilaisia ontologisia oletuksia ja metodologisia ratkaisuja. (Fawcett 2012; Krause ja Kiikkala 1996; Lauri ja Elomaa 1995; Tuomi 1997.) Lauri Rauhalan ihmiskäsitys hoitotieteellisen tutkimuksen taustalla oikeuttaa ontologisen kokonaisuuden ja metodologisen pluralismin. Hoi-

totieteen voidaan ajatella tieteenä sisältävän erilaisia paradigmoja, ja tieteen tasolla metaparadigma on yksi ratkaisu tähän paradigmaa koskevaan ongelmaan. Se tekee mahdolliseksi tutkimuskohteen laajan hahmottamisen ja jättää samanlaisesti tilaa hyvinkin erilaisille lähestymistavoille. Siten tutkimuskohdetta voidaan lähestyä asianmukaisella metodilla osittaiskuvauksena ja olettaa samanlaisesti, että tutkimuskohteeseen liittyy sellaisia ulottuvuuksia, jotka kyseisellä metodilla jäävät saavuttamatta.

Erikssonin (1988, 38) näkemyksen mukaan hoitotieteen ihmiskäsityksen tulisi perustua näkemykseen holistisesta, elävästä ihmisestä, joka toteuttaa olemassaoloaan suhteessa konkreettisiin ja abstrakteihin toisiin. Hoitotieteen tulisi asettaa reduktionististen terveys- ja sairauskäsitteiden tilalle käsitykset terveydestä kokonaisuutena, johon sisältyy myös ihmisen oma kokemus. Tämän pohjalta hoitotiedettä on rakennettava tieteenä, joka muodostaa sillan humanististen tieteiden, ihmisbiologian, filosofian ja teologian välille. Pyrkimyksenä on hoitotodellisuuden muuttaminen ihmiskeskeisemmäksi uuden ajattelutavan avulla. Erikssonin (mt.) näkemys on edelleen ajankohtainen.

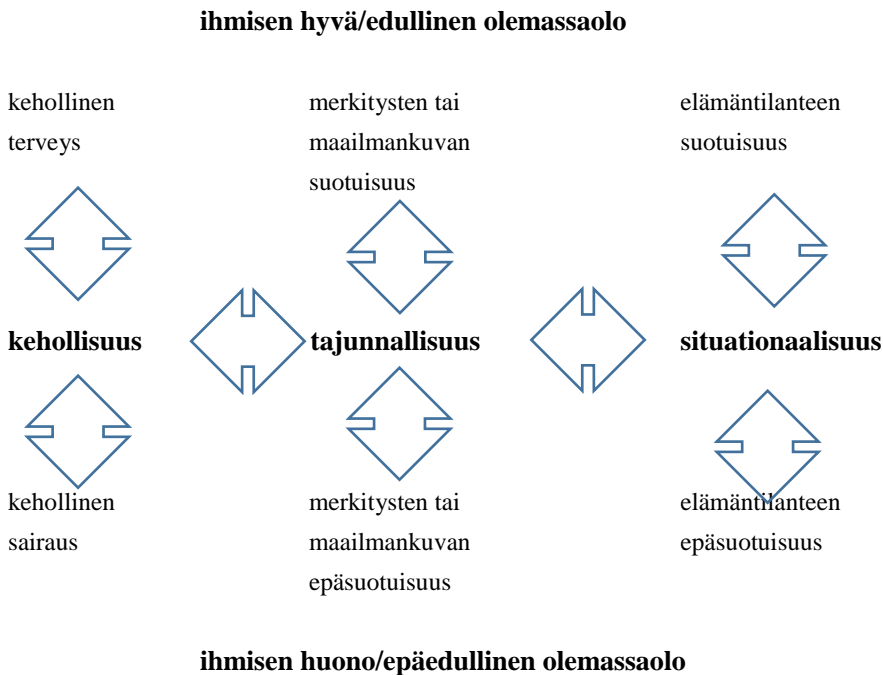
Tässä tutkimuksessa ihminen ymmärretään ainutlaatuisena merkityksiä muodostavana olentona, jonka olemassaoloa luonnehtivat tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus. Ihmisen elämään sisältyvät kokemukset saavat merkityksensä yksilöllisen subjektiivisen maailmankuvan kautta jäsentyen yksilölliseen merkityshorisonttiin. Eri yksilöiden merkityshorisontit voivat poiketa toisistaan, tai ne voivat sulautua yhteen, jolloin eri yksilöt voivat jakaa kokemuksen yhteisenä. Jaettua yhteistä kokemusta voidaan kuvata merkityshorisonttien yhteensulautumisena. Toisaalta toiset ihmiset voivat nostaa esiin erilaisia tapahtumahorisontteja, joilla voi olla yksilöllistä maailmankuvaa rikastuttava tai eheyttävä merkitys. (Lehtovaara 1994; Rauhala 1989.)

Empiirisessä tutkimuksessa (tässä tapauksessa hoitotapahtumien laatua) arvioiva kyselylomake muodostaa hoitotapahtuman laadun arvioimiselle yhteisen merkityshorisontin. Jokainen arvioija antaa oman kokemusmaailmansa pohjalta yksilöllisen arvion tapahtumasta ja näiden yksittäisten arvioiden perusteella voidaan arvioida laajemmassa mittakaavassa asianosaisten ihmisryhmien kokemusta hoitotapahtumien laadusta. Monitahoarviointi auttaa välttämään laadun arvioinnin solipsistiset eli yksittäisen näkökulman korostamisesta johtuvat ongelmat, kuten

liian korostuneen potilaslähtöisyyden tai työntekijän valta-asemasta tapahtuvan tilanteen määrittelyn.

3.2.2 Käsitys terveydestä

Käsitys terveydestä sitoutuu käsitykseen ihmisestä. Rauhala (1998a, 145–149) esittää terveyden ja sairauden tutkimuksen ja siinä käytettävän käsitekielen pohjaksi jäsentämäänsä ihmiskäsitystä. Ihmisen olemassaoloa voidaan tarkastella monopluralistisen ihmiskäsityksen perusteella siten, että ihmisen ns. hyvän/edullisen tai huonon/epäedullisen olemassaolon ulottuvuuksia analysoidaan eri osajärjestelmien (kehollisuus, tajunnallisuus, situationaalisuus) edellyttämän käsitekielen mukaisesti (Kuvio 2.).



Kuvio 2. Ihmisen hyvän ja huonon olemassaolon ulottuvuudet (Mukaeltu, Rauhala 1998a, 146–147.)

Terveyden ja sairauden tarkastelu edellyttää siten tarkastelua eri osajärjestelmien tasolla. Eri olemuspuolien tarkastelu ei kuitenkaan tarkoita kokonaisuuden hämärtämistä, vaan ihmisen olemassaolon kokonaisuus toteutuu osajärjestelmien kautta ja niiden ehdoilla. (Rauhala 1998a 149.) Rauhalan hyvän ja huonon olemassaolon ulottuvuudet kuvaavat ihmisen olemassaolon ulottuvuuksia ja soveltuvat jäsentämään terveyttä ja sen ulottuvuuksia. Kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus muodostavat kokonaisuuden, jossa lapsipotilaan ja läheisten olemassaolo todellistuu ja jotka käsitteellisesti ovat moniammatillisen lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon työskentelyn taustalla julkisen organisaation kontekstissa.

3.2.3 Käsitys hoitamisesta

Tutkimuksen teoreettisena perusteluna käytetään integratiivista (Tamminen 2004, 127–128), erilaisia viitekehyksiä yhdistävää lastenpsykiatriasta teoreettista tietoa ja terveydenhuollon laadunhallintaan liittyvää teoreettista ja kliinistä tietoa. Näiden lähtökohtien perusteella muodostettiin teoreettinen näkemys hoitotapahtumien laadusta, joka sitten muutettiin empiirisesti mitattavaan muotoon. Tutkimuksessa tarkastellaan hoitotapahtumien laatua palvelujen käyttäjien (lapsipotilaiden, huoltajien ja yhteistyötahojen) ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden näkökulmasta monitahoarviona. Arvioitavana ovat erikoissairaanhoidon hoitotapahtumien laatu.

Tutkimuksessa käytetään termiä hoitotapahtuma, joka on potilaan, läheisten, yhteistyötahojen edustajan ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden kohtaaminen erilaisilla kokoonpanoilla hoitotilanteessa (Evans ja Lindsay 1996, 148). Potilaan hoidon kokonaisuus on hoitoprosessi, joka koostuu useista hoitotapahtumista. (Eriksson 1986, 31–32.)

Psykiatrisen hoitotyön teoreettisena perustana on perinteisesti ollut tieto, jota on omaksuttu eri tieteiden, esimerkiksi psykologian, lääketieteen ja psykoterapian teoriasta. Historiallisesti merkittäviä teorioita ovat olleet esimerkiksi psykoanalyttiset teoriat, eksistentiaaliset terapiasuuntaukset, kognitiiviset teoriat, systeemiteoriat, kiintymyssuhdeteoriat sekä biolääketieteelliset selitysmallit. (Grant 1994, 14–23; Leimann 1999, 38–40; Virtanen 2000.)

Suomalaisessa hoitokulttuurissa suhteellisen tuoreena hoitotieteellisenä, psykiatrisen hoitotyön mallina voidaan pitää Phil Barkerin Vuorovesimallia (Tidal Model). Vuorovesimalli on Barkerin (2000, 4) mukaan teoriaan pohjaava lähestymistapa, jonka teoreettisena viitekehysenä on Hildegard Peplauin ihmistenvälinen paradigma (1952), Barkerin, Jacksonin ja Stevensonin sairaanhoitajaopiskelijoita varten kehittämä psykiatrisen hoitotyön ja mielenterveyshoitotyön teoria (1999) sekä voimaantumisteoriat ihmissuhteissa ja kasvatustyössä (Siitonen, 1999). Vuorovesimallin sisin filosofinen metafora nousee kaaosteoriasta, jossa ennakoimatonta ihmisen käyttäytymisen ja kokemisen tapaa voidaan verrata veden virtaukseen ja voimaan. (Barker 2000, 4, 15–17.)

Ihmiskäsityksen näkökulmasta Vuorovesimalli korostaa ihmisen kokemuksen ja elämän virtaavaa luonnetta. Monet ihmisen toimintaa kuvaavat mallit yrittävät pysäyttää kokemuksen, olettaen, että ihmisen kokemus voisi jollakin tavalla olla vakaa. Jotkut mallit jopa saavat meidät uskomaan, että persoonallisuus on kuin kallio, vaikka todenmukaisempi analogia ihmisen persoonasta on vesi. (Barker 2000, 10.) Keskeisen postmodernin teoreetikon, Baumannin ajatukset ovat hyvin samansuuntaisia kuin Barkerin. Baumannin (1996, 197) mukaan ihmisen elämää voi luonnehtia ennalta strukturoimattomien valintojen sarjana. Näiden valintojen kautta yksilön elämä rakentuu ja sitä eletään. Elämä on minän rakentamisen prosessia ja sen luonteeseen kuuluu loppuun asti keskeneräisyys.

Suomalaista perheterapiaa edustavan Seikkulan näkemys hoitoyhteistyöstä on hyvin samankaltainen kuin Barkerin (1999; 2000). Molemmat korostavat hoitoyhteistyön narratiivista (kertomusta rakentavaa) ja avointa dialogista luonnetta. Tavoitteena on potilaan muutoksen tukeminen siten, että oireiden aiheuttama haitta tai kärsimys vähenee. Narratiivisessa ja hermeneuttis-dialogisessa hoitoyhteistyössä työntekijä työskentelee avoimesti siten, että työntekijän lausuman tarkoitus rakentuu yhteisen keskustelun edetessä ja on koko ajan potilaan arvioitavissa. Hoidon tavoite on uuden yhteisen tarinan rakentaminen. Työntekijä ei tiedä tästä tulevasta tarinasta enempää kuin potilaskaan, vaan joutuu altistumaan epävarmuudelle siihen asti, kunnes tarina rakentuu ja potilaan voimavarat tulevat käyttöön. Seikkulan mukaan ihmiselle voidaan olettaa tai olla olettamatta jokin toimintaa ohjaava pysyvämpi psyykinen rakenne, ydin. Erilaisista oletuksista huolimatta ei voida välttyä siltä, että inhimillisen toiminnan merkitys syntyy dialogisessa suhteessa toisiin ihmisiin tai sisäisessä dialogissa erilaisten näkökulmien välillä. (Seikkula, 1999, 90–91.)

Barker (2000, 18–20) painottaa hoitoyhteistyötä ohjaavina periaatteina kiinnostunutta asennetta, voimavarakeskeisyyttä, ihmisen toiveiden kunnioittamista, kriisiä mahdollisuutena, pieniä tavoitteita sekä yksinkertaisuutta, eleganssia. Taulukkoon 3 on koottu mallin hoidollista suhdetta luonnehtivia periaatteita kuvaavine esimerkkeineen. Tässä tutkimuksessa *ne toimivat laajassa mielessä teoreettisena viitekehyksenä kuvaamassa hoitotapahtumien laatua*. Hoidolliset periaatteet eivät ole sidoksissa yksittäiseen ammatilliseen tai ammattiryhmäkohtaiseen viitekehykseen. Ne heijastelevat moniammatillisen psykiatrisen toiminnan vuorovaikutusta ohjaavia arvoja ja siten edustavat teoreettista tasoa lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitotapahtumien tavoiteltavasta laadusta, joka tämän tutkimuksen myöhemmässä vaiheessa asetetaan empiirisen tarkastelun kohteeksi monitahoarviointimittarin avulla.

Taulukko 3. Hoidollista suhdetta luonnehtivat periaatteet vuorovesimallin mukaisesti (Barker 2000, Mukaeltu)

Hoidolliset periaatteet

1. Uteliaisuus

Hoitaja tietää vähän potilaan persoonasta - potilas oman elämänsä johtava auktoriteetti.

Potilaan persoonaa lähestytään tutkittavana inhimillisenä mysteerinä.

Hoitajan lähestymistapaa luonnehtii uteliaisuus, halu saada tietää asioita potilaan elämästä.

Hoitaja yrittää selvittää tarkasti, mitä potilas tuntee ja ajattelee itsestään ja mikä ongelma on tuonut potilaan juuri tähän hoitopaikkaan ja – tilanteeseen.

2. Voimavarakeskeisyys

Perinteisesti potilasta on määritelty käsitteillä, jotka kuvaavat ongelmia, puutteita, diagnooseja tai oireilla, jotka kuvaavat sairautta tai häiriötä.

Vuorovesimalli ei kiellä näiden ongelmien realiteettia.

Potilaan voimavarat ovat hoidon ensisijainen fokus. Niiden saavuttamiseen tähdätään ja niiden kanssa työskennellään.

Miten - tarkasti ottaen - ihminen onnistuu elämään erilaisten ongelmien, heikkouksien ja puutteiden kanssa.

Hoitajan työnä on selvittää tarkasti potilaan omat näkymättömät ja sosiaaliseen verkostoon kuuluvat resurssit ja selvittää miten nämä voivat auttaa ratkaisemaan ensisijaista ongelmaa.

3. Potilaan toiveiden kunnioittaminen

Hoitaminen on usein perustunut siihen, että potilasta on lähestytty kokonaisuudessaan objektiivisesti.

Moniammatillinen työryhmä on tällöin määritellyt sen, mikä on parasta hoitoa potilaalle.

Vuorovesimalli korostaa aktiivista yhteistyötä potilaan kanssa, jotta saadaan selville potilaan ajankohtaiset tarpeet ja toiveet.

Vuorovesimalli korostaa potilaan toiveiden kunnioittamista.

Kaikkia potilaan ilmaisemia toiveita pidetään tärkeinä.

Tämä ei vapauta työryhmää vastuusta tarjota muita vaihtoehtoisia hoitoja. Ammatillisessa mielessä se voi joskus olla välttämätöntä.

”Potilaan toiveet ovat hoitoprosessin inhimillinen sydän.”

4. Kriisi mahdollisuutena

Perinteisesti kriisejä on pidetty ongelmina, jotka pitää kontrolloida ja järjestää tai joihin tulee sopeutua.

Vuorovesimalli ymmärtää hoidon tarpeen luoneen tapahtuman mahdollisuutena. Tapahtuma on merkki siitä, että ”jotakin pitää tehdä”.

Asianmukainen hoidollinen vastaaminen voi tehdä tilanteesta muutoksen mahdollisuuden.

Mahdollisuus ottaa uusi suunta elämälle tai tarkastella mihin suuntaan potilaan elämä on kehittymässä.

Vuorovesimalli ymmärtää nämä merkityksellisiksi tapahtumiksi, joissa ”karttaa ja kompassia voidaan tarkastaa”. Ne ovat elämään väistämättä kuuluvia ylä- ja alamäkiä.

5. Ajattele pienesti

Perinteisesti asetetaan tavoitteita, jotka kuvaavat hoidon potentiaalista päätepestettä.

Vuorovesimalli korostaa hoidossa pieniä askeleita. Nämä pienet askeleet johtavat pois olosuhteista, joissa potilas alun perin tuli hoitoon.

Tavoitteet ovat pieniä ja spesifejä. Tämä edustaa elämän luonteeseen kuuluvia pieniä askeleita. Nämä askeleet johtavat elämän tiellä ”kuka tietää minne”.

6. Yksinkertaisuus, eleganssi

Perinteisesti monet hoitotyön mallit ovat suunnattoman kompleksisia ja niissä on useita erilaisia interventioiden tasoja.

Vuorovesimalli pyrkii identifioimaan yksinkertaisimman mahdollisen intervention, joka voi tuottaa muutoksen potilaalle, jotta potilas voi kokea muutoksen olosuhteissa.

Tarkoitus on selvittää ”mitä pitää tehdä”. Hoito suunnitellaan ja kohdennetaan johonkin yksinkertaiseen toimintaan, johon hoitaja ja potilas voivat osallistua, ja mikä on heidän saavutettavissaan.

Kun fokusoidaan ainoastaan välttämättömiin tavoitteisiin, niin hoitosuunnitelman pitäisi tulla yksinkertaisemmaksi, elegantiksi.

Todellisuudessa on tunnetusti tapahtumaketjujen kriisipisteitä, joissa pienet seikat tulevat merkittäviksi. Kaaos tarkoittaa, että sellaisia pisteitä on kaikkialla. (Gleick, J. 1990, 33.) Vuorovesimallin filosofisena metaforana kaaosteoria voisi

tarkoittaa, että mielenterveyttä tai ihmisen elämää tarkastellaan tapahtumaketjuna, systeeminä tai prosessina, joka sisältää erityisiä merkityksellisiä pisteitä - esimerkiksi sattumia, valintoja, traumaattisia tilanteita tai *hoitotapahtumia*, jotka tulevat kokonaisuuden kannalta merkittäviksi. Tapahtumahetkellä ne voivat olla pieniä, kokonaisuuden kannalta lähes huomaamattomia pisteitä, mutta myöhemmässä vaiheessa ne tulevat kokonaisuuden kannalta merkittäviksi. Nämä pienet tapahtumat uhkaavat tai rakentavat mielenterveyttä kokemusmaailman kokonaisuudessa tavalla, jota perinteisen luonnontieteen menetelmin ei voi hallita tai ennakoita. Barkerin (2000, 17) sanoin, ihmiset elävät vertauskuvallisesti kokemuksen merta. Yksittäiset kokemukset ovat kuin pisaroita tai virtaavan veden esteitä tässä meressä.

3.3 Epistemologiset sitoumukset

Tiedon ongelma on filosofian keskeinen kysymys, ja sen saavuttamista on tutkittu Antiikin ajoista lähtien. Tiedon käsitettä yleensä ja tiedon saavuttamisen menetelmiä kutsutaan tieto-opiksi eli epistemologiaksi. Tietäminen ja tiedon käsitteen merkityksen ja alan ihmetteleminen ovat eri asioita. Tietäminen viittaa tietävään ihmisen, tiedon käsitteen merkityksen ja alan tutkiminen viittaa filosofian tehtävään. Tiedon klassisen määritelmän mukaisesti (Platon n. 427–347 ekr) tiedolle on kolme ehtoa: tieto on samaa kuin tosi ja oikeutettu (hyvin perusteltu) uskomus. Jotta ihminen voi sanoa tietävänsä jonkin asian, hänellä tulee olla asiaa koskeva uskomus, uskomuksen tulee olla tosi ja sille on kyettävä antamaan luotettava perustelu. (Airaksinen 1994, 96; Lammenranta 1993, 79; Lauri ja Elomaa 1995, 16.)

Käsitykset inhimillisen ja tieteellisen tiedon mahdollisuudesta ja oikeutuksesta (totuudesta) vaihtelevat erilaisten filosofisten sitoumusten ja suuntautumisten välillä. Erilaisia jaotteluja on esitetty tieteenfilosofian historiassa lukuisia, perinteinen jako uuden ajan filosofiassa on rationalismi - empirismi jaottelu. Ensinmainitussa korostuu järjen tiedon ensisijaisuus, tiedon totuudellisuus voidaan tällöin todeta vetoamatta lainkaan kokemukseräiseen havaintotietoon. Jälkimmäisessä tiedon perustelemissa nojataan kokemukseen. Ero a priorisen (a priori = ennen

kokemusta) ja aposteriorisen (a posteriori = kokemuksen jälkeen) on perustavanlaatuinen epistemologinen kannanotto. (Niiniluoto 1997, 29, 145; Lammenranta 1993.)

Tämän tutkimuksen kannalta keskeisiä ovat tiedon ja todellisuuden välisestä suhteesta esitetyt uudemmat jaottelut. Näitä ovat esimerkiksi Pietilän (1983 4-7) hahmottelema tietoteoreettisten perusorientaatioiden jaottelut sekä näiden erilaiset yhdistelmät: eksternalismi vrs. internalismi ja heijastusteoria vrs. konstituutioteoria. Niiniluoto (1997,143) käyttää heijastusteorian ja konstituutioteorian jaotteluun käsitteitä passivistiset ja aktivistiset tietoteoriat. Tässä tutkimuksessa näistä perusorientaatioista käytetään käsitteitä heijastusteoria eli representaatioteoria ja sosiaalinen konstruktionismi. (Berger ja Luckmann 1994; Varto 1995b, 84-85)

Eksternalismi painottaa tieteen kehitystä selittäessään tieteen ulkoisia, internalismi tieteen sisäisiä tekijöitä. Tieteen kehityksen kannalta ero on merkittävä, sillä valitun näkemyksen mukaisesti vaikutteet tieteellisen toiminnan kehittämiseen tulevat tieteellisen toiminnan ja tiedeyhteisön sisältä tai ympäröivästä maailmasta. Tunnettu tieteenfilosofi Kuhn painotti tiedekäsityksessään eksternalistista lähtökohtaa. (Pietilä 1983, 3.) Hoitotiede vahvasti käytännön hoitotyöhön ja yhteiskunnalliseen vastuuseen sitoutuneena tieteenalana voidaan ymmärtää tieteellistä eksternalismia painottavana tieteenä. Fawcett (2015, 288) haastaa hoitajia suuntaamaan ajatuksensa yksilöllisen terveyden ymmärtämisestä väestötason terveyden ymmärtämiseen, sillä useiden yleisten sairauksien ratkaisut ovat enemmän väestötasolla ja hoitajien roolista suhteessa väestön terveyteen tulisi keskustella.

Heijastusteoreettinen eli representaatioteoreettinen lähestymistapa olettaa subjektin tiedon passiiviseksi ulkoisten vaikutteiden vastaanottajaksi - esimerkiksi naisia empirismia edustavissa käsityksissä ihmismieli oletetaan ikäänkuin tyhjäksi tauluksi tai astiaksi, johon havainnon kautta saadut kokemukset tallentuvat. Arkitai tieteellinen kieli toimii todellisuuden välittäjänä. Heijastusteoreettista lähestymistapaa kannattava tutkija on ”peilin kiillottaja”, joka pyrkii välittämään ja heijastamaan mahdollisimman autenttisen kuvan tutkimastaan ilmiöstä. (Jokinen, Juhila ja Suoninen 2000, 9; Niiniluoto 1997, 143.)

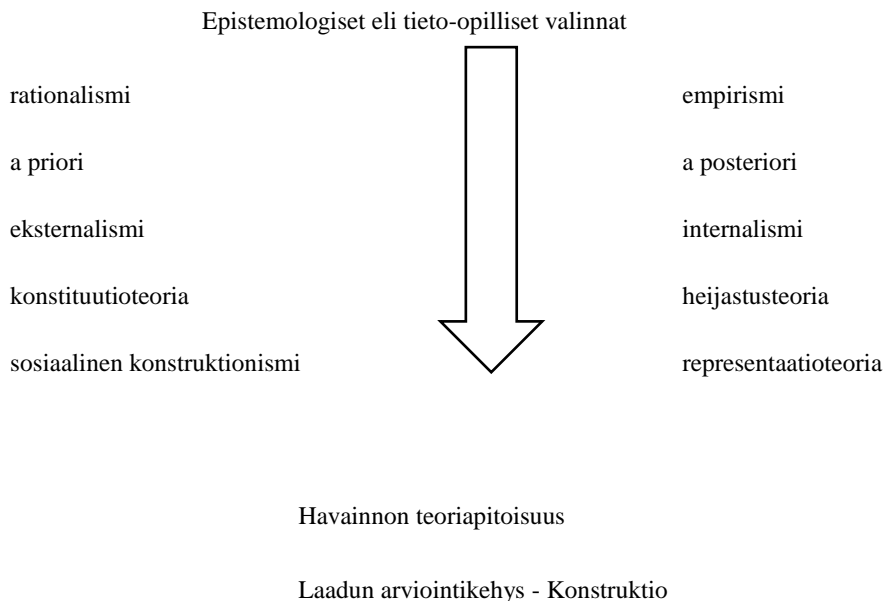
Konstruktionistinen lähestymistapa korostaa tiedon subjektin ja tiedon kohteen vuorovaikutuksen kaksisuuntaisuutta - eräänä ääriesimerkkinä subjektiivinen

idealismi (esimerkiksi tieto-opillinen solipsismi), jossa tiedon kohteen olemassaolo oletetaan tiedostavasta subjektista riippuvaiseksi. Tieteessä konstruktionistinen tarkoittaa todellisuuden tulkintaa jonkin metateoreettisen tulkintakehyksen, paradigman, teorian tai vastaavan läpi. Koska ei ole olemassa näistä kehyksistä riippumatonta tapaa kuvata todellisuutta, ei myöskään ole neutraalia tapaa puhua todellisuudesta. Samasta todellisuudesta voidaan luoda useita erilaisia konstruktoita. Tämän lähestymistavan mukaisesti tutkimuksen havainnot eivät välitä faktoja, vaan havainnot tuottavat tutkimuksen tuloksen, kun niitä tarkastellaan jonkun teorian läpi - toisin sanoen teoria määrittää aineiston relevanssin. (Berger ja Luckmann 1994; Jokinen, Juhila ja Suoninen 2000, 9; Niiniluoto 1997, 143; Pietilä 1983, 4-7). Tämä konstruktionistinen tulkinta tiedon mahdollisuuksista sopii yhteen tässä tutkimuksessa hahmoteltavan hoitotieteellisen ajattelun kanssa.

Havainnon teoriapitoisuus on teesi joka väittää, ettei ole olemassa teoriasta riippumatonta, neutraalia havaintokieltä. Se, mitä - ja miten - tieteessä havaitaan, on riippuvainen siitä, millaisia teoreettisia käsityksiä tiede sisältää. Siten tieteessä teoria tekee jonkun joksikin. Jonkun ilmiön havaitseminen ja nimeäminen riippuvat teoriasta tai viitekehyksestä, jonka läpi tai johon kuuluvana asia havaitaan. (Pietilä 1983, 56.) Tätä kantilaista teesiä kielen, käsitejärjestelmien ja ennakkokäsitysten olennaisesta osuudesta havainnoissa ja käsityksissä edustavat erilaisin painotuksin esimerkiksi Duheim, Popper, Kuhn ja Feyerabend. Tämä on positivistisesta ja heijastusteoreettisesta näkökulmasta poikkeava lähestymistapa. (Niiniluoto 1997, 224). Popper (1968, 59) kuvaa teoriaa metaforisesti ”verkoksi, joka heitetään pyydystämään sitä, mitä kutsumme maailmaksi”, järkipäristämään, selittämään ja hallitsemaan sitä.

Tässä tutkimuksessa esitetyt teoreettiset käsitykset laadusta edustavat kehystä, jonka avulla pyritään saavuttamaan tietoa lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadusta. Laadun arviointikehys on konstruktio, jonka läpi laatu havaitaan.

Kuvioon 3 on kuvattu yhteenvetona tutkimuksen tieto-opillisten valintojen eteneminen. Kuviossa on kuvattuna tutkimuksen pyrkimys integroida (yhdistää) tutkimuksen taustalla olevia tietoteoreettisia sitoumuksia. Tieto-opilliset ja teoreettiset sitoumukset vaikuttavat tutkimushavaintojen tulkintaan. Valintojen perusteella kuvataan arviointikehystä (konstruktiota) ja sen sisältämiä teoreettisia sitoumuksia.



Kuvio 3. Epistemologiset eli tieto-opilliset valinnat

3.4 Metodologiset sitoumukset

Tieteellisen tutkimuksen yksi keskeinen tunnusmerkki on objektiivisuuden tavoittelu. Tutkijan tulee kertoa, miten tuloksiin on päästy, jotta periaatteessa kuka tahansa voisi uudistaa saman. Töttö (2012, 64) kuvaa tätä seuraavasti:

”Empiirisen tutkimuksen kannalta tämä tarkoittaa kahta asiaa: mikä on aineiston suhde tutkimusongelman määrittämään todellisuuteen ja miten aineistosta on päädytty tuloksina esitettyihin päätelmiin. Edellinen koskee aineiston edustavuutta, jälkimmäinen sen analyysissä käytettyjä menetelmiä.”

Tämän tutkimuksen empiirisessä aineistossa sovelletaan vertailevan yhteiskunta-tieteellisen tutkimuksen menetelmää. Vertaileva tutkimus ei ole erityinen tutki-

musmetodi vaan pikemminkin tutkimusintressi, jota voidaan toteuttaa tutkimuksessa eri tavoin. Tavanomaista on vertailevan tutkimusintressin liittäminen muuhun metodologiaan. Vertailua on mahdollista toteuttaa eri tavoin, esimerkiksi samanaikaisesti eri organisaatioiden välillä tai historiallisesti saman organisaation sisällä. Sekä tilastollisia että laadullisia menetelmiä on käytetty vertailevan tutkimuksen yhteydessä. (Kekkonen 2008, 33; Kenworthy ja Hicks 2008.) Tässä tutkimuksessa vertailua käytetään organisaation rakenteen ja potilaan hoitoepisodien ja laajemmin toiminnan (ja toimintaa kuvaavien tunnuslukujen) vaihtelun arviointiin. Myös monitahoarvioinnin tuloksia käsitellään vastaajaroolittain vertaillen. Suoraa kausaalista yhteyttä syyn ja seurauksen kesken ei oleteta, sillä toimintaympäristössä on vaikuttamassa lukuisia seikkoja, jotka vaikuttavat toimintaan.

Perinteinen tieteellinen selittäminen noudattaa kausaalisen selittämisen mallia. Tällöin eräs kriteeri on se, että syy ja vaikutus voidaan luonnehtia toisistaan loogisesti riippumatta. Von Wright on kuvannut tätä esimerkillä, jossa höyrykattilan räjähtäminen on eri asia kuin varaventiilin kiinniruostuminen, joka mahdollisesti aiheutti sen. Molemmat ilmiöt voidaan kuitenkin kuvata riippumatta toisistaan. Höyrykattila voi räjähtää muistakin syistä. Ihmistutkimuksessa tämä tarkoittaisi, että jokin olemassaolon puoli, tapahtuma tai osatekijä olisi oletettava selvästi erilliseksi toisesta, johon se on suhteessa. Muuten syystä ja vaikutuksesta ei voida puhua. Monet filosofit, jotka ovat analysoineet selittämisen ongelmaa ihmistieteissä, ovat sitä mieltä, että *kausaalinen selittäminen* ei riitä tajunnallisten tapahtumien ja intentionaalisten tekojen selittämiseen. Tarvitaan myös teleologista (päämäärästä käsin lähtevää) selittämistä. Bertrand Russellin käsite *funktionaalinen suhde* ei tarkemmin spesifioi, millainen suhde on. Se yksinkertaisesti osoittaa, että tapahtumat ovat toisiinsa nähden vaikuttavia. (Rauhala 1989, 39; Rauhala 1993, 105.)

Perinteisesti hoitotieteellinen tutkimus on tieteenfilosofisen perusorientaation mukaan jaettu luonnontieteelliseen ja ymmärtävään tieteen traditioon. Luonnontieteellistä menetelmää luonnehtivat esimerkiksi reduktionismi, määrällisyys, objektiivisuus, käsitteiden operationalisointi, yleistettävyyden vaatimus sekä kausaalinen selittäminen. Teoreettiset väittämät perustellaan empiirisellä aineistolla. Ymmärtävää menetelmää kuvaa induktiivinen päättely, jossa teoria kehitetään ihmisten kokemusten ja käytännön todellisuuden perusteella, luokittelemalla näitä

erilaisin laadullisin tutkimusmenetelmin. Lisäksi subjektiivisuuden myöntäminen ja relatiivisuus kuvaavat tätä traditiota. (Niiniluoto 1997, 36-59.)

Edellämainittujen luonnontieteellisen ja ymmärtävän tradition lisäksi voidaan yleisestä tieteenteoriasta erottaa uudempi traditio, joka esimerkiksi sosiologiaan, psykologiaan ja psykoterapiaan liittyneenä on viime vuosina tarkastellut kysymystä tiedosta. Tätä lähestymistapaa kutsutaan sosiaalisesti konstruktionismiksi. Tieto ymmärretään tämän mukaisesti kielelliseksi tulkinnaksi, joka on sosiaalisten käytäntöjen muodostamaa. Perinteinen representaatio-oppi ihmisen mielestä todellisuuden heijastajana asetetaan voimakkaasti kyseenalaiseksi. (Gergen 1994, Nikander 2005, 281–286.) Tämän tutkimuksen monitahoarviointia koskevassa empiirisessä aineistossa sovelletaan sosiaalisen konstruktionismin metodologiaa.

Sosiaalinen konstruktionismi metodologiana viittaa siihen laajaan perheeseen teoreettisia lähestymistapoja, jotka painottavat konstruktivismia ja pluralismia enemmän kuin realismia ja yhtä kuvaa todellisuudesta. Vartiainen (1994) on kuvannut luokitusta, jossa erotetaan erilaisia metodologiaan liittyviä lähestymistapoja. Ensimmäisessä lähestymistavassa painottuu *laaja-alaisuus*, jossa tavoitteena on *kuvaileva analyysi* ilmiöstä. Keskeistä on myös erilaisten intressiryhmien näkemysten mahdollisimman laaja tavoittaminen. Toinen monitahoarvioinnin metodologian piirre on *neuvottelevuus*. Eri intressiryhmillä oletetaan olevan *valtaa* suhteessa arvioitavaan asiaan ja intressiryhmien oletetaan neuvottelevan arvioinnin rakenteesta ja kriteereistä. Kolmas piirre korostaa *sosiaalista oikeudenmukaisuutta*, jolloin arvioinnissa tulisi määritellä tietty *vähimmäistaso*, jota vastaan tuloksia voidaan peilata. Neljäs luokiteltu piirre perustuu *evolutionaari-seen näkökulmaan*, jossa keskeistä on arviointikohteen *sopeutuminen ympäristön muutoksiin*. Tämä piirre sisällyttää metodologiaan aika- ja muutosperspektiivin. (Pönkkö 2005, 31–33; Vartiainen 1994.)

Monitahoarvioinnin metodin kehittämiseen ovat vaikuttaneet erilaiset intressiryhmät tieteenfilosofiassa. Tieteenfilosofisessa ajattelussa monitahoarviointi sisältyy siihen ajattelusuuntaukseen, joka suosii tieto-opillisesti enemmän konstruktivismia kuin realismia ja enemmän pluralismia kuin yksittäistä kuvaa todellisuudesta. Konstruktivistisen arvioinnin taustalla on relativistinen käsitys todellisuudesta, joka kyseenalaistaa yhden, havaittajasta riippumattoman todellisuuden olemassaolon. Tieto on kontekstisidonnaista, olemassa useina sosiaalisina todellisuuksina

ja rakentuu siinä yhteydessä, missä toimitaan. Monitahoarvioinnilla haetaan vastauksia kysymyksiin, millainen joku yksikkö on ja miten arvioinnin tuloksia voidaan hyödyntää. (Berger ja Luckmann 1994; Pönkkö 2005 31–34.)

Monitahoarvioinnin lähtökohta on sen laaja-alaisuudessa ja neuvottelevuudessa. Toimijoiden ja erilaisten sidosryhmien arvomaailmat asettuvat suhteeseen toistensa kanssa kun arviointi toteutetaan monitahoisesti. Arvioinnin monitahoisuuden avulla erilaiset näkökulmat ja käsitykset voivat nousta esiin tarkasteluun. Arvioinnin toteutus eri näkökulmista parantaa arviointitulosten tulkinnan monipuolisuutta ja luotettavuutta. Keskeinen monitahoarvioinnin vahvuus on, että sen avulla voidaan ehkäistä arvioijien omien yksipuolisten (tiedostettujen tai tiedostamattomien) intressien vaikutusta. (Pönkkö 2005 31–34; Vartiainen 1994.)

Tässä tutkimuksessa todellisuus ymmärretään ihmismielestä riippumattomaksi objektiiviseksi ja ihmisen tajunnan muodostamaksi subjektiiviseksi kokonaisuudeksi. Jotta todellisuudesta saavutettaisiin tutkimuksen kannalta merkityksellistä tietoa, on perusteltua tarkastella tutkimuksen kiinnostuksen kohdetta, lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatua laaja-alaisesti eri intressiryhmien kannalta. Kuvaileva analyysi rakentuu tutkimuksen (ja tutkijan) sisäisestä neuvottelusta erilaisten näkökulmien välillä. Erilaisilla näkemyksillä on valtaa suhteessa tutkimuksessa esitettävään arvioon. Tavoitteena on saavuttaa tietoa, ei ainoastaan laadun vähimmäistasosta, vaan tavoitteena on saada tietoa, jonka perusteella toiminta voi paremmin sopeutua ympäristön muutoksiin ja kehittyä.

3.4.1 Monitahoarvioinnin mittarien teoreettinen tausta

Lasten ja nuorten kokemuksia ja tyytyväisyyttä psykiatrisesta hoidosta tarkastelleen kriittisen tutkimuskatsauksen (Biering 2010, 65–67) perusteella aihetta koskeva tieteellinen tieto on vasta kehittymässä. Katsauksen kohteena on 24 tutkimusta vuosilta 1994–2007. Avohoitoa koskevia tutkimuksia oli 15, osastohoitoa 7 ja avo- ja osastohoitoa koskevia tutkimuksia 2. Kvantitatiivisia näistä tutkimuksista oli 15, kvalitatiivisia 7 ja 2 mixed method -tutkimusta. Tutkimuskatsauksen perusteella ei ollut tunnistettavissa yhtä suositeltavaa mittaria, vaan mittarit vaihtelivat tutkimuksissa aikuisten potilastyytyväisyysmittareista tutkijoiden kehittämisiin mittareihin.

Kirjallisuuden perusteella voitiin tunnistaa kolme universaalia komponenttia: 1. tyytyväisyys ympäristöön ja palveluorganisaatioon, 2. palvelujen käyttäjän ja hoidon tuottajan vuorovaikutus ja suhde ja 3. hoidon tulokset. Lapset ja nuoret arvostivat hoidon tuottajan kommunikaatiotaitoja enemmän kuin terapeuttista lähestymistapaa. Lasten ja nuorten arvostamista kommunikaatiotaidoista erotettiin neljä kategoriaa: 1. hyväksyntä ja ymmärtäminen, 2. empaattisuus ja ystävällisyys, 3. kuuntelu- ja tarkkaavuustaidot ja 4. ei-tuomitseva lähestymistapa. (Biering 2010, 65, 68.)

3.4.2 Monitahoarvioinnin mittarien kehittäminen

Tässä tutkimuksessa käytettyjen mittarien (sähköiset tutkimuslomakkeet) *otsikossa kerrottiin lomakkeilla kysyttävän Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviota*. Lasten mittarissa lapsipotilaat ottivat kantaa siihen, puhuttiinko käynnillä oikeita asioita, ymmärsivätkö aikuiset lasta ja siihen millaista lapsilla oli käynnillä. (Kuvio 4.) Lasten mittarin suunnittelussa tavoitteena oli kyselylomake, jolla voidaan kysyä eri-ikäisten lasten arvioita siitä, puhuttiinko käynnillä oikeita asioita ja ymmärsivätkö aikuiset lapsen tilannetta. Lisäksi lapsia pyydettiin kuvaamaan tunnetilaansa käynnillä. Mittari oli suunniteltu toimimaan hoitotapahtumien laadun arviointityökaluna sekä avo- että osastohoidossa. Mittarin sisällöllisenä perusteluna käytettiin Bieringin (2010) kuvaamaa palvelujen käyttäjän ja hoidon tuottajan vuorovaikutuksen ja suhteen universaalia komponenttia ja tarkastelussa olivat lasten ja nuorten arvostamat kommunikaatiotaidot.

Teoreettinen kategoria	Lomakkeen kysymys
Empaattisuus ja ystävällisyys ja ei-tuomitseva lähestymistapa	Ymmärsivätkö aikuiset sinun tilannettasi?
Kuuntelu ja tarkkaavuustaidot	Puhuttiinko sairaalakäynnillä oikeista asioista?
Hyväksyntä ja ymmärtäminen	Millaista Sinulla oli sairaalakäynnillä

Kuvio 4. Teoreettisista kategorioista johdetut kysymykset lasten mittariin

Hoitotapahtumien monitahoarvioinnissa aikuiset ottivat kantaa käynnin tavoitteen selkeyteen, keskeisten asioiden käsittelyyn, kuulluksi tulemiseen, tilanteen turvallisuuteen, hyödyllisyyteen ja yhteistyön toimivuuteen. (Kuvio 5.) Aikuisten mittarin suunnittelussa tavoitteena on ollut lomake, joka palvelee monitahoarviota hoitajien/läheisten, yhteistyötahojen edustajien ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden näkökulmasta. Koska valmista validoitua mittaria tähän tarkoitukseen ei ollut käytettävissä, tutkimushankkeen osana kehitettiin tarkoitukseen so-piva mittari. Kysymyksiksi valikoitiin hoitotapahtuman vuorovaikutuksen laatua kuvaavia väittämiä, jotka ovat relevantteja hoitotapahtuman vuorovaikutuksen laadun arvion näkökulmasta. Aikuisten lomakkeen kysymysten avulla tutkitaan palvelujen käyttäjien ja palvelun tuottajien välisen vuorovaikutuksen laatua (Kuvio 5.).

Palvelujen käyttäjien ja palvelun tuottajien vuorovaikutuksen laatu	Lomakkeen kysymys
Hoitotapahtuman tavoitteen laatu	Käynnin tavoite oli selkeä
Hoitotapahtuman sisällön laatu	Käynnillä käsiteltiin keskeisiä asioita
Hoitotapahtuman dialogisuuden laatu	Asiani tuli kuulluksi
Hoitotapahtuman turvallisuuden laatu	Tilanne oli turvallinen
Hoitotapahtuman yhteistyön laatu	Yhteistyö oli toimivaa
Hoitotapahtuman tuloksen laatu	Käynti oli hyödyllinen

Kuvio 5. Teoreettisesta kategoriasta johdetut kysymykset aikuisten mittariin

Mittarien suunnittelussa on pyritty mahdollisimman suureen selkeyteen ja suljettuihin vastausvaihtoehtoihin. Kuhunkin kysymykseen valittiin viisiportainen likert –asteikko, jossa vastausvaihtoehtoja oli visualisoitu surullisilla ja iloisilla kasvokuvioilla, jotka ovat suositeltavia etenkin lasten osalta (Valli 2015, 57, 59). Lomakkeiden käytännön toteutuksessa piti ottaa huomioon myös käytetyn tekniikan rajoitukset, yhdelle A3 kokoiselle sähköiselle lomakkeelle mahtui kuusi kysymystä, joissa kaikissa on 5-luokkaiset vastausvaihtoehdot. Valitut kysymykset laadittiin tutkijan tekemän ehdotuksen ja moniammatillisen konsensuskeskustelun perusteella ja niiden tarkoituksena oli toimia mittarina hoitotapahtuman laadulle riippumatta siitä, mistä näkökulmasta arvio tehdään. Tutkijan tekemä ehdotus aikuisten monitahoarvioinnin mittariksi perustui aiempaan teoreettiseen tietoon hoitotapahtumien vuorovaikutuksesta (esimerkiksi Barker 2000; Seikkula 1999) ja kokonaisnäkemykseen erilaisista lastenpsykiatrisen tutkimukseen ja hoitoon kehitetyistä asiakaspalautemittareista. (Biering 2010).

3.5 Teleologiset sitoumukset

Tämä tutkimus liittyy konstruktiivisen ja soveltavan tutkimuksen alueeseen päämääränään esittää malli lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arvioinnista. Tieteellinen tutkimus voidaan jakaa perustutkimukseen ja soveltavaan tutkimukseen. Perustutkimusta ohjaa useimmiten pyrkimys ilmiöiden teoreettiseen hallintaan ja /tai uusien ongelmien ratkaisemiseen. Perustutkimuksessa pyritään kartuttamaan, tarkentamaan ja jäsentämään tieteellistä tietoa. Soveltavassa tutkimuksessa pyritään löytämään keinoja, joilla esimerkiksi perustutkimuksen avulla saavutettu tieto voidaan hyödyntää käytännössä. Soveltava tutkimus on toimintaa, jossa tavoiteltu lopputulos on tiedossa ja tutkimuksen kohteena on selvittää, miten tavoiteltuun lopputulokseen päästäisiin. Konstruktiivinen tutkimus on tässä mielessä soveltavaa tutkimusta ja sen tavoitteena on konkreettinen lopputulos, prototyyppi tai vain suunnitelma. Keskeinen osa tutkimusta voi myös olla tavoitetilan määrittäminen, mikäli se ei ole tiedossa tutkimustyöhön lähdettäessä. Esimerkiksi lääketiedettä ja tekniikkaa pidetään etupäässä soveltavina tieteinä. (Järvinen ja Järvinen 1996, 74.)

Hoitotieteellisissä kirjoituksissa on käyty keskustelua siitä, onko hoitotiede perus- vai soveltava tiede ja minkä tyyppisiä teorioita hoitotieteessä tulisi kehittää. Lisäksi on tarkasteltu sitä, miten käytännön työ ja perustieteet ovat suhteessa toisiinsa, missä määrin hoitotiede on omaleimaista hoitotyön kannalta sekä missä määrin hoitotyössä tullaan aina käyttämään muilta tieteenaloilta lainattuja teorioita. Useat erilaiset - ja eritasoiset - teorit ovat toistaiseksi hyväksytyjä hoitotieteessä. (Fawcett 2012, 199–200; Krause ja Kiikkala 1996 31–33; Lauri ja Elomaa 1995, 42.)

3.6 Eettiset sitoumukset

Eettinen ajattelu (Kreikan *ethos*) tutkii etiikan alueelle kuuluvien käsitteiden merkityksiä käytännössä; mitä merkitsevät käsitteet hyvä, oikea, velvollisuus, mahdollisuus, hyve, vapaus, rationaalisuus ja valinta. Näitä käsitteitä voidaan tarkastella esimerkiksi objektiivisesta tai sen vastakohtana subjektiivisesta, relatiivisesta tai skeptisestä näkökulmasta. Moraalin käsite viittaa eettisten kysymysten

tarkasteluun toiminnan tasolla. Jotkut etiikan teoriat olettavat, että on olemassa moraalisia lakeja, esimerkiksi kantilainen kategorinen imperatiivi tai Raamatun kymmenen käskyä, toiset etiikan teoriat suhtautuvat skeptisesti universaalien moraalisten lakien mahdollisuuteen. (Blackburn 1994, 126, 251, 267.) Varto (1994, 64) kuvaa etiikkaa ensimmäisenä filosofiana. Ihmisen maailmassa olemisen on aina muiden kanssa elämistä ja tällä tavoin ihmiseksi tulemistä. Suhde muihin (ihmisiin) on perustilanne ihmisen elämässä, ja siten maailmassa olemisen luonteeseen kuuluu lähtökohtaisesti eettisyys. Eettinen pohdinta on Varron mukaan (mt.) muita selvemmin subjektiivista filosofiaa, ja sitä ei voi säilyttää auktoriteetille tai toiselle.

Sosiaali- ja terveysalalla on olemassa ammattiryhmäkohtaisia eettisiä ohjeita tai periaatteita, jotka muodostavat ammatin arvopohjan. Nämä eivät ole tasoltaan objektiivisia moraalisia lakeja vaan pikemminkin subjektiivista ja relatiivista eettistä päätöksentekoa ohjaavia periaatteita. Eettiseen ajatteluun sisältyy kyky pohdita, mikä on oikein ja mikä on väärin suhteessa omiin ja yhteisön arvoihin (Kuula 2006, 21; Pietarinen 2002).

Tutkija on taustaltaan psykiatrinen sairaanhoitaja ja terveystieteiden maisteri. Kun tarkastellaan suomalaisen sairaanhoitajan ammatillista arvopohjaa, eettisissä ohjeissa korostuvat väestötasolla vastuu ihmisten terveydestä ja sen ylläpitämisestä, sairauksien ehkäisystä ja kärsimyksen lieventämisestä. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu eri-ikäisten ihmisten auttaminen ja yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen palvelu. Hoitaessaan ihmisiä sairaanhoitaja pyrkii edistämään ihmisen omia voimavaroja ja parantamaan potilaan elämänlaatua. Sairaanhoitajien eettisessä arvopohjassa korostetaan sairaanhoitajan vastuuta ensisijaisesti potilaalle, ihmiselämän suojelulle ja potilaan hyvän olon edistämiseksi. Kohdatessaan potilaan arvokkaana ihmisenä sairaanhoitaja luo hoitokulttuuria, joka ottaa huomioon yksilöllisyyden. Potilaan itsemääräämisoikeuden ja osallistumisen kunnioituksen lisäksi sairaanhoitaja pitää salassa luottamuksellisesti tietoonsa tulleet potilaan asiat. Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä, ja hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja luottamukseen. Toiminnan oikeudenmukaisuuden vaateeseen sisältyy näkemys ihmisten yhdenvertaisuudesta. Sairaanhoitaja vastaa tekemästään työstä henkilökohtaisesti, ja ammatilliseen velvollisuuteen kuuluu ammattitaidon jatkuva kehittäminen. Samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat yhdessä hoitotyön laadusta ja sen jatkuvasta paran-

tamisesta. Työtovereiden tukeminen ja kunnioittaminen, samoin kuin hoidon eettisyyden valvonta sisältyvät ohjeisiin. Yhteiskunnan tasolla painottuu osallistuminen ja päätöksenteko ihmisten terveyttä, elämän laatua ja hyvinvointia koskevissa asioissa. Lisäksi ihmiskunnan terveyden ja elinolojen kehittäminen ovat keskeisessä asemassa. Sairaanhoidajien ammattikunnan tasolla korostetaan yhteiskunnallisen tehtävän arvokasta hoitamista ja ammattikunnan jäsenten tukemista, valvomista ja vastuuta jäsenten hyvinvoinnista. Ammattikunta on vastuussa alansa asiantuntijuudesta, sisällön syventämisestä ja koulutuksen ja tieteilisyyden edistämisestä. Yhteiskunnan tasolla ammattikunnan kasvu heijastuu väestön hyvän olon lisääntymisenä. (Sairaanhoidajaliitto 2017.)

Tutkimusetiikan kannalta tarkasteltuna edellä mainittujen ammattieettisten ohjeiden tulisi osaltaan ohjata sairaanhoitajatutkijan tekemän tutkimuksen eettisiä valintoja. Koska ammattieettiset periaatteet ovat luonteeltaan eri hoitoympäristöihin sovitettuja, ammattieettisesti tarkasteltuna myös tutkijan kliininen kokemus on merkityksellinen.

Kliinistä kokemusta mielenterveystyön käytännöstä, laatu- ja kehittämistyöstä, esimiestyöstä ja johtamisesta tutkijalle on kokonaisuudessaan kertynyt kolmisenkymmentä vuotta eri hoitoyhteisöissä ja eri tehtävissä. Kliininen kokemus mielenterveystyön eri konteksteissa laajentaa aiheeseen liittyvää eettistä näkökulmaa ainakin kahdella alueella, toinen liittyy tutkijan omaan ammattieettiseen ja toinen tutkittavaa ilmiötä koskevaan näkökulmaan.

4 Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviointikehyksen muodostaminen

4.1 Laadun arviointikehyksen muodostaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan toteuttamisesta ja laadun arvioinnista on annettu erilaisia valtakunnallisia suosituksia. Suositeltavaa on määrittää toiminnan laatukriteerejä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatua on vaikea mitata yksiselitteisesti, joten suositeltavaa on yhdistää palvelujen *käyttäjien, tuottajien ja johtamisen näkökulmat*. Laatukriteerejä on mahdollista luokitella laadun ulottuvuuksien perusteelle eri tavoin. Donabedianin (1966) esittämän jaottelun mukaisesti laatukriteerit voidaan jakaa *tulos-, prosessi- ja rakennekriteereihin*. Tulokriteerit kuvaavat tilannetta hoidon tai palvelun jälkeen (esimerkiksi terveydentila, elämänlaatu). Prosessikriteerit kuvaavat palvelun tai toiminnan aikaista tilannetta (esimerkiksi hoitoon pääsy, annettu hoito, hoidon sujuvuus, mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun). Rakennekriteerit kuvaavat hoidolle tai palvelulle luotuja onnistumisen edellytyksiä (esimerkiksi henkilöstön määrä ja koulutus, tilat ja rahoitus). (Idänpään ym. 2000, 7-11, 13.) Tässä tutkimuksessa lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatu on ilmiö, jota koskevat havainnot ovat luonteeltaan teoriapitoisia. (Pietilä 1983, 56.) Erilaiset teoreettiset viitekehykset tuottavat erilaisia näkemyksiä laadusta. Laadun todellisuutta tulkitaan metateoreettisen tulkintakehyksen, paradigman, teorian tai vastaavan läpi. Koska ei ole olemassa näistä kehyksistä riippumatonta tapaa kuvata todellisuutta, ei myöskään ole neutraalia tapaa puhua todellisuudesta. Samasta todellisuudesta voidaan luoda useita erilaisia konstruktioita. (Berger ja Luckmann 1994; Niiniluoto 1997, 143; Pietilä 1983, 4-7.) Tämän tutkimuksen tieteenteoreettisena tausta-ajatteluna on sosiaalinen konstruktionismi. Sosiaalisessa konstruktionismissa oletetaan, että maailma rakentuu ihmisten keskinäisessä vuorovaikutuksessa, toisin sanoen vuorovaikutus rakentaa kokemuksen todellisuudesta ja kokemus todellisuudesta rakentaa vuorovaikutusta. (Berger ja Luckmann, 1994.)

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa on tarkoituksenmukaista tarkastella eri näkökulmista. Terveystieteiden tutkimuksessa tavanomainen toiminnan tarkastelun väline on Balanced Score Card -ajattelu (BSC), eli tasapainotettu mittaristo, jossa toimintaa mitataan ja arvioidaan *potilaiden, prosessien, uudistumisen ja talouden näkökulmista*. (Kaplan ja Norton 1992; Kaplan ja Norton 1996.)

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon toiminnan laatu määrittyy tässä tutkimuksessa mitattavassa muodossa potilaiden hoitopolkuina organisaatiossa, organisaation tehokkaana kokonaistoimintana suhteessa väestön palvelutarpeeseen ja potilaan tutkimuksen ja hoidon tapahtumissa eli hoitotapahtumien laatuina. Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatu tutkimuksen lähtökohtana on kontekstisidonnainen ilmiö. Yhteenvedon lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviointikehyksestä ja tutkimushankkeen alustavana jäsennyksenä esitetään, miten lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun määrittelyn edellytyksenä on yhdistää palvelujen käyttäjien, tuottajien ja toiminnan ohjauksen näkökulmat (Kuvio 6.). Edelleen samaan asetelmaan on kuvattu lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun ulottuvuudet, jotka voidaan jakaa rakenne-, prosessi- ja tulospohjaisiksi asianosaisten toteuttamaan hoitotapahtumien monitahoarviointiin.

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitotapahtumien luonteeseen sisältyy keskeisenä tekijänä ihmisten väliset vuorovaikutussuhteet. Hoitotapahtumien vuorovaikutussuhteiden laatua on siis perusteltua tarkastella tilanteessa paikalla olleiden eri asianosaisten näkökulmasta luotettavan kokonaiskuvan saavuttamiseksi.

Tutkimuksen tieto-opillinen tausta	Tutkimuksen teoreettinen tausta – aiempi tutkimus	Tutkittava ilmiö	Tutkimuslinjat Donabedian: teoria terveydenhuollon laadun arvioinnista	Tutkimuksen kohde	Aineisto
Sosiaalinen konstruktio-nismi	Teoreettinen ja kliininen näkemys terveydenhuollon laadusta	Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatu	Rakennepohjainen arviointi	Miten organisaation rakenne vaikuttaa potilaan hoitopolkuun ja työntekijä-kontakteihin?	Potilaiden hoitopolku-analyysit 2007, 2010 ja 2013
			Prosessipohjainen arviointi	Millaisia ovat BSC:n näkökulmien mukaiset tunnusluvut eri organisaatio-malleilla?	Organisaation tilastotiedot
			Tulosperusteinen arviointi – Monitaho-arviointi	Miten asianosaiset arvioivat tutkimus- ja hoitotapah- tumien laatua?	Kysely potilaille, huoltajille, yhteistyötahoille ja erikoissairaanhoidon työntekijöille

Kuvio 6. Tutkimusasetelman yhteenveto

4.2 Laadun arviointikehyksen perustelu

Erityistieteiden tieteenfilosofiassa on tavanomaista asettaa vastakkain kaksi päälinjaa: luonnontieteellinen (loogis-positivistinen) ja ymmärtävä (fenomenologishermeneuttinen) tutkimusperinne. Käyttämällä tieteellistä menetelmää ensin mainittu perinne tavoittelee yleistettäviä lakeja ja jälkimmäinen subjektiivisen maa-

ilmankuvan sisältämiä merkityksiä. Eri päälinjat sisältävät osin erilaisen käsitteistön ja vaihtoehtoiset ratkaisuehdotukset pääosin samoihin ongelmiin, ne nojaavat keskenään erilaisille perinteille. Moderni filosofinen tarkastelu osoittaa näiden perinteiden sisältävän samankaltaisuuksia, kytkentöjä ja yhtymäkohtia, jotka painavampia kuin eri näkemysten väliset erot. Pragmatismien, analyttisen filosofian, fenomenologian, eksistentiaalismin ja hermeneutiikan kesken on löydettävissä sisällöllisiä yhteyksiä. Esimerkiksi pragmatistisia piirteitä sisältyy nykyisin kaikkiin johtaviin filosofisiin ajatussuuntauksiin. (Niiniluoto ja Saarinen 2002, 14–17, 22.)

Tämän tutkimuksen luvussa 3. Tutkimuksen filosofiset ja teoreettiset lähtökohdat, on kuvattu niitä perusteita ja sitoumuksia, joita julkisen lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arvioinnissa tulee ottaa huomioon. Erilaisten sitoumusten perusteella on mahdollista konstruoida erilaisia laadun arviointikehyksiä. Tässä tutkimuksessa esitelty arviointikehys on teoreettisesti perusteltu vaihtoehto.

Tieteellisen tutkimuksen osalta perusteltua on kysymys, seurataanko tutkimuksessa jotain hyväksyttyä tieteellistä metodologiaa. Edelleen tutkimusongelmaa voidaan lähestyä a) *deskriptiivisenä tutkimusasetelmana*, jossa pyritään kuvaamaan tutkimuskohteen tilaa tai historiaa ja b) *generalisoivana tutkimusasetelmana*, jossa kartoitetaan tutkimuskohteeseen liittyviä säännönmukaisuuksia, pyritään ennustamaan ja saavuttamaan tutkimuskohteeseen liittyviä tavoitteita. (Niiniluoto 1997, 26, 60; Töttö 2012, 64; Valli 2015 15–19). Tieteenfilosofisesti tässä tutkimuksessa esitellyn laadun arviointikehystä koskevat ratkaisut palautuvat tutkijan valintoihin, jotka ontologisella ihmis- ja terveystieteiden tasolla heijastelevat Lauri Rauhalan monopluralistista ihmiskäsitystä, tieto-opillisena ratkaisuna sosiologista konstruktionismia ja tutkimuksen tavoitteiden osalta deskriptiivistä tutkimusasetelmaa.

Tutkimuksessa laadun arviointikehysten avulla on pyritty tavoittamaan tutkimuskohteena olevan ilmiön kompleksisuutta siten, että tarkasteluun tulee yksittäisen ihmisen kokemus hoitotapahtuman aikana ja sen lisäksi otetaan tarkasteluun organisaatio- ja palvelujärjestelmätasolla tapahtuva toiminnan ohjaus. Arviointinäkökulmat pohjautuvat laadun koskevaan teoreettiseen tarkasteluun, joita on sovellettu lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon kontekstiin. Tutkimusmenetelmät ovat kuvailevia, vertailevia ja tilastollisesti selittäviä.

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

5.1 Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatua ja niitä näkökulmia ja edellytyksiä, joita lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arvioinnissa tulisi ottaa huomioon. Tutkimuksessa kehitetään teoreettiseen tietoon pohjautuen deduktiivisesti arviointikehys, joka tarjoaa teoreettisesti perustellun jäsennyksen lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun empiiriseen arvioimiseen.

Tutkittaessa lastenpsykiatrista erikoissairaanhoidoa tieteellisellä menetelmällä tavoitteena on saavuttaa uutta tietoa aiheesta seuraten valittua tieteellistä menetelmää. Tässä tutkimuksessa käytetty menetelmä on kuvaileva eli deskriptiivinen analyysi (Niiniluoto 1997, 26).

Teoreettis-filosofisen osuus kuvaa lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviointikehysten edellytyksiä. Arviointikehystä testataan empiirisesti seuraavien tutkimuskysymysten avulla.

5.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykset tutkimusnäkökulmien ja aineistojen mukaan jaoteltuna ovat:

Laadun rakenneperusteinen arviointi – laadun arviointi organisaation toimintarakenteen perusteella

1. Miten organisaation rakenne on yhteydessä potilaan hoitopolkuun ja työntekijäkontakteihin?

Laadun prosessiperusteinen arviointi – laadun arviointi organisaation toimintaprosesseja kuvaavien tunnuslukujen perusteella

2. Miten organisaation toiminnan laatua ja sen kehitystä voidaan arvioida toiminnan tunnuslukujen perusteella?

Laadun tulosperusteinen arviointi – laadun arviointi hoitotapahtumien tulosten perusteella

3. Millainen on asianosaisten arvio lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitotapahtumien laadusta eri vastaajarooleista arvioituna?

3.1 Miten lapsipotilaat arvioivat hoitotapahtumien laatua?

3.2 Miten aikuiset arvioivat hoitotapahtumien laatua?

3.2.1 Miten huoltajat/läheiset arvioivat hoitotapahtumien laatua?

3.2.2 Miten yhteistyötahojen edustajat arvioivat hoitotapahtumien laatua?

3.2.3 Miten erikoissairaanhoidon työntekijät arvioivat hoitotapahtumien laatua?

3.2.4 Onko eri rooleista annetuissa aikuisten arvioinneissa tilastollisesti ja kliinisesti merkitseviä eroja ja yhtäläisyyksiä?

3.3 Miten lapsipotilaiden ja aikuisten arviot ovat suhteessa toisiinsa?

6 Tutkimusmenetelmien kuvaus

6.1 Tutkimuksessa käytettyjen tutkimusmenetelmien luonnehdintaa

Tutkimuskohteena olevan organisaation kehittämistyönä laadittuja prosessin periaatteita voidaan perustellusti käyttää ohjaavina laatukriteereinä toiminnan numeraaliselle kuvailulle ja vertailulle. Laatukriteerit syntyivät moniammatillisen konsensuskeskustelun ja kliinisen kokemuksen perusteella. Kahden ensimmäisen osan aineistojen muuttujat ovat numeerisia eli kvantitatiivisia muuttujia. Näistä voidaan esittää jakaumia ja sopivia keskilukuja. Kolmannessa osassa, jossa tarkastellaan asianosaisten näkemyksiä hoitotapahtumista, tarkastellaan eri rooleista tapahtuvien laatuarvioiden keskinäisiä yhteyksiä tilastollisin menetelmin. Kolmannen osan aineiston muuttujat ovat kategorisia ja luokittelevia. Lasten lomakkeen yhdessä kysymyksessä on käytetty lisäksi kvalitatiivisia muuttujia (kysymys 3). Ristiintaulukointia käytetään riippuvuustarkasteluun. Aineiston tilastollisessa käsittelyssä on konsultoitu tilastotieteilijää.

Aineiston analysointiin käytettiin Excel ja SPSS- ohjelmistoja. Aineiston tilastolliseen testaukseen käytettiin Pearson Chi-Square ja Spearman's rho testiä. Aineiston analyysin tuloksia kuvataan frekvenssijakaumien ja sopivien keski- ja hajontalukujen avulla.

6.2 Hoitotapahtumien laadun monitahoarvioinnin tutkimusmenetelmä

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon toiminta on luonteeltaan usein aineetonta hoito- ja palvelutoimintaa, joka saa merkityksensä inhimillisessä vuorovaikutuksessa lapsipotilaan, hänen läheistensä, yhteistyötahojen edustajien ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden kesken. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millainen näkemys yhteistyön laadusta konstruoituu, kun eri toimijoiden näkemyksiä tarkastellaan yhdessä. Koska tutkimuskontekstiin sopivaa, monitahoarviointiin soveltuvaa mittaria ei ollut käytettävissä, sellainen kehitettiin osana tutkimusta.

7 Tutkimuksen aineisto

7.1 Tutkimuksen konteksti ja sen esittely

Tutkimuksen kontekstina oleva lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon vastuualue sijaitsee sairaanhoitopiirissä. Sairaanhoitopiirin toiminta ja talous suunnitellaan kerrallaan kolmeksi vuodeksi ja talousarvio vuodeksi voimassa olevan strategian linjausten mukaisesti. Talousarvion perusteena ovat jäsenkuntien kanssa tehdyt vuosittaiset palvelusopimukset. Toiminnan tuotoista 80 prosenttia tulee jäsenkunnille myytävistä palveluista, lisäksi tuottoja saadaan muista myynneistä, asiakasmaksuista ja valtiolta vuosittain saatavasta määrärahasta opetus- ja tutkimustoimintaan. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016.)

Toimintamenoista suurin osa on henkilöstökuluja, lisäksi toimintakuluihin kuuluvat tilainvestoinnit ja erilaisten palvelujen ja materiaalien hankinnat. Toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden onnistumista mitataan vuosittain asiakkuuteen, prosesseihin, henkilöstöön ja uudistumiseen sekä talouteen liittyvillä mittareilla. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016.)

Vuonna 2014 kyseisessä sairaanhoitopiirissä hoidettiin yli 182 305 eri potilasta, joista erikoissairaanhoidossa hoidettujen osuus oli 145 542 potilasta. Sairaanhoitopiirin toimintatuotot olivat 742,1 miljoonaa euroa ja tilikauden tulos oli ylijäämäinen 5,6 miljoonaa euroa. Sairaanhoitopiirin konsernin sairaaloissa oli yhteensä 1293 sairaansijaa. Kyseisen vuoden aikana moniammatillista henkilöstöä oli 6 817 työntekijää. Tästä henkilöstöstä yli 60 prosenttia oli hoitohenkilöstöä, noin 15 prosenttia huoltohenkilöstöä ja reilu kymmenesosa lääkärihenkilöstöä. Hallinto- ja toimistohenkilöstön ja tutkimushenkilöstön määrä oli kymmenesosan suuruinen. Vuonna 2014 sairaanhoitopiirin alueella olevan väestön määrä oli 524 711 henkilöä ja erityisvastuualueen väestömäärä oli suuruudeltaan noin miljoona asukasta. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016.)

Sairaanhoidopiirin lastenpsykiatrian vastuualueella tutkitaan ja hoidetaan lasten mielenterveyden häiriöitä ja niihin liittyviä oireita. Yliopistosairaalan lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon tehtävänä on hoitaa erityisosaamista vaativia potilaita, joilla on psyykkiseen kehitykseen, käyttäytymisen ja tunne-elämän säätelyyn tai perheen kuormittuneisuuteen liittyviä häiriöitä. Tällaisia häiriöitä ovat esimerkiksi vaikea-asteinen ylivilkkaus- ja tarkkaavuushäiriö, laaja-alainen kehityshäiriö, kuten lapsuusiän autismi tai Aspergerin oireyhtymä, monimuotoinen kehityshäiriö tai näiden häiriöiden yhdistelmiä. Muita hoidon aiheita ovat tunne-elämän tai käyttäytymisen häiriö tai näiden yhdistelmä, traumaattisten kokemusten aiheuttama vakava stressihäiriö tai lapsen kehitystä kuormittava perhetilanne. Lapsipotilailla voi olla myös vaikeita tunteiden, käyttäytymisen, vuorovaikutuksen tai fysiologisen säätelyn häiriöitä, masennusta, ahdistuneisuushäiriöitä, itsetuhoista oireilua, käytöshäiriöitä, tuhrimista, syömishäiriöitä sekä psykoottista oireilua. Toimintaan kuuluu lisäksi osana poliisin esitutkintaa selvittää lapsiin kohdistuneita rikosepäilyjä. (Kaukonen ja Repokari 2016, 440–441; Pirkanmaan sairaanhoidopiiri 2016.)

Sairaanhoidopiirin jäsenkunnat vastaavat pääsääntöisesti itsenäisesti lievien lasten mielenterveyden häiriöiden hoidosta. Keskipaikeita lasten mielenterveyden häiriöitä hoidetaan palveluiden järjestämistavasta riippuen kunnissa tai yliopistosairaalassa. Vaikeiden lasten mielenterveyden häiriöiden hoito on keskitetty yliopistosairaalaan, ja siellä tehtäviin tutkimuksiin ja hoitoon tarvitaan lääkärin lähete. (Kaukonen ja Repokari 2016, 438; Pirkanmaan sairaanhoidopiiri 2016.)

Tutkimuksen kontekstina olleella lastenpsykiatrian vastuualueella tutkimus alkaa tavanomaisesti vanhemmille tehtävällä haastattelulla, johon vanhemmat voivat vastata verkkopalvelussa tai puhelimitse. Tutkimuksen aikana lapsen ja perheen tilannetta arvioidaan perhetapaamisissa ja tarvittaessa myös lapsen yksilökäynneillä. Lapselle voidaan tehdä tarvittaessa psykologin tutkimuksia. Lasten neuropsykiatristen häiriöiden selvittämisessä tutkimukseen kuuluu vanhemmille tehtävä tietokonepohjainen haastattelu lapsen neuropsykiatrisista oireista. Autismin kirjon häiriöiden kartoittamiseksi saatetaan tehdä myös lapsen havainnointitutkimus. Tarpeen mukaan tehdään perhekäyntejä sekä havainnoidaan lapsen ja vanhemman vuorovaikutusta. (Pirkanmaan sairaanhoidopiiri 2016.)

Lastenpsykiatrista hoitoa toteutetaan vuodeosastolla tai avohoidossa. Ympäri-vuorokautinen hoito toteutetaan vuodeosastoilla ja se tilastoituu osastohoidoksi.

Avohoidoksi tilastoituvat polikliiniset käynnit ja tehostettu avohoito, esimerkiksi päiväosasto- tai perheosastohoito. Osastohoitoa toteutetaan erityisesti niissä tilanteissa, kun tarvitaan tehostettua hoitoa. Osastohoito auttaa hallitsemaan potilaalle tai ympäristölle hankalia oireita, tai se voi tulla kyseeseen esimerkiksi tilanteissa, joissa avohoitokäynnit eivät riittävästi helpota lapsen ja perheen tilannetta. Osastohoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi tilanteissa, joissa vanhemmat tai huoltajat kokevat, etteivät he selviä lapsen vaikeiden oireiden kanssa. Osastohoidon perusteena toimii myös vaara, että lapsi aiheuttaa itselleen tai muille vahinkoa, tai lapsen toimintakyky ei riitä selviämiseen arkielämässä ja arkiympäristössä. (Kaukonen ja Repokari 2016, 440; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016.)

Kiireellinen ja päivystysluonteinen hoito käynnistyy lääkärin läheteellä. Päivystyshoitoa voidaan tarvita, jos lapsi on välittömässä vaarassa esimerkiksi itsetuhoisten tai psykoottisten oireiden vuoksi. Näissä tilanteissa lapsi ja perhe ohjataan ensisijaisesti sairaalan ensiapuun. Kiireellisellä läheteellä lähetetyn lapsen perheeseen otetaan yhteyttä 1–3 vuorokauden kuluessa läheteen saapumisesta. (Kaukonen ja Repokari 2016, 441; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016.)

Tutkimuskontekstin taustaa

Tutkimuksen kontekstina oleva lastenpsykiatrian vastuualue on historialtaan Suomen vanhin. Suomen ensimmäinen lastenpsykiatrinen osasto perustettiin vuonna 1927 Pitkänien psykiatriseen sairaalaan. Lasten mielenterveyspalvelut tuotettiin pääasiassa kasvatus- ja perheneuvoiloissa 1920-luvulta alkaen. (Kaukonen ja Repokari 2016, 437.)

Lasten mielenterveyspalvelut ovat laajentuneet ja kehittyneet ajanmukaisen poliittisen ohjauksen mukaisesti vuosikymmenten aikana. Lasten- ja nuorten psykiatriaan suunnattiin eduskunnan myöntämää korvamerkittyä valtionavustusta vuosina 2000 -2007. Hakijoina olivat sairaanhoitopiirit, ja hankkeita koordinoivassa työryhmässä oli Läninhallituksen ja sairaanhoitopiirien edustajia. Hankkeita käynnistyi sekä erikoissairaanhoidossa että kunnissa. Tutkimuskohteena ollut lastenpsykiatrian vastuualue toteutti yhteensä kahdeksan hanketta valtionavustuksen mahdollistamana. Hankkeet oli suunnattu lasten neuropsykiatriaan, lastenpsykiatrian kotisairaanhoitoon, lasten oikeuspsykiatriseen toimintaan, lasten psykoterapiaan, pikkulapsipsykiatriseen konsultaatioon ja koulutukseen perustasolle sekä

alueellisen palvelujärjestelmän selvitykseen. (Lastenpsykiatrian vastuualueen toimintakertomukset vuosina 2000–2007.)

Kahdeksankymmenen vuoden aikana lastenpsykiatrinen toiminta on eri vaiheissa laajentunut siten, että vuonna 2007 vastuualueella toimi osastohoidon vastuuyksikkö sisältäen neljä osastoa ja polikliininen vastuuyksikkö sisältäen seitsemän erikoistunutta polikliinistä työryhmää. Lastenpsykiatrian vastuualueen toiminnan kasvu, samoin kuin uusien erikoistuneiden työryhmien perustaminen tuottivat erityisesti 2000-luvulla parantuneet mahdollisuudet tarjota lastenpsykiatrisia palveluja. Uuden toiminnan liittäminen olemassa olevaan organisaatorakenteeseen toi mukanaan myös ongelmia. Valtionapuhankkeina määräaikaisina käynnistetyt työryhmät vakinaistuivat vähitellen 2000-luvun aikana osaksi vastuualueen toimintaa. Uudet työryhmät ja toimintamallit pohjautuivat uuteen tieteelliseen tutkimukseen ja osin kapea-alaiseenkin erikoisosaamiseen. Potilaiden hoidon kannalta merkittävä ongelma syntyi siitä, että erikoissairaanhoidon tutkimuksen ja hoidon aikana potilaat kohtasivat usein eri työryhmien työntekijöitä. Lastenpsykiatrinen hoito toteutuu perustavalla tavalla potilaan, ja työntekijän hoitosuhteen avulla ja työntekijöiden vaihtuminen kuormitti sekä potilaita että työntekijöitä. (Lastenpsykiatrian PRO-hanke, loppuraportti 2011.)

Useiden erikoistuneiden työryhmien mukanaan tuoma sisäisten rajapintojen suuri määrä aiheutti tehottomuutta, mikäli potilaiden hoidontarve edellytti potilaiden liikkuvuutta työryhmästä toiseen. Potilaat saattoivat kohdata lukuisia asiantuntijoita ja useita työryhmiä. Perinteisen organisaatiomallin poliklinikan vastuuyksikkö ja osastohoidon vastuuyksikkö olivat työntekijämääriltään samankokoiset yksiköt. Esimiestyön resurssi oli jakautunut epäsuhteisesti siten, että poliklinikan vastuuyksikön vetäjinä toimi apulaisylilääkäri ja osastonhoitaja ja heidän alaisuudessaan seitsemän erikoislääkärijohtoista polikliinista työryhmää. Osastohoidon vastuuyksikön vetäjiksi oli nimetty apulaisylilääkäri ja osastonhoitaja, mutta vastuuyksikkö oli kokonaisuutena nimellinen rakenne ja sisälsi neljä osastoa, joissa osastojen vetäjinä toimi neljä erikoislääkäriä ja neljä osastonhoitajaa. (Lastenpsykiatrian PRO-hanke, loppuraportti 2011.)

Yhteenvedona kehittämistoimenpiteitä ohjanneista tunnistetuista tekijöistä voidaan mainita vastuualueen toiminnan voimakas kasvu 2000-luvulla, erityisosaamisen mukanaan tuomat sisäiset rajapinnat, hoitotakuun toteuttamisen vaikeu-

det, työn kiireisyys ja kuormittavuus, henkilöstön rekrytoinnin vaikeudet ja palvelujärjestelmän ongelmat. Myös vastuualueen aiempi kehittämistyö oli nostanut esiin muutostarvetta, esimerkiksi vastuualueen ydinprosessien kuvaushanke 2006 ja työn organisoimisen parantamiseksi toteutettu Elävänä eläkkeelle - hanke 2006–2007. Nämä aiemmat hankkeet tuottivat johtopäätöksenä näkemyksen lastenpsykiatrisen toiminnan potilaslähtöisestä ja prosessiluonteisesta uudelleenjärjestämisestä. (Lastenpsykiatrian PRO-hanke, loppuraportti 2011.)

Lastenpsykiatrian prosessiorganisaatiohanketta toteutettiin vuosina 2008 - 2010 (PRO -hanke). Hankkeen avulla vastuualueen organisaatorakenne uudistui potilaslähtöisiksi prosessiyksiköiksi aiemman poliklinikka- ja osastorakenteen sijaan. Hankkeen toteutukseen vaikuttivat useat erilaiset tekijät, joista keskeisimpiä olivat lastenpsykiatrisen toiminnan kysynnän voimakas lisääntyminen ja lisäresursointi 2000-luvulla, sairaanhoitopiirin strategia ja toimialueen tulevaisuusohjelma, jotka strategisesti painottivat tulevaisuuden rakentamisessa potilaslähtöisyyttä ja prosessimaisia toimintamalleja. Lastenpsykiatrian vastuualueella oli tunnistettu aiemman organisaatorakenteen sisältämiä ongelmakohtia. Yhdessä nämä tekijät toimivat muutoksen perusteina. (Lastenpsykiatrian PRO-hanke, loppuraportti 2011.)

Sairaanhoitopiirin strategia (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2008–2012) on korostanut prosessiluonteisen toiminnan lisäämistä. Toimialueen tulevaisuusohjelmassa on painotettu potilaslähtöisiä ja toimivia prosesseja ja hoitoketjuja. Lastenpsykiatrian vastuualueella toimintaa on kehitetty strategian ja tulevaisuusohjelman mukaiseen suuntaan, toisin sanoen poliittisen ja strategisen johtamisen ohjauksen mukaisesti.

Kehittämistyön kokonaistavoitteina vuosina 2008–2010 on ollut organisaation ja toimintamallien uudistaminen, lähtökohtana potilaslähtöisyys ja yhteistyö. Kehittämistoimintaa ohjasivat vuonna 2008 asiantuntijaryhmässä konsensuskeskustelun perusteella kehitetyt prosessin periaatteet. PRO-hanketta kokonaisuutena ja uusien yksiköiden prosesseja on kehitetty ja arvioitu suhteessa hanketyöskentelyä ohjanneisiin prosessin periaatteisiin. Seuraava taulukko 4 esittää koosteen prosessin periaatteista. (Lastenpsykiatrian PRO-hanke, loppuraportti 2011.)

Taulukko 4. Prosessin periaatteet

Prosessin periaatteet

Lapsen ja perheen tutkimuksen ja hoidon alkuun sijoittuu vahvaa osaamista

Lapsen ja perheen hoitavat henkilöt pysyvät samoina

Työntekijät ovat osallisena rajatun potilasmäärän hoidossa

Hoitotakuu toteutuu

Lastenpsykiatrian vastuualue kokonaisuudessaan ja sen eri yksiköt ovat kehittäneet toimintaansa hankevuosien aikana noudattaen konsensuskeskusteluissa luotuja prosessin periaatteita. Hankkeen tuloksia kokonaisuudessa voitiin arvioida vastuualuetasoisesti ja toimintayksiköiden tuottamia prosesseja suhteessa siihen, miten prosessin periaatteet ovat toteutuneet. Voidaan perustellusti väittää, että prosessin periaatteet muodostavat toiminnan laatukriteerejä. Kehittämistyön perusteella erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrinen palvelutuotanto sovitettiin uudella tavalla suhteessa alueen lapsiväestön ja lapsiperheiden tutkimuksen ja hoidon tarpeeseen. Uudistuksen myötä vähennettiin organisaation sisäisiä rajapintoja ja toiminta järjestettiin potilasanalyysin ja segmentoinnin ohjaamana siten, että prosessin periaatteet toteutuivat. Segmentoinnin edellyttämiä valintoja tehtäessä käytettävissä oli vastuualueen valtakunnallisesti ja kansainvälisesti laaja-alainen kliininen ja tieteellinen osaaminen ja tulevaisuuden odotusarvot. Aiempi poliklinikka- ja osastorakenne purettiin ja luotiin uudet yksiköt, jotka tuottavat potilaslähtöisiä prosesseja avo- ja osastohoidossa. (Lastenpsykiatrian PRO-hanke, lopuraportti 2011.)

Hankevuosina rakennetut uudet yksiköt sisältävät neljä kliinisen toiminnan yksikköä, jotka tuottavat konsultaatioita, avo- ja osastohoitoa, ja asiantuntijapalveluiden yksikön, joka tuottaa konsultaatio- ja avopalveluja vastuualueen sisäiseen ja ulkoiseen käyttöön. Hankkeen aikana luotiin uudet yksiköt, sovittiin niiden esimiehistä ja työntekijöistä sekä jaettiin hoidossa olleet potilaat uusiin yksiköihin. Yksiköittäin kuvattiin hoidon indikaatiot, hoidon prosessit, työnjako, miten konsultaatio, avo- ja osastohoito toteutetaan sekä sovittiin vastuualueen yhteinen palvelulupaus ja kehitettiin sen mittaaminen. Yksiköittäin määriteltiin hoidon päättämisen kriteerejä erikoissairaanhoidon osalta. (Lastenpsykiatrian PRO-hanke, loppuraportti 2011.)

7.2 Tutkimuksen aineistot näkökulmittain

7.2.1 Lapsipotilaiden hoitopolut ja työntekijäkontaktit

Empiirisen tutkimuksen ensimmäisessä osassa selvitettiin potilaiden hoitoon liittyneet työntekijäkontaktit ja työntekijöiden määrät. Kehittämistoiminnan alkumittauksena vuonna 2007 ja loppumittauksena vuonna 2010 pyydettiin työryhmiä yksiköittäin valitsemaan näytteet hoidossaan olevista tavanomaisista, vaikeista ja erityisen vaikeaoireisista potilaista. Asiantuntijaryhmien valitsemana saatiin 28 potilaan näyte perinteisessä toimintamallissa vuonna 2007 ja 35 potilaan näyte prosessiorganisaatiossa vuonna 2010. Näiden asiantuntijanäkemyksen perusteella valittujen näytteiden verrokiksi toteutettiin satunnaisotantana 114 potilaan otos vuonna 2013.

Empiirisen tutkimuksen ensimmäisen osan aineistona ovat sairaanhoitopiirin tilastopalvelun toimittamat tiedot, joiden pohjalta hankesairaanhoidaja tuotti yhteenvedot 2007 ja 2010 hoitopoluista. Koska tehdyn työn kirjaamiseen käytetyt resurssikoodit uudistuivat organisaation uudistumisen myötä, hankesairaanhoidaja tarkisti manuaalisesti resurssinumeroihin liittyvät työntekijät. Näin varmistettiin, että eri työntekijät tulivat kirjatuksi oikein, toisin sanoen kirjaamismuutos ei aiheuttanut virhettä todelliseen työntekijämäärään.

Vuoden 2013 otos toteutettiin sairaanhoitopiirin tietopalvelun toteuttamana satunnaisotantana siten, että yksiköittäin poimittiin 20 potilaan otos. Kun 6 samaa potilasta poimittiin henkilötunnuksen perusteella kahdesta yksiköstä, saatiin lopulliseen otokseen 114 eri potilasta. Sairaanhoitopiirin tietopalvelun asiantuntija toteutti otoksen aineistonkeruun. Tutkimuksessa analysoitiin potilaiden hoitopolkuja eri organisaatiomallien aikana ja tutkittiin organisaation rakenteen yhteyttä hoitopolkuun ja hoidon laatuun.

7.2.2 Toiminnan tunnusluvut

Empiirisen tutkimuksen toisen osan aineistona ovat sairaanhoitopiirin tilastotiedot vuosina 2008–2014 lastenpsykiatrian vastuualueen toiminnasta. Toimintaa kuvaavat tunnusluvut on tuotettu tasapainotetun mittariston (BSC) näkökulmista (Kaplan ja Norton 1992) ja niiden yhteys palvelujen/lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatuun liittyy ensisijaisesti toiminnan operationaaliseen ohjaukseen. Aineisto on kerätty intranetistä sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloustilastoista.

7.2.3 Monitahoarvioinnit hoitotapahtumien laadusta

Empiirisen tutkimuksen kolmannen osan aineisto on kerätty otoksena seitsemän viikon aikana keväällä 2014, kun lapsipotilaat, läheiset, yhteistyötahojen edustajat ja erikoissairaanhoidon työntekijät arvioivat hoitotapahtumia. Tutkimuksen kolmannen osan aineisto on kerätty tutkimusta silmällä pitäen kehitetyllä monitahoarviointimittarilla. (Liite 2. Tutkimuslomakkeet)

Aineiston keruumenetelmä kehitettiin yhteistyössä Takain Oy:n kanssa siten, että substanssiasiantuntijat vastasivat kyselylomakkeiden sisällöstä ja Takain Oy:n asiantuntijat kyselyn teknisestä toteutuksesta. Seuraavassa esitellään tarkemmin monitahoarvioinnin aineiston keruuta

7.2.4 Monitahoarviointien sähköinen tallennusmenetelmä ja esikäsittely

Hoitotapahtumien monitahoarviot tehtiin helppokäyttöisillä sähköisillä kyselytauluilla ja Takain -laitteilla. Likert-asteikolliset kyselytaulut oli sähköistetty älytarron avulla. Jokaisen eri vastausvaihtoehdon kohdalla oli älytarra ja sanallisen vastausvaihtoehdon lisäksi vastausvaihtoehtoa kuvattiin hymiöiden muodossa. Jokaisella älytarralla oli oma tunnistenumerosa. Arvio rekisteröityi, kun arvioija kosketti valitsemaansa hymiötä laitteella. Laite ilmoitti värähtelyn ja valojen avulla kunkin arvion rekisteröinnistä. Osana arviota vastaajat rekisteröivät oman roolinsa, jolloin hoitotapahtumaa voitiin arvioida helposti ja monitahoisesti. Hoitotapahtuminen arvioinnissa keskeistä oli se, että samaa tapahtumaa voitiin arvioida useasta eri näkökulmasta ja siten saavuttaa helposti ja tehokkaasti monitahoinen kuva tapahtumasta. Laitteiden keräämässä datassa oli aikaleima, joka liitti samasta hoitotapahtumasta tehdyt arviot toisiinsa. Laitteiden keräämä data luettiin langattomasti puhelimen avulla ja siirrettiin Excel-muotoon, josta ne olivat käytettävissä jatkotyöskentelyä ja raportointia varten.

Hoitotapahtumien tutkimuksessa pyydettiin käynnin loppuun arviota hoitotapahtumasta lapsipotilailta, heidän huoltajiltaan/läheisiltään, yhteistyötahojen edustajilta ja oman vastuualueen työntekijöiltä. Arviota pyydettiin kaikilta hoitotapahtumissa mukana olleilta asianosaisilta. Sähköisten lomakkeiden käytön ja vastausprosessin ohjeistukseen käytettiin lomakkeessa olevan ohjeistuksen lisäksi koko vastuualueen henkilökunnan ohjeistusta sähköpostilla (Liite 3. Ohje vastauksesta) ja video-ohjetta vastausprosessista. Ennen tutkimusaikaa laitteet olivat henkilöstön tutustuttavina ja tutustumisajan vastauksia ei sisällytetty lopulliseen aineistoon. Tutkimukseen hyväksytty data kerättiin aikavälillä 14.4. - 31.5.2014 34 taulu- ja Takain -laitteiston avulla. Kaikissa vastuualueen vastaanottotiloissa oli taulu- ja Takain -laitteisto hoitotapahtuman arviota varten. Sähköisiä arviointivälineitä oli varattuna myös muualla kuin vastuualueen tiloissa tapahtuvien käyntien arvioimiseen (esim. kotikäynnit). Varsinaisena tutkimusaikana lomakkeiden yläreunassa oli testipainike, jolla saattoi kokeilla, miten sähköiset kaavakkeet ja lukulaite toimivat.

Hoitotapahtumiksi oli määritelty kaikki vastuualueen tutkimus-, hoito- ja terapiaikäynnit ja neuvottelut. Tutkimusta varten pyydettiin arviota kaikista avo- ja osastohoitoon liittyvistä yksilö-, pari-, perhe-, verkosto- ja ryhmätapaamisista.

7.2.5 Monitahoarvioinnin aineisto

Tutkimusaikana laitteisiin kertyi yhteensä 28629 vastausta eli hymiön kosketusta Takain -laitteella. Jokainen hymiön kosketus vastasi yhteen tutkimuskysymyseen. Seitsemän aineistonkeruuviikon aikana kertyi tietoa *1068 hoitotapahtumasta*. Lapsipotilaat antoivat arvion 978 kertaa (31 % vastauksista), huoltajat antoivat arvion 684 kertaa (22 % vastauksista), yhteistyötahojen edustajat 210 kertaa (7 % vastauksista) ja erikoissairaanhoidon työntekijät 1303 kertaa (41 % vastauksista). Yhteensä 1068 hoitotapahtumaa arvioi 3175 vastaajaa. Sama vastaaja saattoi vastata useamman kerran tutkimukseen eri käyntien yhteydessä. Tutkimusaikana oli sairaanhoitopiirin tietopalvelun mukaan toteutuneita avohoitotapahtumia 2363 ja osastojen kalentereista manuaalisesti laskettuja hoitotapahtumia 359. Yhteensä tutkimusaikana hoitotapahtumia oli 2722 kappaletta. Monitahoarvioidut hoitotapahtumat edustavat otoksena 39 % tutkimusajan ajanjakson hoitotapahtumista. Aineiston tarkastus ja tilastollinen käsittely tehtiin tilastotieteilijän kanssa. Aineistosta oli poistettu esikäsittelyvaiheessa ne vastaukset, joista datan perusteella oli nähtävissä, ettei vastaus liittynyt indeksoituun hoitotapahtumaan.

7.2.6 Yhteenveto tutkimuksen osa-alueista, aineistoista ja menetelmistä

Seuraavaan kuvioon 7. on koottu yhteenvedoksi arviointikehikon sisältämät näkökulmat laatuun (rakenne-, prosessi- ja tulonäkökulmat), tutkittavat osa-alueet, tutkimushavainnot ja käytetyt tutkimusmenetelmät.

Näkökulma	Rakenne	Prosessi	Tulos
laatuun			
Tutkittava näkökulma laatuun	Hoitopolku-analyysi	Toiminnan tunnusluvut	Hoitotapahtumien monitahoarvio
Tutkimus-havainnot/ aineisto	Työntekijät per lapsipotilas, hoitoyksiköt, käynnit	Sairaanhoidopiirin tilastotiedot	Takainkysely
Tutkimus-menetelmä	Tilastollinen kuvailu ja vertailu	Tilastollinen kuvailu ja vertailu	Tilastollinen kuvailu, vertailu ja selittäminen

Tutkimustulokset

Kuvio 7. Yhteenveto laadun arviointikehikon sisältämästä aineistosta ja tutkimuksen etenemisestä

8 Tutkimuksen tulokset

8.1 Lapsipotilaiden työntekijäkontaktit

Tarkasteltaessa tutkimuksen näytteinä olleita lapsipotilaiden hoitopolkuja (n = 28) perinteisellä toimintamallilla vuonna 2007, voidaan havaita, että tavanomaisen lapsipotilaan (n = 9) kohdalla eri hoitoyksiköiden lukumäärä vaihteli 2-8 välillä ja hoitoon osallistuneiden työntekijöiden lukumäärä vaihteli välillä 6-18, keskimäärin hoitoon osallistui 13,1 työntekijää. (Taulukko 5.) Vaikeaoireisiksi arvioitujen lapsipotilaiden (n = 10) hoitoyksiköiden lukumäärä vaihteli välillä 2-8, mutta hoitoon osallistuvien työntekijöiden kokonaismäärä vaihteli 6-35 välillä keskiarvon ollessa 18,6 työntekijää. (Taulukko 6.) Erittäin vaikeaoireisiksi arvioitujen lapsipotilaiden (n = 9) hoitoyksiköiden määrä vaihteli 4-8 välillä ja työntekijämäärä 9-29 välillä keskiarvon ollessa 18,4 työntekijää. (Taulukko 7.) Luvut eivät kerro osastohoidossa hoitoon osallistuneiden osastotyöntekijöiden määriä, joka vielä lisäsi lapsipotilaan ja läheisten työntekijäkontakteja. Erittäin vaikeaoireisiksi arvioitujen lapsipotilaiden hoito sisälsi näytteessä osastojaksoja keskimäärin 2,8 kun tavanomaisilla lapsipotilailla osastojaksoja oli 1,3.

Taulukko 5. Tavanomaisten lapsipotilaiden hoitopolut, näyte vuonna 2007 (n =9)

Tavanomainen	yhteensä	vaihteluväli/potilas	keskiarvo
potilaita	9		
yksiköitä	35	2-8	3.9
työntekijät	118	6-18	13.1
osastojaksot	12	0-3	1.3
avokäynnit	516	18-100	57,3

Taulukko 6. Vaativaoireisten lapsipotilaiden hoitopolut, näyte vuonna 2007 (n = 10)

Vaativaoireinen	yhteensä	vaihteluväli/potilas	keskiarvo
potilaita	10		
yksiköitä	46	2-8	4.6
työntekijät	186	6-35	18.6
osastojaksot	17	0-4	1.7
avokäynnit	541	11-104	54.1

Taulukko 7 Erittäin vaativahoitoisten lapsipotilaiden hoitopolut, näyte vuonna 2007 (N = 9)

Erittäin vaativaoireinen	yhteensä	vaihteluväli/potilas	keskiarvo
potilaita	9		
yksiköitä	50	4-8	5.6
työntekijät	166	9-29	18.4
osastojaksot	25	0-5	2.8
avokäynnit	711	27-160	79

Tarkasteltaessa tutkimuksen näytteinä olleita lapsipotilaiden hoitopolkuja vuonna 2010 (n = 35) prosessiorganisaation toimintamallilla, voidaan havaita, että tavanomaisen lapsipotilaan (n = 10) kohdalla eri hoitoyksiköiden lukumäärä vaihteli 1-3 välillä ja hoitoon osallistuneiden työntekijöiden lukumäärä vaihteli välillä 2-8, keskiarvona hoitoon osallistui 4,4 työntekijää. (Taulukko 8.) Vaikeaoireisiksi arvioitujen lapsipotilaiden (n = 14) hoitoyksiköiden lukumäärä vaihteli välillä 1-4, mutta hoitoon osallistuvien työntekijöiden kokonaismäärä vaihteli 3-11 välillä keskiarvon ollessa 5,8 työntekijää. (Taulukko 9.) Erittäin vaikeaoireisiksi arvioitujen lapsipotilaiden (n = 11) hoitoyksiköiden määrä vaihteli 1-5 välillä ja työntekijämäärä 3-21 välillä keskiarvon ollessa 7,9 työntekijää. (Taulukko 10.) Luvut eivät tässäkään tilanteessa suoraan kerro osastohoidossa hoitoon osallistuneiden osastotyöntekijöiden määriä, jotka on jätetty tarkastelun ulkopuolella. Erittäin vaikeaoireisiksi arvioitujen lapsipotilaiden hoito sisälsi näytteessä osastojaksoja keskimäärin 1,4 kun tavanomaisilla potilailla osastojaksoja oli 0,2.

Taulukko 8. Tavanomaisten lapsipotilaiden hoitopolut, näyte vuonna 2010 (n = 10)

Tavanomainen	yhteensä	vaihteluväli/potilas	keskiarvo
potilaita	10		
yksiköitä	17	1-3	1.7
työntekijät	44	2-8	4.4
osastojaksot	2	0-1	0.2
avokäynnit	150	1-45	15

Taulukko 9. Vaativaoireisten lapsipotilaiden hoitopolut, näyte vuonna 2010 (n = 14)

Vaativaoireinen	yhteensä	vaihteluväli/potilas	keskiarvo
potilaita	14		
yksiköitä	34	1-4	2.4
työntekijät	81	3-11	5.8
osastojaksot	9	0-2	0.6
avokäynnit	555	6-112	39.6

Taulukko 10. Erittäin vaativaoireisten lapsipotilaiden hoitopolut, näyte vuonna 2010 (n = 11)

Erittäin vaativaoireinen	yhteensä	vaihteluväli/potilas	keskiarvo
potilaita	11		
yksiköitä	33	1-5	3
työntekijät	87	3-21	7,9
osastojaksot	8	0-2	1.4
avokäynnit	693	17-146	63

Kun verrataan 2007 ja 2010 asiantuntijoiden valitsemaa potilasnäytteitä keskiarvojen perusteella, voidaan havaita, että tutkimuksen näytteissä tavanomaisten lapsipotilaiden kohtaamien työntekijöiden keskiarvo on laskenut 13,1 työntekijästä 4,4 työntekijään. Vaikeaoireisiksi arvioitujen lapsipotilaiden työntekijäkontaktien keskiarvo oli vähentynyt 18,6:sta 5,8:aan. Erittäin vaikeaoireisiksi arvioitujen lapsipotilaiden kohdalla vähennys oli 18,4:stä 7,9:ään. (Taulukko 11, Taulukko 12 ja Taulukko 13.)

Taulukko 11. Tavanomaisten potilaiden vertailu, näytteet vuosilta 2007 ja 2010

Tavanomainen (Ka)	2007	2010
	(ka)	(ka)
yksiköitä	3.9	1.7
työntekijät	13.1	4.4
osastojaksot	1.3	0.2
avokäynnit	57.3	15

Taulukko 12. Vaativaoireisten potilaiden vertailu, näytteet vuosilta 2007 ja 2010

Vaativaoireinen (Ka)	2007	2010
	(ka)	(ka)
yksiköitä	4.6	2.4
työntekijät	18.6	5.8
osastojaksot	1.7	0.6
avokäynnit	54.1	39.6

Taulukko 13 Erittäin vaativaoireisten potilaiden vertailu, näytteet vuosilta 2007 ja 2010

Erittäin vaativaoireinen (Ka)	2007	2010
	(ka)	(ka)
yksiköitä	5.6	3
työntekijät	18.4	7.9
osastojaksot	2.8	1.4
avokäynnit	79	63

Vuoden 2010 näytteen potilaat edustivat kehittämishankkeen loppumittausta. Tutkimuksessa haluttiin vielä selvittää, olivatko vuoden 2010 näytteisiin valitut

potilaat edustavia tutkimuksen aiheen kannalta, tuottivatko ne tuloksiin vääristymää ja millainen tilanne oli organisaation kehittämishankkeen päättymisen jälkeen. Tämän selvittämiseksi työntekijämäärän vertailu toteutettiin vielä kolmannen kerran, tällä kertaa valittiin otanta. Kun tarkastellaan vuonna 2013 lastenpsykiatrian vastuualueella tutkimuksissa ja hoidossa olleiden, otantana poimittujen potilaiden (n = 114) hoitoa, voitiin havaita näiden potilaiden kohdalla kontakteja olleen keskimäärin 5,2 työntekijään. Keskiarvoksi muutettuna vuoden 2013 otoksen potilaiden hoito toteutui kahdessa eri yksikössä. Vuoden 2013 potilaita ei ryhmitelty oireilun vaativuuden perusteella vaan potilaat olivat tarkastelun kohteena yhtenä ryhmänä.

8.2 Palvelutuotantovertailun tulokset

Seuraavassa tarkastellaan vastuualueen kokonaistoimintaa tunnuslukujen perusteella. Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) seuraa ja vertailee erikoissairaanhoidon laatua ja tuottavuutta ja julkaisee sairaaloiden välisiä vertailuja. Lastenpsykiatrinen, kuten muukaan psykiatrinen toiminta ei sisälly Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Diagnosis Related Group (DRG) vertailuun. Keskeisiä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksissä käytettyjä käsitteitä tämän tutkimuksen kannalta ovat **tuottavuus**, jolla tarkoitetaan tuotoksen ja panoksen välistä suhdetta. **Tuotos** määritellään THL:n tuottavuusaineistossa potilaan tietyn terveysongelman hoitona (lähellä käsitteitä ”hoidettu potilas” tai ”hoitokokonaisuus”) yhden kalenterivuoden aikana. **Panos** on yhden sairaalan tai erikoisalan hoitotoiminnasta aiheutuva kokonaiskustannus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Seuraavassa lasketaan **tuottavuuskertoimet** siten, että **tuotanto** on vuosittaiset yhteenlasketut kuntalaskutettavat avohoitosuoritteet ja osastohoitopäivät. **Panos** jakajina on käytetty työpanosta ja kokonaiskustannuksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittämiä käsitteitä on käytetty tulosten taustoitukseen tässä tutkimuksessa.

Lastenpsykiatrian vastuualueen toiminnan ja talouden tunnusluvut vuosina 2008–2014 on poimittu sairaanhoitopiirin tilastotiedoista (Taulukko 14, Taulukko 15, Taulukko 16, Taulukko 17 ja Taulukko 18). Tasapainotetun mittariston mukaisiksi prosessikriteereiksi määritellään tavanomaisesti hoidon saatavuutta, hoidon sujuvuutta, hoidon määrää, hoidon käyttöä ja hoidon taloudellisuutta koskevat

kriteerit. Hoidon saatavuutta kuvaava hoitotakuun määrittely on pysynyt samana tutkimuksen tarkasteluajanjaksona. Lastenpsykiatrian osalta mielenterveysasetuksen muutos toi hoitotakuun voimaan vuonna 2001. (Idänpään ym. 2000, 7-11, 13; Piha 2005.)

Taulukko 14. Vastuualueen kysyntä ja saatavuus vuosina 2008–2014

Kysyntä ja saatavuus	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hyväksytyt lähetteet(Lkm)	491	517	478	522	526	565	604
Yli 21 vrk hyväksytyt lähetteiden % -osuus	21	14,9	6,1	3,4	0,6	0,7	0,7
Hoitotakuurajan 3 kk ylittäneitä (Lkm)	35	26	4	0	2	1	1
Toteutuneet kiireelliset hoidot (Lkm)	115	130	103	116	87	109	104

Hoidon kysyntää kuvaava läheteiden määrä kasvoi vuodesta 2008 vuoteen 2014 23 %, läheteen käsittelyä yli 21 vrk odottavien % -osuus pienentyi 21%:sta 0,7 %:iin. Kun hoitotakuurajan ylittäneitä vuoden lopussa oli vuonna 2008 35 potilasta, niin vuonna 2014 hoitotakuurajan ylittäneitä potilaita oli yksi. Kiireellisen hoidon kysynnän osalta merkittävää muutosta ei havaittu. (Taulukko 14.)

Kuntalaskutettavien avohoitotapahtumien kokonaismäärä lisääntyi tarkastelujaksolla 14 %, ollen vuonna 2008 18721suoritetta ja vuonna 2014 21408 suoritetta. (Taulukko 15.) Osastojaksojen kokonaismäärässä ei havaittu merkittävää muutosta, hoitopäivien määrä vähentyi vuoden 2008 3782 päivästä vuoden 2014 3066

hoitopäivään. Laskennallinen suhdeluku laskutettavien hoitopäivien määrä/osastojakso vähentyi 17,1:stä 14,3:een. Tämän perusteella osastojaksojen kesto lyhen-
tyi 19 %. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Vastuualueen palvelutuotanto vuosina 2008–2014

Erikoissairaanhoidon	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
palvelutuotanto (Lkm)							
Kuntalaskutettavat	18721	18981	20566	20180	21430	23683	21408
avohoitotapahtumat							
Laskutettavat	3782	3235	2896	2560	2901	2998	3066
hoitopäivät							
Osastojaksot	221	202	178	188	186	202	214
(hoitava)							
Laskennallinen suhdeluku:	17,1	16,0	16,3	13,6	15,6	14,9	14,3
Laskutettavaa hoitopäivää/ hoitava osastojakso							
Laskennallinen suhdeluku:	5,0	5,9	7,1	7,9	7,4	7,9	7,0
Kuntalaskutettavaa avohoitotapahtumaa/ laskutettava hoitopäivä							

Toiminnan avo- ja osastohoidon osuuksien arvioimiseksi laskettiin suhdeluku avohoitotapahtumat per hoitopäivät. Tämän osalta kasvua oli vuoden 2008 suhdeluvusta 5,0 vuoden 2014 suhdelukuun 7,0. Laskennallisessa suhdeluvussa lisääntyminen tarkoitti avohoidon painottumista suhteessa osastohoitoon. (Taulukko 15.)

Seuraavassa taulukossa 16 tarkastellaan toiminnan tuotantolaatua siten, että **Tuotanto** on vastuualueen vuosittain tuottamat yhteenlasketut kuntalaskutettavat avohoitotapahtumat ja kuntalaskutettavat hoitopäivät.

Taulukko 16. Vastuualueen tuotanto vuosina 2008–2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Erikoissairaanhoidon palvelutuotanto (Lkm)							
Kuntalaskutettavat avohoitotapahtumat							
Laskutettavat hoitopäivät	3782	3235	2896	2560	2901	2998	3066
Tuotanto (hoitopäivät ja avohoitotapahtumat)	22503	22216	23462	22740	24331	26681	24474

Tuotantoon käytetty panos on esitetty taulukossa 17, jossa kuvataan vastuualueen vuosittaista tuloa jäsenkunnista, sopimusasiakkailta ja muita tuloja. Vastuualueen tulot ovat kasvaneet vuoden 2008 8475 tuhannesta eurosta vuoden 2014 12348 tuhanteen euroon. Suurimmillaan tulot olivat vuonna 2013 12417 tuhatta euroa. Vastuualueen palvelutuotantoa ohjataan sopimusohjausmenettelyn mukaisesti siten, että sairaanhoitopiiri ja kunnat tekevät sopimuksen palvelutuotannosta (Iha-

lainen 2007). Vastuualueen toiminta suunnitellaan ja toteutetaan vuosittain palvelusopimusten mukaisesti. Lukuja tulkitessa on tärkeä ottaa huomioon hinnoitteluperusteiden muutos, joka toteutui vuonna 2012 kustannuslaskentaan perustuen, ja jonka vaikutus oli havaittavissa vuoden 2013 tuloksessa.

Taulukko 17. Palvelusopimusten toteuma vuosina 2008 – 2014

Palvelusopimusten toteuma	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
(1000e)							
Jäsenkunnat	8252	8051	8592	8963	9853	10911	10834
Muut sopimusasiakkaat	73	35	106	73	148	70	74
Muut	150	900	1081	1152	1342	1436	1440
Yhteensä	8475	8986	9779	10188	11343	12417	12348

Tuotantoon käytetty vuosittainen henkilöstötyöpanos vaihteli tarkastelujaksolla 110 työpanoksen ja 124 työpanoksen välillä. *Työpanoksen käyttö panosjakajana on perusteltua, koska se kuvaa työntekijöiden tosiasiallista työssäoloa.* Vastuualueen vakanssien lukumäärä tai vuotuiset palkkakulut eivät kuvaa työssäoloa riittäväällä tarkkuudella, koska vakanssien täyttöaste vaihteli tarkasteluajanjaksona työntekijöiden saatavuus- tai organisaation säästösyistä. Palkkakuluihin taas vaikuttaa henkilöstörakenteen lisäksi monet muutkin tekijät, kuten esimerkiksi yleiset sopimuskorotukset ja poissaolojen ajalta maksettu palkka (sairaus- ja perhevapaapoissaolot) (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Vastuualueen henkilöstötyöpanos vuosina 2008 – 2014

Henkilöstötunnusluvut	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Koko henkilöstön työpanos	110	111	112	120	124	118	115

Arvioitaessa edelleen **tuotantoa, tuottavuutta ja kustannuksia**, voidaan laskea vuosittaiset **tuotantokertoimet** tuotannon, työpanoksen ja lasketetun euromääräisen kokonaistulon (=panos) suhteen. (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Laskennallisia tuotantokertoimia vuosina 2008–2014

Erikoissairaanhoidon	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
palvelutuotanto (Lkm)							
Tuotantoyksiköt	22503	22216	23462	22740	24331	26681	24474
(hoitopäivät ja avohoitotapahtumat)							
Koko henkilöstön työpanos	110	111	112	120	124	118	115
Laskutettava euromääräinen panos (1000e)	8475	8986	9779	10188	11343	12417	12348
Tuotantokerroin työpanoksen suhteen (tuotantoyksikköä/työpanos)	205	200	209	190	196	226	213
Tuotantokerroin kustannusten suhteen (tuotantoyksikköä/kustannukset)	0,0027	,0025	,0024	,0022	,0021	,0021	,0020
Euroa/laskutettava tuotantoyksikkö	377	404	417	448	466	465	505

Yhden työpanoksen vuosittainen tuotanto vuosien 2008–2014 aikana vaihteli 190–226 laskennallisen tuotantoyksikön välillä. Edelleen havaittiin, että yhdellä eurolla sai vuonna 2008 0,0027 tuotantoyksikköä kun vuonna 2014 yhdellä eurolla sai 0,0020 tuotantoyksikköä. Yhden laskennallisen tuotantoyksikön (kuntalaskutettava avohoitosuorite tai osastohoitopäivä) keskimääräinen hinta nousi tarkastelujaksolla 377 eurosta 505 euroon. Tämän perusteella havaittiin kustannuksissa tapahtunut muutos, toisin sanoen palvelujen hintojen nousu.

8.3 Hoitotapahtumien laatu - Monitahoarvioin tulokset

8.3.1 Lapsipotilaiden arviot hoitotapahtumien laadusta

Lapsipotilailta kysyttiin, puhuttiinko käynnillä oikeista asioista (Taulukko 20.). Kaikista tähän kysymykseen arvion antaneista lapsipotilaista (n = 965) 10,9 % oli sitä mieltä, että käynnillä ei puhuttu yhtään tai ei puhuttu tarpeeksi oikeista asioista. Yksiköittäin näiden arvioiden määrä vaihteli 4,8 % - 17 % välillä. Kaikista lapsipotilaista 17,7 % ilmaisi, ettei tiedä puhuttiinko käynnillä oikeita asioita ja positiivisten arvioiden (puhuttiin sopivasti) määrä oli 50,5 %. Lapsipotilaiden arvioidessa eri yksiköissä sitä, puhuttiinko käynnillä oikeista asioista, voidaan Pearson Chi-Square testin perusteella (p<, 000) sanoa erojen olevan tilastollisesti merkitseviä, ja yksiköittäin lasten kokemus asiasta vaihtelee.

Taulukko 20. Lapsivastaajien arviot kysymykseen: Puhuttiinko sairaalakäynnillä oikeista asioista? (n = 965)

Puhuttiinko sairaala-

käynnillä oikeista asioista? Yksikkö Yksikkö Yksikkö Yksikkö Yksikkö Yhteensä

Ei yhtään (%)	14.9	2.9	11.7.	5.7	5.4	8.0
Ei tarpeeksi (%)	1.8	1.9	5.3	1.9	3.6	2.9
En tiedä (%)	14.0	18.3	8.5	22.0	19.7	17.7
Puhuttiin vähän (%)	14.0	22.1	20.2	22.6	24.1	20.9
Puhuttiin sopivasti (%)	54.5	54.8	54.3	47.8	47.2	50.5
Yhteensä (%)	100	100	100	100	100	100

Pearson Chi-Square, p < ,000

Lapsipotilailta kysyttiin hoitotapahtuman yhteydessä viisiportaisella asteikolla vastausta kysymykseen, ymmärsivätkö aikuiset Sinun tilannettasi. Seuraavassa esitetään tulokset arvioista yksiköittäin eriteltyinä ja kokonaisuutena. (Taulukko 21.) Kaikista tähän kysymykseen arvion antaneista lapsipotilaista (n = 916)

11,9 % oli sitä mieltä, että käynnillä aikuiset eivät ymmärtäneet yhtään tai eivät tarpeeksi lapsipotilaan tilannetta. Yksiköittäin näiden arvioiden määrä vaihteli 4,0 % - 15,2 % välillä. Kaikista lapsipotilaista 18,9 % ilmaisi, ettei tiedä puhuttiinko käynnillä oikeita asioita ja positiivisten arvioiden (ymmärsivät hyvin) määrä oli 51,4 %. Lapsipotilaiden arvioissa eri yksiköissä sitä, ymmärsivätkö aikuiset lapsen tilannetta, voidaan Pearson Chi-Square testin perusteella ($p < ,006$) sanoa erojen olevan tilastollisesti merkitseviä ja yksiköittäin lasten kokemus asiasta vaihtelee.

Taulukko 21. Lapsivastaajien arviot kysymykseen: Ymmärsivätkö aikuiset Sinun tilannettasi (n = 916)

Ymmärsivätkö aikuiset						
Sinun tilannettasi?	Yksikkö	Yksikkö	Yksikkö	Yksikkö	Yksikkö	Yhteensä
Eivät yhtään (%)	12.3	2.0	11.5	8.6	8.6	9.0
Eivät tarpeeksi (%)	2.9	2.0	3.4	2.0	3.5	2.9
En tiedä (%)	16.2	29.4	23.0	17.2	17.2	18.9
Ymmärsivät vähän (%)	19.6	18.6	16.1	26.5	13.4	17.8
Ymmärsivät hyvin (%)	49.0	48.0	46.0	45.7	57.3	51.4
Yhteensä (%)	100	100	100	100	100	100

Pearson Chi-Square, $p < ,006$

Taulukkoon 22 on kuvattu yhteenvedona kaikki lapsipotilaiden vastaukset kysymyksiin 1 ja 2 (n=1881) vastausvaihtoehdoin summittuna. Summat laskettiin, jotta lasten negatiivisten ja positiivisten arvioiden osuudet suhteessa kokonaisuuteen voitiin havaita. Lasten osalta saatua prosenttilukua käytetään jatkossa hoitotapahtumien laadun kuvaajana lasten näkökulmasta.

Taulukko 22. Yhteenveto ja summataulukko lasten kysymyksistä 1 ja 2

	vast1	vast2	vast 3	vast4	vast5	yhteensä
vastausmäärä	159	55	344	365	958	1881
%	8 %	3 %	18 %	19 %	51 %	100 %

Lapsipotilailta kysyttiin myös, millaista heillä oli sairaalakäynnillä. Tällä kysymyksellä haluttiin tavoittaa lasten kokemia tunnetiloja hoitotapahtumien aikana. Tulokset lasten arvioista esitellään seuraavassa yksiköittäin eriteltynä ja kokonaisuutena (Taulukko 23, Taulukko 24). Kaikista tähän kysymykseen arvion antaneista lapsipotilaista (n = 924) 12,3 % raportoi olevansa vihainen, 3,6 % surullinen, 3,6 % pelokas, 45,1 % tavallinen ja 35,4 % iloinen. Tämänkin kysymyksen kohdalla voidaan sanoa erojen olevan tilastollisesti merkittäviä. Lapsipotilaiden tunnekokemukset sairaalakäynneistä vaihtelevat yksiköittäin ja Pearson Chi-Square testin perusteella ($p < ,006$) sanoa erojen olevan tilastollisesti merkitseviä ja yksiköittäin lasten kokemus asiasta vaihtelee.

Taulukko 23 Lapsivastaaajien arviot kysymykseen: Millaista Sinulla oli sairaalakäynnillä? (n = 924)

Millaista Sinulla oli sairaalakäynnillä?	Yksikkö	Yksikkö	Yksikkö	Yksikkö	Yksikkö	Yhteensä
Vihainen (%)	14.3	4.9	16.7	10.5	13.0	12.3
Surullinen (%)	1.5	3.9	4.4	3.9	4.3	3.6
Pelokas (%)	5.4	2.0	4.4	3.9	2.7	3.6
Tavallinen (%)	43.8	51.0	28.9	58.2	42.8	45.1
Iloinen (%)	35.0	38.2	45.6	23.5	37.2	35.4
Yhteensä (%)	100	100	100	100	100	100

Pearson Chi-Square, $p < ,006$

Taulukkoon 24 on kuvattu yhteenveto kaikista vastauksista, joissa lapsipotilaat kuvasivat tunnetilaansa hoitotapahtumien aikana. Yhteenvedossa on esitetty vastaukset kokonais määrinä (n = 924) ja prosenttiosuuksina. On todettava, että kysymyksenasettelussa oli rajoitteensa, sillä lapsipotilaiden on ollut mahdollista kokea useita erilaisia tunteita yhden hoitotapahtuman aikana.

Taulukko 24. Lasten tunteita hoitotapahtumien aikana - Lasten kysymys 3

	Vihainen	Surullinen	Pelokas	Tavallinen	Iloinen	Yhteensä
Vastausmäärä	114	33	33	417	327	924
%	12 %	4 %	4 %	45 %	35 %	100 %

8.3.2 Aikuisten arviot hoitotapahtumista

Hoitotapahtuman yhteydessä aikuisilta kysyttiin viisiportaisella likert-asteikolla arviota hoitotapahtuman laatuun liittyvistä väittämistä. Tuloksissa vastausluokat vahvasti eri mieltä ja eri mieltä on yhdistetty.

Käynnin selkeästä tavoitteesta oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä oli 94,5 % kaikista vastaajista (n = 2166). Vain 1,5 % kaikista vastaajista oli eri mieltä. Toisaalta vastaajaryhmien näkemykset poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi ($p < ,000$) suhteessa toisiinsa. Huoltajista 90,5 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä käynnin tavoitteen selkeydestä, erikoissairaanhoidon työntekijöistä 96,5 % ja yhteistyötahojen edustajista 95,1 %. Voidaankin katsoa, että sosiaali- ja terveyspalvelujen työntekijät arvioivat käynnin tavoitteen selkeyden paremmiksi kuin läheiset/huoltajat. Taulukossa on yhdistetty vastaukset luokista vahvasti eri mieltä ja eri mieltä. (Taulukko 25.)

Taulukko 25. Aikuisvastaajien arviot vastaajarooleittain kysymykseen: Käynnin tavoite oli selkeä. (n = 2166)

Käynnin tavoite oli selkeä	Huoltaja/läheinen	ESH työntekijä	Yhteistyötaho	Yhteensä
Eri mieltä (%)	2.2	1.2	1.0	1.5
Neutraali/en osaa sanoa (%)	7.3	2.3	3.9	4.0
Samaa mieltä (%)	49.7	35.6	46.8	41.0
Vahvasti samaa mieltä (%)	40.8	60.9	48.3	53.5
Yhteensä (%)	100	100	100	100

Pearson Chi-Square, $p < ,000$

Kaikista vastaajista 95 % (n = 2156) oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että käynnillä käsiteltiin keskeisiä asioita. Vain 1,4 % kaikista vastaajista

oli eri tai vahvasti mieltä. Vastaajaryhmien näkemykset poikkesivat kuitenkin tilastollisesti merkitsevästi ($p < ,018$) suhteessa toisiinsa. Huoltajista 96,9 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että käynnillä käsiteltiin keskeisiä asioita, erikoissairaanhoidon työntekijöistä 94 % ja yhteistyötahojen edustajista 96,1 %. (Taulukko 26.)

Taulukko 26. Aikuisvastaajien arviot vastaajarooleittain kysymykseen: Käynnillä käsiteltiin keskeisiä asioita. (n = 2156)

Käynnin käsiteltiin keskeisiä asioita	Huoltaja/läheinen	ESH työntekijä	Yhteistyötaho	Yhteensä
Eri mieltä (%)	1.2	1.5	2.0	1.4
Neutraali/en osaa sanoa (%)	1.9	4.6	2.0	3.5
Samaa mieltä (%)	43.8	38.5	43.9	40.6
Vahvasti samaa mieltä (%)	53.1	55.5	52.2	54.4
Yhteensä (%)	100	100	100	100
Pearson Chi-Square, $p < ,018$				

Kaikista vastaajista 87,9 % (n = 2157) oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että oma asia tuli kuulluksi. Vain 1,9 % kaikista vastaajista oli eri tai vahvasti mieltä. Vastaajaryhmien näkemykset poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi (p < ,018) suhteessa toisiinsa. Huoltajista 91,2 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että oma asia tuli kuulluksi, erikoissairaanhoidon työntekijöistä 86 % ja yhteistyötahojen edustajista 90,8 %. (Taulukko 27).

Taulukko 27. Aikuisvastaajien arviot vastaajarooleittain kysymykseen: Asiani tuli kuulluksi. (n = 2157)

Asiani tuli kuulluksi	Huoltaja/läheinen	ESH työntekijä	Yhteistyötaho	Yhteensä
Eri mieltä (%)	1.8	2.1	0.5	1.9
Neutraali/en osaa sanoa (%)	7.1	12.0	8.7	10.2
Samaa mieltä (%)	39.5	43.9	39.1	42.0
Vahvasti samaa mieltä (%)	51.7	42.1	51.7	45.9
Yhteensä (%)	100	100	100	100
Pearson Chi-Square, p < ,000				

Kaikista vastaajista 95,6 % (n = 2147) oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että tilanne oli turvallinen. Vain 1,0 % kaikista vastaajista oli eri tai vahvasti mieltä. Vastaajaryhmien näkemykset eivät poikenneet tilastollisesti merkitsevästi suhteessa toisiinsa. Huoltajista 96,3 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että tilanne oli turvallinen, erikoissairaanhoidon työntekijöistä 95,3 % ja yhteistyötahojen edustajista 96,1 %. Voidaankin todeta, että tämän kysymyksen kohdalla arviot olivat hyvin samankaltaisia ja tilanteessa läsnä olleet aikuiset arvioivat tilanteen turvallisuutta samankaltaisesti. (Taulukko 28.)

Taulukko 28. Aikuisvastaajien arviot vastaajarooleittain kysymykseen: Tilanne oli turvallinen. (n = 2147)

Tilanne oli turvallinen	Huoltaja/läheinen	ESH työntekijä	Yhteistyötaho	Yhteensä
Eri mieltä (%)	1.2	0.9	1.0	1.0
Neutraali/en osaa sanoa (%)	2.6	3.9	2.9	3.4
Samaa mieltä (%)	22.2	18.5	22.0	19.9
Vahvasti samaa mieltä (%)	74.1	76.8	74.1	75.7
Yhteensä (%)	100	100	100	100

Pearson Chi-Square, $p < ,321$

Kaikista vastaajista 92,3 % (n = 2144) oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että yhteistyö oli toimivaa. 2,4 % kaikista vastaajista oli eri tai vahvasti mieltä. Vastaajaryhmien näkemykset eivät poikenneet tilastollisesti merkitsevästi suhteessa toisiinsa. Huoltajista 93,7 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että yhteistyö oli toimivaa, erikoissairaanhoidon työntekijöistä 91,2 % ja yhteistyötahojen edustajista 95,1 %. Voidaankin todeta, että tämän kysymyksen kohdalla arviot olivat hyvin samankaltaisia ja tilanteessa läsnä olleet aikuiset arvioivat tilanteen yhteistyön toimivuutta samankaltaisesti. (Taulukko 29.)

Taulukko 29. Aikuisvastaajien arviot vastaajarooleittain kysymykseen: Yhteistyö oli toimivaa. (n = 2144)

Yhteistyö oli toimivaa	Huoltaja/läheinen	ESH työntekijä	Yhteistyötaho	Yhteensä
Eri mieltä (%)	1.4	2.9	2.4	2.4
Neutraali/en osaa sanoa (%)	5.0	5.9	2.4	5.3
Samaa mieltä (%)	32.6	33.2	35.1	33.2
Vahvasti samaa mieltä (%)	61.1	58.0	60.0	59.1
Yhteensä (%)	100	100	100	100

Pearson Chi-Square, $p < ,144$

Kaikista vastaajista 91,1 % (n = 2142) oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että käynti oli hyödyllinen. Vain 1,3 % kaikista vastaajista oli eri tai vahvasti mieltä. Vastaajaryhmien näkemykset poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi ($p < ,013$) suhteessa toisiinsa. Huoltajista 90,2 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että käynti oli hyödyllinen, erikoissairaanhoidon työntekijöistä 91,6 % ja yhteistyötahojen edustajista 91,2 %. Vahvasti eri mieltä tai eri mieltä käynnin hyödyllisyydestä oli 1,7 % huoltajista, 0,7 % erikoissairaanhoidon työntekijöistä ja 3,4 % yhteistyötahojen edustajista. Kaikkien negatiivisten vastausten keskiarvoon 1,3 % verrattuna huoltajat tai läheiset olivat antaneet enemmän negatiivisia arvioita käynnin hyödyllisyydestä kuin erikoissairaanhoidon työntekijät ja eniten negatiivisia arvioita olivat antaneet yhteistyötahojen edustajat. (Taulukko 30.)

Taulukko 30. Aikuisvastaajien arviot vastaajarooleittain kysymykseen: Käynti oli hyödyllinen. (n = 2142)

Käynti oli hyödyllinen	Huoltaja/läheinen	ESH työntekijä	Yhteistyötaho	Yhteensä
Eri mieltä (%)	1.7	0.7	3.4	1.3
Neutraali/en osaa sanoa (%)	8.2	7.7	5.4	7.6
Samaa mieltä (%)	37.0	35.2	31.4	35.4
Vahvasti samaa mieltä (%)	53.2	56.4	59.8	55.7
Yhteensä (%)	100	100	100	100

Pearson Chi-Square, $p < ,013$

Taulukkoon 31 on koottu yhteenvedona kaikkien aikuisvastaajien vastaukset kaikkiin kysymyksiin (aikuisten kysymykset 1-6, n = 25824) ja eri vastausvaihtoehtojen yhteenlasketut prosenttiosuudet. Summat laskettiin, jotta aikuisten negatiivisten ja positiivisten arvioiden osuudet suhteessa kokonaisuuteen voitiin havaita. Aikuisten osalta saatua prosenttilukua käytetään jatkossa hoitotapahtumien laadun kuvaajana aikuisten näkökulmasta.

Taulukko 31. Yhteenvedo ja summataulukko aikuisvastaajien vastauksista

	Vast1	Vast2	Vast3	Vast4	Vast5	yhteensä
Vastausmäärä	202	732	4569	7409	12912	25824
%	1 %	3 %	18 %	29 %	50 %	100 %

8.3.3 Hoitotapahtumien arvioiden vertailu - aikuiset ja lapsipotilaat

Kun tarkastellaan niitä hoitotapahtumia, joissa on ollut paikalla sekä lapsipotilaita (n = 633), jotka ovat vastanneet lasten kysymykseen, puhuttiinko sairaalakäynnillä oikeita asioita, että aikuisia (n = 791), jotka ovat vastanneet aikuisten kysymykseen, käynnillä käsiteltiin keskeisiä asioita, havaitaan vastausten kesken vain heikko Spearman's rho 0.237 korrelaatio, joka tosin on tilastollisesti merkitsevä (p <, 000) (Taulukko 32).

Taulukko 32. Lapsipotilaiden (n = 633) ja aikuisten (n = 791) vastausten korrelaatio hoitotapahtuman aikana käsiteltyjen asioiden keskeisyydestä

	Sig. (2-tailed)	p
Puhuttiinko sairaalakäynnillä oikeita asioita, lapset (n = 633)		
Käynnillä käsiteltiin keskeisiä asioita, aikuiset (n=791)	, 237	<, 000

Samasta hoitotapahtumasta annettujen lasten ja aikuisten arvioiden yhteys ei ole kovin vahva eikä aikuisten antamasta arviosta voida luotettavasti ennustaa lasten arvioita, jonkinlainen yhteys arvioilla kuitenkin näyttäisi olevan.

Taulukossa 33 tarkastellaan niitä hoitotapahtumia, joissa on ollut paikalla sekä lapsipotilaita (n = 617), jotka ovat vastanneet lasten kysymykseen ymmärsivätkö aikuiset lapsen tilannetta, että aikuisia, jotka ovat vastanneet aikuisten kysymykseen asiani tuli kuulluksi (n = 511), tilanne oli turvallinen (n = 508), yhteistyö oli toimivaa (n = 510) ja käynti oli hyödyllinen (n = 507).

Taulukko 33. Lasten kokemus ymmärretyksi tulosta (n = 617) ja sen korrelaatio aikuisten vastauksiin

Ymmärsivätkö aikuiset sinun tilannettasi, lapset (n = 617)

		Sig. (2-tailed)	p
Asiani tuli kuulluksi	(n = 511)	,250	,000
Tilanne oli turvallinen	(n = 508)	,255	,000
Yhteistyö oli toimivaa	(n = 510)	,294	,000
Käynti oli hyödyllinen	(n = 507)	,230	,000

Tässäkin havaitaan vastausten kesken Spearman's rho testin 0.23 – 0.29 arvoina vaihteleva heikko korrelaatio, joka tosin on tilastollisesti merkitsevä. Sekä lapsipotilaiden, että aikuisten kysymysten tarkoituksena oli mitata positiivista arviota hoitotapahtumaan liittyen.

9 Pohdinta

9.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimus on tietävästi maassamme ensimmäinen systemaattinen lastenpsykiatriseen erikoissairaanhoidon kohdistuva tutkimus, jossa kartoitetaan organisaation toiminnan laatua lapsipotilaiden ja heidän läheistensä, palvelujärjestelmän työntekijöiden ja johtamisen näkökulmasta. Tutkimuksesta saadaan lasten mielenterveyspalvelujen järjestämisen kannalta olennaista tietoa erikoissairaanhoidon nykyisestä laadusta ja tehokkuudesta, ja toisaalta siinä esiintyvistä puutteista. Tutkimuksen kohteena olleen organisaation toiminta oli tutkimusaikana organisoitu kahdella eri organisaatiomallilla. Tarkastelun kohteena oleva toiminta oli vuoteen 2007 perinteisen avo- ja osastohoitomallin mukaista, vuosina 2008–2010 toimintaa kehitettiin prosessiorganisaation toimintamallin suuntaan ja vuodesta 2011 prosessiorganisaatiomalli on ollut vakiintunut toimintamalli. Tutkimushankkeessa kehitettiin malli lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arvioimiseksi ja mallia testattiin tutkimuskohteena olleessa organisaatiossa. Tutkimuksessa kehitettiin myös helpokäyttöinen mittari hoitotapahtumien monitahoarviointiin. Tutkimusintressi on ollut vertaileva tutkimus.

Hoidon rakennenäkökulmasta laadun arviointi suoritettiin lapsipotilaiden hoitopolkuanalyysin avulla. Potilaiden hoitopoluissa todettiin tarkastelujaksolla tapahtuneen positiivista muutosta siten, että vuoden 2013 satunnaisotannassa poimittujen potilaiden hoitoon osallistui keskimäärin 5 työntekijää eli yhden moniammatillisen työryhmän verran työntekijöitä, kun aiemmissa mittauksissa hoitoon osallistui tavanomaisesti moninkertainen määrä työntekijöitä. Tämä yksinkertainen, hoitopolkuanalyysiin sisältynyt mittari kuvastaa organisaation toiminnan rakenteen yhteyksiä potilaiden hoitopolkuihin organisaatiossa. Tutkimushavainto vahvisti aiemmin kehittämistyössä asetettujen rakenteellisten laatutavoitteiden toteutumisen organisaation toiminnassa kehittämistyön jälkeenkin.

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon luonteeseen kuuluu moniammatillisen työryhmän osallistuminen tutkimukseen ja hoitoon. Moniammatilliseen työryhmään voidaan katsoa kuuluvan minimissäänkin useiden ammattiryhmien edustajia, esimerkiksi lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä ja hoitotyöntekijä. Moniammatillisuus mahdollistaa erilaisten hoidollisten näkökulmien integroimisen potilaan hoitoon. Toisaalta usean työntekijän tuominen ei enää tuo lisäarvoa hoitoon, vaan aiheuttaakin tarpeetonta kuormitusta sekä potilaille että työntekijöille. Jos tarkastellaan tutkimustulosta suhteessa organisaation tavoitteisiin, voidaan havaita toiminnassa merkittävää positiivista muutosta tavoitteiden ohjaamaan suuntaan. Tavoitteet, joilla voidaan väittää olevan kyseisessä kontekstissa laatuksiteerien piirteitä, ovat olleet: lapsen ja perheen hoitavat henkilöt pysyvät samoina ja työntekijät ovat osallisena rajatumman potilasmäärän hoidossa. Asiantuntijoiden valitsemat näytepotilaiden (vuosi 2007 ja vuosi 2010) ja otospotilaiden (vuosi 2013) hoitopolkuanalyytit viittaavat toiminnan muutokseen tämän suuntaisesti. Tulosten voidaan katsoa mukailevan Barkerin (2000, 18–20) näkemystä hoidon yksinkertaisuudesta, eleganssista. Potilaiden ja heidän läheistensä kannalta on laadullinen parannus, kun hoitoon osallistuvien työntekijöiden kokonaismäärä pysyy kohtuullisena. Samaa positiivista kehitystä oli havaittavissa myös lapsipotilaiden kokonaishoidon osalta hoitoyksiköiden lukumäärässä.

Hoidon prosessinäkökulmasta laadun arviointi suoritettiin vertailemalla toiminnan tunnuslukuja. Tutkimuksen tarkastelujaksolla läheteiden määrä on lisääntynyt 23 % ja läheteen käsittelyä yli 21 vrk odottavien prosenttiosuus on vähentynyt 21 %:sta 0,7 %:iin. Hoitotakuurajan ylittäneiden määrä väheni seurantavuosien aikana 35 potilaasta yhteen. Kuntalaskutettavien avohoitotapahtumien kokonaismäärä on lisääntynyt tarkastelujaksolla 14 %. Osastojaksojen kokonaismäärässä ei ole havaittavissa merkittävää muutosta. Hoitopäivien määrä on vähentynyt 3782 päivästä 3066 hoitopäivään. Osastojaksojen kesto on lyhentynyt 19 %. Organisaation toimintaprosessien tunnuslukujen tarkastelun perusteella voidaan väittää hoidon saatavuudessa tapahtuneen merkittävää positiivista muutosta. Positiivista muutosta on tarkasteluaikajaksolla havaittavissa organisaation toimintaprosessien laadussa myös, kun laatua tarkastellaan toiminnan tehokkuusnäkökul-

masta. Arvioitaessa tätä muutosta, voidaan todeta avohoitopainotteisuuden lisääntymisen olevan valtakunnallisen ohjauksen mukaista (Häkkinen 2013; Kaukonen ja Repokari 2016, 437).

Tuottavuuden arviointiin käytetty tuotantokerroin työpanoksen suhteen vaihteli tarkasteluajanjaksona (vuodet 2008 – 2014) 196 ja 226 välillä ja tarkasteluajanjakson keskiarvona on 206 tuotantoyksikköä per työpanos. Tämän perusteella voidaan arvioida toiminnan tehokkuutta käytetyn työpanoksen suhteen, tarkastelujakson keskiarvon toimiessa verrokkina, havaitaan, että vuosina 2008, 2009, 2011 ja 2012 tuotantokerroin jäi alle tarkastelujakson keskiarvon. Vuosina 2010, 2013 ja 2014 keskiarvo ylitettiin ja sen perusteella toimintaa voidaan arvioida näinä vuosina varsin tehokkaaksi. Tämä tuottavuuden tunnusluku ei kuitenkaan sinällään kerro vielä mitään yksittäisten hoitotapahtumien laadusta. Sitä yritettiin tavoittaa hoitotapahtumien monitahoarviointien perusteella.

Hoidon tulostulokulmasta laadun arviointi suoritettiin hoitotapahtumien monitahoarvioinnilla. Tutkitut hoitotapahtumat (n=1068) edustavat 39 % tutkimusajan hoitotapahtumista.

Lapsipotilaista kymmenesosa oli sitä mieltä, että käynnillä ei puhuttu yhtään tai ei puhuttu tarpeeksi oikeista asioista, vajaa viidesosa arvioi, ettei tiedä puhuttiinko käynnillä oikeita asioita, reilu viidesosa arvioi, että puhuttiin vähän ja positiivisten arvioiden (puhuttiin sopivasti) keskiarvo oli noin puolet vastauksista. Lapsipotilaista reilu kymmenesosa oli sitä mieltä, että käynnillä aikuiset eivät ymmärtäneet yhtään tai eivät tarpeeksi lapsen tilannetta, vajaa viidesosa ilmaisi, ettei tiedä ymmärsivätkö aikuiset, vajaa viidesosa arvioi, että aikuiset ymmärsivät vähän ja positiivisten arvioiden (ymmärsivät hyvin) keskiarvo oli reilu puolet vastauksista. Lapsipotilailta kysyttiin hoitotapahtuman yhteydessä, millaista sairaalakäynnillä oli. Lapsipotilaista 12 % raportoi olevansa vihainen, 4 % surullinen, 4 % pelokas, 45 % tavallinen ja 35 % iloinen.

Aikuisten vastuksia tarkastellaan kokonaisuutena ja kolmesta eri vastaajaroolista käsin: läheisten, yhteistyötahojen edustajien ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden. Kokonaisuudessaan aikuisten vastauksissa käynnin selkeästä tavoitteesta oli

samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä 95 % kaikista vastaajista. Aikuisvastaajista 95 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että käynnillä käsiteltiin keskeisiä asioita. Vastaajista 88 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että oma asia tuli kuulluksi. Kaikista vastaajista 96 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että tilanne oli turvallinen ja 92 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että yhteistyö oli toimivaa. Kaikista vastaajista 91 % oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että käynti oli hyödyllinen.

Eri vastaajarooleittain tarkasteltuna läheiset arvioivat käynnin tavoitteen selkeyden huonommaksi kuin muista rooleista annetuissa arvioissa. Erikoissairaanhoidon työntekijät arvioivat muita vastaajaryhmiä huonommaksi, että käynnillä käsiteltiin keskeisiä asioita ja asiaini tuli kuulluksi. Tulos oli yllättävä, sillä erikoissairaanhoidon työntekijät olivat terveydenhuollon ammattihenkilöinä vastuussa hoitotapahtumien tuottamisesta ja voisi ennakoida, että palveluntuottaja saisi oman asiansa kuulluksi. Toisaalta terveydenhuollon ammattihenkilöillä voi psykiatrisessa hoitotilanteessa olla ammatillisia näkemyksiä, joiden he toivoisivat tulevan asiakkaan taholta kuulluksi, ja työntekijöiden kokemus voi olla, ettei näkemyksiä vastaanoteta.

Kysymyksissä tilanne oli turvallinen ja yhteistyö oli toimivaa, ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa vastaajaryhmien välillä. Sen sijaan arvioissa käynnin hyödyllisyydestä oli tilastollisesti merkittäviä eroja eri vastaajaryhmien välillä. Yhteistyötahojen edustajien näkemyksissä oli havaittavissa eniten vastauksia, joissa käynnin hyödyllisyydestä oltiin eri mieltä.

9.2 Malli laadun arvioimiseksi prosessi- ja tulospäätöskulmasta

Yleisellä tasolla tässä tutkimuksessa kehitetyn mallin avulla voidaan kuvata terveydenhuollon organisaation työpanoksella saavuttamaa tuotantoa, tuotantoyksikön euromääräistä kustannusta ja hoitotapahtumien laatua valittuna tarkasteluajanjaksona.

Jos lasketaan yhteen kaikkien hoitotapahtumia arvioineiden aikuisten positiivisten vastausten (vaihtoehdot 3, 4 ja 5) arvot, saadaan vuoden 2014 hoitotapahtumien positiivisten arvioiden % -osuudeksi 96 %. Mikäli tämä muutetaan muotoon 0,96, sitä voidaan käyttää vuoden hoitotapahtumien laadun tunnuslukuna aikuisten näkökulmasta eli laatukertoimena. Lasten osalta vastaava (vaihtoehdot 3, 4 ja 5) hoitotapahtumien positiivisten arvioiden osuus on 89 % eli kerroin on 0,89.

Tutkimuksen kohteena olleen vastuualueen työpanoksella saavutettu vuosittainen tuotanto ja tuotantoyksiköiden kustannukset vuosina 2008-2014 on esitetty tutkimuksessa kehitetyn mallin esimerkkinä seuraavassa taulukossa. Taulukkoon on liitetty vuoden 2014 sarakkeeseen hoitotapahtumien laatuvaaja aikuisten ja lapsipotilaiden arvioimana. (Taulukko 34.)

Taulukko 34. Tuotanto suhteessa työpanokseen ja kustannuksiin vuosina 2008–2014 ja hoitotapahtumien laatu vuonna 2014

Vuosi	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tuotanto/ työpanos (kpl)	205	200	209	190	196	226	213
Euroa/tuotantoyksikkö (€)	377	404	417	448	466	465	505
Hoitotapahtumien laatu	*,**						
*aikuiset							0,96
**lapset							0,89

Edellä oleva taulukko esittää tunnuslukuina vuoden 2014 vastualueen toiminnan siten, että se sisältää **tuottavuuden (tuottavuus/työpanos) ja tuotantoyksiköiden hinnan (hoitopäivät ja avohoitokäynnit)** lisäksi **hoitotapahtumien laadun**. Kun toimintaa tarkastellaan tämän tunnusluvun avulla täydennettynä, tunnusluku osoittaa toiminnan vuosittaisen tuottavuuden, hinnan ja laadun. Tämä tieto on merkittävä toiminnan arvioinnin ja ohjauksen kannalta. Tämänkaltaista tunnuslukua ei toistaiseksi ole ollut käytettävissä lastenpsykiatrisen toiminnan kontekstissa, mutta tämän tutkimuksen perusteella laatua kuvaavaa tunnuslukua voidaan pitää suositeltavana. Tässä tutkimuksessa esitelty laadunarviointimalli mahdollistaa mallin hyödyntämisen psykiatrisessa hoidossa monipuolisesti. Aikuisten laadun arviointimenetelmää (monitahoarvio) olisi mahdollista hyödyntää aikuis- ja nuorisopsykiatrian kontekstissa. Kokonaisuudessaan tässä tutkimuksessa esitelty malli toimii lastenpsykiatrisen hoidon laadun arvioinnissa siten, että lasten arviot saadaan mukaan. Mikäli tämänkaltainen tunnusluku olisi yleisesti käytettävissä, se mahdollistaisi laatuaspektin liittäminen eri organisaatioiden väliseen toiminnan arviointiin ja vertailuun.

Jos lopuksi tarkastellessa niitä hoitotapahtumia, joissa on ollut paikalla sekä lapsia että aikuisia, havaitaan vastausten kesken vain heikko, välillä 0.23 – 0.29 vaihteleva korrelaatio, joka tosin on tilastollisesti merkitsevä. Tämän perusteella voidaan kuitenkin sanoa, että samasta hoitotapahtumasta annettujen lasten ja aikuisten arvioiden yhteys ei ole kovin vahva eikä aikuisten antamasta arviosta voida luotettavasti ennustaa lasten arvioita. *Kliinisen toiminnan kannalta vaikuttaisi siltä, että toimintaa tulisi kehittää edelleen siihen suuntaan, että lasten näkemyksiä hoitotapahtumasta keskustellaan aiempaa enemmän.*

9.3 Tutkimuksen eettisyyden tarkastelu

Tutkimuksen osana tehdyn kirjallisuushaun perusteella aiempaa tutkimusta lastenpsykiatrisen toimintayksikön laadun arvioinnista ei ole käytettävissä. Lapset ja psykiatrisista häiriöistä kärsivät potilaat ovat tutkimusryhmänä myös erityisen haavoittuvia. Tässä tilanteessa on erityisiä perusteita tarkastella eettisiä kysymyksiä suhteessa tutkimuksen asetelmaan ja tutkijan omiin sitoumuksiin.

Hoitotieteellisen tutkimuksen aluetta tutkimuskentässä määrittää ns. metaparadigman käsite. Hoitotieteen metaparadigmaa määrittävät useimpien koti- ja ulkomaisten asiantuntijoiden mukaan käsitteet ihminen, terveys, ympäristö ja hoitaminen. (Blais ja Hayes 2016; Fawcett 1984; Fawcett 1992; Krause ja Salo 1994 41,108; Smith ja Parker 2015.) Nämä käsitteet määrittävät yleisellä tasolla hoitotieteellisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteen ja tämän tutkimuksen tulisi osua näiden käsitteiden osoittamalle alueelle. Tutkimuksen ympäristö tai konteksti on yliopistosairaalan lastenpsykiatrian vastuualue ja tarkastelun kohteena on moniammatillinen hoitamisen toiminta. Toiminnan tavoitteena on edistää potilaina olevien ihmisten terveyttä yhteistoiminnassa heidän ja läheistensä kanssa.

Tieteellistä tutkimusta voidaan tarkastella eri näkökulmista. Tämän tutkimuksen kannalta keskeistä on pohtia tutkimuksen eettisiä näkökulmia suhteessa tutkimuksen ontologiaan, epistemologiaan, metodologiaan ja teleologiaan.

Ontologisten kysymysten osalta tarkastelu kohdistuu siihen, mikä on hyvää ja oikein suhteessa valittuihin uskomuksiin tutkimuskohteen olemassaolosta ts. millainen on tutkimuskohteen olemassaolon luonne ja miten sitä kohdellaan tutkimuskohteena. Filosofinen ja hoitotieteellinen ihmiskäsitys, terveystieteellinen ja hoitokäsitys ohjaavat tutkimustoimintaa hoitoympäristössä. Erilaiset ontologiset sitoumukset johdattavat tarkastelemaan tutkimuskohdetta paradigmansa mukaisesti. Perinteinen tieteellinen ajattelu edellyttää, että tutkimuksessa noudatetaan valittujen sitoumusten mukaisia sääntöjä. Tälle vastakkainen näkemys on ns. feyerabendilainen metodologinen anarkismi, jonka mukaisesti ei ole mitään tieteellistä sääntöä, jota ei voisi rikkoa tieteen edistyksen nimissä. (Niiniluoto 2002, 34–34.) Tieteellisen toiminnan taustalla vaikuttavan ns. loogisen positivismin ja mannermaisen filosofian vastakkainasettelusta poiketen, on 1900-luvun lopun filosofisessa keskustelussa tuotu esiin näiden eri perinteiden sisältämiä yhtäläisyyksiä ja kytkentöjä. (Kts. esim. Niiniluoto & Saarinen 2002.) Tässä tutkimuksessa integroidaan filosofian eri tutkimusperinteiden tuottamia käsityksiä valitun tutkimustehtävän ratkaisemiseksi. Tutkijan tekemien valintojen osalta esitetään perustelut.

Epistemologisten ja metodologisten kysymysten osalta on eettinen kysymys siinä, miten valitut sitoumukset sopivat tutkimuskohteeseen ja tutkimuksen tavoitteisiin ja miten niitä sovelletaan. Miten voidaan saavuttaa relevanttia tietoa ja millaisin tutkimusmenetelmin? Tässä tutkimuksessa ihminen oletetaan ainutkertaisena merkityksiä tuottavana olentona, jonka elämä todellistuu elämäntilanteen mukaisesti ja sen ehdoilla. Lastenpsykiatrinen erikoissairaanhoido on ihmisen elämäntilanteessa vaikuttavaa moniammatillista toimintaa, jonka perustehtävänä ja tavoitteena on ihmistenvälisessä yhteistyössä edistää ihmisen (lapsipotilaan) terveyttä. Toiminnan laatu liittyy tähän perustehtävään: miten toiminnalle voidaan asettaa eri tasoilla normatiivisia laatukriteerejä ja miten toiminta vastaa sille asetettuja tavoitteita?

Tutkimuksessa normatiivisen arviointikehikon kehittämissä käytetään apuna aiempaa kliinistä ja teoreettista tietoa ja tutkijan kehitystyötä. Laadun arviointikehikon käyttökelpoisuutta tutkitaan tutkimuskohteeksi valitun organisaation avulla ja tutkimustuloksina esitetään arvio toiminnan laadusta. Tieto-opillisena kehyksenä painottuu fenomenologisesti suuntautunut tiedon sosiologia eli sosiaalinen konstruktionismi (Berger ja Luckmann 1994).

Teleologisten kysymysten osalta voidaan tarkastella mm. sitä, onko tutkimuksen tavoite eettisesti kestävä, mitä seurauksia tutkimustulosten julkaiseminen aiheuttaa ja auttaako tutkimus toiminnan laadun kehittämissä. Lisäksi tavoitteena on tarkastella tutkimusten tulosten sosiaalista vaikutusta, hyödynnettävyyttä ja tutkimuksen vaikuttavuutta.

Tutkimukselle on haettu lausunto eettisestä ennakoarvioinnista sairaanhoitopiirin eettisestä toimikunnasta. Eettinen toimikunta puolsi tutkimuksen toteuttamista. Tutkimus on osa lastenpsykiatrian vastuualueen moniammatillista hoidon laadun ja vaikuttavuuden tutkimusohjelmaa. Tutkimuksen toteuttamiseen ja tilastotietojen tutkimiseen on lupa sairaanhoitopiiriltä. Vaikka tutkimuskohteena on tutkijan työyhteisö, tutkimuksen tiedonantajat eivät arvioi tutkijan työtä vaan toteutuneen moniammatillisen tutkimuksen ja hoidon laatua. Tutkimusasetelmalla on siten pyritty hallitsemaan tutkimuksen luotettavuutta ja tutkimusetiikkaa mahdollisesti uhkaavia tekijöitä.

Olemassa olevien palveluiden toiminnan tutkimuksessa ei ole mahdollista toteuttaa satunnaistettua, voima-analyysiin pohjautuvaa interventio-kontrolli-tutkimusta, vaikka se olisi toivottava ja luotettavin vaihtoehto hoidon vaikutusten tutkimuksessa. (Alanen 1989, 59). Kliinisen toiminnan tuloksena karttuneen potilasaineiston hyödyntämistä tieteellisessä, hoidon vaikutuksia koskevassa tutkimuksessa voidaan pitää eettisesti kestäväenä vaihtoehtona, kun tulosten raportoinnissa huomioidaan ja kriittisesti arvioidaan koeasetelman puuttumisesta johtuvia virhelähteitä.

Tutkimuksen kohteena ovat jo hoidossa olleet ja hoitoa saavat lapsipotilaat läheisineen ja tilanteeseen osallistuvat työntekijät, eikä tutkimuksessa tutkittavia altisteta millekään heitä vaarantavalle tai eettisesti kyseenalaiselle hoitokokeilulle. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista eikä vastaajia voida tunnistaa. Lisärasitusta tutkimukseen suostuville lapsille, vanhemmille tai palveluissa toimiville työntekijöillä aiheutuu ainoastaan tapahtuman laatua mittaavaan kyselyyn vastaamisesta. Mikäli lapset kieltäytyivät osallistumasta tutkimukseen, heidän kieltäytymistään kunnioitettiin siinäkin tapauksessa, että heidän läheisensä tai työntekijät olivat halukkaita osallistumaan.

9.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen keskeinen piirre on pyrkimys objektiivisuuteen siinä mielessä, että kuka tahansa voisi päästä samoihin tuloksiin toistaessaan tutkimuksen. Empiirisessä tutkimuksessa pitää kuvata aineiston suhde tutkimuksen ongelmaan ja aineiston perusteella tehdyt päätelmät. Tutkimuksen hypoteeseja ja teorioita arvioidaan empiirisen näytön perusteella. (Niiniluoto 1997, 4; Töttö 2012, 10–11, 64.) Tämän tutkimuksen raportissa on kuvattu lähtötilanteessa ollut tiedon aukko, tutkimuksen ongelma, tutkimuksen filosofiset ja teoreettiset sitoumukset, tutkimuksen aineistot, käytetyt menetelmät ja tulokset. Tutkimusraportin perusteella tutkimus on siten toistettavissa ja tämä vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella aiempaa tutkimustietoa ja valmista suositeltavaa mittaria ei ole ollut käytettävissä. Tähän liittyvä tutkimuksen reliabiliteetin eli luotettavuuden riski liittyy tietohakujen epäonnistumiseen. Riskiä on tässä tutkimuksessa hallittu tekemällä tietohaut yhteistyössä informaattikon kanssa.

Tutkimuksen teoreettisena perusteluna käytetään yleisiä tieteenfilosofisia ja hoitotieteen tieteenalaan sisältyviä perusteluja, sosiaalista konstruktionismia, integroivista lastenpsykiatrasta tietoa ja terveydenhuollon laadunhallintaan liittyvää teoreettista tietoa. Näiden osalta mahdollinen luotettavuuden riski voisi liittyä siihen, ettei valittu teoreettinen tausta ja sen perusteella muodostettu tutkimuskehys ole tutkimuksen kannalta relevanttia ja tutkimuskysymysten operationalisointi on epäonnistunut.

Aineistonkeruun osalta luotettavuuden riskit liittyvät siihen, että aineisto on jollakin tavalla valikoitunutta eikä edusta tutkittavaa ilmiötä (Töttö 2012, 11). Rakennepерusteista hoitopolkujen laadun arviointia tehtiin asiantuntijoiden määrittämien näytteiden perusteella, mutta tulosta vahvistettiin satunnaisotannalla. Tämä parantaa tutkimuksen luotettavuutta.

Prosessiperusteinen, sairaanhoitopiirin tilastoihin liittyvä laadun arviointi sisältää riskin siitä, että tilastoaineisto on tavalla tai toisella indeksoitu tietojärjestelmiin väärin. Tutkimuskohteena olleen sairaanhoitopiirin tilastot on tuotettu tilastopalvelujen erityisasiantuntijoiden toimesta ja tässä tutkimuksessa luotettavuutta parantaa lisäksi seitsemän vuoden tarkastelujakso. Mahdollisia vääriä vuosikohtaisia tilastointeja on ennätetty siten myös tarkastaa ja tarvittaessa korjata.

Tutkimuksen monitahoarvioinnissa saavutettua 39 % eli 1068 hoitotapahtuman määrää voidaan pitää varsin hyvänä otoksena kokonaisuudesta. Tosin aineiston edustavuuden kannalta keskeinen kysymys ei ole ”montako” vaan ”miten” (Töttö 2012, 43) ja tässä tutkimuksessa vastausmahdollisuus tarjottiin kaikille asianosaisille. Tutkija ei suorittanut otantaa eikä valikoinut vastaajia. Tutkimuksiin osallistuneilta erikoissairaanhoidon työntekijöiltä saadun suullisen palautteen perusteella arvioimatta jääneissä hoitotapahtumissa on ollut edustettuna ainakin Taysin työntekijöiden näkökulmasta erityisen hyvin tai huonosti sujuneet hoitotapahtumat.

Analyysin ja johtopäätösten luotettavuuden riski liittyvät aineiston perusteella tehtyihin väriin tulkintoihin ja johtopäätöksiin. Tätä luotettavuuden riskiä vähentää tutkimusraportti, jossa aineisto, analyysi ja tulokset on kuvattu.

Monitahoarvioinnissa käytetyn mittarin sisäisen validiteetin arviointi

Kun tarkastellaan lasten likert-asteikollisten kysymysten vastausten (n=633 ja n=612) keskinäistä korrelaatiota, voidaan havaita tilastollisesti merkitsevä $p<.000$ positiivinen korrelaatiokerroin (Spearman's rho) 0.557. Lasten kysymysten keskiarvot ovat molemmissa kysymyksissä 4.1 ja keskihajonta kysymyksessä yksi 1.1 ja kysymyksessä kaksi 1.2. Tämän perusteella voidaan väittää, että kysymyksiin vastaamisen positiivisesti korreloiva yhdenmukaisuus on tilastollisesti merkitsevää ja siten vahvistaa mittarin validiteettia. Lasten kysymys kolme on nominaaliasteikollinen muuttuja ja sitä ei ole mielekäästä verrata kahteen muuhun kysymykseen.

Kun verrataan kaikkien aikuisten likert-asteikollisten vastausten keskiarvoja, voidaan havaita niiden olevan varsin lähellä toisiaan. Kysymyksittäin keskiarvot vaihtelevat 4.3 ja 4.7 välillä. Keskihajonta vaihtelee kysymyksittäin 0.56 (Kysymys 4) – 0.68 (Kysymys 5). Kysymyksiin on vastattu yhdenmukaisesti ja se vahvistaa mittarin validiteettia.

9.5 Päätelmät

Tieteellinen tutkimus lähtee liikkeelle kysymyksestä, johon ei ole ollut toistaiseksi saatavilla vastausta (Töttö 2012, 18). Tässä tutkimuksessa on kehitetty olemassa olevaan tiedon aukkoon vastauksena laadun arviointikehikko lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviointiin lasten, huoltajien, yhteistyötahojen edustajien erikoissairaanhoidon työntekijöiden ja johtamisen (ohjauksen) näkökulmasta.

Tutkimuksessa on käytetty uusinta helppokäyttöistä teknologiaa laajan aineiston keruussa. Tutkimuksessa kehitettyä ja käytettyä laadun arviointimallia, samoin kuin tutkimuksessa hyödynnettyjä teknologioita ratkaisuja voidaan jatkossa soveltaa laajemminkin erikoissairaanhoidon palvelujen laadun arviointiin. Tutkimuksessa on kehitetty helppokäyttöinen digitaalinen menetelmä laadun monitahoarviointiin asianosaisarviona.

Tutkimuksen tulokset antavat uudenlaista vertailupohjaa muille potilaspalautetutkimuksille, kun tässä tutkimuksessa hoitotapahtumia arvioidaan lapsipotilasnäkökulman lisäksi läheisten, yhteistyötahojen edustajien ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimustulokset auttavat potilaslähtöisen ja laadukkaan terveydenhuollon kehittämistä.

Tutkimus liittyy ajanmukaiseen yliopistotasoisien terveyden tutkimuksen painopistealueeseen (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus 718/2013), jossa tärkeänä tutkimuskohteena nähdään terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja menetelmien tuloksellisuuteen ja vaikuttavuuteen, toimintakäytäntöjen muuttamiseen ja osaamisen johtamiseen sekä potilasturvallisuuteen ja laadunhallintaan kohdistuva tutkimus.

Tutkimus antaa uudenlaista tietoa lastenpsykiatristen tutkimus- ja hoitokäytäntöjen laadusta. Uutena tietona tavoitetaan myös lasten arvio toteutuneista hoitotapahtumista, joka lisäksi on verrattavissa aikuisten antamiin arvioihin. Saavutetun tutkimustiedon perusteella voidaan arvioida toiminnan taloudellisuutta erityisesti tutkimuksen siinä osassa, jossa verrataan potilaiden hoitokohtien ja taloudellisten tunnuslukujen vaihtelua erilaisilla toimintamalleilla. Tulosten perusteella voidaan lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon toimintakäytäntöjä uudistaa tuloksellisempaan, taloudellisempaan ja laadukkaampaan suuntaan. Osaamisen johtamiseen perustaksi saadaan uudenlaista tietoa. Tutkimustulokset tulevat olemaan kansallisesti ja kansainvälisesti merkittäviä.

Tutkimuksen tulosten jäsenystapa mukailee Triple Aim –ajattelua, jota on käytetty tuoreessa Suomen valtioneuvoston ehdotuksessa (36/2017) sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Triple Aim –rakenteessa mittariston tulee seurata kustannuksia, vaikuttavuutta ja laatua (Torkki ym. 2017).

9.6 Suositukset - Jatkotutkimuksen aiheita

Tutkimustulokset tuottivat uudenlaista tietoa siitä, miten hoitotapahtuman laatu näyttäytyy eri hoitoyksiköissä ja eri vastaajarooleista tarkasteltuna. Erikoissairaanhoidon työntekijät saavat tutkimustuloksien avulla tietoa siitä, mihin lapsipotilaat, läheiset ja yhteistyötahojen edustajat ovat tyytyväisiä ja siitä, mihin nämä tahot ovat tyytymättömiä. Tutkimus tuottaa myös tietoa siitä, miten lapsipotilaiden ja aikuisten arviot samasta tilanteesta ovat suhteessa toisiinsa ja miten aikuisten arviot eroavat arvioijan roolista riippuen. Eri yksiköiden ja koko vastualueen kehittämistoimenpiteitä voidaan suunnitella tämän tiedon pohjalta. Tilastollisten tulosten osalta saavutettua näkemystä voidaan lähestyä myös yleistettävänä.

Tutkimusaineistoa kertyi erityisesti monitahoarvioinnista niin runsaasti, että sen kattavaa analyysia ei ollut mielekästä liittää tähän tutkimusraporttiin. Tämän aineiston tarkempi analyysi mahdollistaisi vielä hienosyisemmän näkemyksen toiminnan kehittämiseksi, mutta se ei ollut tämän tutkimuksen painopiste. Tässä tutkimuksessa haluttiin muodostaa mahdollisimman laaja ja perusteltu yleiskäsitys toiminnan laadusta. Eri yksiköiden tulosten tunnistettava esittely tutkimusraportissa olisi myös eettisesti kyseenalaista.

Tutkimuksessa on esitelty teoreettisesti perusteltu malli lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laadun arviointiin. Tutkimuksessa on testattu empiirisesti arviointimallia ja saatu tulos toiminnan laadusta. Samaa mallia voidaan käyttää laadun arviointiin myös muissa terveydenhuollon lastenpsykiatrisen yksiköissä, jolloin on mahdollista saavuttaa laajempi käsitys lastenpsykiatristen yksiköiden toiminnan laadusta. Laajempi käsitys mahdollistaisi myös tulevaisuudessa laskennallisten laatukriteerien määrittämisen, jolloin potilaat ja läheiset, palvelujärjestelmän työntekijät, johtajat ja valtakunnallisesta toiminnan ohjauksesta ja valvonnasta vastaavat voisivat saada luotettavan kuvan eri yksiköiden toiminnan laadusta. Tämän tutkimuksen perusteella tutkimuskohteena ollut sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrisen vastualue ei näyttäytynyt hoitojen viidakkona.

Epilogi

Palatkaamme vielä tämän kertomuksen alkuun Robert M. Pirsigin (143-146) sanoin:

”Pysähtykäämme nyt ja soveltakaamme joitakin Kantin esittämiä käsitteitä tähän outoon koneeseen, tähän luomukseen joka on kantanut meitä ajan ja tilan halki. Katsokaamme nyt suhdettamme siihen sellaisena kuin Kant sen meille paljastaa.

Hume on itse asiassa sanonut, että kaikki mitä minä tästä moottoripyörästä tiedän, tulee aistieni kautta. Niin on oltava. Muuta mahdollisuutta ei ole. Jos sanon että se on tehty metallista ja muista substansseista, hän kysyy: Mitä metalli on? Jos vastaan, että metalli on kovaa ja kiiltävää ja kylmää koskettaa ja muovautuu murtumatta, jos sitä isketään kovemmalla aineella, Hume sanoo, että nuo kaikki ovat näkö-, kuulo- ja tuntohavaintoja. Ei siinä ole mitään substanssia. Kerro mitä metalli on näiden aistimusten *lisäksi*. Silloin minä jään tietysti ymmälleni. Mutta jos ei ole mitään substanssia, mitä me voimme sanoa niistä aistitiedoista, joita otamme vastaan? Jos kallistan päätäni vasemmalle, ja katson kädensijoja ja etupyörää ja kartanpidikettä ja polttoainesäiliötä, saan yhdenlaisen aistitietojen kuvion. Jos siirrän päätäni oikealle, saan toisen, hiukan erilaisen aistitietojen kuvion. Nämä kaksi näkymää ovat erilaiset. Metallin tasojen ja kaarteiden kulmat ovat erilaiset. Auringonvalo osuu niihin eri tavalla. Jos substanssille ei ole mitään loogista perustetta, ei ole liioin loogista perustetta päätellä, että nämä kaksi näkymää on tuottanut sama moottoripyörä.

Nyt olemme todellisessa älyllisessä umpikujassa. Tuntuu siltä, että järkemme, jonka pitäisi tehdä asiat ymmärrettävämmiksi, tekisi ne vähemmän ymmärrettäviksi, ja kun järki siten kumoaa oman tarkoituksensa, itse järjen rakenteessa on jotain muutettava.

Kant tulee meidän avuksemme. Hän sanoo, ettei se, että ”moottoripyörää” ei voi mitenkään suoraan aistia erillään niistä väreistä ja muodoista, joita moottoripyörä tuottaa, suinkaan todista, ettei moottoripyörää olisi olemassa. Meillä on mielessämme apriorinen moottoripyörä, joka on jatkuvasti ajassa ja tilassa ja pystyy muuttamaan ilmenemismuotoaan kun me liikuttamme päätämme, eivätkä saamamme aistitiedot niin ollen sodi sitä vastaan”

...

”Aikamoinen kone tämä apriorinen moottoripyörä.”

Lähteet

Aaltonen J. 2008. Potilas ja puoleensa vetävät terveystalvelut. Hoitotyön vuosikirja.

Airaksinen T. 1994. Johdatusta filosofiaan. Otava. Keuruu.

Alanen P. 1989. Luonnontiede, lääketiede, tieteenteoria. Oy Gaudeamus Ab. Painokaari Oy. Helsinki.

Almqvist F., Kumpulainen K., Puura K. 1999a. toim. Psychiatric symptoms, disorders and treatment contacts in childhood. An epidemiological study in Finland. Eur Child Adolesc Psych 1999(a) 8 Suppl 4, 1-97.

Almqvist F., Kumpulainen K., Ikäheimo K., Linna S-L., Henttonen I., Huikko E., Tuompo-Johansson E., Aronen E., Puura K., Piha J., Tamminen T., Räsänen E., Moilanen I. 1999b. Behavioural and emotional symptoms in 8-9-year-old children. Eur Child Adolesc Psychiatry 1999 (b) 8 Suppl 4, 7-16.

Antila J., Jussila K. 2016. Mitä laatu on? Artikkelit - Suomen Standardoimisliitto SFS Ry.

Augustinus 2014. Tunnustukset. Aurinko Kustannus.

Back J. 2000. Kunnallinen erikoissairaanhoito – aina hintansa arvoista? Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

Banks SM., Pandiani JA. 2001. Using existing databases to measure treatment outcomes. Hernandez M., Hodges S. [Ed.] Developing outcome strategies in children's mental health. Baltimore, MD, US Paul H Brookes Publishing US, 203-217.

- Baumann Z. 1996. *Postmodernin lumo*. Gummerus kirjapaino Oy. Tampere.
- Baumgartner M., Casini L. 2017. An Abductive Theory of Constitution. *Philosophy of Science* 84(2), 214-233.
- Barker P. 1999. *The Philosophy and Practice of Psychiatric Nursing*. Churchill Livingstone. Printed in China.
- Barker P. 2000. *The Tidal Model. Theory and Practice. A Holistic Approach to Psychiatric and Mental Health Nursing*.
- Barker P., Jackson S., Stevenson C. 1999. What are Psychiatric nurses needed for? Developing a Theory of Essential Nursing Practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6(4), 273-282.
- Berger P., Luckmann T. 1994. *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen*. Suomentanut Raiskila V. Helsinki. Gaudeamus. Englanninkielinen alkuperäisteos 1966.
- Biering P. 2010. Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 17(1), 65-72.
- Blackburn S. 1994. *The Oxford Dictionary of Philosophy*. Oxford university press. Great Britain.
- Blais K., Hayes J. 2016. *Professional Nursing Practice, Concepts and Perspectives*. 7th ed. Upper Saddle River NJ Prentice Hall.
- Bobier C., Dowell J., Swadi H. 2009. An examination of frequent nursing interventions and outcomes in an adolescent psychiatric inpatient unit. *International Journal of Mental Health Nursing* 18(5), 301-309.
- Borg A-M. 2015. *Early Detecting of Children's Mental Health Problems*. University of Tampere. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere.

Bot M1., de Leeuw den Bouter BJ., Adriaanse MC. 2011. Prevalence of psychosocial problems in Dutch children aged 8-12 years and its association with risk factors and quality of life. *Epidemiol Psychiatr Sci* 20(4), 357-65.

Bunger AC., Gillespie DF. 2014. Coordinating nonprofit children's behavioral health services: clique composition and relationships. *Health Care Management Review*, 102-10.

Colton D. 2007. Strategies for implementing performance measurement in behavioral health care organizations. *Journal of Health Management* 9(3), 301-316.

Costello EJ., Egger H., Angold A. 2005. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44 (10), 972-86.

Donabedian A. 1966. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. Vol. 44, No. 3, Part 2: Health Services Research I. A Series of Papers Commissioned by the Health Services Research Study Section of the United States Public Health Service. Discussed at a Conference Held in Chicago, October 15-16, 1965, 166-206.

<http://www.jstor.org/stable/3348969>. Viitattu 17.11.2017.

Eilertsen B., Jozefiak T., Rannestad T., Indredavik MS., Vik T. 2012. Quality of life in children and adolescents surviving cancer. *Eur J Oncol Nurs* 16(2), 185-93.

Ellilä H. 2007. Child and adolescent psychiatric inpatient care in Finland. Turun yliopisto. Painosalama Oy – Turku.

Eriksson K. 1986. Hoitotapahtuma. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna.

Eriksson K. 1988. Hoito tieteenä. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Forssan kirjapaino Oy.

Evans J.E., Lindsay W.M. 1996. *The Management and Control of Quality*. West Publishing Company.

Fawcett J. 1984. The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Journal of Nursing Scholarship*, 84-87.

Fawcett J. 1989. Hoitotyön käsitteellisten mallien analyysi ja arviointi. *Wsoy:n graafiset laitokset*. Juva.

Fawcett J. 1992. The Metaparadigm of Nursing: International in Scope and Substance. In: *International Perspective on Nursing. A Joint Effort To Explore Nursing Internationally*. Krause and Åstedt-Kurki (Eds.), University of Tampere, Department of Nursing. Series 3, 13-21.

Fawcett J. 2012. Thoughts About Evidence-Based Nursing Practise. *Nursing Science Quarterly* 25 (2), 199-200.

Fawcett J., Ellenbecker C. H. 2015. A Proposed conceptual model of nursing and population health. *Nursing Outlook* 63, 288-298.

Ford T., Goodman R., Meltzer H. 2003. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(10), 1203-11.

Fuggle P. 2015. Are clinician ratings useful in evaluating outcomes in Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)? A study of a continuous series of 1446 cases from an inner city CAMHS. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 21(4), 626-632

Gavidia-Payne S., Littlefield L., Hallgren M., Jenkins P., Coventry N. 2003. Outcome evaluation of a statewide child inpatient mental health unit. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 37(2), 204-211.

Gergen K. 1994. *Toward transformation in social knowledge (Second edition)*. Sage, London.

Gleick J. 1990. Kaaos. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä

Glisson C. 2002. The organizational context of children's mental health services. *Clinical Child And Family Psychology Review* 5 (4), 233-53.

Grant C. A. 1994. Models of Psychiatric Care. *Psychiatric nursing*. Grant, C. A. (ed.) Delmar. USA, 14-23.

Green RS. 2001. Improving service quality by linking processes to outcomes. Hernandez, Mario [Ed]; Hodges, Sharon [Ed]. *Developing outcome strategies in children's mental health*. Baltimore. MD US Paul H Brookes Publishing, 221-237.

Harisalo R 2010. Organisaatioteoriat. Tampereen yliopistopaino Oy. Juvenes Print. 3. painos.

Harnett PH., Loxton N., Sadler T., Hides L., Baldwin A. 2005. The Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents in an adolescent in-patient sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 39(3), 129-135.

Heino E. 2013. Lastenpsykiatria on hoitojen viidakko. *Mediuutiset*.
<https://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/lastenpsykiatria-on-hoitojen-viidakko-6082442>. Viitattu 21.12.2017

Hiidenhovi H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print. Tampere.

Häkkinen P. 2013. Erikoissairaanhoidon hoitopääsyn seuranta, Määrittelyt ja ohjeistus 2013. Copyright Kirjoittaja ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. Tampere.

Idänpään U., Heikkilä M., Outinen A., Nordblad E., Päivärinta E., Mäkelä M. 2000. Laatu kriteerit – Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Aiheita-monistesarja 20/2000, Stakes. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75158/Aiheita20-2000.pdf?sequence=1>. Viitattu 17.11.2017.

Ihalainen R. 2007. Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. Tampere University Press. Tampere.

Janssen M. M. M., Wensing M., van der Gaag, R. J., van Deurzen P. A. M., Buitelaar J. K. 2013. Adjustment and alteration of the quality indicators in the Basic Set (GGZ) for use in child and adolescent psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55(1), 21-31.

Jokinen A., Juhila K., Suoninen E. 2000. Diskurssianalyysin aakkoset. 2. painos. Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Juran J. 1988. *Juran on planning for Quality*. The Free Press.

Järvinen P. Järvinen A. 1996. Tutkimustyön metodeista. Tampere. Opinpaja Oy

Kaartinen M. 2017. Autonomic arousal to a direct gaze, cooperative behavior and reactive aggression among children with autism spectrum disorders: Associations with impairments in social skills. Tampere University Press. *Acta Universitatis Tamperensis*.

Kaplan S., Busner J., Chibnall J., Kang G. 2001. Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatric Services* 52(2), 202-206.

Kaplan R., Norton D. 1992. The Balanced Scorecard – Measures That Drive. *Harvard Business Review*. No. 92105. <http://www.stevens-tech.edu/MSISCourses/450/Articles/ValueOfIT/TheBalancedScoreCard.pdf>. Viitattu 23.7.2012

Kaplan R., Norton D. 1996. Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. *Harvard Business Review*. Reprint 96107. <http://www.stevens-tech.edu/MSISCourses/450/Articles/ValueOfIT/TheBalancedScoreCard.pdf> . Viitattu 23.7.2012.

Kaukonen P., Repokari L. 2016. Palvelujärjestelmä. Teoksessa Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria Kumpulainen K., Aronen E., Ebeling H., Marttunen M.,

Puura K., Sourander A. (toim.) Kustannus Oy Duodecim. Printon. Tallinna, 437–450.

Kenworthy L., Hicks A. 2008. (Ed.) Method and Substance in Macrocomparative Analysis. Printed and bound in Great Britain by CPI Antony Rowe, Chippenham and Eastbourne.

Kekkonen J. 2008. Vertailevan tutkimuksen haasteita. Tieteessä tapahtuu 3-4/2008, 32-37.

Kiviniemi M. 1989. Julkiset palvelut ja organisaatorakenteet. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Helsinki. Valtion painatuskeskus.

Kotisaari S., Ståhl T., Herrala J., Lindfors P. 2011. Onko erikoissairaanhoidolla roolia terveyden edistämisessä? Suomen lääkärilehti 66(45), 3415-3418.

Krause K., Kiikkala I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä Oy. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Krause K., Salo S. 1994. Teoreettinen hoitotyö. Kirjayhtymä Oy. Tampere.

Kuhn T. S. 1994. Tieteellisten vallankumousten rakenne. WSOY:n graafiset laitokset. Juva.

Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Vastapaino. Tampere.

Kuusikko-Gauffin S. 2011. Social anxiety and emotion recognition in autism spectrum disorders. Juvenes Print. Tampere.

Käypä hoito 2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>. Viitattu 17.11.2017.

Lammenranta M. 1993. Tietoteoria. Gaudeamus Helsinki University Press Oy. Yliopistokustannus. HYY Yhtymä.

Lastenpsykiatrian PRO-hanke, loppuraportti 2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Lastenpsykiatrian vastualueen toimintakertomukset 2000–2007. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Latva R. 2009. Preterm birth and hospitalisation: experiences of mother and child. Tampere University Press, Tampere 2009.

Lauri, S., Elomaa, L. 1995. Hoitotieteen perusteet. WSOY.Juva.

Lehtinen V., Salmela T., Tuori T., Pyykkö V. 1995. Psykiatrisen sairaanhoidon laatu. Venla-työryhmän loppuraportti. Helsinki. STAKES. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01047. Viitattu 23.7.2012

Leiman M. 1999. Teoria ja empiriset yleistykset elävän ymmärtämisen esteenä. *Psykoterapia* 3/99, 38-44.

Leskinen J., Mussalo-Rauhamaa H., Frantsi-Lankia M., Riihelä K. 2009. Näkykö terveydenhuollon muuttuva toimija- ja toimintarakenne Etelä-Suomen lääninhallitukseen tulleissa kanteluissa? *Suomen lääkäri* 64 (20), 1872-1881.

Luoma I. 2004. From Pregnancy to Middle Childhood. What Predicts a Child's Socio-Emotional Well-Being? Tampereen yliopisto, Tampere 2004.

Marclay L., Meyrat E., Bolognini M., Buecher C., Halfon O., Lageta J. 2010. Preliminary investigation and evaluation of overall satisfaction of care in an outpatient center for child and adolescent psychiatry. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 161(4), 135-139.

Mattila ML., Kielinen M., Linna SL., Jussila K., Ebeling H., Bloigu R., Joseph RM., Moilanen I. 2011. Autism spectrum disorders according to DSM-IV-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50(6), 583-592.

Mayberry LS., Heflinger CA. 2012. The role of quality service systems in involving families in mental health treatment for children with severe emotional disturbances. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 20(4), 260-274.

Merikangas KR., He JP., Brody D., Fisher PW., Bourdon K., Koretz DS. 2010. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics* 125(1), 75-81.

Moilanen J. 1999. Lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjut kuntoon!: sosiaali- huollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon 'Lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjut' -projekti Askolassa, Hyvinkäällä, Mäntsälässä ja Nurmijärvellä vuonna 1999. Liiteosa.

Moring J., Martins A., Partanen A., Bergman V., Nordling E., Nevalainen V. (toim.) 2011. Kansallinen mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009–2015 Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Juvenes Print. Tampere.

Murphy M., Kamin H., Masek B., Vogeli C., Caggiano R., Sklar K., Drubner S., Buonopane R., Picciotto M., Gold J., Jellinek M. 2012. Using brief clinician and parent measures to track outcomes in outpatient child psychiatry: longer term follow-up and comparative effectiveness. *Child & Adolescent Mental Health* 17(4), 222-230.

Mäntymaa M. 2006. Early mother-infant interaction: Determinants and Predictivity. Tampereen yliopisto. Tampere.

Mäntynen R., Miettinen M., Vehviläinen-Julkunen K., Kvist T. 2015. Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä ja johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta? *Hoitotiede* 27 (1), 18-30.

Niiniluoto I. 1997. Johdatus tieteenfilosofiaan, käsitteen- ja teorianmuodostus. Kustannusosakeyhtiö Otava. Helsinki.

Niiniluoto I. 2002. Tieteen tunnuspiirteet, 30–41. Teoksessa: Tutkijan eettiset valinnat. Karjalainen S., Launis V., Pelkonen R., Pietarinen J. (toim.), Gaudeamus Kirja. Oy yliopistokustannus. Helsinki.

Niiniluoto I., Saarinen E. 2002. Filosofia muutoksen tilassa – johdanto nykyajan filosofiaan. Teoksessa: Nykyajan filosofia, Niiniluoto I., Saarinen E. (toim.) WS Bookwell Oy. Juva, 13-43.

Nikander P. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 40, 279-290.

Nikander P. 2005 Konstruktionistinen ja postmoderni sosiaalipsykologia. Teoksessa *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. Hänninen V., Partanen J., Ylijoki O-H. (toim.) 2.painos. Vastapaino. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä, 275–298.

Normann R. 1985. *Palveluyrityksen johtaminen*. 2. painos. *Ekonomia-sarja* 93. Espoo: Weilin & Göös.

Noser K., Bickman L. 2000. Quality indicators of children's mental health services: Do they predict improved client outcomes? *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 8(1), 9-18, 26.

Olin SS., Williams N., Pollock M., Armusewicz K., Kutash K., Glisson C., Hoagwood KE. 2014. Quality indicators for family support services and their relationship to organizational social context. *Administration And Policy In Mental Health* 41 (1), 43-54.

Orava M., Kyngäs H., Kääriäinen M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: reaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 24 (3), 216-231.

Oulasvirta L. 2007. *Palvelun laadun arviointi moniportaisessa julkisessa organisaatiossa*. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere. <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67735/978-951-44-6997-8.pdf?sequence=1#page=100> Viitattu 21.5.2013.

Oulasvirta L., Ohtonen J., Stenvall J. 2002. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Helsinki. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja.

Peplau H.E. 1952. Interpersonal relations in nursing. G.P. Putnam's Sons. New York.

Pietarinen J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Tutkijan eettiset valinnat. Karjalainen S., Launis V., Pelkonen R., Pietarinen J. (toim.) Gaudeamus Kirja. Oy yliopistokustannus. Helsinki, 58–69

Pietilä V. 1983. Miten tiede kehittyy? Tiedusteluretkiä tieteenteorian kentälle. K.J.Gummerus OY. Jyväskylä.

Piha J. 2004. Erikoissairaanhoito. Teoksessa Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Moilanen I., Räsänen E., Tamminen T., Almqvist F., Piha J., Kumpulainen K. (toim.) Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä, 386-390.

Piha J. 2005. Lastenpsykiatrian hoitotakuu toteutuu huonosti yliopistosairaanhoitopiireissä. Lääkärilehti. Vsk. 60, 49-50.

Piha J., Kaivosoja M., Salomaa K. 2000. Lasten mielenterveyspalveluselvitys. Aiheita 4/2000. Stakes.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016. Lastenpsykiatrian vastuualue. <https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Lastenpsykiatria>. Viitattu 12.5.2016.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2008. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2008–2012.

Plapp J.M., Rey J.M. 1994. Child and adolescent psychiatric services: case audit and patient satisfaction. Journal of Quality in Clinical Practice, 3(1), 51-56.

Popper K. R. 1968. The logic of scientific discovery. New York. Harper Torchbooks.

Puura K. 1998. What children tell and adults notice - psychiatric disturbances among Finnish children. Acta Universitatis Tamperensis, Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.

Puura K., Borg A-M., Nenonen I., Miettinen S., Virtanen M., Halminen T., Matul I., Haapanen T., Nevalainen T., Tamminen H., Kopperoinen A., Oksanen L., Koivulahti T., Oksa J., Järvinen M., Rahikkala S., Leikko-Lammi T., Junno S., Varjonen-Toivonen M. 2015. Lasten mielenterveystyön palveluverkko. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2017. Artikkelin tunnus: shp00964 (006.964) http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00964 Viitattu 17.11.2017.

Pyökkänen K. 2003. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa: Nuotta-projektin loppuraportti 2003.

Pönkkö M-L. 2005. Erityisoppilaan psykiatrinen hoitoketju - Hoitoketjun tarpeen ja toiminnan monitahoarviointi. Oulu University Press. Oulu.

Raatikainen P. 1997. Ajattelu, kieli ja merkitys – näkökulmia nykyajan filosofian avaintemoihin. Teoksessa: Ajattelu, kieli, merkitys – analyttisen filosofian avainkirjoituksia. Raatikainen P. (toim.) Tammer-Paino Oy, Tampere 1997, 9-40.

Raivio K. 2006. Paras-hanke Suomea muokkaamassa. YHTEISKUNTAPOLIITIIKKA 71 2006:2, 186-192.

Rauhala L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. SHKS. Karisto Oy:n kirjapaino.

Rauhala L. 1993. Filosofinen ihmiskäsitys empiirisen ihmistutkimuksen ja auttavan toiminnan perustana. Hoitotiede 5 (3), 98-109.

Rauhala L. 1998a. Ihmisen ainutlaatuisuus. Yliopistopaino, Helsinki.

Rauhala L. 1998b. Rationaalisuuden skleroosi. Jälkisanat teoksessa: Puhakainen J., Persoonan kieltäjät - Ihmisen vapaus ja vastuu aivotutkimuksen ja lääketieteen puristuksessa. WSOY. Juva.

Sairaanhoitajaliitto 2017. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet>. Viitattu 17.11.2017.

Salokangas R., Tuominen L., Koponen H., Laukkala T., Oksanen J., Pirkola S., Saxen U. 2013. Skitsofrenian käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä.

Sams D. P., Garrison D., Bartlett J. 2016. Innovative Strength-Based Care in Child and Adolescent Inpatient Psychiatry. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing* 29(3), 110-117.

Santalahti P ja Sourander A 2008. Onko lasten psykiatrinen sairastavuus lisääntynyt? *Duodecim* 124(13), 1499-506.

Seikkula, J. 1999. Reflektiivinen tiimi ja avoin dialogi - kun itse keskustelu tulee tärkeimmäksi. Teoksessa: Perhe terapiassa. Vuoropuhelua vuosituhannen vaihtuessa. Suomen Mielenterveysseuran Koulutuskeskus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 84-94.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulu University Library. Oulun Yliopisto. Oulu.

Smith M ja Parker M 2015. *Nursing Theories and Nursing Practice*. 4th ed. Philadelphia. PA. FA Davis Company.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013. Terveyspalvelut. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut. Viitattu 28.10.2013

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus yliopistotasoisesta terveyden tutkimuksen rahoituksesta (718/2013) 8.12.2012. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmän esitys. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. Helsinki.

Sourander A 2016. Tarjoaako terveydenhuoltojärjestelmämme avaimet lastenpsykiatrian huippututkimukseen? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 132(10), 939-41

Stallard P. 1995. Parental satisfaction with intervention: differences between respondents and non-respondents to a postal questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology* 34 (3), 397-405.

Stasiak K., Parkin A., Seymour F., Lambie I., Crengle S., Pasene-Mizziebo E., Merry S. 2013. Measuring outcome in child and adolescent mental health services: Consumers' views of measures. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 18(4), 519-535.

Steinhausen H-C., Lugt H., Doll B., Kammerer M., Kannenberg R., Prun H. 2000. The Zurich Intervention Planning and Evaluation Form (ZIPEF): A procedure for the assessment of quality control of therapeutic interventions. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49(5), 329-339.

Stenvall J., Johansson J-E., Pekkola E. ja af Ursin K. 2017. Hallintotiede. Teoksessa *Governance – Hallinnan uusia ulottuvuuksia*. Karppi I. (toim.) Copyright Tampereen yliopisto, kirjoittajat, 47-53.

Tas FV., Guvenir T., Cevrim E. 2010. Patients' and their parents' satisfaction levels about the treatment in a child and adolescent mental health inpatient unit. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 17(9), 769-774.

Taipale V. 1998. Lasten mielenterveystyö. WSOY.Porvoo.

Tamminen T. 2004. Integratiiviset teorit. ss. 127-128. Teoksessa: *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3.uudistettu painos. Moilanen I., Räsänen E., Tamminen T.,

Almqvist F., Piha J., Kumpulainen K. (toim.) Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Sairaaloiden tuottavuus 2014. Suomen virallinen tilasto.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 23.7.2012

Terveyspalvelut 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut. Viitattu 28.10.2013

Thapar A., Pine DS., Leckman JF., Scott S., Snowling MJ., Taylor Ea. 2015. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. John Wiley & Sons, Ltd. Sixth edition.

Torkki P., Leskelä R-L., Linna M., Torvinen A., Klemola K. Sinivuori K., Larsio A., Hörhammer I. 2017. Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017.

Trask EV., Garland AF. 2012. Are children improving? Results from outcome measurement in a large mental health system. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 39(3), 210-220.

Tuomi, J. 1997. Suomalainen hoitotiedekeskustelu. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä and ER-paino Ky. Lievestuore.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. Viitattu 17.3.2016.

Töttö P. 2012. Paljonko on paljon? Luvuilla argumentoinnista empiirisessä tutkimuksessa. Vastapaino. Tampere.

Vakkuri J., Oulasvirta L. ja Johanson J-E. 2017. Talouden hallinta ja johtaminen julkisessa toiminnassa – johdatus julkisen talousjohtamisen näkökulmaan. Teoksessa Governance – Hallinnan uusia ulottuvuuksia. Karppi I. (toim.) Copyright Tampereen yliopisto, kirjoittajat, 91-96.

Valli R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. PS-kustannus. 2., uudistettu painos. Bookwell. Juva.

Valvira. Päätös 24.2.2011. Sairaanhoidopiirin lastenpsykiatrian yksikössä epäasianmukainen tutkimus- ja hoitokäytäntö. Dnro 804/05.01.04.04/2009.

Vartiainen P. 1994. Palveluorganisaatioiden tuloksellisuusarviointi, teoriat ja käytäntö. Päivähoitoon, erityisesti päiväkoteihin kohdistuva monitahoarviointi. *Vasa, Acta Wasaensia No 40 Hallintotiede 2.*

Varto J. 1994, *Filosofian taito 1.* Kirjayhtymä, Helsinki.

Virtanen M. 2000. Lauri Rauhalan holistinen ihmiskäsitys yksilövastuiseen, yhteistyötä korostavan ja mielenterveyttä edistävän hoitotyön lähtökohtana - Postmoderni konstruktio. *Hoitotieteen pro gradu - työ.* Tampereen yliopisto. Tampere.

Walker JS., Bruns EJ. 2006. Building on practice-based evidence: using expert perspectives to define the wraparound process. *Psychiatric Services (Washington, D.C.).* Publisher: American Psychiatric Association 57 (11), 1579-85.

Wolpert M. 2017. Commentary: Why measuring clinical change at the individual level is challenging but crucial - commentary on Jensen and Corralejo. *Child & Adolescent Mental Health* 22(3), 167-169.

Woodring S., Polomano RC., Haagen BF., Haack MM., Nunn RR., Miller GL., Zarefoss MA., Tan TL. 2004. Development and testing of patient satisfaction measure for inpatient psychiatry care. *Journal of Nursing Care Quality* 19(2), 137-148.

Zima BT, Hurlburt MS., Knapp P., Ladd H., Tang L., Duan N., Wallace P., Rosenblatt A., Landsverk J., Wells KB. 2005. Quality of publicly-funded outpatient specialty mental health care for common childhood psychiatric disorders in California. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry* 44 (2), 130-44.

Luettelo taulukoista

Taulukko 1. Poliittisten päätöksentekijöiden, johtavien virkamiesten, asiantuntijoiden, palvelun käyttäjien ja kansalaisten näkökulmat julkisen organisaation tuottamien palvelujen laatuun. (Oulasvirta 2007, 66. Mukaeltu)

Taulukko 2. Ihmiskäsitysten tyyppejä. (Lehtovaara 1994, 113; Rauhala 1989, 22-23; Rauhala 1995, 165.)

Taulukko 3. Hoidollista suhdetta luonnehtivat periaatteet vuorovesimallin mukaisesti

Taulukko 4. Prosessin periaatteet

Taulukko 5. Tavanomaisten lapsipotilaiden hoitopolut, näyte vuonna 2007 (n = 9)

Taulukko 6. Vaativaoireisten lapsipotilaiden hoitopolut, näyte vuonna 2007 (n = 10)

Taulukko 7. Erittäin vaativahoitoisten lapsipotilaiden hoitopolut, näyte vuonna 2007 (N = 9)

Taulukko 8. Tavanomaisten lapsipotilaiden hoitopolut, näyte vuonna 2010 (n = 10)

Taulukko 9. Vaativaoireisten lapsipotilaiden hoitopolut, näyte vuonna 2010 (n = 14)

Taulukko 10. Erittäin vaativaoireisten lapsipotilaiden hoitopolut, näyte vuonna 2010 (n = 11)

Taulukko 11. Tavanomaisten potilaiden vertailu, näytteet vuosilta 2007 ja 2010

Taulukko 12. Vaativaoireisten potilaiden vertailu, näytteet vuosilta 2007 ja 2010

Taulukko 13. Erittäin vaativaoireisten potilaiden vertailu, näytteet vuosilta 2007 ja 2010

Taulukko 14. Vastuualueen kysyntä ja saatavuus vuosina 2008–2014

Taulukko 15. Vastuualueen palvelutuotanto vuosina 2008–2014

Taulukko 16. Vastuualueen tuotanto vuosina 2008–2014

Taulukko 17. Palvelusopimusten toteuma vuosina 2008 – 2014

Taulukko 18. Vastuualueen henkilöstötyöpanos vuosina 2008 – 2014

Taulukko 19. Laskennallisia tuotantokertoimia vuosina 2008–2014

Taulukko 20. Lapsivastaajien arviot kysymykseen: Puhuttiinko sairaalakäynnillä oikeista asioista? (n = 965, p < ,000)

Taulukko 21. Lapsivastaajien arviot kysymykseen: Ymmärsivätkö aikuiset Sinun tilannettasi (n = 916, p < ,006)

Taulukko 22. Yhteenvedo ja summataulukko, lasten kysymykset 1 ja 2

Taulukko 23 Lapsivastaajien arviot kysymykseen: Millaista Sinulla oli sairaalakäynnillä? (n = 924, p < ,006)

Taulukko 24. Lasten tunteita hoitotapahtumien aikana - Lasten kysymys 3

Taulukko 25. Aikuisvastaajien arviot vastaajarooleittain kysymykseen: Käynnin tavoite oli selkeä. (n = 2166, p < ,000)

Taulukko 26. Aikuisvastaajien arviot vastaajarooleittain kysymykseen: Käynnillä käsiteltiin keskeisiä asioita. (n = 2156, p < ,018)

Taulukko 27. Aikuisvastaajien arviot vastaajarooleittain kysymykseen: Asiani tuli kuuluksi. (n = 2157, p < ,000)

Taulukko 28. Aikuisvastaajien arviot vastaajarooleittain kysymykseen: Tilanne oli turvallinen. (n = 2147, p < ,321)

Taulukko 29. Aikuisvastaajien arviot vastaajarooleittain kysymykseen: Yhteistyö oli toimivaa. (n = 2144, p < ,144)

Taulukko 30. Aikuisvastaajien arviot vastaajarooleittain kysymykseen: Käynti oli hyödyllinen. (n = 2142, p < ,013)

Taulukko 31. Yhteenveto ja summataulukko aikuisvastaajien vastauksista

Taulukko 32. Lapsipotilaiden (n = 633) ja aikuisten (n = 791) vastausten korrelaatio hoitotapahtuman aikana käsiteltyjen asioiden keskeisyydestä

Taulukko 33. Lasten kokemus ymmärretyksi tulosta (n = 617) ja sen korrelaatio aikuisten vastauksiin

Taulukko 34. Tuotanto suhteessa työpanokseen ja kustannuksiin vuosina 2008–2014 ja hoitotapahtumien laatu vuonna 2014

Luettelo kuvioista

Kuvio 1. Tutkittavan ilmiön ja tutkimusnäkökulmien jäsennys

Kuvio 2. Ihmisen hyvän ja huonon olemassaolon ulottuvuudet (Mukaeltu, Rauhala 1998, 146–147.)

Kuvio 3 Epistemologiset eli tieto-opilliset valinnat

Kuvio 4. Teoreettisista kategorioista johdetut kysymykset lasten lomakkeeseen

Kuvio 5. Teoreettisesta kategoriasta johdetut kysymykset aikuisten lomakkeeseen

Kuvio 6. Tutkimusasetelman yhteenveto

Kuvio 7. Yhteenveto laadun arviointikehikon sisältämästä aineistosta ja tutkimuksen etenemisestä

Liitteet

Liite 1. Tiedonhakuprosessi vuonna 2017

Tutkimuskysymys: Miten lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon organisaation laadun arviointia on tutkittu?

Hakusanat tietokannoittain:

Cinahl: "Child Psychiatry" "Psychiatric Care" "Hospitals, Psychiatric" "Psychiatric Units" "Psychiatric Service" "Child" "Child, Preschool" "Infant" child* infant* "Quality of Health Care" "Quality Management, Organizational" "Quality Assurance" "Quality Assessment" "Outcome Assessment Information Set" "Process Assessment (Health Care)" "Quality Improvement"

Psycinfo(Ovid): "child psychiatry" "mental health services" "psychiatric hospital*" "psychiatric unit*" "psychiatric service*" "psychiatric care*" child* infant* "quality of services" "quality of care" "quality control" "Quality of Health Care" "Quality Management" "Quality Assurance" "Quality Assessment" "Outcome Assessment" "Process Assessment" "Quality Improvement"

Medline(Ebsco): "child psychiatry" AND "quality of service" rajoittimina julkaisuvuodet 2000–2018 ja lähdeyyppinä akateemiset aikakausjulkaisut

Medic1: lastenpsykiatria*"lasten mielenterveyspalvelu*" child psychiatr**AND quality laatu* laadu* **Medic2:** lapsi* lasten lapset child* infant* pikkulas* leikki-ikä* AND psykiatria* psychiatr* AND laatu* laadu* quality

Melinda: lastenpsykiatr? "lasten mielenterveyspalvelu?" laatu? laadu?

Arto: lastenpsykiatr? "child psychiatr?" laatu? laadu? quality?

Hakutulos eri tietokannoista: Cinahl (n=69), Psycinfo(Ovid) (n=351), Medline (Ebsco) (n= 11), Medic (n= 16), Melinda (n=169), Arto (n=45)

Tietokantarajaukset: Psycinfo (Ovid) childhood <birth to 12 years> and yr="2000 -Current" (n=139)

Sisäänottokriteerit: Otsikossa tai abstraktissa kuvataan lastenpsykiatrisen organisaation hoidon laatua tai laadun arviointia

Poissulkukriteerit: Aihe ei käsittele lastenpsykiatrisen organisaation hoidon tai lasten mielenterveyspalvelun laatua tai aiheena oli yksittäisen intervention, hoitomenetelmän tai potilasryhmän hoidon arviointi.

Jatkotarkasteluun valitut otsikon ja abstraktin perusteella, hakutulos tietokannoittain:
Cinahl (n= 23), Psycinfo(Ovid) (n=33), Medline (Ebsco) (n= 8), Medic (n=0), Melinda (n=?), Arto (n=4)

Sisäänottokriteerit: Tieteellinen tutkimus

Poissulkukriteerit: muu kuin tieteellinen tutkimusjulkaisu, systemaattinen katsaus, kehittämisshanke, tutkimuskohde peruspalvelu (community, primary care), tutkimuskohde yli 12-vuotiaat, politiikkaohjelman implementointi, päällekkäinen hakutulos

Tietokannat: Hakutulos Cinahl (n=12), Psycinfo (Ovid) (n=10), Medline (Ebsco) (n=7), Medic (n=0), Arto (n=0)

Hakutulos (n=27) kun päällekkäiset on tulokset poistettu

LIITE 2. TUTKIMUSLOMAKKEET



TESTAA TÄHÄN



LASTENPSYKIATRISEN ERIKOISSAIRAANHOIDON LAADUN ARVIO *aikuiset*

Tutkimme Taysin lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon laatua. Pyydämme arviotasi hoitotapahtumasta.

Vastaaminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuneita vastaajia ei voida tunnistaa. Annettuja vastauksia käsitellään luottamuksellisesti.

Vastaa kyselyyn koskettamalla Takain-laitteella vastausnappeja. Valitse ensin yksikkö ja vastaaja, sitten vastaa kysymyksiin.

Lisätietoja tutkimuksesta antaa Mika Virtanen, ylihoitaja p. 03 311 65061
mika.virtanen@pshp.fi

Yksikkö

LPSA

Lasten-
psykiatrian
asiantuntija-
palvelut

LPSN

Lasten
neuropsykiatria

LPSP

Perhe- ja
pikkulapsi-
psykiatria

LPST

Lasten
traumapsykiatria

LPSS

Lasten
säätelyhäiriö-
psykiatria

Oletko

HUOLTAJA /
LÄHEINEN

YHTEISTYO-
TAHON
EDUSTAJA

TAYSIN
TYÖNTEKIJÄ

LIITE 2. TUTKIMUSLOMAKKEET

1. Käynnin tavoite oli selkeä



vahvasti eri mieltä



eri mieltä



neutraali / en osaa sanoa



samaa mieltä



vahvasti samaa mieltä

2. Käynnillä käsiteltiin keskeisiä asioita



vahvasti eri mieltä



eri mieltä



neutraali / en osaa sanoa



samaa mieltä



vahvasti samaa mieltä

3. Asiani tuli kuulluksi



vahvasti eri mieltä



eri mieltä



neutraali / en osaa sanoa



samaa mieltä



vahvasti samaa mieltä

4. Tilanne oli turvallinen



vahvasti eri mieltä



eri mieltä



neutraali / en osaa sanoa



samaa mieltä



vahvasti samaa mieltä

5. Yhteistyö oli toimivaa



vahvasti eri mieltä



eri mieltä



neutraali / en osaa sanoa



samaa mieltä



vahvasti samaa mieltä

6. Käynti oli hyödyllinen



vahvasti eri mieltä



eri mieltä



neutraali / en osaa sanoa



samaa mieltä



vahvasti samaa mieltä

LIITE 2. TUTKIMUSLOMAKKEET



TESTAA TÄHÄN



LASTENPSYKIATRISEN ERIKOISSAIRAANHOIDON LAADUN ARVIO *lapset*

Teemme tutkimusta hoidosta. Kerrotko, millaista sinulla oli sairaalassa.

Vastaaminen on vapaaehtoista.

Vastaa kyselyyn koskettamalla Takain-laitteella vastausnappeja. Tarvittaessa voit pyytää aikuisia lukemaan sinulle kysymykset.

Lisätietoja tutkimuksesta antaa Mika Virtanen, ylihoitaja p. 03 311 65061

mika.virtanen@pshp.fi

1. Puhuttiinko sairaalakäynnillä oikeista asioista?



EI YHTÄÄN



EI TARPEEKSI



EN TIEDÄ



PUHUTTIIN VÄHÄN



PUHUTTIIN SOPIVASTI

2. Ymmärsivätkö aikuiset Sinun tilannettasi?



ENÄT YHTÄÄN



ENÄT TARPEEKSI



EN TIEDÄ



YMMÄRSIVÄT VÄHÄN



YMMÄRSIVÄT HYVIN

3. Millaista Sinulla oli sairaalakäynnillä?



VIHAINEN



SURULLINEN



PELOKAS



TAVALLINEN



ILOINEN

LIITE 3. OHJE VASTAAMISESTA

Hoitotapahtuman päätteeksi annettujen arvioiden vastausprosessi määriteltiin seuraavasti:

1. Ensin lastenpsykiatrian työntekijä pyytää lapsipotilaalta arviota lasten lomakkeella.
2. Tämän jälkeen lastenpsykiatrian työntekijä pyytää arviota huoltajilta tai läheisiltä ja yhteistyötahojen edustajilta aikuisten lomakkeella.
3. Lopuksi lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon työntekijät antavat arvionsa aikuisten lomakkeella ja merkitsevät mukana olevalle apulomakkeelle kellonajan ja montako ihmistä tilanteessa oli paikalla.

Kaikkiin vastuualueen avohoidon vastaanottotiloihin ja osastojen neuvotteluhuoneisiin ja kanslioihin tuotettiin apulomakkeet sekä sähköiset kaavakkeet ja Takain-laitteet, joilla arvio hoitotapahtumasta voidaan antaa helposti ja nopeasti tapahtuman päätteeksi. Apukaavakkeet korvattiin sähköisellä laskurilla tutkimuksen käynnistyttyä ja tästä tiedotettiin sähköpostitse henkilöstöä.

Ohje kysymyksiin vastaamisesta

- Aikuinen voi lukea kysymyksen lapselle.
- Lapsen iän ja kehitystason tulisi olla sellainen, että hän ymmärtää kysymyksen.
- Yhdestä tapahtumasta jokainen osallistuja voi antaa yhden arvion.
- Vastaaminen perustuu jokaisen vastaajan vapaaehtoisuuteen.
- Vaikka joku ei haluaisi antaa arviota, muut osallistujat voivat antaa arvionsa siitä huolimatta.
- Aikaleiman perusteella samaan tapahtumaan liittyvät arviot liitetään toisiinsa.

- Kaikkien asianosaisten tulisi vastata 15 minuutin sisällä ensimmäisestä vastauksesta.
- Kysymyksiin tulisi pyrkiä vastaamaan numerojärjestyksessä.

Virheellinen vastaus:

- Virheellisen vastauksen voi korjata vastaamalla heti uudelleen samaan kysymykseen. Viimeinen vastaus jää voimaan.

Mahdolliset virhetilanteet:

- Vastausnappi ei toimi: taulu on metallimateriaalin päällä tai toisen kyselytaulun/tarranapin päällä.
- Laite ei toimi minkään napin kanssa: mikäli laite on esim. pudonnut lattialle, se saattaa mennä toimimattomaan tilaan.