

93

Jyrki Keränen

Avohoitoon ja sairaalahoitoon  
valikoituminen perhe-  
keskeisessä psykiatrisessa  
hoitojärjestelmässä

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1992

Jyrki Keränen

Avohoitoon ja sairaalahoitoon  
valikoituminen perhekeskeisessä  
psykiatrisessa hoitojärjestelmässä

Esitetään Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston Musica-salissa (M103)  
lokakuun 24. päivänä 1992 kello 12.

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO, JYVÄSKYLÄ 1992

Avohoitoon ja sairaalahoitoon  
valikoituminen perhekeskeisessä  
psykiatrisessa hoitojärjestelmässä

Jyrki Keränen

Avohoitoon ja sairaalahoitoon  
valikoituminen perhekeskeisessä  
psykiatrisessa hoitojärjestelmässä

URN:ISBN:978-951-39-9016-9  
ISBN 978-951-39-9016-9 (PDF)  
ISSN 0075-4625

Jyväskylän yliopisto, 2022

ISBN 951-680-886-7  
ISSN 0075-4625

Copyright © 1992, by Jyrki Keränen  
and University of Jyväskylä

Jyväskylän yliopiston monistuskeskus  
and Sisäsuomi Oy, Jyväskylä 1992

# ABSTRACT

Keränen, Jyrki

The Choice between Outpatient and Inpatient Treatment in a Family Centred Psychiatric Treatment System.

Jyväskylä, University of Jyväskylä, 1992. 194 p.

(Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, ISSN 0075-4625;93).

ISBN 951-680-886-7

Summary

Diss.

70 patient referred to hospital were analyzed in order to study the new kind of admission system developed at Keroputas hospital. The decision on admission was made at an admission meeting, where the patient, the family members, the polyclinic team and a representative of the potential hospital ward were present. The treatment decision is produced as a result of an open discussion between the participants. The methods included a psychiatric interview at which the ICD-87 diagnosis was defined, BPRS-, HAMD-, MADRS- and Strauss-Carpenter-ratings, the psychological testing, family rating with Olson's Clinical Rating Scale (CRS), rating of the behaviour of the admission team on the basis of a revised version of CRS and analysis of the social network with the Network Analysis Profile scale by Cohen and Sokolovsky. With structured interview forms, the opinions of the referring authority, the admission psychiatrist and the polyclinic team were interviewed about the causes of the admission decision. From a population of 70 patients, 28 were chosen for outpatient treatment and 42 for inpatient treatment. The outpatient and the hospital groups were compared both by statistical and qualitative methods. The uncontrolled behaviour of the patient and his/her dangerousness to him/herself or to others were the most important factors of the patient affecting the admission decision. The good communication skills of the family and in generally a good rating at CRS were connected with the decision for outpatient treatment. A lack of mutual interaction within the impoverished social network were the most effective qualities of the social network on the decision to admit. Using factor analysis three factors came out. The co-evolving behaviour of the admission team and the family was the most affective factor, the severity of symptoms was the second and the impoverishment of the social network and the chronicity of the illness was the third factor. The new admission system decreased hospitalizations by 30 %. Of the different evaluations, the view of the admission team correlated most to the admission decision, secondly the admission psychiatrist and least the view of the referring authority.

Keywords: Emergency psychiatry, family centred treatment, admission, social network, crisis intervention team.

# ESIPUHE

Tämän tutkimuksen syntyminen ei ollut itsetarkoitus. Olen vuodesta 1980 lähtien toiminut Keroputaan sairaalan ylilääkärinä tavoitteenani kehittää sairaala entisestä B-mielisairaala nykyaikaiseksi psykiatriseksi hoitoyksiköksi. Tavoite saavutettiin yllättävänkin hyvin, kiitos innostuneen henkilökunnan ja luottamushenkilöiden, erityisesti Tornion kaupunginjohtajan, Hannes Mannisen, joka sairaalan liittohallituksen pitkäaikaisena puheenjohtajana mahdollisti kehittämisspyrkimystemme toteutumisen.

Kun työmme sisältö kehittyi ja aloimme uskoa onnistumiseemme, halusimme myös tutkia onnistumisemme syitä ja hoitomenetelmämme perusteita. Olimme lyhyessä ajassa nostaneet uinuvan B-mielisairaalan aktiiviseksi psykiatriseksi hoitolaitokseksi, josta käytiin ottamassa mallia ympäri Suomen. Siemenen tämän kehityksen tieteelliseen tutkimukseen antoi professori Jukka Aaltonen, joka on ollut mukana hoitojärjestelmää kehittämässä koko ajan ja on vaatinut sairaalan kehitysprosessin tutkimista myös tieteellisin menetelmin. Johtava psykologi Jaakko Seikkula "heräsi" ensimmäisenä ajatukselle. Hänen kiinnostuksensa keskittyi eniten teoreettisten kysymysten tarkasteluun, josta ansiokkaana osoituksena on hänen väitöskirjansa perheen ja sairaalan rajasysteemistä potilaan sosiaalisessa verkostossa.

Oma mielenkiintoni tutkimustyöhön heräsi, kun huomasin, että sairaalassamme kehitetty potilaiden vastaanottotapa polikliinisessä vastaanottoryhmässä oli lähes ainutlaatuista psykiatrisessa käytännössä ja vähensi rajusti sairaalan sisäänkirjoituksia ja kuormitusta, jopa niin, että tilintarkastajat huolestuivat asiasta. Viimeistäänkin tilintarkastajien huolestumisen jälkeen aktivoitui oma kiinnostukseni tutkimusaiheeseen, eli siihen, millä perusteilla kukin potilas määrittellään mielisairaala- tai avohoitopotilaaksi.

Tutkimustyön teki mahdolliseksi koko vastaanottavan henkilöstön pyyteetön mukanaolo tutkimusaineiston keräämisvaiheessa. Erityisesti on mainittava poliklinikkatyöryhmän jäsenet: ylilääkäri Birgitta Alakare, psykologi Kauko Haarakangas, osastonhoitajat Helle Kuusijärvi ja Riitta Södervall ja mielenterveyshoitaja Raija Piuva, jotka olivat mukana vastaanottokokouksissa. Ylilääkäri Pirjo Saastamoinen ja psykologit Markku Sutela ja Jaakko Seikkula toimivat vastaanottokokousten arvioitsijoina, kuten myös ylilääkäri Birgitta Alakare osassa tapauksia. Tutkimushoitajat Telma Hihnala, Eila Järvinen ja Kyösti Kaius suorittivat potilaiden verkoston kartoituksen. Tutkimussihteeri Maritta Ahola piti huolen aineiston järjestämisestä ja hallinnasta.

Suurimman kiitokseni haluan lausua professori Jukka Aaltoselle tämän tutkimushankkeen jatkuvasta kannustamisesta. Samoin johtavalle

psykologille Jaakko Seikkulalle ratkaisevan tärkeästä avusta tilastollisten ja metodisten ongelmien ratkaisuisa.

Kiitos kuuluu myös YTK Juhani Lindqvistille, jonka ohjauksessa tutkimukseen liittyvä tilastoanalyysi on suoritettu.

YT Pirkko-Liisa Vuorinen on kääntänyt tämän kirjan englanninkieliset osat, mistä hänelle lämpimät kiitokset.

Erityinen kiitos lankeaa YT Paula Lyytiselle, atk-päällikkö Juhani Romppaselle ja konekirjoittaja Tuula Rahkoselle, joita ilman tekstin muokkaaminen väitöskirjalta vaadittavaan ulkoasuun ei olisi onnistunut.

Tutkimukseen osallistuneet potilaat ja heidän omaisensa ovat tietysti ne henkilöt, joille kaikkein suurin tunnustus tämän tutkimuksen toteutumisesta kuuluisi.

Toivottavasti tämä tutkimus pystyy kertomaan edes jotakin siitä työstä, jota Keroputaan sairaalassa viimeisten kymmenen vuoden aikana olemme tehneet potilaiden hoidon parantamiseksi. Tästä työstä suurin ansio, kiitos ja vastuu lankeaa koko henkilökunnalle. Keroputaan henki, yhteistyö ja usko tulevaisuuteen loivat perustan sairaalan kehittämiseksi ja siihen liittyvälle tutkimusprojektille, jonka yksi osa tämä tutkimus on.

Erityistä kärsivällisyyttä on vaadittu vaimoltani Elsalta, lapsiltani Virpiltä, Jyriltä ja Aino-Elinalta, koska tutkimus on kirjoitettu kotimme saunan lauteilla aamuöisin lähes neljän vuoden aikana ja on siksi saattanut häiritä heidän rauhaansa. Tästä Heille rakkaat kiitokset.

Kirja on omistettu ystävälleni Pekka Alakareelle.



# SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	11
2	KIRJALLISUUSKATSAUS .....	15
2.1	Johdanto .....	15
2.2	Ulkomainen kirjallisuus .....	17
2.2.1	Demografiset muuttajat .....	18
2.2.2	Kliiniset muuttajat .....	19
2.2.3	Sosiaaliset muuttajat .....	20
2.2.4	Hoitojärjestelmään liittyvät tekijät .....	21
2.2.5	Sairaalaanottopäätöksille esitetyt syyt .....	22
2.2.6	Perheen merkitys sairaalaanotolle .....	24
2.3	Suomalainen kirjallisuus .....	28
2.3.1	Psykiatrasta sairastavuutta, sen taustatekijöitä ja niiden yhteyksiä mielisairaalahoitoon käsittelevät tutkimukset .....	28
2.3.2	Psykiatrisen sairaalaanoton syitä ja sairaalaanottotapahtumaa käsittelevät tutkimukset .....	30
2.4	Tiivistelmä .....	33
3	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET .....	34
4	VASTAANOTTOKOKOUS JA TUTKIMUSTAPAHTUMAN KULKU .....	36
4.1	Vastaanottokokous .....	36
4.2	Vastaanottokokouksen tutkiminen ja muut tutkimustapahtumat .....	38
5	TUTKIMUSAINEISTO .....	39

6	TUTKIMUSMENETELMÄT .....	44
6.1	Potilaan kliininen psykiatrinen tutkimus .....	44
6.2	Lähettäjän, vastaanottavan lääkärin ja poliklinikka- työryhmän arvioiden mittaus sairaalaanottoon vaikuttavista tekijöistä .....	45
6.3	Vastaanottokokouksen kuvaus .....	45
6.4	Vastaanottokokouksen arvio Olsonin ympyrä- mallin avulla .....	46
6.5	Poliklinikkatyöryhmän arvio vastaanotto- kokouksesta .....	46
6.6	Psykologinen yksilötutkimus .....	47
6.7	Sosiaalisen verkoston tutkimus .....	47
6.8	Potilaiden taustatietojen kerääminen .....	48
6.9	Tutkimusaineiston tilastollinen analyysi .....	48
6.10	Tutkimusaineiston kvalitatiivinen analyysi .....	49
6.11	Tutkimusmenetelmien reliabiliteetti .....	50
6.12	Tutkimusmenetelmien validiteetti .....	50
7	TUTKIMUSTULOKSET .....	51
7.1	Tutkimusaineisto ja vuoden 1983 aineisto .....	51
7.1.1	Taustatiedot .....	52
7.1.2	Diagnoosijakaumat .....	54
7.1.3	Aikaisempi sairaalahoito .....	55
7.1.4	Tiivistelmä .....	56
7.2	Tutkimusaineiston poliklinikka- ja sairaalaryhmän vertailu .....	57
7.2.1	Taustatiedot .....	57
7.2.2	Diagnoosijakaumat .....	60
7.2.3	Aikaisempi psykiatrinen hoito .....	61
7.2.3.1	Aikaisempi sairaalahoito .....	61
7.2.3.2	Lääkehoito tutkimushetkellä .....	63
7.2.4	Sairaalaan lähettäjät .....	63
7.2.5	Potilaan sairauden kuva ja kliininen tila .....	64
7.2.5.1	Tutkimusmenetelmät .....	64
7.2.5.2	Tutkimustulokset .....	65
7.2.5.2.1	Stressitekijät .....	65
7.2.5.2.2	GAS-arviot .....	66
7.2.5.2.3	Kliinisen tilan arviot standardi- lomakkeille .....	67

7.2.5.2.3.1	Depressioasteikot . . . . .	68
7.2.5.2.3.2	BPRS-asteikko . . . . .	68
7.2.5.2.3.3	Strauss-Carpenter- ennustetekijälomake . . . . .	70
7.2.5.2.4	Yksilöpsykologiset tutkimukset . . . . .	71
7.2.5.2.5	Tiivistelmä potilaille suoritetuista yksilötutkimuksista . . . . .	73
7.2.5.2.6	Tutkimusmenetelmien arviointi . . . . .	74
7.2.6	Perheen ja työryhmän arvio Olsonin ympyrämallin avulla . . . . .	75
7.2.6.1	Perhearviot . . . . .	75
7.2.6.2	Työryhmäarviot . . . . .	77
7.2.6.3	Tiivistelmä perheen ja työryhmän arvioista Olsonin mallin mukaan . . . . .	79
7.2.7	Potilaiden sosiaaliset verkostot . . . . .	80
7.3	Lähtäjän, vastaanottavan lääkärin ja poliklinikkatyö- ryhmän arviot sairaalaanottoon vaikuttavista tekijöistä . . . . .	82
7.3.1	Johdanto . . . . .	82
7.3.2	Tutkimusmenetelmät . . . . .	82
7.3.3	Lähtäjän arviot sairaalaanottoon vaikuttavista tekijöistä . . . . .	83
7.3.4	Vastaanottavan lääkärin arviot sairaalaanottoon vaikuttavista tekijöistä . . . . .	85
7.3.5	Poliklinikkatyöryhmän arviot sairaalaanottoon vaikuttavista tekijöistä . . . . .	86
7.3.6	Lähtäjän, vastaanottavan lääkärin ja poliklinikkatyöryhmän arvioiden vertailu . . . . .	88
7.3.7	Tiivistelmä lähtäjän, vastaanottavan lääkärin ja poliklinikan arvioista . . . . .	89
7.4	Vastaanottokokouksen arviointi . . . . .	91
7.4.1	Johdanto . . . . .	91
7.4.2	Tutkimusmenetelmät . . . . .	91
7.4.3	Tutkimustulokset . . . . .	92
7.5	Tutkimusaineiston tilastollinen analyysi . . . . .	94
7.5.1	Johdanto . . . . .	94
7.5.2	Muuttujien valinta . . . . .	94
7.5.3	Faktorianalyysi . . . . .	95
7.5.4	Faktoripistemäärien erot poliklinikka- ja sairaalarhyhmän välillä . . . . .	97
7.5.4.1	Faktoreiden T-testi . . . . .	97

7.5.4.2	Faktoreiden monimuuttujavarianssi-analyysi	98
7.5.5	Faktoreiden erotteluanalyysi	99
7.5.6	Pohdinta	99
7.5.7	Faktori "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta"	101
7.6	Tutkimusongelman tarkastelu tapausesimerkkien avulla	102
7.6.1	Johdanto	102
7.6.2	Tapausesimerkit	103
7.6.3	Tiivistelmä	110
7.7	Tiivistelmä tutkimustuloksista	110
7.7.1	Tutkimusaineisto ja vuoden 1983 aineisto	110
7.7.2	Poliklinikka- ja sairaalaryhmän vertailu	111
7.7.2.1	Taustatiedot	111
7.7.2.2	Aikaisempi hoito	112
7.7.2.3	Sairaalaan lähettäjät	112
7.7.2.4	Potilaan kliininen tila	112
7.7.2.5	Perheet Olsonin mallissa	113
7.7.2.6	Työryhmät Olsonin mallissa	113
7.7.2.7	Sosiaaliset verkostot	113
7.7.3	Lähettäjän, vastaanottavan lääkärin ja poliklinikka-työryhmän arviot	114
7.7.4	Vastaanottokokouksen arvio	115
7.7.5	Tilastoanalyysi	115
7.7.6	Tapausesimerkit	116
8	POHDINTA	117
	SUMMARY	124
	LÄHTEET	130
	LIITTEET	138

# 1 JOHDANTO

Tämä tutkimus on suoritettu Torniossa Keroputaan sairaalassa, jonka ylilääkärinä tutkimuksen tekijä on toiminut vuodesta 1980 alkaen.

Sairaala on pienehkö, tutkimusajankohtana 90-paikkainen entinen ns. B-mielisairaala, joka on läpikäynyt nopean muutoksen vuodesta 1979 lähtien kehittyen noin viidessä vuodessa aluepsykiatrisen mallin mukaisesti kroonikkosairaalaista akuuttisairaalaiksi, niin että se vastasi v. 1983 itsenäisesti alueensa psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta yhteistyössä mielenterveystoimistojen kanssa, jotka vielä tällöin kuuluivat Lapin mielisairaanhoidopiiriin. Oman mielisairaanhoidopiirinsä Länsi-Pohjan sairaanhoidopiirin perustamisen yhteydessä sairaala sai v. 1989. Sairaanhoidopiirin muodostivat Kemin ja Tornion kaupungit, Keminmaan, Tervolan, Simon, Ylitornion ja Kolarin kunnat. Väestöpohja oli noin 82000 asukasta. Psykiatrisen hoitojärjestelmän kannalta alue on sopivan pieni, samoin sairaalan sairaansijamäärä, mitkä seikat yhdessä sen kanssa, että hoitokulttuuria voitiin rakentaa lähes "puhtaalta pöydältä", entisestä B-sairaalaista, mahdollisesti hoitojärjestelmän nopean kehittymisen.

Keroputaan kehitysvaihe ajoittui samanaikaisesti Suomeen levinneen perhekeskeisen hoitoajattelun yleistymisen kanssa ja perhekeskeisyys valittiinkin organisaation hoitonäkemykseksi muita psykoterapeuttisia näkemyksiä unohtamatta. Perhekeskeisen hoitonäkemyksen omaksuminen Keroputaalle tapahtui paitsi teoreettisista lähtökohdista, myös siitä syystä, että siihen liittyvään hoitokäytäntöön sisältyy paljon sellaisia aineksia, että ne tarjoavat erityiskouluttamattomallekin henkilökunnalle suhteellisen nopean tavan omaksua joitakin keskeisiä psykoterapeuttisia periaatteita. Hoitokäytäntöön liittyy seurantaryhmän ja videonauhoitusten kautta mahdollisuus välittömään työnohjaukseen ja mallioppimiseen.

Lisäksi se tekee mahdolliseksi toiminnan kvantitatiivisen ja varsinkin kvalitatiivisen tieteellisen seurannan.

Varsinaisesta perheterapiasta kehittyi sittemmin hoitomalli, jossa potilaan ja perheen hoito tapahtuu ns. hoitokokouksissa yhdessä osaston työryhmän kanssa. Näissä kokouksissa sovelletaan perheterapiamenetelmistä tuttuja toimintatapoja, kuten sirkulaarista haastattelua, keskinäistä reflektointia ja niille on ominaista mahdollisimman suuri avoimuus ja osallistujien mielikuvien aktiivinen ilmaisu. Hoitokokouuskäytäntöä sovelletaan nykyään systemaattisesti läpi koko hoito-organisaation, niin sairaalassa kuin avohoidossakin.

Tällaisen hoitokäytännön syntymisessä on ollut keskeinen osuus professori Jukka Aaltosen v. 1981 aloittamalla työnohjauksella, joka jatkuu edelleen. Yhteistyössä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen kanssa on perustettu erityinen Länsi-Pohjan mielenterveystyön kehittämisprojekti. Siihen liittyy tutkimustyötä ja erityinen koulutusohjelma, jossa koko hoito-organisaation hoitotyössä mukana olevalle henkilöstölle järjestetään toimipaikkakoulutuksena erityistason perheterapiakoulutusta vastaava koulutus. Tämän tutkimuksen ajankohtana v. 1988 sairaalan henkilökunnasta seitsemällä (kolme psykologia, kaksi lääkäriä, yksi sosiaalihoitaja ja yksi osastonhoitaja) oli erityistason perheterapiakoulutus jo hankittuna.

Hoitomenetelmän kehittymiseen on vaikuttanut edelleen laajahko kansainvälinen yhteistyö johtavien perheterapiatutkijoiden kanssa, jotka ovat vierailleet sairaalassa opettamassa ja vastavuoroisesti sairaalan edustajat ovat käyneet ulkomailla opintokäynneillä ja kertomassa omia kokemuksiamme. Erityisen kiinteää on ollut yhteistyö Tromssan yliopiston professori Tom Andersenin työryhmän kanssa ja keskeisten yhdysvaltalaisien perhetutkijoiden, kuten Lyman Wynne, Lynn Hoffman ja Harry Goolishian kanssa. Merkittäviä vaikutteita on saatu myös kotimaisilta perhetutkijoilta. Jukka Aaltosen lisäksi Turun yliopiston psykiatrian klinikan työryhmällä on ollut olennainen vaikutus erityisesti hoitokokouuskäytännön kehittymisessä. Tärkeää yhteistyötä on tehty myös Oulun yliopiston perheterapeuttien, etenkin apulaisprofessori Erkki Väisäsen kanssa.

Verkostokeskeinen työtapa alkoi yleistyä v:sta 1987, kun Johan Klefbeckin työryhmä kävi Keroputaalla kouluttamassa. Heidän verkostoterapiamenetelmänsä pohjalta kehitetty toimintamalli on nykyään Keroputaalla osa jokapäiväistä hoitokäytäntöä.

Poliklinikkatyöryhmän perustaminen v. 1986 Keroputaan sairaalan toimintajärjestelmään oli johdonmukainen seuraus osastoilla kehittyneen hoitomallin siirtämisestä avohoidon ja sairaalan rajalle. Hoitokokouksia alettiin pitää jo ennen potilaan ottamista sairaalaan tavoitteena perhekeskeisen hoitoprosessin käynnistyminen mahdollisimman varhaisessa hoidon vaiheessa. Samalla pyrittiin sairaalaanottotilanteen entistä tarkempaan hyödyntämiseen, koska sairaalaanotto nähtiin erittäin tärkeäksi

kohdaksi potilaan hoitoprosessia, joten sen laatua ja arvioinnin monipuolisuutta haluttiin parantaa. Tavoitteena oli siis tuottaa mahdollisimman hyviä hoitopäätöksiä ja välttää tarpeettomia sairaalaanottoja.

Sairaalan ja ympäröivän yhteiskunnan raja osoittautui tärkeäksi ja samalla ongelmalliseksi jo sairaalan kehittämisen alusta alkaen. Varsinkin perhe- ja verkostokeskeisten työtapojen omaksumisen myötä kävi selväksi, että sairaala ei voi toimia suljettuna järjestelmänä vaan sen on oltava osa laajempaa avohoitopainotteista hoitojärjestelmää, johon liittyvät olennaisesti potilaan perheen ja verkoston järjestelmät. Keskeiseksi nousi hoitojärjestelmän ja potilaiden perheiden ja verkostojen järjestelmän suhteen tarkastelu ja hoitaminen.

Fyysisesti poliklinikka sijaitsee sairaalan tiloissa, mutta yhä suurempi osa toiminnasta tapahtuu potilaiden kotona tai eri yhteistyöorganisaatioiden tiloissa; mielenterveystoimistoissa, sosiaalitoimistoissa ja terveyskeskuksissa. Kaikki sairaalaan sisäänkirjoitukset arvioidaan poliklinikkatyöryhmässä, myös ns. pakkoläheteellä tulevien potilaiden osalta.

Tähänastiset kokemukset poliklinikkaryhmän toiminnasta ovat olleet myönteisiä. Hoitoarviointien taso on noussut, sairaalan kuormitus on vähentynyt ja avohoito aktivoitunut. Sekä potilaat, omaiset että hoitavat työntekijät näyttävät tulleen selvästi tietoisemmiksi osuudestaan potilaan sairausprosessissa ja kantavan siitä vastuuta. Edelleen muuri sairaalan ja muun yhteiskunnan välillä näyttää madaltuneen ja psykiatriseen sairaalaan liittyneet vanhat ennakoasenteet näyttävät lievittyneen sairaalan tullessa tutuksi perheille ja hoitokokouksiin osallistuville eri viranomaisille (opettajat, poliisit, sosiaalityöntekijät, terveyskeskuslääkärit, kotisairaanhoidajat). Laajemmin ajatellen mahdollisuudet näyttävät lisääntyvän siihenkin, että kuva psykiatrisen sairauden luonteesta ja sen merkityksestä perheessä ja yhteisössä saa uusia ulottuvuuksia.

Samanaikaisesti Keroputaan poliklinikkaryhmän perustamisen kanssa alkoi valtakunnallisesta skitsofreniaprojektista tulla tietoja muualla Suomessa kehittyneistä ns. psykoosityöryhmistä, joiden toiminta vastannee Keroputaan poliklinikkatyöryhmän toimintaa, tosin psykoosipotilaisiin rajoittuen. Keroputaan poliklinikkaryhmä syntyi kuitenkin sairaalan omista kehityksellisistä ja ideologisista lähtökohdista käsin itsenäisenä prosessina.

Hoitomallin käytännön muotoutumisen myötä ilmeni tarve myös teoreettisesti tutkia sitä, mitä hoito- ja verkostokokouksissa oikeastaan tapahtuu ja mikä tällaisen uuden hoitokäytännön merkitys psykiatriassa voisi olla. Heräsi vaatimus tutkia oman työmme sisältöä ja sen mielekkyyttä. Tältä pohjalta alettiin v. 1987 suunnitella tutkimusprojektia, johon aineisto koottiin syys-lokakuussa 1988. Vaikka tällainen tutkimustyö on vaatinut ja vaatii edelleenkin pieneltä sairaalalta kohtalaisen vahvaa panostusta ja henkilökunnalta voimakasta sitoutumista ja innostusta mukanaoloon, on nähdäkseni oman työn tutkiminen erityisesti lisännyt

henkilökunnan työmotivaatiota ja mielenkiintoa toiminnan edelleen kehittämiseen, ja tuonut arvokkaan lisän sairaalan arkeen samalla parantamalla potilaiden hoitoa.

Tämän tutkimuksen erityisenä tavoitteena on tutkia potilaan sairaalaanottoa ja siihen liittyviä tekijöitä potilaassa itsessään, hänen perheessään ja sosiaalisessa verkostossaan sekä hoito-organisaatiossa, erityisesti poliklinikkatyöryhmän, sairaalan vastaanottavan lääkärin ja lähettävän tahon osalta.



## 2 KIRJALLISUUSKATSAUS

### 2.1 Johdanto

Potilaan ottamisesta psykiatriseen sairaalan on olemassa runsaasti aikaisempia tutkimuksia, joissa on pyritty selvittämään sairaalaanoton syitä etenkin potilaan kliiniseen tilaan liittyvien tekijöiden kannalta. Edelleen on pyritty selvittämään potilaan sosiaaliseen tilanteeseen liittyviä tekijöitä, kuten sosiaaliluokan, sosiodemografisten tekijöiden ja sosiaalisen ympäristön vaikutusta, samoin kuin hoito-organisaation tilanteeseen liittyviä tekijöitä, kuten vastaanottavan henkilön ammattitaustan ja kokemuksen, sairaalan paikka-tilanteen, sairaalaantuloajankohdan ja potilaan asuinpaikan merkitystä. Sen sijaan löytyy vain harvoja tutkimuksia potilaan perheen merkityksestä sairaalaanotolle. Tosin useissa tutkimuksissa viitataan perheen vaikutukseen sairaalaanottopäätöksen syntymisessä. Yleensä nähdään perheen painostus potilaan sairaalaanottoon merkittävänä.

Muusta potilaan sosiaalisen verkoston vaikutuksesta on niinkään löydettävissä vain viitteitä, joissa todetaan pakkohoitoon määrättäessä tai poliisin tai viranomaislääkärin muutoin potilasta lähettäessä näiden tahojen vaikutus sairaalaanottopäätökseen suuremmaksi kuin yksityisten lääkärin läheteiden.

Tutkimukset on yleensä tehty klinikoissa, joissa potilaan vastaanotto tapahtuu perinteisen lääkärintutkimuksen tai joskus lääkärin ja sosiaalityöntekijän yhteisen tutkimuksen perusteella.

Vastaanottotyöryhmän avulla tapahtuvasta sairaalaanotosta on vain muutama harva yksittäinen tutkimus, ilmeisesti kyseisen käytännön

uutuuden ja harvinaisuuden takia. Kuitenkin monissa tutkimuksissa viitataan siihen tarpeeseen, että vastaanottotapahtumassa potilaan ja vastaanottavan organisaation vuorovaikutuksen merkitystä sairaalaan sisäänottopäätöksen syntymiseen olisi tarpeen selvittää, samoin kuin olisi tarpeen selvittää tarkemmin potilaan perheen vaikutusta sairaalaanottoon.

Lisäksi monissa tutkimuksissa todetaan vastaanottoprosessin selvittämisen jääneen jollakin tavoin epätäydelliseksi, niin että useat tutkijat katsovat vastaanottotilanteessa olevan mukana jonkin irrationaalisen elementin, joka on vaikuttamassa vastaanottopäätöksen syntyyn ja jota käytetyillä tutkimusmenetelmillä ei ole voitu saada esille. Useat tutkijat ovat sitä mieltä, että sairaalaanotto on suurelta osin sattumanvaraista ja että selkeitä kliinisiä kriteerejä sille, milloin potilaan sairaalaanotto olisi kliinisesti indikoitua, ei ole pystytty luomaan huolimatta laajasta tutkimustyöstä ja mielisairaalahoitoon suhteellisen pitkästä historiasta ja sairaalahoitoon varsinkin viime aikoina kohdistetusta korostuneesta ja kriittisestä huomiosta.

Kirjallisuudesta nousee esiin useita psykiatriseen sairaalaanottoon vaikuttavia tekijöitä, joiden osalta näyttää vallitsevan pääasiallinen yksimielisyys, kun taas joidenkin tekijöiden osalta esiintyy ristiriitaisia tutkimustuloksia.

Keskeinen havainto kirjallisuuden perusteella on se, että sairaalaanottamisen tutkiminen ei tähän mennessä ole antanut riittäviä perusteita selkeän teoreettisen mallin kehittämiseksi eikä selkeän kliinisen käytännön syntymiseksi psykiatrisen potilaan sairaalaanottamisessa ja että yleisesti odotetaan uudenlaisia tutkimusnäkökulmia ja tutkimusmenetelmiä sairaalaan analysoimiseksi ja hoitokäytännön kehittämiseksi. Juuri vastaanottotapahtuman vuorovaikutuksellisten aspektien tutkimuksia kirjallisuudesta löytyy erityisen niukalti.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa on pyritty keskittymään tämän tutkimuksen kannalta keskeisiin töihin, varsinkin niihin, joissa perheen ja potilaan sosiaalisen verkoston merkitystä potilaan sairaalaanotossa on erityisesti tarkasteltu, koska potilaan sairaalaanottoprosessia koskeva kirjallisuus on liian laaja kokonaisuudessaan perusteellisesti referoitavaksi.

Kuitenkin olen pyrkinyt esittämään kattavasti koko tutkimuskenttään liittyvän aikaisemman kirjallisuuden sillä tavoin valikoiden, että ne tutkimukset, jotka oman tutkimusaiheeni kannalta eivät ole kaikkein olennaisimpia, on esitetty lyhyesti tai osana aikaisempia kirjallisuuskatsauksia ja niitä tutkimuksia, joiden olen katsonut liittyvän erityisen spesifisti tutkimusaiheeseeni, olen pyrkinyt referoimaan perusteellisemmin.

Perinteisiä kohteita tutkittaessa potilaan sairaalaanottamistapahtumaa ovat olleet tutkimuksen alkua ajoilta, 1960-luvulta lähtien potilaan ominaisuudet: sosiodemografinen tila, kliininen diagnoosi, toiminnallinen kyky, vaarallisuus itselle ja muille, akuutti symptomatologia, potentiaali-

nen psykoterapeuttinen kyvykkyys, sosiaaliset resurssit ja sairaushistoria.

Toisaalta on tutkittu hoito-organisaation rakenteita, hoitokäytäntöä ja -kulttuuria, käytettävissä olevien sairaansijojen määrää, vastaanottohenkilöstön lukumäärää, ammatillista taustaa ja työkokemuksen pituutta, sairaalaan hakeutumisen ajankohtaa (virka-aika, päivystysaika, viikkipäivä ja vuorokaudenaika), vastaanottojärjestelmän organisointia (esim. päivystävä lääkäri yleensä päättää, joskus sosiaalityöntekijän avustuksella sairaalaan ottamisesta) ja vastaanottopisteen olosuhteita, kuten emotionaalista tunnelmaa ja kiireisyyttä.

Lähtevän tahon vaikutus, esim. se, onko lähettäjä viranomaisvai yksityislääkäri, poliisi tms., sairaalan maantieteellinen asema ja potilaiden etäisyydet vastaanottopoliklinikalle ovat myös olleet tutkimuksen kohteina.

Potilaan sosiaalisen kentän merkitystä sairaalaan ottamiselle on tutkittu, tosin aika yksioikoisesti joko konfliktin seurauksena sairaalaan sijoittamiseksi tai sosiaalisen tuen puuttumisen seurauksena tai tuen mobilisoimiseksi.

## 2.2 Ulkomainen kirjallisuus

Pääasiassa näihin keskeisiin tutkimusaiheisiin pohjautuvia tutkimuksia on lukuisia 1960-luvun alusta lähtien ja tutkimuksista suuri osa on huolellisesti suunniteltuja ja tehtyjä ja ne perustuvat laajoihin aineistoihin, esim. (Tischler, 1966). Näitä tutkimuksia siteerataan kaikkein uusimassakin kirjallisuudessa, ja ne on ymmärrettävä eräänlaisina pioneeritöinä siinä tilanteessa kun psykiatrisen hospitalisaation merkityksiä ja ulottuvuuksia 1960-luvun alusta alettiin tieteellisesti arvioida luonnollisesti sen aikaisista psykiatrisista hoitönäkemyksistä lähtien.

Kirjallisuudesta löytyy aiheesta kaksi perusteellista kokoomatutkimusta. Eniten siteerattu ja arvostetuin lienee Rohn S. Friedmanin artikkeli "Hospital treatment of psychiatric emergencies" (1983), jossa tekijä käy kriittisesti läpi siihenastisen aihetta käsittelevän kirjallisuuden, arvioi ja vertailee sitä ja onnistuu tekemään sairaalaanottopäätökseen vaikuttavista tekijöistä yhteenvetoja huolimatta aikaisemman kirjallisuuden runsaasta määrästä ja siinä esiintyvistä osin ristiriitaisistakin löydöksistä.

Toinen merkittävä kirjallisuuskatsaus aiheesta on Richard A. Perlmutterin artikkeli: "Emergency psychiatry and the family: The decision to admit" (1986), jossa tekijä paitsi käy läpi aikaisemmat aiheeseen liittyvät julkaisut, tarkastelee niitä sillä tavalla valikoiden, että kiinnittää erityisesti huomiota potilaan perheen merkitykseen hoitoprosessissa ja sairaalaanottopäätöksen syntymisessä.

Tekijä onnistuu ansiokkaasti poimimaan aikaisemmasta kirjalli-

suudesta juuri ne kohdat, jotka osoittavat perheen keskeisen merkityksen sairaalaanotto-prosessissa huolimatta siitä, että nämä merkittävät havainnot eivät aikaisemmissa tutkimuksissa ole varsinaisesti olleet tutkimusten keskeinen kohde, vaan ovat esiintyneet sivumuuttujina. Niille on analyysissä on saattanut tulla merkittävä korrelaatio sairaalaanottoon, mutta niiden merkitystä kokonaisuuden kannalta ei vielä silloin osattu ymmärtää. Perlmutter osoitti sekä kirjallisuusanalyysin että kliinisen tutkimuksen ja käytännön kokemuksen perusteella potilaan perheen ratkaisevan merkityksen paitsi koko psykiatrisessa hoidossa, myös erityisesti sairaalaanotto-prosessissa.

Perhekeskeisyyden merkitys psykiatriassa alkoi vakiintua vasta 1980-luvun alussa, mikä lienee aiheuttanut sen, että perheen vaikutukseen vastaanottotapahtumassa on suunnattu tutkimustyötä vasta 1980-luvulta alkaen huolimatta siitä, että yksittäisiä selviä havaintoja perheen vaikutuksesta potilaan sairaalaanottamiseen esiintyy jo 1960-luvulta kirjallisuudessa.

### 2.2.1 Demografiset muuttujat

Useimmissa tutkimuksissa on todettu, ettei *rodulla ja sosioekonomisella* asemalla ole merkittävää vaikutusta sairaalaanottoon (Baxter, Chodorkoff & Underhill, 1968; Feigelson, Davis, Mackinnon, Shands & Schwartz, 1978; Friedman, 1981; Hoehn-Saric, Hatcher & Weiskopf, 1980; Schwartz & Errera, 1963; Tischler, 1966; Tyson, Miller & Browning, 1970). Poikkeuksena edellisiin Shader ja Errera löysivät tukea Hollingsheadin ja Redlichin johtopäätöksille, että ylempien sosiaaliryhmien todennäköisyys joutua sairaalaanotetuiksi olisi muita pienempi (Errera, Wyshak & Jarecki, 1963; Hollingshead & Redlich, 1958; Shader, 1969). Näyttää ilmeiseltä, että sosiaalisen taustan merkitys päivystystapausten yhteydessä on vähäisempi kuin muutoin.

Useimmissa tutkimuksissa *sukupuolella* ei ole todettu olevan vaikutusta sairaalaanottoratkaisuun (Baxter ym., 1968; Feigelson ym., 1978; Hoehn-Saric ym., 1980; Tyson ym., 1970). Vain kahdessa tutkimuksessa on muista poiketen todettu, että miehet otetaan todennäköisemmin sairaalaan (Errera, Wyshak & Jarecki, 1963; Tischler, 1966).

Koko joukko tutkimuksia on tehty *iän* vaikutuksesta sairaalaanottoon. Neljässä tutkimuksessa iällä ei ollut merkitsevää vaikutusta (Baxter ym., 1968; Feigelson ym., 1978; Friedman ym., 1981; Tyson ym., 1970), kun taas kolmessa tutkimuksessa tultiin siihen johtopäätökseen, että vanhemmat potilaat todennäköisemmin otetaan sairaalaan (Errera ym., 1963; Hanson & Babigian, 1974; Tischler, 1966).

Demografisten tekijöiden vaikutuksista tehtyjen tutkimusten tulkinta on hämmentävää niiden monimutkaisten keskinäisten vuorovaikutusten takia.

Gross (1969) on kiinnittänyt huomiota demografisten tekijöiden mahdolliseen synergistiseen vaikutukseen: mitä kauempana potilas on haastattelijasta rodun ja sukupuolen suhteen, sitä todennäköisemmin sairaalaanottopäätös eroaa tavanmukaisesta käytännöstä samankin diagnoosin omaavien potilaiden kohdalla.

Demografiset tekijät voivat olla myös yhteydessä diagnoosiin. Schwartz ja Errera (1963) totesivat, että ikä vaikuttaa sairaalasisiintymiseen vain alkoholisti- ja dementiapotilaiden kohdalla.

Demografisten tekijöiden merkitystä arvioitaessa on tarkasteltava myös niiden vaikutusmekanismia. Esimerkiksi aiheuttaako potilaan ikä irrationaalisen virheen haastattelijan suhtautumisessa vai korreloiko ikä tiettyjen yleensä sairaalahoitoa vaativien sairauksien esiintyvyyteen yhteiskunnassa (esimerkiksi vaikea depressio on yleisempi yli 40-vuotiailla). Onko ikä yhteydessä sosiaaliseen tukiverkoston (vanhukset ovat yleensä yksinäisempiä kuin nuoret) vai heijastaako iän vaikutus yksinkertaisesti puutteellista kykyä käyttää hyväksi tarjolla olevia mielenterveyspalveluja.

Koska ei ole olemassa riittävästi tietoa siitä, kuinka demografiset tekijät vaikuttavat tai kuinka niiden pitäisi vaikuttaa sairaalaanottopäätökseen, Jones, Kahn ja Langsley (1965) katsoivat oikeutettuna pitää näiden tekijöiden merkitystä suhteellisen vähäisenä.

## 2.2.2 Kliiniset muuttujat

*Vaarallisuus* muille ja varsinkin potilaalle itselleen esiintyy kirjallisuudessa pysyvästi yhtenä tärkeimpänä syynä psykiatriseen sairaalaan sisäännotosta päätettäessä (Baxter ym., 1968; Friedman ym., 1981; Hanson & Babigian, 1974; Rose, Hawkins & Apodaca, 1977). Vaarallisuuden arviointi on hyvin monimutkainen kliininen prosessi. Näyttää siltä, että itsemurha-ajatukset, depressiiviset affektit ja itsemurhayritykset sinänsä eivät johdonmukaisesti vaikuta sairaalaanottoratkaisuun itsenäisinä tekijöinä, vaan että sairaalaanottopäätös perustuu yleiseen kliiniseen arvioon suicidi- tai homicidiriskistä (Gerson & Bassuk, 1980; Hanson & Babigian, 1974).

Yleistä *sairauden vaikeusastetta* arvioitaessa suljetaan pois arviot potilaan subjektiivisesta kärsimyksestä ja mahdollisesta vaarallisuudesta ja sen sijaan arvioidaan sairauden vaikutukset potilaan toimintakykyyn. Mendel ja Rapport (1969) eivät havainneet eroja sairauden vaikeusasteessa sairaalapotilaiden ja avohoitopotilaiden välillä, mutta tämä löydös on hyvin ristiriitainen kaikkien muiden tutkimustulosten kanssa, joissa viidessä tutkimuksessa sairauden vaikeusaste on yksi tärkeimpiä tekijöitä sairaalaanottoratkaisusta päätettäessä (Baxter ym., 1968; Feigelson ym., 1978; Rose ym., 1977; Streiner, Goodman & Woodward, 1975; Tischler, 1966). Potilaat, joiden toimintakyky on sairauden vuoksi huonontunut otetaan sairaalaan vaikka erityinen vaarallisuus itselle tai muille puuttuisi.

Babiker (1974) katsoi *diagnoosin* olevan tärkeimmän yksittäisen

sairaalaanottoa määrävän tekijän, niin että skitsofreniapotilaiden sairaalaanottoluvut olivat pieniä, kun taas affektiivisissä ja orgaanisissa häiriöissä vastaavat luvut olivat suurimpia. Monet muut tutkimukset vahvistavat diagnoosin merkitystä sairaalaanotosta päätettäessä, mutta ovat eri mieltä siitä, mikä diagnoosi todennäköisimmin johtaa sairaalaanottoon (Baxter ym., 1968; Errera ym., 1963; Friedman ym., 1981; Hanson & Babigian, 1974; Sandifer, 1972; Schwartz & Errera, 1963; Tischler, 1966; Zonana, Henisz & Levine, 1973). Tutkimustulosten ristiriitaisuus todennäköisesti johtuu paikallisista eroista näkemyksissä skitsofreniapotilaiden hoidosta. Wood ym. (1960) väittävät, että valtaosalla potilaita on heidän diagnoosinsa ja oireensa olemassa suurimman osan aikaa myös silloin, kun he eivät ole sairaalassa ja että diagnoosin perusteella ei voida selittää sitä, miksi he tiettyinä ajankohtana joutuvat sairaalaan tai eivät, koska diagnoosi on koko ajan olemassa sairaala- tai avohoidosta riippumatta. Useat muut tutkijat ovat väittäneet, että erilaiset käyttäytymiskriisit, kuten vaarallisuus, ylittävät diagnostiset kategoriat ja ovat keskeisempiä tekijöitä sairaalaanotossa kuin diagnoosi sinänsä (Bartolucci & Drayer, 1973). Ehkä parhaiten näiden tutkimusten tulokset voidaan integroida sanomalla, että diagnoosi on yhteydessä erilaisten kriisien ilmaantumisen todennäköisyyteen, mutta että symptomaattinen kriisi mahdollisesti vaatii sairaalaanottoa, ei niinkään itse diagnoosi.

*Sairauden oireista ja kulusta* Baxter ym. (1968) esittävät seuraavat oireet sairaalaanottoa edistävinä tekijöinä: psykoottiset oireet, kommunikaatiokyvyttömyys, huono fyysinen ulkoasu, sairauden pitkä kesto ja aikaisempi psykiatrinen sairaalahoido. Tischler (1966) esittää sairaalaanottoa lisäävinä tekijöinä vihaisuuden, ärtyvyyden, tunneilmaisun köyhtymisen ja kognitiivisten toimintojen heikkenemisen.

Kirjallisuuden perusteella sairaalaanottoon vaikuttavina tekijöinä nousevat vakuuttavalla tavalla esiin juuri kliiniset tekijät. Ne ovat kuitenkin toisistaan riippuvaisia. Diagnoosi voi olla yhteydessä vaarallisuuteen, sairauden vaikeusasteeseen, oireisiin ja sairauden kulkuun. Näistä eri muuttujista vaarallisuus ja sairauden vaikeusaste näyttävät olevan eniten yhteydessä sairaalaanottopäätökseen.

### 2.2.3 Sosiaaliset muuttajat

Polak (1967) väittää, että suurinta osaa sairaita potilaita ei lähetetä sairaalaan ja että sairaalaan lähetetyistä potilaista suurin osa on ollut sairaana ilman, että heitä olisi lähetetty sairaalaan. Hän olettaa sairaalaan ottamisen olevan *sosiaalisen kriisin*, joka heijastaa perheen ja sosiaalisen järjestelmän meneillään olevia *ristiriitoja*.

Woodin ym. (1960) mukaan suurin osa potilaita on kroonikkoja ja heillä on oireita lähes koko ajan, kun he ovat poissa sairaalasta. Hänen mukaansa 65%:lla sairaalaan otetuista potilaista oli *konflikti* ympäristönsä

kanssa. Interpersonaalisen konfliktin olemassaolo näyttää olevan yhteydessä sairaalaan ottamispäätökseen.

Monissa tutkimuksissa on havaittu, että yksinäiset henkilöt, erityisesti erakoituneet, eronneet ja leskeytyneet potilaat ovat alttiimpia joutumaan sairaalahoitoon, kuin naimisissa olevat (Errera ym., 1963; Hanson & Babigian, 1974; Tischler, 1966). Nämä tutkimukset voivat kuvastaa sitä laajempaa ilmiötä, että *puuttuva sosiaalinen tukiverkosto* altistaa sairaalaan joutumiselle. Täten esimerkiksi työttömät joutuvat helpommin sairaalaan (Babiker, 1974).

Jos potilas tulee vastaanottopoliklinikalle perheen tai ystävien saattamina, jotka vaativat sairaalaanottoa väsyttyään potilaan hoitamiseen, hänet otetaan todennäköisesti sairaalaan (Errera ym., 1963; Friedman ym., 1981; Tischler, 1966). *Sosiaalisen tukiverkoston olemassaolo* vähentää sairaalaan ottamisen riskiä (Mendel & Rapport, 1969; Streiner ym., 1975). Arviot siitä, kuinka paljon sosiaalisen tukiverkoston olemassaolo olisi vähentänyt sairaalaanottoja vaihtelevat 27,5 %:sta 84 %:iin (Friedman ym., 1981; Lipsius, 1973; Mendel & Rapport, 1969; Rose ym., 1977; Streiner ym., 1975).

Sosiaalinen tukiverkosto vaikuttaa todennäköisesti eniten silloin, kun oireet eivät ole vaikeita tai akuutteja (Rose ym., 1977). Kuitenkin näyttää selvältä, että sairaalaanottopäätökset aina liittyvät koko sosiaaliseen ympäristöön, eivätkä yksin potilaaseen.

#### 2.2.4 Hoitojärjestelmään liittyvät tekijät

*Hoitosysteemin voimavarat* vaikuttavat hoitoratkaisuihin. Järjestelmässä, jossa on vaihtoehtoisia hoitomuotoja perinteiselle sairaalahoidolle, kuten päiväsairaalat tai kotihoitoryhmät, tapahtuu vähemmän sairaalaanottoja kuin sellaisissa järjestelmissä, joissa hoitomuotojen valikoima on rajoitettu. Eri sairaaloissa on erilaisia sisäänkirjoituslukuja ja ratkaisun tekijät osoittavat tietynlaista eriytymistä siihen, minkälaisia potilaita he haluavat vastaanottaa kuhunkin sairaalaan (Feigelson ym., 1978).

*Vastaanottajan kokemus ja kuuluminen muuhun kuin lääketieteelliseen ammattialaan* ovat molemmat yhteydessä ratkaisuihin, joissa potilasta ei oteta sairaalaan (Mendel & Rapport, 1969; Streiner ym., 1975). Meyerson, Moss ja Belville (1979) havaitsivat, että kokeneet vastaanottoarvioitsijat ottivat sairaalaan vain puolet siitä potilasmäärästä kuin kokemattomat. Nuoret apulaislääkärit näyttävät ottavan potilaita sairaalaan, koska he ovat huolestuneita potilaan voimakkaista oireista tai väkivaltaisuudesta tai koska heillä on vähemmän tietoa sosiaalisista voimavaroista tai vaihtoehtoisista hoitomuodoista sairaalahoidolle (Baxter ym., 1968; Finlayson, Bartolucci & Streiner, 1979; Friedman ym., 1981).

*Hoitojärjestelmän rakenteeseen liittyvistä tekijöistä* sairaalaanottopäätöksen kiireellisyys (Baxter, 1968), viikonpäivä (Babiker, 1974) vuoro-

kaudenaika (Mendel & Rapport, 1969), vapaat sairaansijat (Tischler, 1966), senioritakapäivystyksen saatavuus vastaanottopisteessä (Finlayson ym., 1979) ja työntekijän myönteinen asennoituminen (Tischler, 1966) ovat kaikki ainakin yhdessä tutkimuksessa osoittautuneet olevan merkittäviä tekijöitä sairaalaanottopäätöksen syntymisessä.

Kaiken kaikkiaan hoito-organisaation vaikutuksiin liittyvät tutkimukset johtavat selkeään, mutta harvoin eksplisiittisesti ilmaistuun johtopäätökseen, nimittäin siihen, että hoitojärjestelmän rakenne, työntekijöiden koulutus, kokemus ja hoitoideloginen viitekehys, siis koko hoitojärjestelmän hoitokulttuuri, vaikuttaa ratkaisevasti potilaan sairaalaanottopäätöksen syntymiseen.

### 2.2.5 Sairaalaanottopäätöksille esitetyt syyt

Laajan ja tuloksiltaan osin hämmentävän ristiriitaisen kirjallisuuskatsauksen jälkeen sairaalaan sisäänkirjoitukseen vaikuttavista tekijöistä voidaan kysyä, mitkä syyt ratkaisujen tekijät itse useimmiten katsovat ratkaisunsa perusteiksi.

Wood, Rakusin ja Morsen (1965) tutkimuksessa useimmin esitetty syy sairaalaanottoon oli kliininen arvio siitä, että potilas saattaisi tulla *väkivaltaiseksi ja vahingoittaa itseään tai muita*. Toiseksi yleisin kriteeri oli kliininen mielenkiinto. Potilaat, joiden psykopatologia oli kiinnostava, ja joilla oli verbaalista kykyä ja psykologista tajua otettiin mielellään sairaalaan. Kolmanneksi avohoitoresurssien puute esitettiin syyksi sairaalaanotolle. Syyt, joiden vuoksi potilaan sairaalaanotto torjuttiin, olivat sairaansijojen puute ja sellainen potilaan profiili, jota luonnehti kyky työhön ja sosiaaliseen toimintaan, psykologisen tajun puute, avohoitopalvelujen laiminlyöminen, tarve käyttää sairaalaa välttääkseen kohtaamasta konfliktitilanteita, alkoholismi ja mielenkiintoisen oireiston puuttuminen.

Mendel ja Rapport (1969) havaitsivat, että ratkaisuntekijät, joiden ammattitausta ja kokemus vaihtelivat suuresti, olivat yhtä mieltä siitä, että *oireiston vaikeusaste* oli pääsyy sairaalaanottamiseen potilaan subjektiivisen kärsimyksen ohella.

Streiner ym., (1975) toistivat edellisen tutkimuksen ja havaitsivat, että eniten esitetty syy sairaalaanotolle oli *vaarallisuus itselle* (43,6 %), sen jälkeen ei-psykiatriset syyt kuten somaattiset sairaudet ja sosiaalisen tuen puute, (yht. 19 %), sitten psykoottiset oireet (16,1 %).

Yleisimmät syyt sairaalaanottoa vastaan olivat:

- a) Oireisto ei vaatinut sairaalaanottoa (37,2 %).
- b) Vaarallisuuden puuttuminen itseään tai toisia kohtaan (25,4 %).
- c) Sosiaalisen tuen saatavuus ja kyky selvitä sairaalan ulkopuolella (yht. 22,4%).



Hanson ja Babigian (1974) tutki vastaanottotyöntekijöitä pyytäen heitä listaamaan tärkeimmät syyt sairaalaan ottamiselle. *Potilaan tai muiden suojele* oli yleisin syy (51 %), seuraavaksi yleisin oli halu varmistaa diagnostinen tutkimus ja hoito, jota ei olisi voinut suorittaa avohoidossa (36 %). Esitetyt syyt vaihtelivat kliinisen ja demograafisen tilanteen mukaan. Aikaisemmin hoidossa olleet potilaat otettiin useammin sairaalaan suojelelun takia, ehkä siksi, että potilaasta oli olemassa tietoa jo aiemmista sairauskertomuksista ja siksi, että hänellä todennäköisesti jo ennestään oli hoitosuhde avohoitoon. Erittäin harvoin esitettiin sairaalaanoton syiksi ympäristön stressistä vapauttamista, tuen tarjoamista, perheen levon tarvetta, kasvatuksellisia tarpeita tai taloudellisia syitä. Nämä löydökset ovat vastakkaisia Friedmanin ym. (1981) tutkimukselle, jossa todettiin sosiaalisten syiden (asunnon puute, perheen tuen puute ja sijoituspaikan tarve) aiheuttavan 31 % sisäänkirjoituksista. Näiden löydösten yhdistäminen on vaikeaa, koska tutkimukset on tehty erilaisissa ympäristöissä ja erilaisin tavoittein.

Eräät löydökset näyttävät kuitenkin yhtäpitäviltä:

Ensiksi: Ristiriitaisuus niiden tekijöiden välillä, jotka ratkaisun tekijä tietoisesti itse katsoo sairaalaanottopäätöksensä syiksi, verrattuna niihin tekijöihin, jotka empiirisissä tutkimuksissa on todettu tässä yhteydessä merkitseviksi.

Toiseksi: Tietoisesti esitetyt syyt tähdentävät potilaan kliinisiä Aspekteja, erityisesti kontrollin menetystä ja vaarallisuutta itselle ja muille. Vain yhdessä tutkimuksessa tuli esiin käsitys diagnostiikan ja hoidon varmistamisen merkityksestä sairaalaanoton syynä.

Kaiken kaikkiaan ristiriitaisuudet tutkimusten välillä viittaavat yhteisymmärryksen puutteeseen hyväksytyistä syistä sairaalaan ottamiselle. Konsensuksen puute sairaalahoidon kriteereistä ja niiden tutkimusten harvalukuisuus, joissa olisi yritetty määritellä sairaalaanottamisen perusteet, on todettu useissa tutkimuksissa (Flynn & Hennisz, 1975; Maxmen & Tucker, 1973; Spencer & Mattson, 1979). Tämä vastahakoisuus määritellä sairaalaanottamisen normeja on osoitus sellaisten seurantatutkimusten puutteesta, joista selkeästi kävisi ilmi, ketkä potilaat missäkin tilanteessa hyötyisivät psykiatrisesta sairaalahoidosta.

Toinen sekaannusta aiheuttava tekijä on yleinen ennakkoluulo psykiatrasta sairaalahoidoa kohtaan (Maxmen & Tucker, 1973). Keskeinen havainto kirjallisuudesta on hoitotavoitteiden ja eri hoitomuotojen yhteensovittamisen kriteereiden määrittämättömyys. Sairalahoidon turvaudutaan muiden vaihtoehtojen puuttuessa, eikä varsinaisten hoitoindikaatioiden perusteella, koska sairaalahoidon merkitys suurelta osin on epäselvä potilaan hoidon kannalta eikä yleisiä sairaalahoitoindikaatioita tai -kriteerejä ole voitu löytää.

## 2.2.6 Perheen merkitys sairaalaanottamiselle

Potilaan perheen vaikutuksesta sairaalaanottotapahtumaan on Richard A. Perlmutter esittänyt kattavan kirjallisuuskatsauksen artikkelissaan "Emergency psychiatry and the family: The decision to admit" (1986). Samassa artikkelissa hän esittää aihetta käsittelevän kaksivuotisen Rochesterin yliopistossa toteuttamansa projektin tulokset ja havainnot pitkäaikaisesta käytännön työstään perheterapeuttina.

Perlmutter toteaa, että perheen tapaaminen psykiatrisella vastaanottopoliklinikalla on monimutkainen vuorovaikutustapahtuma, jossa perheen läsnäololla on voimakas vaikutus sairaalaanottopäätöksen syntymiseen, mutta tapahtuman merkitystä ja luonnetta ymmärretään vielä kovin puuttellisesti ja sen merkitystä myös kirjallisuudessa on aliarvioitu. Kuitenkin aikaisemmissa tutkimuksissa (Perlmutter, 1983) on todettu, että 55,5%:lla poliklinikkatapauksista oli perhe mukana vastaanottotilanteessa ja että 95,8 %:ssa näistä perhe vaikutti jollakin tavalla sairaalaanottopäätöksen syntymiseen. Paitsi se, että perheet määrällisesti ovat näin usein mukana sairaalaanottotapahtumassa, on myös todettu, että perheen kanssa neuvottelemalla ja ongelmanratkaisumenetelmiä käyttämällä päästään laadullisesti parempiin tuloksiin (Perlmutter & Jones, 1985).

Sairaalaanottopäätökseen vaikuttavien muuttujien keskinäisestä tärkeysjärjestyksestä ei tekijän mukaan vallitse kovin suurta yksimielisyyttä. Aiheesta on laajalti kirjallisuutta, jossa tuodaan esiin psykososiaalisten tekijöiden, potilaan symptomatologian, aikaisemman hoitohistorian, potilaan suojelun ja arvioinnin tarpeen merkitystä tai vastaanottavan lääkärin kokemuksen ja asenteiden merkitystä. Siitä, mitkä olisivat tärkeimpiä muuttujia sairaalaanoton kannalta on hyvin vähän yksimielisyyttä. Lisäksi kirjallisuudessa usein tähdennetään ei-kliinisten, sosiaalisten, asenteellisten ja joskus irrationaalisten tekijöiden merkitystä sairaalaanottopäätöksissä (Tischler, 1966; Feigelson ym., 1978; Mendel & Rapport, 1969; Washburn, Vannicelli & Scheff, 1976).

Potilaan perheen merkitykseen sairaalaanottopäätöksissä on viitattu lukuisissa tutkimuksissa, tavallisesti yhtenä monista muuttujista. Vain muutamassa harvassa tutkimuksessa perheen vaikutus on ollut varsinaisena tutkimuksen kohteena. Sairaalaanottoon liittyvien psykososiaalisten tekijöiden tutkimuksessa Friedman ym. (1981) havaitsivat erittäin merkitsevän eron sisäänkirjoituksissa niiden potilaiden välillä, jotka tulivat yksin ja niiden, joita perhe oli mukana tuomassa. 26,5 % yksin tulleista ja 68,4 % perheen tuomista sisäänkirjoitettiin. Rose ym., (1977) totesivat, että ne potilaat, jotka tulivat sisäänkirjoitusta vaativan ystävän tai sukulaisen saattamina, otettiin useammin sairaalaan.

Rhine ja Mayerson (1971) havaitsivat, että monet potilaat olisivat hyötäneet enemmän kriisiterapiasta kuin perinteisestä mielisairaalahoidosta. Heidän kommenttinsa sairaalaanottopäätöksen syistä oli se, että sairaalaanoton kriteeri tavallisesti oli potilaan perheen tai muiden merkit-

tävien henkilöiden puuttuminen tai puutteellinen yhteistyö.

Ehkä tunnetuin tutkimus psykiatristen kriisien hoidosta on Coloradon psykiatrisen sairaalan perheprojekti. Siinä tutkittiin 300 perhettä, joissa lähettäjä arvioi identifioidun potilaan olevan välittömän mielisairaalahoitoa tarpeessa. Tutkimuksessa todettiin kuitenkin, että sairaalaanottoja tarvittiin harvoin ja potilaat voitiin sen sijaan hoitaa perhekeskeisellä kriisiterapialla. Sairaalaanotot johtuivat useimmiten myöntymisestä perheen painostukseen (Flomenhaft, Kaplan & Langsley, 1969; Langsley, Pittman, Machotka & Flomenhaft, 1968; Langsley, Machotka & Flomenhaft, 1971; Langsley & Kaplan, 1968).

Tischler (1966) usein siteeratusta tutkimuksessaan viittaa subjektiivisiin tekijöihin vastaanottavan psykiatrin ratkaisuissa. Hän kiinnittää myös huomiota psykiatrin ja perheen väliseen vuorovaikutukseen, kun hän toteaa erittäin merkittävän korrelaation perheen toiveiden ja potilaan sisäänkirjoituksen välillä. Tutkimuksessa erottui potilasryhmä, jossa sisäänkirjoitus on enemmän riippuvainen perheen toivomuksista kuin potilaan psykopatologiasta.

Holmes ja Solomon (1981) tutkivat potilaan ominaisuuksia, vastaanottavan henkilöstön ominaisuuksia ja systeemiä tekijöitä, jotka vaikuttivat sairaalaanottoon. Tutkimuksen keskeinen kohde oli verrata ensimmäisiä sisäänottoja uusiutuviin sisäänottoihin. Tässä yhteydessä tärkeää on yksi heidän tutkimuksensa sivulöydös: Molemmissa ryhmissä suurin yksittäinen sairaalaanottoa selittävä tekijä oli mukana olevien henkilöiden asenteet. Jos saattajien (sukulaiset, viranomaiset, ystävät) asenteet koettiin vastaanottavan henkilön taholta sairaalaanottoa vaativiksi, ratkaisussa todennäköisimmin päädyttiin sairaalaanottoon.

Toistuva huomio kirjallisuudessa on siis se, että sairaalaanottopäätökseen vaikuttavat merkittävästi potilaan perheen tai sosiaalisen verkoston vaatimukset (Talbot, 1976). Polak (1967) kuvasi yksityiskohtaisesti sellaisia elämäntilanteita ja kyvyttömyyttä niiden kohtaamiseen, jotka johtivat yksilön sulkemiseen oman ryhmänsä ja yhteisönsä ulkopuolelle lähettämällä hänet mielisairaalaan. Polak tähdentää sosiaalisen arvioinnin ja intervention tärkeyttä silloin kun potilasta ollaan toimittamassa mielisairaalaan.

Bartolucci, Goodman ja Streiner (1975) pitävät perheen asennetta sairaalaanottoon tärkeänä tilannemuuttujana ja korostavat sitä, kuinka tärkeää vastaanottavan klinikon on olla tietoinen niistä eri tasoista, jotka ovat mukana ratkaisua tehtäessä (rationaalinen taso, perheen emotionaalinen painostus) .

Mechanic (1980) katsoi, että tärkein vaikuttava voima sairaalaanottopäätöksen taustalla oli potilaan perhe. Hanson ja Babigian (1974) havaitsivat, että potilaat otettiin sairaalaan useammin silloin, kun heillä oli saattaja mukana, kuin jos saattajaa ei ollut (33 % vs. 21 %). Deiker ja Pryer (1974) korostavat ristiriitaa perheen ja identifioidun potilaan käyttäytymisodotuksissa ja he tähdentävät sellaisten vastaanottokäytäntö-

jen tärkeyttä, joihin liitetään perheen asenteiden ja odotusten arviointi. Spitzer, Swanson ja Lehr (1969) tutkivat perheen vaikutusta potilasuraan ja totesivat, että potilaan selviytyminen oli tiiviisti sidoksissa perheen rakenteeseen ja asenteisiin. Heidän mielestään näiden perheilmioiden selvittely ennen sairaalaanottopäätöksen tekemistä olisi tärkeää.

Perlmutter (1986) tarkastelee perheen ja vastaanottavan psykiatrin vuorovaikutusta todeten, että parhaassa tapauksessa voi psykiatrin ja perheen välillä vallita selvä yhteisymmärrys sairaalaanoton tarpeellisuu-  
desta. Useimmiten näin on vakavien mielialahäiriöiden, elimellisten häiriöiden ja psykoosien yhteydessä. Perhe tarjoaa apua ja yhteistyötä potilaan hoitoprosessin läpikäymisessä. Toinen ääripää yhteistyössä ovat tapaukset, joissa sairaalaanotto perustuu enemmän perheen painostukseen, kuin oireiston tasoon tai muihin kliinisiin indikaatioihin. Tätä ongelmaa on käsitelty useissa artikkeleissa ja se näyttää liittyvän tilanteeseen, jossa perhe esittää voimakkaan vaatimuksen perheenjäsenen sairaalaanottamisesta ja lääkäri ei pystysanomaan "ei". Kliinisesti on selvää, että suuri osa näitä tapauksia, siis turhia sairaalaanottoja, voidaan välttää, jos on tarjolla mahdollisuus perheinterventioon ja nopeaan seurantaan. Rubenstein (1972) ja Krystal (1968) korostavat vastaanottavalta psykiatrilta vaadittavia perheterapeuttisia valmiuksia. Perheen odotukset sairaalaanotosta ovat jossain määrin epärealistisia, jopa maagisia ja niihin liittyy potilaan perheestä eristämisen ja syntipukiksi leimaamisen motiiveja.

Jotkut yksilöt ja perheet voivat tulla riippuvaisiksi sairaalasta (Hoffman, 1981; Stanton & Todd, 1981). Epätoivoinen halu päästä sairaalaan, voimakas painostus vastaanottoyksikköä kohtaan ja raivo, jos tarve frustroidaan esim. kliinisen arvion takia, sopivat kaikki addiktiomalliin. Toistuvat sairaalaanotot tällaisessa yhteydessä vähentävät mahdollisuuksia terveempään adaptaatioon tulevaisuudessakin ja johtavat tilanteeseen, jossa hoitoa haetaan hoidon itsensä takia ja oireita käytetään riippuvuuden ylläpitämiseen.

Useat edellä referoidut tutkimukset korostavat ratkaisuprosessin monimutkaisuutta. Toiset tutkimukset taas olettavat liian yksinkertaisesti, että esimerkiksi tietty oireiston aste tai tietyt terapeutin ominaisuudet johtaisivat automaattisesti sairaalaanottoon. Tulisi pikemminkin kiinnittää huomiota siihen paineeseen, joka kohdistuu vastaanottavaan henkilöstöön potilaan omaisten ja muiden ongelmaan liittyvien ihmisen taholta. Tällainen lähestymistapa on käyttökelpoisempi kuin absoluuttinen tai kvantitatiivinen oireiden vaikeusasteen tai perheen tuen mittaaminen. Yksimuuttujaisen lähestymistavan rajoituksia sairaalaanottoratkaisua tutkittaessa on korostettu viime aikoina (Apsler & Bassuk, 1983).

On tärkeää nähdä muuttujat moninaisina ja toisiinsa vaikuttavina. Esim. potilaan oireet ovat vuorovaikutuksessa perheen oireiden sietokyvyn kanssa, joka puolestaan on vuorovaikutuksessa haastattelijan kliinisen taustan, vastaanottopoliklinikan toimintatavan ja perheen kyvyn kanssa nähdä vaihtoehtoja.

Perheen paineen lisäksi vastaanottoyksikköön kohdistuu muitakin paineita yhteiskunnasta esimerkiksi poliisin, koulun, terapeuttien ja muiden ulkopuolisten potilaan edustajien taholta. Nämä paineet ovat vuorovaikutuksessa vastaanottoyksikön sisäisten tekijöiden kanssa, kuten ajan ja tilan aiheuttamat rajoitukset, jonotuslistan pituus, saatavilla oleva vaihtoehtoinen hoito, asuntolatilanne, osastojen laatu ja hoitosysteemistä riippuvat paineet pitää psykiatriset sairaansijat täynnä tai tyhjinä. Ratkaisuprosessi on erilainen silloin, kun on vapaita sairaansijoja, verrattuna siihen, kun niitä ei ole. Tällöin suhtautuminen perheeseen ja potilaan oireisiin on määräytynyt jo ennen varsinaisen haastattelun alkua. Sairaalaanotosta päättävään lääkäriin kohdistuvat monet ristikkäispaineet edellyttävät kykyä kypsaan ja kliinisesti vastuulliseen toimintaan.

Perheen vaikutus on kaksitahoinen. Kypsäksi voi sanoa perhettä, joka tukee tarpeellista sairaalaanottoratkaisua ja ongelmiaan pohtimalla välttää tarpeettomia sairaalaanottoja. Epäkypsästi toimivat perheet aiheuttavat painetta myös henkilökunnan epäkypsän toiminnan suuntaan. Jokaisessa perhekriisissä on mahdollisuus regressioon, joustamattomuuteen ja ajattelun ja ongelmanratkaisukyvyyn heikkenemiseen (Perlmutter, 1983). Tämä saa perheen yksioikoisesti näkemään vastaanottopoliklinikalla käynnin lopputuloksen jo ennakoita ja aiheuttaa vastaanottavalle lääkärille vaikeuksia pysyä objektiivisesti taustalla ja tarkastella erilaisia hoitovaihtoehtoja.

Siihen, onko perheen vaikutus konstruktiiivinen vai destruktiivinen vaikuttaa myös vastaanottava lääkäri. Tässä yhteydessä hänen tärkeimpiä ominaisuuksiaan ovat hänen asenteensa perheeseen, hänen kykynsä työskennellä perheiden kanssa, hänen kykynsä empaattisesti ymmärtää perheen tuskaa ja hänen kykynsä ymmärtää ja käyttää hyväksi perheen voimavaroja eikä taistella niitä vastaan. On verrattomasti hyödyllisempää nähdä perheenjäsenet kamppailemassa parhaan kykynsä mukaan oman perheensä puolesta kuin syyttää heitä hienovaraisesti perheen ongelmista ja sairauksista.

Sairaalaanottopäätökseen liittyy siis monimutkainen neuvottelujärjestelmä sairaalan, vastaanottopoliklinikan, potilaan, perheen ja yhteiskunnan kesken. Päätöksellä on kauaskantoisia merkityksiä sekä potilaan että perheen kannalta. Joissakin tapauksissa sairaalahoidosta on selvästi hyötyä, toisaalta sairaalaanotto ei ole riskitöntä. Sairaalahoidon negatiivisia vaikutuksia rajatilapotilailla ovat kuvanneet Sadovoy, Silver ja Book (1979) ja Friedman (1969). Vaikutukset perheisiin, joiden yksi jäsen on sijoitettu sairaalaan voivat olla kielteisiä. Jotkut perheet sulkevat rajansa ja luovat uuden jäykän perherakenteen, johon potilaan ei ole mahdollista palata.

Monet perheet välttävät aviollisia tai sukupolvien välisiä konflikteja määrittelemällä yhden perheenjäsenen poikkeavaksi. Kriisin aikana erityinen välttämisen muoto on se, että perhe vaatii kaikkien perheenjäsenten ja erityisesti vastaanottopoliklinikan lääkärin pitävän tätä perheen-

jäsentä psyykkisesti häiriintyneenä. Jos lääkäri perheen vaatimusten paineessa ottaa potilaan sairaalaan, on perheen defensiivisen välttämisen lääketieteellinen "siunaaminen" täydellistä ja perheen toiminta jatkuu entistäänkin epäkypsemällä tasolla.

Sairaalaanotto sinänsä ei ole pahasta. Se, mitä tarvitaan on, että sairaalaanotosta päättävät henkilöt ovat selvillä niistä systeemisistä tekijöistä, jotka ohjaavat heidän toimintaansa. Tietoisuus näistä tekijöistä vaikuttaa sairaalahoidon tavoitteiden asetteluun. Lääkäri pitää selventää perheen ja potilaan odotuksia ja esim. sopia perheen mukaantulosta hoitoprosessiin myös sairaalahoitajakson aikana.

Mahdollisesti yksipuolinen kysymyksenasettelu, "päätös sairaalaanotosta" (The decision to admit), sinänsä on harhaanjohtava, koska se vähättelee vuorovaikutuksellisia ja ihmissuhdetekijöitä. Se viittaa tilanteeseen, jossa lääkäri olisi istumassa työhuoneessaan ja tekemässä sairaalaanottopäätöksiä paperilähetteen perusteella. Lääkäri on kuitenkin puhuttava perheiden kanssa riippumatta siitä, otetaanko potilas sairaalaan vai ei. Hänen tapansa toimia perhekeskusteluissa vaikuttaa potilaan ja perheen ajatteluun ja hoidon kulkuun. Lääkärillä, jolla on psykoterapeuttista kykyä ja kykyä perhearviointiin, on parhaat mahdollisuudet sairaalaanottotilanteessa työskennellä yhdessä perheen kanssa kohti kypsempää ja terveempää hoitoratkaisuja.

## 2.3 Suomalainen kirjallisuus

Suomessa on tehty useita tutkimuksia psykiatristen potilaiden sairastamiseen liittyvistä taustatekijöistä, potilaan urasta ja mielisairaalaan joutumisesta 1960-luvulta alkaen (Achté, 1967; Anttinen, Eloranta & Stenij, 1971; Lehtinen, 1975; Ojanen, 1975; Lönnqvist, 1977; Salokangas, 1977; Parvikko, Koskinen & Harju, 1980; Hakkarainen, 1982; Nieminen, 1985). Itse sairaalaanottotapahtumasta ja siihen liittyvistä tekijöistä ja vastaanotokäytännöstä on tehty selvityksiä 1980-luvulla (Leiman, 1981; Virtanen ym., 1985 ja 1988; Lönnqvist, Hemmi, Ostamo, Sihvonen & Kapanen-Grönfors, 1985).

### 2.3.1 Psykiatrasta sairastavuutta, sen taustatekijöitä ja niiden yhteyksiä mielisairaalahoitoon käsittelevät tutkimukset

Mielisairaalan käytön on epidemilogisissa tutkimuksissa katsottu olevan yhteydessä sairastavuuteen. Kuitenkaan yhteys ei ole yksiselitteinen. On todettu, että suurin osa potilaita, jotka olisivat mielenterveyspalvelujen tarpeessa, eivät todellisuudessa niitä käytä, ja että sairaalaan käyttöön

vaikuttavat monet tekijät, kuten potilaiden ja omaisten asenteet ja saatavilla olevat muut hoitomuodot (Lehtinen, 1975).

Achté (1967) on tutkimuksessaan Helsingin mielisairaalapotilaista todennut, että skitsofreniapotilaita esiintyi kantakaupungin alueella erittäin merkitsevästi enemmän kuin esikaupungeissa, niin että suurin sairastavuus esiintyi kantakaupungin tiheimmin asutuilla alueilla.

Lönnqvist (1977) käsitteli itsemurhatutkimuksessaan mielisairaalaan lähetettyjen potilaiden määrää Helsingin eri kaupunginosissa vv. 1960-61 ja 1970-71 ja totesi, että mielisairaalaan lähetettyjen potilaiden osuus väheni kymmenessä vuodessa sellaisilla alueilla, joissa oli tapahtunut uudisrakentamista ja lisääntyi niillä alueilla, joilla miesten, yksinasuvien ja alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvien määrä oli kasvanut.

Stenbäck ja Achté (1964) havaitsivat helsinkiläisiä mielisairaalapotilaita käsittelevässä tutkimuksessaan, että skitsofrenian esiintyvyys oli suurempi alemmissä kuin ylemmissä sosiaaliluokissa.

Salokangas (1977) totesi, että mitä useammin potilas on ollut mielisairaalahoidossa tutkimusjakson aikana, sen huonompi hänen sosiaalinen kokonaiskehityksensä on.

Achté (1967) on todennut, että skitsofreniapotilailla, joilla on sairaalaan tullessa työsuhde on parempi ennuste kuin työttömillä. Työttömyyden yhteyksistä mielisairaalaan käyttöön Ojanen (1975) toteaa, että ammattitaidottomien nuorten miesten todennäköisyys palata mielisairaalaan on erityisen suuri. Salokangas (1980) on todennut, että työttömien osuus mielisairaalapotilaiden joukossa on suurempi kuin koko väestössä. Parvikko ym. (1980) totesivat Pohjois-Hämeessä tehdyssä tutkimuksessa, että työttömät joutuvat useammin mielisairaalaan kuin työssä olevat, vaikka psykiatriset oireet olisivat samanlaisia.

Perheen merkitystä potilaan mielisairaalaan ottamiselle on käsitelty skitsofreniapotilaiden kuntoututusta ja kotisairaanhoidoa koskevassa tutkimuksessa (Anttinen ym., 1971). Siinä todettiin, että kotisairaanhoidossa olevat potilaat palasivat harvemmin mielisairaalaan kuin muussa jatkohoidossa olevat potilaat, ainakin osaksi siitä syystä, että kotisairaanhoido tutkijoiden mielestä vahvisti perheiden terapeuttista asennetta. Ojansen (1975) mielisairaalapotilaan uraa käsittelevässä tutkimuksessa yksi keskeinen löydös oli, että naimattomien nuorten miesten sairaalaan paluun todennäköisyys oli suuri. Salokangas (1977) toteaa skitsofreniapotilaiden psykososiaalista kehitystä käsittelevässä tutkimuksessaan, että kotona asuvat tai muuten vanhempien kanssa läheisessä vuorovaikutuksessa olevat potilaat joutuivat mielisairaalaan useammin kuin kotoa aikaisin irrottautuneet potilaat.

Niemisen tutkimuksessa "Elinolot ja mielenterveyspalvelujen käyttö" (1985) ei voitu todeta kovin selviä eroja sairaalaan palanneiden ja palaamattomien ihmissuhteissa. Useat sairaalaan palanneista olivat seurantavuosien aikana varsin yksinäisiä, mutta yksinäisiä oli myös sairaalaan palaamattomien joukossa. Selvimmin potilasryhmät erosivat

toisistaan perhetilanteen ja työssä olon suhteen. Sairaalaan palanneista useimmat asuivat vanhempiensa tai sukulaistensa luona, kun taas sairaalaan palaamattomista suurin osa oli itsenäistynyt vanhempiensa kodista. Sairaalaan palaamattomat olivat työssä sairaalaan palanneita useammin. Vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa työssä ja perhe-elämän puitteissa saattoi tutkijan mielestä vähentää sairaalahoidon tarvetta.

Salokangas, Mattila ja Penttinen (1988) tutkivat geriatriasia mielisairaalapotilaita Turussa ja heidän mukaansa tutkimuksen tulokset tukivat näkemystä, jonka mukaan sosiaalisen kanssakäymisen väheneminen vanhuksilla voi vaikuttaa heidän sairastumiseensa psyykkiseen häiriöön sekä joutumiseensa pitkäaikaiseen mielisairaalahoittoon.

### 2.3.2 Psykiatrisen sairaalaanoton syitä ja sairaalaanottotapahtumaa käsittelevät tutkimukset

Markku Ojanen on tutkimuksessaan "Mielisairaalapotilaan ura" (1975) selvittänyt mm. sairaalaan tulon syitä. Hänen mukaansa mielisairaalaan tulon todennäköisyys on suuri nuorten, naimattomien ja ammattitaidottomien sekä vastaavasti pieni varttuneiden, naimisissa olevien ja ammattitaitoisten keskuudessa. Pahin riskiryhmä ovat nimenomaan naimattomat ammattitaidottomat nuoret. Joidenkin kohdalla naimattomuus ja ammattitaidottomuus on seurausta pitkään jatkuneesta häiriöstä tai poikkeavuudesta. Useimpien kohdalla kyse lienee siitä, että ongelmien kohdatessa henkilöllä ei ole kiinteää sosiaalista asemaa, joka vähentäisi hoitoon hakeutumisen tai toimittamisen tarvetta. Sairaalaan tulijoista puolella ahdistuneisuus on muodostunut ongelmaksi. Ahdistuneisuuden takana nähdään tavallisesti jokin elämisen ongelma tai ongelmaryhmä. Toinen puoli tulijoista toimii muiden odotusten tai käsitysten vastaisesti. Tällaisen käyttäytymisen takana ei nähdä yhtä usein elämisen ongelmia, johon voi olla syynä se, ettei näitä ongelmia tiedosteta tai se, että poikkeava käyttäytyminen on aiheutunut biologisista syistä. Hoitoon paluuta voitiin jossain määrin ennustaa sosioekonomisilla muuttujilla ja asennetekijöillä. Paluun riski on suurimmillaan heti sairaalasta lähdön jälkeen. Vuoden kuluttua hoidosta sairaalaan palaa enää vain muutama, kun kyseessä ovat ensimmäistä kertaa hoidetut. Useita kertoja hoidettujen kohdalla paluun todennäköisyys ei pienene yhtä voimakkaasti ajan funktiona.

Pentti Leiman on selvittänyt tutkimuksessaan "Potilaan vastaanottokäytäntö psykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa" (1981) vastaanottokäytäntöjä psykiatristen sairaaloiden osalta 15 mielisairaanhuoltopiirissä. Hän on todennut kolmenlaisia vastaanottokäytännön malleja. Yleisimmin esiintyy malli, jossa potilaan vastaanottotapahtumat keskittyivät osastoille ja vastaanottoimisto huolehti lähinnä sisäänottotapahtuman teknisistä järjestelyistä. Toisessa mallissa käytettiin eriytettyä vastaanottoyksikköä, jonka tehtävät vaihtelivat laajuudeltaan vastaanottoteknisistä toimenpi-



teistä aina potilasvirtojen säätelyyn, yhteydenpitoon alueen muihin terveystaloihin ja poliklinikan yhteyteen sijoitetun vuodeosaston ylläpitoon. Kolmannessa mallissa, jota sovellettiin sektoroiduissa sairaaloissa sairaalahoito oli porrastettu alueellisin perustein toimivaan vastaanottoyksikköön ja varsinaiseen hoitoyksikköön. Tällöin osa diagnostisia ja potilasta orientoivia tehtäviä sijoittuu avohoitojärjestelmän piiriin.

Selvitysten perusteella tutkija tekee neljä olettamusta:

- a) Potilaan sijoittuminen on riippuvaista muoto- ja satunnaisseikoista.
- b) Olennaisia vastaanottokäytäntöjä sääteleviä seikkoja sijoittuu varsinaisen vastaanottotapahtuman ulkopuolelle. Potilaita lähettävien tahojen omat perinteet vaihtelevat ja säätelevät potilaiden ennako-odotuksien muodostumista ja vastaanottavien tahojen (sairaaloiden) käytettävissä olevaa ennakoivaa tietoa potilaasta. Ennen potilaan ja hoito-organisaation kohtaamista on tapahtunut yleensä monenlaisia, tätä kohtaamista sävyttäviä tapahtumia. Tämä merkitsee, että vastaanottokäytäntöjä kehitettäessä ei voida rajoittua vain avohoidon ja sairaalahoidon sisäisten toimenpiteiden järjestelyyn, vaan on tarpeellista tutkia myös niitä organisaation ulkopuolisia prosesseja, jotka säätelevät potilaan tuloa hoitoon.
- c) Potilasvastaanottokäytännön järjestelyt eivät aina vastaa vastaanottotapahtumiin liittyvien päätösten asettamia vaatimuksia.
- d) Vastaanottokäytäntö on molemminpuolisessa riippuvuussuhteessa hoitoon. Sen kehittyneisyys riippuu tarjottavana olevista hoitomahdollisuuksista ja hoidon periaatteista.

Kokoavasti voidaan todeta, että vastaanottokäytäntö muodostaa tärkeän linkin väestön psykiatrisen hoidon tarpeen kanavoitumisessa konkreettiseksi hoitotoimenpiteiksi ja sen laatu mittaa hoito-organisaation laatutasoa.

Tutkimusraportista kerättyjen arvioiden perusteella voitiin todeta, että sisällöllisesti potilaan ohjautuminen sairaalahoitoon on mutkikas, ristiriitainen ja usein kaoottiseltakin vaikuttava prosessi. Vastaanottokäytännön kehittämistä pidettiin kaikissa arvioissa hyvin tärkeänä. Kehittämistyössä nähtiin keskeisinä sekä sairaalan yhteydet ulkopuolisiin palveluihin ja omaisiin, että vastaanottokäytännön terapeuttisuuden ja diagnostisen laadun kehittäminen.

"HYKS:n Psykiatrian klinikan potilastutkimuksessa 1983" (Lönnqvist ym., 1985) tarkasteltiin 343:n peräkkäisen vuodeosastoille otetun potilaan sairaalaanottoa, mm. sairaalaan lähettämisen syitä. Sairaalaan lähettämisen perusteita tutkimuksen mukaan olivat tärkeysjärjestyksessä seuraavat tekijät: Häiriön vaikeusaste, ahdistuneisuuden aste, päihdeongelmat, ihmissuhteiden toimivuus, somaattiset oireet ja niiden heijastumat, tuskaisuus ja työkykyisyys sekä psykoosin kroonisuus. Hoitavat henkilöt arvioivat valtaosan potilaista sopiviksi Psykiatrian klinikan hoitoon. Hyvin sopivina pidettiin potilaita, joita luonnehtivat

läheteissä ahdistuneisuusoireet, ihmissuhdeongelmat ja sosiaaliset vaikeudet. Vähemmän sopivina pidettiin potilaita, joiden läheteissä oli mainittu oireina levottomuus, alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttö tai somaattiset oireet.

Hilkka Virtanen ym. (1985, 1988) on tarkastellut kokemuksia Turun psykiatristen sairaaloiden sisäänottopoliklinikan toiminnasta. Mielisairaalaosastojen tarkoituksenmukaisen käytön edistämiseksi perustettiin Turkuun vuonna 1984 sisäänottopoliklinikka, jonka kautta päivystysaikoja lukuunottamatta otetaan potilaat psykiatriseen sairaalahoitoon. Poliklinikan toiminta-aikana on sisäänottojen todettu selvästi vähentyneen. Poliklinikan työryhmän muodostavat erikoislääkäri, erikoissairaanhoitaja, mielisairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä. Koko työryhmä pyrkii yhtä aikaa haastattelemaan ja tutkimaan potilasta. Lähimmät omaiset yritetään aina saada tilanteen arviointiin mukaan. Heitä ei haastatella erikseen, vaan kaikki asianosaiset ovat yhtä aikaa paikalla. Keskustelussa käytetään menetelmänä usein ns. sirkulaarista haastattelua.

Toiminnan perusajatuksena on ongelma- ja kriisikeskeisyys. Ensisijaisena pidetään potilaan ja häneen liittyvien ihmisten tukemista ongelmien ratkaisuun omin voimavaroin tai eri avohoidon keinojen avulla. Sairaalahoidon hyödyt ja haitat pyritään perusteellisesti punnitsemaan. Erityisen huomion kohteena ovat ensikertalaiset, kymmeniä kertoja sairaalassa olleet kroonikot, vanhuuttaan avuttomiksi tulleet hoivapotilaat sekä ns. moniongelmaiset. Ensikertalaiset pyritään hoitamaan muutamalla perheistunnolla poliklinikalla. Kroonikoita tuetaan avohoitoon poliklinikkakäynneillä lyhyin määräväleillä. Vanhusten kohdalla pyritään tarkkoihin psykogeriatrisen hoidon indikaatioihin. Moniongelmaisten kohdalla kootaan yhteen mahdollisimman laajasti myös häntä hoitava viranomaisverkosto.

Kynnys avo- ja sairaalahoidon välillä on tärkeä ja sairaalahoidon moninaisten sekä potilaaseen, että hänen lähiympäristöönsä kohdistuvien vaikutusten takia sitä on tekijöiden käsityksen mukaan syytä pitää korkeana ja käyttää sairaalahoitoa ainoastaan tarkoin indikaatioin. Kirjoittajien mielestä sairaalahoidon tarpeen arviointi on vaikeaa ja monimutkaista. Siitä huolimatta sairaaloiden sisäänottoluvut ovat poliklinikan toiminnan aikana laskeneet.

Oulun yliopiston psykiatrian klinikassa suoritetussa tutkimuksessa arvottiin sellaiset potilaat, joiden sairaalaanoton indikaatiot eivät olleet selkeitä, joko avohoitoon tai sairaalahoitoon. Seurantatutkimuksessa todettiin, että avohoitoon arvottujen potilaiden sekä hoidollinen että psykososiaalinen selviytyminen oli ratkaisevasti parempi kuin sairaalahoitoon arvottujen (Suullinen tiedonanto, E. Väisänen, 1992).

## 2.4 Tiivistelmä

Potilaan psykiatriseen sairaalaanottoon liittyvistä tekijöistä on erittäin runsaasti kirjallisuutta usean vuosikymmenen ajalta. Erityisen runsaasti on tutkittu potilaan psyykkiseen sairauteen liittyviä tekijöitä. Näistä tekijöistä keskeisimpiä sairaalaanottamiseen liittyviä syitä kirjallisuuden perusteella ovat vaarallisuus itselle tai muille ja sairauden vaikeusaste.

Perhetekijöiden merkitystä on tutkittu suhteellisesti vähemmän niiden todelliseen merkitykseen nähden. Yleensä perheen on nähty vaikuttavan potilaan sairaalaanottamisen suuntaan. Joissakin tutkimuksissa on korostettu myös perheen myönteistä panosta sairaalaanottoratkaisusta päätettäessä. Perhetekijöiden osalta yleisesti kaivataan lisää tutkimusta perheen merkityksen ymmärtämiseksi sairaalaanottoratkaisujen yhteydessä.

Potilaan sosiaalisen verkoston yhteydestä sairaalaanottopäätöksiin katsotaan kirjallisuudessa niin ikään olevan riittämättömästi tutkimusta. Tähänastiset tutkimukset liittävät sosiaalisen verkoston puutteellisuuden tai sosiaalisen konfliktin sairaalaanottoratkaisuun myötävaikuttaviksi tekijöiksi.

Hoitojärjestelmän vaikutuksesta sairaalaanottoratkaisuun on kohdallaisen runsaasti tutkimusta, joka kuitenkin rajoittuu pääasiassa organisaation ulkoisten puitteiden merkityksen tutkimukseen (vapaana olevat sairaansijat, vastaanottavan henkilöstön koulutus, etäisyydet vastaanottopoliklinikalle jne.).

Sen sijaan potilaan, hänen perheensä ja hoitojärjestelmän vuorovaikutuksesta ja itse vastaanottotapahtumasta ei ole juuri lainkaan tutkimuksia ja sellaisten tutkimusten tarve nousee kirjallisuudessa useista lähteistä esiin.

Kirjallisuuden valossa osa potilaan sairaalaanottamiseen liittyviä tekijöitä näyttäytyy jokseenkin yksimielisesti selvitettyiksi, osan tekijöitä kohdalla esiintyy ristiriitaisia näkemyksiä ja osan kohdalla tutkimus on vielä pääosin tekemättä. Helposti voi yhtyä useissa artikkeleissa esitettyyn käsitykseen siitä, että sairaalaanottopäätöksiin näyttää liittyvän monien tunnettujen tekijöiden lisäksi jopa irrationaalisia tekijöitä.

### 3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella psykiatrisen potilaan hoitoprosessin sitä osaa, joka liittyy hänen ottamiseensa psykiatriseen sairaalahoitoon.

Tutkimustavoitteet rajautuvat erityisesti seuraavien tutkimusongelmien ympärille:

1. Millä perusteilla lähettäjät arvioivat potilaan sairaalahoidon tarpeen.
2. Mitkä tekijät vastaanottotilanteessa ovat yhteydessä hoitoratkaisun syntymiseen, erityisesti tarkastellen seuraavia tekijöitä:
  - a) Potilaan sairauden tilaan liittyvät tekijät
  - b) Potilaan perheeseen liittyvät tekijät
  - c) Potilaan sosiaaliseen tilanteeseen ja verkostoon liittyvät tekijät
  - d) Hoitojärjestelmän tilaan liittyvät tekijät, kuten avohoitopalvelujen saatavuus, sairaansijatilanne sekä organisaation hoitokäytäntö ja -kulttuuri.
  - e) Aikaisempi hoitokäytäntö kyseisen potilaan kohdalla
3. Pyritään vertaamaan perinteistä potilaan sairaalaanottotapahtumaa, jossa lääkäri kliinisen tutkimuksen perusteella määrittelee sairaalahoidon tarpeen, Keroputaan sairaalassa kehitettyyn uudenlaiseen potilaan vastaanottotapaan. Siinä potilaan sairaalaan ottaminen päätetään polikliinisessä hoitokokouksessa, jossa ovat mukana potilas, hänen perheensä, poliklinikan työryhmä sekä mahdollisen vastaanottavan osaston edustaja.
4. Pyritään vertaamaan eri hoitoprosessiin osallistuvien tahojen näemyksiä siitä, millä tavoin potilaan mielisairalahoidon tarve määräytyy eli sitä, miten hoidon tarpeen arvioi lähettäjä, miten sairaalan vastaanottava lääkäri ja miten poliklinikan työryhmä.

Tutkimustavoitteiden pohjalta nousee esiin seuraavia kysymyksiä:

1. Onko löydettävissä sellaisia eroja sairaalaan tulleiden ja poliklinikalla hoidettujen potilaiden välillä, jotka ovat yhteydessä sairaalaanottopäätöksen syntymiseen,
  - a) potilaan kliinisessä tilassa,
  - b) perhetilanteessa,
  - c) sosiaalisessa verkostossa,
  - d) hoito-organisaation toimintakyvyssä,
  - e) vastaanottotapahtumassa.
- 2) Millä tavoin potilaan sairaalaantulo-prosessissa lähettäjän (avohoito, yleensä terveyskeskus tai mielenterveystoimisto) ja vastaanottajan (sairaalan lääkäri tai poliklinikkatyöryhmä) näkemys potilaan ongelmista ja sairaalahoidon tarpeesta eroavat toisistaan.
- 3) Soveltuuko perhe- ja verkostokeskeinen hoitokokoustyöskentely mielisairaalan vastaanottotoimintaan ja saavutetaanko sillä jotakin etua aikaisempaan käytäntöön verrattuna.

Yksinkertaistaen tutkimusongelma voidaan pelkistää seuraavasti:

Mitkä tekijät liittyvät potilaan lähettämiseen ja hänen vastaanottamiseensa mielisairaalaan,

miten sairaalaanotto tapahtuu,

ja miten sairaalaanottokäytäntöä uudella vastaanottokokoustoiminnalla voidaan kehittää.

## 4 VASTAANOTTOKOKOUS JA TUTKIMUS- TAPAHTUMAN KULKU

Tutkimusajankohtana, syys-lokakuussa 1988, potilaat tulivat Keroputaan sairaalan poliklinikalle vakiintuneen käytännön mukaisesti yleensä terveyskeskuslääkärin tai mielenterveystoimiston työntekijän lähettäminä. Muutama potilas hakeutui itse poliklinikalle päästäkseen sairaalaan ilman varsinaista lähetettä.

### 4.1 Vastaanottokokous

Tulotilanteessa potilaat otettiin vastaan vastaanottokokouksessa, johon osallistuivat poliklinikkatyöryhmä, potilas itse, hänen mukaan saadut perheenjäsenensä, hänen verkostonsa jäsenet ja edustaja sairaalan mahdolliselta sijoitusosastolta. Vastaanottoryhmä toimii kuin hoitokokous, mutta sen keskeisen tehtävän on erityisesti potilaan hoitomuodon ja hoitopaikkaratkaisun valinta eli päättää siitä, hoidetaanko potilas avohoidossa vai otetaanko hänet sairaalaan. Vastaanottokokous on siis hoitokokous avohoidon ja sairaalan rajalla keskeisimpänä tavoitteena sairaalanottoratkaisusta päättäminen. Hoitopäätös syntyy vastaanottokokouksessa erityisen vuorovaikutusprosessin tuloksena, jonka teoreettisia aspekteja voidaan kuvata samalla tavalla kuin hoitokokousten teoreettista taustaa yleensä. Hoitokokouksessa potilaan perhe ja muu verkosto pyritään kytkemään potilaan hoitoon mukaan paitsi aktiiviseksi osallistujaksi myös hoitovastuun kantajaksi. Samalla sairausprosessi nähdään sellaisesta näkökulmasta, jossa yksityinen potilas ei ole "sairas" ja hoi-

don kohde, vaan kysymys on myös perhesysteemin, mahdollisesti myös sitä laajemman systeemin toiminnan ongelmista.

Myöskin hoitava organisaatio: sairaala, poliklinikkatyöryhmä, mielenterveystoimiston kriisiryhmä tai muu sellainen hoito-organisaation osa, joka kohtaa potilaan ja hänen perheensä tai muun vuorovaikutusjärjestelmänsä, ei voi toimia irrallaan, vaan kytkeytyy hoitokokousten vuorovaikutustapahtuman kautta potilaan perhejärjestelmään.

Vuorovaikutustapahtumassa kumpikin organisaatio kytkeytyy toisiinsa rakenteellisten ominaisuuksiensa määräämänä. Ilmiötä on kuvattu kirjallisuudessa käsitteellä "Structural coupling" (Maturana & Varela, 1980; Varela, 1985; Maturana, 1988). Samalla kumpikin organisaatio alkaa kehittyä omista lähtökohdistaan ja omien lainalaisuuksiensa mukaisesti, kuitenkin vuorovaikutuksessa toisensa kanssa, ikäänkuin rinnakkain. Tapahtumaa on perheterapeuttisessa kirjallisuudessa sittemmin usein kutsuttu koevoluutioksi. Hoitokokouksessa potilaan ja hänen perheensä ja hoitavan organisaation kytkeytyessä toisiinsa muodostuu Seikkulan (1990) mukaan uusi systeemi, ns. rajasysteemi, joka vuorovaikutustapahtumassa alkaa kehittyä paitsi rakenteidensa, myös kielellisen kehitysprosessin kautta.

Hoitokokouksessa potilaan ja hänen perheensä historia, tapahtumat ja tunteet kutoutuvat yhteen. Strukturaalisen kytkennän käsitteen avulla on vaikea hahmottaa tätä kokonaisuutta elämyksellisesti. Kliinisen kokemuksen mukaan esimerkiksi arkipäiväisempi sana "yhteisymmärrys", olisi elävämpi. Strukturaalinen kytkentä on ilmiö, jonka havaitseminen, määrittelyn mukaan, itse asiassa edellyttää ulkopuolisen havainnoitsijan, vaikka Maturana jättikin tämän näkökulman pohtimatta. "Yhteisymmärrys" ilmiönä on taas välittömästi tavoitettavissa.

Hoitokokouksissa jokainen osanottaja tuo prosessiin mukaan omat ajatuksensa, tunteensa ja vastatunteensa, sekä oman historiansa ja kielensä. Näiden vuorovaikutuksessa syntyy uusia näkökulmia, uutta ymmärrystä ja uusia tulkintamahdollisuuksia asioille, niin että osanottajien tapahtumille antamien merkitysten kirjo voi laajentua ja antaa tilaa uudenlaiselle ongelmien määrittelylle ja oivaltamiselle (Wahlström, 1990). Parhaassa tapauksessa päästään eräänlaiseen "yhteisen kokemuksen tilaan", jossa syntyy kokonaisuudesta uusi jaettu ymmärrys ja ongelma katoaa.

Ongelmanratkaisu hoitokokouksessa nähdään kielellisenä vuorovaikutusprosessina, johon luonnollisesti liittyy myös yksittäisten osanottajien ymmärtämyksen ja "sisäisen dialogin" muutos. Hoitokokouksessa siis ikäänkuin kielellisen prosessin kautta synnytetään "totuus", uusi näkemys tilanteesta.

## 4.2 Vastaanottokokouksen tutkiminen ja muut tutkimustapahtumat

Vastaanottokokouksen suoran havainnoinnin perusteella suoritettiin potilaan perheen ja työryhmän toiminnan analyysi, sen jälkeen psykologin tutkimuksen perusteella potilaan yksilöpsykologinen arviointi ja psykiatrin yksilöhaastattelun perusteella potilaan diagnosointi, kliinisen tilan arvio sekä standardoiduille että erityisesti tätä tutkimusta varten laadituille lomakkeille kirjattuna. Sitten työryhmä ja sen arvioitsijaa haastatteleamalla selvitettiin työryhmän näkemyksiä hoitoratkaisun perusteista ja tavoitteista sekä työryhmän toimintakyvystä ja hoitopäätökseen eniten vaikuttaneesta tahosta vastaanottokokouksessa. Lähettäjän arviot kerättiin puhelinhaastattelun perusteella viimeistään yhden vuorokauden kuluessa. Potilaan sosiaalisen verkoston kartoitus suoritettiin osastolla tai poliklinikalla hoitajakson aikana. Taustatiedot kerättiin ennen vastaanottokokousta.



## 5 TUTKIMUSAINEISTO

Tutkimusaineiston muodostivat kaikki syys- ja lokakuussa 1988 Keroputaan sairaalaan lähetetyt tai sinne itse pyrkineet perättäiset potilaat, joita tutkimusjakson aikana kertyi 70. Aineisto on heterogeeninen ja diagnostisesti valikoitumaton. Yhtään potilasta ei suljettu pois tutkimuksesta.

Tutkimusaineiston (N=70) edustavuuden selvittämiseksi sitä verrattiin koko vuoden 1988 aikana sairaalaan lähetettyjen ja pyrkineiden potilaiden muodostamaan aineistoon (N=376) sosiodemografisten ja diagnostisten muuttujien osalta.

TAULUKKO 1 Tutkimusaineiston jakauma poliklinikka- ja sairaalaryhmään verrattuna koko vuonna 1988 sairaalaan tulleiden jakaumaan

Aineisto	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
Syys- ja lokakuu	28	40	42	60	70	100
Koko vuosi 1988	118	31	258	69	376	100

$\chi^2 = 2.362$ , ei tilastollisesti merkitsevä

Taulukosta 1 ilmenee, että tutkimusajankohtana oli poliklinikalle hoitoon jääneiden potilaiden osuus suurempi kuin koko vuonna (tosin suhteellisen jakautuman ero ei ole tilastollisesti merkitsevä). Tähän vaikutti ilmeisesti kolme asiaa.

Ensiksi tutkimuksen suorittaminen korosti entisestään vastaanotto-tilanteen merkitystä ja hoitopaikan valintaa. Näin vastaanottoryhmä painutui hoitopaikan valintaan perusteellisemmin kuin ennen tutkimusta. Muutos oli toiminnan kannalta hyvin suotava.

Toiseksi poliklinikka oli toiminut tutkimusajankohtana noin vuoden ajan. Toiminta oli vasta muotoutumisvaiheessa, ja vasta tutkimuksessa voitiin järjestelmällisesti keskittyä hoitopaikan valinnan ongelmaan.

Kolmanneksi tutkimusaineisto kerättiin syksyllä, jolloin potilastarjonta yleensä on suurempi kuin keskimäärin kalenterivuoden aikana.

TAULUKKO 2 Tutkimusaineiston ikäjakauma

Ikäryhmä	N	%
0 - 24	4	5,7
25 - 34	24	34,3
35 - 44	22	31,4
45 - 54	10	14,3
55 - 64	7	10,0
65 - 95	3	4,3
yht.	70	100,0

Taulukon 2 mukaan tutkimusaineistosta suurin osa oli iältään 25 - 44 vuotta. Nuorin potilas tutkimusaineistossa oli 19-vuotias ja vanhin 68-vuotias. Koko tutkimusaineiston keski-ikä oli 39,7 vuotta. Taulukossa 3 on esitetty tutkimusaineiston sukupuolijakauma. Noin kaksi kolmasosaa potilaista oli miehiä sekä koko vuonna että tutkimusajankohtana.

TAULUKKO 3 Tutkimusaineiston sukupuolijakauma ja sen vertailu koko vuoden aineiston sukupuolijakaumaan

Sukupuoli	Syys- ja lokakuu - 88		Koko vuosi -88	
	N	%	N	%
Nainen	25	37	144	38
Mies	44	63	232	62
Yhteensä	70	100	376	100

Tutkimusaineiston sosiaalista asemaa kuvataan toimeentulon lähteen ja koulutustason muuttujilla. Taulukossa 4 on esitetty tutkimusaineiston jakautuminen toimeentulolähteen mukaan.

TAULUKKO 4 Tutkittavien toimeentulon lähde

Toimeentulon lähde	N	%
Palkka	18	26
Työttömyyskorvaus	9	13
Eläke	41	59
Sosiaaliavustus	1	1
Toinen perheenjäsen	1	1
Yhteensä	70	100

Tutkimusaineistosta neljäsosa oli työssä. Eläkkeellä oli lähes 60 % potilaisista.

Taulukossa 5 esitetään tutkittavien koulutustaso. Opiskelijat on sijoitettu siihen luokkaan, minkä asteista tutkintoa he olivat suorittamassa.

TAULUKKO 5 Tutkittavien koulutustaso

Koulutustaso	N	%
Ei ammattikoulutusta	30	43
Ammattikurssi	15	21
Ammattikoulu	16	23
Opistotason tutkinto	6	9
Korkeakoulututkinto	3	4
Yhteensä	70	100

36 %:lla potilaista oli ammatillinen loppututkinto ja lähes puolella ei ollut minkäänlaista ammattikoulutusta.

Toimeentulon lähteen ja koulutustason edustavuutta koko vuoden aineistoon ei voitu verrata sairauskertomustietojen puutteellisuuden vuoksi. Tiedot on esitetty vain tutkimusryhmän osalta.

Tutkimusaineistoa verrattiin koko vuoden aineistoon perheolosuhteiden osalta. Taulukossa 6 on esitetty tämän vertailun tulokset.

TAULUKKO 6 Tutkimusaineiston perheolosuhteiden vertailu koko vuoden aineistoon

Asema perheessä	Syys-lokakuu 88		Koko vuosi 88	
	N	%	N	%
1. Lapsena alkuperäis- perheessä	19	27	98	28
2. Perustanut oman perheen	22	31	101	29
3. Asuu yksin	29	41	151	43
Yhteensä	70	100	350(Pt=26)	100

Pt = puuttuvien tietojen määrä.

Taulukon mukaan tutkimusaineiston ja koko vuoden aineiston perheolosuhteet olivat samanlaiset. Yli 40 % kaikista potilaista asui yksin. Huomiota herätti alkuperäisperheissä asuvien suuri määrä. Vaikka potilaat olivat aikuisiässä, asui lähes kolmannes alkuperäisperheessään.

Potilaat diagnosoitiin mielenterveyshäiriöiden osalta diagnosiryhmittäin tutkimusajankohtana käytössä olleen tautinimistön, ICD-87:n, mukaisesti (Lääkintöhallitus, 1987). Taulukossa 7 on esitetty aineiston jakautuminen diagnosiryhmittäin.

TAULUKKO 7 Tutkimusryhmän ja koko vuoden potilaiden jakauma diagnoosiryhmittäin

Diagnoosi	Syys- ja lokakuu 88		Koko vuosi 88	
	N	%	N	%
1. Alkoholipsykoosit (291)	2	2.9	8	2.5
2. Skitsofreeniset häiriöt (295)	31	44.3	114	36.6
3. Vakavat mielialahäiriöt (296)	9	12.9	30	9.6
4. Harhaluuloisuushäiriöt (297)	4	5.7	11	3.5
5. Muut psykoottiset häiriöt (298)	4	5.7	56	18.0
6. Neuroottiset häiriöt (300)	8	11.4	46	14.8
7. Persoonallisuushäiriöt (301)	1	1.4	10	3.2
8. Alkoholiriippuvaisuus (303)	2	2.9	12	3.9
9. Sopeutumishäiriöt (309)	7	10.0	13	4.2
10. Älyllinen kehitysvammaisuus (317-319)	0	0	11	3.5
11. Muu	0		9	2.9
12. Diagnoosi puuttuu*	2	2.9	56	
Yhteensä	68	100	376	100

\*Yksi potilas poistui pkl:lta ennen kuin diagnostista haastattelua ehdittiin suorittaa. Yksi potilas kieltäytyi vaikean psykoottisuuden vuoksi yhteistyöstä diagnostisessa haastattelussa ensimmäisen vrk:n aikana.

Diagnoosien jakauma vastaa tutkimusryhmän osalta pääpiirteittäin koko vuoden jakaumaa paitsi skitsofreenisten häiriöiden kohdalla. Tutkimusryhmässä skitsofreenisten häiriöiden diagnooseja oli enemmän kuin koko vuoden aineistossa. Koko vuoden aikana taas muitten psykoottisten häiriöiden luokassa oli enemmän havaintoja kuin tutkimusaineistossa. Jos skitsofreenisten häiriöiden ja muitten psykoottisten häiriöiden luokat lasketaan yhteen, olivat jakaumat jokseenkin samanlaisia. Tutkimusaineistosta oli 50 % näissä luokissa ja koko vuoden aineistosta 54.6 %.

Koska potilasaineisto muilta osiltaan näyttää hyvin edustavan koko vuoden aineistoa, johtunee diagnoosien eroavuus yhtäältä diagnosointitapahtuman erosta: Koko vuoden aineiston diagnoosit on otettu sairauskertomuksista, kun taas tutkimusaineiston diagnosoinnin suoritti tämän tutkimuksen tekijä potilaan perusteellisen kahdenkeskisen psykiatrisen haastattelun yhteydessä. Ilmeisesti tämän rutiinivastaanottokäytännön perusteellisemmän tutkimuksen takia diagnosointi oli tavallista tarkempaa, koska luokassa "Muut psykoottiset häiriöt" oli selvästi vähem-

män havaintoja tutkimusaineistossa kuin koko vuoden aineistossa.

Toisaalta skitsofreenisten ja depressiivisten häiriöiden suurehko osuus liittyy todennäköisesti myös tutkimusajankohtaan: Syksyllä skitsofreenisten ja depressiivisten kriisien tarjonta sairaalaan yleensä on runsaampaa kuin kalenterivuoden aikana keskimäärin.

Taulukossa 8 on esitetty tutkimusaineiston jakautuma aikaisempien psykiatristen sairaalahoitokertojen suhteen.

TAULUKKO 8 Aikaisemmat sairaalahoitokerrat tutkimusaineistossa

Sairaalahoitokerrat	N	%
0	14	20.0
1 - 2	11	16.7
3 - 6	22	31.3
7 - 12	15	21.4
13 - 40	8	11.3
Yhteensä	70	100.0

Taulukosta havaitaan, että viidesosa tutkimusaineistoa oli ensikertalaisia ja kolmannes useita kertoja aikaisemmin hoidettuja, todennäköisesti pitkäaikaispotilaita (7 - 40 aikaisempaa hoitojaksoa).

### Tiivistelmä tutkimusaineiston taustatiedoista

Tutkimusaineisto oli psykiatrisesti ja sosiaalipsykiatrisesti vaikeasti häiriintynyttä. Psykoottisia aineistosta oli noin 80 %. Keski-ikä oli 40 vuotta. 60 % aineistosta oli miehiä. 30 % aineistosta asui alkuperäisperheessään. Yksin asui 40 %. Eläkkeellä oli aineistosta 60 %. 18 % potilaista sai toimeentulonsa palkasta. Ammattikoulutusta ei ollut lainkaan 43 %:lla. Työssä oli 25 % potilaista. Aineistosta 20 % oli ensikertalaisia ja 34 % pitkäaikaispotilaita.

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄT

### 6.1 Potilaan kliininen psykiatrinen tutkimus

Potilaille suoritettiin yksilöpsykiatrinen tutkimus viimeistään 1 vrk:n kuluessa poliklinikalle tulosta, tavallisimmin heti vastaanottokokouksen ja testauksen jälkeen. Tutkimuksen suoritti tämän tutkimuksen tekijä.

Psykiatrinen tutkimus käsitti perusteellisen psykiatrisen haastattelun, jonka aikana (keskimäärin kaksi tuntia) pyrittiin saamaan kuva potilaan persoonallisuudesta, psykiatrisen häiriön laadusta ja vaikeusasteesta. Pyrittiin kliiniseen diagnoosiin ICD-87 mukaisesti ja lisäksi havainnot kirjattiin sekä standardoiduille arviointilomakkeille että erityisesti tätä tutkimusta varten suunnitelluille lomakkeille.

1. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), jolla pyrittiin saamaan yleisvaihtelma potilaan kliinisen oireiston vaikeusasteesta (Overall & Gorham, 1962) (liite 1).
2. Hamiltonin (1960, 1967, 1986) depressioasteikko (HAMD) ja Montgomery-Åsbergin (1979) depressioasteikko (MADRS). Tavoitteena oli depressiivisyyden merkityksen esiin saaminen sairaalaanottotapahtuman yhteydessä (liitteet 2 ja 3).
3. Strauss-Carpenter-ennustetekijälomake (Strauss & Carpenter, 1972, 1974) lähinnä sen laaja-alaisuuden ja aineiston valtaosan psykiatriseen sairaudenkuvaan (pitkäaikaiset skitsofreniapotilaat) sopivuuden vuoksi (liite 4).
4. Global Assessment Scale (GAS), (Spitzer, Endicott & Fleiss, 1975) arviointiin sekä tutkimushetken että viimeksi kuluneen vuoden ajalta (liite 5), samoin stressitekijöiden merkitys DSM-III:n kriteerien mukaisesti (liite 6).

## 6.2 Lähettäjän, vastaanottavan lääkärin ja poliklinikkatyöryhmän arvioiden mittaaminen sairaalaanottoon vaikuttavista tekijöistä

Lomake "Hoitoratkaisuun liittyvät tekijät" (liite 7) on laadittu paitsi käytännön kokemusten perusteella yleisimmistä mielisairaalaan tulon syistä, myös kirjallisuuden perusteella, jossa useissa artikkeleissa potilaan sairaalaantulo-prosessiin liittyvät tekijät on jaoteltu samalla tavoin kuin tässä lomakkeessa:

1. Potilaaseen liittyvät tekijät,
2. perhetekijät,
3. sosiaalisen verkoston tekijät,
4. hoitojärjestelmään liittyvät tekijät.

Tämän tutkimuksen tekijä täytti lomakkeen kolmessa eri tutkimustilanteessa:

1. Potilaan psykiatrisen haastattelun jälkeen, jolloin tämä arvio edustaa vastaanottavan lääkärin käsitystä sairaalaan ottamisen liittyvistä tekijöistä.
2. Poliklinikkatyöryhmän haastattelun jälkeen, jolloin tämä arvio edustaa poliklinikkatyöryhmän käsitystä siitä, millä perusteilla se ratkaisi potilaan sairaalaanoton.
3. Lähettäjän haastattelun jälkeen (yleensä lähettävän lääkärin puhelinhaastattelun perusteella 1 vrk:n kuluessa lähetteen kirjoittamisesta), jolloin tavoitteena oli saada esiin ne tekijät, jotka lähettäjä katsoi merkittäviksi sairaalaan ottamiseen liittyviksi tekijöiksi.

## 6.3 Vastaanottokokouksen kuvaus

Tämän tutkimuksen tekijä haastatteli lisäksi vastaanottokokouksen työryhmän toiminnan tarkkailijaa vastaanottokokouksen kulusta ja havainnot kirjattiin lomakkeelle "Vastaanotto-prosessi" (liite 8) seuraavan kaltaisin tavoittein:

1. Pyrittiin strukturoimattoman kuvauksen avulla saamaan esiin kvalitatiivisia havaintoja ryhmäprosessista.
2. Pyrittiin saamaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin.
  - a) Mikä hoitokokoukseen osallistunut taho (potilas itse, perheenjäsen, työryhmän jäsen, joku muu) vaikutti eniten hoitoratkaisuun?

- b) Miksi potilas otettiin sairaalaan, tai ei otettu, vaan valittiin muu hoitomuoto (yleensä poliklinikan järjestämä avohoito)?
- c) Mikä katsottiin valitun hoitomuodon tavoitteeksi?
- d) Minkälainen oli vastaanottotyöryhmän toimintakyky yleisarvion perusteella (asteikko : 0 - 3, 3 = hyvä, 0 = huono)?
- e) Millainen vaikutus vastaanottotyöryhmän toiminnalla oli hoitopaikkaratkaisun syntymisessä (asteikko: 0 - 3, 0 = ei vaikutusta, 1 = vaikutus vähäinen, 2 = vaikutus kohtalaisen suuri, 3 = ratkaiseva vaikutus).?

#### 6.4 Vastaanottokokouksen arvio Olsonin ympyrämallin avulla

Potilaille ja heidän omaisilleen järjestettiin vastaanottokokous polikliinisesti viimeistään 1 vrk:n kuluessa hoitoon hakeutumisesta sairaalan normaalin käytännön mukaisesti. Vastaanottokokoukseen osallistuivat potilas, mukaan saadut perheenjäsenet, joskus muut ongelmaan liittyvät henkilöt ja poliklinikan työryhmä (lääkäri, psykologi, erikoissairaanhoitaja ja mielenterveyshoitaja) sekä edustaja mahdolliselta sijoitus-osastolta.

Vastaanottokokouksen työskentelyä tarkkaili videomonitorista kaksi tutkijaa: toinen havainnoi perheen toimintaa, toinen työryhmän toimintaa ja havainnot perheen vuorovaikutuksesta kirjattiin Olsonin ympyrämallin (Olson, 1985) mukaisille kaavakkeille (liite 9). Työryhmän toiminnan kirjaamiseksi kehitettiin tarkoitukseen soveltuva muunnos Olsonin ympyrämallista (liite 10).

#### 6.5 Poliklinikkatyöryhmän arvio vastaanottokokouksesta

Tämän jälkeen poliklinikkatyöryhmä keskinäisen keskustelun jälkeen arvioi vastaanottokokouksen kulkua ja omaa toimintaansa tarkoitusta varten suunnitellulla lomakkeella (liite 11) .



## 6.6 Psykologinen yksilötutkimus

Vastaanottokokouksen jälkeen potilaille suoritettiin psykologinen testaus, johon kuului neljä osiota WAIS:n älykkyystestistä ja Rorschachin persoonallisuustesti. Tavoitteena oli selvittää yleisluontoisesti potilaan perusälykkyys ja mahdollinen suoritustason lasku. Persoonallisuustestistä arvioitiin sekä kvalitatiiviset että kvantitatiiviset ominaisuudet. Testauksen suoritti psykologi Jaakko Seikkula.

## 6.7 Sosiaalisen verkoston tutkimus

Sosiaalisen verkoston mittauksessa käytettiin Cohenin ja Sokolovskyn (1979) alkuaan kehittämä "Network Analysis Profile" -skaalaa. Menetelmän avulla pyritään selvittämään seuraavat verkoston ominaisuudet:

### A) Verkoston rakenneominaisuudet:

1. Verkoston koko  
Montako henkilöä kuuluu egon verkostoon (termi ego tarkoittaa tässä yhteydessä verkostokartan piirtäjää)
2. Verkoston tiheys  
Ajankohtaisten suhteiden määrä verrattuna potentiaalisesti mahdollisiin suhteisiin.
3. Verkoston taso  
Verkoston jäsenten keskinäisten suhteiden keskiarvo koko verkostossa

### B) Verkoston vuorovaikutusominaisuudet:

4. Sosiaalisten kontaktien määrä yhden viikon aikana.
5. Kahdenkeskisessä suhteessa tulevan tuen suunta:  
Välineellinen suhde tarkoittaa tukea egosta toiseen henkilöön, riippuvainen suhde tukea toisesta henkilöstä egoon ja vastavuoroinen suhde kummankin suuntaista tukea, siis sekä egosta toiseen henkilöön että toisesta henkilöstä egoon samanaikaisesti.
6. Vuorovaikutuksellinen sisältö  
Erottelee suhteiden materiaaliset ja ei-materiaaliset piirteet.
7. Suhteiden monipuolisuus  
Onko egon suhteissa toisiin mukana yksi vai useampia vuorovaikutuksen ominaisuuksia.

Verkoston analyysin kaavake on esitetty liitteessä 12.

Verkoston kartoituksen suorittivat tehtävään koulutetut hoitajat osastolla ja poliklinikalla hoitajakson aikana. Potilas piirsi verkostokartan (liite 13), jonka pohjalta hoitaja haastatteli potilaan. Verkostokartan piirtäminen on tehty Klefbeckin ryhmän esittämällä tavalla (Klefbeck, Bergerhed, Forsberg, Hultkrantz-Jeppson & Marklund, 1988a). Klefbeckin ryhmä on ollut kouluttamassa Keroputaan sairaalassa verkostotyöstä ja verkostokartan piirtämisestä.

Verkostoanalyysin yhdenmukaistamiseksi suoritettiin yhdessä verkostoanalyysin tekijöiden kanssa lomakkeen skooraus verkostokartan pohjalta.

## 6.8 Potilaiden taustatietojen kerääminen

Taustatiedot kerättiin tavanmukaisen psykiatrisen tutkimuskäytännön mukaisesti muotoillulle lomakkeelle, jossa kuvaillaan potilaan identiteettitiedot, aviollinen tausta, sosiaalinen asema ja tietoja aikaisemmasta sairaushistoriasta (liite 14).

Taustatietojen keräämistä verten laadittu lomake perustuu osittain aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyihin samanlaisiin lomakkeisiin (Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen lomake), joissa potilaan sosiodemografinen tausta selvitetään. Taustamuuttujia ovat potilaan ikä, sukupuoli, perhesuhteet, sosiaalinen asema, koulutustaso, toimeentulon laatu ja työtilanne tutkimushetkellä, aikaisempien mielisairaalahoitajaksojen määrä yhteensä sekä kahden edeltävän vuoden aikana ja aikaisemmat perhekeskustelut.

Taustatiedot kokosi tutkimussihteeri sairauskertomuksista, lähetietiedoista ja potilasta haastatteleamalla ennen vastaanottokokouksen alkamista.

## 6.9 Tutkimusaineiston tilastollinen analyysi

Tutkimuksen havaintoaineiston pohjalta täytetyistä lomakkeista muodostettiin muuttujaluettelo (liite 15).

Tutkimusaineisto ryhmiteltiin tutkimustavoitteiden mukaisesti:

1. Poliklinikan hoitoon otetut potilaat (poliklinikkaryhmä) ja
2. sairaalaan otetut potilaat (sairaalaryhmä).

Ryhmien eroavuuksia tarkasteltiin eri muuttujien suhteen keskiarvoja vertaamalla (T-testi). Liitteessä 16. on esitetty T-testi niiden muuttujien osalta, joissa oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero ryhmien välillä ( $p < .05$ ).

Niitä kliinisesti keskeisiä muuttujia, joissa ryhmien välillä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero ( $p < .05$ ), käsiteltiin faktorianalyysin avulla tarkoituksena etsiä laajasta ja eri menetelmillä kootusta muuttujajoukosta sisäisesti yhteenkuuluvia kokonaisuuksia (liite 17).

Faktoripistemäärien eroja poliklinikka- ja sairaalaryhmän välillä verrattiin T-testin (liite 18) ja monimuuttujavarianssianalyysin (liite 19) avulla. Faktoriratkaisua testattiin lisäksi erotteluanalyysillä (liite 20).

Menetelmien avulla pyrittiin siis muuttujien mielekkään ryhmittelyn löytämiseen ja saamaan esiin tilastollisesti merkitsevät eroavuuudet sairaala- ja poliklinikkaryhmien välillä.

Lomakkeen "Hoitoratkaisuun liittyvät tekijät" (liite 7) muuttujaluetteloita lähettäjän, vastaanottavan lääkärin ja poliklinikkatyöryhmän osalta verrattiin keskenään T-testillä, jotta saataisiin esiin mahdolliset erot eri tahojen näkemyksissä sairaalaanottamiseen liittyvistä tekijöistä. Tilastoanalyysit on suoritettu PATO-tilasto-ohjelmalla (Mikrovuo 1991).

## 6.10 Tutkimusaineiston kvalitatiivinen analyysi

Tutkimuksen tavoitteita pyrittiin selvittämään myös tapausesimerkkien kvalitatiivisen analyysin kautta. Tällä tavoin pyrittiin saamaan tutkimuskohteista esiin sellaista syventävää tietoa, johon tilastolliset menetelmät eivät anna mahdollisuuksia. Tapausesimerkit on valittu edustamaan mahdollisimman hyvin tutkimuksen kysymyksenasetteluja kuvaavista tapauksista itse tapausten pohjalta. Toisaalta tapausesimerkit valittiin tilastollisen käsittelyn jälkeen syventämään tilastollisen käsittelyn perusteella saatuja tuloksia, kuten faktorien yksityiskohtaisia sisältöjä ja merkityksiä.

Tapausesimerkkien kvalitatiivinen analyysi nähdään tässä tutkimuksessa itsenäisenä tutkimusmenetelmänä, jonka avulla päästään käsiksi tutkimuksen keskeisiin kysymyksenasetteluihin. Toisaalta kvalitatiivisen analyysimenetelmän käyttäminen tilastollisten menetelmien avulla saatujen tulosten syventämiseen ja täydentämiseen nähdään sellaisena menetelmänä, jonka avulla voidaan saada esiin tuloksia, joita kummallakin analyysitavalla (tilastollinen ja kvalitatiivinen analyysi) erikseen ei voida saada.

Tapausesimerkkien kvalitatiivisessa analyysissä on noudatettu kvalitatiivisen analyysin yleisiä periaatteita sellaisina kuin ne on esitetty

alan kirjallisuudessa (Grönfors, 1982; Hämäläinen, 1983). Tältä osin tämä tutkimus on luokiteltava osallistuvaksi toimintatutkimukseksi, jossa tutkijat ovat osa tutkittavaa prosessia (Grönfors, 1982) ja tieteen teoreettisesti tutkimus on lähinnä hermeneuttista tutkimusajattelua (Naskali, 1983; Niiniluoto, 1983; von Wright, 1970).

## 6.11 Tutkimusmenetelmien reliabiliteetti

Edellä kuvatut kliiniset psykiatriset haastattelut ja sekä standardoitujen että erityisesti tätä tutkimusta varten suunniteltujen lomakkeiden täyttämisen on kaikissa tapauksissa tehnyt tämän tutkimuksen tekijä, joka standarilomakkeiden käyttämisessä on saavuttanut aikaisemmin testattua kokemusta lääkeainetutkimusten yhteydessä (Organon-87). Tämän tutkimuksen tekijä oli yhtenä tutkijana lääkeainetutkimuksessa, jossa käytettiin samoja standardilomakkeita (BPRS, HAMD ja MADRS) kuin tässä tutkimuksessa, potilaan kliinisen tilan kirjaamiseksi. (Tällöin suoritettiin reliabiliteettitestaus myös tämän tutkimuksen tekijän kohdalla edellä mainitun lomakkeiston suhteen).

Perhearvioiden ja työryhmäarvioiden reliabiliteettimittaus on esitetty tutkimuksessa "Perheen ja sairaalan rajasysteemi" (J. Seikkula, 1990). Sen mukaan tutkimuksessa eniten käytettävät osiot olivat tilastollisesti reliabiliteetiltaan merkitsevästi korkeita ja reliabiliteettia voidaan pitää riittävänä. Työryhmäarvioiden reliabiliteettikertoimet ovat korkeampia kuin perhearvioiden, ilmeisesti siksi, että työryhmäarvioiden skaala on kapeampi kuin perhearvioiden.

## 6.12 Tutkimusmenetelmien validiteetti

Tutkimus on suoritettu osana Keroputaan sairaalan ja poliklinikan tavanmukaista hoitoprosessia ja sen suorittajat ovat sairaalan työntekijöitä, jotka ovat olleet tutkimuksessa mukana osana jokapäiväistä työtään. Tutkimuksen läpivieminen on tietysti edellyttänyt runsaasti ennakoivaa valmistelua, erityiskouluttautumista ja erityisjärjestelyjä. Tutkimushavainnot ja niiden kirjaaminen edustavat perinteistä kliinistä psykiatrista tutkimustapaa ja niiden validiteetti perustuu tutkijoiden kliiniseen kokeemukseen.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1 Tutkimusaineisto ja vuoden 1983 aineisto

Koko tutkimusaineiston (syys-lokakuu 1988), sen sairaalaryhmän ja vertailuaineiston (syys-lokakuu 1983) välinen tarkastelu suoritettiin etenkin niiden erojen selvittämiseksi, joita viiden vuoden jälkeen on havaittavissa sairaalaan tarjotussa ja sisäänkirjoitetussa potilasaineistossa, koska avohoidon tehostuminen ja poliklinikkaryhmän toiminta heijastuu juuri sairaalaan otettujen potilaiden määrässä ja potilasaineiston rakenteessa.

Vertailuaineisto koostuu viisi vuotta aiemmin, v. 1983 syys- ja lokakuussa sairaalaan tulleista potilaista. Näiden potilaiden taustatiedot koottiin sairauskertomuksista, joten ne eivät ole yhtä luotettavia kuin tutkimusaineiston tiedot. Suurimmat virhemahdollisuudet ovat diagnoosien vertailussa. Tähän vaikuttaa myös se, että diagnoosiluokittelun perusteet ovat muuttuneet ICD-87-tautiluokituksen myötä. Avohoidon tehostuminen näkyy sairaalaan tarjottujen potilasaineistojen erossa viiden vuoden aikavälillä ja poliklinikkaryhmän merkitys v. 1988 tarjotun aineiston ja saman vuoden sairaala-aineiston välisissä eroissa. Syys-lokakuussa 1983, jolloin vertailuaineisto on kerätty, ei poliklinikkaryhmä vielä ollut toiminnassa, vaan kaikki sairaalaan lähetetyt potilaat otettiin vastaan tavanomaisen käytännön mukaisesti joko "vapaalähetteellä", M1-lähetteellä tai ilman lähetettä ja heidät kaikki sisäänkirjoitettiin. Vertailuaineistoa voidaan siis kutsua myös vuoden 1983 "sairaalaryhmäksi". Sairaalaanottoratkaisu silloin tapahtui siis sairaalan ulkopuolella. Tutkimusaineistossa (1988) hoitopaikkaratkaisu kaikissa tapauksissa tehtiin poliklinikkaryhmässä ja sairaalaan lähetetyistä tai sinne itse pyrkineistä potilaista sisäänkirjoitettiin 60 %.

## 7.1.1 Taustatiedot

TAULUKKO 9 Aineistojen 1988 ja 1983 ikäjakaumat

Ikäryhmä	1988 (koko ain.)		1988 (sair.)		1983 (sair.)	
	N	%	N	%	N	%
0 - 25 v	55	7	4	9	9	15
25 - 34 v	35	47	20	48	27	35
35 - 54 v	20	31	15	36	12	20
55 - 95 v	10	15	3	7	12	20
Yhteensä	70	100	42	100	60	100

Taulukosta 9 ilmenee, että v. 1988 sairaalaan tarjottiin suhteellisesti vähemmän, vain puolet, iältään nuorimpia (alle 25 v) potilaita kuin viisi vuotta aikaisemmin. Alle 25-vuotiaiden sairaalaan tarjottujen potilaiden sisäänkirjoitukselta voitiin välttyä vain yhden potilaan kohdalla viidestä. Erityisesti nuoret potilaat pyrittiin siis hoitamaan avohoidossa tehostuneen avohoitojärjestelmän toimesta ja, jos heitä tarjottiin sairaalaan, he olivat niin vaikeahoitoisia, että sairaalaanotto oli lähes ainoa hoitovaihtoehto poliklinikkaryhmän avohoitotavoitteista huolimatta.

Yli 55-vuotiaita lähetettiin sairaalaan suhteellisesti vähemmän kuin 5 vuotta aikaisemmin. Tarjotuista 10 potilaasta 3 sisäänkirjoitettiin. Syyn vähäisempään sairaalaan lähettämiseen lienee tehostuneen avohoidon pyrkimys hoitaa vanhukset omassa elinympäristössään ja myös se, että v. 1988 vanhemmille potilaille oli tarjolla enemmän vaihtoehtoisia hoitomuotoja kuin 5 v aikaisemmin, joten hoitopaikka-ratkaisut voitiin tehdä nimenomaan psykiatristen indikaatioiden perusteella. Lisäksi poliklinikkatyöryhmän perhekeskeinen työtapa lisäsi juuri nuorten ja vanhojen potilasryhmien avohoidossa selviytymistä perheen tuella.

TAULUKKO 10 Aineistojen 1988 ja 1983 koulutustaso

Koulutustaso	1988 (koko ain.)		1988 (sair.)		1983 (sair.)	
	N	%	N	%	N	%
Ei ammattikoulutusta	30	43	21	50	36	60
Ammattikurssi	15	21	9	21	13	22
Ammattikoulu	16	23	8	19	7	13
Opistotutkinto	6	9	3	7	3	5
Korkeakoulututkinto	3	4	1	2	1	2
Yhteensä	70	100	42	100	60	100

Taulukosta 10 ilmenee, että viiden vuoden aikana sairaalaryhmässä ei ollut tapahtunut suuria muutoksia koulutustason suhteen. Kummassakin ryhmässä ilman ammattikoulutusta olevien osuus oli suuri. Alhai-

nen koulutustaso kuvaa sairaalapotilaiden huonoa psykososiaalista selviytymistä ja toimintakykyä. Ryhmien välinen ero johtunee hieman erilaisesta ikäjakaumasta aineistoissa (vertailuaineistossa painottui enemmän vanhojen ikäryhmien osuus, joissa koulutusmahdollisuudet olivat olleet vähäisemmät kuin nuoremmissa ikäryhmissä). Myös sairaalaan tarjottu aineisto v. 1988 oli koulutustasoltaan korkeampi kuin 5 vuotta aikaisemmin tarjottu aineisto.

TAULUKKO 11 Aineistojen 1988 ja 1983 toimeentulon lähde

Toimeentulon lähde	1988 (koko ain.)		1988 (sair.)		1983 (sair.)	
	N	%	N	%	N	%
Palkka	18	26	8	19	10	17
Työttömyyskorvaus	9	13	6	14	3	5
Eläke	41	59	27	64	38	63
Sosiaaliapu	1	1	0	0	4	7
Muu (esim. toinen perheenjäsen)	1	1	1	2	5	8
Yhteensä	70	100	42	100	60	100

Taulukosta 11 on nähtävissä, että viiden vuoden aikana ei sairaalapotilaiden toimeentulon lähteessä ollut tapahtunut merkittäviä muutoksia. V:n 1988 ryhmässä hieman suurempi osa potilaita sai toimeentulonsa työttömyyskorvauksesta ja v:n 1983 aineistossa sosiaaliapuna tai muualta, tavallisesti toiselta perheenjäseneltä. Frekvenssien pienuuden ja v:n 1983 aineiston keräämisessä esiintyvien virhelähteiden (tiedot koottu sairauskertomuksista) vuoksi ei kovin luotettavia johtopäätöksiä aineistosta voida tehdä. Kuitenkin ryhmien yleinen samankaltaisuus lienee ilmeistä.

Sairaalaan tarjotusta potilasaineistosta v. 1988 selvästi suurempi osa sai toimeentulonsa palkasta tai työttömyyskorvauksesta kuin viiden vuoden takainen aineisto. Näistä potilaista suurin osa jäi kuitenkin avohoitoon niin, että sairaala-aineistojen erot tässä suhteessa jäivät vähäisiksi.

## 7.1.2 Diagnoosijakaumat

TAULUKKO 12 Diagnoosijakaumat aineistoissa 1988 ja 1983

Diagnoosi	1988 (koko ain.)		1988 (sair.)		1983 (sair.)	
	N	%	N	%	N	%
Alkoholipsykoosit	3	4	2	5	1	2
Skitsofrenia ja affektiiviset psykoosit	40	58	29	71	24	40
Psykoottiset reaktiot ja paranoidinen psykoosi	8	12	5	12	11	19
Neuroosit ja sopeutumishäiriöt	15	21	4	10	18	31
Persoonallisuushäiriöt	1	1	1	2	2	3
Muut	1	1	0	0	4	5
<b>Yhteensä</b>	<b>68</b>	<b>97</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

pt = 2

chi-arvo=10,01 (p=.018) (vertailtu ryhmittäin skitsofreniat ja affektiiviset psykoosit, muut psykoosit, muut häiriöt)

Taulukossa 12 havaitaan huomattavia muutoksia sisäänkirjoitettujen potilaiden diagnoosijakaumassa viiden vuoden aikana: Psykoottisten osuus oli lisääntynyt 61 %:sta 88 %:iin ja erityisesti skitsofrenioiden ja affektiivisten psykoosien ryhmän osuus oli lisääntynyt kaikkein eniten, 40 %:sta 71 %:iin. (muutos johtuu skitsofreniadiagnoosien lisääntymisestä, koska affektiivisten psykoosien osuus ryhmästä oli mitättömän pieni). Samalla neuroosien ja sopeutumishäiriöiden osuus oli vähentynyt 31 %:sta 10 %:iin. Muissa diagnoosiryhmissä esiintyviä eroja ei tässä aineistossa pienien frekvenssien vuoksi voitu luotettavasti tarkastella.

V. 1988 sairaalaan tarjotussa aineistossa oli suhteellisesti enemmän psykoottisia potilaita kuin viisi vuotta aikaisemmin (74 %/61 %) ja lievemmin häiriintyneitä potilaita vähemmän kuin aikaisemmin (esim. neuroosit ja sopeutumishäiriöt 21 %/31 %) avohoidon tehostumisesta johtuen.

V. 1988 sairaalaan lähetettiin ja otettiin siis pääasiassa erittäin vaikeasti häiriintyneitä potilaita, kun taas lievästi häiriintyneiden potilaiden hoito tapahtui yleensä avohoidossa. Muutos v:n 1983 hoitokäytännön verrattuna on erittäin merkittävä koko hoitojärjestelmän toiminnan kannalta ja se nousi sairaalaryhmien vertailussa selvästi esiin.



### 7.1.3 Aikaisempi sairaalahoito

TAULUKKO 13 Sairaalahoitokertojen määrä edeltävänä kahtena vuotena aineistoissa 1988 ja 1983

Sairaalahoitokerrat	1988 (koko ain.)		1988 (sair.)		1983 (sair.)	
	N	%	N	%	N	%
0	23	33	10	24	25	42
1-2	30	43	20	48	12	20
3-4	12	17	9	21	12	20
>5	5	7	3	7	11	19
Yhteensä	70	100	42	100	60	100

Taulukossa 13 näkyy selviä muutoksia sairaalaan otettujen ryhmissä viiden vuoden aikana. Kahden vuoden aikana ilman sairaalahoitoa selvinneiden osuus oli vähentynyt lähes puoleen. Yli 5 kertaa 2 vuoden aikana hoidettujen osuus oli vähentynyt 19 %:sta 7 %:iin. 1 - 2 kertaa 2 vuoden aikana hoidettujen osuus oli lisääntynyt 20 %:sta 48 %:iin.

Löydös lienee tulkittavissa niin, että ensikertalaisten sairaalaanottoa pyrittiin aikaisempaa enemmän välttämään, samoin kuin tiheästi uusiutuvia sisäänottoja ("pyöröovisyndrooma") ja sairaalahoidossa työskenneltiin eniten niiden potilaiden kanssa, jotka olivat joutumassa "sairaalakierteeseen", toisin sanoen niiden potilaiden kohdalla, joilla sairaalahoidon tarve näytti uusiutuvan huolimatta 1 - 2 aikaisemmasta hoitotajaksosta edeltävän kahden vuoden aikana.

Sairaalaan tarjotuissa aineistoissa oli ilman aikaisempaa sairaalahoitoa 2 v:n aikana selvinneiden määrä jokseenkin sama, mutta poliklinikatyöryhmän toiminnan vuoksi sairaalaan otettiin heistä vajaa puolet. 1 - 2 kertaa hoidettujen määrä oli lähes kolminkertainen verrattuna viiden vuoden takaiseen, mutta poliklinikatyöryhmä karsi heistä kolmasosan avohoitoon. 3 - 4 kertaa hoidettuja tarjottiin vertailuvuosina jokseenkin sama määrä ja poliklinikaryhmä karsi joukosta yhden neljänneksen avohoitoon. Yli viisi kertaa hoidettuja tarjottiin v. 1988 puolet v:n 1983 määrästä ja poliklinikaryhmä otti heistä 60 % sairaalaan.

Huolimatta avohoidon tehostumisesta yleensä, sairaalaan tarjottiin aikaisemman kahden vuoden aikana vähän hoidettuja (pääasiassa ensikertalaisia potilaita) lähes yhtä paljon kuin viisi vuotta aikaisemmin. Juuri tästä ryhmästä poliklinikaryhmä pystyi hoitamaan suurimman osan avohoidossa. Syy lienee se, että poliklinikaryhmä pystyy perhe- ja kriisikeskeisen (pyrkimys hoitokokouksen pitämiseen potilaan kotona mahdollisimman pian) toimintatavan ansiosta vaikuttamaan nimenomaan ensikertalaisten hoitopaikan määräytymiseen, koska ensikertalaisten perhe ja verkosto ovat erityisen yhteistyöhaluisia ja potilas yleensä on vielä kiinteä osa perhejärjestelmää.

1 - 2 kertaa aikaisemmin kahden vuoden aikana hoidettuja avo-

hoito lähetti v. 1988 useammin sairaalaan kuin viisi vuotta aikaisemmin ja tässä ryhmässä poliklinikkaryhmä torjui sairaalaanoton 1/3:ssa tapauksia. Taustalla näyttää olevan sellainen hoitokulttuurin tekijä, että mielenterveystoimistojen valmiudet hoitaa ensikertalaisia ja muutamia kertoja sairaalassa olleita, ei vielä kroonistuneita potilaita, eivät olleet yhtä suuret kuin poliklinikkaryhmän ja että poliklinikkaryhmä palautti sairaalan rajalta avohoitoon sellaisia suhteellisen lyhyen aikaa sairastaneita potilaita, joita muu avohoito lähetti takaisin sairaalaan, koska ei selvinnyt heidän kanssaan avohoidossa. Ilmeisesti poliklinikkaryhmä oli avohoitopainotteisuuden käytännön toteuttamisessa ja ideologiassa jonkin verran edellä muita avohoitopisteitä etenkin akuuttien ja muutaman kerran hoidettujen potilaiden kohdalla tutkimusajankohtana.

Yli 5 kertaa hoidettujen potilaiden tarjonta sairaalaan oli selvästi vähentynyt viidessä vuodessa ja tarjotuista potilaista poliklinikka edelleen torjui pienehkön osan. Pitkäaikaispotilaiden kohdalla avohoitoverkosto pystyi siis paremmin toteuttamaan avohoitokeskeisyyttä kuin akuuttien potilaiden kohdalla. Kysymys lienee siitä, että avohoito oli perinteisesti tottunut työskentelemään pitkäaikaispotilaiden hoidossa ja avohoitokulttuuri pitkäaikaispotilaiden hoidossa oli pidemmälle kehittynyt kuin akuuttipotilaiden hoidossa tutkimusajankohtana.

Tiivistetysti voidaan todeta, että avohoitoverkosto viiden vuoden kuluessa oli oppinut hoitamaan pitkäaikaispotilaita ilman sairaalaan lähettämistä, mutta että lähetti akuuttipotilaita sairaalaan lähes aikaisemman käytännön mukaisesti. Poliklinikkaryhmän avohoitopainotteisten toimintatavoitteiden ansiosta akuuttipotilaat useimmin hoidettiin avohoidossa ja palautettiin takaisin avohoitoon heti uudelleen sairaalaan tarjottaessa. Pyrkimyksenä poliklinikkatyöryhmällä näytti olleen ensikertalaisten ja vähän hoidettujen potilaiden pitäminen avohoidossa mahdollisimman pitkään. Useasti hoidettujen pitkäaikaispotilaiden kohdalla avohoito näytti pystyvän sairaalaanottojen vähentämiseen niin hyvin, että poliklinikkaryhmä pystyi torjumaan lisää sairaalaanottoja vain harvan tarjotun pitkäaikaispotilaan kohdalla.

#### 7.1.4 Tiivistelmä

Tiivistetysti avohoidon kehittyminen ja vastaanottotyöryhmän toiminta näkyy aineistojen vertailussa siinä, että lievemmin häiriintyneet potilaat sekä varsinkin ensikertalaiset hoidettiin avohoidossa ja sairaalaan kerrääntyivät kaikkein vaikeimmat potilaat, erityisesti skitsofreniaa sairastavat pitkäaikaispotilaat. Toisaalta edellä olevasta seuraa se erittäin myönteinen ja hoitojärjestelmän tavoitteen mukainen havainto, että yhä suurempi osa potilaita ja yhä vaikeammin häiriintyneitä potilaita voidaan hoitaa avohoidossa perheen ja sosiaalisen verkoston tuella avohoidon kehittymisen ja poliklinikkatyöryhmän toiminnan ansiosta.

## 7.2 Tutkimusaineiston poliklinikka- ja sairaalaryhmän vertailu

Tutkimusaineiston kaikkiaan 70:stä potilaasta 42 sisäänkirjoitettiin sairaalaan ja 28 hoidettiin poliklinikalla. On ilmeistä, että sairaalaan otetun ja poliklinikalle otetun potilasaineiston keskinäisessä vertailussa mahdollisesti esiin tulevat erot kuvastavat niitä potilaaseen, perheeseen, sosiaalisen verkostoon ja hoitojärjestelmään liittyviä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä sairaalaanottopäätöksen syntymiseen.

### 7.2.1 Taustatiedot

TAULUKKO 14 Poliklinikka- ja sairaalaryhmän ikäjakauma

Ikäryhmä	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
0 - 24	0	0	4	10	4	6
25 - 44	18	64	28	57	46	66
45 - 64	7	25	10	24	17	24
65 - 90	3	11	0	0	3	4

chi-arvo 7.19 (p = 0.066)

Taulukosta 14 havaitaan, että valtaosa potilaita sekä pkl- että sairaalaryhmässä sijoittui ikäryhmiin 25 - 44 v. Sairaalaryhmässä korostui selvästi alle 25-vuotiaiden osuus, kun taas pkl-ryhmässä yli 65-vuotiaiden osuus. Tulosta voidaan tulkita niin, että iäkkäiden potilaiden sairaalaanottoa pyrittiin välttämään ja että nuorten kohdalla sairaalahoitoa ei yhtä usein voitu korvata avohoidolla, koska sairaalaan tarjottiin vain kaikkein häiriintyneimpiä nuoria (vrt. taulukko 8).

TAULUKKO 15 Poliklinikka- ja sairaalaryhmän sukupuolijakauma

Sukupuoli	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
Nainen	8	29	18	43	26	37
Mies	20	71	24	57	44	63
Yhteensä	28	100	42	100	70	100

Taulukosta 15 nähdään, että tarjotuista naisista otettiin sairaalaan 69 % ja miehistä 55 %. Ilmeisesti joko naisten kynnys mielisairaalaan ottamiselle oli matalampi kuin miesten tai miehiä tarjottiin sairaalaan kevyemmän indikaation kuin naisia.

TAULUKKO 16 Pkl- ja sairaalaryhmän perheolosuhteet

Perheolosuhteet	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
1. Asuu alkuperäis- perheessä	7	25	12	29	19	27
2. Perustanut oman perheen	13	46	9	21	22	31
3. Asuu yksin	8	29	21	50	29	41
Yhteensä	28	100	42	100	70	100

chi-arvo = 5.28 (p = .071)

Taulukosta 16 käy ilmi, että sekä poliklinikka- että sairaalaryhmässä alkuperäisperheessä asuvien määrä oli suuri (noin yksi neljäsosa kummassakin ryhmässä) ja että ryhmät eivät tässä suhteessa eronneet kovin paljon toisistaan. Sen sijaan oman sekundaariperheen perustaneiden ja siinä asuvien osuus oli yli kaksinkertainen poliklinikkaryhmässä sairaalaryhmään verrattuna ja toisaalta yksin asuvien osuus molemmissa ryhmissä oli kaikkein suurin vieläpä niin, että sairaalaryhmässä heitä oli 50 % koko ryhmästä ja pkl-ryhmässäkin lähes 30 %. Voidaan siis päätellä, että sekundaariperheen perustaneitten ryhmästä useimmat hoidetaan poliklinikalla ja lapsuudenperheissään edelleen asuvat hoidetaan useammin sairaalassa (vrt. Ojanen, 1975; Salokangas, 1977). Yksin elävien kohdalla ero on vielä suurempi. On kuitenkin huomattava, että potilaitten kokonaismäärät ovat varsin pienet.

TAULUKKO 17 Poliklinikka- ja sairaalaryhmän siviilisäätty

Siviilisäätty	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
1. Naimaton	11	39	23	55	34	49
2. Naimisissa	9	32	7	17	16	23
3. Eronnut	7	25	11	26	18	28
4. Leski	1	4	1	2	1	3
Yhteensä	28	100	42	100	70	100

Taulukosta 17 havaitaan, että sairaalaryhmästä vain 17 % oli naimisissa. Pkl-ryhmässä heidän osuutensa oli miltei kaksinkertainen. Eronneiden ja leskien osuudet kummassakin ryhmässä vaikuttavat samanlaisilta. Naimattomien osuus sairaalaryhmässä oli taas selvästi suurempi. Kun aineiston keski-ikä oli lähes 40 vuotta, korostuu koko aineistossa naimattomien suuri määrä, etenkin sairaalaryhmässä. Kysymyksessä lienee sama vaikeus alkuperäisperheestä irtautumisessa ja sekundaariperheen muodostamisessa, joka kävi ilmi jo edellisestä taulukosta 16, ja joka korostuu sairaalaryhmän kohdalla (vrt. Ojanen, 1975).

TAULUKKO 18 Koulutustaso poliklinikka- ja sairaalaryhmässä

Koulutustaso	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
Ei ammatti- koulutusta	9	32	21	50	30	43
Ammattikurssi	6	21	9	21	15	21
Ammattikoulu	8	29	8	19	16	23
Opistotaso	3	11	3	7	6	9
Korkeakoulu	2	7	1	2	3	4
Yhteensä	28	100	42	100	70	100

Taulukosta 18 nähdään, että suurin ero poliklinikka- ja sairaalaryhmän välillä on ei-ammattikoulutettujen kohdalla, joita sairaalaryhmässä oli selvästi enemmän kuin pkl-ryhmässä (vrt. Ojanen, 1975). Ammattikoulun ja korkeakoulututkinnon suorittaneita oli myös pkl-ryhmässä enemmän, mutta frekvenssien pienuuden vuoksi erot lienevät vain viitteellisiä.

TAULUKKO 19 Toimeentulon lähde poliklinikka- ja sairaalaryhmässä

Toimeentulon lähde	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
Palkka	10	36	8	19	18	26
Työttömyys- korvaus	3	11	6	14	9	13
Eläke	14	50	27	64	41	59
Sosiaaliapu	1	4	0	0	1	1
Muu perheenjäsen	0	0	1	2	1	1
Yhteensä	28	100	42	100	70	100

Taulukossa 19 näkyy koko aineiston suuri eläköitymisen määrä. Palkasta toimeentulonsa saavien osuus oli selvästi suurempi pkl-ryhmässä kuin sairaalaryhmässä. Muissa toimeentulolähteiden ryhmissä ei pienien frekvenssien takia voida vetää selkeitä johtopäätöksiä. Kuitenkin taulukosta lienee havaittavissa pkl-ryhmän suurempi mukanaolo työelämässä sairaalaryhmään verrattuna sekä suuremman palkalla toimeentulevien, että työttömyyskorvauksien saajien määrällä arvioituna. Ryhmien ero liittyy eroihin yleisessä toimintakyvyssä ja psykososiaalisessa selviytymisessä (vrt. Ojanen, 1975; Salokangas, 1977).

TAULUKKO 20 Työtilanne poliklinikka- ja sairaalaryhmässä

Työssäolo	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
Ei työssä	18	64	34	81	52	74
Työssä	10	36	8	19	18	26
Yhteensä	28	100	42	100	70	100

Taulukosta 20 nähdään koko aineiston työssäolotilanne tutkimushetkellä. Valtaosa aineistoa ei ollut työelämässä. Sairaalaryhmässä työelämän ulkopuolella olevien osuus oli jopa 81 %, kun taas pkl-ryhmässä osuus oli selvästi pienempi, 64 %. Taulukko on tulkittavissa taulukon 19. mukaisesti psyykkisen toimintakyvyn ja sosiaalisen selviytymisen näkökulmasta eli, että pkl-ryhmän kokonaistoimintakyky oli parempi kuin sairaalaryhmän, mutta että koko aineiston toimintakyky oli erittäin huono työelämän vaatimuksiin nähden (vrt. Nieminen, 1986; Ojanen, 1975; Salokangas, 1977).

## 7.2.2 Diagnoosijakaumat

TAULUKKO 21 Diagnoosijakauma poliklinikka- ja sairaalaryhmissä

Diagnoosi	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
1. Alkoholipsykoosit	0	0	2	4.9	2	2.9
2. Skitsofreeniset psykoosit (295)	7	25.9	24	58.5	31	44.3
3. Vakavat mielialahäiriöt (296)	4	14.8	5	12.2	9	12.9
4. Harhaluuloisuushäiriöt (297)	1	3.7	3	7.3	4	5.7
5. Muut psykoottiset häiriöt (298)	2	7.4	2	4.9	4	5.7
6. Neuroottiset häiriöt (300)	6	22.2	2	4.9	8	11.4
7. Persoonallisuushäiriöt (303)	0	0	1	2.4	1	1.4
8. Alkoholiriippuvaisuus (303)	2	7.4	0	0	2	2.9
9. Sopeutumishäiriöt (309)	5	18.5	2	4.9	7	10.0
10. Älyllinen kehitysvammaisuus (317-310)	0	0	0	0	0	0
Yhteensä	27(pt=1)*		41(pt=1)**		68	

\*potilas poistui pkl:lta ennenkuin diagnostinen yksilöhaastattelu olisi suoritettu 1. vrk:n aikana.

\*\*potilas kieltäytyi psykoottisuuden vuoksi diagnostisesta yksilöhaastattelusta 1. vrk:n aikana.

chi-arvo=9.18 (p=.010) (verrattu ryhmiä skitsofreeniset psykoosit, muut psykoosit, muut häiriöt)

Taulukossa 21 kiinnittää erityisesti huomiota skitsofreenisten häiriöiden suuri frekvenssi sairaalaryhmässä, verrattuna pkl-ryhmään, sekä neuroottisten häiriöiden ja sopeutumishäiriöiden suuri frekvenssi pkl-ryhmässä verrattuna sairaalaryhmään. Kaikkien psykoottisten häiriöiden osuus pkl-ryhmässä oli 51.8 % ja sairaalaryhmässä 88.1 %. Ero selittyy lähes täysin skitsofreniadiagnoosien erolla. Muissa psykoosidiagnoosiryhmissä erot olivat pienet. Koko aineistossa psykoottisten häiriöiden osuus oli 71.5 %, ja aineistoa on siis pidettävä erittäin vaikeana häiriintyneisyyden asteen suhteen. Diagnostisesti lievimmän häiriytyneet potilaat sijoittuivat erittäin selvästi pkl-ryhmään ja vaikeimmin häiriytyneitten joukko, nimenomaan skitsofreniapotilaat, sairaalaryhmään.

## 7.2.3 Aikaisempi psykiatrinen hoito

### 7.2.3.1 Aikaisempi sairaalahoito

TAULUKKO 22 Sairaalahoitokerrat yhteensä pkl- ja sairaalaryhmässä

Sairaalahoitokerrat	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
0-0	12	42.9	2	4.8	14	20.0
1-2	5	17.9	6	14.3	11	16.7
3-6	7	25.0	15	35.7	22	31.3
7-12	2	7.1	13	31.0	15	21.4
13-40	2	7.1	6	14.3	8	11.3
Yhteensä	28	100	42	100	70	100

chi-arvo = 17,27 (p = .000) (vertailtu ryhmiä 0 kertaa, 1 - 6 kertaa, 7 - 40 kertaa)

Taulukon perusteella voidaan todeta, että lähes kaikki ensikertalaiset hoidettiin poliklinikalla. Puolet sairaalaanotetuista oli pitkä-aikaispotilaita (7 aikaisempaa sairaalahoitokertaa tai enemmän). Useita kertoja aikaisemmin hoidettujen ryhmistä potilaat otettiin vastaanottotilanteessa useammin sairaalaan kuin vähemmän hoidettujen ryhmistä.

TAULUKKO 23 Sairaalahoitokerrat edellisen kahden vuoden aikana pkl- ja sairaalaryhmissä

Sairaalahoitokerrat	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
0-0	13	46.4	10	23.8	23	33
1-2	10	35.7	20	47.6	30	43
3-6	3	10.7	9	21.4	12	17
7-12	2	7.1	1	2.4	3	4
13-40	0	0	2	4.8	2	3
Yhteensä	28	100	42	100	70	100

Taulukosta 23 nähdään, että ryhmistä, joissa potilailla oli ollut useita hoitajaksoja edeltävän kahden vuoden aikana, otettiin vastaanottotilaanteessa useammin potilaita sairaalaan kuin vähemmän hoitokertoja hankineiden ryhmistä.

Lisäksi havaitaan, että usein hoidettujen potilaiden hoitajakset hajaantuivat yli kahden vuoden ajalle (taulukossa 21 oli kaikkiaan 7 - 40 kertaa hoidettuja potilaita 23 ja taulukossa 22 oli 7 - 40 kertaa edeltävän kahden vuoden aikana hoidettuja potilaita 7).

TAULUKKO 24 Sairaalahoitopäivät edellisen kahden vuoden aikana pkl- ja sairaalaryhmässä

Sairaalahoitopäivät	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
0-0	13	46 (57%)	10	24 (43%)	23	33 (100%)
1-3	1	4 (50%)	1	2 (50%)	2	3 (100%)
4-10	2	7 (75%)	1	2 (25%)	3	4 (100%)
11-30	6	21 (50%)	6	14 (50%)	12	17 (100%)
31-60	3	11 (20%)	12	29 (80%)	15	21 (100%)
61-370	3	11 (20%)	12	29 (80%)	15	21 (100%)
Yhteensä	28	100	42	100	70	100

Taulukosta 24 havaitaan, että niistä potilaista, joilla ei kahden edeltävän vuoden aikana ollut lainkaan sairaalahoittoa, sijoittui poliklinikalle 57 % ja sairaalaan 43 %. Näistä potilaista suurin osa oli ensikertalaisia (N = 14), joista 12 sijoittui poliklinikalle ja kaksi sairaalaan. Ensikertalaisten lisäksi poliklinikalle tuli yksi potilas, joka oli ollut hoidossa yli kaksi vuotta sitten. Sairaalaan tällaisia potilaita sijoittui kahdeksan. Edelleen voidaan todeta, että ryhmässä, jossa oli ollut edeltävän kahden vuoden aikana vähemmän hoitopäiviä kuin yhden kuukauden verran, potilaat sijoituivat yhtä usein poliklinikalle kuin sairaalaan. Mikäli hoitopäiviä oli ollut yli kuukauden verran, potilaista 80 % sijoittui sairaalaryhmään. Potilaat, joilla edeltävän kahden vuoden aikana oli paljon sairaalahoitopäiviä sijoituivat siis todennäköisemmin sairaalaryhmään kuin ne potilaat, joiden sairaalahoitopäivien määrä oli pieni. Se, että potilaat alkoivat sijoittua sairaalaan useammin vasta sen jälkeen kuin heillä oli ollut yli kuukauden sairaalahoidon edeltävän kahden vuoden ajalta, viittaa siihen, että tässä ryhmässä olisi pitkäaikaispotilaita, jotka olivat käyttäneet runsaasti hoitopäiviä ja alle kuukauden verran kahden vuoden aikana hoitopäiviä käyttäneiden joukko koostuisi lähinnä akuutista potilasaineistosta.



### 7.2.3.2 Lääkehoito tutkimushetkellä

Taustatietojen keräämisen yhteydessä potilaiden neuroleptilääkityksen määrä selvitettiin ja muutettiin klooripromatsiini-ekvivalenteiksi.

Taulukossa 25 on esitetty keskiarvot neuroleptien milligramma-määristä potilasta kohti vuorokaudessa klooripromatsiini-ekvivalentteina pkl- ja sairaalaryhmissä, T-testin p-arvo ja neuroleptimäärän korrelaatio sairaalaanottoon.

TAULUKKO 25 Neuroleptilääkitys tulotilanteessa

	ka(pk1)	ka(sair,)	p(T-testi)	r
neuroleptimäärä (mg klooripromatsiinia)	140.20	483.84	.022	-.343

$p < .05$

Taulukosta 25 havaitaan, että sairaalaryhmän potilaat käyttivät keskimäärin yli kolminkertaisen vuorokausiannoksen neuroleptejä tutkimustilanteen ajankohtana poliklinikkaryhmään verrattuna. Tulos liittyy siihen, että sairaalaryhmään kertyi enemmän sellaisia potilaita, jotka jo olivat hoidossa ja psykoosipotilaita suhteellisesti enemmän kuin poliklinikkaryhmään.

### 7.2.4 Sairaalaan lähettäjät

Tutkimusaineistoa tarkasteltiin sen suhteen, mistä lähettämispisteestä potilaat tulivat poliklinikalle ja miten eri lähettäjien lähettämät potilaat jakautuivat sairaala- ja poliklinikkaryhmään.

TAULUKKO 26 Poliklinikka- ja sairaala-aineiston jakauma lähettävän tahon suhteen

Lähettäjä	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
Terveyskeskus	8	29 (22%)	28	67 (78%)	36	51 (100%)
Mielenterveyststo	9	32 (82%)	2	5 (18%)	11	16 (100%)
Keskussairaala	1	4 (25%)	3	7 (75%)	4	1 (100%)
Hakeutunut itse	2	7 (67%)	1	2 (33%)	3	4 (100%)
Muu lähettäjä	8	29 (50%)	8	19 (50%)	16	23 (100%)
Yhteensä	28	100	42	100	70	100

chi-arvo = 37,94 ( $p = .000$ )

Taulukosta 26 nähdään, että koko tutkimusaineistosta suurin osa tuli terveyskeskuksen lähettämänä. Sairaalaryhmässä valtaosa oli terveyskeskuksen lähettämiä potilaita. Pkl-ryhmässä suurin lähettäjä oli mielenterveystoimisto. Oma-aloitteisesti hoitoon hakeutuneita oli pkl-ryhmässä 2 ja sairaalaryhmässä 1 potilas. Muista mielisairaaloista ja paikallisesta keskussairaalaista lähetettyjä potilaita oli lähes yhtä paljon molemmissa ryhmissä.

Tiivistetysti taulukosta voidaan todeta, että suurimmat lähettäjät olivat terveyskeskukset, muut tahot ja mielenterveystoimistot ja että terveyskeskusten lähettämistä potilaista otettiin 75 % sairaalaan ("vapaa-läheteellä" terveyskeskuksesta tulleista 50 %) ja mielenterveystoimiston lähettämistä potilaista 18 %. Ero johtuu ilmeisesti siitä, että vastentahtoista hoitoa edellyttävät ja vaikeimmat potilaat ohjautuivat terveyskeskusten kautta. Miltei 2/3 terveyskeskusten lähettämistä potilaista tuli M1-läheteellä. Mielenterveystoimistot ovat yleensä haluttomia kirjoittamaan "pakkoläheteitä" ja ohjaavat vastentahtoista hoitoa tarvitsevat potilaansa terveyskeskuksiin "pakkoläheteen" saamiseksi. Haluttomuus perustuu siihen, että mielenterveyskeskukset katsovat "pakkoläheteen" olevan hoitosuhteen kannalta vahingollista. Asiaa tarkemmin ajatellen lienee kuitenkin niin, että "pakkoläheteen" kirjoittaminen on osa hoitosuhteeseen liittyvää vastuullisuutta.

Se, että mielenterveystoimiston lähettämistä potilaista otettiin sairaalaan vain 18 % liittyy siihen, että mielenterveystoimistossa järjestetty hoitokokous, jossa sairaalaan lähettämiseen päädyttiin, oli käynnistänyt jo sellaisen prosessin perheessä, potilaassa ja mielenterveystoimiston hoitavassa työryhmässä, että sitten poliklinikalla pidetyssä vastaanottokokouksessa oli mahdollista nähdä muitakin hoitovaihtoehtoja kuin sairaalahoido. Poliklinikkaryhmä tavoitteensa mukaisesti pystyi laukaamaan mielenterveystoimiston työryhmän ja potilaan ja perheen "jumiutuneen" tilanteen ja hoitoa voitiin usein jatkaa avohoitona mielenterveystoimistossa tämän jälkeen. Ilmeisesti myös mielenterveystoimisto toimi tavoitteensa mukaisesti lähettäessään juuri näitä "jumiutuneita" ja ongelmallisia terapiatapauksia poliklinikalle konsultoitavaksi.

## **7.2.5 Potilaan sairauden kuva ja kliininen tila**

### **7.2.5.1 Tutkimusmenetelmät**

Potilaan kliininen psykiatrinen tila arvioitiin kahdenkeskisessä haastattelussa, jonka suoritti tämän tutkimuksen tekijä. Tavoitteena oli kartoittaa perusteellisen psykiatrisen haastattelun avulla potilaan kliininen tila mahdollisimman tarkasti, jotta sen merkitys potilaan sairaalaanottotarkaisun yhteydessä saataisiin esiin. Potilaat diagnosoitiin ICD-87 mukaisesti ja samalla arvioitiin stressitekijöiden voimakkuus viimeaikaisten

(alle 6 kk) ja pitkäaikaisten tapahtumien (yli 6 kk) osalta sekä GAS-tutkimushetkellä ja edeltävien 12 kk:n aikana. ICD-87 mukaiset diagnoosijakaumat on esitetty luvussa 7.2.2. Haastattelun perusteella saadut havainnot kirjattiin standardilomakkeille (BPRS, HAMD, MADRS, Strauss-Carpenter).

Potilaille suoritettiin psykologinen testaus (psykologi Jaakko Seikkula), jossa mitattiin karkea arvio älykkyydestä Wechsler adult intelligence scalen (WAIS) mukaan ja sen sekä Rorschachin persoonallisuustestin (Ro) perusteella määriteltiin potilaan ns. Rorschachin yleisdiagnoosi.

## 7.2.5.2 Tutkimustulokset

### 7.2.5.2.1 Stressitekijät

Stressitekijöiden voimakkuus viimeaikaisten (< 6 kk) ja pitkäaikaisten (> 6 kk) tekijöiden osalta arvioitiin DSM-III- käsikirjan mukaan. (Pylkkänen ym., 1988) asteikolla 1 - 5, jossa tekijöiden voimakkuus luokitellaan seuraavasti: 1=olematon, 2=lievä, 3=kohtalainen, 4=huomattava, 5=vakava, 6=äärimmäinen. Stressitekijöiden voimakkuus viimeaikaisten ja pitkäaikaisten tekijöiden osalta otettiin kumpikin muuttujaksi muuttujaluetteloon.

Taulukoissa 27 ja 28 on esitetty stressitekijöiden jakauma koko aineistossa.

TAULUKKO 27 Stressitekijöiden suorat jakaumat viimeaikaisten tapahtumien osalta

Voimakkuus	1	2	3	4	5	6	
N	40	8	11	2	4	1	yht. 66
%	60	12	17	3	6	2	yht. 100

pt=4 (2 pkl-ryhmän potilasta, joita ei tavoitettu määräaikana yhden vrk:n kuluessa ja 2 sairaalaryhmän potilasta, jotka kieltäytyivät psykoottisuuden vuoksi haastattelusta)

TAULUKKO 28 Stressitekijöiden suorat jakaumat pitkäaikaisten tapahtumien osalta

Voimakkuus	1	2	3	4	5	6	
N	50	9	5	2	0	0	yht. 66
%	75	14	8	3	0	0	yht. 100

pt = 4 (kuten taulukossa 34.)

Taulukoista havaitaan, että stressitekijöiden voimakkuus viimeaikaisten tapahtumien osalta oli kohtalainen tai sitä suurempi 28 %:lla ja pitkäai-

kaisten tapahtumien osalta 11 %:lla potilaita. Stressitekijöiden merkitys jäi suhteellisen vähäiseksi pitkäaikaisten tekijöiden osalta. Viimeaikais-  
ten tekijöiden merkitys oli huomattava selvästi useampien potilaiden  
kohdalla. Todennäköisesti on kysymys sairaalaan lähettämistä edeltä-  
vistä "laukaisevista tekijöistä".

Taulukossa 29 on esitetty stressitekijämuuttujien keskiarvot pkl-  
ja sairaalaryhmissä, T-testin p-arvo ja muuttujan korrelaatio sairaalaan-  
ottoon.

TAULUKKO 29 Stressitekijät poliklinikka- ja sairaalaryhmässä

Muuttuja	ka (pkl)	ka (sair.)	p (T-testi)	r
Viimeaikaiset stressitekijät	2.22	1.62	.006	-.225
Pitkäaikaiset stressitekijät	1.30	1.33	.846	.023

$p < .05$

Taulukosta 29 havaitaan, että muuttujan "viimeaikaiset stressitekijät"  
keskiarvojen ero oli tilastollisesti merkitsevä, samoin sen korrelaatio  
sairaalaanottoon. Muuttujan "pitkäaikaiset stressitekijät" keskiarvo sai-  
raala- ja pkl-ryhmissä oli lähes yhtä suuri, eikä muuttujalla ollut merkit-  
sevää korrelaatiota sairaalaanottoon.

Tulos osoittaa sen, että viimeaikaisilla stressitekijöillä on merki-  
tystä sairaalaan ottamisessa. Se, että niiden keskiarvo oli poliklinik-  
karyhmässä suurempi kuin sairaalaryhmässä, liittyy siihen, että yleensä  
laukaisevien tekijöiden merkitys kriisireaktioiden ja lievempien psykiat-  
risten häiriöiden yhteydessä on suurempi kuin psykoosien yhteydessä.  
Koska poliklinikkatyöryhmä toimintatavoitteensa mukaisesti on kehitet-  
ty erityisesti hoitamaan lievempiä psyykkisiä häiriöitä ja sellaisia häiriöi-  
tä, joissa potilaan ja ympäristön välinen konflikti on ilmeinen ja akuutti,  
poliklinikkaryhmään kertyi merkitsevästi enemmän neurooseista ja so-  
peutumishäiriöistä kärsiviä potilaita, kun taas sairaalaryhmään kertyi  
runsaasti psykoosipotilaita, eniten skitsofreniaa sairastavia pitkäaikais-  
potilaita, joiden kohdalla laukaisevien tekijöiden havaitseminen on eri-  
tyisen vaikeaa. Lisäksi lähes kaikki ensikertalaiset hoidettiin poliklinikal-  
la ja heidän kohdallaan laukaisevien tekijöiden löytäminen oli helpom-  
paa, koska perheen ja verkoston jäsenet yleensä ovat erityisen kiinnostu-  
neita ja huolissaan ensi kertaa ilmenevästä psyykkisestä häiriöstä.

Tutkimus osoitti, että poliklinikkatyöryhmän toiminta oli sille  
asetetun tavoitteen mukaista ja että hoito-organisaation kehitystyö tältä  
osin oli onnistunut.

#### 7.2.5.2.2 GAS-arviot

Potilaan psyykkistä toimintatasoa arvioitiin vakiintuneen käytännön  
mukaisesti GAS-asteikolla siten, kuin se on esitetty DSM-III-käsikirjassa,

jossa se on nimetty akseli V:ksi. GAS-arvo arvioitiin sekä tutkimushetkellä että edeltävän 12 kk:n ajalta. Kummastakin arviosta muodostettiin muuttuja muuttujaluetteloon (GAS-arviointiasteikko on liitteenä 5) .

Taulukossa 30 on esitetty GAS-keskiarvot pkl- ja sairaalaryhmässä, p-arvo T-testissä ja muuttujan korrelaatiokerroin sairaalaanottoon.

TAULUKKO 30 GAS-arviot poliklinikka- ja sairaalaryhmässä

Muuttuja	ka(pkl)	ka(sair)	p(T-testi)	r
GAS tutkimushetkellä	4.96	3.52	.000	-.553
GAS edelt. 12 kk:n aik.	5.81	4.61	.000	-.427

p<.05

Taulukosta havaitaan, että GAS-keskiarvo sekä tutkimushetkellä, että edeltävän 12 kk:n aikana, oli pkl-ryhmässä tilastollisesti erittäin merkitsevästi suurempi, kuin sairaalaryhmässä ja että kummankin muuttujan korrelaatio sairaalaanottoon oli erittäin korkea. Tutkimushetken GAS-keskiarvojen ero pkl- ja sairaalaryhmien välillä oli suurempi kuin vastaava ero edeltävän 12 kk:n GAS-keskiarvoissa ja korrelaatio sairaalaanottoon hieman korkeampi.

Edelleen havaitaan, että sekä pkl-ryhmässä, että sairaalaryhmässä tutkimushetken GAS-keskiarvo oli pudonnut edeltävän vuoden tasolta, mikä kuvastanee sairaalaan lähettämisen yhtenä syynä olevaa yleisen psyykkisen toimintatason laskua tavanomaisesta. Sairaalaryhmässä GAS-arvon lasku oli suurempi kuin pkl-ryhmässä. Suuri toimintatason huononeminen siis ilmeisesti on yhteydessä sairaalaanottoon (vrt. Baxter ym., 1968; Feigelson ym., 1978; Rose ym., 1977; Streiner ym., 1975; Tischler, 1966).

Lisäksi havaitaan, että kaiken kaikkiaan aineiston GAS-arvot olivat huomattavan matalia. Tutkimusaineiston potilaat olivat siis psyykkiseltä toimintakyvyltään keskimäärin erittäin heikkotasoisia, vaikeasti sairaita potilaita.

GAS-arvioita voidaan pitää hyvin luotettavina, koska tämän arvion lisäksi, jonka suoritti tämän tutkimuksen tekijä, suoritti hoitava työryhmä samoista potilaista vastaanottokokouksen yhteydessä GAS-arvion ja tulokset olivat lähes yhteneväiset tämän tutkimuksen tekijän psykiatrisen haastattelun yhteydessä tekemien GAS-arvioiden kanssa. Arvioiden välinen korrelaatio on tilastollisesti erittäin merkitsevä:  $r=.627$ ;  $p<.001$ ; kahden arvion poikkeamat toisistaan olivat korkeintaan yhden pisteen suuruisia.

### 7.2.5.2.3 Kliinisen tilan arviot standardilomakkeille

Psykiatrisen yksilöhaastattelun jälkeen tämän tutkimuksen tekijä täytti Hamiltonin ja Montgomery-Åsbergin depressioasteikko-lomakkeet,

(HAMD ja MADRS), Brief psychiatric rating scale-lomakkeen (BPRS) ja Strauss-Carpenter-ennustetekijälomakkeen (Strauss-Carpenter) kunkin potilaan osalta. Muuttujaluetteloon otettiin asteikkojen yksittäiset arviointikohdat, asteikkojen summat ja HAMD:ssa ja BPRS:ssa lisäksi niiden alaosiot (lomakkeet liitteinä 1 - 4).

#### 7.2.5.2.3.1 Depressioasteikot

Depressioasteikkojen avulla tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään potilaan depressiivisyyden eroja sairaala- ja poliklinikkaryhmän välillä ja sitä kautta depressiivisyyden mahdollista yhteyttä sairaalaanottoon.

T-testissä saatiin eroja sairaala- ja pkl-ryhmän välille vain kahdessa HAMD-muuttujassa: "psykkinen ahdistuneisuus" ja "paranoidiset oireet" ja yhdessä MADRS-muuttujassa: "keskittymisvaikeudet".

Taulukossa 31 on esitetty toisistaan T-testissä merkitsevästi eroavien depressioasteikko-muuttujien keskiarvot pkl- ja sairaalaryhmässä, T-testin p-arvo ja muuttujan korrelaatio sairaalaanottoon.

TAULUKKO 31 Depressioasteikkojen muuttujat pkl- ja sairaalaryhmässä

Muuttuja	ka(pkl)	ka(sair.)	p(T-testi)	r
Psyykkinen ahdistuneisuus (HAMD)	1.12	1.61	.028	pt
Paranoidiset oireet (HAMD)	0.44	1.24	.002	.385
Keskittymisvaikeudet (MADRS)	0.72	1.61	.017	.291

$p < .05$

Taulukosta havaitaan, että tilastollisesti merkitsevin ero pkl- ja sairaalaryhmän välillä oli muuttujassa "paranoidiset oireet" (HAMD) ja sen korrelaatio sairaalaanottoon oli huomattavan korkea. Seuraavaksi suurin ero oli muuttujassa "keskittymisvaikeudet" (MADRS). Nämä kaksi muuttujaa kuvaavat tässä aineistossa lähinnä psykoottisten potilaiden ominaisuuksia ja sen vuoksi niiden painottuminen sairaalaryhmään on luonnollista, koska psykoosipotilaat kasautuivat sairaalaryhmään. Todennäköisesti myös muuttujan "psykkinen ahdistuneisuus" korkeampi keskiarvo sairaalaryhmässä liittyy samaan asiaan.

Muutoin poliklinikka- ja sairaalaryhmä eivät depressioasteikoilla mitattuina eronneet toisistaan, eikä potilaan depressiivisyyttä kokonaisuutena näin ollen voida pitää sairaalaanottoon tilastollisesti merkitsevästi liittyvänä tekijänä.

#### 7.2.5.2.3.2 BPRS-arviointiasteikko

BPRS-asteikolla arvioitiin potilaan psykiatristen oireiden vaikeusastetta tavoitteena selvittää mahdolliset erot poliklinikka- ja sairaalaryhmän

välillä ja sitä kautta yhteydet sairaalaanottoratkaisuun. BPRS-asteikko mittaa laaja-alaisesti erilaisten psykiatristen oireiden vaikeusastetta.

BPRS-asteikon 25 muuttujasta 9 muuttujalla oli tilastollisesti merkitsevä korrelaatio sairaalaanottoon ja merkitsevät erot T-testissä.

Taulukossa 32 on esitetty sairaalaanottoon korreloivat BPRS-muuttujat korrelaatiokertoimen mukaisessa järjestyksessä, niiden keskiarvojen jakauma pkl- ja sairaalaryhmissä ja T-testin p-arvo.

TAULUKKO 32 BPRS-muuttujat poliklinikka- ja sairaalaryhmissä

Muuttuja	ka(pkl)	ka(sair.)	p(T-testi)	r
Vihamielisyys-epäluuloisuus	0.21	0.89	.001	.415
Epäluuloisuus	0.52	1.44	.002	.379
BPRS-summa	9.60	15.56	.013	.304
Yhteistyöhaluttomuus	pt	pt	pt	.304
Ajatushäiriö	0.38	0.83	.017	.290
Vihamielisyys	pt	pt	pt	.287
Kireys	1.32	1.93	.019	.286
Aktivaatio	0.44	0.71	.020	.283
Hajanaisuus	0.44	1.10	.029	.267

p<.05 pt= puuttuvat tiedot

Taulukosta 32 havaitaan, että eniten sairaalaanottoon korreloi ala-asteikko-muuttuja "vihamielisyys-epäluuloisuus" (keskiarvo muuttujista "vihamielisyys", "epäluuloisuus" ja "yhteistyöhaluttomuus"). Myös sen yksittäiset muuttujat korreloivat sairaalaanottoon merkitsevästi. Toiseksi eniten korreloi BPRS-summa. Kolmanneksi ala-asteikko-muuttuja "ajatushäiriö" (keskiarvo muuttujista "hajanaisuus", "suuruusajatukset", "harhat" ja "epätavalliset ajatukset"), jonka yksittäisistä muuttujista "hajanaisuus" myös korreloi merkitsevästi sairaalaanottoon. Yksittäisistä muuttujista lisäksi korreloi merkitsevästi "kireys", joka on osa ala-asteikkomuuttujaa "aktivaatio" (keskiarvo muuttujista "kireys", "maneerit", "euforia" ja "kiihtymys") "Aktivaation" korrelaatio sairaalaanottoon oli myös merkitsevä.

Sairaalaanottoon eivät korreloineet ala-asteikko-muuttujat "ahdistuneisuus-masentuneisuus" (keskiarvo muuttujista "somaattinen huolestuminen", "ahdistuneisuus", "syyllisyydentunteet" ja "depressiivisyys") ja "anergia" (keskiarvo muuttujista "emotionaalinen vetäytyminen", "motorinen estyneisyys", "välinpitämättömyys" ja "epätietoisuus ajasta ja paikasta").

Tiivistetysti voidaan todeta, että sairaalaanottoon korreloivat merkitsevästi muuttujat BPRS-summa ja BPRS:n ala-asteikoista "vihamielisyys-epäluuloisuus", "ajatushäiriö" ja "aktivaatio". "Ahdistuneisuus-masentuneisuus" ja "anergia" eivät korreloineet merkitsevästi sairaalaanottoon. Tulosta voidaan tulkita niin, että potilaan positiiviset psykoottiset oireet: aggressiivisuus, levottomuus ja ajatushäiriöt aiheuttavat sen, että hänet helpommin otetaan sairaalaan, kun taas vetäytyneisyys ja

muut negatiiviset oireet eivät liity sairaalaanottoon. Ahdistuneisuus-ma-  
sentuneisuus-tekijöillä ei myöskään BPRS-asteikossa ollut merkitystä  
sairaalaanotolle.

BPRS osoittautui tässä tutkimuksessa käyttökelpoiseksi mittariksi  
ja antoi monipuolisen ja mielekkään kuvan tutkimusaineiston häiriin-  
tyneisyydestä ja sen suhteista potilaan sairaalaanottoratkaisuun.

### 7.2.5.2.3.3 Strauss-Carpenter-ennustetekijälomake

Strauss-Carpenter-lomakkeen avulla pyritään arvioimaan skit-  
sofreniapotilaiden ennusteeseen liittyviä tekijöitä. Tässä tutkimuksessa  
sitä käytettiin sen selvittämiseksi onko skitsofrenianpotilaiden ennus-  
teeseen liittyvillä tekijöillä yhteyttä sairaalaanottoratkaisuun.

Strauss-Carpenter-lomakkeen arviointikohteista muodostettiin 18  
muuttujaa, joista kolmessa tuli merkitsevä ero T-testissä sairaala- ja  
pkl-ryhmän välille. Tämän tutkimuksen aineisto oli diagnostisesti vali-  
koitumaton ja heterogeeninen, lomake "sopi" vain osalle tut-  
kimusaineistoa. Silti tilastollisesti merkitsevät erot ilmenivät  
Strauss-Carpenter-summassa ja sen kahdessa yksittäisessä arviointikoh-  
teessa.

Taulukossa 33 on esitetty ne muuttujat, joissa T-testissä oli mer-  
kitsevä ero pkl- ja sairaalaryhmien välillä, niiden muuttujien keskiarvot  
kummassakin ryhmässä, T-testin p-arvot ja muuttujien korrelaatiot sai-  
raalaanottoon.

TAULUKKO 33 Strauss-Carpenter muuttujat poliklinikka ja sairaalaryhmässä

Muuttuja	ka(pkl)	ka(sair.)	p(T-testi)	r
Hyödyllisen työskentelyn määrä menneen vuoden aikana	1.83	0.95	.031	-.266
Ajatushäiriöiden, deluusioiden ja hallusinaatioiden esiinty- minen menneen vuoden aikana	3.21	2.68	.030	-.262
Strauss-Carpenter-summa	42.96	37.90	.046	-.245

p<.05

Taulukosta voidaan todeta, että skitsofreniapotilaan huono ennuste  
Strauss-Carpenter-ennustetekijälomakkeella mitattuna liittyy merkitsevästi  
sairaalaanottoon vastaanottotilanteessa ja että eniten sairaalaanottorat-  
kaisuun liittyvät muuttujat "Hyödyllisen työskentelyn määrä menneen  
vuoden aikana" ja "Ajatushäiriöiden ja hallusinaatioiden esiintyminen  
menneen vuoden aikana".

Tulosta voidaan tulkita niin, että mitä huonompi potilaan psy-  
kososiaalinen toimintakyky ja mitä suurempi produktiivisten psykoottis-  
ten oireiden määrä on ollut edeltävän vuoden aikana Strauss-Carpen-



ter-ennustetekijälomakkeella arvioituna, sen suurempi todennäköisyys vastaanottotilanteessa on sairaalahoitoratkaisuun päätyminen (vrt. Ojanen, 1975; Salokangas, 1977).

#### 7.2.5.2.4 Yksilöpsykologiset tutkimukset

Yksilöpsykologisten testausten tavoitteena oli saada kuva potilaiden persoonallisuudesta ja yleisestä älykkyystasosta sairaala- ja poliklinikkar ryhmässä sekä ryhmiä vertailemalla saada esiin sairaalaanottoon liittyviä tekijöitä yksilöpsykologisten testien avulla mitatuissa potilaan ominaisuuksissa.

Psykologiseen tutkimukseen kuului neljä osiota WAIS:n älykkyystestistä (yleinen tietomäärä, aritmeettinen päättely, merkkikoe ja kuutiotehtävä) ja Rorschachin persoonallisuustesti. Älykkyystestiosioiden tavoitteena oli selvittää yleisluontoisesti potilaan perusälykkyys ja mahdollinen suoritustason lasku. Rorschachin persoonallisuustestistä arvioitiin sekä kvalitatiiviset, että kvantitatiiviset ominaisuudet (Tutkimuksen suoritti psykologi Jaakko Seikkula.).

Persoonallisuuden ominaisuuksien ja kognitiivisen suoritustason perusteella potilaat diagnosoitiin viiteen luokkaan seuraavasti:

1. Ei diagnoosia,
2. neuroottinen persoonallisuus,
3. rajatilapersonallisuus,
4. psykoottinen persoonallisuus,
5. kroonistunut skitsofrenia.

Diagnosiluokkiin jakaminen tapahtui yhdistämällä Rorschachin persoonallisuustestin ja WAIS:n älykkyystestin osioiden tulokset. Luokitus nimettiin muuttujaksi "Rorschachin yleisdiagnoosi" ja sen kriteerit ovat seuraavat:

Luokka 5 (kroonistunut skitsofrenia):

WAIS:n tason taantuma ja vaihtelut osioittain  
Rorschachin testissä köyhtynyt tuotos, eikä juuri liikevastauksia (selviä psykoottisia oireita)

Luokka 4 (psykoottinen persoonallisuus):

WAIS:n osioissa voimakkaita vaihteluja tai suoritusvaikeuksia  
Rorschachin vastauksissa enemmän elävyyttä kuin luokassa 5, mutta mukana primaariprosessivastauksia (psykoottisia oireita)

Luokka 3 (rajatilapersonallisuus):

WAIS:n suoritus tasainen, eivätkä psyykkiset ongelmat vaikuta suoritukseen  
Rorschachissa elvyyttä, mutta mukana primaariprosessivastauksia (ei psykoottisia oireita, vaikka sellaisten epäily voi olla)

## Luokka 2 (neuroottinen persoonallisuus)

WAIS:n suorituksessa ei tason laskua, vaikka esimerkiksi ahdistuneisuus saattaa vaikeuttaa suoritusta)

Rorschachin testissä varjostus- ja värishokkivastauksia (neuroottisia oireita, kuten ahdistus, masennus, jännittäminen)

## Luokka 1 (ei diagnoosia)

WAIS:n suoritus tasainen, ei tasonlaskua

Rorschachin testissä ei shokkireaktioita, vaan mukana monipuolisesti erilaisia ratkaisutapoja (ei oireita, tai vähän kriisiin liittyvää ahdistusta tai masennusta)

Psykologisen testauksen ja "Rorschachin yleisdiagnoosi"- luokituksen perusteita on tarkemmin selvitetty Jaakko Seikkulan väitöskirjassa "Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa" (1991).

Taulukossa 34 on esitetty tutkimusaineiston jakautuminen Rorschachin yleisdiagnoosiryhmiin.

TAULUKKO 34 Muuttujan Ro:n yleisdiagnoosi suora jakauma

Yleisdiagnoosiryhmä	1	2	3	4	5	yht.	pt
N	3	2	11	20	23	59	11
%	5	3	19	34	39	100	

pt=puuttuvat tiedot (11 potilaan kohdalla ei potilaan yhteistyökyvyttömyyden takia voitu suorittaa psykologista tutkimusta sillä tavoin, että sitä olisi voitu käyttää yleisdiagnoosiryhmäluokittelun perusteena)

Taulukosta havaitaan, että potilaiden jakauma Rorschachin yleisdiagnoosiryhmiin muistuttaa aikaisemmin tässä tutkimuksessa esitetty potilaiden jakaumaa kliinisten ICD-87-diagnoosien mukaan, vaikka ei olekaan siihen suoraan rinnastettavissa. Psykoosidiagnoosien osuus ICD-luokituksessa oli 79,5 % ja tässä luokituksessa 73 % ja skitsofreenisten häiriöiden osuus ICD-luokituksessa oli 44 %, tässä 39 %. Voidaan katsoa, että ICD-87:n mukainen diagnoosiluokittelu ja Rorschachin yleisdiagnoosiluokittelu tukevat toisiaan ja, että Rorschachin yleisdiagnoosiluokittelu soveltuu käytettäväksi tässä tutkimuksessa.

Taulukossa 35 on esitetty Rorschachin yleisdiagnoosimuuttujan jakauma T-testissä pkl- ja sairaalaryhmään, muuttujan keskiarvo kummassakin ryhmässä, T-testin p-arvo ja muuttujan korrelaatio sairaalaanottoon.

TAULUKKO 35 Rorschachin yleisdiagnoosi poliklinikka- ja sairaalaryhmässä

Muuttuja	ka( pkl)	ka (sair.)	p (T-testi)	r
Rorschachin yleisdiagnoosi	3.41	4.32	.002	.409

p<.05

Taulukosta havaitaan, että sairaalaryhmään sijoittui keskimääräisesti vaikeammin häiriintyneitä potilaita Rorschachin yleisdiagnoosin mukaisessa luokittelussa kuin pkl-ryhmään. Yleisdiagnoosi korreloi myös erittäin selvästi sairaalaanottoon. Samanlainen vaikeasti häiriytyneiden potilaiden, erityisesti kroonisten skitsofreniapotilaiden, kasautuminen sairaalaryhmään tuli näkyviin myös aikaisemmin (luvussa 7.2.2) esitetyssä ICD-87:n mukaisessa diagnoosiluokituksessa. Tältäkin osin diagnosiryhmittelyt näyttävät tukevan toisiaan. Edelleen voidaan todeta, että koko aineiston keskiarvo (4.0) kuvaa sitä, kuinka vaikeasti häiriintyneistä potilaista tutkimusaineisto koostuu psykologisten testien mukaan.

#### 7.2.5.2.5 Tiivistelmä potilaille suoritetuista yksilötutkimuksista

Taulukossa 36 on esitetty yksilön kohdistuvista tutkimusmenetelmistä saatujen muuttujien tilastollisesti merkitsevät korrelaatiot sairaalaanottoon korrelaatiokertoimien mukaisessa järjestyksessä sekä muuttujien keskiarvot pkl- ja sairaalaryhmissä ja T-testin p-arvo.

TAULUKKO 36 Potilaan kliinisen tilan arviot poliklinikka- ja sairaalaryhmässä

Muuttuja	r	ka (pkl)	ka (sair.)	p(T-testi)
GAS tutkimushetkellä	-.553	4.98	3.22	.000
GAS edelt.12 kk aikana	-.427	5.81	4.61	.000
Ro:n yleisdiagnoosi	.409	3.41	4.32	.002
BPRS-summa	.304	9.60	15.56	.013

p<.05

Taulukosta 36 havaitaan, että eniten sairaalaanottoon korreloi potilaan GAS-arvo tutkimushetkellä ja toiseksi eniten GAS-arvo edeltävän 12 kk:n ajalta. GAS-arvo kuvastaa potilaan psyykkistä toimintatasoa ja oireita kokonaisarviona eli sairauden vaikeusastetta. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että sairauden vaikeusaste on merkittävin sairaalaanottoon korreloiva tekijä potilaaseen yksilöön liittyvistä tekijöistä. Tulos on yhteneväinen aikaisempien tutkimustulosten kanssa, joissa valtaosassa on todettu sairauden vaikeusasteen olevan tärkeimpiä tekijöitä sairaalanotosta päätettäessä, ja että potilaat, joiden toimintakyky on sairauden vuoksi huonontunut, otetaan sairaalaan, vaikka vaarallisuus itselle tai muille puuttuisi. (Baxter ym., 1968; Feigelson ym., 1978; Rose ym., 1977; Streiner ym., 1975; Tischler, 1966).

"Rorschachin yleisdiagnoosi" korreloi yksilömuuttujista seuraavaksi eniten sairaalaanottoratkaisuun. Diagnostisesti vaikeimmin häiriytyneet potilaat otetaan useimmin sairaalaan. "Rorschachin yleisdiagnoosin" mukaisesti tämä koskee erityisesti kroonisia skitsofreniapotilaita. Sama löydös havaitaan aikaisemmin tässä tutkimuksessa esitetyssä ICD-87-diagnoosien tarkastelussa taulukkojen avulla, joissa todettiin

vahva kroonisten skitsofreniapotilaiden kasautuminen sairaalaryhmään. Kirjallisuudessa diagnoosin merkityksestä sairaalaanottoon esiintyy ristiriitaisia tutkimustuloksia. Useissa tutkimuksissa diagnoosin merkitystä korostetaan, muutamissa taas ei. Siitä, mikä diagnoosi useimmin johtaa sairaalaanottoon, esiintyy ristiriitaisia tutkimustuloksia (Baxter ym., 1968; Errera ym., 1963; Friedman, 1981; Hanson & Babigian, 1974; Sandifer, 1972; Schwartz & Errera, 1963; Tischler, 1966; Zonana ym., 1973). Tutkimustulosten ristiriitaisuus johtuu luultavasti paikallisista näkemyseroista skitsofreniapotilaiden hoidossa.

BPRS-summa korreloi myös selvästi sairaalaanottoon. BPRS kuvastaa potilaan yksittäisten oireiden vaikeusastetta, sen sijaan siinä ei arvioida potilaan toimintakykyä, kuten GAS-arvioissa. Koska GAS-arvojen korrelaatio sairaalaanottoon oli suurempi kuin BPRS-summan, voidaan katsoa, että potilaan huonolla psyykkisellä toimintakyvyllä on erityistä merkitystä sairaalaanottoratkaisuissa oireiden vaikeusasteen lisäksi.

#### 7.2.5.2.6 Tutkimusmenetelmien arviointi

Tässä tutkimuksessa osoittautuivat käyttökelpoisimmiksi yksilöön kohdistuviksi tutkimusmenetelmiksi psykiatrinen kliininen haastattelu ja sen perusteella tehty GAS-arvio, BPRS ja stressitekijöiden arvio sekä psykologinen tutkimus (Rorschachin yleisdiagnoosi). Depressioasteikot (HAMD ja MADRS) ja Strauss-Carpenter-ennustetekijälomake soveltuvat rajoitetusti tähän tutkimukseen, koska ne on kehitetty valikoitunutta potilasjoukkoa varten ja tämän tutkimuksen aineisto on heterogeeninen ja diagnostisesti valikoitumaton.

Käytetyt tutkimusmenetelmät ovat standardimenetelmiä, joiden validiteetti on tunnettu. "Rorschachin yleisdiagnoosi" perustuu myös valideihin standardimenetelmiin (WAIS ja Rorschachin persoonallisuustesti) ja osoittautui tutkimuksen aikana tähän tutkimukseen soveliaaksi.

Tutkimusmenetelmien reliabiliteetti perustuu siihen, että kliiniset arviot ovat yhden henkilön suorittamia (tämän tutkimuksen tekijä), joka on tottunut niitä käyttämään päivittäisessä työssään vuosien ajan ja arviointiasteikkojen osalta ollut mukana reliabiliteettimittauksissa lääkeainetutkimusten yhteydessä. GAS-arvion osalta reliabiliteetti mitattiin tässä tutkimuksessa erittäin korkeaksi tämän tutkimuksen suorittajan ja vastaanottotyöryhmän arvioiden välillä. Psykologisten tutkimusten reliabiliteetti on selvitetty Jaakko Seikkulan väitöskirjassa "Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa" (1991).

## 7.2.6 Perheen ja työryhmän arvio Olsonin ympyrämallin avulla

### 7.2.6.1 Perhearviot

Potilaan perheen sisäistä toimintaa, adaptaatiota, koheesiota ja kommunikaatiota Olsonin ympyrämallin mukaan arvioituna verrattiin poliklinikka- ja sairaalaryhmän välillä, tavoitteena selvittää näiden perheen sisäisten ominaisuuksien mahdollisia yhteyksiä sairaalaanottoratkaisuun.

#### Arviointimenetelmän esittely

Perheen vuorovaikutuksen arviointi tapahtui vastaanottokokouksen yhteydessä. Kokousta seurasi kaksi arvioitsijaa, toinen tarkkaili perheen sisäistä vuorovaikutusta, toinen työryhmän sisäistä vuorovaikutusta. Arvioitsijat olivat kokeneita perheterapeutteja, jotka olivat erityisesti koulutuneet tähän tehtävään.

Perheen vuorovaikutusta arvioitiin Olsonin kehittämän ympyrämallin pohjalta ("Clinical rating scale", Olson ym., 1985). Siinä arviointi suoritetaan kolmella akselilla:

1. Koossapysyvyys (cohesio),
2. sopeutuvuus (adaptability) ja
3. kommunikaatio.

Kukin akseli muodostuu useista osioista, jotka arvioidaan erikseen erityisille lomakkeille. Koossapysyvyys ja sopeutuvuus ovat käyrä- viivaisia (curvilinear) asteikkoja. Kommunikaation akseli on lineaarinen. Koossapysyvyyden ja sopeutumisen akselit esitetään Olsonin ympyrämallin avulla, jossa kummallakin akselilla parhaiten toimiviksi arvioidut perheet sijoittuvat ympyrän keskelle ja huonosti toimivat perheet ympyrän laidolle. Tässä tutkimuksessa perheen toimintakyvystä Olsonin ympyrälle sijoittumisen mukaan muodostettiin oma muuttujansa, asteikkona 1 - 3 (1 = huonosti toimiva perhe, Olsonin ympyrän ulomman kehän ulkopuolella, 2 = tyydyttävästi toimiva perhe, Olsonin ympyrän kehien välissä, 3 = hyvin toimiva perhe, Olsonin ympyrän sisemmän kehän sisäpuolella). Kommunikaatio arvioitiin asteikolla 1 - 6 (1 = huono, 6 = hyvä).

#### Olsonin mallin akselit

Koossapysyvyys mittaa yksilön perheeseen kuulumisen tai siitä irtautumisen astetta (1. = irrallinen, 2. = erillinen, 3. = yhtenäinen, 4. = kietoutunut). Sitä arvioidaan tarkkailemalla perheenjäsenten emotionaalista sitomista, toisten asioihin puuttumista, aviosuhdetta, vanhempien ja lasten välisiä koalitiioita sekä perheen sisäisiä ja ulkoisia rajoja.

Sopeutuvuus määritellään perheen kyvyksi muuttaa valtaraken-

nettaan, roolisuhteitaan ja suhteiden sääntöjä akuutin tilanteen tai perheen kehitysvaiheen aiheuttamassa stressissä. Sopeutuvuus mittaa perheen muutoskyvyn astetta (1. = jäykkä, 2. = strukturoitu, 3. = joustava ja 4. = kaoottinen). Sitä arvioidaan tarkkailemalla perheen johtajuutta, sisäisen neuvottelun laatua, kuria, rooleja ja sääntöjä.

Kommunikaatio määritellään perheen vuorovaikutusta helpottavaksi tekijäksi. Hyvä kommunikaatio auttaa perhettä liikkumaan kahdella edellä mainitulla rakenteellisella akselilla (koossapysyvyys ja sopeutuvuus). Hyvät kommunikaatiotaidot (empatia, huomioiva kuuntelu ja tukea antavat kommentit) auttavat koossapysyvyyden ja muutoskyvyn määrittelemisessä asioissa. Negatiiviset kommunikaatiotaidot (kaksoisviestit, kaksoissidokset ja kriittisyys) rajoittavat tunnekokemusten jakamista ja liikkumista rakenteellisilla akseleilla.

Olsonin ympyrämallin teoreettisesta taustasta sekä mallin käytöstä, validiteetista ja reliabiliteetista tässä tutkimuksessa on esitetty selvitys Jaakko Seikkulan väitöskirjassa "Perheen ja sairaalan rajajärjestelmä sosiaalisessa verkostossa" (1991). Olsonin malliin liittyvät lomakkeet ovat liitteenä 9 ja 10.

## Tutkimustulokset

Taulukossa 37 on esitetty Olsonin ympyrämallin muuttujista ne, joilla oli merkitsevä keskiarvojen ero T-testissä poliklinikka- ja sairaalaryhmien välillä T-testin p-arvon mukaisessa järjestyksessä.

TAULUKKO 37 Olsonin mallin muuttujat potilaiden perheissä

Muuttuja	ka(pk1)	ka(sair.)	p(T-testi)
Ilmaisun vapaus	3.17	1.78	.000
Kommunikaation selkeys	3.78	2.56	.004
Kommunikaation kokonaisarvio	3.39	2.31	.007
Teemassa pysyminen	4.06	2.97	.026
Sijoittuminen Olsonin mallissa	1.65	1.35	.030
Puhuminen toisten puolesta	3.50	2.59	.038

Taulukosta havaitaan, että neljä eniten keskiarvoltaan eroavaa muuttujaa olivat kommunikaatio-akselin muuttujia. Myös muuttujan "Perheen sijoittuminen Olsonin mallissa" keskiarvot poliklinikka- ja sairaalaryhmien välillä erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Kommunikaatio-akselin kuudesta muuttujasta vain yhden, "kunnioitus ja huomiointi", keskiarvojen ero ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Muiden tämän akselin muuttujien keskiarvojen erot olivat suhteellisen suuria.

Tulos on tulkittavissa niin, että ne perheet, joissa perheenjäsenet ilmaisivat itseään vapaasti, keskustelivat avoimesti itsestään, tunteistaan

ja suhteistaan muihin perheenjäseniin, kommunikoivat selkeästi ja joiden kommunikaatiossa verbaaliset viestit olivat selviä, ristiriidattomia ja johdonmukaisesti teemassa pysyviä, sijoittuivat todennäköisemmin poliklinikkaryhmään.

Edelleen voidaan todeta, että Olsonin mallin mukaisesti hyvin toimiva perhe, toisin sanoen sellainen perhe, jolle sekä hyvä koossapysyvyys (erillinen tai yhtenäinen) että hyvä sopeutuvuus (strukturoidu tai joustava) olivat ominaisia, myös sijoittui todennäköisemmin poliklinikkaryhmään kuin sairaalaryhmään.

Kirjallisuudessa on yleisesti esitetty, että skitsofreniapotilaiden perheissä perheenjäsenten välinen kommunikaatio on häiriintynyttä. Näissä perheissä vältetään erityisesti keskinäisten suhteitten määrittelyä (Bateson, 1972; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1978) ja niissä esiintyy usein "kaksoissidoksia" ja ristiriitaa verbaalisen ja nonverbaalisen kommunikaation välillä. Koska sairaalaryhmään kasaantui runsaasti skitsofreniapotilaita, on luonnollista, että myös perheitä, joiden kommunikaatio oli puutteellista, kasautui tähän ryhmään.

Edelleen skitsofreniapotilaiden perheissä perhetutkijoiden mukaan on tyypillistä kietoutuneisuus, vanhempi-lapsi-koalitiot, sukupolvi-rajojen puute ja yksilöllisen tilan puuttuminen perheenjäseniltä. Skitsofreniapotilaiden kasautuminen sairaalaryhmään liittyisi sen mukaan myös toimintakyvyltään Olsonin mallin mukaan arvioituina huonojen perheiden kasautumiseen tähän ryhmään.

### 7.2.6.2 Työryhmäarviot

Vastaanottokokousten työryhmän toimintaa, adaptaatiota, koheesiota ja kommunikaatiota arvioituina Olsonin ympyrämallista kehitetyn soveltuvan mallin avulla vertailtiin poliklinikka- ja sairaalaryhmän välillä, tavoitteena selvittää näiden työryhmän sisäisten ominaisuuksien mahdollista yhteyttä sairaalaanottoratkaisuun.

#### Arviointimenetelmän esittely

Työryhmän toimintaa arvioitiin vastaanottokokouksessa Olsonin ympyrämallin akseleilla. Perheen mallista kehitettiin tätä tutkimusta varten sopivat osiot valiten työryhmän toiminnan arviointimalli. Työryhmän sopeutuvuus ja kommunikaatio arvioitiin samalla tavoin kuin perhemallissa.

Työryhmän koossapysyvyyttä varten perhemallista valittiin osiot "toisten asioihin puuttuminen", "sisäiset rajat" ja "ulkoiset rajat". Työryhmän koossapysyvyys tarkoittaa sitä, kuinka kiinteästi työryhmän jäsenet pyrkivät toiminaan ryhmänä

1. irrallisen,
2. erillisen,
3. yhtenäisen ja
4. kietoutuneen asteikolla.

Irrallisesti toimivan työryhmän jäsenet toimivat kukin itsenäisesti, toisistaan riippumatta, keskittyen vain perheeseen. Kietoutuneeksi määritellään sellainen työryhmä, jonka vuorovaikutuksen määräävät sen omat sisäiset tunnekokemukset. Erilliset ja yhtenäiset työryhmät toimivat optimaalisesti pyrkien luomaan perheen ja työryhmän yhteistä ymmärrystä ongelmasta.

Työryhmän sopeutuvuudella mitataan sen kykyä muuttaa toimintatapaansa tilanteen vaatimalla tavalla. Asteikkona on

1. jäykkä,
2. strukturoitu,
3. joustava ja
4. kaoottinen.

Jäykkä työryhmä toimii samalla tavoin tilanteen vaihteluista huolimatta. Kaoottinen työryhmä ei löydä työskentelyssään yhteistä linjaa. Strukturoitu ja joustava työryhmä reagoi optimaalasti kuhunkin tilanteeseen. Tällainen työryhmä pystyy keskenään neuvotellen sekä johtajuuttaan ja roolejaan joustavasti vaihdellen sopeutumaan vastaanottokokouksen käännteisiin.

Työryhmän kommunikaatio on helpottava tekijä työryhmän koossapysyvyyden kehittämässä. Se auttaa myös työryhmän jäseniä jakamaan havaintojaan ja kokemuksiaan vastaanottotilanteeseen sopeutumisen parantamiseksi. Vaikka työryhmän toimintaa arvioidaan perheen vuorovaikutusmallista kehitetyllä menetelmällä, ei työryhmää ja perhettä pidetä samanlaisina systeemeinä. Perheellä on pitkä kehityshistoria, työryhmä on vastaanottotilannetta varten koottu. Työryhmän tehtävä on jokaisessa kokouksessa rakentaa itselleen sellaiset säännöt, jotka tekevät siitä ryhmän.

Työryhmän toiminnan arviointimittareiden teoreettista perustaa sekä niiden validiteettia ja reliabiliteettia tässä tutkimuksessa on selvitetty yksityiskohtaisesti kirjassa "Perheen ja sairaalan rajasynteesi sosiologisessa verkostossa" (J.Seikkula, 1991).

### Tutkimustulokset

Taulukossa 38 on esitetty arviointien keskiarvot poliklinikka- ja sairaalaryhmissä T-testissä niistä muuttujista, joissa oli tilastollisesti merkitsevä keskiarvojen ero.



TAULUKKO 38 Olsonin mallin muuttujat potilaiden vastaanottotyöryhmissä

Muuttuja	ka(pk1)	ka(sair.)	p(T-testi)
Työryhmän sijoittuminen Olsonin mallissa	2.43	2.02	.057
Puhuminen toisten puolesta	5.54	4.93	.013

Taulukosta havaitaan, että tilastollisesti merkitsevä keskiarvojen ero työryhmän vuorovaikutuksen arvioissa Olsonin mallin mukaan oli kommunikaatioakselin osamuuttujassa "Puhuminen toisten puolesta". Muuttuja "Työryhmän sijoittuminen Olsonin mallissa" erosi T-testissä keskiarvoltaan oireellisesti, ei kuitenkaan aivan tilastollisesti merkitsevästi poliklinikka- ja sairaalaryhmissä. Työryhmän toiminta muissa Olsonin ympyrämallin mukaan arvioituissa muuttujissa ei eronnut merkitsevästi poliklinikka- ja sairaalaryhmissä.

Tulos on tulkittavissa niin, että työryhmän sisäinen toimintakyky ei tilastollisesti merkitsevästi liity potilaan sijoittumiseen poliklinikkatai sairaalaryhmään. Kuitenkin ero T-testin keskiarvoissa osoittaa sen, että työryhmän hyvä sisäinen toiminta Olsonin mallilla mitattuna oli yhteydessä potilaan hoitamiseen poliklinikalla, vaikkakin tilastollinen ero oli vain oireellisesti merkitsevä.

Silloin, kun työryhmän kommunikaatiossa oli vähän toisten puolesta puhumista, potilas sijoittui useammin poliklinikkaryhmään. Tämän kommunikaation osamuuttujan kohdalla keskiarvojen ero poliklinikka- ja sairaalaryhmän välillä oli myös tilastollisesti merkitsevä.

### 7.2.6.3 Tiivistelmä perheen ja työryhmän arvioista Olsonin mallin mukaan

Tämän tutkimuksen kannalta yksi keskeinen tutkimustavoite oli etsiä niitä perheen ja työryhmän sisäisen toiminnan ominaisuuksia, jotka mahdollisesti olisivat yhteydessä potilaan sairaalaanottopäätökseen. Tärkeä tutkimusmenetelmä sekä perheen että työryhmän sisäisen vuorovaikutuksen tutkimisessa oli Olsonin malli, jossa olennainen mittari on perheen sijoittuminen koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden akselien määrittämälle ympyrälle ja toisaalta perheen ja työryhmän sisäisen kommunikaation arvio.

Tutkimuksen keskeinen löydös tältä osin oli se, että merkitsevin tekijä hoitoratkaisun yhteydessä oli perheen sisäinen kommunikaatio. Hyvin kommunikoiva perhe hoidettiin todennäköisemmin polikliinisesti kuin sairaalassa. Sen sijaan työryhmän sisäisellä kommunikaatiolla kokonaisuutena ei ollut yhteyttä hoitoratkaisun syntymiseen.

Perheen hyvä sisäinen toimintakyky arvioituna sijoittumisella Olsonin mallin ympyrässä oli merkitsevästi yhteydessä potilaan sijoittu-

miseen useammin avohoitoon kuin sairaalaan. Työryhmän hyvän sisäisen toimintakyvyn yhteys hoitopaikkaratkaisuun näyttäytyi tässä tutkimuksessa vain oireellisena, ei tilastollisesti merkitsevä. Perheiden ja työryhmien sijoittuminen Olsonin ympyrälle tapauksittain poliklinikka- ja sairaalaryhmässä on esitetty liitteissä 21 ja 22.

### 7.2.7 Potilaiden sosiaaliset verkostot

Poliklinikka- ja sairaalaryhmän potilaiden sosiaalisen verkoston ominaisuuksia vertailtiin keskenään, tavoitteena selvittää verkoston ominaisuuksien mahdollista yhteyttä sairaalaanottoratkaisuun.

#### Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelminä käytettiin verkostokartan piirtämistä ja Cohenin ja Sokolovskyn "Network Analysis Profile"-skaalan pohjalta kehitettyä verkostolomaketta. Menetelmät on esitetty tarkemmin luvussa 6.7.

#### Tutkimustulokset

Taulukossa 39 on esitetty verkostolomakkeen pohjalta muodostetuista muuttujista ne, joissa oli tilastollisesti merkitsevä keskiarvojen ero poliklinikka- ja sairaalaryhmässä T-testin p-arvon mukaisessa järjestyksessä.

TAULUKKO 39 Verkostomuuttujat poliklinikka- ja sairaalaryhmässä

Muuttuja	ka(pk1)	ka(sair.)	p(T-testi)
Vastavuoroisen vuorovaikutuksen määrä	9.85	6.28	.010
Välineellisen vuorovaikutuksen määrä	2.15	0.64	.030

Taulukosta 39 havaitaan, että verkoston ominaisuuksia kuvaavista muuttujista kahdessa oli tilastollisesti merkitsevä keskiarvojen ero poliklinikka- ja sairaalaryhmän välillä. Molemmat muuttujat ovat verkoston vuorovaikutuksellisia ominaisuuksia kuvaavia. Verkoston rakenteellisia ominaisuuksia kuvaavat muuttujat eivät eronneet keskiarvoltaan merkitsevästi ryhmien välillä, kuten eivät vuorovaikutusominaisuuksia kuvaavista muuttujista riippuvaisen vuorovaikutuksen määrä eivätkä suhteiden laatua kuvaavat muuttujat.

Tulos merkitsee sitä, että se, kuinka runsaasti potilaalla oli molemminpuolisesti tukea antavia suhteita ja kuinka paljon hänellä oli sellaisia yksisuuntaisia suhteita, joissa hän itse oli tukea antavana osapuolena, olivat yhteydessä sairaalaanottoon. Mikäli hänellä tällaisia

suhteita oli runsaasti, hänet todennäköisemmin hoidettiin avohoidossa kuin otettiin sairaalaan. Sen sijaan se, kuinka paljon potilaalla oli sellaisia yksisuuntaisia suhteita, joissa hän itse oli tukea saavana osapuolena, ei ollut yhteydessä sairaalaanottoon. Siihen ei myöskään ollut yhteydessä verkoston koko, sen tiheys tai taso, potilaan viikottaiset sosiaaliset kontaktit, eikä verkoston suhteiden laatu, kuten hyvin tärkeiden suhteiden määrä, hyvien ystävien määrä tai hyvin läheisten ihmisten määrä. Tulosta voidaan tulkita niin, että runsas molemminpuolinen verkoston vuorovaikutus antaa potilaalle mahdollisuuden selvittää avohoidossa verkostonsa tukemana ja siten vähentää tarvetta sairaalaan ottamiseen ja että mikäli hänen verkostossaan on paljon henkilöitä, jotka ovat hänestä riippuvaisia (esim. perheenjäsenet), verkosto pyrkii torjumaan sairaalaan ottamista.

Tulosta voidaan tulkita myös niin, että potilas omalla aktiivisella käyttäytymisellään pystyy käyttämään avohoitoa hyväkseen, kuten hän myös pystyy olemaan aktiivinen muissa sosiaalisissa suhteissaan.

Toisaalta on osoitettu, että potilaan sosiaalinen verkosto mielisairaalahoitojen yhteydessä köyhtyy (Hamilton, Ponzoha, Cutler & Weigel, 1989; Lipton, Cohen, Fischer & Katz, 1981; Seikkula, 1991). Samoin on osoitettu, että skitsofreniapotilaiden verkostosta usein puuttuvat vastavuoroiset vuorovaikutussuhteet (Pattison & Pattison, 1981). Näin ollen löydös tässä aineistossa, jossa kroonisia skitsofreniapotilaita kasautui sairaalaryhmään, ja jossa myös vastavuoroisen ja välineellisen vuorovaikutuksen määrä sairaalaryhmässä oli pienempi kuin poliklinikaryhmässä, vahvistaa aikaisempia tästä aiheesta tehtyjä tieteellisiä havaintoja.

Verkoston rakenteelliset ominaisuudet eivät merkitsevästi eronnut sairaala- ja poliklinikaryhmissä, kuten olisi pitänyt tapahtua, kun edellä mainituissa tutkimuksissa myös skitsofreniapotilaiden verkoston koon on osoitettu olevan pienempi kuin terveiden, erityisesti pitkäaikaispotilailla. Tämän tutkimuksen mukaan verkoston vuorovaikutuksellisten ominaisuuksien merkitys on suurempi kuin rakenteellisten ominaisuuksien merkitys sairaalaanottamisen yhteydessä myös skitsofreniapotilaiden kohdalla.

### 7.3 Lähettäjän, vastaanottavan lääkärin ja poliklinikkatyöryhmän arviot sairaalaanottoon vaikuttavista tekijöistä

#### 7.3.1 Johdanto

Psykiatrisen sairaalaanoton indikaatioista ei ole olemassa selkeitä yhteisesti sovittuja kriteereitä. Sairaalahoidon tarpeen arviointi jää näin ollen kunkin prosessiin osallistuvan tahon oman arvion varaan. Tutkimuksen tavoitteena tältä osin oli selvittää sitä, millä perusteilla lähettäjä, vastaanottava lääkäri ja poliklinikkatyöryhmä valikoivat ne potilaat, joiden he arvioivat olevan mielisairaalahoidon tarpeessa ja kuinka hyvin kunkin tahon arviot korreloivat todelliseen hoitopaikkaratkaisuun.

#### 7.3.2 Tutkimusmenetelmät

Arviot potilaan sairaalaanottoon vaikuttavista tekijöistä kirjattiin tarkoitusta varten suunnitellulle lomakkeelle, (Lomake "Hoitoratkaisuun vaikuttavat tekijät", liite 7.), jossa yleisimmistä kirjallisuuden ja käytännön kokemuksen perusteella esitetyistä sairaalaanottoon liittyvistä tekijöistä muodostettiin 18-kohtainen luettelo, ja kunkin tekijän kohdalla arvioitiin kyseisen tekijän vaikutusta sairaalaanottoon asteikolla 0-3 (0 = ei vaikutusta, 1 = vaikutus pieni, 2 = vaikutus kohtalainen, 3 = vaikutus suuri). Ne tekijät, joiden kohdalla vaikutus saattaa olla kaksisuuntainen (sekä sairaalaan ottamisen, että avohoidossa hoitamisen suuntaan), jaettiin kahteen muuttujaan, joissa suunta on ilmoitettu.

Lomakkeella arvioitavat tekijät jaotellaan

1. potilaan oireistoon,
2. hoitojärjestelmään,
3. perheeseen ja
4. sosiaaliseen ympäristöön liittyviin tekijöihin.

Lomakkeen täytti tämän tutkimuksen tekijä kolmessa tutkimustilanteessa:

1. Lähettävän tahon puhelinhaastattelun perusteella viimeistään yhden vrk:n kuluessa lähettämisestä (= lähettäjän arvio).
2. Sairaalaantulotilanteessa potilaan kahdenkeskisen psykiatrisen haastattelun yhteydessä (= vastaanottavan lääkärin arvio).
3. Vastaanottotyöryhmän haastattelun perusteella vastaanottokokouksen jälkeen (= poliklinikkatyöryhmän arvio).

Tavoitteena oli saada lomakkeelle myös strukturoimaton arvio perheen vaikutuksesta sairaalaanottotapahtumaan, mutta tämä osoittautui tutkimuksen aikana vaikeaksi lähinnä kuvausten kirjavuuden ja puutteellisuuden vuoksi. Sen vuoksi strukturoimattomista arvioista luovuttiin tutkimuksen kuluessa.

### 7.3.3 Lähettäjän arviot sairaalaanottoon vaikuttavista tekijöistä

Tiedot lähettäjän arvioista ovat epäluotettavampia kuin tiedot vastaanottavan lääkärin ja vastaanottotyöryhmän arvioista sen takia, että tiedot kerättiin puhelinhaastattelun perusteella ja että kohtalaisen suuri osa lähettäjiä jäi tavoittamatta. Lisäksi kolme potilasta hakeutui ilman lähettäjä poliklinikalle. Heistä kaksi sijoittui poliklinikkaryhmään ja yksi sairaalaryhmään. Lähettäjä tiedot puuttuvat näin ollen 18:sta potilaasta, joista 4 sijoittui sairaalaryhmään ja 14 poliklinikkaryhmään. Lähettäjä tiedot on siis saatu 52:sta potilaasta (pkl/sairaala=14/38). Ne lähettäjä, joita ei saatu haastatelluiksi määräaikana (1 vrk:n kuluessa), olivat terveyskeskusten viikonloppupäivystäjiä paikkakunnan ulko-puolelta, tavallisesti lääketieteen opiskelijoita ja näissä tapauksissa heidän tavoittamisensa ei onnistunut käytännön syistä edes puhelimitse.

Taulukossa 40 on esitetty lähettävän henkilön arvion perusteella ne muuttujat, jotka saivat heidän arvioissaan korkeimmat pistekeskiarvot (asteikko 0 - 3), niiden jakauma pkl- ja sairaalaryhmien kesken T-testissä ja korrelaatiokertoimet sairaalaanottomuuttujaan. Taulukko on laadittu keskiarvojen suuruusjärjestyksen mukaan.

TAULUKKO 40 Lähettäjän arviot

Muuttuja	ka(yht)	ka(pkl)	ka(sair)	p(T-testi)	r
Pot. oireisto kokonaisuutena	2.48	2.00	2.66	.012	.346
Yhteistyökyvyttömyys	1.04	0.29	1.32	.002	.419
Perhetekijät sair.suunt.	0.94	1.14	0.87	pt	-.101
Kontrollivaikeudet	0.85	0.36	1.03	.039	.284
Masentuneisuus	0.85	0.61	1.50	.007	-.373
Aikaisempi hoitokäytäntö	0.31	0.21	0.34	pt	.094

p<.05

Taulukosta havaitaan, että lähettäjän arviot keskittyivät etupäässä potilasmuuttujille. Muuttuja "perhetekijät sairaalan suuntaan" sai kolmanneksi korkeimman pistekeskiarvon, muttei korreloinut merkittävästi sairaalaanottoon. Muuttuja "aikaisempi hoitokäytäntö" sai pistekeskiarvon 0,31, mutta ei myöskään korreloinut merkitsevästi sairaalaanottomuuttujaan. Muissa lomakkeen muuttujissa keskiarvot olivat nolla tai lähes nolla. Lähettäjäarvioissa ylivoimaisesti eniten korostuivat "potilaan

oireisto kokonaisuutena", sen jälkeen "yhteistyö-kyvyttömyys", "perhetekijät sairaalan suuntaan", "kontrollivaikeudet", "masentuneisuus" ja "aikaisempi hoitokäytäntö".

Sairaalaan ottamiseen korreloivat eniten muuttujat "yhteistyö-kyvyttömyys", toiseksi "masentuneisuus", joka korreloi negatiivisesti, sitten "potilaaseen liittyvät tekijät kokonaisuutena" ja viimeksi "kontrollivaikeudet". Korrelaatiot olivat suhteellisen korkeita. Mielenkiintoinen on muuttujan "masentuneisuus" negatiivinen korrelaatio sairaalaanottoon, joka selittyy siten, että masennusoire useammin liittyy neuroottisiin häiriöihin, kuin psykooseihin ja psykoottisesti rajusti oirehtivalla potilaalla usein peittyä muiden oireiden taakse, varsinkin lähettämistilanteessa, jossa enimmäkseen arviointiin on käytettävissä vain lyhyt aika. Tällöin vaikeimmat potilaat, jotka usein joutuvat sairaalaan, jäivät ilman arviota masentuneisuuden osalta, ja lähettämistilanteessa masentuneiksi arvioidut potilaat olivat siis todennäköisesti lievemmin häiriintyneitä neuroosi- tai kriisipotilaita, jotka pyrittiin hoitamaan avohoidossa. Mahdollisesti asenne-erot vaikuttivat myös: lähettäjällä yleensä ei ollut kokemusta nykyaikaisesta perhekeskeisestä kriisityöstä, joka on mahdollistanut aikaisempaa vaikeampien potilaiden hoidon sairaalan ulkopuolella myös depressiivisten potilaiden osalta.

Se, miksi lähettäjän arviossa korostuivat pelkästään muutamat harvat potilaaseen liittyvät muuttujat, joista yksi kuvaa masentuneisuutta ja kaksi muuta ("kontrollivaikeudet" ja "yhteistyö-kyvyttömyys") levottoman psykoosipotilaan ominaisuuksia, selittyy pitkälti sillä, että valtaosa lähettäjiä oli terveyskeskuslääkäreitä, jotka lähettivät akuutissa kriisissä olevia, yleensä psykoottisia potilaita sairaalaan, vieläpä suuren osan vastoin potilaan omaa tahtoa. Lähettämistilanteessa ei aina ollut perhettä mukana ja käytettävissä oleva lyhyt vastaanottoaika ei antanut mahdollisuuksia tilanteen monipuoliseen arviointiin.

Lähettävällä terveyskeskuslääkärillä ei myöskään ollut tukenaan työryhmää, vaan arvio tapahtui kahdenkesken, kiireisessä ja usein levottomassa ilmapiirissä, mikä aiheutti tietysti arvioinnin rajoittumisen siinä tilanteessa keskeisiksi koettuihin tekijöihin. Kuitenkin se havainto, että muuttuja "perhetekijöiden vaikutus sairaalaan suuntaan" sai kohtalaisen korkean keskiarvon kuvastaa lähettävän tahon pyrkimystä myös perhearvion mukaan ottamiseen sairaalaan lähettämistä harkittaessa. Käytännössä perheenjäsenet joskus itse tulivatkin mukaan terveyskeskus- tai mielenterveystoimistovastaanotolle tai ottivat puhelimitse yhteyttä, yleensä vaatiin potilaan sairaalaan lähettämistä.

Lähettäjän arviolla perheen vaikutuksesta ei kuitenkaan ollut yhteyttä todelliseen sairaalaanottoratkaisuun. Mahdollisesti arviointitilanteen kiireisyys ja lähettäjien tottumattomuus perhearvioihin olivat syynä siihen, etteivät arviot olleet kovin tarkkoja ja että perheiden painostuksesta lähetettiin sairaalaan sellaisiakin potilaita, joiden poliklinikalla ei katsottu olevan sairaalahoidon tarpeessa.

### 7.3.4 Vastaanottavan lääkärin arviot sairaalaanottoon vaikuttavista tekijöistä

Taulukossa 41 on esitetty vastaanottavan lääkärin (= tämän tutkimuksen tekijä) arvion perusteella ne muuttujat, jotka saivat korkeimmat pistemäärät lomakkeella, (asteikko 0 - 3) muuttujien keskiarvojen jakaumat sairaala- ja pkl-ryhmien kesken T-testissä, ja niiden korrelaatiokertoimet sairaalaanottomuuttujaan. Taulukko on muodostettu keskiarvojen suuruusjärjestyksessä.

TAULUKKO 41 Vastaanottavan lääkärin arviot

Muuttuja	ka(yht)	ka(pkl)	ka(sair)	p(T-testi)	r
Pot.oireisto kokon.	1.88	1.21	2.38	.000	.517
Ahdistuneisuus	1.14	0.89	1.36	.027	.264
Masentuneisuus	1.06	1.12	1.02	.693	-.049
Perhetekijät sair. suuntaan	0.90	0.67	1.00	.206	pt
Harhaisuus	0.75	0.37	1.05	.006	.329
Yhteistyökyvyttömyys	0.75	0.33	1.02	.005	.333
Kontrollivaikeudet	0.69	0.30	1.00	.004	.347
Työryhmän vaik. (avoh. suunt.)	0.31	0.74	0.07	.001	-.394

p<.05 pt=puuttuvat tiedot

Taulukosta havaitaan, että vastaanottavan lääkärin arviossa korkeimmat keskiarvot osuivat potilaan oireistoa kuvaaville muuttujille "potilaan oireisto kokonaisuutena". Muuttujat "ahdistuneisuus" ja "masentuneisuus" saivat seuraavaksi korkeimmat arvot. Muuttujalla "masentuneisuus" ei ollut tilastollisesti merkitsevää korrelaatiota sairaalaanottoon. Potilaan psykoottisuuteen liittyvät muuttujat ("harhaisuus", "yhteistyökyvyttömyys" ja "kontrollivaikeudet") saivat myös suhteellisen korkeita keskiarvoja. Muuttuja "perhetekijät sairaalan suuntaan" sai neljänneksi suurimman keskiarvon, mutta keskiarvojen ero sairaala- ja poliklinikkaryhmissä ei ollut tilastollisesti merkitsevä suuren hajonnan vuoksi. Muuttuja "työryhmän vaikutus avohoidon suuntaan" sai matalan keskiarvon. Sen korrelaatio sairaalaanottoon oli kuitenkin tilastollisesti merkitsevä.

Vastaanottava lääkäri arvioi siis potilaan sairaalaanottoon vaikuttaneen eniten potilaan oireiston kokonaisuutena, ahdistuneisuuden, masentuneisuuden, perheen painostuksen sairaalaanoton suuntaan, potilaan harhaisuuden, yhteistyökyvyttömyyden ja kontrollivaikeudet sekä vastaanottotyöryhmän toiminnan vaikutuksen avohoidon suuntaan tässä järjestyksessä. Muut muuttujat saivat niin matalia arvoja, että niillä tässä aineistossa ei ollut tilastollista merkitsevyyttä.

Vastaanottava lääkäri kiinnittää arvioinneissaan eniten huomiota

potilaan oireistoon liittyviin tekijöihin, eikä pysty näkemään perheen tai sosiaalisen verkoston merkitystä sisäänkirjoitustapahtumassa yhtä tarkasti. Todennäköinen syy muiden, kuin potilaaseen yksilönä liittyvien tekijöiden huomioonottamisen vaikeuksiin (vaikka tässä tutkimuksessa vastaanottava lääkäri oli perhekeskeisesti orientoitunut ja koulutettu) on se, että perhe ja verkosto puuttuivat kahdenkeskisestä vastaanottotilanteesta. Tällöin potilaan fyysinen läsnäolo ja aktuaalinen kommunikaatio hänen kanssaan vaikuttivat vastaanottajan arvioihin voimakkaammin ja eri tasolla kuin hänen käsityksensä perheen ja verkoston vaikutuksesta potilaan välittämien mielikuvien perusteella. Huolimatta siitä, että perheen vaikutus sairaalaanottotapahtumassa sai kohtalaisen suuren keskiarvon, ei arvio ollut kyllin tarkka saadakseen tilastollisesti merkitsevän korrelaation todelliseen sairaalaanottopäätökseen.

Se, että työryhmän toiminta avohoidon suuntaan nousi merkitseväksi tekijäksi vastaanottavan lääkärin arviossa, liittyy siihen, että tässä tapauksessa vastaanottava lääkäri oli tottunut työryhmätyöskentelyyn ja nyt kahdenkeskisen haastattelun aikana mielessään vertasi tilannetta siihen, kuinka hän vastaanottoryhmässä olisi toiminut kyseisen potilaan kohdalla.

Vastaanottavan lääkärin arvioista eniten korreloivat sairaalaanottoon muuttujat "potilaan oireisto kokonaisuutena", "työryhmän vaikutus avohoidon suuntaan", "kontrollivaikeudet", "yhteistyö-kyvyttömyys" ja "harhaisuus". Sen sijaan muuttuja "ahdistuneisuus" korreloi vähän ja "masentuneisuus" ei lainkaan todelliseen sairaalaanottoratkaisuun, huolimatta siitä, että ne keskiarvojen perusteella sijoittuivat järjestyksessä toiseksi ja kolmanneksi.

Syynä on se, että toisaalta ahdistuneisuus ja masentuneisuus ovat yleisiä ja epäspesifejä oireita, joita esiintyi lähes kaikilla aineiston potilailla ja toisaalta se, että kahdenkeskisessä vastaanottotilanteessa potilaan ahdistuneisuus ja masentuneisuus täydentävän tunnereaktion kautta saivat vastaanottavan lääkärin mielessä korostuneen merkityksen. Psykoottisten oireiden (harhaisuus, kontrollivaikeudet, yhteistyökyvyttömyys) kohdalla niihin spesifisti liittyvää tunnereaktiota ei helposti synny emotionaalisen samaistumisen vaikeuksien vuoksi, vaan psykoottisuuten liittyvät oireet arvioidaan enemmän ulkopuolisena, tarkkailijan asemasta ja sen takia "objektiivisemmin".

### 7.3.5 Poliklinikkatyöryhmän arviot sairaalaanottoon vaikuttavista tekijöistä

Taulukossa 42 on esitetty vastaanottotyöryhmän arvion perusteella ne muuttujat, jotka saivat lomakkeella korkeimmat pistemäärät (asteikko 0-3), niiden keskiarvojen jakaumat pkl- ja sairaalaryhmien kesken ja niiden korrelaatiokertoimet sairaalaanottoon. Taulukko on muodostettu keskiarvojen suuruusjärjestyksessä.



TAULUKKO 42 Poliklinikkatyöryhmän arviot

Muuttuja	ka(yht)	ka(pkl)	ka(sair)	p(T-testi)	r
Aikaisempi hoitokäytäntö	1.28	0.89	1.51	.037	.249
Perhetekijät sair.suuntaan	1.16	0.61	1.51	.006	.331
Työryhmän toiminta avoh. suuntaan	0.75	1.68	0.12	.000	.652
Harhaisuus	0.69	0.14	1.12	.000	.481
Asuinolosuht.sair.suuntaan	0.69	0.32	0.93	.020	.279
Potilaan oireisto kokon.	0.50	pt	pt	pt	.318
Kontrollivaikeudet	0.49	0.18	0.71	.023	.271
Verkosto sair.suuntaan	0.49	0.11	0.73	.004	.349
Perhetekijät avoh.suuntaan	0.41	pt	pt	pt	-.419
Verkosto avoh.suuntaan	0.37	pt	pt	pt	-.429

p<.05 pt=puuttuvat tiedot

Taulukosta havaitaan, että vastaanottotyöryhmän arviossa korkeimmat keskiarvot jakautuivat useamman muuttujan ja muuttuja-ryhmän osalle, kuin vastaanottavan lääkärin arviossa: potilasmuuttujia oli kolme, hoitojärjestelmämuuttujia kaksi, perhemuuttujia kaksi ja sosiaalisen verkoston muuttujia kolme. Työryhmän arviota voidaan pitää tällä perusteella monipuolisempänä kuin vastaanottavan lääkärin arviota.

Yhteenlasketut keskiarvot muuttujaryhmittäin (hoitojärjestelmä /potilas/perhe/sos.verkosto = 2.03/1.68/1.57/1.55) osoittavat, että työryhmä arvioi potilaan sairaalaanottoon vaikuttavia tekijöitä melko tasapuolisesti. Hoitojärjestelmään liittyviä tekijöitä painotettiin eniten. Työryhmän arviossa yksittäisistä muuttujista painottuivat eniten "aikaisempi hoitokäytäntö", "perheen vaikutus sairaalan suuntaan" ja "työryhmän toiminta avohoidon suuntaan". Vasta sen jälkeen tulivat potilasmuuttujista "harhaisuus", "oireisto kokonaisuutena" ja "kontrollivaikeudet".

Sairaalaanottoon korreloivat parhaiten työryhmän arvio omasta vaikutuksestaan avohoidon suuntaan. (r=.652) Verkosto- ja perhemuuttajat korreloivat myös suhteellisen paljon. (r=.331-.429) Potilasmuuttujista eniten korreloi harhaisuus (r=.481). Aikaisemman hoitokäytännön arvio korreloi sairaalaanottoon kaikkein vähiten (r=.249), vaikka sen keskiarvo oli suurin. Työryhmä arvioi siis aikaisemman hoitokäytännön vaikutuksen sairaalaanottoon suuremmaksi kuin se todellisuudessa oli. Yksi mahdollinen selitys asialle on se, että työryhmän tavoitteena oli pyrkiä välttämään sairaalaanottoja ja tukemaan avohoidossa selviämistä. Valtaosa sairaalaan otettuja potilaita oli useaan kertaan hoidettuja pitkäaikaispotilaita, joiden hoitoon tulo oli toistunut jo aikaisemmin lähes saman kaavan mukaisesti. Sairaalaantulolle potilaiden elämänsisältöjen niukentumisen ja ihmissuhteiden vähäisyyden vuoksi ei ollut nähtävissä kovin selkeitä ja monivivahteisia syitä. Tämä saattoi aiheuttaa työryhmän mielikuvissa aikaisemman hoitokäytännön merkityksen virheellisen korostumisen.

Vastaanottotyöryhmän arviot sairaalaan ottamiseen vaikuttavista tekijöistä olivat sillä tavoin monipuolisia, että potilas, perhe, verkosto ja oma toiminta kyettiin tasapuolisesti ottamaan tarkasteltavaksi. Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että yleensä ainakin osa perhettä ja verkostoa oli fyysisesti läsnä vastaanottokokouksessa. Lisäksi vastaanottokokouksen työskentelytapana on nimenomaan pyrkiä siihen, että kaikki osapuolet ja heidän välisensä vuorovaikutus otetaan erityisen huomion kohteeksi, mukaanlukien myös työryhmän oma toiminta.

### 7.3.6 Lähettäjän, vastaanottavan lääkärin ja poliklinikkaryhmän arvioiden vertailu

Taulukossa 43 on esitetty vertailu niistä muuttujista, joissa oli T-testissä tilastollisesti merkitsevä ero eri arvioiden välillä.

TAULUKKO 43 Arvioiden keskinäinen vertailu

Muuttuja	Vastaanottava lääkäri		Vastaanotto-ryhmä		Lähettäjä
	(ka)	p	(ka)	p	
Pot.oir.kokonaisuutena	1.91	.000	0.49	.000	2.48
Ahdistuneisuus	1.17	.001	0.61	.001	1.29
Masentuneisuus	1.06	.007	0.62	pt	0.85
Aik.hoitokäytäntö	0.42	.000	1.26	.000	0.30
Työryhmä sairaalaan	0.23	.000	0.90	.000	0.02
Työryhmä avohoitoon	0.33	.002	0.75	.000	0.00

p<.05 pt=puuttuvat tiedot

Vertailussa ilmeni selviä eroja eri tahojen arvioinneissa sairaalaanottoon liittyvien tekijöiden vaikutuksesta. Sekä vastaanottava lääkäri, että lähettäjä painottivat lähes yksinomaan potilasmuuttujia, lähettäjä enemmän kuin vastaanottava lääkäri.

Vastaanottavan lääkärin arvioissa annettiin kohtalainen merkitys myös työryhmätekijöille (ka yht. 0.56), kun taas lähettäjän arvioissa potilasmuuttujien lisäksi vain "aikaisempi hoitokäytäntö" -muuttuja sai jonkinlaisen arvon (ka = 0.30). Vastaanottotyöryhmän arviossa potilasmuuttujat saivat 20 -70 % niistä arvoista, joita ne saivat vastaanottavan lääkärin ja lähettäjän arvioissa. Sen sijaan työ-ryhmäarvioissa painottuivat selvästi hoitojärjestelmään liittyvät muuttujat ("aikaisempi hoitokäytäntö", ka = 1.26 ja "työryhmän vaikutus sairaalan tai avohoidon suuntaan", yht. ka 1.65).

Arvioiden erot johtuvat jo aiemmin esittämistäni eroista tutkimustilanteessa: kahdenkeskinen haastattelu aiheutti helpommin perhe ja verkostotekijöiden sivuuttamisen. Työryhmähaastatteluissa ainakin osa perhettä tai verkostoa useimmiten oli fyysisesti läsnä ja työryhmän

työskentelymenetelmänä oli kiinnittää järjestelmällisesti erityistä huomiota kaikkiin vastaanottokokouksen vuoro-vaikutussysteemin osiin ja niiden suhteisiin, niin että arvio tilanteesta muodostui pakostakin monipuolisemmaksi kuin kahdenkeskisessä haastattelussa.

Lähettäjän ja vastaanottavan lääkärin arvioiden erot olivat pieniä. Vastaanottava lääkäri otti huomioon työryhmän vaikutuksen, lähettäjä ei. Lisäksi vastaanottava lääkäri arvioi masentuneisuuden vaikutuksen hieman suuremmaksi kuin lähettäjä.

### 7.3.7 Tiivistelmä lähettäjän, vastaanottavan lääkärin ja poliklinikkaryhmän arvioista

Merkittävimmiä sairaalaanottoon vaikuttavaksi muuttujiksi nousivat potilaan oireisto kokonaisuutena ja siihen liittyvät potilaan psykoottisuutta kuvaavat oiremuuttajat (kontrollikyvyttömyys, yhteistyökyvyttömyys ja harhaisuus) sekä vastaanottavan lääkärin, että lähettäjän arvioissa. Näiden potilasmuuttujien korrelaatiot sairaalaanottomuuttujaan olivat myös suhteellisen korkeita, vastaanottavan lääkärin arvioissa hieman korkeampia kuin lähettävän tahon arvioissa. Masentuneisuus ja ahdistuneisuus saivat myös verraten korkeita keskiarvoja, mutta ne eivät korreloineet sairaalaanottoon. Masentuneisuus lähettäjäarviosta korreloi siihen negatiivisesti.

Löydökset olivat jokseenkin yhtäpitäviä kirjallisuushavaintojen kanssa. Sairaalaanotolle tietoisesti esitetyt syyt Friedmanin mukaan tähdentävät potilaan kliinisiä аспекteja, erityisesti kontrollin menetystä ja vaarallisuutta itselle ja muille (Friedman, 1983). Mendelin ja Rapporffin (1969) tutkimuksessa sairaalaanottoratkaisun tekijöiden käsityksistä sairaalaanottopäätösten syistä, ratkaisun tekijät olivat yksimielisiä siitä, että oireiston vaikeusaste oli pääsyy sairaalaan ottamiselle.

Tässä Keroputaan sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa potilaan suuicidaalisuuden ja aggressiivisuuden merkitys sairaalaanottoon vaikuttavina tekijöinä jäi vähäiseksi. Näiden muuttujien arvot olivat pieniä, eivätkä korreloineet sairaalaanottoon. Mahdollisesti syynä on aineiston pienuus, jolloin suuicidaalisten tai pahasti aggressiivisten potilaiden lukumäärä jäi pieneksi. Toisaalta perhe- ja kriisihoitokeskeinen hoitokulttuuri on omiaan mahdollistamaan myös tällaisten potilaiden avohoitoa entistä suuremmassa määrin ja sitä kautta vaikuttaa myös arvioitsijoiden käsityksiin sairaalahoidon tarpeellisuudesta näissä tapauksissa. Lisäksi potentiaalisen suuicidaalisuuden ja vaarallisuuden arvioita ilmeisesti kasaantui myös muuttujalle "kontrollivaikeudet". Potilasmuuttujien lisäksi perhetekijöiden vaikutus sairaalaan ottamisen suuntaan sekä vastaanottavan lääkärin, että lähettävän tahon arvioissa tuli esiin, ei tosin yhtä selkeinä kuin potilastekijöiden.

Vastaanottotyöryhmän arviot olivat edellisiä arvioita monipuoli-

sempia. Niissä potilasmuuttajat saivat jokseenkin saman arvon kuin perhemuuttajat ja sosiaalisen verkoston muuttajat. Hoitojärjestelmään liittyvät muuttajat ("työryhmän toiminta" ja "aikaisempi hoitokäytäntö") painottuivat enemmän kuin lähettäjän ja vastaanottavan lääkärin arvioissa. Ne potilasmuuttajat, jotka työryhmäarviossa saivat suurimmat arvot, olivat lähes samat kuin vastaanottavan lääkärin ja lähettäjän arvioissa ("oireisto kokonaisuutena", "harhaisuus" ja "kontrolli-vaikeudet"). Perhetekijöistä korostui selvästi muuttuja "perheen vaikutus sairaalan suuntaan". Kirjallisuudessa esiintyy toistuvasti huomioita ja tutkimustuloksia perheen merkittävästä vaikutuksesta sisäänkirjoituspäätöksiin. Yleensä perheet toimivat sairaalaanottamisen suuntaan. Tässä tutkimuksessa löydös on aiempien tutkimusten kanssa yhtäpitävä (Bartolucci ym., 1975; Flomenhaft ym., 1969; Hanson & Babigian, 1974; Mechanic, 1980; Perlmutter, 1983; Polak, 1967; Rhine & Mayerson, 1971; Rose ym., 1977; Talbot, 1976). Sosiaalisen verkoston arvioitiin vaikuttavan sairaalanoton suuntaan useammin kuin avohoidon suuntaan, tosin ero ei ollut kovin suuri. Asuinolosuhteiden arvioitiin suhteellisen usein vaikuttavan sairaalaanottoon. Löydös on yhdenmukainen Friedmanin ym. (1981) tutkimuksen kanssa, jossa 31 % sisäänkirjoituksista katsottiin johtuvan sosiaalisista syistä tai sosiaalisen tukiverkoston puuttumisesta (ks. myös Lipsius, 1973; Mendel & Rapport, 1969; Rose ym., 1977; Streiner ym., 1975).

Eniten työryhmän arvioissa korostuivat hoitojärjestelmään liittyvät tekijät: "aikaisempi hoitokäytäntö" ja "työryhmän toiminta avohoidon suuntaan". "Aikaisempi hoitokäytäntö" korreloi kuitenkin huonosti itse hoitoratkaisuun, kun taas "työryhmän toiminnan vaikutus avohoidon suuntaan" korreloi kaikista muuttujista eniten. "Aikaisemman hoitokäytännön" liiallinen korostuminen työryhmäarviossa johtui ilmeisesti siitä, että valtaosa sairaalaan sisäänkirjoitetuista oli pitkäaikaispotilaita, joiden kohdalla muiden tekijöiden vaikutusta ei ollut helppo havaita. Työryhmän oman toiminnan korkea korrelaatio hoitoratkaisuun liittyy siihen, että työryhmän toiminnan yhtenä tavoitteena oli pyrkiä välttämään turhia sairaalaanottoja ja kehittää korvaavia kriisihoitoja avohoittoon sekä siihen, että vastaanottokokouksen työskentelytavan keskeinen periaate on nimenomaan siinä mukana olevien tahojen (potilas, perhe, verkosto ja vastaanottotyöryhmä) toiminnan ja vuorovaikutuksen tarkastelu. Työryhmä siis sekä tietoisesti toimi avohoidon suuntaan että erityisesti tarkkaili omaa toimintaansa.

Kirjallisuudessa ei juuri tällaista potilaan sairaalaanottotapaa ole esitetty. Lähinnä samankaltaista vastaanottokäytäntöä on kuvattu "Turun psykiatristen sairaaloiden sisäänottopoliklinikan tutkimuksessa" (Virtanen ym., 1985, 1986 ja 1988), jossa todettiin sisäänkirjoituslukujen laskeneen toiminnan aikana. Muita kirjallisuudessa diskutoituja hoitojärjestelmän tekijöitä, kuten vapaat sairaansijat, vuorokaudenaika, vastaanottavan henkilöstön koulutus ja laatu, tai akateemiset intressit, ei tässä

tutkimuksessa ollut tarpeen ottaa huomioon, koska vastaanottava henkilöstö oli koko tutkimuksen aikana sama, sairaansijoja oli koko ajan vapaana ja potilaat otettiin vastaan vuorokaudenajasta riippumatta samalla tavoin, sairaalan normaalikäytännön mukaisesti.

Tiivistetysti voidaan todeta, että työryhmäarviot olivat monipuolisempia kuin kahdenkeskiset arviot, jotka keskittyivät lähinnä potilaan kliinisiin oireisiin ja vain rajoitetusti perheen ja työryhmän toiminnan vaikutuksiin, eivätkä tavoittaneet sosiaalisia tekijöitä. Lähettäjän arvio oli kaikkein kliinisin. Monipuolisimman kuvan sairaalaanottoratkaisuun vaikuttavista tekijöistä kokonaisuutena antoi vastaanottotyöryhmän arvio. Mielenkiintoiselta vaikuttaa myös se, että huolimatta vastaanottavan lääkärin ja poliklinikkatyöryhmän erilaisista arvioista hoitoratkaisuun liittyvistä tekijöistä, hoitoratkaisu miltei kaikissa tapauksissa oli sama (67/70). Löydös vahvistaa sitä aikaisemmissa tutkimuksissa todettua havaintoa, että hoitoratkaisulle esitetyt syyt eroavat hoitopäätökseen todellisuudessa vaikuttavista tekijöistä (Friedman, 1983).

## 7.4 Vastaanottokokouksen arviointi

### 7.4.1 Johdanto

Vastaanottokokouksen arvioinnin tavoitteena oli selvittää sitä, millä tavoin hoitopaikkaratkaisuun kokouksen kuluessa päädytään; toisin sanoen löytää ymmärrystä siihen, miten vastaanottotilanteessa syntyy käsitys siitä, kuka nimenomainen potilas määrittellään mieli-sairaalapotilaaksi.

### 7.4.2 Tutkimusmenetelmät

Vastaanottokokouksen kulkua seurasi videomonitorista kaksi arvioitsijaa. Toinen arvioi perheen vuorovaikutusta, toinen työryhmän vuorovaikutusta. Sen lisäksi vastaanottoprosessista pyrittiin saamaan tietoa haastattelemalla työryhmän arvioitsijaa ja työryhmää kokouksen jälkeen vastaanottoprosessin kulusta, erityisenä tavoitteena selvittää sitä, millä tavoin hoitoratkaisu vastaanottokokouksen aikana syntyi ja millä tavoin eri osapuolet (potilas, perhe, verkosto ja vastaanottotyöryhmä) olivat osallisina sairaalaanottopäätöksen syntyprosessissa. Perimmäinen ajatus oli saada ymmärrystä siitä, millä tavoin vastaanottoryhmässä syntyy se "hoitoa ohjaava mielikuva" (Aaltonen & Räkköläinen, 1989), jonka perusteella potilas otetaan sairaalaan.

Tarkoitusta varten laadittu lomake muodostuu strukturoimatto-

masta osasta, johon oli tavoitteena kirjata kvalitatiivisia kuvauksia hoitopäätöksen syntyprosessista vastaanottoryhmässä ja strukturoidusta osasta, jossa ensiksi työryhmäarvioitsijan haastattelun perusteella pyrittiin määrittelemään hoitopäätökseen eniten vaikuttanut taho (potilas, perheenjäsen, työryhmän jäsen, joku muu henkilö). Toiseksi kysyttiin työryhmältä hoitoratkaisun syitä ja valitun hoitoratkaisun tavoitteita. Kolmanneksi arvioitiin työryhmän toimintakykyä vastaanottokokouksessa asteikolla 0 - 3 (0 = huonosti toimiva, 1 = puutteellisesti toimiva, 2 = melko hyvin toimiva, 3 = hyvin toimiva) ja neljänneksi arvioitiin työryhmän toiminnan vaikutusta sairaalaanottoratkaisun syntymiseen asteikolla 0 -3. (0 = ei vaikutusta, 1 = vaikutus pieni, 2 = vaikutus kohtalainen 3 = ratkaiseva vaikutus). "Vastaanotto prosessi"-lomake on liitteenä 2.

Tutkimuksen aikana lomake osoittautui vaikeaksi täyttää. Kvalitatiivisia kuvauksia ryhmäprosessista ei onnistuttu kirjaamaan siten, että ne olisivat olleet riittävän yksityiskohtaisia ja havainnollisia analyysin pohjaksi.

Samoin hoitoratkaisun syiden ja tavoitteiden määrittely osoittautui vaikeaksi, hajanaiseksi tai mitäänsanomattomaksi niin, että tutkimustavoitteista niiltä osin luovuttiin, eikä kyseisiä lomakkeen kohtia enää täytetty. Hoitoprosessia ohjaavan mielikuvan syntyä ei siis voitu tässä tutkimuksessa lähestyä, koska tutkimusasetelma kuitenkin oli kvantitatiivisen tutkimuksen suuntaan painottuva siinä määrin, ettei kerääntyvää materiaalia ollut mahdollista tutkia sellaisella kvalitatiivisen lähestymistavan syvyydellä ja laajuudella, jota hoitoa ohjaavan mielikuvan syntyprosessin tutkimus edellyttäisi (Aaltonen & Rökköläinen, 1989).

### 7.4.3 Tutkimustulokset

Tämän tutkimuksen kannalta käyttökelpoisiksi osoittautuivat 1. hoitoratkaisuun eniten vaikuttavan vastaanottokokouksen osallistujan, 2. työryhmän toimintakyvyn ja 3. työryhmän toiminnan vaikutuksen hoitoratkaisuun, arvioinnit.

Hoitoratkaisuun eniten vaikuttavan kokouksen osallistujan arviointi tapahtui vastaanottokokouksen työryhmätarkkailijan haastattelun perusteella. Pyrittiin siis arvioimaan sitä, ketkä vastaanottokokoukseen osallistujista eniten vaikuttivat hoitopäätöksen syntymiseen ulkopuolisen tarkkailijan näkökulmasta.

Taulukosta 44 havaitaan, että potilas vaikutti eniten hoitoratkaisuun suurimmassa osassa vastaanottokokouksia (45 %). Seuraavaksi useimmin vaikutti joku työryhmän jäsenistä (34 %:ssa). Perheenjäsen vaikutti 22 %:ssa tapauksia ja vain yhdessä vastaanottokokouksessa joku muu henkilö.

TAULUKKO 44 Hoitoratkaisuun eniten vaikuttanut henkilö

Ratkaiseva henkilö	Koko aineisto		Poliklinikka		Sairaala	
	N	%	N	%	N	%
Potilas	30	45 (100%)	6	23 (20%)	24	59 (80%)
Perheenjäsen	14	22 (100%)	5	19 (36%)	9	22 (64%)
Työr. jäsen	22	34 (100%)	15	58 (68%)	7	17 (32%)
Muu henkilö	1	1	0	0	1	2
Yhteensä	67		26		41	

Pt=3

Poliklinikka- ja sairaalaryhmän jakautumat sen suhteen, kuka vastaanottokokoukseen osallistuvista henkilöistä vaikutti eniten sairaalaanottopäätökseen, eroavat selvästi toisistaan. Poliklinikkaryhmässä 58 %:ssa katsottiin jonkun työryhmän jäsenen vaikuttaneen eniten sairaalanottoon. Sairaalaryhmässä potilaan vaikutus katsottiin suurimmaksi 59 %:ssa ja potilaan tai perheenjäsenen vaikutus suurimmaksi noin 81 %:ssa tapauksia.

Silloin, kun vastaanottokokouksessa katsottiin potilaan olevan hoitoratkaisuun eniten vaikuttava henkilö, 80 % potilaista otettiin sairaalaan. Jos perheenjäsen vaikutti eniten, potilaista 64 % otettiin sairaalaan ja jos työryhmän jäsenen katsottiin vaikuttaneen eniten, sairaalan otettiin 32 % potilaista.

Tulosta voidaan tulkita niin, että mitä useammin poliklinikkatyöryhmä vaikuttaa hoitoratkaisuun, sitä useammin potilas hoidetaan avohoidossa ja mitä useammin potilaan perhe ja erityisesti potilas itse vaikuttavat vastaanottokokouksessa hoitoratkaisun syntymiseen, sen useammin hänet otetaan sairaalaan. Taustalla lienee työryhmän pyrkimys avohoidon priorisoimiseen, joka vaikeasti sairaiden potilaiden kohdalla tai perheen sairaalaanottovaatimusten paineessa ei toteudu.

Taulukossa 45 on esitetty vastaanottokokousprosessiin liittyvien muuttujien jakaumat T-testissä pkl- ja sairaalaryhmien kesken niiden muuttujien osalta, joiden kohdalla oli tilastollisesti merkitsevä ero pkl- ja sairaalaryhmän välillä ja muuttujien korrelaatiot sairaalaanottomuuttu- jaan.

TAULUKKO 45 Vastaanottokokouksen muuttujat

Muuttuja	ka(pkl)	ka(sair)	p(T-testi)	r
Työryhmän toimintakyky	2.52	1.83	.004	-.352
Työryhmän toiminnan vaikutus hoitoratkaisuun	2.22	1.62	.005	-.370

p&lt;.05





koston toimintaa kuvaavat muuttujat työryhmän arvioista, perusteena arvioiden aikaisemmin esitetty luotettavuus. Lomakkeesta "vastaanotto-prosessi" valittiin merkitsevästi T-testissä ryhmien välillä eroavat muuttujat. Standardilomakkeista valittiin merkitsevästi ryhmien välillä T-testissä eroavat summamuuttujat ja GAS-arvio. Olsonin mallin muuttujista valittiin T-testissä merkitsevästi eroavat muuttujat ja muuttuja "Työryhmän sijoittuminen Olsonin mallissa", jonka ero T-testissä oli oireellinen. Verkostomuuttujista otettiin mukaan ne kaksi muuttujaa, joissa oli tilastollisesti merkitsevä ero T-testissä ryhmien välillä. Perustiedoista valittiin mukaan potilaan kroonisuutta parhaiten kuvaava muuttuja "Aikaisemmat sairaala-hoitokerrat yhteensä". Tällä tavoin faktorianalyysiin tuli kaikkiaan 18 muuttujaa.

### 7.5.3 Faktorianalyysi

Varimax-rotatoin jälkeen tulostui kolme faktoria, joiden ominaisarvot ja kommunaliteetit olivat tilastollisesti riittävän korkeita ja jotka sisällöllisesti tuntuivat mielekkäiltä. Faktorit oli myös helppo nimetä sisällön perusteella. Näin ollen faktorianalyysia voidaan pitää onnistuneena menetelmänä muuttujajoukon ryhmittelyssä (Valkonen, 1974). Faktorianalyysi suoritettiin useilla eri faktorilukumäärillä, joista kolmen faktorin ratkaisu tuotti sisällöllisesti johdonmukaisimmin tulkittavat faktorit ja valittiin sen takia tämän aineiston käsittelyyn. Faktorianalyysin tulos on liitteenä 17.

Seuraavissa taulukoissa faktorit on esitetty ominaisarvon mukaisessa järjestyksessä ja samalla on esitetty yksittäisten muuttujien faktorilataukset ja kommunaliteetti-arvot. Faktorit on nimetty ja niiden tulkinta ja nimeämisperusteet esitetty kunkin faktorin tarkastelussa.

TAULUKKO 46 Faktori I, "Oireiston vaikeusaste"

Muuttuja	Lataus	Kommunalit.
Kontrollivaikeudet	.870	.779
Yhteistyökyvyttömyys	.814	.676
Harhaisuus	.774	.608
Oireisto kokonaisuutena	.739	.574
BPRS-summa	.706	.632
GAS	.595	.615

Ominaisarvo 4.1043

Yht.vaik. 3.6

Faktorilla I latautuivat eniten vastaanottavan lääkärin arviot potilaan vaikeaan psykoottiseen käyttäytymiseen liittyvistä tekijöistä ja lisäksi BPRS-summa ja GAS tutkimushetkellä. Faktori on nimetty sen mukai-

sesti, että kaikki latautuneet muuttajat liittyivät potilaan psykoottiseen käyttäytymiseen lähes suoraan. Faktoriin latautui muuttujia pelkästään vastaanottavan lääkärin arviosta. Faktori kuvaa potilaan psykoottista oireistoa kokonaisuutena ja potilaan toimintakykyä. Eniten painottuivat vaikeaa psykoottista käyttäytymistä kuvaavat muuttajat.

TAULUKKO 47 Faktori II "Verkoston köyhtyminen ja potilaan kroonisuus"

Muuttuja	Lataus	Kommunal.
Vastavuoroinen vuoro- vaikutus verkostossa	.767	.617
Strauss-Carpenter-summa	.761	.592
Aikaisempi hoitokäytäntö	-.724	.560
Aikaisemmat sairaalahoitokerrat	-.504	.377

Ominaisarvo 2.5628

Yht.vaik. 2.7

Faktorilla II latautui muuttujia kolmesta eri arviosta ja lisäksi taustatiedoista. "Vastavuoroinen vuorovaikutus verkostossa" on verkoston tutkijan arvio verkostokartan pohjalta, "Strauss-Carpenter-summa" on vastaanottavan lääkärin standardilomakkeelle kirjaama arvio, "Aikaisempi hoitokäytäntö" on poliklinikkatyöryhmän arvio ja "Aikaisemmat sairaalahoitokerrat" on laskettu sairauskertomuksista".

Faktorilla latautui eniten potilaan verkoston vastavuoroista vuorovaikutusta kuvaava muuttuja ja toiseksi eniten Strauss-Carpenter-ennustetekijälomakkeen summa, joka kuvaa etenkin pitkä-aikaisten skitsofreniapotilaiden ennusteeseen liittyviä kliinisiä ja psykososiaalisia tekijöitä. Edelleen sillä latautui suoraan potilaan kroonisuuteen liittyvä muuttuja "Aikaisemmat sairaalahoitokerrat yhteensä" ja muuttuja "Aikaisempi hoitokäytäntö", jonka aiemmin tässä tutkimuksessa on osoitettu olevan yhteydessä juuri potilaan kroonisuuteen.

Faktori on nimetty edellä esitetyn perusteella ja sen katsotaan kuvaavan potilaan sosiaalisen verkoston köyhtymisen ja sairauden kroonisuuden yhteisvaikutusta.

TAULUKKO 48 Faktori III "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta"

Muuttuja	Lataus	Kommunalit.
Työryhmän toimintakyky	.702	.498
Työryhmän vaikutus hoitoratkaisuun	.637	.409
Perheen sijoittuminen Olsonin mallissa	.610	.389
Työryhmän sijoittuminen Olsonin mallissa	.576	.371
Perheen kommunikaatio	.504	.307

Ominaisarvo 2.1031

Yht.vaik. 2 .4

Faktorilla III latautui perhe- ja työryhmämuuttujia kahdesta eri arviosta. Korkeimmat lataukset saivat muuttujat "Työryhmän toimintakyky" ja "Työryhmän toiminnan vaikutus hoitoratkaisuun", molemmat vastaanottoprosessin arviosta. Muut latautuneet muuttujat olivat perheen ja työryhmän sijoittuminen Olsonin mallissa. Ne kuvaavat perheen ja työryhmän sisäistä toimintakykyä ja vuorovaikutusta rakenteellisilla akseleilla (koossapysyvyys ja sopeutuvuus) arvioituina. Lisäksi latautui perheen sisäistä kommunikaatiota kuvaava muuttuja Olsonin mallista. Faktori kuvaa siis perheen ja työryhmän vastavuoroista yhteistoimintaa sairaalaanottopäätöksen syntymisessä ja on nimetty sen mukaisesti.

#### 7.5.4 Faktoripistemäärien erot poliklinikka- ja sairaalaryhmän välillä

Faktoripistemäärien keskiarvoja verrattiin poliklinikka- ja sairaalaryhmän välillä T-testin ja monimuuttujavarianssianalyysin avulla.

##### 7.5.4.1 Faktoreiden T-testi

TAULUKKO 49 Faktoripistemäärien keskiarvoerot T-testissä poliklinikka- ja sairaalaryhmässä p-arvon mukaisessa järjestyksessä

Faktori	ka(pkli)	ka(sair)	p
Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta	0.62	-0.42	.0000
Oireiston vaikeusaste	-0.54	0.36	.0000
Verkoston köyhtyminen ja potilaan kroonisuus	0.48	-0.32	.0008

$p < .05$

Taulukosta havaitaan, että tilastollisesti erittäin merkitsevät erot tulivat esiin kaikissa kolmessa faktorissa ja on ilmeistä, että faktorit ovat yhteydessä sairaalaanottoratkaisuun niin, että T-testin p-arvojen järjestys kuvastaa kunkin faktorin suhteellista merkitystä ratkaisuun liittyvänä tekijänä.

Edellä esitetyn mukaisesti sairaalaanottoon oli eniten yhteydessä faktori "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta" toiseksi eniten faktori "Oireiston vaikeusaste" ja kolmanneksi eniten faktori "Verkoston köyhtyminen ja potilaan kroonisuus".

Poliklinikkahoitoon valikoituivat siis sellaiset potilaat, joiden perheen ja vastaanottavan työryhmän vastavuoroinen toiminta oli hyvää ja työryhmä sitä kautta pystyi tehokkaasti vaikuttamaan hoitoratkaisun syntymiseen. Vastaavasti sairaalahoitoon valikoituivat ne potilaat, joiden perheen ja työryhmän toimintakyky oli puutteellista, ja joiden kohdalla

työryhmä ei pystynyt tehokkaasti vaikuttamaan hoitoratkaisuun

Edelleen poliklinikkahoitoon valikoituivat ne potilaat, joiden oireisto ei ollut kovin vaikea-asteista ja joiden psyykkinen toimintakyky ei ollut kovin huono. Vastaavasti sairaalahoitoon sijoituivat ne potilaat, joiden oireisto oli vaikea ja toimintakyky huono.

Kolmanneksi poliklinikkahoitoon valikoituivat ne potilaat, joiden sosiaalisen verkoston vastavuoroiset vuorovaikutussuhteet olivat runsaita, ja joiden sairaus ei ollut kovin kroonistunut. Vastaavasti sairaalahoitoon valikoituivat ne potilaat, joiden verkosto oli köyhtynyt ja sairaus krooninen.

T-testin tulostus kokonaisuudessaan on liitteenä 18.

#### 7.5.4.2 Faktoreiden monimuuttujavarianssianalyysi

Faktoreiden monimuuttujavarianssianalyysissä tulostettiin faktoreiden keskiarvot ja keskihajonnat poliklinikka- ja sairaalaryhmissä. Box'n testissä ryhmien hajonnat eivät poikenneet tilastollisesti toisistaan.

TAULUKKO 50 Faktoreiden varianssianalyysi

Muuttuja	Ryhmien välinen MS	Ryhmien sisäinen MS	F	Eta	p
Perheen ja työryhmän vastavuor. toiminta	18.09	.75	24.17	.2622	.0000
Oireiston vaikeusaste	13.84	.81	17.06	.2006	.0001
Verkoston köyhtyminen ja pot. kroonisuus	10.62	.86	12.38	.1540	.0008

Yl. korrelaatiosuhde .6168, Erottelun p-arvo .0000

Monimuuttujavarianssianalyysistä havaitaan, että faktorit olivat rakenteeltaan tilastollisesti asianmukaisia ja vertailukelpoisia. Faktoriratkaisun yleinen korrelaatiosuhde (vastaa selitysosuutta) ryhmien välillä oli .6168 ja kunkin faktorin eta-arvo (vastaa selitysosuutta) oli järjestyksessä "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta" .2622, "Oireiston vaikeusaste" .2006 ja "Verkoston köyhtyminen ja potilaan kroonisuus" .1540. Järjestys kuvastaa faktoreiden merkitystä sairaalaanottoon liittyvinä tekijöinä. Sen mukaisesti eniten sairaalaanottoratkaisuun oli yhteydessä faktori "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta", toiseksi eniten faktori "Oireiden vaikeusaste" ja kolmanneksi eniten faktori "Verkoston köyhtyminen ja potilaan kroonisuus". Erottelun p-arvo oli tilastollisesti erittäin merkitsevä.

Monimuuttujavarianssianalyysin tulostus kokonaisuudessaan on liitteenä 19.

### 7.5.5 Faktoreiden erotteluanalyysi

Faktoreiden erotteluanalyysissä valittu faktoriratkaisu luokitteli havaintoyksiköistä oikein 90 % ja väärin 10 %.

TAULUKKO 51 Ennustetut ja todelliset luokitukset poliklinikka- ja sairaalar ryhmässä

Enn/Hav	Poliklinikka	Sairaala	Yhteensä
Poliklinikka	25	3	28
Sairaala	4	38	42
Yhteensä	29	41	70

TAULUKKO 52 Oikeiden luokitusten prosenttiosuudet

Enn/Hav	Poliklinikka	Sairaala
Poliklinikka	86.21	7.32
Sairaala	13.79	92.68

Erotteluanalyysin perusteella voidaan todeta, että valitun faktoriratkaisun avulla potilasaineisto pystyttiin luokittelemaan kohtuullisen hyvin, sairaalaryhmään sijoittuvien potilaiden osalta hieman paremmin kuin poliklinikkaryhmän potilaiden. Ero johtuu ilmeisesti poliklinikkaaineiston suuremmasta heterogeenisyydestä sairaala-aineistoon verrattuna. Erotteluanalyysin tulostus kokonaisuudessaan on liitteenä 20.

### 7.5.6 Pohdinta

Laajasta ja useassa eri tutkimustilanteessa ja eri tutkimusmenetelmillä kootun havaintoaineiston perusteella muodostetusta muuttujajoukosta valittiin tilastollisen käsittelyn pohjaksi keskeiset muuttujat kustakin tutkimuslomakkeesta niistä muuttujista, joiden välillä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero ( $p < .05$ ). Näiden muuttujien faktorianalyysissä tulostui kolme faktoria, jotka tilastollisesti olivat rakenteeltaan asianmukaisia ja sisällöltään olivat selkeästi tulkittavissa ja nimettävissä.

Faktoripistemäärien keskiarvojen vertailussa todettiin kaikkien faktoreiden osalta tilastollisesti erittäin merkitsevät erot poliklinikka- ja sairaalaryhmien välillä. T-testin p-arvojen ja monimuuttujavariansianalyysin perusteella faktoreiden järjestys ryhmäjako (sairaalaanotto-ratkaisua) selittävinä muuttujina muodostui seuraavaksi: Eniten ryhmäjako selitti faktori "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta", toiseksi eniten faktori "Oireiston vaikeusaste" ja kolmanneksi eniten

faktori "Verkoston köyhtyminen ja potilaan kroonisuus". Erotteluanalyysissä valittu faktoriratkaisu ennusti suhteellisen hyvin potilaiden sijoittumisen poliklinikka- ja sairaalaryhmään, sairaalaryhmän osalta hieman paremmin. Oikein luokiteltuja havaintoyksiköitä koko havaintoaineistossa oli 90 %.

Tilastollisen tarkastelun perusteella saatujen faktoreiden merkitys on kliinisen kokemuksen mukaan ilmeinen ja niiden merkityksestä on myös kirjallisuudessa runsaasti havaintoja kahden faktorin osalta.

Faktorilla "*Oireiston vaikeusaste*" latautui eniten muuttuja "Kontrollivaikeudet". Kirjallisuudessa on toistuvasti esitetty tutkimustuloksia siitä, että potentiaalinen vaarallisuus itselle tai muille on yksi tärkeimpiä sairaalaanottamisen syitä (Baxter ym., 1968; Friedman ym., 1981; Gerson & Bassuk, 1980; Hanson & Babigian, 1974; Rose ym., 1977). Toinen keskeinen havainto kirjallisuudesta on se, että sairauden vaikeusaste on yksi tärkeimpiä tekijöitä sairaalaanotosta päätettäessä (Baxter ym., 1968; Feigelson ym., 1978; Rose ym., 1977; Streiner ym., 1975; Tischler, 1966). Tältä osin tämän tutkimuksen löydös on täysin yhdenmukainen aikaisempien tutkimusten kanssa. Faktoriin "*Verkoston köyhtyminen ja potilaan kroonisuus*" liittyviä kirjallisuushavaintoja on myös paljon. Verkoston köyhtyminen skitsofreniapotilailla erityisesti ensimmäisten sairaalahoitokertojen jälkeen on todettu useassa aiemmassa tutkimuksessa (Hamilton ym., 1987; Lipton ym., 1981; Pattison & Pattison, 1981). Kroonisuuden yhteydestä sairaalaanottoon on myös runsaasti kirjallisuushavaintoja (Baxter ym., 1968; Polak, 1967; Tischler, 1966; Wood ym., 1960). Tältä osin tämän tutkimuksen löydös siitä, että verkoston köyhtyminen ja sairauden kroonistuminen lisäävät sairaalaan ottamisen riskiä vastaanottilanteessa on myös yhdenmukainen aikaisempien tutkimusten kanssa.

Faktori "*Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta*" on tämän tutkimuksen kannalta erityisen mielenkiintoinen sen takia, että se kuvastaa Keroputaan sairaalassa käytettyä uudenlaista potilaiden vastaanottotapaa, jossa potilaan sairaalaanotto päätetään vastaanottoryhmässä, jossa ovat mukana potilas, perhe ja poliklinikkatyöryhmä ja tämän faktorin merkitys tilastollisen analyysin perusteella sairaalaanottoon liittyvistä faktoreista oli kaikkein suurin. Aikaisemmasta kirjallisuudesta suoranaisesti tähän faktoriin liittyviä havaintoja on niukalti, koska tällainen potilaiden vastaanottotapa on harvinaista ja suhteellisen uutta. Perheen merkityksestä potilaan sairaalaanotossa on runsaammin kirjallisuushavaintoja, samoin on tutkimuksia vastaanottavan henkilöstön ominaisuuksien merkityksestä. Sen sijaan tutkimuksia, joissa perheen ja työryhmän vuorovaikutusta sairaalaanottotapahtuman yhteydessä olisi tarkasteltu, ei kirjallisuudessa ole, lukuunottamatta Seikkulan (1991) tutkimusta "Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa", jossa aihetta on sivuttu, ja joka pohjautuu samaan tutkimusaineistoon kuin tämä tutkimus. Sen vuoksi tästä faktorista esitetään oma tarkastelunsa seuraavassa luvussa.

### 7.5.7 Faktori "perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta"

Faktorilla "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta" latautui muuttujia, jotka kaikki olivat yhteydessä sairaalaanottoratkaisuun sillä tavalla, että ne liittyivät potilaan hoitamiseen polikliinisesti. Muuttujat "Työryhmän toimintakyky" ja "Työryhmän toiminnan vaikutus hoitoratkaisuun" saivat korkean latauksen. Edellä mainituilla muuttujilla oli myös yksinään korkea negatiivinen korrelaatio sairaalaanottoon.

Mielenkiintoisimmat muuttujat tämän tutkimuksen kannalta tässä faktorissa ovat Olsonin mallin muuttujat "Perheen sijoittuminen Olsonin mallissa" (kuvaa perheen koheesiota ja adaptaatiota) Työryhmän sijoittuminen Olsonin mallissa" (kuvaa työryhmän koheesiota ja adaptaatiota) ja "Perheen kommunikaatio". Faktori kuvaa siis kahden toimintajärjestelmän, toisaalta perheen, toisaalta poliklinikkatyöryhmän kytkeytymistä toisiinsa, johon on yhteydessä työryhmän toimintakyky ja työryhmän toiminnan vaikutus hoitoratkaisuun.

Tämä vastavuoroinen toiminta on yhteydessä sairaalaanottoratkaisuun enemmän kuin muut faktorit. Perheen ja työryhmän yhteenkytkeytynyt toiminta liittyy siis potilaan hoitamiseen useammin poliklinikalla.

Seikkulan väitöskirjassa "Perheen ja sairaalan rajasysteemi sosiaalisessa verkostossa" (1991) on tutkittu perheen ja vastaanottavan työryhmän vuorovaikutusta ja kuvattu niiden toimintaa autonomisina systeeminä, jotka vastaanottokokouksessa kytkeytyvät toisiinsa rakenteensa määräämällä tavalla muodostaen yhteisen toimintajärjestelmän ns. rajasysteemin, jonka kautta perheen ja työryhmän koevoluutio, eräänlainen rinnakkainen yhdessä kehittyminen, tapahtuu.

Seikkula on todennut, että kommunikaatio on ikäänkuin silta työryhmän ja perheen välillä. Työryhmän toiminta vaikuttaa perheen kommunikaatioon. Perhe toimii oman rakenteensa mukaisesti. Sen enustamattominta aluetta on sisäinen kommunikaatio. Siksi työryhmä vaikuttaa toiminnallaan erityisesti perheen kommunikaatioon. Perheen sisäiseen kommunikaatioon vaikuttavat ulkopuoliset tekijät enemmän kuin perheen rakenteellisiin akseleihin Olsonin mallissa. Näin myös työryhmän toiminta vastaanottokokouksessa vaikutti juuri siihen.

Toisaalta perheen kommunikaatio myös vaikuttaa työryhmän sopeutuvuuteen ja siten sijoittumiseen Olsonin ympyrällä. Työryhmän sisäinen toiminta ja perheen kommunikaatio ovat siis vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa keskenään. Mitä joustavammin työryhmä toimii, sen paremmin se saa perheen kommunikoimaan keskenään, erityisesti määrittelemään keskinäiset suhteensa ja kunkin perheenjäsenen yksilöllisen alueen. "Työryhmän ja perheen vastavuoroinen toiminta"-faktorissa ilmenevä perheen kommunikaation ja perheen ja työryhmän sisäisen toimintakyvyn yhteisvaikutuksen voidaan tätä kautta ajatella johtavan potilaaksi määritellyn perheenjäsenen aseman uuteen määrittelyyn,

jolloin myös hänen paikkansa hoitosysteemissä (poliklinikka vai sairaala) voidaan määritellä paremmin.

Vastaanottokokouksessa siis työryhmän joustava toiminta voi edistää perheen kommunikaatiota sillä tavoin, että perheenjäsenten keskinäiset suhteet, potilaan asema ja tila perheessä ja paikka hoitojärjestelmässä voidaan paremmin määritellä. Yleensä tuloksena on perheen voimavarojen kasvu ja potilaan aseman vahvistuminen perheessä niin, että perheen ei tarvitse siirtää potilasta oman toimintajärjestelmänsä ulkopuolelle, sairaalaan, vaan hänet voidaan hoitaa polikliinisesti perheessään. Toisaalta myös perheen hyvä kommunikaatio parantaa työryhmän toimintakykyä, joka uudelleen parantaa perheen kommunikaatiota. Seurauksena on koko systeemin toimintatason kohoaminen molempipuolisen toistaan vahvistavan vuorovaikutuksen kautta. Koko hoitojärjestelmän kannalta perheiden ja hoitojärjestelmän vastavuoroisen toiminnan kehitys merkitsee avohoidon lisääntymistä ja sairaalahoidon vähenemistä, mikä tietysti on nykyisen hoitojärjestelmän tavoitteiden mukaista monella tavalla.

Tiivistetysti voidaan todeta, että tämän tutkimuksen kannalta faktorianalyysin mielenkiintoisin löydös oli niiden perheen ja työryhmän sisäistä vuorovaikutusta kuvaavien muuttujien, joiden toisessa samasta aineistosta tehdyssä tutkimuksessa (Seikkula, 1991) oli todettu olevan keskeisiä perheen ja työryhmän välisen koevoluution kannalta, latautuminen samalla faktorilla ja edelleen juuri tämän faktorin olevan tilastollisesti eniten yhteydessä sairaalaanottoratkaisuun.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että perheen ja työryhmän välinen vastavuoroinen toiminta vastaanottokokouksessa on merkittävin sairaalaanottoratkaisuun liittyvä tekijä niin, että vastavuoroisen toiminnan lisääntyminen lisää todennäköisyyttä potilaan hoitamiseksi polikliinisesti.

## **7.6 Tutkimusongelman tarkastelu tapausesimerkkien avulla**

### **7.6.1 Johdanto**

Tapausesimerkit on valittu sen perusteella, että ne tutkijan käsityksen mukaan erityisen havainnollisesti valottavat sairaalaanottopäätökseen liittyviä tekijöitä, nimenomaan perheen ja työryhmän välistä vasta-vuoroista toimintaa. Toisaalta ne myös on valittu siksi, että tilastollisen käsittelyn perusteella ne edustavat eri faktoreissa ääripäähän sijoittuvia tapauksia. Tapausesimerkkien avulla pyritään syventämään aiemmin esitettyä tilastollista tarkastelua.



Tapausesimerkkien kuvailuun on yhdistetty kunkin tapauksen saamia arvioita tutkimuksessa käytetyissä mittareissa ja niistä johdettuisa faktoreissa, jotta voitaisiin tarkastella yhteyttä kvalitatiivisen arvion ja kvantitatiivisten arvioiden välillä.

## 7.6.2 Tapausesimerkit

### Tapausesimerkki 1

#### *Anteeksipyyntö auttoi*

#### 1. Tapauksen kuvaus

Maire oli 60-vuotias entinen laitossiivoaja, joka 30 vuoden ajan oli kärsinyt toistuvista psyykositason masennustiloista ja muutamasta maanisesta vaiheesta. Sairaus oli diagnosoitu maanisdepressiiviseksi psykoosiksi, myöhemmät sairaaladiagnoosit olivat depressiivinen psykoosi, vakava masennustila ja krooninen masentuneisuus. Maire oli ollut mielisairaalahoidossa aikaisemmin 35-vuotiaasta alkaen kuusi kertaa. Hoitajakset olivat kestäneet muutamasta viikosta kolmeen kuukauteen. Hoidoksi hän oli saanut antidepressiiva-, neurolepti-, litium- ja anksiolyyttilääkitystä sekä sähköshokkeja muutamana kerran. Avohoidossa hän oli sairaalahoitajaksojen välillä koko ajan mielenterveystoimistossa, jossa hoitona oli supportiivinen yksilö-hoitosuhte, lääkitys ja vuosia kestänyt ryhmäterapia.

Maire oli luonteeltaan herkkä, huolehtiva ja altismyötälämäänsä empaattisesti läheistensä ilot ja surut. Hänen masennustilojaan ja sairaalaan joutumistaan edelsivät säännöllisesti huoli läheisten vaikeuksista ja sairauksista tai erilaiset menetysten ja järkytysten kokemukset. Mairensä masennustilat varsinkin sairauden alkuaikoina olivat vaikeita. Hän oli tuskainen ja syvästi depressiivinen ja toi esiin delusionäärisiä ajatuksia omasta huonoudestaan ja lisäksi paranoidissävyyisiä pelkoja etenkin aviomiehen häneen kohdistamasta painostuksesta. Maire yritti sairauden vaikeimmissa vaiheissa itsemurhaa lääkkeillä useita kertoja. Suicidiyritykset olivat vahvasti vetoituksen luonteisia, osa kuitenkin selvästi vakavia.

Suhde aviomieheen oli koko sairauden ajan vaikea. Mairekoki avioliiton etäisenä ja puolison sairaalloisen mustasukkaisuutena ja rajoittavana ja koko avioliiton hyvin epätydyttävänä ja ahdistavana. Syntyi käsitys, että Maire olisi hakenut hetkellistä vapautusta vaikeasta avioliitostaan sairautensa avulla. Miehen mustasukkaisuudesta ja tyllystä asenteesta vaimoonsa on myös hoitohenkilöstön havaintoja sairauskertomuksissa. Perheen kahteen lapseen Mairella oli hyvin läheiset suhteet ja hän suri näiden kotoa lähtöä kovasti. Yksi lapsista jäi kotipaikkakunnalle asumaan ja piti vanhempinsa tiivistä yhteyttä kotoa lähdön jälkeenkin. Lapset olivat Mairensä sairaudesta huolissaan, osallistuivat Mairensä hoitoon ja olivat mukana yleensä myös sairaalaan toimittamisten yhteydessä. Lasten lähdön jälkeen Maire tunsikin itsensä yksinäiseksi ja vaikea suhde aviomieheen korostui. Sairautensa takia Maire jäi eläkkeelle 50-vuotiaana ja hänen sosiaalinen verkostonsa kutistui sen jälkeen vain perheenjäsenet ja yhden naapurinrouvan ja mielen-terveystoimiston hoitajat ja potilasto-vertit käsittäväksi.

Kesällä 1988 Mairensä psyykinen vointi huononi. Hän huolestui

poikansa vakavasta sairastumisesta ja myös omasta terveydentilastaan. Hänelle oli suoritettu leikkaus pahanlaatuisen suolistokasvaimen vuoksi. Hän jätti psyykenlääkityksensä käyttämättä ja otti itsemurhatarkoituksessa suuren annoksen masennuslääkkeitään ja joutui keskussairaalaan. Sairaalaan pyydettiin viikon kuluttua Keroputaan poliklinikan konsultti-tiota mahdollista psykiatrista sairaalahoitoa varten. Lähettävä lääkäri piti sairaalahoitoa aiheellisena lähinnä potilaan voimakkaan masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden ja myös itse-murhavaaran takia.

Vastaanottokokous pidettiin potilaan kotona. Maire ja hänen miehensä halusivat sairaalahoitoa, koska Mairen olo oli hyvin vaikea, hän oli levoton eikä saattanut pysyä paikallaan ja hän halusi sairaalaan lisäksi siitä syystä, että aikaisemmilla hoitokerroilla sairaalassa oli ollut hänen mielestään niin hyvä olla. Poliklinikkatyöryhmä päätyi kuitenkin kotona toteutettavaan kriisihoitoon ja sopi seuraavan hoitokokouksen kotiin ylihuomiseksi.

Maire hakeutui kuitenkin jo seuraavana aamuna Keroputaan sairaalaan vaikean olon vuoksi. Sairaalassa sovittiin neljän päivän päähän hoitokokous potilaan kotiin ja hoitokokouksessa päädyttiin kriisihoidon jatkamiseen kotona alkuperäisen suunnitelman mukaisesti vastoin Mairen tahtoa. Tässä hoitokokouksessa Maire toi esiin itsemurha-ajatuksiaan ja ongelmiaan suhteessa mieheensä. Sovittiin myös uudesta hoitokokouksesta, johon lapset tulisivat mukaan.

Viiden päivän kuluttua Maire otti itsemurhatarkoituksessayliannoksen unilääkkeitä ja mies vei hänet keskussairaalaan. Keskussairaalaan poliklinikkatyöryhmä haki Mairen Keroputaan sairaalaan hänen toivomuksensa mukaisesti ja lähetti Mairen omaisille anteeksipyyntökirjeen, jossa todettiin, että työryhmä oli ollut väärässä Mairen hoitopaikan suhteen, kun ei ollut ymmärtänyt perheen päätöstä siitä, että sairaalahoito olisi Mairelle paras ratkaisu ja samalla kutsui perheenjäsenet uuteen hoitokokoukseen.

Tämän anteeksipyyntöä jälkeen työryhmän ja perheen yhteistyö pääsi uudella tavalla käyntiin. Perheenjäsenet olivat aktiivisesti mukana potilaan hoidossa koko ajan ja heidän kanssaan päästiin jo seuraavalla sairaalahoitotapahtumalla nopeasti sopimukseen hoidon järjestämisestä avohoitona. Maire lähetettiin nimittäin terveyskeskuksesta Keroputaan sairaalaan kahden viikon kuluttua, kun hän kävi valittamassa vatsavaivoja ja sitä, että mies oli mustasukkainen ja vihainen. Keroputaalla päätettiin kuitenkin jo kahden päivän kuluttua yhdessä miehen ja tyttären kanssa Mairen hoidosta kotona.

Myöhemmin Maire oli Keroputaan sairaalassa kolme kertaa hoidettavana ja poliklinikkatyöryhmä hoiti perhettä kotona, kunnes Mairen somaattinen sairaus pahentui ja hän kuoli. Työryhmän ja perheen vuorovaikutussuhde muodostui niin läheiseksi, että työryhmän jäsenet yhdessä perheen kanssa surivat Mairen kohtaloa ja perhe ilmaisi kiitollisuutensa työryhmälle Mairen hoidon johdosta.

## 2. Tapaukseen liittyviä tutkimustietoja

Tutkimustilanteessa lähettävä terveyskeskuslääkäri arvioi Mairen tarvitsevan psykiatrista sairaalahoitoa ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden ja suuroidaalisuuden vuoksi. Samoin arvioi vastaanottava lääkäri. Poliklinikkatyöryhmä päätyi avohoitotarkoitukseen ja katsoi siihen vaikuttaneen ennenkaikkea oman toimintansa.

Vastaanottokokouksessa arvioitiin työryhmän toimintakyky hyväksi ja sen vaikutus sairaalaanottopäätökseen ratkaisevaksi ja kokouksessa eniten päätökseen vaikuttavaksi tahoksi katsottiin työryhmän jäsenet.

Syyksi sille, että potilas päätettiin hoitaa avohoidossa esitettiin se, että ne ongelmat, jotka aiheuttivat Mairelle oireita olisi parempi hoitaa kotona, jossa ne olivat syntyneetkin. Hoitopäätöksen syntymistä vastaanottokoukussa luonnehdittiin niin, että työryhmä sai suostutelluksi aviomiehen hoitamaan Mairea kotona.

Mairen diagnoosiksi asetettiin Vakava masennustila (2961 C). Viimeaikaisten stressitekijöiden kohdalla kirjattiin Mairen kasvaimen poistoleikkaus, voimakkuudeltaan kohtalainen (3) ja pitkäaikaisten stressitekijöiden kohdalle yksinäisyys, voimakkuudeltaan lievä (2). GAS tutkimushetkellä arvioitiin 3:ksi ja viimeisen 12 kk:n ajalta 4:ksi. Työryhmä arvioi GAS-arvoksi 5, jota arviota voidaan pitää liian korkeana Mairen suiciidirytykset huomioonottaen ja se kuvastaa työryhmän taipumusta sivuuttaa Mairen kohdalla suiciidimahdollisuus avohoitotratkaisuun pyrkiessään.

Sosiaalisen verkoston kartoituksessa Mairen verkosto osoittautui melko pieneksi. Se koostui aviomiehestä, lapsista ja näiden lapsista. Perheen ulkopuolisia henkilöitä esiintyi vain yksi: sektorille ystävät Maire merkitsi naapurin emännän. Verkostossa esiintyi pelkästään vastavuoroista vuorovaikutusta.

Perheen sisäisen vuorovaikutuksen arviossa Olsonin mallin mukaan Mairen perhe oli rakenteeltaan strukturoidusti erillisen luokassa ja kommunikaatioakselilla pistemäärällä 5. Työryhmä oli luokassa joustavasti yhtenäinen ja kommunikaatioakselilla pistemäärällä 6. Sekä perhettä että työryhmää voidaan pitää rakenteeltaan ja kommunikaatioltaan hyvin toimivina.

Mairen tapauksessa sairaalaanottoon liittyvien faktoreiden pistemäärä oli koko aineiston korkein faktorin "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta" kohdalla. Faktorissa "Oireiston vaikeusaste" pistemäärä oli hieman korkeampi kuin poliklinikkaryhmän keskiarvo ja faktorissa "Verkoston köyhtyminen ja potilaan kroonisuus" pistemäärä oli pienempi kuin sairaalaryhmän keskiarvo.

### 3. Pohdinta

Mairen tapaus kuvastaa toisaalta sitä, kuinka työryhmä kytkeytymällä perheen kanssa tiiviiseen vuorovaikutukseen pystyi saamaan avohoitotavoitteensa aluksi toteutetuksi, jopa vastoin perheen tahtoa. Toisaalta työryhmä ilmeisestikään ei pystynyt riittävästi ymmärtämään perheen ja potilaan syviä tarpeita ja todellista emotionaalista vuoro-vaikutusta, vaan potilas joutui turvautumaan suiciidirytykseen tullakseen ymmärretyksi, ts. päästäkseen sairaalaan.

Potilaan itsemurhayritys voidaan toisaalta myös ymmärtää hänen erittäin vaativan ja passiivis-agressiivisen persoonallisuutensa taustaa vasten voimakkaiden oraalisten vaatimusten turhautumisen seurauksena.

Perheen tilanteen oivaltaminen johti anteeksipyyntökirjeen lähettämiseen. Vasta sen jälkeen päästiin todellisen yhteistyön tasolle perheen kanssa.

Korkea faktoripistemäärä (aineiston korkein) faktorissa "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen vuorovaikutus" kuvaa Mairen perheen ja poliklinikan työryhmän suurta toisiinsa kytkeytymisen astetta, joka tässä tapauksessa ilmeisesti teki mahdolliseksi ensiksi poliklinikkatyöryhmän oman toimintatavoitteen toteutumisen jopa ilman perusteellisen ymmärryksen syntymistä perheen tilanteesta ja toisaalta sitten myöhemmin mahdollisti todellisen kytkeytymisen perheeseen ja hoidon varsinaisen käynnistymisen. Samalla sairaalaanottotratkaisu lakkasi olemasta ongelma.

## Tapausesimerkki 2

### *Totuus unohtui*

#### 1. Tapauksen kuvaus

Veikko oli 45-vuotias tullessaan Keroputaan sairaalan poliklinikalle terveyskeskuslääkärin lähettämänä pitkällisen alkoholinkäytön jälkeisen masennus-ahdistustilan vuoksi.

Veikko oli ammatiltaan postiautonkuljettaja ja työpaikka alkoi olla vaarassa alkoholiongelmien vuoksi. Hän oli käyttänyt alkoholia noin kolmenkymmenen vuoden ajan, murrosiästä lähtien ja oli ollut kymmenen vuotta aiemmin katkaisuhoidossa yhden kerran. Lisäksi hän oli käynyt mielenterveystoimistossa ja yksityisellä psykiatrilla. Hoitona oli ollut lääkehoitojaksoja ja terapiayrityksiä, joista ei ollut sanottavaa hyötyä.

Viime vuosina alkoholinkäyttö ja sen aiheuttamat haitat olivat selvästi lisääntyneet ja etenkin työssä alkoi ilmetä vakavia ongelmia. Ennen poliklinikalle lähettämistä Veikko oli juonut vajaan viikon yhteen menoon, tullut masentuneeksi, tuskaiseksi, unettomaksi ja pelokkaaksi, jopa harhaiseksi sekä saanut tajuttomuus- kouristuskohtauksen. Tästä säikähtyneenä hän vaimonsa saattamana meni terveyskeskukseen ja sai vapaa-lahetteen Keroputaan poliklinikalle.

Veikon ensimmäinen perhe oli hajonnut alkoholin vuoksi ja nyt jo aikuiset lapset olivat jääneet vaimon kasvatettaviksi. Nyt Veikko eli parisuhteessa nykyisen vaimonsa kanssa jo kymmenen vuoden ajan, avioliiton he olivat solmineet viisi vuotta sitten. Perhe oli lapseton. Puolisoiden suhteessa näyttäytyi korostuneesti Veikon syvä riippuvuus vaimostaan.

Veikko oli jäänyt äidistään orvoksi jo 5-vuotiaana. Isä meni sittemmin uusiin naimisiin eikä Veikko tullut äitipuolensa kanssa toimeen vaan lähti maailmalle 15-vuotiaana hankkien siitä lähtien itse elantonsa. Luonteeltaan Veikko oli seurallinen ja iloinen, mutta kärsi vaikeista riippuvuusongelmista ja äidin menetyksen aiheuttamasta traumasta. Psykologisten testien perusteella hänet todettiin älykkääksi ja määriteltiin kärsivän vakavasta narsistisesta persoonallisuushäiriöstä.

Vastaanottoryhmään Veikko tuli vaimonsa kanssa ahdistuneena ja masentuneena kertoen valvoneensa viisi yötä taistellen näkö- ja kuuloharjojaan vastaan. Hän sanoi mm. kissojen kiipeilevän hänen jalkojaan pitkin. Poliklinikkatyöryhmä alkoi selvittää tilannetta ja Veikko silminnähdessä mielellään tempautui mukaan muistelemaan taustojaan ja lapsuuttaan ja puolisoiden aiempia yhteisiä kokemuksia. Sukupuuta piirretäessä Veikon pelot ja harhaluulot unohtuivat hänen keskittyessään lapsuuden muistoihin. Vastaanottokokouksessa syntyi lämmin yhteinen ilmapiiri, jota työryhmän jäsenet myöhemminkin muistelivat erityisen mieleenjäävänä, jopa koskettavana kokemuksena. Veikko ja hänen vaimonsa tuntuivat nauttivan mahdollisuudesta käydä läpi aikaisempia elämänsä kokemuksia perusteellisesti ensimmäistä kertaa yhdessä. Pitkän ja lämpimässä yhteisymmärryksessä käydyn kokouksen jälkeen päätettiin että Veikko lähtee kotihoitoon. Hän sai mukaansa katkaisuhuitolääkkeet ja lupauksen työryhmän kotikäynnistä heti seuraavana päivänä.

Vastaanottokokousta videomonitorista seuranneet tarkkailijat sen sijaan olivat työryhmälle vihoissaan siitä, että se heidän mielestään oli tehnyt virheellisen hoitoratkaisun lähettäessään deliriumvaarassa olevan potilaan avohoitoon ja arvioivat sekä työryhmän että perheen toimineen huonosti vastaanottokokouksessa.

Muutaman tunnin kuluttua vaimo soitti hädissään ja kertoi Veikon lähteneen sekavassa tilassa ajamaan autolla. Veikko toimitettiin poliisi-

voimin sairaalaan ja myöhemmin illalla kehittyi selvä alkoholidelirium. Veikko jouduttiin eristämään ja panemaan lepositeisiin vahvan levottomuuden ja hallusinoosin takia. Tila korjaantui tavanmukaiseen tapaan muutamassa päivässä ja Veikko kotiutettiin melko hyväkuntoisena ja työryhmä kävi tapaamassa häntä kotona. Sairaalahoitoon jälkeen Veikon alkoholinkäyttö on selvästi vähentynyt.

## 2. Tapaukseen liittyviä tutkimustietoja

Olsonin mallin mukaan arvioituna perhe sijoittui kaoottisesti irrallisen luokkaan ja kommunikaatioakselilla pistemäärälle 2. Työryhmä sijoittui jäykästi irrallisen luokkaan ja kommunikaatioakselilla pistemäärälle 2. Työryhmä ilmeisesti vastasi perheen kaoottiseen adaptaatioon toimimalla jäykästi, samalla kun sekä perhe että työryhmä olivat koossapysyvyydeltään puutteellisia. Perheen ja työryhmän kommunikaatio oli huonoa.

Faktorissa "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta" Veikon tapaus sai matalan pistemäärän (matalampi kuin sairaalaryhmän keskiarvo). Faktorissa "Oireiston vaikeusaste" pistemäärä sen sijaan oli yksi aineiston korkeimpia.

## 3. Pohdinta

Veikon tapauksessa perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta oli puutteellista. Perhe toimi kaoottisesti, työryhmä jäykästi ja todellinen rakenteellinen kytkeytyminen perheen ja työryhmän välillä jäi vähäiseksi. Sen sijaan vastaanottokokouksessa syntyi emotionaalisesti latautunut regressiivinen tunnelma Veikon eläytyessä lapsuutensa muistoihin ja työryhmän yrittäessä ymmärtää empaattisesti Veikon elämymaailmaa. Veikon regredioituminen aiheutti myös työryhmän jäsenissä jonkinasteisen regression ilmeisesti siksi, että työryhmän jäsenet toimivat irrallisina toisistaan Veikon tunnelmiin eläytyen, niin että kliiniset realiteetit unohdettiin ja työryhmä suostui virheellisesti Veikon toiveeseen kotihoitoratkaisusta, vaikka Veikon deliriumvaara oli vastaanottokokouksessa selvästi nähtävissä.

Mikäli työryhmän toiminta olisi ollut rakenteellisesti yhtenäisempää, olisi todennäköisesti välttytty liiallisesta mukaanmenosta Veikon regressioon ja päädytty realistisesti kliiniset tosiasiat huomioonottaen sairaalaratkaisuun jo vastaanottokokouksessa.

Esimerkkitapaus osoittaa myös sen, että vastaanotto-kokoukseen saattaa liittyä riskejä silloin, kun struktuurallinen kytkeytyminen kaoottisesti toimivan perheen kanssa on puutteellista. Tällaisessa tilanteessa perheen vuorovaikutus saattaa alkaa elää työryhmässä sellaisella tavalla, että se voi haitata myös lääketieteellisten tosiasioiden havaitsemista. Vastaanottokokouksen edelleen kehittämiseksi tähän asiaan on kiinnitettävä erityistä huomiota.

## Tapausesimerkki 3

### *Kasvissyöjä*

#### 1. Tapauksen kuvaus

Einari oli 40-vuotias eläkeläinen ja oli sairastunut skitsofreniaan 19-vuotiaana. Hänen elämäntiensä oli alusta lähtien ankea. Vanhemmat erosivat isän juopottelun takia Einarin ollessa kaksivuotias ja isä kuoli myöhemmin, Einarin jo sairastuttua. Vanhempien avioliitto oli epäonnistunut ja

äiti käytännössä yksin huolehti poikansa elatuksesta. Perheessä vallitsi köyhyys ja toimeentulo oli sosiaalihuollon varassa. Äiti sairasti pitkällistä masennustilaa ja kärsi rajatilatasoisesta luonnehäiriöstä ja oli ongelmiansa vuoksi mielenterveystoimiston hoidossa. Äiti käytti ajoittain runsaasti alkoholia ja Einari häpesi äitiään. Vaikeuksista huolimatta äiti piti sisukkaasti perheensä koossa ja yritti auttaa poikaansa elämän alkuun. Tutkimusajankohtana Einari asui kotona äidin kanssa kahden.

Einari kävi kansakoulun menestyen huonosti. Sen jälkeen hän oleili kotona työttömänä varusmiespalvelusaikaa lukuunottamatta, jonka joutui keskeyttämään sairauden takia kolmen kuukauden palveluksen jälkeen. Vuoden kuluttua sairastumisesta Einari sai eläkkeen, jonka turvin hän on elänyt kotonaan siitä lähtien.

Einari tuli mielenterveystoimiston hoitoon 19-vuotiaana äitinsä ohjaamana harhaäänien, omituisten somaattisten tuntemusten ja voimakaan ahdistuneisuuden ja levottomuuden vuoksi. Hän kuuli soimaavia ääniä ja uskoi kärsivänsä vakavasta sairaudesta, joka olisi aiheuttanut korvien taakse kyhmyä ja muuttanut kädet rumiksi ja kiiltäviksi. Mielenterveystoimistossa katsottiin Einarin sairastavan skitsofreniaa. Hänelle aloitettiin neuroleptilääkitys ja tukea antava yksilöpsykoterapia. Hoidosta oli välillä apua, mutta lääkkeiden käyttö ja terapiakontaktit jäivät epäsuunnollisiksi Einarin ja äidin ajoittaisen ristiriitaisen kielteisen asenteen vuoksi. Einarin hoidettiin mielisairaalassa muutaman viikon hoitajaksoja kymmenen kertaa. Sairaalahoidoista ei ollut merkittävää hyötyä. Sairaalassa Einari arvioitiin työkyvyttömäksi. Kuntoutusta ei saatu toteutetuksi Einarin haluttomuuden ja vetämättömyyden vuoksi. Hoitosuhde mielenterveystoimistoon oli jatkunut kahdenkymmenen vuoden ajan.

Einarin tila muuttui hiljalleen huonommaksi. Hän vetäytyi yhä enemmän omiin maailmoihinsa, naureskeli itsekseen, ei juuri kommunikoinut ihmisten kanssa vaan kuljeskeli metsissä nauttien luonnosta ja joi jopa 15 pullollista keskialtusta päivittäin.

Äiti kiusaantui Einarin juopottelusta, mutta haki kuitenkin pojalleen oluet kaupasta ja huolehti muutenkin Einarin jokapäiväisestä hyvinvoinnista. Äidillä näytti olevan symbioottinen suhde Einariin. Einarilla ei ollut perheen ulkopuolisia kontakteja lukuunottamatta käyntejä ammatti-auttajien luona ja lyhyttä rakastumista alakerran tyttöön. Einari totteli yleensä kuuliaisesti äitiä ja lähti yleensä kiltisti sairaalaankin äidin väsyessä hänen hoitamiseensa tai ollessa muutoin rasittunut tai vihainen.

1980-luvun puolivälissä Einari uskoi sairastavansa allergiaa. Hän jätti ruokavaliostaan lihan ja maitotuotteet ja alkoi syödä kasveja: aluksi heiniä, myöhemmin puiden oksia ja lehtiä ja kodin ruukkukasveja. Tilanne paheni niin, että äiti joutui korvaamaan kodin huonekasvit tekokukilla. Äiti häpesi erityisesti sitä, kun Einari kulki kaupungilla riipien puiden oksia ja nuoleskellen puunrunkoja ihmisten nähden. Sairaalahoitajaksoilla Einari söi päiväsalin kukat. Erikoisen ruokavalionsa ansiosta Einari laihtui hoikaksi kuin pajunoksa.

Tutkimusajankohtana Einari sai lähetteen mielenterveystoimistosta sairaalaan, koska äiti oli väsynyt ja vihainen Einarille ja halusi tämän lähtevän kotoa pysyvästi. Einari itse ei olisi halunnut sairaalaan. Poliikklinikatyöryhmä sopi vastaanottokokouksen pitämisestä kotona. Kokouksessa oli mukana myös Einarin yksilöpsykoterapeutti mielenterveystoimistosta. Kokouksessa äiti oli eniten äänessä ja työryhmä kuunteli äidin huolta ja yritti tukea äitiä. Einari oli lähes vaiti. Kokouksessa päätettiin sairaalaanottoratkaisun siirtämiseen seuraavaan, kahden viikon kuluttua pidettävään kokoukseen. Ratkaisu tuntui tyydyttävän kaikkia osapuolia. Seuraavassa kokouksessa päätettiin avohoitoratkaisuun poliikklinikatyöryhmän kotikäynteinä.

Tämän jälkeen Einarin tila on hiljalleen kohentunut. Poliklinikkatyöryhmän kotikäynnit ovat pystyneet pitämään Einarin avohoidossa ja muutamasta sairaalahoitajaksosta äidin matkojen vuoksi on voitu sopia etukäteen. Välillä on ollut sovittua intervallihoitoa sairaalassa. Einari on aloittanut suojatyön. Kodin muovikukat on korvattu elävillä huonekasveilla.

## 2. Tapaukseen liittyviä tutkimustietoja

Tutkimushetkellä Einarin psyykkinen tila arvioitiin huonoksi. Hänen GAS-arvonsa 3 oli poliklinikkatyöryhmän huonoin.

Einarin sosiaalinen verkosto mitattiin köyhäksi. Siihen kuuluivat äiti sekä neljä mielenterveystoimiston työntekijää. Vuorovaikutus oli vasta- vuoroista.

Perhe arvioitiin Olsonin mallin mukaan koossapysyvyydeltään kietoutuneeksi ja sopeutuvuudeltaan kaoottiseksi. Kommunikaation arvo oli 3. Perheen toimintaa voidaan siis pitää erittäin huonotasoisena.

Työryhmän koossapysyvyys arvioitiin irralliseksi ja sopeutuminen joustavaksi. Kommunikaation arvo oli 6. Työryhmä sijoittui Olsonin ympyrässä keskelle. Työryhmän rakennetta ja toimintaa voidaan pitää siis erittäin hyvänä. Työryhmä arvioi myös ymmäryksensä perheestä lisääntyneen vastaanottokokouksen jälkeen huomattavan paljon.

Faktorissa "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta" Einarin tapaus sai erittäin korkean pistemäärän samoin kuin faktorissa "Verkostion köyhtyminen ja potilaan kroonisuus".

## 3. Pohdinta

Einarin tapaus on esimerkki siitä, kuinka vaikeastikin sairaita potilaita ja perheitä voidaan hoitaa avohoidossa perheen ja hoitavan työryhmän yhteistoiminnan avulla. Vastaanottokokouksessa työryhmä tajusi perheen olennaisen vuorovaikutustavan, nimittäin sen, että Einari ja äiti elivät symbioottisessa suhteessa ja kummankin hyvinvointi oli toisestaan riippuvaista. Äidin hyvinvointi säätelä myös Einarin paikkaa perheessä. Kun äiti voi hyvin, hän halusi pitää Einarin kotona ja kun hän koki oman tilanteensa vaikeaksi hän halusi ajaa Einarin sairaalaan. Työryhmä ymmärsi, että äitiä tukemalla se voisi auttaa tätä voimaan paremmin, jolloin myös Einarin vointi parantuisi ja hän voisi olla kotona.

Perheen tilanteen ymmärtämisessä auttoi merkittävästi se, että työryhmässä oli mukana myös Einarin yksilöterapeutti.

Työryhmä kytkeytymällä perheeseen ja toimimalla riittävän irrallisesti ja joustavasti tarjosi Einarille ja äidille mahdollisuuden samaistua tähän työryhmän vuorovaikutuskokonaisuuteen, jolloin todennäköisyys siihen, että Einarin ja äidin välinen kaoottinen kietoutuneisuus vähenisi, lisääntyi ja heille tuli aikaisempaa mahdollisemmaksi keskinäisen separaatio- ja individuaatiokehityksen toteutuminen.

Tällä tavoin työryhmä pystyi käynnistämään menestyksekkään avohoitoprosessin. Vaihtoehtona olisi ollut todennäköisesti vuosia kestävä laitoshoido.

### 7.6.3 Tiivistelmä

Tapausesimerkeistä havaitaan potilaan perheen ja hoitavan työryhmän vuorovaikutuksen keskeinen merkitys sairaalaanottoratkaisuissa, joka vuorovaikutus kuitenkin on paljon monivivahteisempi kuin pelkästä tilastollisesta tarkastelusta voitiin nähdä.

Tapauksessa "Anteeksi pyyntö auttoi" perheen ja työryhmän todellinen vastavuoroinen toiminta käynnistyi vasta usean hoitokokouksen jälkeen ja sen syntymiseen vaikutti potilaan yksilöllisestä persoonallisuustilasta lähtenyt suicidiyritys.

Tapauksessa "Totuus unohtui" perheen ja työryhmän kytkeytyminen jäi puutteelliseksi ja tuloksena oli virheellinen hoitoratkaisu.

Tapauksessa "Kasvissyöjä" hyvin toimiva työryhmä pystyi kytkeytymään riittävän hyvin erittäin sairaan potilaan kaotettuihin perhejärjestelmään. Tuloksena oli onnistunut avohoitratkaisu huolimatta siitä, että myös potilaan sosiaalinen verkosto oli erittäin köyhä.

Tilastollisen tarkastelun perusteella potilaan sairaalaanottoon liittyvistä tekijöistä voitiin saada esiin eräänlaiset ääriarvot, joissa joidenkin faktoreiden merkitys on selvästi nähtävissä. Tapausesimerkkien tarkastelun avulla on mahdollista tutkia faktoreiden sisältöjä ja sitä kautta sairaalaanottoon liittyviä tekijöitä yksityiskohtaisemmin ja vivahteikkaammin kliiniseen todellisuuteen pohjautuen ja näin lähestyä sairaalaanottoa sellaisena kuin se tapahtuu elävässä elämässä.

## 7.7 Tiivistelmä tutkimustuloksista

### 7.7.1 Tutkimusaineisto ja vuoden 1983 aineisto

Tutkimusaineiston vertailussa viisi vuotta aikaisemmin kerättyyn vertailuaineistoon havaittiin, että psykooseja oli vertailuaineistossa 51 %:lla, tutkimusaineistossa 88 %:lla potilaita, neuroositason häiriöitä vastaavasti vertailuaineistossa 31 %:lla ja tutkimusaineistossa 10 %:lla.

Psykkiset sairaudet olivat siis vertailuryhmässä lievempiä kuin tutkimusryhmässä, joten sairaalahoitoa harkittiin viisi vuotta sitten lievemmissä tapauksissa kuin nykyisin. Tulos merkitsee sitä, että tehostuneen avohoidon ansiosta yhä vaikeampia potilaita hoidetaan nykyisin avohoidossa.

Tutkimusaineiston sairaalaryhmän ja viisi vuotta aikaisemmin sairaalaan otettujen potilaiden taustatietojen vertailussa näkyy poliikklinikatyöryhmän toiminnan ja tehostuneen avohoidon vaikutus.

Ikäjakaumassa nuorten osuus väheni 15 %:sta 9 %:iin, vanhojen



20 %:sta 7 %:iin. Ensikertalaiset hoidettiin tutkimusaineistossa lähes kaikki polikliinisesti, viisi vuotta aikaisemmin lähes kaikki otettiin sairaalaan.

Aikaisemman hoidon määrässä oli tapahtunut muutoksia niin, että edeltävän kahden vuoden aikana ilman sairaalahoitoa selvinneiden osuus oli viidessä vuodessa vähentynyt puoleen ja sairaalaa usein käytävien potilaiden ("pyöröovi-syndrooma") määrä vähentynyt 19 %:sta 7 %:iin. Yhdestä neljään kertaan edellisen kahden vuoden aikana sairaalassa hoidettujen osuus oli lisääntynyt 40 %:sta 69 %:iin. Sairaalassa työskennellään siis entistä enemmän "sairaalakierteeseen" joutumassa olevien potilaiden kanssa.

Diagnoosijakauma oli merkittävästi muuttunut viidessä vuodessa. Lievien häiriöiden osuus oli vähentynyt sairaalaryhmässä 31 %:sta 10 %:iin. Psykoosidiagnoosien osuus oli lisääntynyt 59 %:sta 83 %:iin, skitsofreniadiagnoosien 40 %:sta 71 %:iin.

Polikliinisen vastaanottoryhmän ja tehostuneen avohoidon toiminta näkyy siis siinä, että lievemmin häiriytyneet sekä varsinkin ensikertalaiset hoidetaan avohoidossa ja sairaalaan kerääntyvät kaikkein vaikeimmat potilaat, erityisesti skitsofreniaa sairastavat pitkäaikaispotilaat. Toisaalta yhä suurempi osa vaikeasti häiriytyneitä potilaita voidaan hoitaa avohoidossa perheen ja sosiaalisen verkoston tuen avulla.

## 7.7.2 Poliklinikka- ja sairaalaryhmän vertailu

### 7.7.2.1 Taustatiedot

Poliklinikka- ja sairaalaryhmän vertailussa tutkimusaineistossa todettiin vanhojen ikäryhmien osuus suuremmaksi poliklinikkaryhmässä ja nuorten sairaalaryhmässä.

Sukupuolijakaumassa miehet sijoittuivat useammin poliklinikkaryhmään (71 % / 57 %) kuin naiset ilmeisesti matalamman sairaalaan lähettämiskynnyksen vuoksi.

Koko aineistosta 25 % asui alkuperäisperheissään. Poliklinikka- ja sairaalaryhmä eivät tässä suhteessa eronneet toisistaan. Yksin asuvia oli sairaalaryhmässä 50 %, poliklinikkaryhmässä 29 %. Sairaalaryhmässä oman perheen perustaneita oli 21 %, poliklinikkaryhmässä 46 %. Siviilisäädyltään koko aineistosta oli naimattomia 49 %, poliklinikkaryhmässä 39 %, sairaalaryhmässä 55 %.

Koulutustaso aineistossa oli matala. 43 %:lla ei ollut ammattikoulutusta, sairaalaryhmässä 50 %:lla, poliklinikkaryhmässä 32 %:lla. Toimeentulon lähteen mukaan suurin osa, 59 % aineistosta, oli eläkkeellä, sairaalaryhmässä 64 %, poliklinikkaryhmässä 50 %, vaikka potilaiden keski-ikä oli vain noin 40 vuotta.

Työtilanne aineistossa oli huono. 74 % ei ollut työssä, sairaala-

ryhmästä 81 %, poliklinikkaryhmästä 64 %.

Diagnoosijakaumaltaan koko aineisto oli vaikeasti häiriintynyttä. Psykoosidiagnoosien osuus oli 72 %, poliklinikkaryhmässä 52 %, sairaalaryhmässä 88 %. Skitsofreniadiagnooseja oli koko aineistossa 44 %, sairaalaryhmässä 59 %, poliklinikkaryhmässä 26 %. Neuroosi- ja sopeutumishäiriödiagnooseja oli koko aineistossa 14 %, sairaalaryhmässä 10 %, poliklinikkaryhmässä 41 %.

### 7.7.2.2 Aikaisempi hoito

Aikaisemman hoidon suhteen ryhmät erosivat toisistaan. Ensikertalaisia oli koko aineistosta 20 %, jotka lähes kaikki (N=12/14) sijoittuivat poliklinikkaryhmään.

Sairaalaryhmään kasautuivat pitkäaikaispotilaat. 7-40 kertaa aiemmin hoidetuista potilaista 80 % sijoittui sairaalaryhmään.

Mitä enemmän sairaalahoitokertoja kaikkiaan, sairaalahoitopäiviä ja sairaalahoitokertoja edeltävän kahden vuoden ajalta potilaalla oli ollut, sen useammin hänet otettiin sairaalaan vastaanottotilanteessa.

Neuroleptilääkitystä tulotilanteessa sairaalaryhmän potilailla oli kolminkertainen määrä verrattuna poliklinikkaryhmän potilaisiin.

### 7.7.2.3 Sairaalaan lähettäjät

Lähetäjien suhteen aineisto jakautui niin, että 51 % potilaista tuli terveyskeskusten lähettämänä. Heistä 78 % otettiin sairaalaan. Mielenterveystoimistoista tuli 16 % potilaista, joista 18 % otettiin sairaalaan. Muilta lähettäjiltä (muu mielisairaala, keskussairaala, A-klinikka, perheneuvola, yksityislääkäri) tuli 23% aineistosta, josta 50 % otettiin sairaalaan. Oma-aloitteisesti sairaalaan pyrki 4 % aineistosta sijoittuen sekä sairaalaan että poliklinikalle

### 7.7.2.4 Potilaan kliininen tila

Potilaille suoritetuista yksilöön kohdistuvien standarditutkimusmenetelmien avulla saaduista tuloksista korreloivat sairaalaanottoon eniten GAS-arvo tutkimushetkellä, seuraavaksi GAS-arvo edeltävältä 12:n kk:n ajalta. GAS-arvo kuvastaa potilaan psyykkistä toimintatasoa ja oireita kokonaisarviona eli sairauden vaikeusastetta. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että sairauden vaikeusaste on merkittävin sairaalaanottamista edistävä tekijä potilaaseen itseensä liittyvistä ominaisuuksista.

Diagnoosi korreloi yksilöön liittyvistä muuttujista toiseksi eniten, mitattuna "Rorschachin yleisdiagnoosilla". Diagnostisesti vaikeammin häiriytyneet potilaat, erityisesti krooniset skitsofreniapotilaat otetaan useammin sairaalaan kuin lievemmin häiriintyneet potilaat. Löydös on

sama kuin taustatiedoissa diagnoosijakautumien vertailussa todettu havainto. BPRS-summa korreloi myös tilastollisesti merkitsevästi sairaalaanottoon. BPRS kuvastaa yksittäisten oireiden vaikeusastetta, eikä siinä arvioida toimintakykyä, kuten GAS-arviossa. Koska GAS-arvojen korrelaatio sairaalaanottoon oli korkeampi kuin BPRS-summan, voidaan todeta, että potilaan huonolla psyykkisellä toimintatasolla on erityistä vaikutusta sairaalaanotossa.

#### 7.7.2.5 Perheet Olsonin mallissa

Olsonin ympyrämallin perheen sisäistä vuorovaikutusta kuvaavista osioista oli T-testissä tilastollisesti melkein merkitsevä ( $p < .05$ ) ero poliklinikka- ja sairaalaryhmän välillä seuraavissa muuttujissa p-arvon mukaisessa järjestyksessä: "Ilmaisun vapaus", "Kommunikaation selkeys", "Kommunikaation kokonaisarvio", "Teemassa pysyminen", "Puhuminen muitten puolesta" ja "Perheen paikka Olsonin mallissa". Muuttujien keskiarvojen erot olivat suhteellisen korkeita. Perheen hyvä kommunikaatio ja hyvä rakenteellinen toiminta liittyy siis potilaan hoitamiseen polikliinisesti.

Skitsofreniaperheille perhetutkijoiden mukaan on ominaista kommunikaation häiriintyneisyys ja perheenjäsenten emotionaalinen kietoutuneisuus toisiinsa. Tällöin on luonnollista, että skitsofreniapotilaat perhetekijöiden puutteellisuudenkin takia valikoituvat sairaalaryhmään.

#### 7.7.2.6 Työryhmät Olsonin mallissa

Työryhmän sisäistä vuorovaikutusta Olsonin ympyrämallissa kuvaavista muuttujista erosi T-testissä tilastollisesti melkein merkitsevästi ( $p < .05$ ) poliklinikka- ja sairaalaryhmän välillä keskiarvoltaan muuttuja "Puhuminen toisten puolesta" (kommunikaation osio). Muuttujan "Työryhmän sijoittuminen Olsonin mallissa" kohdalla keskiarvojen tilastollinen ero ryhmien välillä oli oireellinen.

#### 7.7.2.7 Sosiaaliset verkostot

Sosiaalisen verkoston ominaisuuksia kuvaavista muuttujista korreloi sairaalaanottoon merkitsevästi vain kaksi muuttujaa: "Vastavuoroisen vuorovaikutuksen määrä" ja "Välineellisen vuorovaikutuksen määrä". Korrelaatiot olivat kohtuullisen korkeita. Molemmat muuttujat kuvaavat verkoston vuorovaikutusominaisuuksia. Verkoston rakenteellisia ominaisuuksia kuvaavat muuttujat eivät korreloineet merkitsevästi sairaalaanottoon.

Tuloksen mukaan siis se, kuinka runsaasti potilaalla on molemminpuolisesti tukea antavia ihmissuhteita ja sellaisia suhteita, joissa hän itse on tukea antavana osapuolena, on yhteydessä sairaalaanottoon. Jos

tällaisia suhteita on paljon, potilas sijoittuu useammin poliklinikalle kuin sairaalaan.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu kroonisten skitsofreniapotilaiden verkoston vastavuoroisen vuorovaikutuksen määrän olevan niukkaa ja verkoston köyhtyvän sairaalahoitojen yhteydessä. Tällöin on luonnollista, että sairaalaryhmään kasautuu enemmän kroonisia skitsofreniapotilaita myös sosiaalisen verkoston puutteellisuuden vuoksi.

### 7.7.3 Lähettäjän, vastaanottavan lääkärin ja poliklinikkatyöryhmän arviot

Lähettäjän, vastaanottavan lääkärin ja poliklinikkatyöryhmän arviot sairaalaanottoon vaikuttavista tekijöistä erosivat toisistaan. Lähettäjän ja vastaanottavan lääkärin arvioissa nousivat merkittävimmiten sairaalaanottoon vaikuttaviksi tekijöiksi "Potilaan oireisto kokonaisuutena" ja siihen liittyvät potilaan psykoottisuutta kuvaavat oiremuuttajat: "Kontrollivaikeudet", "Yhteistyökyvyttömyys" ja "Harhaisuus". Näiden arvioiden korrelaatio sairaalaanottoon oli korkea, vastaanottavan lääkärin arvioissa korkeampi kuin lähettäjän arvioissa. Masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden merkitys arvioitiin myös korkeaksi, mutta arviot eivät korreloineet sairaalaanottoon. "Suicidaalisuus"- ja "Agressiivisuus"- muuttajat saivat vähän merkitystä, koska potentiaalinen vaarallisuus itselle ja muille sijoittui ilmeisesti muuttujalle "Kontrollivaikeudet", jonka merkitys arvioitiinkin suhteellisen suureksi ja joka korreloi merkitsevästi sairaalaanottoon. Perhetekijöiden merkitys lähettäjän ja vastaanottavan lääkärin arvioissa tuli selvästi esiin, sen sijaan sosiaalisten tekijöiden merkitys ei lainkaan.

Vastaanottotyöryhmän arviot olivat edellisiä arvioita monipuolisempia. Niissä painottuivat tasavertaisesti potilaaseen, perheeseen, sosiaaliseen verkostoon ja hoitojärjestelmään (työryhmän oma toiminta) liittyvät tekijät. Potilastekijät olivat samat kuin edellisissä arvioissa. Työryhmä katsoi perheen vaikuttavan sairaalaanoton suuntaan, oman toimintansa avohoidon suuntaan ja sosiaalisen verkoston useimmiten sairaalaanoton suuntaan. Arvioiden korrelaatiot sairaalaanottoon olivat korkeita. Työryhmäarviot olivat monipuolisempia ja tarkempia kuin lähettäjän ja vastaanottavan lääkärin arviot. Nämä kahdenkeskisen haastattelun perusteella suoritettavat arviot keskittyivät lähinnä potilaan kliinisiin oireisiin ja vain rajoitetusti perheen ja hoitojärjestelmän toiminnan vaikutuksiin eivätkä ottaneet huomioon sosiaalisen verkoston tekijöitä. Parhaan kuvan sairaalaanottoratkaisuun vaikuttavasta kokonais-tilanteesta ja siihen liittyvistä tekijöistä antoi vastaanottotyöryhmän arvio.

#### 7.7.4 Vastaanottokokouksen arvio

Vastaanottoprosessia kuvaavista muuttujista korreloi eniten sairaalaanottopäätökseen muuttuja "Työryhmän toiminnan vaikutus hoitoratkaisuun" ja toiseksi eniten muuttuja "Työryhmän toimintakyky". Hoitoratkaisuun vaikuttavien tahojen merkitystä arvioitiin suorien jakautumien tarkastelun perusteella. Mitä useammin hoitopäätökseen vaikutti työryhmän jäsen, sitä useammin potilas hoidettiin poliklinikalla. Havainto liittyy työryhmän pyrkimykseen priorisoida avohoitoa.

Vaikka yritys tutkia vastaanottoprosessia toteutui tavoitteeltaan puutteellisesti, näkyy tuloksista kuitenkin selkeästi työryhmän toimintakyvyn ja työryhmän toiminnan vaikutuksen yhteys hoitopäätöksen syntymiseen. Mitä paremmin työryhmä toimi vastaanottokokouksessa ja mitä tehokkaammin se vaikutti hoitoratkaisun syntymiseen, sitä useammin potilas hoidettiin avohoidossa.

#### 7.7.5 Tilastoanalyysi

Muuttujien faktorianalyysissä tulostui kolme faktoria, jotka ominaisarvon mukaisessa järjestyksessä nimettiin seuraavasti:

"Oireiston vaikeusaste",  
 "Verkoston köyhtyminen ja potilaan kroonisuus"  
 "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta".

T-testin ja monimuuttujavarianssianalyysin perusteella sairaalaanottoon liittyi eniten faktori "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta", toiseksi eniten faktori "Oireiston vaikeusaste" ja kolmanneksi eniten faktori "Verkoston vuorovaikutus ja potilaan kroonisuus".

Erotteluanalyysissä tämä faktoriratkaisu ennusti potilaiden sairaalaanottoratkaisun oikein 90 %:ssa aineistoa.

Faktorit tulkittiin lyhyesti seuraavasti:

Faktori I, "Oireiston vaikeusaste", tarkoittaa potilaan vaikean psykoottisen oireiston ja toimintakyvyn huononemisen yhteisvaikutusta.

Faktori II, "Verkoston köyhtyminen ja potilaan kroonisuus", tarkoittaa potilaan verkoston vuorovaikutuksen köyhtymisen ja hänen sairautensa kroonistumisen yhteisvaikutusta.

Faktori III, "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta", tarkoittaa perheen ja työryhmän vastavuoroista toimintaa vastaanottokokouksessa, jonka tuloksena sairaalaanottopäätös syntyy.

Tämän tutkimuksen perusteella eniten potilaan sairaalaanottoratkaisuun olivat yhteydessä perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta vas-

taanottokokouksessa, toiseksi eniten potilaan oireiston vaikeusaste ja kolmanneksi eniten verkoston köyhtyminen ja potilaan kroonisuus.

Faktorin "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta" kohdalla ilmeni mielenkiintoinen yhtymäkohta toiseen samasta aineistosta tehtyyn tutkimukseen "Perheen ja sairaalan rajasysteemi sosiaalisessa verkostossa" (Jaakko Seikkula, 1991), jonka mukaan tässä tutkimuksessa faktorilla "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta" latautuneet perheen ja työryhmän sisäistä vuorovaikutusta kuvaavat muuttujat ("Perheen kommunikaatio" sekä perheen ja työryhmän "Sijoittuminen Olsonin mallissa") oli Seikkulan perheen ja sairaalan rajasysteemiä koskevassa tutkimuksessa todettu keskeisiksi tekijöiksi perheen ja työryhmän toisiinsa kytkeytymisessä ja rinnakkaisessa vuorovaikutuksellisessa kehityksessä (koevoluutio).

Seikkulan tutkimuksessa on osoitettu, että hyvä työryhmän toimintakyky parantaa perheen kommunikaatiota auttaen perheenjäseniä erityisesti määrittelemään keskinäiset suhteensa ja kunkin perheenjäsenen yksilöllisen tilan ja paikan perhesysteemissä. Tällä tavoin myös tässä tutkimuksessa voidaan ymmärtää perheen ja työryhmän vuorovaikutuksessa vastaanottokokouksessa määriteltävän potilaan paikka ja tila perheessä ja hoitojärjestelmässä (avohoito vai sairaala).

Toisaalta perheen hyvä kommunikaatio Seikkulan mukaan lisää työryhmän toimintakykyä, joten perheen kommunikaation ja työryhmän sopeutuvuuden välillä syntyy vastavuoroinen toistaan vahvistava vuorovaikutus, joka parantaa koko systeemin toimintatasoa ja antaa tilaa uusille potilaan paikan ja tilan määrittelyille eli parempien hoitoratkaisujen löytymiselle. Seurauksena on avohoidon lisääntyminen ja sairaalanottojen väheneminen.

### 7.7.6 Tapausesimerkit

Kolmen tapausesimerkin analyysissä saatiin sairaalaanottoon liittyvistä tekijöistä vivahteikkaampi ja yksityiskohtaisempi näkemys kuin pelkän tilastollisen analyysin avulla. Tapausesimerkkien valossa nousi perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta keskeiseksi sairaalaanottoon liittyväksi tekijäksi. Samalla muodostui faktoreiden sisällöstä moni-ulotteinen kuva, joka tarkensi merkittävästi tilastollisen analyysin tulosta ja liitti sen kliiniseen todellisuuteen.

## 8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli Keroputaan sairaalassa kehittyneen uudenlaisen psykiatristen potilaiden hoito- ja vastaanottokäytännön tutkiminen. Tässä hoitokäytännössä potilas kohdataan yhdessä hänen perheensä tai muiden ongelmaan liittyvien henkilöiden kanssa työryhmänä hoitokokouksessa, jota potilaan sairaalaanottamisen yhteydessä nimitetään vastaanottokokoukseksi. Kokouksessa ongelmia käsitellään osallistujien avoimesti esittämien näkemysten ja mielikuvien pohjalta ja pyritään käynnistämään vuoropuhelu, jossa luodaan yhteistä ymmärrystä eri tahojen toisiinsa kytkeytymisen avulla kielellisessä vuorovaikutuksessa, niin että parhaassa tapauksessa syntyy eräänlainen yhteisen kokemuksen tila ja ongelmat voidaan määritellä uudelleen tai ne mahdollisesti lakkaavat olemasta. Vastaanottokokouksessa yksi keskeisin ongelma on sairaalaanottopäätös eli se, määritelläänkö potilas sairaalavai avohoitopotilaaksi ja miten hänen hoitonsa sen jälkeen järjestetään. Hoitoratkaisu tapahtuu edellä kuvatun vuorovaikutusprosessin tuloksena syntyneen "hoitoa ohjaavan mielikuvan" pohjalta vastaanottokokouksessa. Tämän tutkimuksen keskeisenä tavoitteena oli pyrkiä selvittämään hoitoratkaisun syntymistä eli sitä, miten ratkaisuun vaikuttavat vastaanottokokoukseen osallistuvat eri tahot: potilas, perhe, verkosto ja työryhmä.

Tutkimusmenetelmänä oli vastaanottokokouksen suora havainnointi erikseen perheen ja erikseen työryhmän sisäisestä toiminnasta ja kokouksen vuorovaikutuksesta kokonaisuutena sekä työryhmän haastattelu kokouksen jälkeen. Edelleen tutkittiin erikseen potilaiden yksilöllisiä psykiatrisia ja psykologisia ominaisuuksia, heidän taustatietojaan ja heidän sosiaalisen verkostonsa ominaisuuksia, tavoitteena löytää sairaalaanottoratkaisuun liittyviä tekijöitä mahdollisimman kattavasti. Tutki-

musmenetelminä käytettiin psykiatrista kahdenkeskistä haastattelua, psykologista testausta, sosiaalisen verkoston analyysia ja taustatietojen keräämistä sairauskertomuksista. Kaikkiaan tutkimuskohdetta pyrittiin tarkastelemaan monipuolisesti ja usean tutkimusmenetelmän avulla mahdollisimman laaja-alaisen ja tarkan kuvan saamiseksi sairaalaanottoon liittyvistä tekijöistä. Edelleen verrattiin lähettäjän, vastaanottavan lääkärin ja vastaanottavan työryhmän näkemyksiä sairaalaanottoratkaisun perusteista haastattelujen avulla, tavoitteena selvittää eri tahojen näkemysten eroja sairaalaanottamisen syistä ja niiden yhteyksiä todelliseen sairaalaanottopäätökseen. Uuden vastaanottokäytännön merkitystä hoitojärjestelmän toiminnassa selvitettiin vertaamalla tutkimusaineistoa viiden vuoden takaiseen vertailuaineistoon. Tutkimustilannetta voidaan pitää ainutlaatuisena toisaalta siksi, että aikaisemmin ei ole tehty vastaanottavan tahon ja potilaan vuorovaikutuksen suoraan havainointiin perustuvia tutkimuksia sairaalaanottotilanteessa ja toisaalta siksi, että vastaanottokokouksessa tapahtuva potilaan sairaalaanotto sinänsä on psykiatrisessa käytännössä uutta. Tutkimustuloksia verrattiin myös aikaisempiin aiheeseen liittyviin tutkimuksiin, jotka on esitetty kirjallisuuskatsauksessa.

Tutkimus suoritettiin Keroputaan sairaalaan syys- ja lokakuussa-1988 tarjotulle kaikkiaan 70:lle perättäiselle potilaalle, joista 42 otettiin sairaalaan ja 28 hoidettiin poliklinikalla. Poliklinikka- ja sairaalaryhmää verrattiin keskenään mahdollisten erojen esiin saamiseksi, koska tilastollisesti merkitsevät erot mitatuissa ryhmien ominaisuuksissa ilmeisesti ovat yhteydessä potilaiden valikoitumiseen joko avo- tai sairaalahoitoon vastaanottotilanteessa.

Tutkimushavaintoja verrattiin ryhmien välillä T-testillä, jolloin saatiin selville keskiarvojen erot yksittäisissä muuttujissa. Sitten muutujat ryhmiteltiin faktorianalyysin avulla tavoitteena löytää laajasta ja monen tutkimusmenetelmän avulla kootusta muuttujajoukosta tilastollisesti ja sisällöllisesti yhteenkuuluvia mielekkäitä kokonaisuuksia. Faktorianalyysissa tulostui kolme faktoria, joiden faktoripistemäärien keskiarvoja verrattiin poliklinikka- ja sairaalaryhmän välillä T-testillä ja monimuuttujavarianssianalyysilla, jotta saataisiin esiin kunkin faktorin suhteellinen merkitys sairaalaanottoratkaisujen yhteydessä. Suurin selitysosuus oli faktorilla "Perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta", toiseksi suurin faktorilla "Oireiston vaikeusaste" ja kolmanneksi suurin faktorilla "Verkoston köyhtyminen ja potilaan kroonisuus". Erotteluanalyysissä tutkittiin valitun faktoriratkaisun pätevyyttä poliklinikka- ja sairaalaryhmään sijoittumisen ennustamisessa. Valittu ratkaisu luokitteli oikein 90 % havaintoaineistosta.

Tutkimusongelmaa selvitettiin lisäksi kolmen tapausesimerkin avulla kvalitatiivisen analyysin menetelmän mukaisesti. Tapaus-esimerkkien avulla saatiin tutkimusaiheesta syvällisempi ja elävämpi kuva kuin tilastollisen analyysin perusteella pelkästään olisi saatu. Samalla tilastol-



lisen analyysin avulla saatuja tuloksia voitiin selventää ja tuoda lähemmäksi elävää elämää.

Tutkimustuloksista potilaaseen itseensä liittyvät löydökset tukevat aikaisemmassa kirjallisuudessa esitettyjä tuloksia lähes yksiselitteisesti. Merkittävin potilaaseen liittyvä tekijä sairaalaanotosta päätettäessä osoittautui olevan sairauden vaikeusaste, etenkin vaikeaan psykoottisuuteen liittyvä kontrolloimattomuus (sisältää myös arviot vaarallisuudesta itselle tai muille) ja potilaan yhteistyökyvyttömyys. Mielenkiintoista oli myös se, että yksittäisten oireiden vaikeusastetta enemmän sairaalaanottoratkaisuun liittyi potilaan toimintakyky.

Potilaan perhetekijöistä sairaalaanottoon liittyi eniten perheen kommunikaatio. Hyvin kommunikoivien perheiden jäsenet hoidetaan todennäköisemmin avohoidossa. Myös sisäiseltä rakenteeltaan hyvin koossapysyvien ja hyvin sopeutuvien perheiden jäsenet hoidetaan useammin avohoidossa. Tutkimustulos liittyy skitsofreniaperheiden sisäisiin puutteellisuuksiin kommunikaatiossa ja rakenteessa, joista on esitetty lukuisia tutkimustuloksia aikaisemmassa kirjallisuudessa (Skitsofreniapotilaiden kasautuminen sairaalaryhmään oli yksi selvimpiä havaintoja tässä tutkimuksessa) sekä myös niiden perhetutkijoiden tuloksiin, jotka korostavat hyvin toimivien perheiden myönteistä panosta sairaalaanottoratkaisusta päätettäessä.

Potilaan sosiaalisen verkoston tutkimuksesta mielenkiintoisin löydös oli se, että verkoston rakenteellisilla tekijöillä ei ollut merkittävää osuutta sairaalaanottoratkaisussa. Sen sijaan vuorovaikutukselliset tekijät, nimenomaan vastavuoroinen ja välineellinen vuorovaikutus, olivat ratkaisevia riippumatta verkoston koosta tai muista sen rakenteellisista tekijöistä. Vaikka sairaalaryhmään kasautui kroonisia skitsofreniapotilaita, joiden verkosto oli köyhtynyt, myös heidän kohdallaan vuorovaikutusominaisuudet olivat ratkaiseva tekijä sairaalaan joutumisessa. Vaikka ihmissuhteita oli määrällisesti vähän, mutta jos vastavuoroista ja välineellistä vuorovaikutusta oli runsaasti, ei potilas todennäköisesti joutunut sairaalaan. Löydös on yhdenmukainen aikaisempien tutkimusten kanssa, mutta tuo myös uutta tietoa siitä, että vuorovaikutukselliset tekijät köyhtyneenkin verkoston yhteydessä ovat ratkaisevia potilaan selviytymiselle avohoidossa. Aikaisemmissa psykiatristen potilaiden verkostoista tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että ensimmäinen sairaalahoito romahduttaa potilaan sosiaalisen verkoston (Hamilton ym., 1989; Lipton ym., 1979). Seikkula (1991) tämän tutkimuksen kanssa samaan aineistoon pohjautuvassa työssään totesi potilaiden verkostojen selvän eron ensikertaa hoidettujen, uusiutuvasti hoidettujen ja pitkäaikaisesti hoidettujen potilaiden ryhmissä, niin että pitkäaikaispotilaiden ryhmässä verkostot olivat pienempiä, tiheämpiä ja sukulaiskontaktit vähäisempiä kuin vähemmän sairaalassa hoidetuissa ryhmissä. Samanlainen ero oli uusiutuvan hoidon ja ensikertalaisten ryhmän välillä. Erot ilmenivät siis sekä verkostojen rakenteellisissa että vuorovaikutukselli-

sisä ominaisuuksissa. Tämän tutkimuksen mukaan taas eroja verkostojen rakenteellisissa ominaisuuksissa ei ollut sairaala- ja poliklinikkaryhmän välillä. Toisin sanoen se, joutuiko potilas sairaalaan uudelleen, ei ollut yhteydessä verkoston rakenteellisiin tekijöihin. Tämä tulos vahvistaa oletusta siitä, että nimenomaan sairaalahoito on yhteydessä potilaan verkoston rakenteelliseen köyhtymiseen. Keroputaan sairaalan käytännön toiminnassa verkoston vuorovaikutuksen aktivoiminen potilaiden kohdalla on tarkoittanut potilaan katkenneiden ihmissuhteiden elvyttämistä, mikä monien pitkäaikaispotilaiden kohdalla on mahdollistanut avohoitoon siirtymisen ja estänyt uusiutuvia sairaalaanottoja sekä parantanut heidän elämänsä sisältöä ja elämisen laatua. Verkostotyöstä on tullut osa vakiintunutta hoitokäytäntöä Keroputaan sairaalassa.

Tämän tutkimuksen ehkä tärkein löydös liittyy vastaanottavan työryhmän toimintaan ja sen yhteistoimintaan potilaan ja perheen kanssa. Havaittiin, että vastaanottotyöryhmän sisäinen toiminta sinänsä oli vain oireellisesti yhteydessä sairaalaanottoratkaisuun, mutta että sen toiminta yhdessä potilaan ja perheen kanssa oli tilastollisesti merkittävin tekijä sairaalaanotossa. Edellä sosiaalisen verkoston tutkimuksen yhteydessä todettiin, että vastavuoroisen vuorovaikutuksen määrä verkostossa on merkittävin sairaalaanottoon liittyvä sosiaalisen verkoston tekijä niin, että runsas vuorovaikutus on yhteydessä avohoitotratkaisuun. Samoin perheen ja työryhmän vastavuoroinen toiminta vastaanottokokouksessa oli merkittävin tekijä hoitopäätöksen syntymisessä. Voidaan ajatella niin, että jos potilaalla on runsaasti vastavuoroisia vuorovaikutussuhteita perheessään ja verkostossaan, toisin sanoen, jos hän on oppinut sopeuttamaan oman toimintansa vastavuoroisesti toisten ihmisten toimintaan, ottamaan viestejä vastaan ja vastaamaan niihin ihmissuhteissaan, hän todennäköisesti myös vastaanottokokouksessa kykenee toimimaan vastavuoroisesti perheen ja työryhmän kanssa niin, että avohoitotratkaisujen löytyminen käy mahdolliseksi. Kytkeytymällä vastavuoroiseen vuorovaikutukseen perheen kanssa työryhmä voi siis vaikuttaa hoitotratkaisun syntymiseen ja perheen sisäisen toimintatason parantamiseen, niin että hoitotratkaisu useammin on avohoito. Tällä havainnolla on suuri merkitys koko hoitojärjestelmän kannalta, koska avohoitopainotteisen psykiatrisen hoidon edellytykset tällä tavoin merkittävästi paranevat. Keroputaan sairaalan toiminnassa avohoitopainotteisuuden lisääntyminen näkyy tutkimusaineiston vertailussa vuoden 1983 aineistoon. Havaittiin, että sairaalan sisäänkirjoitusluvut poliklinikka-työryhmän toiminnan ja tehostuneen avohoidon ansiosta olivat pienentyneet noin yhdellä kolmasosalla. Potilaan ja perheen kannalta tämä on merkinnyt laadukkampaa hoitoa ja leimautumiselta välttymistä sekä hoitojärjestelmän kannalta parantunutta taloudellisuutta ja tehokkuutta. Tutkimustulos antaa edelleen viitteitä siitä, että hoitavan työryhmän kytkeytyminen mahdollisimman aikaisessa hoitoprosessin vaiheessa potilaan ja perheen toimintajärjestelmään on avain potilaan tehokkaalle

auttamiselle. Käytännössä tämä on näkynyt kriisitoiminnan voimakkaana kehittymisenä ja kotikäyntien lisääntymisenä. Edellä esitetyn mukaisesti keskeinen hoitoperiaate Keroputaan mallissa on mahdollisimman varhainen liittyminen potilaan perhe-järjestelmään ja potilaan sosiaalisen verkoston mobilisoiminen sekä sairaalahoidon osuuden näkeminen sekundaarisena. Työryhmän ja perheen vuorovaikutus jatkuu riippumatta siitä, onko potilas jouduttu tilapäisesti sijoittamaan laitoshoidon vai ei ja laitoshoidon tärkein tehtävä on jo avohoidossa aloitetun yhteistyön jatkaminen perheen ja verkoston kanssa sairaalahoitajakson aikana.

Hoito-organisaation pyrkimyksellä aktiiviseen yhteistyöhön potilaan perheen ja verkoston kanssa on ollut myös psykiatrissa sairauskäsitystä ja psykiatrisen potilaan asemaa muuttavia vaikutuksia. Perheiden ja verkostojen vastuu potilaasta on lisääntynyt, ymmärrys psykiatrisen sairastamisen olemuksesta sekä perheen ja verkoston osuudesta siinä on parantunut. Samalla potilaan asema on vahvistunut, niin että kauan vallinnut perinne psyykkisesti sairaan henkilön eristämisen välttämättömyydestä yhteisön ulkopuolelle on väistymässä ja asenteet erilaisuutta kohtaan ovat lieventyneet lisäntyneen ymmärryksen ja vastuun kokemuksen myötä. Tällainen kehitys jatkossakin johtaa sairaalahoidon tarpeen vähenemiseen ja parantuneeseen psykiatriseen kokonaishoitoon. Suurin merkitys tässä yhteydessä on hoito-organisaation omien asenteiden ja työtapojen muutoksella, avoimuudella ja halukkuudella liittoutua potilaiden, perheiden ja verkostojen kanssa sekä samalla irtautua omasta perinteisestä organisaatiokeskeisestä toimintatavasta.

Tässä tutkimuksessa esiin noussut perhe- ja verkostokeskeisen työtavan merkitys hoitoprosessissa on myös käytännön työssä tullut selkeästi näkyviin sairaalahoidon vähenemisenä ja avohoidon lisääntymisenä. Kuitenkaan ainakaan vielä ei tällä työskentelytavalla ole riittävästi pystytty vaikuttamaan esimerkiksi pitkäaikaispotilaiden uusiutuviin sairaalaanottoihin. Lisääntynyt kriisihoito näyttää tässä vaiheessa vieneen avohoidon voimavaroja perinteiseltä pitkä-aikaispotilaiden "holding"-terapialta, niin että joidenkin potilaiden saama tuki on sitä kautta jopa huonontunut ja johtanut turhiin sairaalaanottoihin. Toisaalta hoitojärjestelmän muutos ei ole vielä pystynyt riittävästi vaikuttamaan potilaiden sosiaalisten verkostojen toimintatason paranemiseen pysyvästi. Hoitojärjestelmän ja potilaan perheiden ja verkostojen yhteistyömuotojen edelleen kehittäminen onkin tällä hetkellä keskeinen haaste psykiatrisessa työssä Länsi-Pohjan alueella. Tiivistetysti voidaan todeta, että tämän tutkimuksen tärkein löydös on se, että ne jo aikaisemmissa tutkimuksissa yleisesti potilaan sairaalaanottoon eniten liittyviksi todetut tekijät, kuten potilaan oireiston vaikeusaste, sairauden kroonisuus ja verkoston köyhtyminen, tulivat tässäkin tutkimuksessa selkeästi esiin, mutta että niitäkin oleellisempina tekijänä näyttäytyi potilaan, perheen ja vastaanottavan työryhmän keskinäisen vuorovaikutuksen merkitys.

Tässä tutkimuksessa ehkä keskeisimpiä sairaalaanottopäätökseen

vaikuttavia tekijöitä voitiin lähestyä. Kuitenkin, kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa, on myös tämän tutkimuksen perustella todettava, että sairaalaanottopäätöksiin liittyy edelleen runsaasti selvittämättömiä, jopa irrationaalisia tekijöitä ja että lisätutkimuksia tarvitaan sairaalaanottotapahtuman ymmärtämiseksi ja sairaalaanottamisen indikaatioiden tarkemmaksi määrittelemiseksi. Erityisesti tarvittaisiin vastaanottokokousten vuorovaikutus-prosessin tutkimusta sen ymmärtämiseksi, kuinka hoitoa ohjaava mielikuva vastaanottokokouksessa syntyy eli siitä, kuka potilas määritellään mielisairaalapotilaaksi ja minkälaisen prosessin kautta tämä määrittely vastaanottotilanteessa tapahtuu.

Tämän tutkimuksen tekijä on ollut mukana psykiatrisessa hoidossa vuodesta 1964 lähtien jatkuvasti erilaisissa psykiatrian alan käytännön lääkärin tehtävissä. Tänä aikana olen voinut seurata psykiatristen hoitomuotojen kehityskirjoa alkaen sähkö- ja insuliinishokkihoidoista ja lääkehoidosta, yksilö- ja ryhmäterapeuttisiin hoitoihin, yhteisöhoitoon ja perhe- ja verkostokeskeiseen hoitoon sekä sairaalaosastoilla että avohoidossa. Samalla olen tutustunut erilaisiin psykiatrisiin viitekehyksiin, kuten psykoanalyttiseen, käyttäytymisterapeuttiseen ja systeemiseen ajatteluun erilaisten hoitomenetelmien yhteydessä. Käsittääkseni tänä aikana suurtakaan muutosta psyykkisten häiriöiden farmakologisessa hoidossa ei ole tapahtunut huolimatta psykobiologisen tietämyksen voimakkaasta lisääntymisestä. Shokkihoitojen merkitys on rajoittunut alun kriittikittömästä käytöstä muutamaaan harvaan selkeään indikaatioon. Yksilöpsykoterapeuttiset hoidot ovat saavuttaneet vakiintuneen paikkansa hoitokäytännöissä, samoin kuin erilaiset ryhmäpsykoterapeuttiset hoidot. Mielestäni viime aikojen merkittävin muutos psykiatrisessa hoidossa on aiheutunut perhe- ja verkostokeskeisen työmenetelmän ja systeemisen ajattelun läpimurrosta psykiatriaan 1970-luvun lopulta lähtien. Tämä ajattelu on tuonut uuden näkökulman psykiatriseen sairauskäsitykseen, tuonut uusia voimavaroja hoitoon perheen ja muun sosiaalisen verkoston aktivoitumisen ja mukaanottamisen myötä. Samoin se on lisännyt merkittävästi avohoidon mahdollisuuksia ja muuttanut hoito-organisaation käsitystä omasta tehtävästään potilaan ja perheen auttamisessa. Edelleen se on lisännyt avoimuutta ja tasarvoisuutta psykiatrisessa hoidossa, niin että potilaan asema on muuttunut hoidon objektista hoidon subjektiksi. Terapiaprosessia on alettu ymmärtää uudella tavalla tasa-arvoisena vastavuoroisena vuorovaikutusprosessina, jossa hoitavat henkilöt ovat osa vuorovaikutusjärjestelmää ja jossa myös heidän muuttumisensa on välttämätön osa prosessia. Avoimuuden ja demokraattisuuden lisääntyminen on selvästi aktivoinut henkilökuntaa läpi organisaation ja parantanut eri ammattiryhmien oman työnsä mielekkyyden kokemista ja työmotivaatiota. Edelleen raja sairaalan ja avohoidon ja ympäröivän yhteiskunnan välillä on osittain murtunut ja ennakkoluulot mielisairaanhoidoa kohtaan ovat hälventyneet lisääntyneen vuorovaikutuksen myötä hoitokokouksissa. Käytännön työmenetel-

missä on edelleen puutteita ja kehittämistarvetta. Kuitenkin näkemykseni lähes kolmenkymmenen vuoden aikaperspektiivistä katsottuna on se, että tässäkin tutkimuksessa tarkasteltu perhe- ja verkostokeskeinen systeeminen hoitoajatus on tuomassa merkittäviä myönteisiä kehityskulkuja ja näköaloja psykiatrian koko kenttään.

# SUMMARY

## 1 The background of the research

This research is based on the new treatment and admission procedure of psychiatric patients that has been developed at Keropudas Hospital in Tornio. In this kind of treatment procedure, a treatment team meets the patient with his or her family and other people connected with the problem in a treatment meeting. In the case of possible hospitalization this meeting is called an admission meeting. During the meeting, problems are discussed on the basis of opinions and ideas openly presented by all participants in order to evoke a dialogue in which mutual understanding created in linguistic interaction through the interconnection of the various parties. In a favourable case, a state of shared experience is created and the problems can be redefined or they cease to exist. One of the main problems to be solved in an admission meeting is the decision for hospitalization, in other words the choice between outpatient and inpatient care and the planning of the treatment procedure. The process of planning the appropriate care for each patient takes place on the basis of the "the image guiding the treatment process" as a result of the above described interactional process described above.

## **2 The objectives of the research**

The main objective of this research was to analyze the development of the treatment decision and more specifically the way this decision was influenced by the different parties in the admission meeting (patient, family, network, treatment team) and how the new family-oriented treatment procedure has influenced the choice between outpatient and inpatient treatment.

Further, an analysis of the views of both the referring and receiving psychiatrists and the views of the admission team regarding the causes for psychiatric hospitalization and the possible differences in these views was attempted.

## **3 The research material**

The research involves all of the 70 successive patients who sought admission to Keropudas Hospital in September and October 1988. Out of these patients 42 were hospitalized and 28 were treated in outpatient care.

## **4 The research methods**

The admission meetings were observed directly according to the Olson Circumplex model. The internal functioning of the family and of the admission team were observed separately, and the interaction between the parties in the meeting was studied, and the admission group was interviewed after the meeting.

The individual psychiatric and psychological characteristics of the patients, their background information and the qualities of their social network were analyzed separately. The intention was to identify the factors connected with the decision of hospitalization in as much detail as possible.

The research methods were the following. Individual psychiatric interviews were held on the basis of which the patients were diagnosed according to the ICD-87 diagnostic classification system. GAS, BPRS, HAMD, MADRS and Strauss-Carpenter standardized forms were filled in. In addition to this, a psychological test, an analysis of the social network by means of the "Network Analysis Profile" scale by Cohen and

Sokolovsky, and a network map were completed. Background information was collected from case histories and by interviewing the patient.

The subject of study was observed from various points of view and with the help of many research methods in order to get as comprehensive and accurate a picture as possible of the factors that were connected with hospitalization.

The outpatient and inpatient groups were compared to each other in order to find out any possible differences, as the statistically significant differences in the measured characteristics of the groups apparently have a connection with the choice between outpatient and inpatient treatment made in the admission meeting.

The views of the referring and receiving psychiatrists and the admission team regarding the causes of hospitalization and their connection with the actual hospitalization decision were compared.

The significance of the new admission procedure for the functioning of the treatment system was analyzed by comparing the research material to the control material collected five years ago.

The research conditions can be considered unique for two reasons. First, there is no previous research based on direct observation of the interaction between the receiving part and the patient during the process of hospitalization. Secondly, as the decision of hospitalization is made in the admission meeting, it is in itself new in psychiatric practise. The research results were also compared to previous research done in this field.

## 5 The statistical methods used in the research

A T-test was used to compare observations made in the outpatient and inpatient groups, and the differences in the mean values of individual variables between the groups were found. Then the variables of a statistically significant difference (according to the T-test) were grouped by means of factor analysis in order to find statistically and substantially related meaningful entities out of a large number of variables collected by means of many statistical methods. In the factor analysis three factors came out, and their mean values were compared to the outpatient and inpatient groups in the T-test and in a multiple analysis of variance, in order to find out the relative significance of each factor regarding the classification into outpatient and inpatient groups. The validity of the chosen set of factors was tested in a discriminant analysis in order to find out how it could discriminate the research population into the outpatient and the inpatient groups. The chosen set of factors discriminated 90 % of the patients correctly.



## 6 The qualitative analysis of the research material

The research problem was also analyzed by means of three case histories using qualitative analysis as the research method.

## 7 The results of the research

The results of this research related to the patient supported almost unambiguously the results introduced in previous literature. The most significant factor related to the patient, when the decision of hospitalization is made, turned out to be the severity of the patient's condition, especially uncontrollability inherent in severe psychosis (including an estimate of when the patient is a hazard to himself or herself, or others) and the patient's inability to co-operate. Interestingly, the patient's ability to function related more to the decision on hospitalization than the severity of individual symptoms. The most important factor in the patient's family that was connected with hospitalization was communication. If communication within the family worked, it was less probable that the patient was hospitalized. Members of adaptable families, whose inner structure was coherent, were more likely to stay in outpatient care. This discovery confirms the results describing lack of communication and structure in schizophrenic families introduced in previous literature. One of the most unambiguous results in this research was the fact that schizophrenic patients had a tendency to fall into the inpatient group. This discovery also has a connection with the results of those family researchers who emphasize the positive contribution of a well-functioning family to the decision concerning hospitalization.

The most interesting discovery regarding the patient's social network was that the structural factors of the network were of no great significance in making the decision for hospitalization. On the other hand, the interactional factors, especially reciprocal and instrumental interaction, were crucial regardless of the extent of the network or other structural factors. Although there was a tendency for chronic schizophrenic patients with an impoverished social network to fall into the inpatient group, it was discovered that the interactional qualities of the social network played a crucial role when the decision of their hospitalization was made. Even if the patient had only very few relationships, the probability that he was hospitalized was low if he or she had a lot of reciprocal and instrumental interaction. This discovery has also been made in previous research. However, it also provides new

information as it indicates that the interactional factors are also crucial to the patient's ability to manage in outpatient care in an impoverished network. In previous research on the networks of psychiatric patients, it has been indicated that the first hospitalization breaks down the patient's social network so that after many hospitalizations both the structural and the interactional qualities of the network become impoverished. In this research there were no differences between the inpatient and outpatient groups in the structural qualities of their networks. In other words, a patient's rehospitalization was not related to the structural factors of the network. This discovery supports the hypotheses that hospitalization in particular has a connection with the structural impoverishment of the patient's network.

According to the statistical analysis, "Reciprocal interaction of the family and the admission team" was the determining factor in the decision of hospitalization. "Severity of the illness" was ranked second, "Impoverishment of the network and the chronic nature of the condition third".

With the help of a qualitative analysis of the case studies a picture of the subject matter emerged which was more profound and vivid than the one provided by statistical analysis only. Thus we could also clarify the results of the statistical analysis and bring them closer to real life.

Possibly the most important result in this research concerns the function of the admission team and the co-evolution between the team and the patient and his or her family. We discovered that the inner functioning of the admission team in itself had not a statistically significant connection with the decision of hospitalization, whereas its interaction with the patient and the family was statistically the most significant factor when the decision for hospitalization was made. Consequently, through involvement in reciprocal interaction with the patient and the family the treatment team can influence the development of the treatment decision and the improvement of the family's level of functioning so that the treatment decision more often is outpatient care. This discovery has a great significance from the point of view of the whole treatment system, as the potential for outpatient-oriented psychiatric treatment thus increases.

There appears to be a strong preference for outpatient treatment at Keropudas Hospital, when we compare the research material to the material of the year 1983. The number of hospitalized patients has decreased by one third, due to the work of the outpatient treatment team and more effective outpatient treatment. From the point of view of the patient and his or her family, this means a better quality of treatment and that the patient is not labeled, and from the point of view of the treatment system, better economy and effectiveness.

## 8 Conclusion

To sum, it can be stated that the crucial results in this research are the following. The factors that in previous research have been discovered to be generally connected with hospitalization (severity of illness, chronic nature of the condition and impoverishment of the network) were clearly in evidence also in this research. However, we found an even more crucial factor influencing the choice between outpatient and inpatient treatment: the significance of reciprocal interaction between the patient, the family and the admission team in the admission meeting. If the admission team established a solid link with the interactional system between the patient and the family, the possibilities for outpatient treatment were increased and the quality of the treatment decisions was improved.

## LÄHTEET

- Aaltonen, J. & Rökköläinen, V. (1988) Integrating systemic and psychoanalytic approaches to schizophrenia in a psychiatric ward. Paper read in Turin IX International Symposium on Psychotherapy of Schizophrenia, September 14-17, Italy.
- Aaltonen, J. & Rökköläinen, V. (1989) Integreering systemiske og psykoanalytiske til naermings til schizofrenia i en psykiatrisk avdeling. In S. Gilbert, S. Haugjert & H. Hjort (Eds.) Livslinjer psykiatri og Humanisme. Oslo.
- Achté, K. (1967) Skitsofrenian prognoosi ja kuntouttaminen. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Sarja A:2, Helsinki.
- Andersen, T. (1987) The reflecting team. Dialogue and metadialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Anttinen, E., Eloranta, K. & Stenij, P. (1971) Kotisairaanhoidon mahdollisuudet skitsofreniaa sairastavien jälkihoidossa ja kuntoutuksessa. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:8.
- Apsler, R. & Bassuk, E. (1983) Differences among clinicians in the decision to admit. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1133-1137.
- Babiker, J.E. (1974) Determinants of outcome in a psychiatric emergency clinic. *Scottish Medical Journal*, 19, 196-199.
- Bartolucci, G., & Drayer, D.S. (1973) An overview of crisis intervention in the emergency rooms of general hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 130, 953-960.
- Bartolucci, G., Goodman, J.T. & Streiner, D.L. (1975) Emergency psychiatric admission to the general hospital. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 567-575).
- Bassuk, E.L. & Gerson, S. (1979) Into the breach: emergency

- psychiatry in the general hospital. *General Hospital Psychiatry*, 1, 31-45.
- Bateson, G. (1972) *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.
- Baxter, S., Chodorkoff, B. & Underhill, R. (1968) Psychiatric emergencies: dispositional determinants and the validity of the decision to admit. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 124, 1542-1548.
- Cohen, C. & Sokolovsky, J. (1979) Clinical use of network analysis for psychiatric and aged populations. *Community Mental Health Journal*, 15, 203-213.
- Deiker, T.E. & Pryer, M.W. (1974) Discrepancies in patient and family reasons for readmission of chronic mental patients. *Journal of Community Psychology*, 2, 63-66.
- Errera, P., Wyshak, G. & Jarecki, H. (1963) Psychiatric care in a general hospital emergency room. *Archives of General Psychiatry*, 9, 105-112.
- Feigelson, E.B., Davis, E.B., Mackinnon, R., Shands, H.C. & Schwartz, C.C. (1978) The decision to hospitalize. *American Journal of Psychiatry*, 135, 354-357.
- Finlayson, A.J.R., Bartolucci, G. & Streiner, D.L. (1979) Deployment, supervision and decision-making of residents in an emergency psychiatric service. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 207-211.
- Flomenhaft, K., Kaplan, D.M. & Langsley, D.G. (1969) Avoiding psychiatric hospitalization. *Social Work*, 14, 38-45.
- Flynn, H.R. & Henisz, J.E. (1975) Criteria for psychiatric hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 132, 847-850.
- Friedman, H.J. (1969) Some problems of inpatient management with borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 126, 299-304.
- Friedman, S., Feinsilver, D.L., Davis, G.W., Margolis, R., David, O.J. & Kesselman, M. (1981) Decision to admit in an inner-city psychiatric emergency room: beyond diagnosis the psychosocial factors. *Psychiatric Quarterly*, 53, 259-274.
- Friedman, R.S. (1983) Hospital treatment of psychiatric emergencies. *Psychiatric Clinics of North America*, 6(2), 293-303.
- Gerson, S. (1979) Determinants of psychiatric emergency room disposition. *Dissertation Abstracts International*, 39, 5552-B.
- Gerson, S. & Bassuk, E.L. (1980) Psychiatric emergencies: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1-11.
- Goolishian, H. & Anderson, H. (1987) Language systems and therapy: an evolving idea. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 24, 529-539.
- Gross, H.S., Herbert, M.R., Genell, L., et al. (1969) The effect of race

- and sex on the variation of diagnosis and disposition on a psychiatric emergency room. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 148, 638-642.
- Grönfors, M. (1982) *Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät*. Juva: WSOY.
- Hakkarainen, A. (1980) Psykiatristen sairaansijojen tarpeen arviointi potilaslaskentojen avulla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1, 17, 193-205.
- Hamilton, M. (1960) A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 276-296.
- Hamilton, M. (1986) Hamilton rating scale for depression. In N. Sartorius & T. Ban (Eds.) *In assessment of depression* (pp. 143-152) Springer, Berlin.
- Hamilton, N.G., Ponzoha, C., Cutler, D. & Weigel, R. (1989) Social networks and negative versus positive symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 625-633.
- Hanson, G. & Babigian, H.M. (1974) Reasons for hospitalization from a psychiatric emergency service. *Psychiatric Quarterly*, 48, 336-351.
- Hoehn-Saric, R., Hatcher, M.E. & Weiskopf, C. (1980) Disposition of psychiatric emergency patients: Patient characteristics associated with hospitalization. *Annals of Emergency Medicine*, 9, 605-609.
- Hoffman, L. (1981) *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Hollingshead, A. & Redlich, F. (1958) *Social Class and Mental Health*. New York, John Wiley & Sons.
- Holmes, W. & Solomon, P. (1981) Organizational and client influences on psychiatric admissions. *Psychiatry*, 44, 201-209.
- Hämäläinen, S. (1983) Hirsjärvi, S. (toim.) *Kasvatus- ja yhteiskuntatieteiden metodologisista lähtökohdista*. Jyväskylän Yliopisto. Kasvatustieteen laitos. B 3.
- Jones, N.E., Kahn, M.W. & Langsley, D.G. (1965) Prediction of admission to a psychiatric hospital. *Archives of General Psychiatry*, 12, 607-610.
- Klefbeck, J., Bergerhed, E., Forsberg, G., Hultkrantz-Jeppson, A. & Marklund, K. (1988a) *Nätverksarbete i multiproblem familjer*. Botkyrka: Botkyrka kommun.
- Klefbeck, J., Hultkrantz-Jeppson, A., Marklund, K., Bergerhed, E. & Forsberg, G. (1988b) *Verkostoterapia - Ruotsin malli*. *Perheterapia*, 4(1), 3-12.
- Krystal, H. (1968) Discussion of Baxter, S., Chodorkoff, B. & Under-

- hall, R. Psychiatric emergencies: Dispositional determinants and the validity of the decision to admit. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1542-1548.
- Langsley, D.G. & Kaplan, D.M. (1968) The treatment of families in crisis. New York: Grune & Stratton.
- Langsley, D.G., Pittman, F.S., Machotka, P. & Flomenhaft, K. (1968) Family crisis therapy results and implications. *Family Process*, 7, 145-158.
- Langsley, D.G., Machotka, P. & Flomenhaft, K. (1971) Avoiding mental hospital admission : A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1391-1394.
- Lehtinen, V. (1975) Psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen tarve sekä mielisairauteen kohdistuvat asenteet. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL 3*, Helsinki.
- Leiman, P. (1981) Potilaan vastaanottokäytäntö psykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa. *Lääkintöhallituksen julkaisu 3*, 34 p.
- Lipsius, S.H. (1973) Judgements of alternatives to hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 130, 892-896.
- Lipton, F., Cohen, C., Fischer, E. & Katz, S. (1981) Schizophrenia: a network crisis. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 144-151.
- Lääkintöhallitus (1987) Tautiluokitus. Osa 1 Systemaattinen osa. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.
- Lönngvist, J. (1977) Suicide in Helsinki. An epidemiological and social-psychiatric study of suicides in Helsinki in 1960-61 and 1970-71. *Monographs of Psychiatria Fennica*. Meder-Offset, Espoo.
- Lönngvist, J., Hemmi, A., Ostamo, A., Sihvonen M. & Kapanen-Grönfors, U. (1985) HYKS:n Psykiatrisen klinikan potilastutkimus 1983: Vuodeosastoille 1.1.-30.6.1983 otettujen potilaiden sairaalaan lähettäminen, sairaalaanotto prosessi, häiriöiden luonne, sopivuus sairaalaan ja jatkohoito. Helsingin yliopistollinen keskussairaala. *Tutkimusjulkaisu 4*, 104.
- Maturana, H. & Varela, F. (1980) Autopoiesis and cognition. *Boston Studies on Philosophy of Science*, Vol. 42.
- Maturana, H. (1988) Realities: The search for objectivity of the quest for a compelling argument. *The Irish Journal of Psychology*. A Special Issue. 9, 144-172.
- Maxmen, J.S. & Tucker, G.J. (1973) The admission process. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 156, 327-340.
- Mechanic, D. (1980) Mental health and social policy. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mendel, W.N. & Rapport, S. (1969) Determinants of the decision for psychiatric admission. *Archives of General Psychiatry*, 20, 321-328.

- Meyerson, A.T., Moss, J.Z., Belville, R., et al. (1979) Influence of experience on major clinical decisions. *Archives of General Psychiatry*, 36, 423-427.
- Mikrovuo, (1991) PATO tilasto-ohjelmisto, Oulu.
- Montgomery, S.A. & Åsberg, M. (1979) A new depression scale designed to be sensitive to change. *Britannian Journal of Psychiatry* 134, 382-389.
- Naskali, P. (1983) Hermeneuttisesta tutkimusotteesta kasvatustieteessä. Teoksessa S. Hirsjärvi (toim.) *Kasvatus ja yhteiskuntatieteiden metodologisista lähtökohdista* (s. 28-49) Jyväskylän Yliopisto. Kasvatustieteen laitos, B3.
- Nieminen, H. (1985) Elinolot ja mielenterveyspalveluiden käyttö. Tampereen yliopiston kasvatustieteen laitos. *Lääketieteellisen tiedekunnan julkaisuja* 69, Tampere.
- Niiniluoto, I. (1983) Tieteellinen päättely ja selittäminen. Keuruu: Otava.
- Ojanen, M. (1975) Mielisairaalapotilaan ura. Sairaalaan tulon syyt, hoitoaikaan vaikuttavat tekijät ja yhteiskuntaan paluu. Tampereen yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia 95.
- Olson, D., McCubbin, M., Barnes, H., Larsen, A., Muten, M. & Wilson, M. (1985) *Family inventories*. University of Minnesota.
- Overall, J.E. & Gorham, D.R. (1962) The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799.
- Parvikko, O., Koskinen R. & Harju, A. (1980) Työttömät mielenterveystoimiston potilaina. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1, 17, 260-266.
- Pattison, E. & Pattison, M. (1981) Analysis of a schizophrenic psychosocial network. *Shizophrenia Bulletin*, 7, 135-143.
- Perlmutter, R.A. (1983) Family involvement in psychiatric emergencies. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 255-257.
- Perlmutter, R.A. & Jones, J.E. (1985) Assessment of families in psychiatric emergencies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 130-139.
- Perlmutter, R. (1986) Emergency psychiatry and the family: The decision to admit. *Journal of Material and Family Therapy*, 12, 153-162.
- Polak, P.R. (1967) The crisis of admission. *Social Psychiatry*, 2, 150-157.
- Rhine, M.W. & Mayerson, P. (1971) Crisis hospitalization within a psychiatric emergency service. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1386-1391.
- Rose, S.O., Hawkins, J. & Apodaca, L. (1977) Decision to admit. *Archives of General Psychiatry*, 34, 418-421.
- Rubenstein, D. (1972) Rehospitalization versus family crisis interven-



- tion. *American Journal of Psychiatry*, 129, 715-720.
- Sadovoy, J., Silver, D. & Book, H.E. (1979) Negative responses of the borderline to inpatient treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 404-417.
- Salokangas, R.K.R. (1977) Skitsofreniaan sairastuneiden psykososiaalinen kehitys. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL 7*, Helsinki.
- Salokangas, R.K.R. (1980) Työttömyys ja psyykkinen terveys. *Suomen Lääkärilehti*, 35, 223-230.
- Salokangas, R. (1985) Skitsofrenian hoito ja ennuste. Jälkitutkimus psykoterapeuttista yhteisöhoitoa saaneiden skitsofreniapotilaiden psykososiaalisesta ennusteesta. *Kansanterveystieteen julkaisuja*, M 89.
- Salokangas, R.K., Mattila, V. & Penttinen, J. (1988) Geriatriset mielisairaalapotilaat (English summary). *Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti* 2 vol. 25, 134-144.
- Sandifer, M.G. (1972) Science and set in treatment decisions. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1140-1145.
- Schwartz, M.D. & Errera, P. (1963) Psychiatric care in a general hospital emergency room. II. Diagnostic features. *Archives of General Psychiatry*, 9, 113-121.
- Seikkula, J. (1990) Perheen ja sairaalan rajajärjestelmä. Tutkimus perhekeskeisen hoidon aloituksesta sairaalassa. Helsinki: Sairaallaliitto.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1978) Paradox and counterparadox. New York: Jason Aronson.
- Seppälä, T. (1987) Psyykenlääkkeet ja niiden käyttö. *Moderni Lääkehoito*. Recallmed. Karisto.
- Shader, R.I., Binstock, W.A., Lily, J.I., et al. (1969) Biasing factors in diagnosis and disposition. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 81-89.
- Spencer, J.H. & Mattson, M.R. (December 1979) Criteria for admission to a psychiatric hospital. *Quality Review Bulletin*.
- Spitzer, S.P., Swanson, R.M. & Lehr, R.K. (1969) Audience reactions and careers of psychiatric patients. *Family Process*, 8, 159-181.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. & Fleiss, L. (1975) The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbances. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Stanton, M.D., Todd, T.C. & Associates. (1981) *The family therapy of drug addiction*. New York: Guilford Press.
- Strauss, J. & Carpenter, W. (1972) The prediction of outcome in schizophrenia: I. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry* 27, 739-746.
- Strauss, J. & Carpenter, W. (1974) Characteristic symptoms and out-

- come in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 30, 429-434.
- Streiner, D.L., Goodman, J.T. & Woodward, C.A. (1975) Correlates of the hospitalization decision: a replicative study. *Canada Journal of Public Health*, 66, 411-415.
- Stenbäck, A., Achte, K. (1964) An epidemiological of psychiatric morbidity in Helsinki. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 40: Suppl. 18, 287-307.
- Talbot, J.A. (1976) Psychosocial crisis in psychiatric emergencies. In R.A. Glick, A.T. Myerson & E. Robins (Eds.), *Psychiatric emergencies*. New York: Grune & Stratton.
- Tischler, G. (1966) Decision making process in the emergency room. *Archives of General psychiatry*, 14, 69-78.
- Tyson, R.L., Miller, S.I. & Browning, C.H. (1970) A study of psychiatric emergencies. Demographic data. *Psychiatry in Medicine* 1, 349-357.
- Valkonen, T. (1974) Haastattelu- ja kyselyaineiston analyysi sosiaalitutkimuksessa. III korjattu painos. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab.
- Varela, F. (1985) The creative circle: sketches on the natural history of circularity. In P. Watzlawick (ed.), *The invented reality* (pp. 309-323). New York: Norton.
- Virtanen, H., Karppinen, T., Ilola, V., Moussa, V., Wiklund, E. & Rökköläinen, V. (1985) Kokemuksia Turun psykiatristen sairaaloiden sisäänottopoliklinikan toiminnasta. *Suomen Lääkärilehti* 21 vol. 40, 2020-2023.
- Virtanen, H., Karppinen, T., Ilola, V. & Rökköläinen, V. (1986) Millä perusteilla psykiatriseen sairaalaan. *Suomen Lääkärilehti* 22-23, ss. 2057-2059.
- Virtanen, H., Karppinen, T., Ilola, V. & Wiklund, E. (1988) Ensikerätyllä psykiatrisen sisäänottopoliklinikan näkökulmasta. Julkaisussa kokemuksia uusien skitsofreniapotilaiden perhekeskeisestä hoidosta Suomessa. Helsinki, 41-49.
- von Wright, G.H. (1970) Tieteen filosofian kaksi perinnettä. *Helsingin yliopiston filosofian laitoksen julkaisuja*, 1.
- Wahlström, J. (1990) Conversations of contexts and meanings of understanding therapeutic change from a contextual viewpoint. *Contemporary Family Therapy*, 12(5), 455-466.
- Washburn, S.L., Vannicelli, M. & Scheff, B.J. (1976) Irrational determinants of the place of psychiatric treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 27, 179-182.
- Wood, E.C., Rakusin, J.M. & Morse, E. (1960) Interpersonal aspects of psychiatric hospitalization. I. *Archives of General Psychiatry*, 3, 632-641.

- Wood, E.C., Rakusin, J.M. & Morse, E. (1965) Resident psychiatrist in the admitting office. *Archives of General Psychiatry* 13, 54-61.
- Zonana, H., Henisz, J.E. & Levine, M. (1973) Psychiatric emergency services a decade later. *Psychiatry in Medicine*, 4, 273-290.

LIITE 1.

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE

LEGEND	
0 = absent	2 = mild
1 = very mild	3 = moderate
	4 = moderately severe
	5 = severe
	6 = very severe

ITEM	SCORE
(See instruction manual before scoring)	
1 SOMATIC CONCERN - preoccupation with physical health, fear of physical illness, hypochondriasis	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
2 ANXIETY - worry, fear, over-concern for present or future	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
3 EMOTIONAL WITHDRAWAL - lack of spontaneous interaction, isolation, deficiency in relating to others.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
4 CONCEPTUAL DISORGANIZATION - thought processes confused, disconnected, disorganized, disrupted.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
5 GUILT FEELINGS - self-blame, shame, remorse for past behavior.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
6 TENSION - physical and motor manifestations or nervousness, over-activation, tension.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
7 MANNERISMS AND POSTURING - peculiar, bizarre unnatural motor behavior (not including tic).	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
8 GRANDIOSITY - exaggerated self-opinion, arrogance conviction of unusual power or abilities.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
9 DEPRESSIVE MOOD - sorrow, sadness, despondency, pessimism.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
10 HOSTILITY - animosity, contempt, belligerence, disdain for others.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
11 SUSPICIOUSNESS - mistrust, belief others harbour malicious or discriminatory intent.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
12 HALLUCINATORY BEHAVIOR - perceptions without normal external stimulus correspondence.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
13 MOTOR RETARDATION - slowed weakened movements or speech, reduced body tone.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
14 UNCOOPERATIVENESS - resistance, guardedness, rejection of authority	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
15 UNUSUAL THOUGHT CONTENT - unusual, odd, strange, bizarre thought content.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
16 BLUNTED AFFECT - reduced emotional tone, reduction in normal intensity of feelings, flatness.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
17 ELATION - EUPHORIA - increased sense of well being euphoria, hypomania, manic and exstatic states	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
18 EXITATION - increased rate and amount of speech and movements, excitement, delirium.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
19 DISORIENTATION - confusion or lack of proper association for person, place, or time.	0 1 2 3 4 5 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

## LIITE 2.

## HAMILTON PSYCHIATRIC RATING SCALE FOR DEPRESSION

ITEM	SCORE
(See instruction manual before scoring)	
1. DEPRESSED MOOD Sadness, hopeless, helpless, worthless	0 1 2 3 4 ○ ○ ○ ○ ○
2. FEELINGS OF GUILT Self-reproach, ideas of guilt and/or punishment, delusions of guilt, accusatory or denunciatory voices	0 1 2 3 4 ○ ○ ○ ○ ○
3. SUICIDE Life not worth living, suicidal ideas or attempts	0 1 2 3 4 ○ ○ ○ ○ ○
4. INSOMNIA EARLY Difficulty falling asleep	0 1 2 ○ ○ ○
5. INSOMNIA MIDDLE Restless and disturbed or waking during night	0 1 2 ○ ○ ○
6. INSOMNIA LATE Waking early	0 1 2 ○ ○ ○
7. WORK AND ACTIVITIES Feelings of incapacity, fatigue or weakness - Loss of interest, decrease in activities	0 1 2 3 4 ○ ○ ○ ○ ○
8. RETARDATION Slowness of thought and speech, impaired ability to concentrate, decreased motor activity	0 1 2 3 4 ○ ○ ○ ○ ○
9. AGITATION "Playing with" hands, etc - hand wringing, nail-biting, etc.	0 1 2 3 4 ○ ○ ○ ○ ○
10. ANXIETY PSYCHIC Tension and irritability, worrying, Apprehension and fears	0 1 2 3 4 ○ ○ ○ ○ ○
11. ANXIETY SOMATIC Physiological concomitants, such as: gastro-intestinal, cardio-vascular, respiratory, urinary, sweating	0 1 2 3 4 ○ ○ ○ ○ ○
12. SOMATIC SYMPTOMS GASTRO-INTESTINAL Loss of appetite	0 1 2 ○ ○ ○
13. SOMATIC SYMPTOMS GENERAL Heaviness, aches, loss of energy, fatigability	0 1 2 ○ ○ ○
14. GENITAL SYMPTOMS Loss of libido, menstrual disturbances	0 1 2 ○ ○ ○
15. HYPOCHONDRIASIS Preoccupation with health, requests for help, hypochondriacal delusions	0 1 2 3 4 ○ ○ ○ ○ ○
16. LOSS OF WEIGHT by history, by weight	0 1 2 ○ ○ ○
17. INSIGHT Acknowledges being depressed and ill, denies being ill	0 1 2 ○ ○ ○
18. DIURNAL VARIATION Symptoms are worse in the morning or evening	0 1 2 ○ ○ ○
19. DEPERSONALIZATION AND DEREALIZATION Feelings of unreality, nihilistic ideas, etc.	0 1 2 3 4 ○ ○ ○ ○ ○
20. PARANOID SYMPTOMS Suspiciousness, ideas of reference, delusions of persecution	0 1 2 3 4 ○ ○ ○ ○ ○
21. OBSESSIVE AND COMPULSIVE SYMPTOMS	0 1 2 ○ ○ ○

## M.A.D.R.S. Psychiatric Rating scale for Depression

See instruction manual before scoring

---

**1 Apparent sadness**


---

Representing despondency, gloom and despair, (more than just ordinary transient low spirits) reflected in speech, facial expression, and posture. Rate by depth and inability to brighten up.

- 0 No sadness
- 2 Looks dispirited but brightens up occasionally.
- 4 Appears sad and unhappy all of the time
- 6 Extreme and continuous gloom and despondency

---

**2 Reported sadness**


---

Representing subjectively experienced mood, regardless of whether it is reflected in appearance or not. Includes depressed mood, low spirits, despondency, and the feeling of being beyond help and without hope.

Rate according to intensity, duration and the extent to which the mood is influenced by events. Elated mood is scored zero on this item.

- 0 Occasional sadness may occur in the circumstances.
- 2 Predominant feelings of sadness, but brighter moments occur.
- 4 Pervasive feelings of sadness or gloominess. The mood is still influenced by external circumstances.
- 6 Continuous experience of misery or extreme despondency.

---

**3 Inner tension**


---

Representing feelings of ill-defined discomfort, edginess, inner turmoil, mental tension mounting to panic, dread and anguish.

Rate according to intensity, frequency, duration and the extent of reassurance called for. Distinguish from sadness (1,2), worrying (a), and muscular tension (b).

- 0 Placid. Only fleeting inner tension.
- 2 Occasional feelings of edginess and ill defined discomfort.
- 4 Continuous feelings of inner tension, or intermittent panic which the patient can only master with some difficulty.
- 6 Unrelenting dread or anguish. Overwhelming panic.

---

**4 Reduced sleep**


---

Representing a subjective experience of reduced duration or depth of sleep compared to the subject's own normal pattern when well.

- 0 Sleeps as usual.
- 2 Slight difficulty dropping off to sleep or slightly reduced, light or fitful sleep
- 4 Sleep reduced or broken by at least 2 hours.
- 6 Less than two or three hours sleep.

---

**5 Reduced appetite**


---

Representing the feeling of a loss of appetite compared with when well.

- 0 Normal or increased appetite.
- 2 Slightly reduced appetite.
- 4 No appetite. Food is tasteless. Need to force oneself to eat.
- 6 Must be forced to eat. Food refusal.

---

**6 Concentration difficulties**


---

Representing difficulties in collecting one's thoughts mounting to incapacitating lack of concentration.

Rate according to intensity, frequency, and degree of incapacity produced.

Distinguish from failing memory(c), and disrupted thoughts (d).

- 0 No difficulties in concentrating.
  - 2 Occasional difficulties in collecting one's thoughts.
  - 4 Difficulties in concentrating and sustaining thought which interfere with reading or conversation.
  - 6 Incapacitating lack of concentration.
-

---

**7 Lassitude**


---

Representing difficulty in getting started or slowness in initiating and performing everyday activities. Distinguish from indecision (e) and fatiguability (f).

- 0 Hardly any difficulty in getting started. No sluggishness.
- 2 Difficulties in starting activities.
- 4 Difficulties in starting simple routine activities which are carried out only with effort.
- 6 Complete inertia. Unable to start activity without help.

---

**8 Inability to feel**


---

Representing the subjective experience of reduced interest in the surroundings, or activities that normally give pleasure. The ability to react with adequate emotion to circumstances or people is reduced.

Distinguish from lassitude (7).

- 0 Normal interest in the surroundings and in other people.
- 2 Reduced ability to enjoy usual interests. Reduced ability to feel anger
- 4 Loss of interest in the surroundings. Loss of feelings for friends and acquaintances.
- 6 The experience of being emotionally paralyzed, inability to feel anger or grief, and a complete or even painful failure to feel for close relatives and friends

---

**9 Pessimistic thoughts**


---

Representing thoughts of guilt, inferiority, self-reproach, sinfulness, remorse and ruin.

- 0 No pessimistic thoughts.
- 2 Fluctuating ideas of failure, self-reproach or self-depreciation.
- 4 Persistent self-accusations, or definite but still rational ideas of guilt or sin. Increasingly pessimistic about the future.
- 6 Delusions of ruin, remorse and unredeemable sin. Absurd self accusations

---

**10 Suicidal thoughts**


---

Representing the feeling that life is not worth living, that a natural death would be welcome, suicidal thoughts, and preparations for suicide.

Suicidal attempts should not in themselves influence the rating.

- 0 Enjoys life or takes it as it comes.
  - 2 Weary of life. Only fleeting suicidal thoughts.
  - 4 Much better off dead. Suicidal thoughts are common, and suicide is considered as a possible solution, but without specific plans or intention.
  - 6 Explicit plans for suicide when there is an opportunity. Active preparations for suicide.
-

## LIITE 4.

## 1. Strauss–Carpenter

1A Hyödyllisen työskentelyn määrä menneenä vuonna (sisältää työnä ansiotyön, opiskelun, kotiäidin työn. Sairaalahoitoajat luetaan tarkastelun ulkopuolelle. Mikään sairaalahoito kuluneen vuoden aikana ei aiheuta alemmaa pistemäärää. Koko lukuvuoden kestänyt opiskelu koodataan 4:ksi).

- 4 kokopäivätyössä jatkuvasti
- 3 n. 3/4 vuodesta työssä (esim. kokopäivätyössä 9 kk)
- 2 n. puolet vuodesta työssä (esim. 1/2-päivätyötä jatkuvasti tai kokopäivätyötä 6 kk)
- 1 n. 1/4 vuodesta työssä (esim. 1/2-päivätyössä 6 kk)
- 0 ei lainkaan hyödyllistä työtä

1B Hyödyllisen työn tavallinen kvaliteetti menneenä vuonna (arvioitaessa otetaan huomioon potilaan ikä, koulutus, harjaantuneisuus ja mahdollisuudet työhön. Sen sijaan arvioinnissa ei oteta huomioon hänen psykopatologiaansa eli miten hän on pärjännyt jos sekin otettaisiin huomioon).

- 4 erittäin pätevä, hyvä
- 3 pätevä
- 2 kohtalaisen pätevä
- 1 marginaalisen pätevä, heikohko
- 0 täysin pätemätön

2A Yleisimpien sosiaalisten suhteiden lukumäärä menneenä vuonna (ystävien/tuttujen tapaamiset tai osallistuminen sosiaalisiin ryhmiin, vierailut, kokoukset jne. Huomioon ei oteta seurustelua vastakkaisen sukupuolen kanssa tai vain aviopuolisoon rajoittuvaa sosiaalista aktiviteettia).

- 4 tapaa ystäviä/tuttuja keskimäärin vähintään kerran viikossa
  - 3 tapaa ystäviä/tuttuja noin kerran kahdessa viikossa
  - 2 tapaa ystäviä/tuttuja noin kerran kuukaudessa
- Seuraavat vaihtoehdot sisältävät kaikki tuttavuudet
- 1 ei tapaa ystäviä/tuttuja muuten kuin "suojatuissa olosuhteissa" tai työssä tai koulussa
  - 0 ei tapaa ystäviä missään olosuhteissa

2B Sosiaalisten suhteiden laatu (tarkastellaan edellisen kysymyksen vastauksista esiin tulleita suhteita, ja niissä kaikkein vallitsevinta laatua menneenä vuonna)

- 4 yksi tai useita läheisiä suhteita
- 3 yksi tai useita jokseenkin läheisiä suhteita
- 2 yksi tai useita melko läheisiä suhteita
- 1 yksi tai useita lähinnä pinnallisia suhteita
- 0 ainoastaan hyvin pinnallisia suhteita (esim. naapurin tervehtiminen)



- 3 Yleisimmät heteroseksuaaliset suhteet menneenä vuonna
- 4 naimisissa ilman avioeroa tai asumuseroa, tai säännöllinen seurustelu
  - 3 naimisissa, lyhyitä konflikteista johtuvia eroja tai ajoittainen seurustelu
  - 2 naimaton tai eronnut, seurustelee epäsäännöllisesti
  - 1 naimaton tai eronnut, harvoin seurustelua
  - 0 naimaton tai eronnut, ei lainkaan seurustelua
- 4 Perheen psykiatriset sairaalahoidot (sisältää primaariperheen äidin, isän, tädyt sisarukset ja isovanhemmat. Ei sisällä sairaalahoitoja ikävuoden 65 jälkeen)
- 4 kukaan lähiperheenjäsenistä ei ole ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa
  - 3 yksi perheenjäsenistä on ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa
  - 2 kaksi perheenjäsenistä on ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa
  - 1 kolme perheenjäsenistä on ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa
  - 0 neljä tai useampi perheenjäsenistä on ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa
- 5 Aikaisin psykiatristen oireiden puhkeamisikä
- 4 yli 30 vuotta
  - 3 21 – 30 vuotta
  - 2 16 – 20 vuotta
  - 1 10 – 15 vuotta
  - 0 alle 10 vuotta
- 6 Käyttäytymisongelmat 12. ikävuoden jälkeen (sisältää väkivaltaisuuDET, itsemurha- tai murhauhkaukset tai teot ja rikostuomiot. Ei sisällä juoppottelua tai lääkkeiden väärinkäyttöä)
- 4 ei mitään
  - 3 vähän (1 – 2 yllä mainittua tapausta)
  - 2 jossain määrin (3 – 5 yllä mainittua tapausta)
  - 1 jokseenkin usein (6 – 9 yllä mainittua tapausta)
  - 0 usein (10 yllä mainittua tapausta)
- 7 Latistunut tai vähentynyt tunteiden tai emotioiden ilmaiseminen menneen kuukauden aikana
- 4 ei lainkaan
  - 3 vähän
  - 2 jonkin verran
  - 1 huomattavasti
  - 0 lähes täydellisesti

- 8A Aika siitä, kun hallusinaatiot tai deluusioiden ensi kerran ilmaantuivat
- |   |  |
|---|--|
| 4 | ei lainkaan näitä oireita tai vain viimeisen viikon aikana                                 |
| 3 | yksi tai useampi tällainen oire ensi kerran 1 viikosta 6 kuukauteen välisenä aikana        |
| 2 | jonkin tällaisen oireen ensimmäinen ilmaantuminen yli 6 kk, mutta alle 2 vuotta sitten     |
| 1 | jonkin tällaisen oireen ensimmäinen ilmaantuminen yli 2 vuotta, mutta alle 5 vuotta sitten |
| 0 | yksi tai useampi tällaisia oireita jo yli 5 vuotta sitten                                  |
- 8B Mikä on pisin periodi, jonka aikana potilaalla on ollut enemmän tai vähemmän jatkuvasti (vähintään kerran viikossa) vaikeita psykiatrisia ongelmia?
- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| 4 | 0 – 4 viikkoa                  |
| 3 | yli 4 viikkoa, mutta alle 6 kk |
| 2 | 6 – 11 kk                      |
| 1 | 12 – 23 kk                     |
| 0 | yli 2 vuotta                   |
- 9 Ajatushäiriöiden, deluusioiden ja hallusinaatioiden esiintyminen menneen vuoden aikana
- |   |  |
|---|--|
| 4 | ei lainkaan yllä mainittuja oireita                                |
| 3 | vähäisessä määrin jotain tai kaikkia oireita                       |
| 2 | kohtuullisessa määrin jotain tai kaikkia oireita                   |
| 1 | suhteellisen vaikeita ja/tai jatkuvasti jotain tai kaikkia oireita |
| 0 | vaikeita ja/tai jatkuvasti jotain tai kaikkia oireita              |
- 10 Depression, hypomanian tai manian esiintyminen menneen vuoden aikana
- |   |  |
|---|--|
| 4 | ei lainkaan yllä mainittuja oireita                                |
| 3 | vähäisessä määrin jotain tai kaikkia oireita                       |
| 2 | kohtuullisessa määrin jotain tai kaikkia oireita                   |
| 1 | suhteellisen vaikeita ja/tai jatkuvasti jotain tai kaikkia oireita |
| 0 | vaikeita ja/tai jatkuvasti jotain tai kaikkia oireita              |
- 11 Viimeisimpään psykiatriseen sairastumiseen liittyvät laukaisevat tekijät (tapahtuiko jotain "katastrofista" oireiden puhkeamista edeltävän kuu-kauden aikana?)
- |   |   |
|---|---|
| 4 | selvä, vaikea laukaiseva tapahtuma (lähiperheenjäsenen kuolema, avioero, taloudellinen romahdus)  |
| 3 | vakava "traumaattinen" tapahtuma  |
| 2 | kohtalainen tai mahdollisesti laukaiseva tapahtuma (perheenjäsenen vaikea sairaus, vakava riita perheessä, kohtuullisen vaikeita taloudellisia, työ- tai kouluvaikeuksia) |
| 1 | suhteellisen pieni "traumaattinen" tapahtuma  |
| 0 | ei lainkaan laukaisevia tekijöitä   |

- 12 Subjektiiivisesti koetun vaikeuden/ahdingon aste menneen kuukauden aikana
- |   |                    |
|---|--------------------|
| 4 | erittäin vakava    |
| 3 | vakava             |
| 2 | kohtalaisen vakava |
| 1 | lievä              |
| 0 | ei lainkaan        |
- 13 Vallitseva selviytymistaso perustarpeistaan huolehtimisessa menneen vuoden aikana (ravinto, henkilökohtainen hygienia)
- |   |  |
|---|--|
| 4 | ei tarvitse lainkaan apua näissä asioissa    |
| 3 | tarvitsee vähän apua näissä asioissa         |
| 2 | tarvitsee jonkin verran apua näissä asioissa |
| 1 | tarvitsee huomattavaa apua näissä asioissa   |
| 0 | tarvitsee täydellistä apua näissä asioissa   |
- 14 Elämän "täysipainoisuus" menneen vuoden aikana
- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 4 | elämä erittäin täysipainoista     |
| 3 | elämä täysipainoista              |
| 2 | elämä kohtuullisen täysipainoista |
| 1 | elämä suhteellisen tyhjää         |
| 0 | loiselämää                        |

## LIITE 5.

numeroarvio

toiminnallisen tason kuvaus GAS

- 
- 90 (9) oireeton tai hyvin vähäisiä oireita (esim. lievää jännittyneisyyttä ennen tutkintoa), hyvä toiminnallinen taso kaikilla osaamisen alueilla; kiinnostuneisuus ja osallistuminen laaja-alaisesti erilaisiin toimintoihin: sosiaalisesti toimelias; yleisesti ottaen tyytyväinen elämäänsä; ongelmat lähinnä jokapäiväiseen elämään liittyviä vastoinkäymisiä tai huolia (satunnaisia riitoja perheenjäsenten välillä)
- 81
- 80 (8) jos esiintyy oireita, ne ovat väliaikaisia ja ennakoitavissa olleita reaktioita psykososiaalisiin stressitekijöihin (esim. keskittymisvaikeudet perheriidan jälkeen); vain vähäistä huonontumista sosiaalisessa, ammatillisessa tai koulussa selviytymisessä (esim. väliaikaista jälkeenjäämistä koulutyössä)
- 71
- 70 (7) lieväasteisia oireita (esim. lievää masennusta tai unettomuutta) TAI jonkinasteisia vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai koulussa selviytymisessä, satunnaista vilpillisyyttä tai pikkunäpistyksiä perhepiirissä, mutta yleisesti ottaen selviytyminen on melko hyvää, on muutamia merkityksellisiä ihmissuhteita
- 61
- 60 (6) keskivaikeita oireita (esim. tunneilmaisujen puuttumista, asianvierestä puhumista, satunnaisia paniikkikohtauksia) TAI kohtalaisia vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai koulussa selviytymisessä (muutamia ystäviä ja ristiriitoja ikätovereiden kanssa)
- 51
- 50 (5) vaikeaasteisia oireita (esim. itsetuhoajatuksia, vaikeita pakkotoimintoja, useita myymälävarkauksia) TAI vaikeaasteista huonontumista sosiaalisessa, ammatillisessa tai koulussa selviytymisessä (ei ollenkaan ystäviä, kyvyttömyys pysyä työssä)
- 41
- 40 (4) realiteettitestauksen tai kommunikaation lieväasteista häiriintymistä (esim. puhe on ajoittain epäloogista, sekavaa tai asiaankuulumatonta) TAI huomattavaa heikentymistä useilla eri alueilla, kuten työssä, koulussa, perhesuhteissa, arvostelukyvyyssä, ajattelukyvyssä, mielialassa (esim. masentunut mies välttää ystäviään, laiminlyö perhettään, on työkyvytön; lapsi lyö usein nuorempiaan, on uhkaileva kotona, menestyy huonosti koulussa)
- 31

- 30 (3) harhaluulot ja aistiharhat vaikuttavat huomattavasti käyttäytymiseen TAI esiintyy vakavaa kommunikaation ja arvostelukyvyn heikentymistä (esim. ajoittain käytökseltään hajanainen, käyttäytyy huomattavan epäasianmukaisesti, itsetuhoajatukset hallitsevat ajatuksia) TAI kyvyttömyys toimia melkein kaikilla eri alueilla (esim. pysyy sängyssä koko päivän, ei työtä, kotia tai ystäviä)
- 21
- 20 (2) jonkinasteinen itsensä tai toisten vahingoittamisen vaara (esim. itsemurhayritys ilman selvää toivetta onnistumisesta, usein esiintyvää väkivaltaisuutta, maanista kiihtyneisyyttä) TAI satunnaisesti ei pysty huolehtimaan minimaalisesta henkilökohtaisesta hygieniasta (esim. töhriintyy ulosteeseen) TAI erittäin vaikea-asteista huonontumista kommunikaatiossa (esim. suurimman osan ajasta hajanainen tai puhumaton)
- 11
- 10 (1) jatkuvasti esiintyvä itsensä tai toisten vahingoittamisen vaara (esim. toistuvaa väkivaltaisuutta) TAI jatkuvasti kyvytön ylläpitämään minimaalista henkilökohtaista hygieniää TAI vakava itsemurhayritys, johon on liittynyt selvä kuolemantoive

LIITE 6.

Nimi: \_\_\_\_\_ Nro \_\_\_\_\_ Pvm \_\_\_\_\_ Klo \_\_\_\_\_

Dg:  
(ICD/87)

Stressitekijän  
voimakkuus

Viimeaikaiset  
tapahtumat (<6 kk)

Pitkäaikaiset  
tapahtumat (>6 kk)

1. Olematon
2. Lievä
3. Kohtalainen
4. Huomattava
5. Vakava
6. Äärimmäinen

GAS

tutkimushetkellä

viimeisen 12 kk:n  
aikana

LIITE 7.  
HOITORATKAISUUN LIITTYVÄT TEKIJÄT

NIMI: \_\_\_\_\_ Nro \_\_\_\_\_ Pvm \_\_\_\_\_ Klo \_\_\_\_\_ Pot/Pkl/lähetäjä \_\_\_\_\_

Arvioi kunkin tekijän vaikutusta asteikolla -3, 0, +3 päätöksen suunnassa.

I	Potilaaseen liittyvät tekijät	+–	0 1 2 3
	kliininen oireisto kokonaisuutena	+–	0 1 2 3
	suicidaalisuus	+–	0 1 2 3
	väkivaltaisuus	+–	0 1 2 3
	harhaisuus	+–	0 1 2 3
	kontrollikyvyttömyys	+–	0 1 2 3
	yhteistyökyvyttömyys	+–	0 1 2 3
	ahdistuneisuus	+–	0 1 2 3
	masentuneisuus	+–	0 1 2 3
	alkoholiongelmat	+–	0 1 2 3
II	Hoitojärjestelmään liittyvät tekijät	+–	0 1 2 3
	sairaalaressurit	+–	0 1 2 3
	avohoitoresurit	+–	0 1 2 3
	aikaisempi hoitokäytäntö	+–	0 1 2 3
	pkl-työryhmän toiminta	+–	0 1 2 3
	tr Olsonin vaikutus	+–	0 1 2 3
	sanallinen kuvaus	+–	0 1 2 3
III	Sosiaaliset tekijät	+–	0 1 2 3
	taloudellinen tila	+–	0 1 2 3
	asumisolosuhteet	+–	0 1 2 3
	verkosto	+–	0 1 2 3
	(kysytään myös työntekijän arvio)	+–	0 1 2 3
IV	Perhetekijät	+–	0 1 2 3

Vapaamuotoinen arvio perheen vaikutuksesta sisäänottotapahtumaan sekä erityisesti Olsonin mallin mukainen perhevuorovaikutus kokonaisuuden yhteys sisäänottotapahtumaan.

Sairaalaanottopäätös yksilöhaastattelun perusteella.

Otettu \_\_\_\_\_ Ei otettu \_\_\_\_\_ M1 \_\_\_\_\_

## LIITE 8.

NIMI: \_\_\_\_\_ Nro \_\_\_\_\_ Pvm \_\_\_\_\_ Klo \_\_\_\_\_

## Vastaanottoryhmäprosessi

Vapaamuotoinen kuvaus päätöksen syntyprosessista vastaanottoryhmässä.

Miten päätös syntyi.

Päätökseen eniten vaikuttanut taho

Potilas \_\_\_\_\_

Perheenjäsen, kuka? \_\_\_\_\_

Työryhmän jäsen, kuka? \_\_\_\_\_

Muu, kuka? \_\_\_\_\_

Miksi otettiin/ei otettu

Valitun hoidon tavoite

Hoitoratkaisu

Sairaala \_\_\_\_\_

Poliklinikka \_\_\_\_\_

Muu, mikä? \_\_\_\_\_

Työryhmän toimintakyky 0 1 2 3

Työryhmän toiminnan vaikutus sairaalaanottoon 0 1 2 3



## LIITE 9.

## PERHEEN JA TYÖRYHMÄN VUOROVAIKUTUKSEN ARVIOINTI (OLSON YM:)

Tutkimuspäivämäärät

\_\_\_\_\_ .199\_\_

\_\_\_\_\_ .199\_\_

Arvioitu: 1 primaariperhe 2 sekundaariperhe

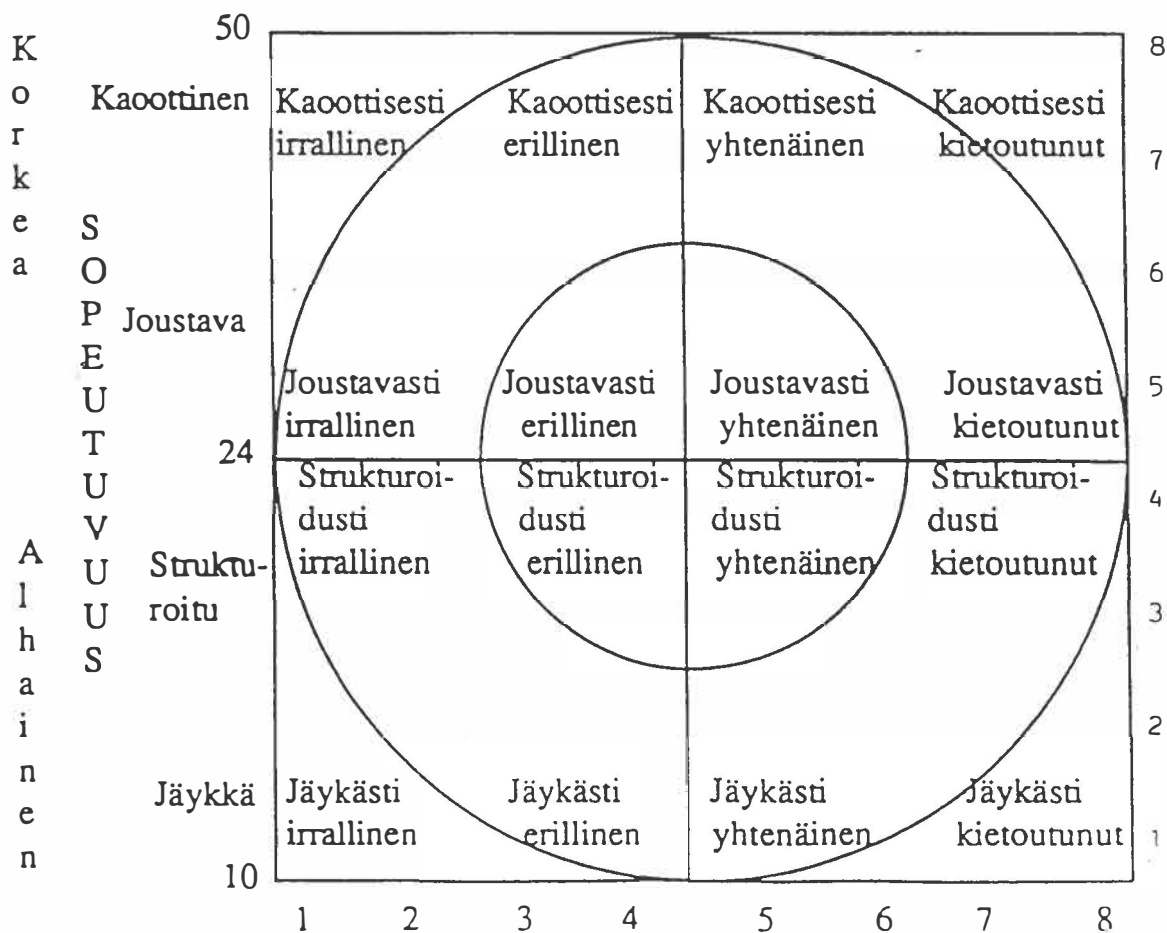
&lt; -- Alhainen ----- KOOSSAPYSYVYYS ----- Korkea --&gt;

Irrallinen Erillinen Yhtenäinen Kietoutunut

FACES III 10

40

50



Kliininen arviointiskaala

## PERHEEN VUOROVAIKUTUKSEN ARVIOINTI

### Olsonin Clinical Rating Scalen arviointiperusteet

#### I Perheen koossapysyvyys

	Irrallinen		Erillinen		Yhtenäinen		Kietoutunut	
	Pm	1 2	3 4	5 6	7 8			
<b>Emotionaalinen sitominen</b>		Äärimmäinen emotionaalinen ero. Perheoljajalisuuden puute.	Emotionaalinen ero. Ajoittain lojaalisuus.	Emotionaalinen läheisyys. Lojaalisuutta odotetaan	Äärimmäinen tunneläheisyys Lojaalisuutta vaaditaan			
<b>Toisten asioidin puuttuminen</b>		Hyvin vähän interaktiota pj:n välillä	Puuttuminen hyväksyttävällä, etäisyys tärkeämpi	Puuttumista rohkaistaan etäisyyden sallittua	Symbioottinen kietoutuminen riippuvuus näkyvissä			
<b>Aviosuhde</b>		Äärimmäinen emotionaalinen ero	Emotionaalinen ero	Emotionaalinen läheisyys	Äärimmäinen reaktiivisuus			
<b>Vanhempi-lapsi koalitie</b>		Läheisyyden puute	Selvät osasysteimirajat, hieman läheisyyttä	Selvät osasysteimirajat v-l läheisyys	V-l koalitie, Sukupolvirajojen puute			
<b>Sisäiset rajat aika (fyysinen ja emotionaalinen)</b>		Hk eristyneisyys vallitseva.	Eristyneisyyttä hieman rohkaistaan.	Eristyneisyyden tarve kunnioitettu.	Hk eristyneisyyden puute.			
<b>tila (fyysinen ja emotionaalinen)</b>		Erillinen aika maksimaalista.	Aikaa hieman yhdessä.	Aika yhdessä tärkeä. Yksinolo sallittu	Yhteisaika maksimoitu.			
<b>päättöksenteko</b>		Riippumaton	Oma tila preferoitu.	Perheen tilan jakaminen, oma kunnioitettu.	Vähän omaa tilaa sallittu.			
<b>Ulkoiset rajat perheen ystävät</b>			Yksilöllinen, yhteinen mahdollista.	Yhteinen etusijalla - ei välttämätön.	Muun ryhmän toiveiden mukaisesti.			
<b>harrastukset huvitukset</b>		Fokus perheen ulkopuolella. Hk ystävät tavataan yksin.	Fokus enemmän ulko- kuin sisäpuolella. Hk ystävyys-suhteet harvoin jaettu	Fokus enemmän sisä- kuin ulkopuolella. Hk ystävyys-suhteet jaettu.	Fokus sisäpuolella. Perheystävät etusijalle.			
		Erilliset harrastukset ja hovit.	Yksin, hovit enemmän yksinkuin yhdessä	Jaetut etusijalla.	Jaetut harrastukset, pakolliset yhteiset hovit.			

Koossapysyvyyden kokonaisarvio

## II P erheen sopeutuvuus

	Pm	Jäykkä		Strukturoitu		Joustava		Kaoottinen	
		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Johtajuus</b>		Autoritaarinen Vanhemmat hyvin kontrolloivia		Pääasiassa autoritaarinen, hieman tasa-arvoa.		Tasavertainen johtaminen.		Rajoitettu ja/ tai epävakainen johtajuus. Vanhempien kontrolli epäonnistuu.	
<b>Kuri</b>		"Laki ja järjestys", ei armoa, jäykät seuraukset.		Jv demokratiaa. Ennustettavat seuraukset. Harvoin lempeyttä.		Demokraattinen. Neuvottellut seuraukset. Jv armoa.		"Antaa mennä" Epävakaaat seuraukset, hyvin paljon armoa.	
<b>Neuvottelu</b>		Rajoitettua. Vanhemmat määräävät päätökset		Str. neuvottelut. Pääasiassa vanhemmat päättävät.		Joustavat neuvottelut. Päätöksistä yksimielisyys.		Loputtomat neuvottelut. Impulsiiviset päätökset.	
<b>Roolit</b>		Rajoitettu valikoima, tiukasti määrätyt		Roolit vaakaat, voidaan vaihtaa.		Jaetaan, joustava vaihtaminen		Selvyyden puute, muutokset ja kuomoamiset.	
<b>Säännöt</b>		Muuttumattomat. Tiukasti vahvistettu		Vähän muutoksia. Pehmeästi vahvistettu.		Joitakin muutoksia. Joustavasti vahvistettu.		Usein muutoksia, pysymättömästi vahvistettu.	

Sopeutuvuuden kokonaisarvio.

## III Perheen kommunikaatio

	Helpottavuus						
	Pm	Alhainen				Korkea	
		1	2	3	4	5	6
<b>Teemassa pysyminen</b>		Vähän sisällön jatkuvuutta, usein irrelevanteja syrjähyppyjä Usein aiheen vaihtoja.		Hieman jatkuvuutta, muttei koko aikaa tai kaikkia koskien. Joitakin irrel. syrjähyppyjä tai ei-verbaalisia kommentteja. Aiheiden vaihdot ei aina aiheellisia.		Johdonmukaisesti teemassa. Aiheen vaihdot aiheellisia	
<b>Kunnioitus ja huomiointi</b>		Toisen tunteiden tai viestien kunnioituksen puute peittelemättömästi esille.		Hieman toisten kunnioitusta, ei koko aikaa eikä kaikkia koskien.		Pysyvä toisten tunteiden ja viestien kunnioitus.	
<b>Selkeys</b>		Epävakaat ja/tai epäselvät suulliset viestit. Usein ristiriita kielellisen ja ei-kielellisen viestin välillä.		Hieman selkeyttä,ei koko aikaa eikä kaikkia koskien. Joitakin ristiriitaisia viestejä.		Verbaaliset viestit hyvin selviä, ei ristiriitoja.	
<b>Ilmaisun vapaus</b>		Harvoin keskustelua itsestä,tunteista tai suhteista.		Hieman keskustelua itsestä, tunteista ja suhteista.		Avoin keskustelu itsestä,tunteista ja suhteista.	
<b>Kommunikaatiotaidot.</b>							
<b>Kuuntelijan taidot</b>							
<b>Empatia</b>		Harvoin		Joskus		Usein	
<b>Huomioiva kuuntelu</b>		Harvoin		Joskus		Usein	
<b>Puhujan taidot</b>							
<b>Omasta puolesta</b>		Harvoin		Joskus		Usein	
<b>Muitten puolesta</b>		Usein		Joskus		Harvoin	
<b>Tunkeutuminen, keskeyttäminen, epäkyp sä läheisyys</b>		Usein		Joskus		Harvoin	

Kommunikaation kokonaisarvio

## FACES III Kyselykaavake perheenjäsenille

1	2	3	4	5
Ei juuri koskaan	Silloin tällöin	Joskus	Usein	Lahes aina

Kuvaa perhettäsi tällä hetkellä:

1. Perheen jäsenet pyytävät toisiltaan apua.
2. Ongelmien ratkaisussa lasten ehdotuksia seurataan.
3. Me hyväksymme toistemme ystävät.
4. Lapsilla on sanavaltaa saamaansa kurinpitoon.
5. Me pidämme toiminnasta lähimmän perhen kesken.
6. Eri henkilöt toimivat johtajina perheessämme.
7. Perheen jäsenet tuntevat olevansa lähempänä muita perheen jäseniä kuin perheen ulkopuolisia.
8. Perheemme muuttaa toimintatapaansa.
9. Perheen jäsenet viettävät mielellään vapaa-aikaansa toistensa kanssa.
10. Vanhemmat ja lapset keskustelevat rangaistuksista yhdessä.
11. Perheenjäsenet ovat toisilleen hyvin läheisiä.
12. Lapset tekevät päätökset meidän perheessä.
13. Kun perheemme ryhtyy yhdessä toimimaan, on jokainen läsnä.
14. Säännöt muuttuvat meidän perheessämme.
15. Voimme helposti löytää asioita, mitä voimme tehdä yhdessä perheessä.
16. Jaamme vastuurun kotitöistä henkilöltä toiselle.
17. Perheen jäsenet keskustelevat muitten perheenjäsenten kanssa päätöksistään.
18. Johtajan nimeäminen on vaikeaa perheessämme.
19. Perheen yhteenkuuluvaisuus on hyvin tärkeää.
20. On vaikea sanoa kuka tekee mitkään kotityöt.

## LIITE 10.

## TYÖRYHMÄN VUOROVAIKUTUKSEN ARVIOINTI

## I Työryhmän koossapysyvyys

	Pm	Irrallinen		Erillinen		Yhtenäinen		Kietoutunut	
		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Toisten asioihin puuttuminen</b>		Hyvin vähän interaktiota tiimin sisällä		Puuttuminen hyväksytään, etäisyys tärkeämpi. Hieman tunneperäistä vva		Puuttumista rohkaistaan etäisyyskin sallittu. Tunneperäinen vv hallinnassa		Hyvin suuri riippuvuus toisista. Tunneperäinen vv vallannut toiminnan.	
<b>Sisäiset rajat</b>		Kukin toimii erillisenä		Aika omien ajatusten kanssa tärkein, hieman yhteistä aikaa.		Jaettu yhteinen kokemus, yksilöllinen tila ei niin tärkeä.		Fokus pääasiassa tiimin sisällä.	
<b>Päätöksenteko</b>		Toisista tiimin jäsenistä riippumatta		Liittyminen muihin mahdollista		Yhteiset päätökset tärkeitä - ei välitämättömiä		Muiden toiveiden mukaan	
<b>Ulkoiset rajat</b>		Fokus kokonaan perheessä.		Fokus enemmän perheessä kuin yhteisessä kokemuksessa.		Fokus enemmän yhteisessä kuin perheessä		Fokus tiimin asioissa.	
<b>Toiminta</b>		(ennakko)kaavan mukaisista, ongelmat meidän ulkopuolella		Huomioi ulkopuoliset näkemykset, oman toiminnan arvio vaikeaa		Uudet näkökulmat esim. seurantar ryhmästä huomioon. Oman toiminnan arvio mahdollista.		Fokus tiimin asioissa	

Koossapysyvyyden kokonaisarvio

## II Työryhmän sopeutuvuus

Pm	Jäykkä		Strukturoitu		Joustava		Kaoottinen	
	1	2	3	4	5	6	7	8
Johtajuus	Autoritaarinen Auktoriteetti kontrolloii		Pääasiassa autoritaarinen, hie- man tasa-arvoa		Tasavertainen		Rajoitettu ja/tai epä- vakainen johtajuus, johtajuus hukassa	
Neuvottelu	Rajoitettua. Auktoriteetti määrää päätökset		Str. neuvottelut. Pääasiassa auktoriteetit päättävät.		Joustavat neuvottelut. Toinninnasta yksimielisyys.		Loputtomat neuvottelut. Impulsiiviset päätökset.	
Roolit	Rajoitettu valikoima, tiukasti määrätyt		Roolit vakaat, voidaan vaihtaa.		Jaetaan, joustava vaihtaminen		Selvyyden puute, muutokset ja kumoamiset.	
Säännöt	Muuttumattomat. Tiukasti vahvistettu		Vähän muutoksia. Pehmeästi vahvistettu.		Joitakin muutoksia. Joustavasti vahvistettu.		Usein muutoksia pysymättömäs, vahvistettu. "Sääntöjen hakeminen"	

Sopeutuvuuden kokonaisarvio.

## III Työryhmän kommunikaatio

	Helpottavuus						
	Pm	Alhainen		3	4	Korkea	
		1	2			5	6
<b>Teemassa pysyminen</b>		Vähän sisällön jatkuvuutta, usein irrelevanteja syrjähyppyjä. Usein aiheen vaihtoja.				Hieman jatkuvuutta, muttei koko aikaa tai kaikkia koskien. Joitakin irrel. syrjähyppyjä tai ei-verbaalisia kommentteja. Aiheiden vaihdot ei aina aiheellisia.	
<b>Kunnioitus ja huomiointi</b>		Toisen tunteiden, havaintojen kunnioituksen puute peittelemättömästi esille.				Hieman toisten kunnioitusta, ei koko aikaa eikä kaikkia koskien.	
<b>Selkeys</b>		Epävakaat ja/tai epäselvät suulliset viestit. Usein ristiriita kielellisen ja ei-kielellisen viestin välillä.				Hieman selkeyttä, ei koko aikaa eikä kaikkia koskien. Joitakin ristiriitaisia viestejä.	
<b>Ilmaisun vapaus</b>		Harvoin keskustelua omista havainnoista ja keskinäisistä suhteista.				Hieman omien havaintojen ja keskinäisten suhteiden arviointia.	
<b>Kommunikaatiotaidot.</b>							
<b>Kuuntelijan taidot</b>							
<b>Empatia</b>		Harvoin				Joskus	
<b>Huomioiva kuuntelu</b>		Harvoin				Usein	
<b>Puhujan taidot</b>		Harvoin				Usein	
<b>Omasta puolesta</b>		Usein				Harvoin	
<b>Muitten puolesta</b>		Usein				Harvoin	
<b>Tunkeutuminen, keskeyttäminen, epäkypsä läheisyys</b>		Usein				Harvoin	

Kommunikaation kokonaisarvio



## LIITE 11.

## TYÖRYHMÄN LOMAKE HOITOKOKOUKSEN JÄLKEEN

Potilas

Työryhmän jäsen \_\_\_\_\_

Tutkija \_\_\_\_\_

Lomake: Arvio hoitokokouksesta hoitokokouksen jälkeen

Ominaisuus	Arvo	Ei yhtään 0	Vähän 1	Kohtalaisesti 2	Paljon 3
Vuorovaihtusmäärä: Tiimi → perhe		Ei kyselyä, vuorovaihtus tiimin omien tietojen pohjalta	Tiimin oma vv pohjana, hieman tietoa kysellään	Tietoa kysellään, omaa tietoa mukana	Hyvin paljon vv perheen tiedon pohjalta
Tiimi ← → perhe		Ei keskinäistä vuorovaihtusta esillä			Hyvin paljon keskinäiset asiat esillä
Tiimin jäsen ↑ → tiimin jäsen		Ei kommentteja toiselle			Hyvin paljon kommentteja toiselle
Tiimin jäsen ↑ → tiimin jäsen		Ei keskinäistä keskustelua			Hyvin paljon keskinäistä pohdintaa
Ymmärryksen lisääntyminen - muutos		Ei mitään uutta	Vähän uutta ymmärrystä, ei olennaisista muutoksista	Entisen tiedon täydentämistä, ymmärrys kasvoi	Ratkaiseva uusi ymmärrys, "toisen asteen muutos"
Koko työryhmän arvio ymmärryksestä					

## LIITE 12.

## VERKOSTOANALYYSIN PROFILI

## Verkoston rakenteelliset kriteerit:

1. Verkoston koko – sukulaiset  
ei-sukulaiset  
ammatti-ihmiset

Koko yhteensä

2. Verkoston tiheys

$$\frac{Na}{\frac{N(N-1)}{2}}$$

Na = verkoston sisäiset suhteet  
ilman egoa

N = verkoston koko ilman egoa

3. Verkoston taso

Paljonko kontakteja toisiin samassa verkostossa

$$\frac{2 Na}{N}$$

## Verkoston vuorovaikutukselliset kriteerit:

4. Sosiaalisten kontaktien määrä – sukulaiset  
ei-sukulaiset  
ammatti-ihmiset  
yhteensä

Lasketaan lukumäärä tavanomaisen viikon aikana

5. Kahdenkeskisen vuorovaikutuksen suunta

1. välineellinen: ego ———> muut  
2. vastavuoroinen: ego <-----> muut  
3. riippuvainen: ego <----- muut

6. Transaktionaalinen sisältö

Elantoon liittyvien kontaktien lukumäärä

Ei-materiaalisten kontaktien lukumäärä

7. Linkkien monipuolisuus, suhteiden lukumäärä

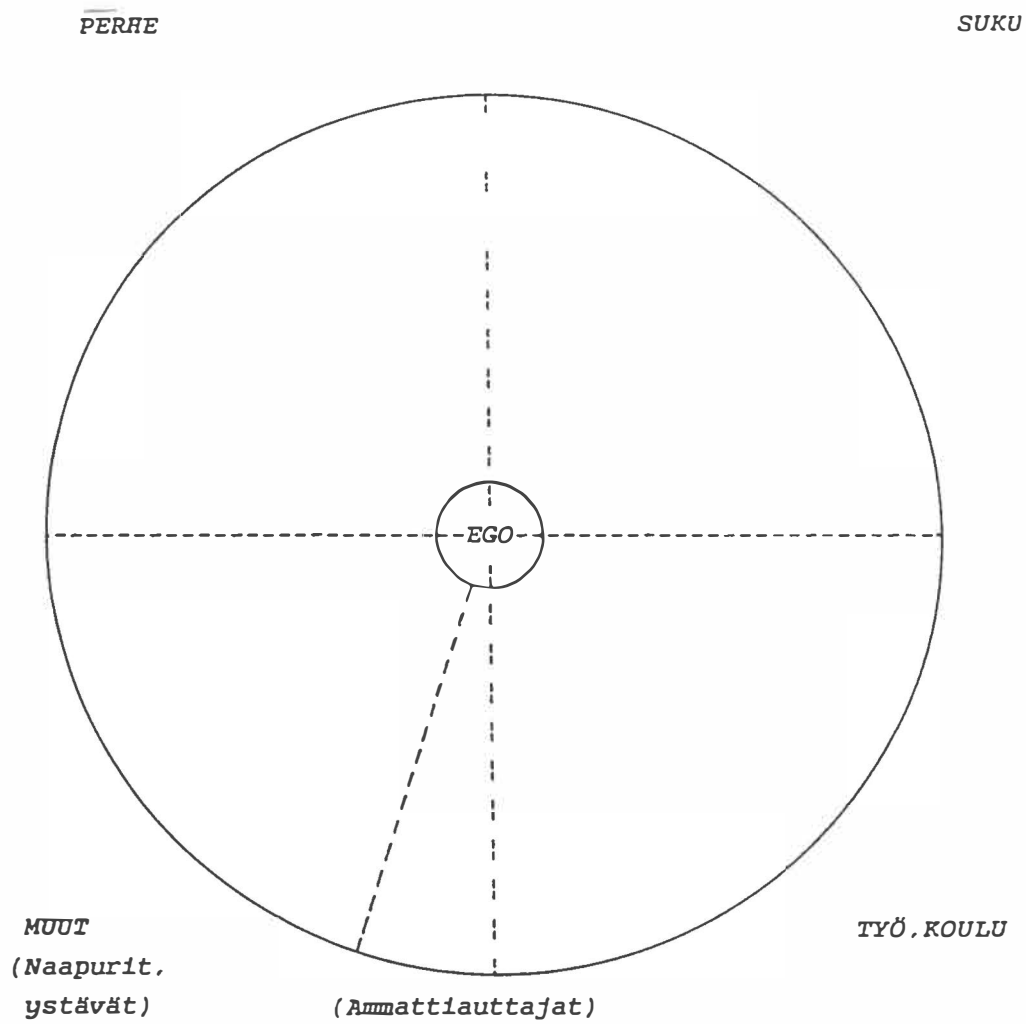
sukulaiset  
ei-sukulaiset  
ammatti-ihmiset  
yhteensä

8. Linkkien laatu – hyvin tärkeät  
hyvä ystävänä  
hyvin läheiset

Kaavakkeen täyttämiseksi:

- 1) piirrä verkostokartta potilaan kanssa  
2) haastattele riittävän useasti

## LIITE 13.



KUVIO 1. Sosiaalinen verkosto verkostokarttana

## LIITE 14.

TAUSTATIEDOT

nimi \_\_\_\_\_ henkilötunnus \_\_\_\_\_  
 koodi \_\_\_\_\_ ammattinimike \_\_\_\_\_  
 sosiaaliluokka \_\_\_\_\_ sisäänkirjoitus \_\_\_\_\_  
 uloskirjoitus \_\_\_\_\_ osastosiirto \_\_\_\_\_

Hoitoon lähetävä taho:

1. terveyskeskus
2. MTT/KPS pkl
3. LPKS
4. yleissairaala
5. psykiatrisen sairaala
6. YTHS
7. yksityissektori
8. muu

Pkl:lle tulotapa:

1. vapaaehtoinen lähete
2. MT1
3. muu

Tuloajankohta:

1. 07-15
2. 15-20
3. 20-07

Saattajat:

1. omaiset
2. viranomaiset
3. muu

Siviilisääty:

1. naimaton
2. avio/avoliitto
3. asumusero
4. eronnut
5. leski

Asumismuoto:

1. yksin
2. primaariperhe
3. oma perhe
4. muu

Ammattikoulutus:

1. ei lainkaan
2. kurssim./työsop.koulutus
3. ammattikoulu
4. koulutason tutkinto
5. opistotason tutkinto
6. korkeakoulututkinto
7. ei tietoa

Sijoittuminen työelämään:

1. kotona, ei hae työtä
2. vakituinen työsuhde
3. tilapäinen/määräaikainen
4. opiskelija/koululainen
5. työtön/pakkoloma
6. eläkkeellä (syy)
7. ei tietoa

Aiempi hoitohistoria:

1. ensimmäinen sairaalahoito
2. 1-3 hoitokertaa
3. 4 tai enemmän

Edellinen hoitokerta:

1. alle 6kk sitten
2. 6kk-2v sitten
3. yli 2v sitten
4. ei aiempia hoitoja

Sairaalahoidon kesto 2 viime vuoden aikana:

1. alle 45 vrk
2. 46-180 vrk
3. yli 180 vrk
4. ei hoitoa

LIITE 15.

MUUTTUJALUETTELO

KOEHENKILÖN NIMI: \_\_\_\_\_ NUMERO: \_\_\_\_\_

**Potilas**

1. Potilaaseen liittyvät tekijät
2. Suicidaalisuus
3. Aggressiivisuus
4. Harhaisuus
5. Kontrollivaikeudet
6. Yhteistyökyvyttömyys
7. Ahdistuneisuus
8. Masentuneisuus
9. Alkoholiongelmat
10. Hoitojärjestelmään liittyvät tekijät
11. Aikaisempi hoitokäytäntö
12. Työryhmän toiminta sairaalan suuntaan
13. Työryhmän toiminta avohoidon suuntaan
14. Sosiaaliset tekijät sairaalan suuntaan
15. Sosiaaliset tekijät avohoidon suuntaan
16. Taloudellinen tila
17. Asumisolosuhteet sairaalan suuntaan
18. Asumisolosuhteet avohoidon suuntaan
19. Verkosto sairaalan suuntaan
20. Verkosto avohoidon suuntaan
21. Perhetekijät sairaalan suuntaan
22. Perhetekijät avohoidon suuntaan
23. Sairaalaanottopäätös yksilöh. perust.: 1=otettu,2=ei otettu,3=M1

**Poliklinikka**

24. Potilaaseen liittyvät tekijät
25. Suicidaalisuus
26. Aggressiivisuus
27. Harhaisuus
28. Kontrollivaikeudet
29. Yhteistyökyvyttömyys
30. Ahdistuneisuus
31. Masentuneisuus
32. Alkoholiongelmat
33. Hoitojärjestelmään liittyvät tekijät
34. Aikaisempi hoitokäytäntö
35. Työryhmän toiminta sairaalan suuntaan
36. Työryhmän toiminta avohoidon suuntaan
37. Sosiaaliset tekijät sairaalan suuntaan
38. Sosiaaliset tekijät avohoidon suuntaan

39. Taloudellinen tila
40. Asumisolosuhteet sairaalan suuntaan
41. Asumisolosuhteet avohoidon suuntaan
42. Verkosto sairaalan suuntaan
43. Verkosto avohoidon suuntaan
44. Perhetekijät sairaalan suuntaan
45. Perhetekijät avohoidon suuntaan

### **Lähtetäjä**

46. Potilaaseen liittyvät tekijät
47. Suicidaalisuus
48. Aggressiivisuus
49. Harhaisuus
50. Kontrollivaikeudet
51. Yhteistyökyvyttömyys
52. Ahdistuneisuus
53. Masentuneisuus
54. Alkoholi-ongelmat
55. Hoitojärjestelmään liittyvät tekijät
56. Aikaisempi hoitokäytäntö
57. Työryhmän toiminta sairaalan suuntaan
58. Työryhmän toiminta avohoidon suuntaan
59. Sosiaaliset tekijät sairaalan suuntaan
60. Sosiaaliset tekijät avohoidon suuntaan
61. Taloudellinen tila
62. Asumisolosuhteet sairaalan suuntaan
63. Asumisolosuhteet avohoidon suuntaan
64. Verkosto sairaalan suuntaan
65. Verkosto avohoidon suuntaan
66. Perhetekijät sairaalan suuntaan
67. Perhetekijät avohoidon suuntaan
68. Päätökseen eniten vaikuttanut taho: 1=potilas, 2=perheenjäsen,  
3=työr. jäsen
69. Työryhmän toimintakyky
70. Työryhmän toiminnan vaikutus sairaalaanottoon
71. ICD-87 dg n:o
72. Dg-ryhmä 1=291, 2=295, 3=296, 4=297, 5=298, 6=300, 7=301, 8=303,  
9=309, 10=317-319
73. Somaattinen dg n:o
74. Stressitekijän voimakkuus, viimeaik. tapahtumat
75. Stressitekijän voimakkuus, pitkäaik. tapahtumat
76. GAS tutkimushetkellä
77. GAS viim. 12 kk:n aikana

### **Hamilton**

78. Masentunut mieli
79. Syyllisyydentunteet

80. Itsemurha
81. Unettomuus, varhainen
82. Unettomuus, keskiyön
83. Unettomuus, aamuyön
84. Työ ja toiminta
85. Hidastuneisuus
86. Kiihtyneisyys
87. Psykkinen ahdistuneisuus
88. Somaattinen ahdistuneisuus
89. Somaattiset oireet G-I
90. Somaattiset oireet, yleiset
91. Genitaalioireet
92. Hypokondria
93. Painon menetys
94. Sairaudentunto
95. Vuorokausivaihtelu
96. Depersonalisaatio ja derealisaatio
97. Paranoidiset oireet
98. Pakkoneuroottiset oireet
99. Ahdistuneisuus-somatisaatio 10-13, keskiarvo
100. Kognitiiviset häiriöt 2,3,9,19,21, keskiarvo
101. Hidastuneisuus-depressio 1,7,8,14, keskiarvo
102. Unihäiriö 4-6
103. Melankolia summa 1,2,7,8,10,13
104. Hamiltonin summa

### **Madr**

105. Näkyvä surumieliisyys
106. Ilmoitettu surumieliisyys
107. Sisäinen jännitys
108. Vähentynyt uni
109. Vähentynyt ruokahalu
110. Keskittymisvaikeudet
111. Vähentynyt aloitekyky
112. Tunnekyvyttömyys
113. Pessimistiset ajatukset
114. Itsemurha-ajatukset
115. MADRS summa
116. Somaattinen huolestuminen
117. Ahdistuneisuus
118. Emotionaalinen vetäytyminen
119. Hajanaisuus
120. Syyllisyydentunteet
121. Kireys
122. Maneerit
123. Suuruusajatukset
124. Depressiivisyys

- 125. Vihamielisyys
- 126. Epäluuloisuus
- 127. Harhat
- 128. Motorinen estyneisyys
- 129. Yhteistyöhaluttomuus
- 130. Epätavalliset ajatukset
- 131. Välinpitämättömyys
- 132. Euforia
- 133. Kiihtymys, psykomotorinen ekskitaatio
- 134. Epätietoisuus ajasta ja paikasta, desorientaatio
- 135. BPRS summa
- 136. Ahdistuneisuus–depressio 1,2,5,9, keskiarvo
- 137. Ajatushäiriö 4,8,12,15
- 138. Vihamielisyys–epäluuloisuus 10,11,14
- 139. Anergia 3,13,16,19
- 140. Aktivaatio 6,7,17,18

### **Strauss–Carpenter**

- 141. Hyödyllisen työn määrä
- 142. Hyödyllisen työn laatu
- 143. Sosiaalisten suhteiden lukumäärä
- 144. Sosiaalisten suhteiden laatu
- 145. Heteroseksuaaliset suhteet
- 146. Perheen psykiatriset sairaalahoidot
- 147. Aikaisin oireiden puhkeamisikä
- 148. Käyttäytymisongelmat
- 149. Latistunut tunneilmaisu
- 150. Aikaa siitä kun harhat ilmaantuivat
- 151. Pisin periodi, jolloin vaikeita oireita
- 152. Harhat menneen vuoden aikana
- 153. Depressio, mania, hypomania menneen vuoden aikana
- 154. Laukaisevat tekijät
- 155. Subjektiiivisesti koettu vaikeuden aste viime kk:n aikana
- 156. Vallitseva selviytymistaso perustarpeista
- 157. Elämän täysipainoisuus menneen vuoden aikana
- 158. Strauss–Carpenter summa

### **Taustatiedot**

- 201. Lähettäjä: 1.terveyskeskus, 2.Mtt, 3.L–PKS, 4.itse, 5.mu
- 230. Lähetteen laatu: 1=vapaalähete, 2=M1, 3=itse, 4=muu
- 202. Koehenkilön ikä
- 203. Koehenkilön luokka, 1=poliklinikka, 2=sairaala
- 216. Koehenkilön hoitoryhmä: 1=ensimmäinen hoito, 2=uusiutuva hoito, 3=pitkäaikaishoito
- 204. Koehenkilön sukupuoli: 1=mies, 2=nainen
- 205. Koehenkilön diagnoosi tullessa
- 206. Sairaalahoitokerrat yhteensä



- 207. Sairaalahoitokerrat edellisen 2 v. kuluessa
- 208. Sairaalahoitopäivät edellisen 2 v. kuluessa
- 209. Aiemmat perhehoitajaksot
- 210. Siviilisäätö: 1=naimaton, 2=naimisissa, 3=eronnut, 4=leski
- 211. Perhesuhteet: 1=lapsi perheessä, 2=vanhempana perheessä, 3=yksin
- 212. Montako sukupolvea asuu yhdessä
- 213. Monesko avioliitto
- 214. Edellinen muutos tilanteessa kuukausissa
- 215. Hoitosuhde avohoidossa
- 217. Aikaa lähiomaisen menetykseen, kuukausia
- 218. Toimeentulo: 1=palkka, 2=työttömyyskorvaus, 3=eläke, 4=sosiaaliavustus, 5=toinen perheenjäsen
- 219. Koulutus: 0=ei ole, 1=ammattikurssi, 2=ammattikoulu, 3=opistotasoinen tutkinto, 4=korkeakoulututkinto
- 220. Työtilanne: 0=ei ole, 1=päivätyö, 2=vuorotyö

#### **Potilasta kuvaavat ominaisuudet**

- 221. GAS tulotilanteessa
- 223. Karkea arvio älykkyydestä WAIS:n mukaan
- 229. Päiviä ennen vastaanottokokousta
- 239. Neuroleptien määrä tulotilanteessa
- 240. Antidepressanttien määrä tulotilanteessa
- 241. Anksiolyyttien määrä tulotilanteessa
- 260. Rorschachin yleisdiagnoosi: 0=ei diagnoosia, 1=neuroottinen, 2=masentuneisuus, 3=rajatila, 4=psykoottinen, 5=krooninen skitsofrenia

#### **Perhettä kuvaavat ominaisuudet – Olsonin malli**

- 261. Perheen emotionaalinen sitominen
- 262. Perheen puuttuminen toisen asioihin
- 263. Aviosuhde
- 264. Vanhempi-lapsi koalitiot
- 265. Sisäiset rajat perheessä
- 266. Ulkoiset rajat perheessä
- 267. Koossapysyvyys kokonaisarviona
- 268. Perheen johtajuus
- 270. Perheen neuvottelu
- 271. Perheen roolit
- 272. Perheen säännöt
- 273. Sopeutuvuuden kokonaisarvio
- 274. Teemassa pysyminen
- 275. Kunnioitus ja huomiointi
- 276. Kommunikaation selkeys
- 277. Ilmaisun vapaus
- 278. Empatia
- 279. Puhuminen muitten puolesta
- 280. Tunkeutuminen toisen alueelle
- 281. Kommunikaation kokonaisarvio

282. Sijoittuminen Olsonin mallin ympyrälle, 1–3

245. Työryhmä Olsonin mallin asteikolla, arvot 1–16

246. Perhe Olsonin mallin asteikolla, arvot 1–16

### **Työryhmää kuvaavat ominaisuudet – Olsonin malli**

287. Työryhmän puuttuminen toisen asioihin

288. Työryhmän sisäiset rajat

289. Työryhmän ulkoiset rajat

290. Työryhmän koossapysyvyys

291. Työryhmän johtajuus

292. Työryhmän neuvottelu

293. Työryhmän roolit

294. Työryhmän säännöt

295. Työryhmän sopeutuvuus

296. Työryhmän teemassa pysyminen

297. Työryhmän kunnioitus ja huomiointi

298. Työryhmän selkeys

299. Työryhmän ilmaisun vapaus

300. Työryhmän empatia

301. Työryhmän toisten puolesta puhuminen

302. Työryhmän tunkeutuminen toisen alueelle

303. Työryhmän kommunikaatio

304. Työryhmä Olsonin mallin ympyrällä, 1–3

### **Työryhmän oma arvio toiminnastaan**

305. Tiimin ymmärryksen lisääntymisen hajonta (0–3)

306. Vuorovaikutusmäärä tiimin jäsen <-----> tiimin jäsen

307. Ymmärryksen lisääntyminen, keskiarvo

### **Sosiaalisen verkoston ominaisuudet**

308. Potilaan verkoston koko – sukulaiset

309. Potilaan verkoston koko – ei-sukulaiset

310. Potilaan verkosto yhteensä

311. Verkoston tiheys

312. Verkoston taso

## LIITE 16.

T-TESTI (R) C:|PATO|JYR.PHM

LUOKITTELUUUTTUJA luok

	H						X
	H						X
	H						X
	H						X
	H						X
H	H						X
H	H		H			X	X
H	H		H			X	X
H	H	H	H		X	X	X
	M-K						M
0			3		0		3

1	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	1.21	0.92	0.00	3.00	28
Sair	2.38	0.99	0.00	3.00	42

T-TESTI	Va.	p
Levenen F /var. yhtäsuuruus	1.1665	68 0.2839
T /varianssit yhtä suuria	-4.9831	68 0.0000
T /varianssit eri suuruisia	-5.0572	60.9 0.0000

	H						
	H						
	H			X			
	H			X	X		
	H			X	X		
	H			X	X		
	H	H		X	X		X
	H	H		X	X	X	X
	H	H	H	H	X	X	X
	M-K						M
0			3		0		3

4	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	0.37	0.74	0.00	3.00	27
Sair	1.05	1.08	0.00	3.00	42

T-TESTI	Va.	p
Levenen F /var. yhtäsuuruus	3.5422	67 0.0642
T /varianssit yhtä suuria	-2.8495	67 0.0062
T /varianssit eri suuruisia	-3.0853	66.7 0.0031

	H						
	H						
	H			X			
	H			X			
	H			X		X	
	H			X	X	X	
	H	H		X	X	X	X
	H	H	H	H	X	X	X
	M-K						M
0			3		0		3

5	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	0.30	0.72	0.00	3.00	27
Sair	1.00	1.06	0.00	3.00	42

T-TESTI	Va.	p
Levenen F /var. yhtäsuuruus	10.3415	67 0.0020
T /varianssit yhtä suuria	-3.0240	67 0.0038
T /varianssit eri suuruisia	-3.2765	66.7 0.0018

H				X				
H				X				
H				X				
H				X				
H				X			X	
H				X	X		X	
H	H			X	X		X	
H	H			X	X		X	X
H	H	H	H	X	X		X	X
M-K	-----			M-K	-----			
0			3	0				3
	Pol				Sair			
6		Ka	Kh	Min	Max			n
Pol		0.33	0.73	0.00	3.00			27
Sair		1.02	1.09	0.00	3.00			42
T-TESTI					Va.			p
Levenen F /var. yhtäsuuruus			10.0865		67			0.0023
T /varianssit yhtä suuria			-2.8872		67			0.0056
T /varianssit eri suuruisia			-3.1390		66.8			0.0027

H				X				
H				X				
H				X				
H				X				
H				X				
H				X				
H		H		X				
H	H	H	H	X				
H	H	H	H	X				
M-K	-----			M-K	-----			
0			3	0				3
	Pol				Sair			
13		Ka	Kh	Min	Max			n
Pol		0.74	1.10	0.00	3.00			27
Sair		0.07	0.46	0.00	3.00			42
T-TESTI					Va.			p
Levenen F /var. yhtäsuuruus			44.2492		67			0.0000
T /varianssit yhtä suuria			3.5130		67			0.0009
T /varianssit eri suuruisia			3.0076		32.0			0.0051

H				X				
H				X				
H				X				
H				X				
H				X				
H				X				
H				X				
H				X	X		X	X
H	H		H	X	X		X	X
M-K	-----			M-K	-----			
0			3	0				3
	Pol				Sair			
28		Ka	Kh	Min	Max			n
Pol		0.18	0.61	0.00	3.00			28
Sair		0.71	1.10	0.00	3.00			41
T-TESTI					Va.			p
Levenen F /var. yhtäsuuruus			20.7523		67			0.0000
T /varianssit yhtä suuria			-2.3062		67			0.0253
T /varianssit eri suuruisia			-2.5518		64.7			0.0136













```

      H                      X X
    HH H                    X X X
    HH H H                  X X X
    HH H H H                X X X
    HH H H H H              XX X X   XX
-----M-----
0                      0
          Pol          2.6          Sair          2.6
-----
100          Ka          Kh          Min          Max          n
-----
Pol          0.45         0.41         0.00         1.80         25
Sair        0.59         0.50         0.00         2.60         41
-----
T-TESTI                                     Va.          p
-----
Levenen F /var. yhtäsuuruus          0.2804          64          0.5983
T /varianssit yhtä suuria            -1.1487          64          0.2550
T /varianssit eri suuruisia          -1.2086          58.8         0.2349
-----

```

```

      H                      X
      H H                    X X
      H H                    X X
      H H H                  X X
    H H H H                  X X
    H H H H H                X X X X
    H H H H H H              X X X X   X
-----M-----
0                      0
          Pol          2.75          Sair          2.75
-----
101          Ka          Kh          Min          Max          n
-----
Pol          0.59         0.51         0.00         2.50         25
Sair        0.49         0.66         0.00         2.75         41
-----
T-TESTI                                     Va.          p
-----
Levenen F /var. yhtäsuuruus          0.8107          64          0.3713
T /varianssit yhtä suuria            -0.6178          64          0.5389
T /varianssit eri suuruisia          0.6572          60.3         0.5145
-----

```

```

      H                      X
      H                      X
      H                      X
      H H                    X X
      H H H                  X X
      H H H H                X X
      H H H H H              X X X X   X
      H H H H H H            X X X X   X
-----M-K-----
0                      0
          Pol          2          Sair          2
-----
102          Ka          Kh          Min          Max          n
-----
Pol          0.49         0.51         0.00         2.00         25
Sair        0.62         0.67         0.00         2.00         41
-----
T-TESTI                                     Va.          p
-----
Levenen F /var. yhtäsuuruus          3.9093          64          0.0523
T /varianssit yhtä suuria            -0.8385          64          0.4049
T /varianssit eri suuruisia          -0.8958          60.8         0.3771
-----

```

```

      H                      X X
      H                      XXX
      H                      XXXXX
      HH                     XXXXX X
    HHHH HH                  XXXXX X
    HHHHH HHHH              XXXXX X
-----MK-----
0                      0
          Pol          20          Sair          20
-----
103          Ka          Kh          Min          Max          n
-----
Pol          4.21         3.08         0.33         15.00         25
Sair        4.12         4.29         0.00         20.00         41
-----
T-TESTI                                     Va.          p
-----
Levenen F /var. yhtäsuuruus          0.4335          64          0.5126
T /varianssit yhtä suuria            0.0968          64          0.9232
T /varianssit eri suuruisia          0.1048          62.2         0.9170
-----

```

```

      H                      X
      HH                    X
      HHHH HH              XXXX X
      HHHHHHHHH          H          XXXXXXXX X
      ---MK-----
      .66                      .66
      Pol                      Sair
      43                      43

```

104	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	9.20	7.14	1.00	38.00	25
Sair	11.26	9.36	0.66	43.00	41
T-TESTI					p
Levenen F /var. yhtäsuuruus			1.4093	64	0.2396
T /varianssit yhtä suuria			-0.9446	64	0.3484
T /varianssit eri suuruisia			-1.0083	60.7	0.3201

```

      H H HHH              X
      HHHHHHH H          XXXX X
      HHHHHHHHH H          XXXXXXXX XX
      ---MK-----
      0                      0
      Pol                      Sair
      43                      43

```

115	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	11.29	7.47	1.00	38.00	24
Sair	11.46	10.41	0.00	43.00	41
T-TESTI					p
Levenen F /var. yhtäsuuruus			2.5797	63	0.1132
T /varianssit yhtä suuria			-0.0707	63	0.9443
T /varianssit eri suuruisia			-0.0770	60.3	0.9390

```

      H H                      X X
      H H                    XX X XX X
      HHH                    XXXX XXXX
      HHH H
      HHHHHHHHH H
      ---MK-----
      2                      2
      Pol                      Sair
      46                      46

```

135	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	9.60	5.68	2.00	26.00	25
Sair	15.56	10.78	4.00	46.00	41
T-TESTI					p
Levenen F /var. yhtäsuuruus			5.0778	64	0.0277
T /varianssit yhtä suuria			-2.5531	64	0.0131
T /varianssit eri suuruisia			-2.9361	63.0	0.0050

```

      H H H H H          X X
      H HH HH H H      X XX
      HH HH HH H HH H  X XX X
      ---MK-----
      0                      0
      Pol                      Sair
      4                      4

```

136	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	1.14	0.76	0.00	3.00	25
Sair	1.07	0.83	0.00	4.00	41
T-TESTI					p
Levenen F /var. yhtäsuuruus			0.1416	64	0.7079
T /varianssit yhtä suuria			0.3269	64	0.7448
T /varianssit eri suuruisia			0.3341	54.4	0.7405







```

X
X
X
X
X
X
H      H
H      H
H      H
H      H
H      H
H      H      H      H
-----M--K-----
0                      4
Pol

```

```

X
X
X
X
X
X
X      X      X
X      X      X
X      X      X
X      X      X
X      X      X
-----M--K-----
0                      4
Sair

```

219	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	1.39	1.26	0.00	4.00	28
Sair	0.90	1.10	0.00	4.00	42

T-TESTI Va. p

Levenen F /var. yhtäsuuruus	1.1012	68	0.2977
T /varianssit yhtä suuria	1.7172	68	0.0905
T /varianssit eri suuruisia	1.6715	52.6	0.1025

```

H
H H HH
H HH HH H
H HHHH HH H H
-----MK-----
34                      129
Pol

```

```

X X X
X X XX X
X XXXXXX XXXXXXXX
-----M-----
34                      129
Sair

```

223	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	94.19	16.04	68.00	129.00	21
Sair	86.51	17.82	34.00	114.00	35

T-TESTI Va. p

Levenen F /var. yhtäsuuruus	0.0107	54	0.9178
T /varianssit yhtä suuria	1.6186	54	0.1114
T /varianssit eri suuruisia	1.6623	45.8	0.1104

```

X
X
X
X
X
X
H      H
H      H
H      H      H
H      H      H
H      H      H
H      H      H
H      H      H
H      H      H
-----KM-----
1                      5
Pol

```

```

X
X
X
X
X
X
X
X
X
X
X
X
X
X
-----K-----M
1                      5
Sair

```

260	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	3.41	1.18	1.00	5.00	22
Sair	4.32	0.88	1.00	5.00	37

T-TESTI Va. p

Levenen F /var. yhtäsuuruus	2.7301	57	0.1040
T /varianssit yhtä suuria	-3.3869	57	0.0014
T /varianssit eri suuruisia	-3.1474	35.0	0.0039







```

      H
      H
      H H
      HHH HHH H H
      HHHH HHH H H H
      -----MK-----
0
      Pol
      42

      X
      XXX X
      X XXX X X
      X XXXXX XXXXX X
      -----MK-----
0
      Sair
      42
  
```

310	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	15.58	8.91	6.00	38.00	26
Sair	13.69	8.52	0.00	42.00	39

T-TESTI

	Va.	p
Levenen F /var. yhtäsuuruus	0.3067	63 0.5817
T /varianssit yhtä suuria	0.8577	63 0.3981
T /varianssit eri suuruisia	0.8499	52.0 0.3994

```

      H
      H
      H
      HHHH H H
      HHHHHHHHHH H H
      -----M-K-----
0
      Pol
      .8

      XX XX XXX X
      XXXXXXXXXXXXXX X X X X
      -----MK-----
0
      Sair
      .8
  
```

311	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	0.22	0.16	0.05	0.71	26
Sair	0.29	0.18	0.00	0.80	39

T-TESTI

	Va.	p
Levenen F /var. yhtäsuuruus	0.4030	63 0.5278
T /varianssit yhtä suuria	-1.4934	63 0.1436
T /varianssit eri suuruisia	-1.5327	58.2 0.1315

```

      X
      X
      X
      XX
      XXX
      XXX
      XXX
      XXXX XX X
      -----MK-----
.82
      Pol
      26

      X
      X
      X
      XX
      XXX
      XXX
      XXXX XX X
      -----MK-----
.82
      Sair
      26
  
```

312	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	2.47	1.10	0.82	5.00	26
Sair	3.51	4.15	1.00	26.00	39

T-TESTI

	Va.	p
Levenen F /var. yhtäsuuruus	2.8525	63 0.0962
T /varianssit yhtä suuria	-1.2382	63 0.2240
T /varianssit eri suuruisia	-1.4794	45.6 0.1534

```

      X
      X
      X
      X
      X
      X
      X
      XX
      XXX
      XXXX
      -----M-----
0
      Pol
      22

      X
      X
      X
      XX
      XXX
      XXXX
      -----M-----
0
      Sair
      22
  
```

315	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	1.62	4.42	0.00	22.00	26
Sair	0.46	0.85	0.00	3.00	39

T-TESTI

	Va.	p
Levenen F /var. yhtäsuuruus	6.7926	63 0.0114
T /varianssit yhtä suuria	1.5927	63 0.1192
T /varianssit eri suuruisia	1.3152	26.2 0.2020

316	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	9.85	6.69	0.00	29.00	26
Sair	6.28	4.23	0.00	19.00	39
T-TESTI					p
Levenen F /var. yhtäsuuruus			6.1461	63	0.0159
T /variassit yhtä suuria			2.6356	63	0.0112
T /variassit eri suuruisia			2.4151	38.3	0.0212

317	Ka	Kh	Min	Max	n
Pol	2.15	4.14	0.00	20.00	26
Sair	0.64	0.96	0.00	3.00	39
T-TESTI					p
Levenen F /var. yhtäsuuruus			7.9050	63	0.0066
T /variassit yhtä suuria			2.2009	63	0.0328
T /variassit eri suuruisia			1.8289	26.8	0.0832

## LIITE 17.

PÄÄKOMONENTTIANALYYSI C: |PATO|JYR.PHM

OMINAISARVOT SELITYSOSUUS

1	4.1043	22.802
2	2.5628	14.238
3	2.1031	11.684

FAKTORILATAUKSET n=70

M/F	1	2	3	H2
1	0.672	0.319	-0.142	0.574
4	0.700	0.344	-0.007	0.608
5	0.693	0.527	-0.141	0.779
6	0.636	0.513	-0.086	0.676
34	0.205	-0.629	0.350	0.560
36	-0.493	0.367	0.151	0.401
42	0.295	-0.281	0.023	0.167
44	0.433	-0.088	-0.061	0.199
69	-0.154	0.325	0.607	0.498
70	-0.235	0.332	0.494	0.409
76	-0.754	0.067	-0.207	0.615
135	0.667	0.272	0.335	0.632
158	-0.418	0.447	-0.466	0.592
206	0.333	-0.516	-0.000	0.377
281	-0.349	0.303	0.306	0.307
282	-0.227	0.391	0.429	0.389
304	-0.161	0.111	0.577	0.371
316	-0.373	0.409	-0.558	0.617
YHT.V.	4.1	2.6	2.1	

ROTATOIDUT FAKTORILATAUKSET - VARIMAX

M/F	1	2	3	H2
5	0.870	0.131	-0.073	0.779
6	0.814	0.115	-0.017	0.676
4	0.774	-0.074	-0.054	0.608
1	0.739	-0.002	-0.168	0.574
135	0.706	-0.304	0.203	0.632
76	-0.595	0.503	0.092	0.615
44	0.317	-0.220	-0.225	0.199
316	-0.086	0.767	-0.148	0.617
158	-0.105	0.761	-0.040	0.592
34	-0.172	-0.724	-0.078	0.560
206	-0.001	-0.504	-0.351	0.377
36	-0.216	0.388	0.452	0.401
42	0.095	-0.339	-0.207	0.167
69	0.043	-0.053	0.702	0.498
70	-0.020	0.052	0.637	0.409
282	0.019	0.126	0.610	0.389
304	-0.079	-0.180	0.576	0.371
281	-0.131	0.191	0.504	0.307
YHT.V.	3.6	2.7	2.4	

ROTATOIDUT FAKTORILATAUKSET - VARIMAX

M/F	1	2	3	H2
1	0.739	-0.002	-0.168	0.574
4	0.774	-0.074	-0.054	0.608
5	0.870	0.131	-0.073	0.779
6	0.814	0.115	-0.017	0.676
34	-0.172	-0.724	-0.078	0.560
36	-0.216	0.388	0.452	0.401
42	0.095	-0.339	-0.207	0.167
44	0.317	-0.220	-0.225	0.199
69	0.043	-0.053	0.702	0.498
70	-0.020	0.052	0.637	0.409
76	-0.595	0.503	0.092	0.615
135	0.706	-0.304	0.203	0.632
158	-0.105	0.761	-0.040	0.592
206	-0.001	-0.504	-0.351	0.377
281	-0.131	0.191	0.504	0.307
282	0.019	0.126	0.610	0.389
304	-0.079	-0.180	0.576	0.371
316	-0.086	0.767	-0.148	0.617
YHT.V.	3.6	2.7	2.4	

FAKTORIPISTEMÄRIEN KERTOIMET

1	0.206	0.050	-0.045
4	0.216	0.018	0.010
5	0.254	0.103	-0.007
6	0.240	0.091	0.016
34	-0.093	-0.285	0.003
36	-0.023	0.111	0.165
42	0.001	-0.114	-0.066
44	0.070	-0.055	-0.072
69	0.036	-0.061	0.310
70	0.021	-0.019	0.273
76	-0.139	0.156	-0.012
135	0.193	-0.091	0.133
158	0.011	0.291	-0.067
206	-0.041	-0.174	-0.122
281	-0.008	0.037	0.202
282	0.035	0.013	0.258
304	-0.011	-0.109	0.259
316	0.012	0.301	-0.113

1	-0.868	0.745	1.804
2	-0.882	-1.212	0.255
3	0.116	0.357	1.814
4	-0.305	0.696	0.583
5	0.512	0.403	0.753
6	-0.321	0.360	0.220
7	-0.998	-0.405	0.403
8	1.475	2.357	1.645
9	-0.191	0.806	-0.330
10	-0.806	0.876	-0.257
11	-0.845	-1.032	1.687
12	-0.388	0.131	2.267
13	-0.575	1.418	-0.306
14	-1.225	2.675	0.463
15	-0.719	-0.696	0.399
16	-0.913	0.082	1.454
17	-0.222	0.679	1.781
18	-0.219	1.562	-0.834
19	-0.723	0.346	0.982
20	-0.985	-1.597	0.906
21	-0.961	0.694	0.433
22	-1.278	0.841	-0.491
23	-0.607	0.744	0.640
24	-0.981	1.483	-0.803
25	-1.181	-0.048	0.740
26	1.145	1.503	0.819
27	-1.259	0.763	-0.606
28	-1.046	-1.172	1.011
29	0.578	-0.785	0.770
30	-0.350	0.685	0.043
31	0.138	-0.587	0.227
32	2.918	0.560	1.655
33	0.320	-2.194	0.875
34	0.125	-0.178	-0.476
35	1.083	1.217	-1.196
36	-0.460	0.115	-1.082
37	1.709	-1.094	-0.842
38	-0.091	0.108	-0.435
39	-0.173	-1.790	-0.216
40	-0.436	-0.055	-0.688
41	-0.246	-1.228	-0.190
42	-0.665	0.600	-0.794
43	1.245	-0.531	-0.863
44	0.544	0.053	-1.475
45	-1.077	-0.429	-2.215
46	-0.872	-0.212	-0.221
47	-1.693	-0.772	-0.360
48	0.995	0.225	1.105
49	1.615	-0.779	0.717
50	1.641	-0.474	-0.261
51	2.793	-0.584	-0.415
52	-0.284	0.709	-1.541
53	1.190	-0.798	-0.771
54	1.261	0.789	0.489
55	0.937	1.233	-1.942
56	1.421	1.623	-0.471
57	0.640	-1.043	0.294
58	-1.301	-1.306	-0.267
59	1.062	0.069	-0.859
60	-0.474	0.884	-0.171
61	0.273	-1.150	-0.597
62	0.180	-1.273	0.839
63	-1.119	-0.811	-2.084
64	-0.516	0.074	-0.992
65	-0.250	-0.285	-0.609
66	1.039	-0.791	-0.701
67	-0.755	-0.232	-0.762
68	-0.618	-1.355	-0.085
69	-0.003	-0.134	-1.594
70	-0.460	-1.430	0.727

## AINEISTON LUOKITTELU - TN-ARVO .33

LUOKITELTUJA HAVAINTOYKSIKÖITÄ	70
OIKEIN LUOKITELTUJA .....	63
OIKEIN LUOKITELTUJA %.....	90.00
VÄÄRIN LUOKITELTUJA .....	7
VÄÄRIN LUOKITELTUJA %.....	10.00

## ENNUSTETUT JA TODELLISET LUOKITUKSET

ENN/HAV	Pol	Sair	YHT.
Pol	25	3	28
Sair	4	38	42
YHT.	29	41	70

## OIKEIDEN LUOKITUSTEN PROSENTTIOSUUEDET

ENN/HAV	Pol	Sair
Pol	86.21	7.32
Sair	13.79	92.68

## HAVAINTOYKSIKÖIDEN LUOKAT

## TODELLISET LUOKAT

## Pol

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28		

## Sair

29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
59	60	61	62	63	64	65	66	67	68
69	70								

## ENNUSTETUT LUOKAT

## Pol

1	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	16	17	18	19	21	22	23
24	25	26	27	28	30*	42*	46*	60*	

## Sair

2*	15*	20*	29	31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	43	44	45	47	48
49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
59	61	62	63	64	65	66	67	68	69
70									

\* - poikkeaa todellisesta luokittelista

## LIITE 10.

T-TESTI (R) C:|PATO|JYR.PHM

LUOKITTELUUUTTUJA luok

```

HH
HHH
HHHH HH
HHHHHHH H H H H
--MK-----
-1.3007564      2.9179198      -1.3007564      2.9179198
      Pol                      Sair
-----
Oireist      Ka      Kh      Min      Max      n
-----
Pol      -0.54      0.68      -1.28      1.48      28
Sair      0.36      1.02      -1.30      2.92      42
-----
T-TESTI                      Va.      p
-----
Levenen F /var. yhtäsuuruus      7.6609      68      0.0073
T /varianssit yhtä suuria      -4.1304      68      0.0001
T /varianssit eri suuruisia      -4.4671      68.0      0.0000
-----

```

```

      H
      H
      H
      H H
      H H H
H HH HH HHH HH HH H H
--KM-----
-2.1936539      2.6750341      -2.1936539      2.6750341
      Pol                      Sair
-----
Kroonis      Ka      Kh      Min      Max      n
-----
Pol      0.48      1.02      -1.60      2.68      28
Sair      -0.32      0.86      -2.19      1.62      42
-----
T-TESTI                      Va.      p
-----
Levenen F /var. yhtäsuuruus      0.2661      68      0.6077
T /varianssit yhtä suuria      3.5180      68      0.0008
T /varianssit eri suuruisia      3.3972      51.0      0.0015
-----

```

```

      H
      H HHH H
      HHH HHHH HHH H
--M-----
-2.2145203      2.2671484      -2.2145203      2.2671484
      Pol                      Sair
-----
Yhteist      Ka      Kh      Min      Max      n
-----
Pol      0.62      0.86      -0.83      2.27      28
Sair      -0.42      0.87      -2.21      1.65      42
-----
T-TESTI                      Va.      p
-----
Levenen F /var. yhtäsuuruus      0.0365      68      0.8491
T /varianssit yhtä suuria      4.9161      68      0.0000
T /varianssit eri suuruisia      4.9220      58.3      0.0000
-----

```

T-TESTI (R) C:|PATO|JYR.PHM

LUOKITTELUJUTTUJA luok

```

      HH
      HHH
      HHHH HH
      HHHHHH H H H H
      --MK-----
      -1.3007564      2.9179198      -1.3007564      2.9179198
              Pol                      Sair
-----
Oireist          Ka          Kh          Min          Max          n
-----
Pol              -0.54         0.68         -1.28         1.48         28
Sair             0.36         1.02         -1.30         2.92         42
-----
T-TESTI                      Va.          p
-----
Levenen F /var. yhtäsuuruus      7.6609         68      0.0073
T /varianssit yhtä suuria        -4.1304         68      0.0001
T /varianssit eri suuruisia      -4.4671        68.0     0.0000
-----

```

```

              H
              H
              H
              H H
              H H H
      H HH HH HHH HH HH H H
      --KM-----
      -2.1936539      2.6750341      -2.1936539      2.6750341
              Pol                      Sair
-----
Kroonis          Ka          Kh          Min          Max          n
-----
Pol              0.48         1.02         -1.60         2.68         28
Sair            -0.32         0.86         -2.19         1.62         42
-----
T-TESTI                      Va.          p
-----
Levenen F /var. yhtäsuuruus      0.2661         68      0.6077
T /varianssit yhtä suuria        3.5180         68      0.0008
T /varianssit eri suuruisia      3.3972        51.0     0.0015
-----

```

```

              H
              H HHH H
      HHHH HHHHH HHH H
      --M-----
      -2.2145203      2.2671484      -2.2145203      2.2671484
              Pol                      Sair
-----
Yhteist          Ka          Kh          Min          Max          n
-----
Pol              0.62         0.86         -0.83         2.27         28
Sair            -0.42         0.87         -2.21         1.65         42
-----
T-TESTI                      Va.          p
-----
Levenen F /var. yhtäsuuruus      0.0365         68      0.8491
T /varianssit yhtä suuria        4.9161         68      0.0000
T /varianssit eri suuruisia      4.9220        58.3     0.0000
-----

```



## LIITE 19 .

MONIMUUTTUJAVARIANSSIANALYYSI (MANOVA) C:|PATO|JYR.PHM

LUOKITTELU MUUTTUJA: luok

## KESKIJARVOT

M/R	Pol	Sair	YHT.
Oireist	-0.54	0.36	0.00
Kroonis	0.48	-0.32	0.00
Yhteist	0.62	-0.42	0.00
n=	28	42	70

## KESKIHAJONNAT

M/R	Pol	Sair	YHT.
Oireist	0.68	1.02	1.00
Kroonis	1.02	0.86	1.00
Yhteist	0.86	0.87	1.00

## Box'n testi

M	F	n1	n2	p
8.783	1.39	6	22509	0.2146

RYHMIEN HAJONNAT EIVÄT POIKKEA TILASTOLLISESTI.

## VARIANSSIANALYYSI Df 1/68

Muuttuja	Ryhmien välinen MS	Ryhmien sisäinen MS	F	Eta	p
Oireist	13.84	0.81	17.06	0.2006	0.0001
Kroonis	10.62	0.86	12.38	0.1540	0.0008
Yhteist	18.09	0.75	24.17	0.2622	0.0000

Wilk's Lambda	0.3832
Yl. korrelaationsuhde	0.6168
Erottelun F-suhde	35.41
Vapausasteet	3/66
Erottelun p-arvo	0.0000

## LIITE 20.

EROTTELUANALYYSI C: |PATO|JYR.PHM

LUOKITTELUUUTTUJA: luok

## KESKIARVOT

M/R	Pol	Sair	YHT.
Oireist	-0.54	0.36	0.00
Kroonis	0.48	-0.32	0.00
Yhteist	0.62	-0.42	0.00
n=	28	42	70

## KESKIHAJONNAT

M/R	Pol	Sair	YHT.
Oireist	0.68	1.02	1.00
Kroonis	1.02	0.86	1.00
Yhteist	0.86	0.87	1.00

Wilks Lambda 0.3832  
 Yl. korrelaationsuhde 0.6168  
 Yl. erottelun F-arvo 35.4066  
 Vapausasteet 3/66  
 P-arvo 0.0000

## EROTTELUFUNKTIOT

Poistettu	Rc	Rc2	O.A.	Khi2	Lambda	Sel%	Df	p
0	0.785	0.617	1.609	63.781	0.383	100.000	3	0.0000

## KERTOIMET

M/Funkt	
	1
Oireist	0.570256
Kroonis	-0.499657
Yhteist	-0.652037

## EROTTELUFUNKTIOIDEN FAKTORIRAKENNE

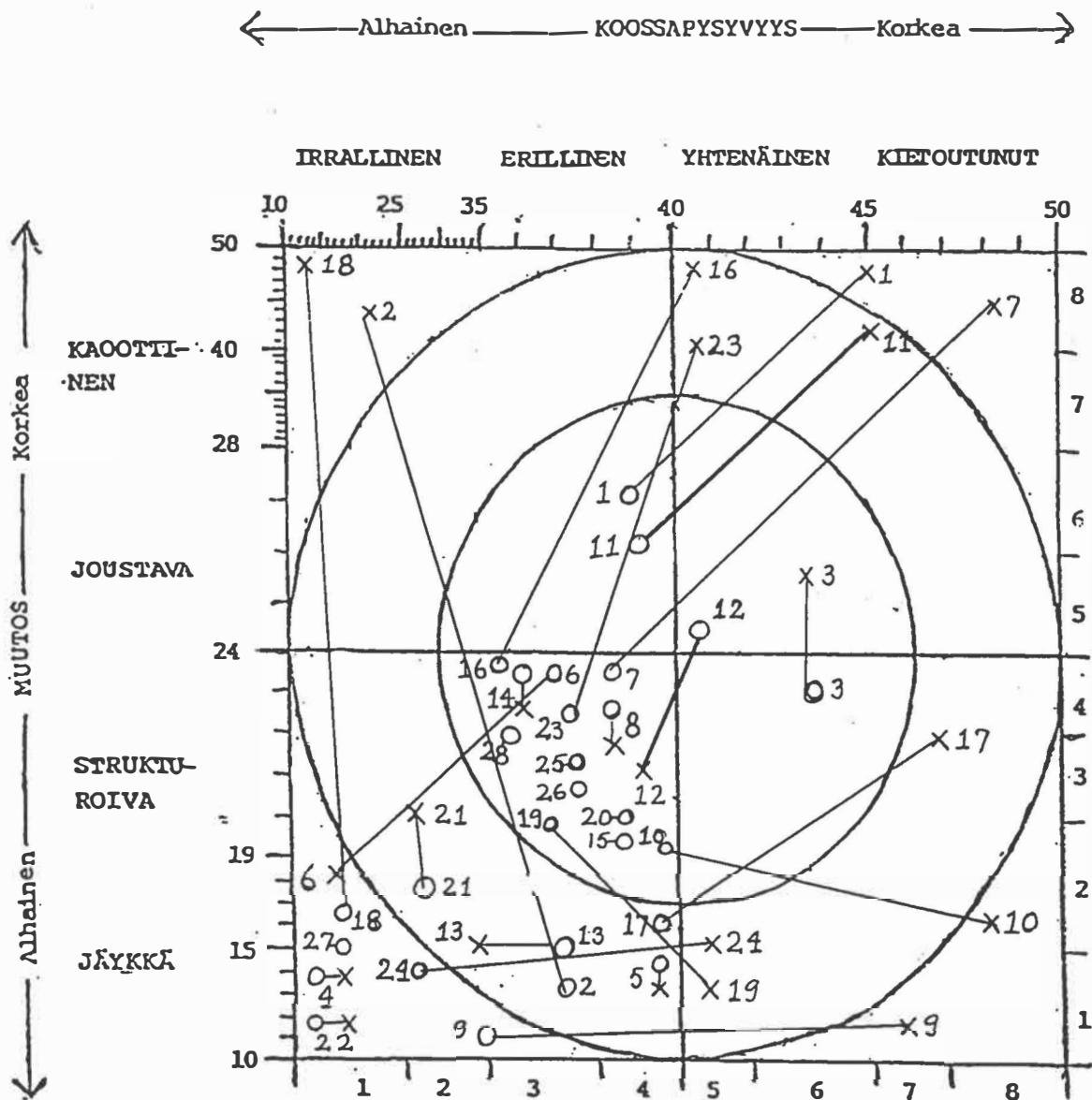
M/Fakt	1	H2
Oireist	0.562	0.316
Kroonis	-0.493	0.243
Yhteist	-0.643	0.413
S.O.	32.39	

## RYHMIEN KESKUSTAT EROTTTELUTILASSA

R/Funkt	
	1
Pol	-0.955
Sair	0.637

LIITE 21.

POLIKLINIKKA

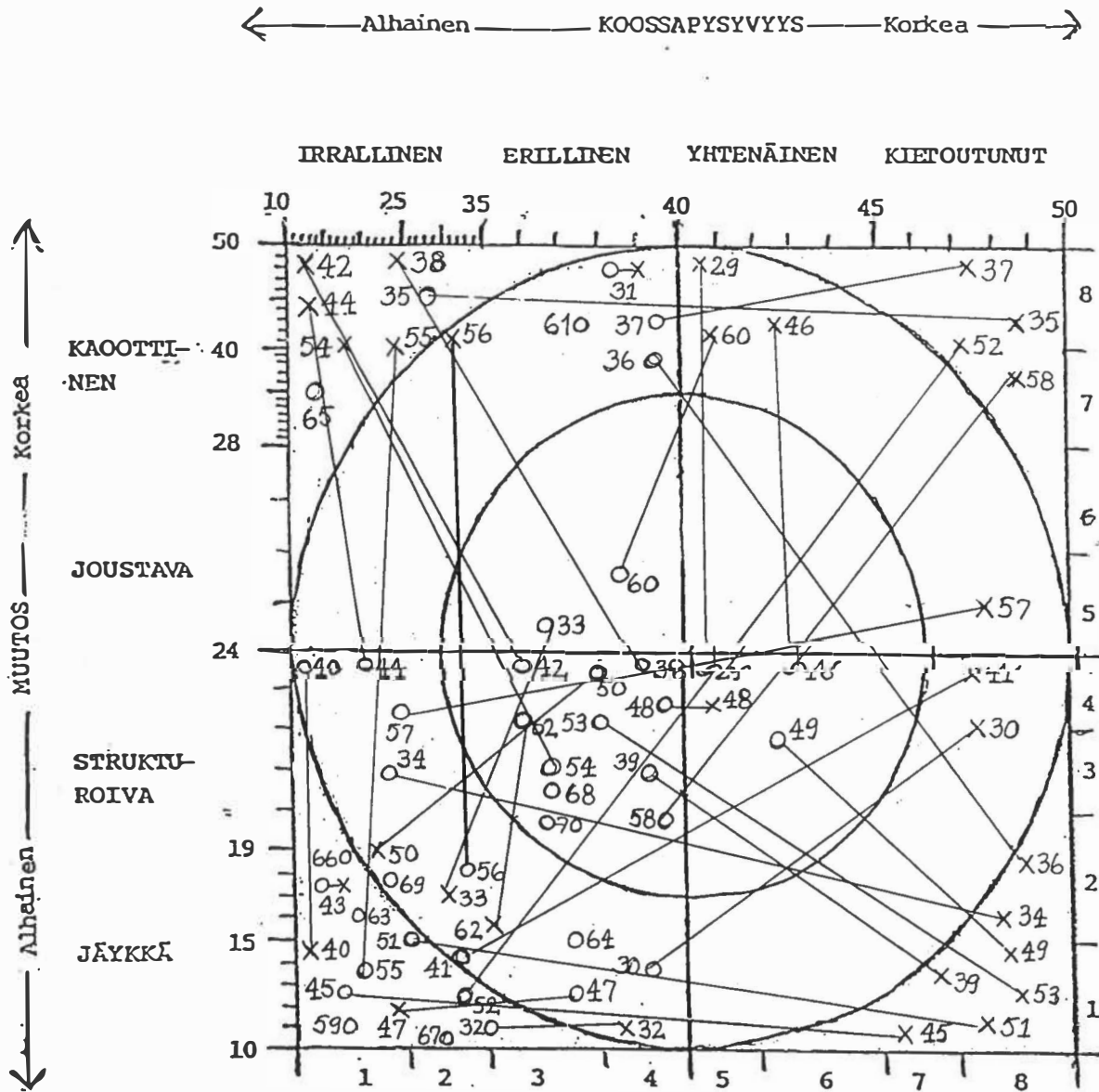


x= perhe  
o= työryhmä

11 = tapausesimerkki "Kasvissyöjä"  
12 = tapausesimerkki "Anteeksipyyntö auttoi"

LIITE 22.

SAIRAALA



x= perhe  
o= työryhmä

56 = tapausesimerkki "Totuus unohtui"