

1375

**HOIDON INTEGRAATION TOTEUTUMINEN AKUUTIN PSYKOOSIN
PERHEKESKEISESSÄ HOITOPROSESSISSA**

**Psykoterapian erikoistumiskoulutuksen
liseniaattitutkimus
Anu Rasinkangas
Jyväskylän yliopisto
25.6.1998**

TIIVISTELMÄ

Hoidon integraatio akuutin psykoosin perhekeskeisessä hoitoprosessissa

Anu Rasinkangas

Psykoterapian erikoistumiskoulutuksen lisensiaattitutkimus

Ohjaaja: Jukka Aaltonen

Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos

Akuutti psykoosi on usein laajasti potilaan ja hänen lähipiirinsä elämään vaikuttava tilanne. Ymmärrystä ja jäsennystä tilanteeseen haetaan monista näkökulmista, hoidossa käytetään monia eri menetelmiä, hoidossa on mukana useita eri työntekijöitä ja kokonaisuhoito voi olla pitkäkin prosessi. Akuutin psykoosin hoidossa toteutetaan näin monenlaista integraatiota, vaikkei erityiseen integroituun hoitoon tietoisesti pyrittäisikään.

Tarpeenmukaisen hoidon mallissa (need-adapted treatment model) eri hoitomuotojen yhteensovittaminen on yksi keskeinen hoidollinen periaate. Lisäksi hoitomallissa korostetaan työryhmänä työskentelyä ja hoidon jatkuvuutta. Näiden kolmen työskentelyperiaatteen kokonaisuus määriteltiin tässä tutkimuksessa hoidon integraatioksi. Tarpeenmukaisen hoidon mallissa perhekeskeisellä työtavalla on keskeinen asema etenkin hoidon alkuvaiheen selvittelyissä. Kangasvuoren sairaalassa tätä hoitomallia sovellettaessa oli aiempia havaintoja perhekeskeisen työtavan tuloksellisuudesta. Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli oletus, että akuutin psykoosin hoitoprosessissa perheterapialla voi olla keskeinen asema hoidon integraation toteutumisessa ja tämä mahdollisesti voisi osaltaan selittää perhekeskeisen työtavan tuloksellisuutta. Tutkimuksessa pyrittiin tarkastelemaan, oliko perheterapeuttisilla tapaamisilla hoidon integraatiota tukeva merkitys ja etsimään tarpeenmukaisen hoidon periaatteita tarkentavia malleja siihen, miten hoidon integraatio voi toteutua ja miten sitä voi edistää hoitoprosessissa.

Tutkimus toteutettiin laadullisella tutkimusotteella kolmen paljon perheterapiaa sisältäneen kaksivuotisen hoitoprosessin perhetapaamisia analysoimalla. Materiaalina käytettiin sairauskertomuksia, avohoidon kertomuksia ja tutkijamuistiinpanoja. Aineiston kvalitatiivisessa analyysissä osoittautui, että hoidon integraation eri muotoja - eri rooleissa työskentelevien yhteistyötä, hoidosta keskustelua ja sopimista, henkilöiden pysyvyyttä ja arviointia - esiintyi monipuolisesti perhetapaamisissa ja että kaikki tapaamiset sisälsivät yleensä useita integraatiopyrkimyksiä. Hoidon integraation toteutumiseen liittyviksi keskeisiksi ilmiöiksi hahmottuivat moniroolinen työryhmä, ajallinen liikkuvuus ja joustavuus. Nämä ilmiöt hoidon integraation toteutumisessa voi nähdä myös hoidon integraation mahdollistajiksi. Näiden ilmiöiden avulla tarpeenmukaisen hoitomallin periaatteita voi tarkentaa ja siten edelleen kehittää akuutin psykoosin hoitoa ja erityisesti hoidon integraation toteutumista.

Avainsanat: akuutti psykoosi, tarpeenmukainen hoito, hoidon integraatio, perheterapia, työryhmänä työskentely

JOHDANTO

Integraatio on psykoterapiakirjallisuudessa monissa eri merkityksissä käytetty käsite. Albeniz & Holmes (1996) esittävät review-artikkelissaan näkemyksen integraatiosta sateenvarjokäsitteenä, joka kattaa laajan kirjon eri merkityksiä: erilaisten teoreettisten näkemysten lähestymisen, ideoiden ja tekniikoiden yhtenemisen, eklektisen valikoinnin eri tekniikoista ja integraation erityisessä integratiivisten terapioiden mielessä. Norcross ja Newman (1992) toteavat yleisesti hyväksytyksi, että tekninen eklektismi, eri terapiasuunnissa ja -muodoissa löydettävät yhteiset tekijät sekä teoreettinen integraatio kuuluvat psykoterapian integraatioliikkeen alle. Myös erilaisten terapiamuotojen yhdistely, psykofarmakologian yhdistäminen psykoterapiamuotoihin sekä teorian ja käytännön integraatio laajentavat heidän näkemyksensä mukaan integraation kenttää.

Akuuttien psykoosien hoidossa integroiva ajattelu ja käytäntö ovat välttämättömiä ensinnäkin hoidettavan ilmiön luonteen vuoksi. Akuuttiin psykoosiin johtavassa kehityksessä voi nähdä monia eri taustatekijöitä ja akuutti psykoosi taas puolestaan vaikuttaa usein henkilön koko elämänpiiriin. Näin myös tarvitaan monenlaista teoreettista tietoa tilanteen hahmottamiseksi ja erilaisia hoitomuotoja tilanteen korjaamiseksi sekä käytännön ratkaisuja hoitomuotojen yhteensovittamiseksi (esim. Alanen, 1993; Ciompi, 1991; DeFrancisci & Lieberman, 1996; McGlashan & Johannessen, 1996; McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan & Jackson 1996; Munez, Birnbaum & Wyzik, 1993; Perris, 1992). Psykoosin biologisten taustatekijöiden painottaminenkaan ei välttämättä johda eri hoitomuotojen vastakkainasetteluun (Syvälahti & Hietala, 1996). Toiseksi integraation tarve on ilmeinen myös silloin, kun potilaalla on psykoosin lisäksi muita ilmeisiä ongelmia, esim. alkoholiongelma tai sosiaalisia ongelmia, ja sen vuoksi tarvitaan erilaisia arvioita, hoitoja ja toimenpiteitä (esim. Johnson, 1997).

Suomessa on pitkään ns. Turku-projektien puitteissa tehty tutkimusyötä akuuttien skitsofreniaryhmän psykoosien hoidon kehittämiseksi eri ajankohtina toteutettujen potilaskohorttien keräämisen ja seurantatutkimusten avulla (Alanen, Lehtinen, Rökköläinen & Aaltonen, 1991; Alanen, Rökköläinen, Laakso, Rasimus & Kaljonen, 1986; Lehtinen, 1993; Salokangas, 1977, 1985). Tässä tutkimustraditiossa erilaiset teoreettiset painotukset, keskeisimmin yksilöpsykodynaaminen ja systeeminen, ovat olleet keskeisiä eri ajankohtina (Alanen, 1993). Myös biologiset tekijät ja siihen liittyvä tutkimus ovat myöhemmin olleet tärkeällä sijalla (Vuorio & al., 1993). Tutkimustyön pohjalta kehitetyssä **tarpeenmukaisen hoidon mallissa** (need-adapted treatment) integraatio korostuu paitsi erilaisten teoreettisten näkemysten yhteensovittamisena myös yhtenä keskeisenä hoidollisena periaatteena: **eri**

hoitomuotojen yhteensovittamisena. Tarpeenmukaisen hoidon yleiset periaatteet esitetään seuraavasti (esim. Alanen et al., 1991):

1. Terapeuttiset toiminnot suunnitellaan ja toteutetaan joustavasti sekä jokaisessa tapauksessa yksilöllisesti, niin että ne parhaiten kohtaisivat sekä potilaan että hänen lähipään vuorovaikutusverkostoonsa kuuluvien ihmisten todetut ja muuttuvat hoidolliset tarpeet.
2. Tutkimusta ja hoitoa luonnehtii psykoterapeuttien asenne.
3. Erilaisten terapeuttisten toimintojen tulee tukea toisiaan, ei vaikuttaa toisiaan vastaan.
4. Hoidon prosessiluonne on selvästi ymmärrettävä ja säilytettävä.

Kolmas periaate tarkoittaa juuri hoitomuotojen integraatiota, ja sitä tarkennetaan vielä seuraavasti: "Erilaisten terapeuttisten toimintojen tulee tukea toisiaan, ei vaikuttaa toisiaan vastaan. Tämä koskee yhtä hyvin esim. psykoterapeuttisten hoitojen ja psykofarmakologisten hoitojen keskinäistä suhdetta kuin erilaisten psykoterapeuttisten hoitomuotojen suhdetta toisiinsa, esim. perheterapian ja yksilöterapian keskinäistä ajoitusta ja painotusta, tai psykoterapeuttisessa yhteisössä työskentelevän potilaan yksilöterapeutin osallistumista yhteisön muihin toimintoihin" (Alanen, 1993, s.256). Edellytyksenä tälle on yhteistyö potilasta hoitavien henkilöiden ja työpisteiden kesken (Alanen et al., 1991, Alanen, 1993). Aaltonen & Räcköläinen (1994) tarkentavat edelleen hoidon integraation käsitettä tarpeenmukaisen hoidon mallissa. He toteavat integraation viittaavan sekä eri paikoissa toteutettujen hoitojen että eri hoitomuotojen integraatioon ja lisäksi näiden hoitointerventioiden psykologiseen sisältöön. He toteavat, ettei skitsofreniapotilaiden sairaalahoidossa voi olla eri hoitointerventioiden integraatiota, ellei henkilökunta jaa yhteisiä hoidollisia mielikuvia potilaista. Nämä yhteisesti jaetut hoidolliset mielikuvat syntyvät työnhajausprosessissa niiden erilaisten kokemusten integroinnin tuloksena, joita hoitohenkilökunnalla on potilaista ja heidän perheistään. Näin integroitu hoito syntyy prosessissa, jossa yhteisesti jaettu hoidollinen mielikuva, potilaan ja hänen perheensä tarpeet ja hoidollisiin tarpeisiin vastaaminen muodostavat koko ajan syvenevän psykologisen ymmärtämisen kehän.

Hoitomuotojen integraation toteuttamisessa tarpeenmukaisen hoidon malli siis korostaa työntekijöiden yhteistyön välttämättömyyttä. **Työryhmänä työskentely** on psykoosien hoidossa monista eri syistä suositeltu työskentelytapa. Työryhmän merkityksellisyyttä on korostettu ensinnäkin yksittäisten hoitomuotojen ja niistä vastuuta kantavien työntekijöiden taustatukena, esimerkiksi yksilöpsykoterapeuttisen hoidon tukena terapeutin näkökulmasta (esim. Baschrach, 1992; Jackson & Williams, 1994; Johansson, 1985; Pao, 1979). Psykoosin luonnetta ja sen herättämien vastatunteiden laatua korostaa Alanen (1993) työryhmätyöskentelyn keskeisinä perusteluina. Samoin lääkehoidon suhteen työryhmän voi nähdä lääkärin taustatukena, koska vastuu työryhmätyöskentelyssä koetaan yhteiseksi (Keränen, 1993). Toinen, edellistä täydentävä, mahdollisuus työryhmätyöskentelyn merkityksen korostamiseen psykoosien hoidossa on

työryhmätyöskentelyn painottaminen perhe- ja verkostoterapeuttisena työskentelytapana. Työryhmätyöskentely mahdollistaa osaltaan hoidollisen vuorovaikutuksen ja keskustelun monipuolisuuden ja esimerkiksi reflektiivisen keskustelun perhetapaamisissa (Holma & Aaltonen, 1995; Seikkula, 1994). Kolmanneksi työryhmätyöskentely antaa diagnostisen ja ymmärrystä lisäävän mahdollisuuden tarkastella hoitoprosessia, potilaan sisäistä mielenmaailmaa ja perhedynamiikkaa potilasta ja perhettä koskevien erilaisten havaintojen ja vastatunteiden avulla (Jackson & Williams, 1994; Lehtinen, Aaltonen, Koffert, Rökköläinen, Syvälahti, & Vuorio, 1996; Seikkula, 1994). Neljänneksi voi työryhmänä työskentelyä tarkastella psykoottisen potilaan näkökulmasta. Esimerkiksi käytäntö, jossa kaksi terapeuttia tapaa potilasta yhdessä, voi Johanssonin (1985) mielestä auttaa potilasta vapautumaan psykoottisen dissosioitumisen tilasta ja tehdä helpommaksi skitsofreeniselle potilaalle ominaista ambivalenssia. Samoin hän näkee Hillin ja Sullivanin kokemuksiin viitaten mahdolliseksi, että hoitoyhteisö, jossa vallitsee läheinen ja voimakas keskinäinen luottamus voi parhaiten hallita sitä erilaisten ja vastakkaisten transferenssitunteiden vyyhteä, jolla skitsofreeninen potilas koettaa torjua läheisyyden aiheuttamaa ahdistusta, mutta jolla hän samalla ylläpitää autismiaan ja toivottomuuttaan. Viidenneksi on mahdollista painottaa työryhmänä työskentelyä keskeisenä hoidon kokonaisuutta jäsentävänä ja eri tavoin integroivana työskentelymuotona. Varsinkin jatkuvuuden turvaaminen ja hoidon kokonaisuuden takaaminen voi onnistua pitkäjänteisen ja jäsenyneen työryhmätyöskentelyn avulla (esim. Baschrach, 1992; Ciombi, 1988; Lehtinen, 1993; Pao, 1989). Tuori (1987) myös suosittelee ryhmätyötä, jatkuvuutta avohoitoon ja saman työryhmän pysyvyyttä perheterapioissa, jotka aloitettu sairaalaoloissa. Myös hän korostaa työryhmän vastuuta hoidollisen kokonaisuuden muodostamisessa ja hoidon eri osatekijöiden yhteensovittamisessa. Näin hoitomuotojen integraatio, työryhmänä työskentely ja jatkuvuus kytkeytyvät läheisesti toisiinsa.

Jatkuvuus tarpeenmukaisen hoidon mallissa ei tarkoita pelkästään hoidon riittävän pituuden takaamista, vaan myös psykologista jatkuvuutta eli hoidollisen mielikuvan (Aaltonen & Rökköläinen, 1994) säilyttämistä ja muotouttamista jatkuvassa prosessissa. Tämä voi toteutua helpoimmin, kun hoitavat henkilöt, tai edes osa työryhmästä, pysyvät samoina eri ajankohtina ja eri vaiheissa (esim. Lehtinen & Rökköläinen, 1994). Jatkuvuutta ei aiemmin erityisesti korostettu tarpeenmukaisen hoidon periaatteita lueteltaessa (esim. Alanen et al., 1991), mutta Lehtinen (1993a ja 1993b) ja Skitsofreniaprojektin 10-vuotisseurannan perusteella myös Tuori (1994) nostavat tämän yhdeksi akuutin skitsofrenian hoidon pääperiaatteista. Myös parhaillaan käynnissä olevassa ruotsalaisessa laajassa akuutin psykoosin tarpeenmukaisen hoidon tutkimus- ja kehittämisohjelmassa Parachute-projektissa (Cullberg, Levander & Stefansson, 1997) jatkuvuus nostetaan yhdeksi keskeisistä periaatteista. Jatkuvuuden merkitystä on korostettu myös erityisesti case-management-hoitotavassa (Bachrach, 1993; Kanter, 1989). Hoidon jatkuvuuden

tärkeys perustuu ensinnäkin siihen, että psykoottisten potilaiden on usein vaikea luoda luottamuksellista hoitosuhdetta (esim. Frank & Gunderson, 1990) tai siirtyä uuteen hoitopaikkaan (Lehtinen, 1993a) ja toiseksi siihen, että hoitoprosessissa eri tilanteissa syntyneitä yhteisen kokemisen tilaa sekä hoidossa saatuja kokemuksia ja näkemystä on vaikea siirtää uusille työntekijöille (esim. Seikkula, 1994).

Tätä tarpeenmukaisen hoidon mallissa esiintyvien keskeisten työskentelyperiaatteiden kokonaisuutta, joka koostuu 1) eri hoitomuotojen yhteensovittamisesta, 2) työryhmänä työskentelystä ja 3) jatkuvuuden turvaamisesta, nimitetään jatkossa **hoidon integraatioksi**. Hoidon integraatio kuvaa konkreettista toimintaa ja tapahtumia hoitoprosessissa. Hoidon integraation toteutumista voidaan arvioida missä tahansa hoitoprosessissa riippumatta hoidollisesta viitekehystä.

Tämä tutkimus pyrkii tarkastelemaan hoidon integraatiota tarpeenmukaisen hoidon mallia sovellettaessa ja erityisesti perhetapaamisten merkitystä hoidon integraatiossa. Kiinnostus juuri perhetapaamisten tutkimiseen tältä kannalta virisi kahdesta syystä. Ensinnäkin hoitokokoukset, jotka usein ovat myös perhetapaamisia, ovat usein keskeisin hoitomuoto tarpeenmukaisen hoidon mallissa (esim. Lehtinen, 1994, Räcköläinen, Lehtinen & Alanen, 1991). Toiseksi perhetapaamisten ja perheterapian tuloksellisuudesta akuutin psykoosin hoidossa on hyviä kokemuksia tarpeenmukaisen hoidon mallia sovellettaessa. Esimerkiksi Akuutin psykoosin integroitu hoito- projektissa (API-projekti, Lehtinen & al., 1996) on pyritty tutkimaan tarpeenmukaisen hoidon mallin soveltamista erilaisissa hoitoympäristöissä. Yhdessä API-tutkimuskeskuksessa, Kangasvuoren sairaalassa Jyväskylässä, havaittiin hoidon tuloksellisuuden kahden vuoden seurannassa liittyneen ainakin jossain määrin toteutetun perheterapian määrään, joskin ennakoiva elämänote oli keskeinen ennustetekijä myös toteutetun perheterapian taustalla (Rasinkangas, Holma & Aaltonen, 1997). Aiemmin Turku-projektissa tarpeenmukaisen hoidon mallia sovellettaessa on saatu kokemuksia perheterapeuttisen hoito-otteen tuloksellisuudesta akuuttien skitsofreniaryhmän psykoosien hoidossa. Eri vuosina eri tavoin hoidettuja potilaskohortteja toisiinsa vertailemalla todettiin, että perhekeskeisyyden lisääntyminen hoidossa näytti parantavan ennustetta (Alanen, 1993; Lehtinen, 1993b). Länsipohjan sairaanhoitopiirin alueella toteutettava avoimeen dialogiin perustuva perhe- ja verkostokeskeinen työ on osoittautunut tulokselliseksi siten, että esimerkiksi akuuttien psykoosien sairaalahoidon tarve on vähentynyt (Seikkula, 1991) ja sairaalaan kroonistuminen on voitu ehkäistä (Tuori, 1994). Perheterapiaa ja hoitokokouksia psykoosien hoidossa on Länsipohjan tutkimuksissa tarkasteltu vuorovaikutukseen ja kieleen perustuvana ja niitä luovina tapahtumina (Haarakangas, 1997; Seikkula, 1991). Akuuttia psykoosia ja sen perhekeskeistä hoitoa voi tutkia myös narratiivisen viitekehysten kautta (Holma & Aaltonen, 1995, 1997, 1998). Perhetapaamisten asemaa hoitoprosessissa ja merkitystä hoidon integraatiossa on tarpeenmukaisen hoidon mallissa

korostettu (esim. Räcköläinen & al., 1991), mutta perhetapaamisten ja hoidon integraation suhdetta ei kuitenkaan ole tutkittu.

Varsinaisia kontrolloituja tutkimuksia psykoottisten potilaiden perheterapian tuloksellisuudesta on psykoedukatiivisen terapiasuunnan osalta. Penn & Mueser (1996) ovat tehneet yhteenvedon yhdestätoista merkittävästä tuloksellisuustutkimuksesta tältä alalta aina vuodesta 1978 vuoteen 1996. Näiden perusteella he havaitsivat, että tämäntyyppinen perheterapeuttinen työskentely on yleensä tuloksellisempaa kuin vertailuryhmissä toteutettu "tavallinen" hoito. Yleisenä trendinä he näkivät myös, että perheterapian pitkäjänteisyys liittyi tuloksellisuuteen: lähes kaikki yli yhdeksän kuukautta kestäneet perheinterventiot vähensivät potilaiden alttiutta relapseihin enemmän kuin pelkästään "normaalihoito". Jackson & Williams (1994) viittaavat Maudesley Hospitalissa saatuihin toistaiseksi julkaisemattomiin tuloksiin, jossa kontrolloidussa kokeessa perheiden osallistuminen psykoottisten potilaiden hoidon alkuvaiheeseen vähensi sairaalahoidon tarvetta ja lisäsi potilaiden integroitumista osastoelämään. Tällaisten tuloksellisuustutkimusten avulla on kuitenkin vaikea tavoittaa, mikä perheterapeuttisessa hoidossa lopulta on auttanut hyvään lopputulokseen pääsemistä (Penn & Mueser, 1996).

Tässä tutkimuksessa ei pyritty tarkastelemaan psykoottisen potilaan perheterapian tuloksellisuutta, vaan erityisenä pyrkimyksenä oli tutkia hoitoprosessia ja perheterapian asemaa siinä. Tavoitteena oli

1. tarkastella, onko perheterapeuttisilla tapaamisilla hoidon integraatiota tukeva merkitys ja
2. etsiä tarpeenmukaisen hoidon periaatteita tarkentavia malleja siihen, miten hoidon integraatio voi toteutua ja miten sitä voi edistää hoitoprosessissa.

Lähtökohtaoletuksena oli, että akuutin psykoosin hoidossa toteutettu perheterapia paitsi sisältää perhepsykoterapeuttisia elementtejä, jotka voivat olla tärkeitä hyvälle hoidolliselle tulokselle, myös voi kantaa mukanaan ja sisältää muita tarpeenmukaiseen hoitoon ja erityisesti hoidon integraatioon liittyviä tekijöitä.

TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Osallistujat ja aineiston muodostuminen

Tutkimus on useamman tapauksen tapaustutkimus (Yin, 1994). Tapaukset valittiin siitä aineistosta, joka oli kerätty API-projektin Kangasvuoren sairaalan osuudessa (tätä osaprojektia on kuvattu julkaisussa Rasinkangas & al., 1997). Tämä aineisto käsitti yhteensä 21 iältään 18-42 vuotiasta henkilöä, jotka olivat tulleet ensimmäistä kertaa psykiatriseen sairaalahoitoon akuutin skitsofreniaryhmän psykoosin vuoksi 1.4.92-31.12.93 välisenä aikana, ja joilla ei aiemmin ollut

avohoidossa intensiivistä psykoterapiaa tai neuroleptilääkehoitoa. Kaikkien kohdalla oli API-projektin tutkimussuunnitelman mukaisesti pyritty toteuttamaan intensiivistä psykososiaalista hoitoa tarpeenmukaisen hoitomallin periaatteiden mukaisesti. Tätä tutkimusta varten katsottiin tarkoituksenmukaiseksi keskittyä niihin perhekeskeisiin hoitoprosesseihin, joissa oli toteutettu erityisen paljon perheterapiaa. Perheterapiaksi määriteltiin sellaiset ennalta sovitut tapaamiset, joissa oli potilaan lisäksi läsnä ainakin yksi perheenjäsen ja joissa oli jokin perhepsykoterapeuttinen päämäärä. Näiden lisäksi tarkasteluun otettiin mukaan myös sairaalaan tullessa pidetyt perhetapaamiset, joita ei luonnollisesti oltu voitu etukäteen sopia tilanteen akuutisuuden vuoksi. Perheterapiat olivat luonteeltaan psykodynaamista ja systeemistä näkemystä yhdisteleviä ja myös ajoittain psykoedukatiivisia elementtejä sisältäviä. Tässä tutkimuksessa perheterapiaistunnosta käytetään synonyymina nimitystä perhetapaaminen.

Tarkasteltaviksi tapauksiksi valikoitui teoreettisen saturaatioperiaatteen mukaisesti (Glaeser & Strauss, 1967, Strauss & Corbin, 1990) kolme perhekeskeistä hoitoprosessia. Näihin oli kahden vuoden aikana ensimmäisestä sairaalaan tulosta sisältyneet lukumääräisesti eniten perheterapiaksi määritellyjä tapaamisia. Kutakin hoitoprosessia tarkasteltiin kahden vuoden ajalta ensimmäisestä sairaalaantulosta. Potilaista yksi oli naimisissa ja osallistui tapaamisiin puolisonsa ja lapsensa kanssa, yksi asui avoliitossa ja osallistui puolisonsa kanssa, yksi oli naimaton ja osallistui primääriperheensä tai osan siitä kanssa. Kaksi oli naisia ja yksi oli mies. Jatkossa näistä henkilöistä käytetään nimiä Anja, Kauko ja Mirja.

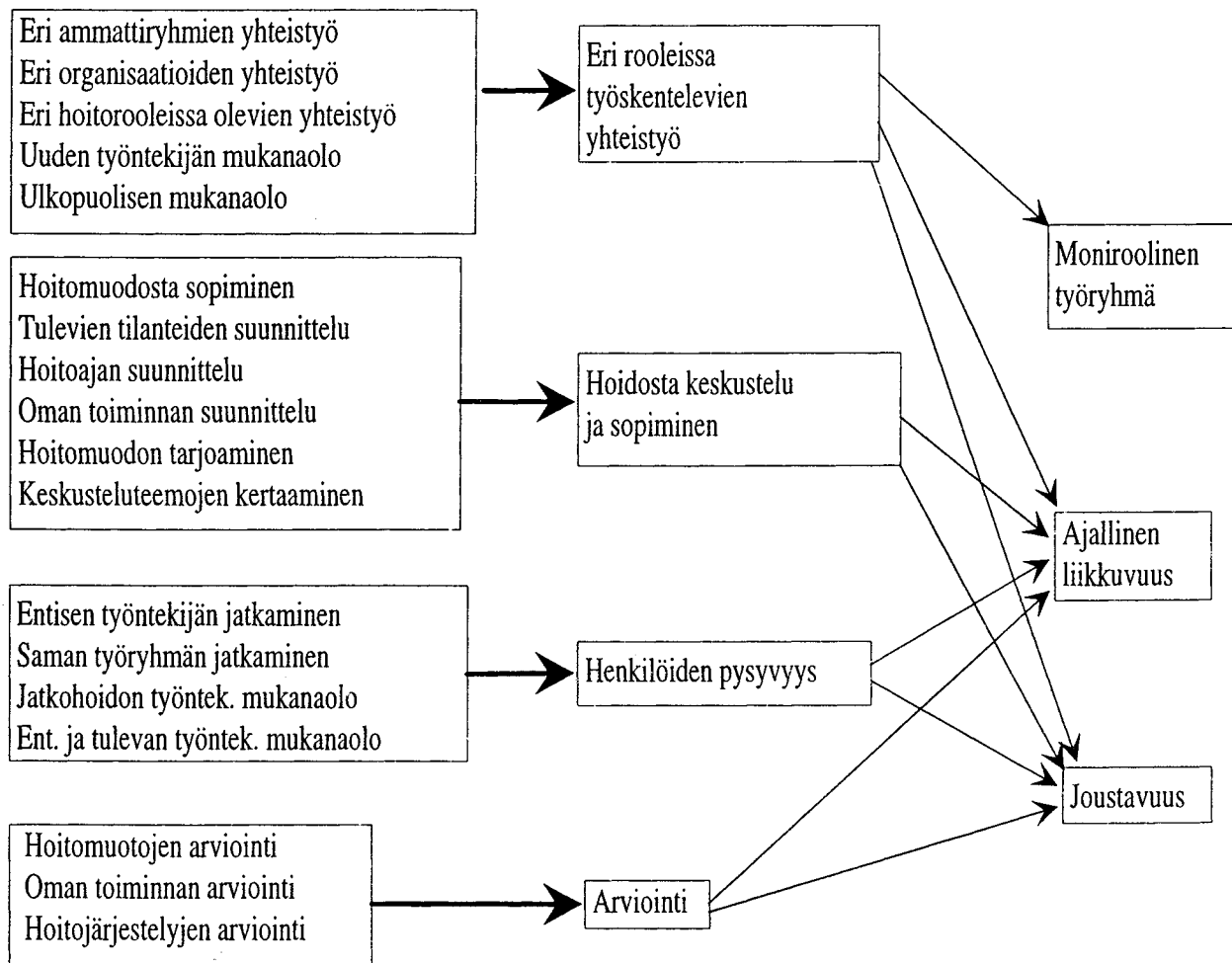
Tutkija osallistui itse osastonpsykologina kyseisten kolmen potilaan lähityöryhmiin (= potilaan hoidosta vastuulliseksi nimetty työryhmä) kahden vuoden seuranta-aikana ainakin jossain hoidon vaiheessa aktiivisesti ja oli näin mukana hoitoprosesseissa. Perhetapaamisia oli yhteensä näiden kolmen potilaan kohdalla 48, joista tutkija oli mukana 26 tapaamisessa sekä useissa hoitosuunnitelmanneuvotteluissa, työnohjaustilanteissa ja henkilökohtaisissa keskusteluissa hoitavien henkilöiden, potilaiden ja perheenjäsentien kanssa. Materiaaliksi otettiin relevantti arkistomateriaali näiden potilaiden perhekeskeisestä hoitoprosesseista: tarkat kirjaukset perhetapaamisten sisällöistä perhetapaamislehdille psykiatrisessa sairauskertomuksessa sekä muut kirjaukset sairauskertomuksiin ja avohoidon kertomukseen. Lisäksi käytettävissä olivat tutkijan omat muistiinpanot hoitoprosesseihin liittyneistä havainnoista sekä toisen tutkijan muihin tarkoituksiin tekemät muistiinpanot perhetapaamisten sisällöistä. Näin lähes kaikista perhetapaamisista kunkin kolmen tapauksen kohdalla oli käytettävissä kahden henkilön toisistaan riippumatta tekemät kirjaukset.

Seuraavasti esitetään kuhunkin tapaukseen, perhekeskeiseen hoitoprosessiin, liittyvät keskeiset tapahtumat ja hoidon puitteet sekä myös potilaiden taustatietoja tapausten kulun ja niiden analyysin ymmärtämiseksi.

TULOKSET

Jokaisesta perhetapaamisesta löytyi vähintään yksi integraatiopyrkimys ja yhteensä hoidon integraatiopyrkimyksiä löytyi 189. Ensimmäisen vaiheen koodauksessa muodostettiin 18 hoidon integraatiopyrkimyksiä kuvaavaa käsitettä, joita yhdistelemällä muodostettiin neljä kategoriaa, jotka kuvaavat keskeisiä hoidon integraation muotoja. Näitä edelleen analysoimalla muodostettiin kolme keskeistä kategoriaa, jotka kuvaavat hoidon integraatioon perheterapeuttisessa hoitoprosessissa liittyviä keskeisiä ilmiöitä.

Kuva 1. Hoidon integraation muotoja kuvaavien kategorioiden ja integraatioon liittyviä keskeisiä ilmiöitä kuvaavien keskeisten kategorioiden muodostaminen tutkimusprosessissa.



Keskeiset hoidon integraation muodot

Hoidon integraatiopyrkimykset ryhmiteltiin neljään kategoriaan, jotka kuvaavat keskeisiä hoidon integraation ilmenemismuotoja. Seuraavassa kuvataan niitä esimerkkien avulla. Esimerkit on valittu sillä perusteella, että niissä tulevat näkyviin kaikki kuhunkin kategoriaan kuuluvat integraatiopyrkimykset. Lisäksi kustakin kategoriasta on esitetty esimerkki, jossa näkyy vain yksi kategoriaan kuuluva integraatiopyrkimys ja toisaalta esimerkki, jossa saman kategorian integraatiopyrkimyksiä on useita. Näin perhetapaamisten monipuolisuus ja erilaisuus sekä aineiston koodauksen perusteet ovat nähtävissä ja arvioitavissa. Esimerkkien avulla on myös mahdollista saada kuvaa kunkin kategorian ominaisuuksista, joiden perusteella koodauksen seuraava vaihe, integraatioon liittyvien keskeisten ilmiöiden hahmottaminen, on tapahtunut.

1. Useiden eri rooleissa työskentelevien yhteistyö

Kaikkien kolmen potilastapauksen lähes kaikissa perhetapaamisissa esiintyi useiden erilaisissa hoidollisissa rooleissa työskentelevien työntekijöiden yhteistyötä monilla tavoin. Eri ammattiryhmien edustajilla saattoi olla samanlainen rooli, ja toisaalta saman ammattinimikkeen omaavilla saattoi olla erilaisia hoidollisia rooleja. Olennaiseksi tunnuspiirteeksi hoidollisen roolin määrittelyssä katsottiinkin, mitä kukin työntekijä teki suhteessa potilaaseen ja perheeseen, millaisiin tilanteisiin osallistui hoitoprosessissa ja millä intensiteetillä. Yleensä suuri työryhmä, esimerkiksi tapauksen 2 hoitoprosessin alussa, sisälsi myös useampia erilaisia hoidollisia rooleja kuin pieni työryhmä. Kuitenkin myös kahden hengen työryhmä, joka esimerkiksi oli keskeinen tapauksen 1 perhekeskeisessä hoitoprosessissa, voi samasta ammattinimikkeestä huolimatta sisältää kaksi hyvin erilaista hoidollista roolia toisen ollessa mukana vain perhetapaamisissa ja toisen taas osallistuessa potilasta koskeviin monenlaisiin spontaaneihin ja järjestettyihin tilanteisiin osaston arkipäivässä.

Esim. 1. Eri ammattiryhmien yhteistyö, eri hoitoroleissa olevien yhteistyö, uuden työntekijän mukaantulo, ulkopuolisen mukanaolo (¹tapaus 1, 121092, sk, jh, ar). Tapaamisessa mukana 1) osaston ulkopuolinen tutkija-perheterapeutti, joka tavannut paria kahdesti ja mahdollisesti voisi osallistua perhetapaamisiin jatkossakin, 2) osastonpsykologi, joka oli tavannut paria kerran aiemmin ja joka voisi työskennellä jatkossa perheen kanssa, yksilöterapeuttisesti tai

¹ Suluissa tapauksen numero, perhetapaamisen päivämäärä ja käytetty lähdeaineisto. Sk= sairauskertomus, ak=avohoidon kertomus, jh=toisen tutkijan muistiinpanot, ar=tutkijan omat muistiinpanot

Esim. 8. Keskusteluteemojen kertaaminen (tapaus 2, 270195, jh, ak). Seurantatapaaminen, jossa mukana hoitosuhteen hiljakkoin aloittanut yksilöterapeutti, joka ei aiemmin ollut tavannut perhettä, sekä tutkija-perheterapeutti, joka ollut hoidon alussa intensiivisesti perhetapaamisissa ja satunnaisesti myöhemminkin. "Kerron muistavani, että myös ensimmäisellä tapaamisella puhuttiin korkeasta verenpaineesta ja halvaantumisen pelosta"... " Sisar oli halunnut säästää Kaukon tältä huolelta. Kerron, että myös tästä huolilta säästämistä puhuttiin myös aikaisemmin suhteessa isään."

Hoidosta sopiminen ja keskustelu- kategoriaa tarkasteltiin edelleen seuraavien ominaisuuksien avulla: keskustelun määrä ja monipuolisuus, perhetapaamisissa tehtyjen sopimusten määrä, sopimusten selkeys sekä työryhmän vastuunotto keskustelusta ja sopimuksista omasta roolista riippumatta. Hoidosta keskustelun määrä ja laatu vaihteli paljon. Joissakin tapaamisissa hoito oli keskeinen teema, joissain tapaamisissa hoidosta puhuttiin niukasti. Yleensä sopimusten määrä oli vähäinen ja ne olivat selkeitä. Työryhmä otti useimpia sopimuksia tehdessä ja hoidosta keskusteltaessa vastuuta yli oman roolinsa, esim. otti kantaa toisten tekemiin hoidollisiin ratkaisuihin tai teki sopimuksia hoidosta, jota joku muu tulisi toteuttamaan.

3.Henkilöiden pysyvyys

Aiemmin potilaan ja /tai perheen hoidossa mukana olleet työntekijät saattoivat osallistua perhetapaamisiin edelleen hoitopaikan vaihtuessa, uudella hoitajaksolla samassa hoitopaikassa tai pitkänkin ajan kuluttua satunnaisina osallistujina yksittäisessä perhetapaamisessa. Suurimmassa osassa perhetapaamisia oli mukana yksi tai useampia henkilöitä, jotka eivät kyseisellä hetkellä olleet hoitovastuussa tai olivat luopumassa siitä, mutta olivat aiemmin ja mahdollisesti myös eri hoitopaikassa olleet mukana potilaan hoitoprosessissa. Suhteellisesti eniten tätä tapahtui tapauksen 2 kohdalla, jossa ennen osastohoitoa jo oli ollut kriisikäyntejä yhdessä avohoidon yksikössä, ja kahden vuoden seurannan aikana hoitovastuu oli vuorotellen kolmella eri osastolla ja vielä kahdella eri avohoidon yksiköllä. Perhetapaamisiin osallistui myös työntekijöitä, jotka tulevaisuudessa esim. jatkohoitopaikassa tai työntekijän jäädessä lomalle ottaisivat mahdollisesti vastuuta potilaan tai perheen hoidosta. Jossain hoitoprosessin vaiheessa työntekijä saattoi olla entinen ja tuleva yhtä aikaa olematta kyseisellä hetkellä muodollisesti hoitovastuussa (esim. avohoidon työntekijä osallistui perhetapaamiseen sairaalahoidon aikana).

Esim. 9. Entisen työntekijän jatkaminen (tapaus 2, 190193, sk, ak, jh, ar). Perhetapaaminen osastolla, mukana 1) potilaan omahoitaja, 2) osastonlääkäri, joka potilaan hoitava lääkäri, 3)

osastonpsykologi, jonka rooli hoidossa avoin, 4) ja 5) kaksi osaston ulkopuolista henkilöä, joiden rooli avoin; mahdollisuutena perheterapeuttina tai työnohjaajana toimiminen tai ei lainkaan hoidossa mukana oleminen, sekä 6) avohoidon sairaanhoitaja, joka on tavannut perhettä aiemmin avohoidossa ja jonka rooli jatkossa on avoin.

Esim 10. Saman työryhmän jatkaminen, jatkohoidon työntekijän mukanaolo (tapaus 2, 200193, sk, ak, jh). Sama työryhmä kuin edellisessä esimerkissä tapaa perhettä seuraavana päivänä. Työryhmä pysyy yksittäisiä muiden läsnäoloja tai satunnaisia yhden jäsenen poissaoloja lukuun ottamatta samana viiden hengen ryhmänä koko ensimmäisen sairaalahoidon ajan seitsemässä tapaamisessa. Avohoidon sairaanhoitaja alkaa osallistua hoitoon potilaan sairaalassaoloaikanaan lähinnä sillä ajatuksella, että mahdollisesti jatkaisi osastohoidon jälkeen jossain roolissa potilaan tai perheen hoidossa. Tästä ei kuitenkaan missään vaiheessa selkeästi sovita eikä tämä myöskään toteudu (potilas muuttaa eri paikkakunnalle).

Esim. 11. Entisen ja tulevan työntekijän mukanaolo (tapaus 3, 010693, ak). Paria aiemmin useita kertoja tavannut sairaanhoitaja tapaa paria yhdessä saman avohoitotyöryhmän toisen sairaanhoitajan kanssa, joka on tavannut paria aiemmin vain kerran. Paria pitkään tavannut sairaanhoitaja on jäämässä lomalle ja jatkossa tapaamisessa mukana oleva toinen sairaanhoitaja jatkaa paritapaamisia.

Esim. 12. Saman työryhmän jatkaminen (tapaus 1, 230393). Tapaaminen jälkipoliklinisesti osastohoidon jälkeen, mukana osastonpsykologi ja toinen osastotyöryhmän ulkopuolinen psykologi. Potilas ei ole halunnut muuta jatkohoittoa eikä siirtymistä mielenterveystoimiston hoitoon. Sama kahden hengen työryhmä jatkaa hoitokontaktin tarjoamista ja palaa mukaan hoitovastuuseen koko hoitoprosessin ajan riippumatta siitä, onko osasto- vai avohoitovaihe.

Henkilöiden pysyvyyden kategoriaa edelleen sen ominaisuuksien kautta arvioitaessa tutkittiin aiemman osallistumisen intensiivisyyttä, aiemmasta osallistumisesta kulunutta aikaa ja todennäköistä osallistumista hoitoon jatkossa. Osoittautui, että yleensä pysyvyyttä edustivat työntekijät, jotka aiemmin olivat olleet mukana hoidossa hyvin intensiivisesti tai intensiivisesti. Aiemmasta osallistumisesta hoitoprosessiin oli saattanut kulua muutamista päivistä yli vuoteen. Useimmiten hoitoprosessissa aiemmin mukana ollut työntekijä osallistui perhetapaamiseen, vaikka oli täysin epävarmaa, osallistuisiko hän jatkossa enää millään tavoin hoitoprosessiin.

4. Arviointi

Erilaisia toteutettuja hoitomuotoja, kokemuksia niistä ja niiden vaikutuksia arvioitiin muutamissa perhetapaamisissa kaikkien kolmen tapauksen kohdalla. Tutkimusmateriaalin perusteella lääkehoidon arviointi on ollut keskeisintä, kun taas esim. perhetapaamisten merkitystä ei juurikaan arvioitu tapaamisissa. Hoitomuotojen arviointia tehtiin hoitoprosessien eri vaiheissa, ei esimerkiksi vain lopussa tai erityisessä muutosvaiheessa. Erilaisia tilanteita saatettiin arvioida muistellen niitä ja keskustellen siitä, miten eri työntekijät olivat tehneet erilaisia havaintoja.

Esim. 13. Hoitomuotojen arviointi (tapaus 1, 090393, sk, jh). Perhettä tapaavat kaksi psykologia, joista toinen osastonpsykologi ja toinen osaston ulkopuolinen tutkija-perheterapeutti. "Puhutaan tulotilanteesta...näyistä ja väsymyksestä ja hoidon vaikutuksista. Anja itse näkee hoidollisesti vaikuttavimpana tekijänä lepäämisen, rauhassa olon...Lääkityksen on kokenut vaikuttavan...Kuitenkin olisi toivonut, että olisi voinut yrittää ilman piikkejä."

Esim.14. Hoitomuotojen arviointi (tapaus 2, 270193, sk, jh). Perhettä tapaamassa kaksi osaston ulkopuolista perheterapeuttia, avohoidossa ja nyt osastolla perhettä tavannut sairaanhoitaja sekä osastonlääkäri, joka potilaan hoitava lääkäri. Tämä työryhmä yhdessä omanhoitajan kanssa vastaa perhetapaamisista, lisäksi satunnaisesti muita mukana. Tällä kerralla omahoitaja poissa ja mukana psykologiharjoittelija, joka alkaisi käydä yksilökeskusteluja potilaan kanssa. Puhutaan potilaan voinnista, "puheen olemisesta tyhjäkäynnillä" ja sen muuttumiseen liittyvistä tekijöistä. "...Kauko laskee kalenterista, että se loppui ennen lääkityksen aloittamista..."

Esim. 15. Hoitojärjestelyjen arviointi, oman toiminnan arviointi (tapaus 3, 011193, sk, ak, ar). Paritapaaminen avohoidossa seurannan ja hoitokokemusten arvioinnin merkeissä. Mukana avohoidon työntekijä, joka tavannut paria avohoidossa sekä osastolta entinen omahoitaja ja paritapaamisissa ja osastotilanteissa mukana ollut osastonpsykologi. Sairaalajaksosta kulunut puoli vuotta. "Keskustellaan sairastumisvaiheesta ja kokemuksista hoidosta." Keskustelussa työntekijät myös pohtivat, olisiko sairaalahoito ja pakkotoimet voitu välttää erilaisilla hoitojärjestelyillä.

Esim. 16. Oman toiminnan arviointi (tapaus 1, 181192, sk, jh, ar) Tapaamisessa mukana perhettä useasti tavanneet osastonpsykologi ja osaston työryhmän ulkopuolinen perheterapeutti. Sairaalahoito on päättymässä. "Myös henkilökunnan ja meidän ajattelee

painostavan uskosta luopumiseen." Tästä käydään omaa ja muun henkilökunnan toimintaa ja keskustelua arvioivaa keskustelua.

Arviointi-kategorian ominaisuuksia tutkittaessa huomioitiin arvioinnin monipuolisuus ja työryhmän vastuunotto hoidon kokonaisuudesta omasta roolista riippumatta. Arviointia tehtiin hyvin vaihtelevasti eri tapaamisissa, sen monipuolisuus myös vaihteli, ja työryhmä otti useimmiten vastuuta hoidon kokonaisuudesta ja arvioi sitä, vaikei olisi itse ollut varsinaisesti toteuttamassa kyseistä hoitoa.

Hoidon integraatioon liittyvät keskeiset ilmiöt

Neljän edellä mainitun kategorian lähempi tarkastelu myös niiden ominaisuuksien kautta jatkuvasti tutkimusmateriaalia vasten arvioituna johti kolmen perhetapaamisissa ilmenevän hoidon integraation toteutumiseen keskeisimmin liittyvän ilmiön hahmottamiseen. Nämä keskeiset ilmiöt olivat moniroolinen työryhmä, ajallinen liikkuvuus ja joustavuus. Nämä kaikki olivat työryhmän toimintaa kuvaavia ilmiöitä.

1. Moniroolinen työryhmä

Useiden eri rooleissa työskentelevien yhteistyö oli keskeinen hoidon integraation toteuttamismuoto, joka liittyi lähes aina muihin integraation muotoihin. Moniroolisen työryhmän käsitteen avulla voi kuvata sitä hoidon integraation toteuttamisessa ilmenevää keskeistä työotetta, että erilaisia hoidollisia toimia toteutetaan yhtä aikaa ja peräkkäin, niiden suhteen on tehty työnjakoa ja niitä toteuttavat työntekijät kokoontuvat yhteen yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa. Hoitokokous on käyttöön vakiintunut termi kuvaamaan näitä tapaamisia. Keskeistä ei ollut moniammatillinen työryhmä sinänsä, joskin työryhmät olivat useimmiten moniammatillisia, vaan nimenomaan se, mitä kukin henkilö tämän potilaan ja perheen hoidossa teki, mihin osallistui, mistä kantoi vastuuta. Näin esimerkiksi eri hoitomuodoista sopimista tai niistä keskustelua ei aina käyty avoimesti perhetapaamisessa, mutta perhetapaamiset ja niissä käyty keskustelu ja niistä nouseva ymmärrys siirtyi muihin tilanteisiin, jossa näitä päätöksiä tehtiin, koska samat henkilöt olivat niissä kummassakin mukana. Esim. (tapaus 2, 200193, sk, jh) hoitava lääkäri oli mukana perhetapaamisessa toisen kerran kahden päivän aikana, seuraavana päivänä teki M2-lausunnon, ja jatkoi yhtenä tiimin jäsenenä perhetapaamisissa koko

osastohoidon ajan. Tämä hoidollisilta rooleiltaan monipuolinen työryhmä perhetapaamisissa oli lähes säännönmukainen ilmiö kaikkien kolmen tapauksen kohdalla. Tällä tavoin mahdollistui luontevasti (ei esim. pelkästään kirjausten varassa) tiedon, kokemuksen ja hoidollisten näkemysten ja mielikuvien siirtyminen osaston arkipäiväisiin tilanteisiin ja muulle työryhmälle. Hoidollisilta rooleiltaan monipuolinen työryhmä voi kenties luoda mahdollisuuksia monenlaisen hoidollisen toiminnan suuntaan, mutta tämän tutkimuksen tuloksena saattoi havaita sen ainakin liittyvän ajallisen liikkuvuuden ja joustavuuden toteutumiseen hoitoprosessissa.

2. Ajallinen liikkuvuus

Toinen keskeinen ominaisuus perhetapaamisissa niiden integraatiofunktion kautta tarkasteltuna oli tapaamisiin kytketty ja niihin kytkeytyvä ajallisuus: menneen, nykyisen ja tulevaisuuden yhdistäminen. Tämä toteutui ensinnäkin konkreettisesti henkilöiden kulkemisena ajassa perheen kanssa eteenpäin, toiseksi yhteisen menneisyyden muisteluna ja rakentamisena ja menneisyyden arviointina hoidon suhteen, sekä kolmanneksi tulevaisuuden kuvitteluna ja ennakoimisena sekä tulevaisuudensuunnitelmina hoidon suhteen. Ajallinen liikkuvuus on osana kaikkia neljää aiemmin mainittua kategoriaa. Ensimmäisen ja kolmannen kategorian kohdalla ajallinen liikkuvuus toteutui työryhmän jäsenten konkreettisen läsnäolon ja mahdollisesti myös keskustelun kautta, toisen ja neljännen kategorian kohdalla ajallinen liikkuvuus toteutui keskustelun kautta.

Ensimmäisessä kategoriassa, useiden eri rooleissa toimivien yhteistyössä, ajallinen liikkuvuus liittyi osallistujien sitoutuneisuuteen potilaan ja perheen hoitoon. Usein etenkin alussa, mutta myös muissa hoitoprosessien vaiheissa, tapaamisissa oli mukana työntekijöitä, jotka mahdollisesti saattaisivat ottaa jatkossa jonkin roolin hoidossa. Näin potilaan ja perheen hoitoon ei-sitoutuneet työntekijät edustivat tulevaisuuden mahdollisuuksia. Työntekijät, jotka aiemmin olivat olleet jossakin roolissa hoidossa, mutta eivät enää olleet, edustivat puolestaan hoidon historiaa. Tämä oli keskeistä henkilöiden pysyvyys- kategoriassa. Menneisyyden näkökulman läsnäolo toi joskus mukanaan myös tulevaisuuden mahdollisuuksia. Esimerkiksi (tapaus 1, 021192, ak, jh) perhettä aiemmin intensiivisesti tavannut työpari tapasi perhettä sovitun pitkän tauon jälkeen seurantamielessä yhdessä yksilöterapeutin ja ulkopuolisen tutkijan kanssa. Suunnitelmana oli ollut harvajaksoisen yksilöterapian jatkaminen. Tapaamisessa perhe kertoi haluavansa uuden perhetapaamisajan puolen vuoden päähän näiden tuttujen työntekijöiden kanssa. Potilas lopetti turhina kokemansa yksilökäynnit. Puolen vuoden kuluttua perhetapaamisessa perhe kertoi havainnoistaan aiemminkin tapaamisissa keskeisinä olleista ilmiöistä perheessä, ja potilaan vointi oli vakaa. Näin työryhmän koostumus ja toiminta

edellisessä tapaamisessa loi perheelle mahdollisuuden jatkaa heille keskeisten asioiden työstämistä. Tämä mahdollisuus olisi mitä todennäköisimmin menetetty, mikäli entiset työntekijät eivät olisi järjestäneet seurantatapaamista, olleet siinä itse läsnä, keskustelleet perheen kanssa tutuista teemoista ja edustaneet mahdollisuutta työstää asioita pitkällä aikavälillä.

Kategoriat kaksi ja neljä, hoidosta sopiminen ja keskustelu sekä arviointi, sisälsivät myös ajallisen liikkuvuuden tason. Suunnitelmissa ja arvioinnissa liikuttiin tulevaisuudessa ja menneisyydessä, joihin potilaalla, perheellä ja eri työntekijöillä perhetapaamisissa oli hoidollisesta roolistaan riippuen erilainen kosketus.

3. Joustavuus

Perheterapiassa ilmenevä työryhmän toiminnan joustavuus sisälsi työntekijöiden asiantuntijuuden ja vastuunoton laajentamisen sekä toimimisen mahdollisuuksia kuulemalla ja luomalla: ei tehty vain välttämätöntä ja minimaalista, vaan varauduttiin, ennakoitiin, varmistettiin, joustettiin, ylitettiin rajoja. Toimittiin "siitä huolimatta" ja "riippumatta siitä". Joustavuus työryhmän työskentelyn piirteinä perheterapeuttisessa hoitoprosessissa tuli esiin kaikkien neljän kategorian kohdalla.

Useiden eri rooleissa työskentelevien yhteistyössä joustavuus näkyi työryhmien jatkuvana elävyytenä ja muutoksena osallistujien määrän, hoidollisten roolien määrän, hoidollisten roolien selkeyden, roolien erilaisuuden ja osallistujien sitoutuneisuuden suhteen. Hoidolliset roolit selkiytyivät kolmannella-neljännellä tapaamiskerralla, kunnes uusi hoitajakso tai muutos työryhmässä sai taas aikaan epäselvyyttä hoidollisista rooleista. Työryhmät ikään kuin pyrkivät selkeyden ja ennakoitavuuden suuntaan kokoonpanossaan ja rooleissaan, mutta myös poikkesivat tästä ottamalla hoitoprosessista ulkopuolisia työntekijöitä mukaan työnohjauksellisia tai tutkimuksellisia tarkoituksia varten tai mahdollistaakseen perheterapiaprosessissa esiin tulevan tiedon ja ymmärryksen siirtymisen potilaan tai perheen hoitoon muulla tavoin liittyville työntekijöille. Esimerkiksi (tapaus 2, 270193, sk, jh) perhetapaamisiin sitoutunut työryhmä otti yhteen tapaamiseen mukaan psykologian opiskelijan, jonka oli tarkoitus aloittaa yksilökeskustelut potilaan kanssa. Joustavuus näkyi useiden eri rooleissa työskentelevien yhteistyössä myös niin, että työntekijät ottivat perinteiseen ammattirooliinsa nähden poikkeavia rooleja perhetapaamisissa. Esimerkiksi (tapaus 2, 190193-040393, sk, jh) osastonlääkäri, jolla kyseisen osaston kulttuurissa oli yleensä varsin keskeinen, aktiivinen rooli, oli mukana perheterapiaprosessissa lähinnä kuuntelijana.

Hoidollisista toimista sopimista ja keskustelua tutkituissa perhetapaamisissa voi pitää

perhetapaamisissa oli ollut puhetta. Kumpikaan työparista ei ollut siinä hoitosuunnitelmakokouksessa, jossa tuleva yksilöterapeutti tapasi Anjan ensimmäistä kertaa, mutta puhelimesta toinen työparista ja tuleva yksilöterapeutti kävivät pitkän keskustelun. Yksilöhoitosuhteen aikana, ja myös kun yksilöterapian jatkuminen on epäselvää, perhetapaamisista vastaava työpari ja yksilöterapeutti tapasivat perhettä yhdessä. Tapaamisissa käytiin arvioivaa keskustelua, puhuttiin hoidosta ja palattiin aiempiin keskusteluteemoihin. Hoidollisesta vastuusta ulkopuolisia henkilöitä oli perhetapaamisissa mukana työnohjauksellisissa ja tutkimuksellisissa rooleissa työparin pyynnöstä useasti. Kuitenkin vastuu hoitoprosessista muuttuvissa tilanteissa oli samalla työparilla, joka tähän liittyen otti ajoittain vastuuta yli oman roolinsa.

Tapaus 2. Kaukon perhetapaamisissa oli heti alusta asti poikkeuksellisen suuri ja erittäin monipuolinen työryhmä, jossa oli sekä aiemmin perhettä tavannut avohoidon työntekijä, Kaukon hoidossa osastolla eri rooleissa olevia henkilöitä että osastotyöryhmän ulkopuolisia perheterapeutteja. Perhetapaamisissa ei juurikaan tehty sopimuksia tai suunnitelmia eri hoitomuodoista, mutta osa tapaamisissa läsnä olleista työryhmän jäsenistä piti erikseen hoitosuunnitelmakokouksia tätä varten yhdessä Kaukon kanssa. Näissä perhe ei ollut mukana. Kaikki perhetapaamisiin osallistuneet työskentelivät sitoutuneina senhetkiseen perheterapiaan, vaikka hoidon järjestyminen jatkossa oli Kaukon paikkakunnanvaihdosten vuoksi epävarmaa, eikä esim. avohoidon työntekijän roolia jatkossa voitu tietää. Näitä tapaamisia oli yhdeksän kolmen kuukauden sairaalahoidon aikana. Osastohoidon päättymisen jälkeen Kauko muutti pois äidin luota. Perhetapaamisia ei jatkettu, vaan Kaukon hoito jatkui yksilöhoidon yrityksenä täysin uuden avohoidon työntekijän kanssa, johon perhetapaamisissa vain vähän ollut työntekijä oli puhelinyhteydessä.

Muutaman kuukauden kuluttua Kauko toimitettiin uudelleen sairaalaan. Aluksi osa aiemmin perhetapaamisissa olleesta työryhmästä otti hoitovastuun ja tapasi myös perhettä, mutta jäi pian pois Kaukon hoidosta osastosiirron myötä. Kaukon hoito jatkui kahdella kuntoutusosastolla yhteensä kymmenen kuukautta. Hoitosuunnitelmaneuvoittelut ilman perhettä muodostivat tässä vaiheessa keskeisen foorumin hoidon integraatiolle uudella osastolla, ja omaiset alkoivat käydä omaistenryhmässä. Perhetapaamisia pidettiin enää harvoin: Kaukon hoidosta kulloinkin tästä eteenpäin vastanneet eri työryhmät järjestivät perhetapaamisia vielä kahdesti ja lisäksi osa vanhasta alkuperäisestä työryhmästä otti tehtäväkseen järjestää kaksi perhetapaamista yhdessä sillä hetkellä hoitovastuussa olleiden työryhmien kanssa. Näiden tapaamisten keskeinen sisältö oli hoidon alkuvaiheessa esillä olleiden teemojen muistelu ja tarkastelu.

Tapaus 3. Mirjan ensimmäisellä kahden viikon hoitajaksolla sairaalassa pidettiin neljä paritapaamisista, joissa oli mukana paria avohoidossa tavannut työntekijä, Mirjan omahoitaja ja 1-2 muuta Mirjan hoidossa eri rooleissa ollutta työntekijää. Perhetapaamisissa myös sovittiin hoitoon liittyvistä asioista ilman erillisiä hoitosuunnitelmakokouksia ja lääkärin läsnäoloa. Osastohoidon jatkoksi suunniteltiin jälkipolikliiniset yksilökäynnit ja lisäksi parikäynnit avohoidon toimipisteessä, josta työntekijä oli ollut mukana osastohoidon aikana toteutetuissa tapaamisissa. Paritapaamisissa mukana olleeseen omaan hoitajaan Mirja piti yhteyttä jonkin aikaa lähinnä puhelimitse, ja parikäynnit jatkuivat reilun kuukauden avohoidossa. Erilaisten lomien vuoksi avohoidon työryhmä liu'utti paritapaamisia eteenpäin siten että tapaamisissa oli mukana ainakin yksi entuudestaan tuttu työntekijä. Työryhmä järjesti myös paritapaamisen, jossa mukana oli koko työryhmä ja lisäksi hoitovastuusta ulkopuolinen työnohjaaja. Näin ei syntynyt äkillisiä työntekijävaihdoksia. Lääkehoito oli usein esillä tapaamisissa eikä erillisiä käyntejä lääkärillä ollut. Sairaalassa paria tavanneesta työryhmästä osa järjesti yhteisen tapaamisen avohoidossa pariskuntaa tavanneen kanssa seurantatapaamisen nimellä, kun sovittu avohoito oli jo loppunut. Tässä arvioitiin menneitä hoitokokemuksia ja ennakoitiin tulevia tilanteita.

Toinen hoitajakso alkoi lähes kahden vuoden kuluttua ensimmäisestä. Mirja oli ollut uneton ja pelokas ja hakeutui puolison kanssa samaan avohoidon toimipisteeseen, jossa aiemmin olivat käyneet. Mirja toivoi itse sairaalahoitoa. Kahden viikon hoitoaikana, joka toteutui eri osastolla kuin aiemmin, edellisellä sairaalahoitajaksolla paritapaamisissa mukana ollut työryhmä järjesti yhden paritapaamisen. Tässä oli mukana myös senhetkinen uusi omahoitaja. Osastohoidon jälkeen avohoidossa jatkoivat paritapaamisia osin entuudestaan mukana olleet avohoidon työntekijät.

POHDINTA

Tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena oli tarkastella, onko perheterapeuttisella hoitoprosessilla hoidon integraatiota tukeva merkitys. Osoittautui, että ensi kertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden hoitoprosesseissa hoidon integraatio voi toteutua monipuolisesti juuri perhetapaamisissa ja niiden avulla. Toisena tavoitteena oli etsiä tarpeenmukaisen hoidon periaatteita tarkentavia malleja siihen, miten hoidon integraatiota voi edistää hoitoprosessissa. Hoidon integraatio hahmottui neljän kategorian kautta, joita olivat 1) useiden eri rooleissa työskentelevien yhteistyö, 2) hoidosta keskustelu ja sopiminen, 3) henkilöiden pysyvyys ja 4) arviointi. Keskeisiksi ilmiöiksi hoidon integraation toteutumisessa osoittautuivat moniroolisenä työryhmänä työskentely, ajallinen liikkuvuus ja työskentelytapaa leimaava joustavuus, jotka kaikki kuvasivat työryhmää ja sen toimintatapaa hoitoprosessissa. Näiden kolmen ilmiön kautta tarpeenmukaisen hoidon periaatteita tarkentavien mallien hahmottaminen on mahdollista.

Moniroolisenä työryhmänä työskentely tarkoittaa tarpeenmukaisen hoitomallin (Alanen & al, 1991) suosittelman moniammatillisena työryhmänä työskentelyn ajatusta. *Moniammatillisuus* sinänsä ei vielä takaa hoidon integraatiota, vaikkakin tuokin erilaisia näkökulmia keskusteluun ja eri hoitomuotojen integraation mahdollisuutta hoitoprosessiin. Moniammatillisen työryhmän jäsenillä on potilaasta ja perheestä erilaisia teorioita, ja erilaisten ja eri kohteeseen suuntautuvien selitysten integraatio mahdollistuu (Seikkula, 1994). *Moniroolisen* työryhmän jäsenillä on (mahdollisesti erilaisten teorioiden lisäksi) erilaisia henkilökohtaisia kokemuksia potilaan ja perheen kanssa työskentelystä ja vuorovaikutuksesta, ja nämä kokemukset tuovat olennaisen lisän yhteiseen tapaamiseen ja keskusteluun. Tapaamisen jälkeenkin siitä noussut tieto, mahdollisesti tapaamisessa syntynyt yhteisesti jaettu hoidollinen mielikuva ja kokemus vuorovaikutustilanteesta siirtyvät suoraan muihin tilanteisiin, tapaamiseen osallistuneiden hoitavien henkilöiden mukana. Esimerkiksi sairaalaosastolla perhetapaamiset ovat luonnollinen foorumi hoidon integraatiolle, kun tapaamiseen osallistuu potilaan hoidossa erilaisissa rooleissa olevia henkilöitä eivätkä perhetapaamiset ole muusta hoidosta irrallista, tiettyjen vain siihen erikoistuneiden työntekijöiden toteuttamia perheterapiaistuntoja. Näin esimerkiksi osaston

arkipäivän tilanteet integroituvat perheterapiaan ja päinvastoin: perhetapaamisten tietoa, mielikuva ja kokemuksia on mahdollista integroida arkisiin kohtaamisiin potilaan kanssa. Moniammatillisuudesta toki on etuja työryhmälle, ja usein monirooliset työryhmät ovat myös moniammatillisia. Kuitenkin myös saman ammattikunnan edustajat voivat ottaa hoitoprosessissa hyvin erilaisia rooleja ja kokonaisvastuuta. Erityisesti työryhmän toimintaa leimaava joustavuus mahdollistaa tiukoista ammattirooleista irtaantumisen ja laaja-alaisen vastuunoton, ja näin hoidon integraatio voi toteutua hyvin.

Ajallinen liikkuvuus myös tarkentaa hoidon jatkuvuuden periaatetta. Jatkuvuutta korostetaan vaikeiden psyykkisten häiriöiden hoidossa erilaisista teoreettisista lähtökohdista ja erilaisissa käytännön sovellutuksissa, esim. case-management- tyyppisessä hoidossa (Baschrach, 1992) ja tarpeenmukaisen hoidon mallissa (Lehtinen, 1993). Näistä edellisessä hoidon jatkuvuus tarkoittaa hoitavan henkilön/henkilöiden pysymistä samana ja tämän lisäksi tai sen sijasta ainakin hoitoa ohjaavan mielikuvan säilymistä, psykologista jatkuvuutta. Hoidon integraatioon liittyvä ajallinen liikkuvuus sisältää nämä jatkuvuuden elementit, mutta lisäksi myös näkökulman tulevaisuuteen sen suunnitteluna ja ennakoimisena kuvitteellisesti ja konkreettisesti (hoitomuotoihin ja hoitaviin henkilöihin liittyvää ennakointia). Ajalliseen liikkuvuuteen sisältyy myös menneen arviointi, muistelu ja hoitavien henkilöiden palaaminen tilapäisesti hoitoprosessiin pitkänkin ajan kuluttua. Tällainen toimintatapa voi paitsi liittyä hoidon integraatioon ja edistää sitä, myös muulla tavoin auttaa terapeuttisten tavoitteiden saavuttamisessa. Narratiivisesta lähestymistavasta katsoen akuutissa psykoosissa henkilön elämänsä varrella vuorovaikutussuhteidensa kautta luoma kertomus itsestään on romahtanut tai ei ole kyllin koherentti (Holma & Aaltonen, 1995). Näin psykoottisessa kriisissä perheen ja potilaan kokemus itsestään on saattanut pysähtyä, kiinnittyä vain nykyhetkeen, jatkuvuuden ja pysyvyyden kokemukset on menetetty. Perhetapaamisten yhtenä terapeuttisena tavoitteena voi nähdä sosiaalisesti konstruoidun identiteettikertomuksen luomisen ja vahvistamisen, jossa ajallisuus on yhtenä elementtinä (Holma & Aaltonen, 1998). Työryhmän työtä kuvaavana ja tämän tutkimuksen mukaan hoidon integraatioon liittyvänä ilmiönä ajallinen liikkuvuus voi mahdollisesti myös auttaa psykoottista potilasta luomaan sosiaalisesti konstruotua ajassa liikkuvaa identiteettikertomusta ja kokemaan pysyvyyttä ja jatkuvuutta.

Ajallinen liikkuvuus on joiltain osin jo lähellä kolmatta hoidon integraation toteutumiseen liittyvää ilmiötä eli joustavuutta. Joustavuus mainitaan tarpeenmukaisen hoidon keskeisissä periaatteissa. Joustavuus nähdään (yksilöllisyyden ohella) keinoksi vastata potilaan ja perheen todettuihin ja muuttuviin hoidollisiin tarpeisiin (Alanen & al., 1991). Joustavuus työryhmän toimintaa laajasti kuvaavana toimintatyylinä on tämän tutkimuksen perusteella myös yhteydessä hoidon integraation toteutumiseen. Ajallinen liikkuvuus, kuten erityisesti myös joustavuus, kuvaa työryhmän toiminnan väljyyttä, luovuutta ja innovatiivisuutta. Joustavuus tässä yhteydessä

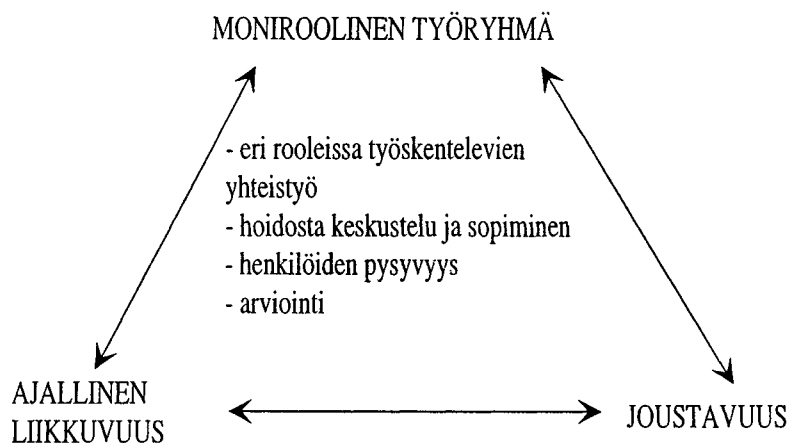
muistuttaa Winnicottin käsitettä potentiaalinen tila, potential space (Winnicott, 1971), ja siinä toimimista. Potentiaalisella tilalla Winnicott tarkoittaa pohjimmiltaan äidin ja lapsen välisessä vuorovaikutuksessa lapsen eriytyessä äidistä suotuisissa olosuhteissa syntyvää hypoteettista tilaa, joka on olemassa (mutta ei ole olemassa) vauvan ja objektin välillä, kun vauva ei enää ole sulautuneena objektiin. Hoitavan henkilön turvallisuus ja luotettavuus mahdollistavat lapsen kokemuksen, että on mahdollista siirtyä riippuvuudesta autonomiaan. Potentiaalinen tila mahdollistaa kokemuksen, että voi liittyä ja irtaantua toisesta. Potentiaalinen tila on Winnicottin mukaan se positio, jossa tapahtuu luova leikki ja kulttuuriset kokemukset ja se voi kehittyä äidin ja vauvan, lapsen ja perheen, yksilön ja yhteisön tai maailman välille. Erityisiä potentiaalisen tilan muotoja ovat leikki, transitionaaliobjektit ja ilmiöt, analyttinen tila, kulttuurin kokemuksen tila ja luovuus (Ogden, 1985). Potentiaalisessa tilassa sekä perheenjäsenet ja työryhmän jäsenet voivat turvallisesti kokea olevansa samaa ja olevansa erillisiä kuin toiset. Tässä on myös empatian mahdollisuus. Aaltonen, Vartiainen, Kalliokoski ja Riikonen (1994) näkevät potentiaalisen tilan luomisen psykoosityöryhmän ja perheen välille edellytyksenä sille, että perhe voi alkaa kokea aikaa ja historiallisuutta, ja että uusien, koherentimpien ja vähemmän ongelman kyllästyvien kertomusten luominen mahdollistuu. Tässä tutkimuksessa työryhmän toiminnan joustavuus voi kuvastaa työryhmän kykyä ja mahdollisuutta luoda potentiaalista tilaa ja toimia siinä paitsi suhteessa perheisiin, myös suhteessa hoito-organisaatioon. Tarkka hierarkia ja tiukat roolit, ennalta sovitut toimintatavat ja jäykkä suunnitelmallisuus, jota sairaalakulttuuri ja esimerkiksi eri organisaatioiden keskinäinen kiista hoidon kustannuksista synnyttävät, rajoittavat potentiaalisen tilan luomista ja joustavaa toimintaa.

Työryhmän toiminnan joustavuutta voi tarkastella myös sosiaalipsykologisesta näkökulmasta. Joustavuus työryhmää kuvaavana käsitteenä sisältää ajatuksen työryhmän luovuudesta ja kekseliäisyydestä erilaisten toimintatapojen suhteen. Michael West (1990) on tutkinut työryhmien luovuutta ja innovatiivisuutta ja esittää neljä taustatekijää työryhmän innovatiivisuudelle: vision, erinomaisuuden ilmapiirin, osallistujien turvallisuuden ja normit. West korostaa ryhmän turvallisuuden merkitystä ryhmän vuorovaikutuksen ja informaation jakamisen edistäjänä ja siten innovaatioiden määrän kasvua lisäävänä tekijänä. Turvallisuutta kuvatessaan West viittaa psykoterapiakontekstiin, jossa turvallisessa, ei-tuomitsevassa ja tukevassa ilmapiirissä potilaat voivat vapaimmin tutkia uhkaavampiakin asioita itsessään. Tällainen ilmapiiri työyhteisössä edistää ideointia ja niiden esittämistä. West ei viittaa Winnicottiin, mutta Westin esittämä turvallisuus innovatiivisen työryhmätyön edellytyksenä kuvaa ilmeisesti pitkälti samaa, mitä Winnicottin potentiaalinen tila.

Edellä kuvatut kolme hoidon integraation keskeistä ilmiötä tukevat toinen toistensa toteuttumista. Moniroolisena työryhmänä työskentely on konkreettinen toimintatapa, joka luo edellytyksiä hoidon integraation monipuolisille toteutumismahdollisuuksille. Ajallinen

liikkuvuus mahdollistuu helpommin moniroolisenä työryhmänä toimimisen kautta ja toisaalta ajallinen liikkuvuus takaa moniroolisuuden yhden ulottuvuuden työryhmätyöskentelyssä (entiset, nykyiset ja tulevat työntekijät). Moniroolinen työryhmä voi helpottaa joustavaa toimintaa hoitoprosessissa (työryhmän moniroolisuus luo mahdollisuuksia spontaaneille ratkaisuille) ja toisaalta joustavuus on yksi moniroolisenä työryhmänä toimimisen mahdollistaja (työntekijät eivät pitäydy aina samoissa tiukoissa hoidollisissa rooleissa). Ajallinen liikkuvuus ja joustavuus myös kytkeytyvät toisiinsa: joustavuus mahdollistaa ajallisen liikkuvuuden monipuolisuuden ja ajallinen liikkuvuus puolestaan voi edesauttaa joustavuutta. Näin hoidon integraation toteuttamisen keskeiset ilmiöt kytkeytyvät toisiinsa toinen toisiaan mahdollistaen ja luovat ikään kuin kehyksen, jossa hoidon integraation eri muodot toteutuvat (kuva 2).

Kuva 2. Hoidon integraation toteutuminen akuutin psykoosin perhekeskeisessä hoitoprosessissa



Kiinnostavaksi kysymykseksi jää, miten hoidon integraatio toteutuu niissä hoitoprosesseissa, joissa ei ole perheterapiaa tai sitä on vähän. Onko jotain tämän tutkimuksen havainnoista työryhmän työskentelystä siirrettävissä hoitoprosesseihin, joissa perheterapia ei ole keskeisessä asemassa? Käytännön kokemuksen pohjalta voi arvioida, että potilaan kanssa pidettävät säännölliset hoitokokoukset voivat olla pitkälti samanlaisia foorumeja hoidon integraatiolle kuin perhetapaamiset näiden kolmen tapausten kohdalla. Tämän tutkimuksen perusteella ei täsmällisesti voi sanoa, miten perheen mukanaolo vaikutti hoidon integraation toteutumiseen ja miten se olisi toteutunut ilman perhetapaamisia vain potilaan kanssa pidetyissä hoitokokouksissa. Viitteitä siihen, että perheenjäsenet edistivät ja virittivät työryhmän ajallista liikkuvuutta, kuitenkin oli havaittavissa. Esimerkiksi perhe saattoi ottaa yhteyttä entiseen,

tuttuun hoitajaan tapaamisen järjestämiseksi ja tuoda tapaamisessa esiin menneisyyteen ja tulevaisuuteen liittyviä teemoja, joihin työryhmän oli helppo tarttua. Työryhmän kokemuksena myös usein on, että perhekeskeisiä hoitoprosesseja ei noin vain voi siirtää muiden vastuulle: niihin liittyy niin paljon vaikeasti kielellisesti ilmaistavaa ja ei-kielellisiä yhteistyösuhteeseen liittyviä ilmiöitä, että työryhmät ovat taipuvaisia liikkumaan enemmän ajassa ja paikassa perheen mukana kuin vain yksittäistä potilasta hoidettaessa. Voi myös olettaa, että joustavuus työryhmän toimintaa kuvaavana piirteenä voi helpommin viritä ja toteutua perheiden kanssa työskenneltäessä kuin yksilökeskeisessä hoitoprosessissa. Perheen mukanaolo tuo enemmän ja erilaisia kysymyksiä, yllätyksiä ja mahdollisuuksia hoitoprosessiin ja siten houkuttelee työryhmää joustavuuteen, joka etenkin laitoskeskeisessä ja potilaan tahdosta riippumattomassa hoidossa saattaa latistua erilaisten kaavamaisten toimintatapojen alle.

Perheterapeuttista hoitoprosessia tarkasteltiin tässä tutkimuksessa jälkikäteen, kirjallisen materiaalin avulla. Olennainen osa aineistosta oli sairauskertomuksia, joita voi pitää luonnollisena lähdeaineistona ja siten ihanteellisena laadulliselle tutkimukselle (Alasuutari, 1993). Vaikka sairauskertomuksiin tehdyt kirjaukset olivat perhetapaamisten osalta usein harvinaisen seikkaperäisiä, olivat ne joskus niukkoja hoidon integraatioon liittyvän keskustelun osalta. Ääninauhojen käyttämisen mahdollisuus olisi tarjonnut tilaisuuden elävempien ja kuvaavampien esimerkkien esittämiseen ja mahdollisesti tuonut vielä uudenlaista materiaalia ja uusia käsitteitä analyysia varten. Tavoitteena ei nyt voinut olla kattavan kuvan saaminen kustakin tapauksesta, vaan ylipäätään löytää hoidon integraatiopyrkimyksiä, hoidon integraation muotoja ja siihen liittyviä ilmiöitä. Kahdeksaatoista löydettyä ja nimettyä integraatiopyrkimystä saattoi esiintyä tapaamisissa useamminkin kuin nyt käytetyn tutkimusmateriaalin perusteella luotettavasti saattoi havaita. Etenkin hoidosta sopimista ja keskustelua sekä arviointia sisältyi tapaamisiin varmasti enemmän kuin kirjauksista näkyi.

Tutkimusmenetelmän luotettavuuden voi joskus kyseenalaistaa sillä perusteella, että tutkija on tarkastellut omaa ja läheisten työtovereidensa työtä. Tämän tutkimuksen osalta tutkimusidea hahmottui ja aineiston analysointi alkoi vasta pari vuotta viimeisistä hoidollisista yhteydenotoista, joten omaa toimintaa tarkasteltaessa oli jo ajallista välimatkaa tapahtumiin. Oman työn ja oman työryhmän työn tutkiminen voi nähdäkseni lisätä tarkkaa pitäytymistä tutkimusmateriaalissa ja kriittisyyttä johtopäätöksissä. Analyysiprosessin luotettavuutta lisäsi myös se, ettei kyseessä ollut toimintatapojen arvosteleminen, vaan hoitoprosessin ilmiöiden etsiminen. Tässä tutkimusprosessissa sinänsä tutut hoitoprosessin ilmiöt vuoroin hämärtyivät, vuoroin tarkentuivat.

Tutkimuksessa tarkasteltiin kolmen akuutisti psykoottisen, ensimmäistä kertaa sairaalahoitoon tulevan potilaan perhekeskeistä hoitoprosessia kahden vuoden ajalta. Potilaat olivat olleet mukana seurantatutkimuksessa, jossa eri hoitomuotojen vertailussa perheterapian todettiin

olevan tuloksellisinta (Rasinkangas & al., 1997). Seurantatutkimuksesta valittiin tapaukset tähän tutkimukseen sillä perusteella, että hoitoprosessiin oli sisällynyt erityisen paljon perheterapiaa. Potilaat, joiden hoitoprosessit valittiin tutkimustapauksiksi, edustivat joiltain osin koko aineistoa. Kuitenkin kolmesta potilaasta kaksi oli keski-ikäisiä, vakiintuneessa parisuhteessa elävää naista ja vain yksi perheetön nuorehko mies, joita kuitenkin koko aineistossa oli suhteellisesti enemmän. Kaikkien kolmen potilaan ennakoiva elämänote oli ollut hyvä tai melko hyvä. Näillä seikoilla, kuten myös perheen psyykkisellä toimintakykyisyydellä ja yhteistyösuhteen muodostumisella on voinut olla vaikutuksensa siihen, että perheterapiakontakti oli ollut pidempi kuin muilla seurantatutkimuksen potilailla. Ainakin hyvällä elämänotteella ennen psykoosia oli merkitystä myös hoidon tuloksellisuudelle. Myös hoidon integraation onnistuminen voi olla akuutin psykoosin hoidon tuloksellisuuden kannalta olennaisen tärkeää. Tällä tutkimuksella ei sitä kuitenkaan pystytty eikä pyrittykään osoittamaan. Tässä tarkasteltiin hoidon integraation toteutumista kolmessa perheterapeuttisessa hoitoprosessissa. Tämän tutkimuksen tulokset, kuten tapaustutkimuksen tulokset yleensäkin, perustuvat analyyttiselle yleistettävyydelle (Yin, 1994), joka tässä tapauksessa tarkoittaa hoidon integraation teoreettista tarkastelua. Akuutin psykoosin hoitoa ja hoidon tuloksellisuutta arvioitaessa olisi jatkossa syytä paitsi arvioida yksittäisiä hoitomuotoja, myös hoidon integraatiota hoitoprosessissa mahdollisena tuloksellisuutteen vaikuttavana tekijänä.

Moniroolisuus, ajallinen liikkuvuus ja toiminnan joustavuus ovat tämän tutkimuksen mukaan keskeisiä hoidon integraatioon liittyviä ilmiöitä työryhmän toiminnassa tarpeenmukaista hoitomallia sovellettaessa. Näitä työryhmän ominaisuuksia, toimintatapoja, voi pitää hoidon integraation mahdollistajina. Integroidun hoidon kehittämisessä keskeiseksi haasteeksi nousee se, miten psykiatrinen hoitojärjestelmä, organisaatio ja johto sekä työryhmät itse voivat tukea niitä edellytyksiä, joissa hoidon integraatioon liittyvät ja sitä mahdollistavat työryhmän ominaisuudet ja toimintatavat voisivat optimaalisesti toteutua sekä yksilö- että työryhmätasolla. Varsinkin toiminnan joustavuuden osalta tämä tarkoittaisi turvallista työskentelyilmapiiriä, eräänlaisen potentiaalisen tilan luomista työryhmään sekä työryhmän ja muun organisaation välille. Käytännössä tämä tarkoittaisi esimerkiksi vastuun antamista ja vastuunottoa, riittäviä henkilöstöresursseja ja vapaata yhteistyömahdollisuutta yli organisaatorajojen.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. & Rökköläinen, V. (1994) The shared image guiding the treatment process: A precondition for integration of the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (supp. 23), 97-102.
- Aaltonen, J., Vartiainen, A., Kalliokoski, M-L. Riikonen, T. (1994) Team Treatment in Acute Psychosis. *Journal of Family Psychotherapy*, 5, 77-95.
- Alanen, Y. (1993) Skitsofrenia, syyt ja tarpeenmukainen hoito. Juva: WSOY.
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rökköläinen, V. & Aaltonen, J. (1991) Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-72.
- Alanen, Y. O., Rökköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R. & Kaljonen, A. (1986) Towards need-specific treatment of schizophrenic psychosis. Berlin: Springer.
- Alasuutari, P. (1993) Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Albeniz, A. & Holmes, J. (1996) Psychotherapy integration: Its implications for psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 169, 563-570.
- Bachrach, L. L. (1992) Case management revisited. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 209-210.
- Bachrach, L.L. (1993) Continuity of care and approaches to case-management for long-term mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 465-468.
- Ciampi, L. (1991) Affects as central organizing and integrating factors: a new psychosocial/biological model of the psyche. *British Journal of Psychiatry*, 159, 97-105.
- Cullberg, J., Levander, S. & Stefansson, G. (1997) The parachute project - need-adapted treatment for first episode psychosis. A Swedish multicenter care development and research project. Abstrakti kongressiesitelmästä.

De Francisci, M, & Lieberman, H J. (1996) Reinventing the primary therapist model: An integrative approach to treatment and rehabilitation. *Psychotherapy*, 33, 85-92.

Frank, A. F. & Gunderson. J. G. (1990) The role of therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.

Glaeser, B. (1978) *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaeser, B. & Strauss, A. (1967) *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

Haarakangas, K. (1997) Hoitokokouksen äänet. Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokoukseskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130. Jyväskylä.

Holma, J. & Aaltonen, J. (1995) The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 17: 307-316.

Holma, J. & Aaltonen, J. (1997) The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19, 463-477.

Holma, J. & Aaltonen, J. (1998) The experience of time in acute psychosis and schizophrenia. *Contemporary Family Therapy*, (painossa).

Jackson, M. & Williams, P. (1994) *Unimaginable storms. A search for meaning in psychosis*. London: Karnac Books.

Johansson, A. (1985) Skitsofrenian analyttisen psykoterapian ongelma. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 53. Turku.

Johnson, S. (1997) Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: a case for specialist services. *British Journal of Psychiatry*, 171, 205-208.

Kanter, J. (1989). Clinical case-management: definition, principles and components. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 361-368.

Keränen, J. (1993) Avohoitoon ja sairaalahoitoon valikoituminen perhekeskeisessä

psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 93. Jyväskylä.

Kvale, S. (1989) To validate is to question. Teoksessa S. Kvale (toim.) Issues of validity in qualitative research (s. 73-92). Lund: Studentlitteratur.

Lehtinen, K. (1993a) Family therapy and schizophrenia in public mental health care. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D, osa 106.

Lehtinen, K. (1993b) Need-adapted treatment of schizophrenia: A five-year follow-up study from the Turku-project. Acta Psychiatrica Scandinavica, 87, 96-101.

Lehtinen, K. (1994) Need-adapted treatment of schizophrenia: Family interventions. British Journal of Psychiatry, 164 (suppl.23), 89-96.

Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rökköläinen, V., Syvälahti, E. & Vuorio, K. (1996) Integrated treatment model for first-contact patients with a schizophrenia-type psychosis: The Finnish API-project. Nordic Journal of Psychiatry, 50, 281-287.

Leppänen, T. & Romppainen, K. (1995) Työryhmän toiminta akuutin psykoosin hoitoprosessissa ja viidessä hoitoyhteisössä. Pro gradu tutkielma. Psykologian laitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Lääkintöhallitus (1987) Skitsofreniaan sairastuneiden hoito ja kuntoutus - hoitomalli. Lääkintöhallituksen julkaisuja nro 103. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

McGlashan, T. H. & Johannessen, J. O. (1996) Early detection and intervention with schizophrenia: Rationale. Schizophrenia Bulletin, 22, 201-222.

McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M. & Jackson, H. J (1996) EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. Schizophrenia Bulletin, 22, 305-326.

Munoz, M. R., Birnbaum, A. & Wyzik, P. F. (1993) An integrative ideology to guide community-based multidisciplinary care of severely mentally ill patients. Hospital and Community Psychiatry, 44, 551-555.

- Norcross, J. C. & Newman, C. F. (1992) Psychotherapy integration: Setting the context. Teoksessa: J. C. Norcross & C. F. Newman (toim.). Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic Books.
- Ogden, T. H. (1985) On potential space. *International Journal of Psycho-Analysis*, 66, 129-141.
- Pandit, N. R. (1996) The creation of theory: A recent application of the grounded theory method. *The Qualitative Report*, 4.
- Pao P-N. (1979) Schizophrenic Disorders. Theory and Treatment from a Psychodynamic Point of View. New York: International University Press.
- Penn, D. L. & Mueser, K. T. (1996) Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.
- Perris, C. (1992) Integrating Psychotherapeutic strategies in the treatment of young severely disturbed patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 6, 205-219.
- Rasinkangas, A., Holma J. & Aaltonen, J. (1997) Akuutin psykoosin integroitu hoito -projekti Kangasvuoren sairaalassa: Tutkimus- ja kehittämistulokset kahden vuoden seuranta-aikana. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisu 66/1997.
- Räkköläinen, V., Lehtinen, K. & Alanen, Y. O. (1991) Need-adapted treatment of schizophrenic process: The essential role of family-centered therapy meetings. *Contemporary Family Therapy*, 16, 573-582.
- Salokangas, R. (1977) Skitsofreniaan sairastuneiden psykososiaalinen kehitys. Kansaneläkelaitoksen julkaisu AL:7. Turku.
- Salokangas, R. (1985) Skitsofrenian hoito ja ennuste. Jälkitutkimus psykoterapeuttista yhteisöhoitoa saaneiden skitsofreniapotilaiden psykososiaalisesta ennusteesta. Tampere: Kansanterveystieteen laitokset.
- Seikkula, J. (1991) Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 80. Jyväskylä.

- Seikkula, J. (1994) Sosiaaliset verkostot. Auttajan voimavara kriiseissä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990) Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. London: Sage.
- Syvälähti, E. & Hietala, J. (1996) Skitsofrenia aivojen sairautena. Suomen Lääkärilehti, 51, 1047-1050.
- Tuori, T. (1987) Naimisissa olevien skitsofreniapotilaiden systeeminen perheterapia. Turun yliopiston julkaisuja C: 62.
- West, M. A. (1990) The social psychology of innovation in groups. Teoksessa West, M. A. & Farr, J. L. (eds) Innovation and Creativity at Work. Psychological and Organizational Strategies. England: Wiley.
- Winnicott, D. W. (1982) Playing and reality. New York: Penguin Books.
- Vuorio, K. A., Rökköläinen, V., Syvälahti, E., Hietala, J., Aaltonen, J., Katajamäki, J. & Lehtinen, V. (1993) Akuutin psykoosin integroitu hoito I. Alustavia havaintoja skitsofreniaryhmän psykoosien hoidosta ilman neuroleptilääkitystä Kupittaa sairaalassa 1989-92. Suomen Lääkärilehti, 48: 466-471.
- Yin, R. K. (1994) Case study research: Design and methods. Beverly Hills: Sage.