

Arja Heikkinen

Vaikeiden
mielenterveyshäiriöiden
tarpeenmukainen hoito ja sen
toteutuminen Kainuussa vuosina
2004–2005



Arja Heikkinen

Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden
tarpeenmukainen hoito ja sen toteutuminen
Kainuussa vuosina 2004–2005

Esitetään Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston Agora-rakennuksen Gamma-salissa
helmikuun 28. päivänä 2014 kello 12.

Academic dissertation to be publicly discussed, by permission of
the Faculty of Social Sciences of the University of Jyväskylä,
in building Agora, Auditorium Gamma, on February 28, 2014 at 12 o'clock noon.



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2014

Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden
tarpeenmukainen hoito ja sen toteutuminen
Kainuussa vuosina 2004–2005

Arja Heikkinen

Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden
tarpeenmukainen hoito ja sen toteutuminen
Kainuussa vuosina 2004–2005



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2014

Editors

Timo Suutama

Department of Psychology, University of Jyväskylä

Pekka Olsbo

Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

URN:ISBN:978-951-39-5616-5

ISBN 978-951-39-5616-5 (PDF)

ISBN 78-951-39-5615-8 (nid.)

ISSN 0075-4625

Copyright © 2014, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2014

ABSTRACT

Heikkinen, Arja

Need Adapted Treatment of Severe Mental Health Disorders and its Realisation in Kainuu in 2004–2005

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2014, 248 p.

(Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research

ISSN 0075-4625; 493)

ISBN 978-951-39-5615-8 (nid.)

ISBN 978-951-39-5616-5 (PDF)

The study was carried out years 2004 – 2005 in Kainuu, Finland, a psychiatric catchment area of 86 000 inhabitants. The theoretical framework is based on the Need Adapted Approach, developed in Finland since the 1970s. The aim of the study was to describe how the principles of need adapted treatment are realized in clinical patient care in the public mental health services in Kainuu area. The study population consisted of 98 psychiatric patients in the initial assessment and of 87 patients in the follow-up assessment. During the study we also observed changes in the burden of the patient's close personal network. The study population of the patient's close personal network was in the initial assessment 85 persons, and in the follow up they were 81. The shaping and realization of need adapted treatment, and changes in the mental state and competence during the follow-up period for six months after the patients had sought treatment were studied, assessed by the patient himself or herself, by a member of the patient's close personal network and by the researcher. Four study groups were formed retrospectively: 1. extensive family and network centred initial examination realized/not realized, 2.integrated treatment realized/not realized, 3. family care realized/not realized and 4. case specific team (TKTR) responsible for treatment realized/not realized. The members of the patient's close personal network were retrospectively classified in similar groups as the patients in the study population.

An extensive family and network centred initial examination, integration of treatment; family care and responsibility for care with the case-specific team were realized with the patients who according to the initial assessment had particularly poor competence (GAS 11–40), and suicidal thoughts and suicide attempts; they also had multi-medication drug regimen, secondary diagnosis including disorders due to psychoactive substance use or personality disorder, and psychiatric treatment periods. Extensive family and network centred initial examination, integration of treatment; family care and responsibility for care with the case-specific team were realized especially in the treatment of psychotic patients. In family care there were more patients who had received a diagnosis of mood disorder than in individual care and, correspondingly, in individual care there were more patients who had received a diagnosis of psychosis. During the six month follow-up period there were more positive than negative changes in the mental state and competence and in the burden of close network members. Need adapted treatment was realized especially in the treatment of patients suffering from severe mental health disorders with comorbidity. Integration of treatment also meant that those close to the patient were integrated into the services and treatment. Then, integration does not only mean the integrated services between different authorities during the treatment of the patient.

Keywords: need adapted treatment, severe mental health disorders, treatment meeting, extensive family and network centred initial examination, integrated treatment, family care, case-specific team, patient's capacity and family burden.

Author's address	Arja Heikkinen Email: arja.heikkinen@ouka.fi
Supervisors	Professor, emeritus Jukka Aaltonen, M.D., Ph.D. Department of Psychology University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland Email: aaltonen@jyu.fi Professor Jaakko Seikkula, Ph.D. Department of Psychology University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland Email: jaakko.seikkula@psyka.jyu.fi M.D. Mauno Saari, Ph.D. Email. mauno.saari@kainuu.fi
Reviewers	Docent Klaus Lehtinen, Ph.D. University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland Docent Timo Tuori, Ph.D. University of Tampere, Tampere, Finland
Opponents	Professor, emeritus Erkki Väisänen, M.D., Ph.D. University of Oulu, Oulu, Finland

ESIPUHE

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on ollut Kainuun sairaanhoitopiirissä tehty psykiatrisen hoidon kehittämistyö. Kainuun alueelle on kehitetty pitkäjänteisesti hoitomallia, joka noudattelee tarpeenmukaisen hoidon, valtakunnallisen skitsofrenia- ja API-projektin tuottamia suosituksia hyvästä hoidosta. LT Mauno Saaren väitöskirja Psykoosiryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992-1996 sekä oma pro gradu -tutkielmani Tapauskohtainen työryhmätyöskentely hoitokokouksessa liittyivät olennaisesti tähän kehittämistyöhön. LT Mauno Saaren kannustus sai minut jatkamaan tutkimustyötäni. Tästä kiitän häntä lämpimästi. Kiitos TtT Helmi Tirille kaikesta yhteistyöstä vuosien aikana. Teimme yhdessä artikkelijulkaisun Potilaan eristäminen psykiatrisella osastolla. Potilashaastattelut vaikuttivat siihen, että halusin jatkaa tutkimustyötäni potilaan hoidon toteutumisen näkökulmasta.

Kainuun alueen kehittämistyöhön liittyi olennaisesti myös henkilöstön psykoterapiakoulutukset, jotka toteutettiin yhteistyössä Jyväskylän yliopiston ja Kainuun ammattikorkeakoulun kanssa. Tässä yhteydessä professori, LKT Jukka Aaltonen liittyi mukaan kehittämistyöhön. Hänen vahva näkemyksensä tieteellisen tutkimuksen kytkemisestä kehittämistyöhön sai minut ryhtymään tähän tutkimustyöhön. Tutkimustyössäni ja ammatillisessa kehittämisessäni professori, LKT Jukka Aaltonen merkitys on ollut minulle keskeisen tärkeä. Hän on jaksanut tukea minua lämpimästi ja kannustavasti tässä pitkässä ja välillä epätoivoiseltakin tuntuvassa prosessissa. Kaikesta tästä olen professori Jukka Aaltonelle syvästi kiitollinen.

Tutkimuksessani painottuu tapauskohtaisen työryhmän hyvän toiminnan merkitys perhekeskeisessä mielenterveystyössä. Työtovereitteni, psykiatristen erikoissairaanhoitajien Marjo Pietikäisen ja Marja-Leena Leinosen tuki on ollut minulle tärkeä etenkin tutkimuksen alkuvaiheessa. Tutkimusaineiston hankkimisesta kiitos hoitohenkilökunnalle. He jaksoivat työn ohessa keskustella potilaiden kanssa mahdollisesta osallistumisesta tähän tutkimukseen. Ilman heidän työpanostaan tätä tutkimusta ei olisi olemassa.

Suurin kiitos kuuluu kaikille niille potilaille ja heidän läheisilleen, jotka osallistuivat tutkimukseen. Ilman heidän osallisuutta tätä tutkimusta ei olisi ollut lainkaan mahdollista tehdä. Kotikäynneillä toteutetut haastattelut ja keskustelut ovat säilyneet mielessäni. Toivon, että yhteiset keskustelut ovat myös auttaneet potilaita ja heidän läheisiään heidän vaikeassa elämäntilanteessaan.

Tutkimusaineiston tilastollisen käsittelyyn saamastani tuesta kiitän Jyväskylän yliopiston dosentti, FT Asko Tolvasta etenkin tutkimuksen alkuvaiheessa. Erityinen kiitos lämpimästä ja kannustavasta yhteistyöstä Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tutkimus- ja kehittämissyksikön FT Helinä Hakolle. Hänen kärsivällinen ja uuttera neuvonta on ollut minulle arvokasta.

Professori Karl-Erik Wahlbergin kanssa käydyt keskustelut auttoivat minua jäntevöittämään tutkimukseni kokonaisuutta. Hänelle kiitos mielenkiinnosta tutkimustani kohtaan.

Dosentit Timo Tuori ja Klaus Lehtinen ovat toimineet käsikirjoituksen esitarkastajina. Kiitän heitä vaivannäöstä ja niistä huomautuksista, jonka perusteella tutkimus sai lopullisen muotonsa.

Työlleni tutkimusapurahan muodossa saamastani tuesta kiitän Suomen Kulttuurirahaston Kainuun rahastoa sekä Kunnallisalan kehittämissäätiötä. Kainuun maakunta kuntayhtymä on tukenut työtäni mahdollistamalla tutkimusvapaan sairauskertomustietojen analysointivaiheessa.

Lämmin kiitos kaikille läheiselleni. Olette kulkeneet yhteistä matkaa kanssani ja olleet minulle arvokkain tuki kaikissa elämän muutoksissa myös tämän tutkimustyön aikana.

Oulussa helmikuussa 2014

Arja Heikkinen

KUVIOT

KUVIO 1	Kokonaisvaltainen tarpeenmukainen hoito ryhmiteltynä ensisijaisen hoitomuodon mukaisesti (Alanen, 1997; Alanen ym., 1986; Lääkintöhallitus, 1985)	18
KUVIO 2	Eri terapiamuotojen tavallisin painottuminen skitsofrenian tarpeenmukaisessa hoidossa (Alanen,1997)	19
KUVIO 3	Mielenterveyden häiriö ja omaisen kokema subjektiivinen kuormitus (Maurin & Boyd,1990)	39
KUVIO 4	Asiantuntijuuden muodot suhteessa hoitokulttuurissa painotuvaan yhteisöllisyyteen ja joustavuuteen (Aaltonen ym., 2000; Engeström, 1992,1995; Launis, 1997)	41
KUVIO 5	Hoitoyhteisön toiminta ja tarpeenmukainen hoitomalli (soveltaen Alanen, 1997)	46
KUVIO 6	Tarpeenmukainen hoitomalli Kainuussa (soveltaen Alanen, 1997)	63
KUVIO 7	Tarpeenmukainen hoitomalli Kainuussa ja tässä tutkimuksess käytettyjä malliin liittyviä teorioita (soveltaen Alanen, 1997)	70
KUVIO 8	Tutkimuksen kulku vaiheittain	84
KUVIO 9	Laaja perhe- ja verkostokeskeisen alkuselvittelyn toteutuminen ...	98
KUVIO 10	Hoidon alkutilanne ja hoidon integraation toteutuminen	101
KUVIO 11	Hoidon alkutilanne ja hoitokokousten toteutuminen 1. kuukauden aikana	102
KUVIO 12	Hoitokokousten toteutuminen puolen vuoden seuranta-aikana .	102
KUVIO 13	Kotikäyntien toteutuminen	108
KUVIO 14	Tapauskohtaisen työryhmätyöskentelyn toteutuminen ja perhe- tai yksilöhoidon toteutuminen	114

TAULUKOT

TAULUKKO 1	Yleisimmät kansantaudit Kainuussa ja Suomessa 2005	61
TAULUKKO 2	Keskeiset suomalaiset ja ulkomaiset psykoosityöryhmätoimintaa koskevat tutkimukset, jotka ovat vaikuttaneet tapauskohtaisen työryhmä työskentelyn kehittämiseen (soveltaen Saari, 2002)	68
TAULUKKO 3	Tutkittavien sosiodemograafiset taustatiedot	87
TAULUKKO 4	Potilaiden kliiniset taustatiedot	89
TAULUKKO 5	Potilaan vanhempiin ja sisaruksiin liittyvät taustatiedot	90
TAULUKKO 6	Haastateltavan läheisen suhde potilaaseen	91
TAULUKKO 7	Potilaiden terveydentila ja elintavat	92
TAULUKKO 8	Potilaan elämänhallinta	93
TAULUKKO 9	Läheisen kokema kuormitus	93
TAULUKKO 10	Potilaiden hoitovastuu ja hoitomuodot alkumittauksessa ..	95
TAULUKKO 11	Potilaiden GAS arviot hoitovastuun mukaisissa ryhmissä alku- ja seurantamittauksissa	96
TAULUKKO 12	Potilaiden GAS arviot alku- ja seurantamittauksessa hoitomuotoryhmittäin	97
TAULUKKO 13	Läheisten jakautuminen potilaan hoitomuodon ja hoitovastuun mukaisiin ryhmiin alku- ja seurantamittauksissa	97
TAULUKKO 14	Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely ja potilaan toimintakyvyssä tapahtunut muutos puolen vuoden seuranta-aikana	99
TAULUKKO 15	Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely ja läheisen tekemän arvioinnin potilaan toimintakyvyn ja elämäntilanteen muutoksista puolen vuoden seuranta-aikana	100
TAULUKKO 16	Hoidon integraation toteutuminen eri alueiden työntekijöiden osallisuuden mukaan hoitokokouksissa hoitomuodon ja hoitovastuun mukaisissa ryhmissä	103
TAULUKKO 17	Hoidon integraation toteutuminen ja potilaiden viitteelliset ja merkittävät toimintakyvyn muutokset seurantamittauksessa	105
TAULUKKO 18	Hoidon integraation toteutuminen ja potilaiden viitteelliset ja merkittävät muutokset tilastollisesti tyytyväisyydessä elämänhallintaan seurantamittauksessa	106
TAULUKKO 19	Hoidon integraation toteutuminen ja potilaiden viitteelliset ja merkittävät toimintakyvyn muutokset läheisen arvioimana seurantamittauksessa	107
TAULUKKO 20	Perhe- tai yksilöhoidossa olleiden potilaiden puolen vuoden seuranta-aikana tapahtuneet muutokset toimintakyvyssään	109

TAULUKKO 21	Perhehoito tai yksilöhoito ja potilaiden viitteellinen tilastollinen tyytyväisyyden muutos elämänhallinnassa seurantaseurantamittauksessa	110
TAULUKKO 22	Perhe- tai yksilöhoidossa olleiden potilaiden läheisten arvioimat muutokset potilaiden toimintakyvyssä puolen vuoden seuranta-aikana	111
TAULUKKO 23	Potilaiden sairaalahoitojen pituus ja hoitajaksot seuranta-aikana perhe- tai yksilöhoidossa	112
TAULUKKO 24	Potilaiden sairaalahoidot päädiagnoosiryhmittäin seuranta-aikana	113
TAULUKKO 25	Hoitovastuu tapauskohtaisessa työryhmässä tai yhdentyöntekijän hoitovastuulla, potilaiden viitteelliset ja merkittävät toimintakyvyn muutokset seurantamittauksessa	115
TAULUKKO 26	Hoitovastuu tapauskohtaisessa työryhmässä tai yhdentyöntekijän hoitovastuulla ja potilaiden viitteellinen tilastollinen muutos tyytyväisyydessä elämänhallintaan seurantamittauksessa	116
TAULUKKO 27	Hoitovastuu tapauskohtaisessa työryhmässä tai yhdentyöntekijän hoitovastuulla, läheisten arvioimana potilaan viitteelliset tilastolliset toimintakyvyn muutokset seurantamittauksessa	116
TAULUKKO 28	Potilaiden sairaalahoitoaika ja hoitajaksot seuranta-aikana tapauskohtaisen työryhmän tai yhden työntekijöiden hoitovastuulla olevien potilaiden kohdalla	118

LIITTEET

- LIITE 1: Tiedote tutkimuksesta potilaalle/omaiselle/läheiselle
- LIITE 2: Potilaan suostumus tutkimukseen osallistumisesta
- LIITE 3: Omaisen/läheisen suostumus tutkimukseen osallistumisesta
- LIITE 4: Perushaastattelu/potilas
- LIITE 5: Perushaastattelu/omainen/läheinen
- LIITE 6: Omaisen/läheisen kuormitushaastattelu
- LIITE 7: GAS-asteikko eli Global Assessment Scale
- LIITE 8: Hoitomuodon ja -vastuun mukaisten ryhmien taustamuuttujien jakaumat
- LIITE 9: Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely: potilaiden taustamuuttujat seurantamittauksessa
- LIITE 10: Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely: potilaiden toimintakyvyn muutokset alku- ja seurantamittauksessa
- LIITE 11: Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely: potilaiden toimintakyvyn muutokset seurantamittauksessa
- LIITE 12: Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely: potilaiden elämänhallinnan muutokset alku- ja seurantamittauksessa
- LIITE 13: Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely: potilaiden elämänhallinnan muutokset seurantamittauksessa
- LIITE 14: Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely: läheisen arvio potilaan toimintakyvyn muutoksesta seurantamittauksessa
- LIITE 15: Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely: läheisten kokeman kuormituksen muutos alku- ja seurantamittauksessa
- LIITE 16: Hoidon integraatio: potilaiden taustamuuttujat seurantamittauksessa
- LIITE 17: Hoidon integraatio: potilaiden toimintakyvyn muutokset alku- ja seurantamittauksessa
- LIITE 18: Hoidon integraatio: potilaiden toimintakyvyn muutokset seurantamittauksessa
- LIITE 19: Hoidon integraatio: potilaiden elämänhallinnan muutokset alku- ja seurantamittauksessa
- LIITE 20: Hoidon integraatio: potilaiden elämänhallinnan muutokset seurantamittauksessa
- LIITE 21: Hoidon integraatio: läheisen arvio potilaan toimintakyvyn muutoksesta seurantamittauksessa
- LIITE 22: Hoidon integraatio: läheisten kokeman kuormituksen muutos alku- ja seurantamittauksessa
- LIITE 23: Perhe- tai yksilöhoito: potilaiden taustamuuttujat seurantamittauksessa
- LIITE 24: Perhe- tai yksilöhoito: potilaiden toimintakyvyn muutokset alku- ja seurantamittauksessa

- LIITE 25: Perhe- tai yksilöhoito: potilaiden toimintakyvyn muutokset seurantamittauksessa
- LIITE 26: Perhe- tai yksilöhoito: potilaiden elämänhallinnan muutokset alku- ja seurantamittauksessa
- LIITE 27: Perhe- tai yksilöhoito: potilaiden elämänhallinnan muutokset seurantamittauksessa
- LIITE 28: Perhe- tai yksilöhoito: läheisen arvio potilaan toimintakyvyn muutoksesta seurantamittauksessa
- LIITE 29: Perhe- tai yksilöhoito: läheisten kokeman kuormituksen muutos alku- ja seurantamittauksessa
- LIITE 30: Hoitovastuu tapauskohtaisessa työryhmässä (TKTR) tai yhden työntekijän hoitovastuulla: potilaiden taustamuuttajat seurantamittauksessa
- LIITE 31: Hoitovastuu tapauskohtaisessa työryhmässä (TKTR) tai yhden työntekijän hoitovastuulla: potilaiden toimintakyvyn muutokset alku- ja seurantamittauksessa
- LIITE 32: Hoitovastuu tapauskohtaisessa työryhmässä (TKTR) tai yhden työntekijän hoitovastuulla: potilaiden toimintakyvyn muutokset seurantamittauksessa
- LIITE 33: Hoitovastuu tapauskohtaisessa työryhmässä (TKTR) tai yhden työntekijän hoitovastuulla: potilaiden elämänhallinnan muutokset alku- ja seurantamittauksessa
- LIITE 34: Hoitovastuu tapauskohtaisessa työryhmässä (TKTR) tai yhden työntekijän hoitovastuulla: potilaiden elämänhallinnan muutokset seurantamittauksessa
- LIITE 35: Hoitovastuu tapauskohtaisessa työryhmässä (TKTR) tai yhden työntekijän hoitovastuulla: läheisen arvio potilaan toimintakyvyn muutoksesta seurantamittauksessa
- LIITE 36: Hoitovastuu tapauskohtaisessa työryhmässä (TKTR) tai yhden työntekijän hoitovastuulla: läheisten kokeman kuormituksen muutos alku- ja seurantamittauksessa

SISÄLLYS

ABSTRACT
ESIPUHE
KUVIOT JA TAULUKOT
LIITTEET
SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	17
1.1	Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidon tarpeenmukaisen hoitomallin mukaisen toiminnan kehittäminen Suomessa julkisessa terveydenhuollossa.....	17
1.2	Hoitokokoukset tarpeenmukaisen hoidon keskeisenä välineenä	23
1.2.1	Hoitokokousten kehityshistoria.....	23
1.2.2	Hoitokokouksen vaiheet ja tehtävät.....	24
1.2.2.1	Potilaan hyvinvoinnin määrittely hoitokokouksessa.....	25
1.2.2.2	Integraatiokokous.....	26
1.2.2.3	Hoitokokouksen vuorovaikutuksellisuus.....	27
1.2.3	Laaja perhe ja verkostokeskeinen alkuselvittely hoitokokouksissa	28
1.2.4	Perheen rakenteen, toimintakyvyn, kuormittuneisuuden ja tunneilmapiirin arviointi laajassa perhe- ja verkostokeskeisessä alkuselvittelyssä	32
1.3	Liikkuvat akuuttityöryhmät.....	35
1.3.1	Psykoosityöryhmän toimintaperiaatteet	36
1.3.2	Tapauskohtainen työryhmätyöskentely.....	38
1.4	Mielenterveyspotilaiden laitoshoido	42
1.4.1	Hoitoyhteisö tukemassa tapauskohtaista työryhmätyöskentelyä	45
1.5	Lääkehoito osana tarpeenmukaista hoitoa	47
1.6	Psykoteraapia tarpeenmukaisessa hoidossa.....	48
1.6.1	Yksilöpsykoteraapia osana tarpeenmukaista hoitoa	49
1.6.2	Perheterapia osana tarpeenmukaista hoitoa.....	51
1.7	Mielenterveysongelmien monimuotoisuus	53
1.7.1	Psykoosien esiintyvyys	53
1.7.2	Mielenterveysongelmat ja sosioekonominen asema.....	53
1.7.3	Mielenterveysongelmat ja elämänlaatu	55
1.7.4	Mielenterveysongelmat ja samanaikaiset muut ongelmat	56
1.7.5	Mielenterveyspotilaiden kuolleisuus.....	57
1.8	Kainuun väestön rakenne ja sairastuvuus	60
1.9	Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidon tarpeenmukaisen hoitomallin mukaisen toiminnan kehittäminen Kainuussa	62
1.10	Keskeisten käsitteiden määrittely.....	64
1.11	Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	66

2	TUTKIMUSTAVOITTEET JA HYPOTEESIT	71
3	TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	77
3.1	Kohderyhmä ja aineiston hankinta	77
3.2	Mittarit.....	79
3.2.1	Perushaastattelun sisältö ja käytetyt mittarit.....	79
3.2.2	Lähiomaisen kuormittuneisuuden sekä potilaan objektiivisen toimintakyvyn arvio	80
3.2.3	Potilaan käyttämät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut seuranta-aikana.....	82
3.3	Aineiston analyysi	82
3.4	Tutkimuksen toteutus	84
3.5	Katoanalyysi	85
4	TUTKIMUSTULOKSET	86
4.1	Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden ja läheisten taustatiedot ..	86
4.1.1	Potilaiden taustatiedot	86
4.1.2	Potilaiden kliiniset taustatiedot	88
4.1.3	Potilaiden vanhempiin ja sisaruksiin liittyvät taustatiedot	90
4.1.4	Tutkimukseen osallistuneiden läheisten sosiodemograafiset tiedot.....	91
4.2	Tarpeenmukaisen hoidon toteutuminen.....	92
4.2.1	Potilaiden terveydentila ja elintavat.....	92
4.2.2	Potilaiden elämänhallinta	92
4.2.3	Läheisten kuormittuneisuus.....	93
4.3	Potilaiden hoitomuodon ja hoitovastuusta vastaavan tahon valikoituminen	94
4.3.1	Perhe- tai yksilöhoitoon ohjautuminen	95
4.3.2	Tapauskohtaisen työryhmän tai yhden työntekijän hoitovastuulle ohjautuminen.....	95
4.3.3	Hoitovastuun ja hoitomuodon valikoituminen GAS-arvion mukaan	96
4.4	Läheisten jakautuminen potilaan hoitomuodon ja hoitovastuun mukaan.....	97
4.5	Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely	98
4.5.1	Laajan perhe- ja verkostokeskeisen alkuselvittelyn toteutuminen.....	98
4.5.2	Potilaiden taustamuuttajat	98
4.5.3	Potilaiden toimintakyvyn muutos.....	99
4.5.4	Potilaiden elämänhallinnan muutos	99
4.5.5	Läheisten kuormittuneisuus.....	100
4.6	Hoidon integraatio	100
4.6.1	Hoidon integraation toteutuminen hoitokokouksissa	101
4.6.1.1	Hoitokokoukset ensimmäisen kuukauden ja puolen vuoden aikana hoidon alkamisesta.....	101
4.6.1.2	Hoitokokouksiin osallistuneet työntekijät	103

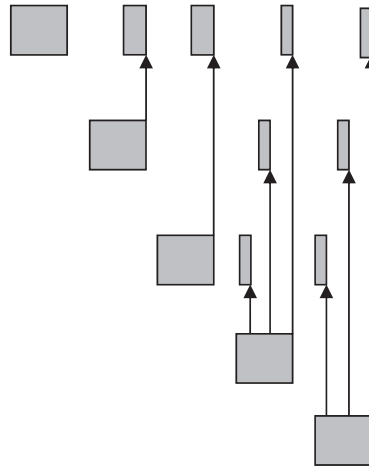
4.6.2	Hoidon integraatio ja potilaiden taustamuuttajat	104
4.6.3	Potilaiden toimintakyvyn muutos.....	104
4.6.4	Potilaiden elämänhallinnan muutos	106
4.6.5	Läheisten kuormittuneisuus.....	107
4.7	Perhe- ja yksilöhoito	108
4.7.1	Kotikäyntien toteutuminen	108
4.7.2	Potilaiden taustamuuttajat hoitomuodon mukaan	108
4.7.3	Potilaiden toimintakyvyn muutos.....	109
4.7.4	Potilaiden elämänhallinnan muutos	110
4.7.5	Läheisten kuormittuneisuus.....	111
4.7.6	Potilaiden sairaalahoidot	112
4.8	Hoitovastuun toteutuminen.....	113
4.8.1	Tapauskohtaisen työryhmätyöskentelyn toteutuminen	113
4.8.1.1	Potilaiden taustamuuttajat hoitovastuun mukaisissa ryhmissä.....	114
4.8.2	Potilaiden toimintakyvyn muutos.....	114
4.8.3	Potilaiden elämänhallinnan muutos	115
4.8.4	Läheisten kuormittuneisuus.....	117
4.8.5	Potilaiden sairaalahoidot	117
5	POHDINTA	119
5.1	Tutkimuksen lähtökohdat, tavoitteet ja hypoteesit	119
5.2	Tiivistelmä tuloksista	120
5.2.1	Potilaiden taustatiedot	120
5.2.2	Tutkimuksen hypoteesien toteutuminen	123
5.2.2.1	Ensimmäinen hypoteesi.....	123
5.2.2.2	Toinen hypoteesi.....	126
5.2.2.3	Kolmas hypoteesi.....	128
5.2.2.4	Neljäs hypoteesi.....	130
5.2.2.5	Viiides hypoteesi.....	131
5.2.2.6	Kuudes hypoteesi	133
5.2.2.7	Seitsemäs hypoteesi.....	134
5.2.2.8	Kahdeksas hypoteesi.....	135
5.3	Tutkimuksen rajoitukset.....	136
	SUMMARY.....	141
	LÄHTEET	152

1 JOHDANTO

1.1 Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidon tarpeenmukaisen hoitomallin mukaisen toiminnan kehittäminen Suomessa julkisessa terveydenhuollossa

Tarpeenmukaista hoitomallia (need-adapted treatment approach) on kehitetty Suomessa 1960-luvulta lähtien (Lääkintöhallitus, 1988). Turun yliopiston psykiatrian klinikalla tehtiin professori Yrjö Alasen johdolla viiden vuoden seuranta-tutkimus, jonka aineisto koostui vuosina 1976–1977 hoitoon tulleista uusista skitsofreniaryhmän potilaista (Alanen ym., 1986). Tutkimuksen yhteydessä pyrittiin määrittelemään, millainen terapeuttinen hoito sopii kullekin potilaalle parhaiten. Näitä havaintoja sovellettiin Turussa uusiin skitsofreniapotilaisiin. Tämä kehittämistyö liittyi 1980-luvulla Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnalliseen kehittämisohjelmaan. Ensimmäinen tarpeenmukaisen hoidon hoitomallia kuvaava kaavio julkaistiin vuonna 1985 lääkintöhallituksen julkaisemassa väliraportissa: Skitsofrenian hoidon valtakunnallinen kehittäminen, joka perustui Suomen psykiatriyhdistyksen syksyn 1985 koulutuspäivän Y O Alasen luentojulkaisuun. Potilaat erottuivat tässä viiteen, suunnilleen yhtä suureen ryhmään. Ryhmät erottaa toisistaan ensisijaiseksi katsottu hoitomuoto. Ryhmiin liittyvät hoitotoiminnot on havainnollistettu kuviossa 1.

1. Ensisijainen hoito pitkäjänteinen yksilöterapia.
2. Ensisijainen hoito pariterapia tai potilaan perustaman perheen (sekundaariperhe) perheterapia.
3. Ensisijainen hoito potilaan alkuperäisperheen (primaari-perhe) perheterapia.
4. Ensisijainen hoito perhe- ja ympäristökeskeinen kriisi-interventio.
5. Ensisijainen hoito laaja-alainen sosiaalinen tukeminen.

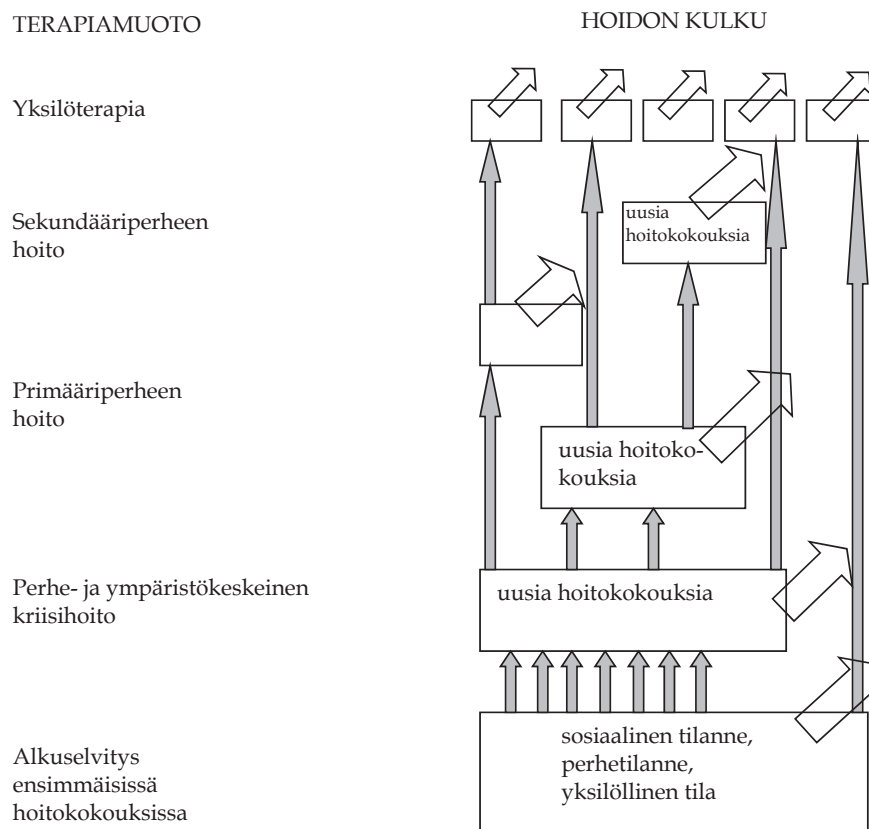


KUVIO 1 Kokonaisvaltainen tarpeenmukainen hoito ryhmiteltyä ensisijaisen hoitomuodon mukaisesti (Alanen, 1997; Alanen ym., 1986; Lääkintöhallitus, 1988)

Tarpeenmukaisen hoidon kehityksen alkuvaiheita kuvaavassa, vuonna 1986 julkaistussa monografiassa *Towards Need-Specific Treatment of Schizophrenic Psychoses* (Alanen, Y.O., Rökköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R. & Kaljonen, A.) on jaettu jälkikäteen tarkastelun perusteella Turun skitsofreniaprojektin III kohortin potilaat viiteen ryhmään, sen mukaan mikä hoitomuoto olisi ollut kunkin kohdalla ensisijaisin (Alanen ym., 1986). Tutkimuksessa tarpeenmukainen hoito jaettiin seuraaviin luokkiin: hyvä (good) tarpeenmukaisuus, tyydyttävä (satisfactory) tarpeenmukaisuus, välttävä (passable) tarpeenmukaisuus ja huono (poor) tarpeenmukaisuus. Painopisteen siirtymistä hoitomuodosta toiseen pidettiin silti usein aiheellisena, ja se tapahtui yleensä laajempimuotoisista interventioista kohti spesifisempiä ja yksilökeskeisempiä hoidon muotoja. Tämän seurantatutkimuksen tulosten pohdiskelun yhteydessä työryhmä päätyi kohti tarpeenmukaisuuden mallia, jonka nimi muutettiin myöhemmin *need specific* -termistä *need adapted* -termiin. Tämä termi kuvaa paremmin hoidon joustavuutta, joka taas tarkoittaa sitä, että hoidon painopiste voi hoitoprosessin kuluessa siirtyä hoitomuodosta toiseen. Kun hoitokokoukset tulivat vuorovaikutuskeskeisen ajattelun edelleen vahvistuessa työskentelyn keskeiseksi lähtökohdaksi, kehitti työryhmä uuden kuvion osoittamaan sitä, millainen on psykoterapeuttisesti suuntautuneiden hoitomuotojen tavallisin keskinäinen painottuminen tarpeenmukaisen hoidon kuluessa (Alanen, 1997; Alanen ym., 1986).

Eräänä tämän hoitomallin keskeisenä suosituksena on ollut, että akuutin psykoosin hoito on suunniteltava ja toteutettava seuraavien tarpeenmukaisen hoidon periaatteiden mukaisesti: 1) *Terapeuttiset toiminnot suunnitellaan ja toteutetaan joustavasti jokaisessa tapauksessa yksilöllisesti, niin että ne kohdistuvat sekä potilaan että hänen lähimpään vuorovaikutusverkostoonsa kuuluvien ihmisten todettuihin ja muuttuviin hoidollisiin tarpeisiin.* 2) *Tutkimusta ja hoitoa luonnehtii psykote-*

rapeuttinen asenne. 3) Erialaisten terapeuttisten toimintojen tulee tukea toisiaan, ei vaikuttaa toisiaan vastaan. 4) Hoidon prosessiluonne on selvästi ymmärretty ja säilytetty. (Alanen, 1997; Alanen ym., 1986). Projektin aikana on tutkittu useita uusien skitsofreniapotilaiden kohortteja (Lehtinen, 1993; Tuori, 1987). Tutkimustulosten mukaan psykoterapeuttiset hoitomuodot osoittautuivat merkittävämmiksi kuin esimerkiksi lääkehoito (Alanen ym., 1994). Hoitomuotojen valinnassa tulee huomioida myös potilaan sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä (Salokangas, 1977, Virtanen ym., 1985, 1986, 1988). Seurannoissa on selvitetty näiden potilaiden hoidon ja ennusteen kytkeytymistä muun muassa hoitojärjestelmän yleiseen psykoterapeuttiseen kehittämiseen (Aaltonen & Rökköläinen, 1994; Alanen, 1997; Alanen ym., 1986; Lehtinen, 1993; Rökköläinen, 1977).



KUVIO 2 Eri terapiamuotojen tavallisin painottuminen skitsofrenian tarpeenmukaisessa hoidossa (Alanen, 1997)

Kuviossa 2 on aina kysymys ensisijaisesta hoitomuodosta, mikä ei sulje pois muiden hoitomuotojen samanaikaista käyttöä. *Hoidon integraatio* edellyttää, että kaikki hoidot on suunniteltava toisiaan tukeviksi. Tämä koskee myös niiden ajallista painottumista. Hoitomuodon valinta ja eri hoitojen toisiinsa yhdistä-

minen perustuu aina *tapauskohtaiseen, tarvittaessa muutettavaan hoitosuunnitelmaan*. Tavallista on, että potilaalla on perheterapian ohella yksilöterapeuttinen hoitosuhde, mutta hoidon painopiste on ensin perheterapiassa ja siirtyy yksilöterapiaan vasta kun sen onnistumiselle on perheterapian kautta luotu paremmat edellytykset. Alimpänä kuviossa on tarpeenmukaisen hoidon lähtökohta, hoitoontulotutkimus, jonka keskeisin osa toteutuu hoitokokousten yhteydessä. *Hoitoontulotutkimukseen eli laajaan perhe ja verkostokeskeiseen alkuselvittelyyn* liittyy olennaisesti potilaan sosiaalisen tilanteen selvittely. Tummat, kapeat nuolet osoittavat, miten hoidollinen painopiste siirtyy hoitomuodosta toiseen. Leveät nuolet kuvaavat hoidon lopettamista. (Alanen, 1997; Alanen ym., 1986)

Valtakunnallisen skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämishankkeen (Skitsofreniaprojekti vuosina 1981–1987) tuottama hoitomalli *ns. Hyvän hoidon malli* tarjosi yksittäisen potilaan hoidon suuntaviivat, joita on mahdollista soveltaa kunkin potilaan ja hänen lähimmän sosiaalisen verkostonsa tarpeiden mukaisesti eri hoitotilanteissa (Lääkintöhallitus, 1988; Salokangas ym., 1996). Hoitokäytäntöjen yhtenäistymisen katsottiin helpottavan yhteistyötä ja mallin ajateltiin olevan hyödyksi suunnatessa voimavaroja sosiaali- ja terveydenhuollon eri osa-alueille, jolloin mallin mukainen tavoite vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa voi toteutua siten, että *hoidossa ja kuntoutuksessa otetaan aikaisempaa enemmän huomioon sekä potilas itse että hänen perheensä ja muu sosiaalinen verkostonsa* (Lääkintöhallitus, 1988; Salokangas, 1977, 1994; Salokangas ym., 1985, 1996, Tuori, 1994, Tuori ym. 1997).

Uusien skitsofreniapotilaiden projekti (=USP-projekti) toteutettiin tutkimus- ja kehittämishankkeena kuudessa mielisairaanhuoltopiirissä, joiden yhteinen väestöpohja oli 1 129 000 asukasta (Salokangas ym., 1985). USP-projektin taustalla oli muun muassa edellä kuvattu Turun skitsofreniaprojekti (Alanen ym., 1986). Projektin tavoitteena oli vähentää ensimmäistä kertaa hoitoon tulevien skitsofreniaryhmän potilaiden jäämistä sairaalaan pitkäaikaispotilaaksi (Tuori, 1991). USP-projekti tuotti hoitomallin, jonka periaatteet voidaan kiteyttää seuraavaan neljään kohtaan: 1) *Varhainen, perhekeskeinen interventio mahdollisimman nopeasti potilaan tultua hoitoon.* 2) *Ryhmätyöskentely potilaan, hänen perheensä ja sosiaalisen verkostonsa kanssa hoitoprosessin alusta alkaen.* 3) *Hoidon psykologisen jatkuvuuden takaaminen ja erilaisten hoitomenetelmien jatkuva integroiminen yhteen koko hoitoprosessin ajan.* 4) *Moniammatillisten psykoosityöryhmien toiminta.* Hoitomallissa suositeltiin sairaanhoitopiireihin perustettavaksi erityisiä psykoosityöryhmiä, jotka vastaisivat potilaiden laajasta perhe- ja verkostokeskeisestä alkuvaiheen selvittelystä ja hoidosta (Vartiainen ym., 1989, 1993). Mielenterveystyön tavoitteeksi tuli mielenterveyden häiriöiden edistäminen ja mielenterveyspalvelujen tuominen lähelle niiden käyttäjiä pois sairaaloista (Lääkintöhallitus, 1988). Aaltonen ym. (1997) toteavat USP-projektin suositusten olevan suoraan sovellettavissa myös mielenterveystyöhön, joka ei välittömästi kohdistu vaikeimpien mielenterveyshäiriöiden tutkimiseen ja hoitoon. Mielenterveyspalvelujen laatusuosituksessa (STM 2001b) painotetaan edellä mainittuja periaatteita.

Hoitotapahtumaa ohjaavan mielikuvan tutkimus toteutettiin Turun Kupittaaan sairaalassa tavoitteena tarpeenmukaisen hoidon psykologisen toteutumispro-

sessin tutkiminen (Aaltonen & Rökköläinen, 1994) sekä edelleen Kupittaa sairaalassa toteutettu *Akuutin Psykoosin Integroitu hoito - projektin* (API-projekti) pilottitutkimus (Vuorio ym., 1993 a,b,c). Varsinainen API-projekti toteutettiin (1992 - 1998) kuudessa psykiatrisessa hoitokeskuksessa ja tutkimusaineistoon tuli 135 ensi kertaa non-affektiiviseen psykoosiin sairastunutta potilasta. Keskuksen valinnassa pidettiin tärkeänä, että keskuksat sijaitsivat eripuolilla Suomea ja että ne edustivat hoitokulttuureja, joilla oli tarpeenmukaisen lähestymistavan perinne (3 keskusta) ja toisaalta niitä, joilla ei sitä ollut (3 keskusta) (Aaltonen ym., 1998; Lehtinen ym., 1996). Hoitokeskuksissa asukasmäärä oli yhteensä noin 600 000 asukasta ja hoitokeskuksissa käytetty API-projektin hoitomalli (*hoidon tarpeenmukaisuus, integroitu hoito, psykoterapeuttinen perusasenne, perhekeskeisyys, moniammatilliset työryhmät ja hoitosuhteen yksilöllisyys*) perustui skitsofrenian tarpeenmukaisen hoitomallin periaatteille ja valtakunnallisen skitsofrenia-projektin suosituksille (Aaltonen ym., 2000). Tarpeenmukaisen hoitomallin yleisille periaatteille rakentuvat elementit (*psykoosityöryhmä, tapauskohtainen työryhmä tai hoitoryhmä, hoitokokoukset, integraatiokokoukset, omahoitaja, työnohjaus ja koulutus*) toteutettiin hoitokeskuksissa alusta alkaen. API-projektin kohderyhmänä olivat ensi kertaa funktionaalisen psykoosin takia hoitoon tulevat henkilöt, jotka olivat pääosin nuoria aikuisia (Aaltonen ym., 2000, Heikkilä & Rökköläinen, 1993; Lehtinen ym., 2000).

Api-projekti tuotti kaksi uutta tarpeenmukaista hoidon periaatetta (Aaltonen ym., 2000). Ensimmäisessä, *horisontaalisessa asiantuntijuudessa* pyritään tietoisesti reviirien purkamiseen ja asiantuntijoiden välisten rajojen ylittämiseen. Tässä painopiste on itseohjautuvissa työryhmissä ja erillisten työryhmien yhteistyössä. Toiseksi rituaalien purkaantumisessa ja avoimessa dialogissa hoito ei ole aikaan ja paikkaan jäykästi sidottua, vaan asiantuntijuus voi parhaiten toteutua ympäristössä, jossa hoidon rituaalinen valta on vähäisimmillään ja potilaan valinnanvapaus suurimmillaan esimerkiksi potilaan kotona tapahtuva hoito. Toisessa periaatteessa todettiin, että *akuutin psykoosin hoito on ryhmätyötä ja potilas ja hänen perheensä ovat aito osa työryhmää*. Akuutin psykoosin hoitomallin kehittämisessä ei riitä, että tutkimuksen kohteena ovat pelkästään potilas ja hänen perheensä. Tutkimuksen kohteena tulee olla myös ympäristö, jossa hoito tapahtuu sekä hoitohenkilökunnan omat kokemukset (Aaltonen ym., 1998, 2000; Holma & Aaltonen, 1995, 1998a, 1998b, 1998c; Lehtinen ym., 1996, 2000).

Näiden lisäksi Suomessa on edelleen toteutettu muita vaikeiden mielen-terveyshäiriöiden hoidon kehittämiseen tähtäviä projekteja. Länsi-Pohjan alueella valtakunnallisesta skitsofreniaprojektista on tuotettu sovellus, jossa perhe- ja verkostokeskeisyys on pyritty kehittämään mahdollisimman kattavaksi (Haarakangas & Keränen, 1990; Seikkula, 1991, 1994; Seikkula & Sutela 1990). Tässä mallissa toiminta on nopeaa, vastaanottoyöryhmä tarjoaa apua vuorokauden kuluessa yhteyden otosta pyrkimyksenä järjestää ensimmäinen tapaaminen muualle kuin sairaalaan, tavallisesti potilaan kotiin (Keränen, 1992). Työryhmä sitoutuu hoitoon, hoitovastuuta ei siirretä, näin turvataan hoidon jatkuvuus (Aaltonen ym., 1997; Haarakangas, 1997). Tästä mallista on kehitetty *ns. Avoin Dialogin hoitomalli*, minkä keskeiseksi ohjaavaksi ajatukseksi on muodostu-

nut se, että hoidon alusta lähtien kaikki siihen liittyvät tekijät pohditaan avoimesti potilaan, hänen perheensä, muiden tärkeiden ihmisten sekä muiden auttajatahojen mukana ollen (Aaltonen ym., 2011; Seikkula, 1993; Seikkula & Alakare 2004; Seikkula ym., 1995, 2006, 2011).

Vaikeasta mielenterveyden häiriöstä kärsivän potilaan hoidossa tarvittavat useat eri viitekehyksiin kuuluvat hoitotoimenpiteet saattavat hajottaa hoidon kokonaisuutta (Aaltonen ym. 1994, 1998; Seikkula, 1991; Seikkula & Sutela, 1990). Integroidulle näkökulmalle on ominaista asioiden tarkastelu samanaikaisesti useammasta kuin yhdestä näkökulmasta (Lehtinen ym. 1996). Näkökulmien tulee olla sovitettavissa yhteen siten, että niiden välisessä vuorovaikutuksessa syntyy eri näkökulmat huomioiva yhteinen näkökulma tarkastelun kohteena olevaan ilmiöön (Holma, 1999; Holma & Aaltonen, 1995a, 1995b, 1995c, 1998). Integroiduissa hoitomalleissa ytimen muodostavat perheen ja verkoston kanssa työskentely (Lehtinen, 1993; Rasinkangas, 1998; Seikkula & Sutela 1990, Wahlström, 1992). Teoreettisena viitekehyksenä monissa integratiivisissa näkökulmissa on yleinen systeemiteoria (Bertalanfy, 1968), jonka avulla ilmiöitä voidaan kuvata eri tasoilla ja samalla laajan kokonaisuuden osina.

Mielenterveyspalveluiden kehittäminen on ollut keskeinen tavoite kaikissa Pohjoismaissa 1980-luvulta alkaen (Tuori ym., 2007). Keskeinen kehittämiskohde on ollut muun muassa laitoshoidon korvaaminen avohoidolla. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen vuonna 2001 ja mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskevan kehittämissuosituksen vuonna 2007. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2012) esitetään sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Suunnitelmalla pyritään, vahvistamaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asemaa, edistämään mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä ja ehkäisemään haittoja, painottamaan avo- ja peruspalveluja mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämisessä ja vahvistamaan palvelujen ohjauskeinoja. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisessä hoitoon tulossa korostuu matalakynnyksinen yhden oven periaate ja yhdistetyt mielenterveyshäiriöiden ja päihdehoidon avohoitoyksiköt. Suunnitelman toteuttaminen edellyttää lainsäädännön muutoksia, resurssien kohdentamista mielenterveys- ja päihdetyöhön ja osaamisen kehittämistä koulutuksella. Mieli 2009 - ohjelman tavoitteet lähentävät Suomen mielenterveyspalveluiden tilannetta muihin Pohjoismaihin (Partanen ym. 2010).

Suomessa mielenterveyspalveluiden kehittäminen on toteutettu osin tavoitteiltaan rajattujen kansallisten hankkeiden avulla: skitsofreniaprojekti 1981-1988, itsemurhien ehkäisyohjelma 1987 -1996, kansallinen depressioprojekti 1994 -1998, Mielekäs elämä! -ohjelma 1998-2002, Pääsky hanke 1999-2001 ja Masto-hanke 2008 -2001, Mielenterveyspalvelujen vaikuttavuuden tutkimushanke (MERTTU) 2004-2015 ja myöhemmin alueellisten Kaste-hankkeiden kautta (Wahlbeck, 2010) lisäksi mielenterveyspalveluita on kehitetty osana sosiaali- ja terveydenhuollon yleistä kehittämistoimintaa (Willberg & Valtonen 2007). Suomessa on toteutettu hajautetun ja ositetun kehittämistoiminnan mal-

lia. Pohjoismaisessa vertailussa Suomen mielenterveyspalvelut ovat edelleen suhteellisen laitospainotteisia, kuntien mielenterveystyö kehittymätöntä ja pakon käyttö psykiatrisessa laitoshoidossa muita pohjoismaita tavallisempaa.

Suomalainen tarpeenmukaisen hoidon kehittämisprojektit ovat kohdentuneet julkiselle sektorille eri puolille Suomea ja kattaneet laajoja väestöpohjia vuodesta 1998 alkaen. Ensimmäisessä vaiheessa Turun skitsofreniaprojekti (1968) kohdentui 160 000 asukkaan väestöpohjaan. Toisessa vaiheessa kansallinen skitsofreniaprojekti (1981-1987) kohdentui 1 100 000 asukkaan väestöpohjaan. Kolmannessa vaiheessa Kuppittaan projekti ja API – projekti (alkaen 1992) kohdentuivat 600 000 asukkaan väestöpohjaan. Neljännen vaiheen alueelliset projektit Länsi-Lapissa (alkaen 1987) kohdentui 75 000, Kainuussa (alkaen 1992) kohdentui 86 000, Tampereella (alkaen 1994) kohdentui 160 000 ja Oulussa (alkaen 2008) kohdentui 130 000 asukkaan väestöpohjaan. Tarpeen mukaisen hoitoon liittyvissä tutkimuksissa on ollut mukana lukuisia potilaskohortteja ja kehittämisprosesseissa alueen työntekijöitä ja potilaita.

1.2 Hoitokokoukset tarpeenmukaisen hoidon keskeisenä välineenä

1.2.1 Hoitokokousten kehityshistoria

Turun psykiatrian klinikalla aloitettiin 1980-luvun alussa tiimityönä säännölliset yhteistapaamiset hoitokokouksissa hoitoon tulevien potilaiden ja heidän perheenjäsentensä tai muiden heidän läheistensä kanssa (Räkköläinen ym., 1991). Hoidon alkaminen yhteiskokouksin osoittautui pian varsin mielekkääksi. Se vastasi selvästi sekä potilaan että hänen tässä vaiheessa usein erittäin ahdistuneiden perheenjäsentensä tarvetta. Turun skitsofreniaprojektiin liittyvä kohortti III viiden vuoden seurantatutkimus ositti sen, että jos potilaalla oli yksi empaattinen omainen, omaisen asenne vaikutti potilaan hyvään ennusteeseen (Lehtinen, 1993). Yhteisen tapaamisen kuluessa saatiin entistä enemmän informaatiota potilaan sairastumiseen ja hoitoon tuloon liittyvistä tekijöistä (Aaltonen & Räkköläinen, 1994). Potilaan leimautuminen sairaaksi väheni, sekä heidän omassa kokemuksessaan että perheenjäsenten mielessä, kun potilaan psyykinen sairastuminen asetettiin yhteyteen heidän ongelmiansa kanssa (Aaltonen, 1982). Tilanne määriteltiin vaikeaksi, mutta silti osaksi elämän kulkua nähtäväksi tilanteeksi, johon liittyvät ongelmat voidaan ilmaista tavallisin sanoin (Alanen 1997; Alanen, ym. 1986). Näitä yhteistapaamisia alettiin kutsua hoitokokouksiksi, koska niillä osoittautui olevan merkittävä hoidollinen vaikutus ja niissä tehtiin merkittävimmät hoidolliset päätökset yhdessä osallistujien kanssa (Alanen, ym. 1990, 1991). Hoitokokous on potilaan hoitoon säännönmukaisesti kuuluva tapahtuma, jossa potilas ja hänen läheisensä osallistuvat elämänhallintaan liittyvien ongelmien selvittelyyn ja hoidon suunnitteluun ja toteutukseen (Haarakangas, 1997).

1.2.2 Hoitokokouksen vaiheet ja tehtävät

Verkosto- ja perhekeskeisen psykiatrisen hoidon perustapahtumaksi on siis muodostunut hoitokokous. Hoidon alusta lähtien kaikki hoitoon ja potilaan sekä läheisten elämäntilanteeseen liittyvät tekijät pohditaan avoimesti yhdessä potilaan, hänen perheensä, muiden tärkeiden ihmisten sekä hoidossa mukana olevien työntekijöiden kanssa (Alanen, 1993, 1997). Potilas on aina mukana hoitokokouksissa ja osallistuu omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Alanen, 1993, 1997; Haarakangas, 1997). Hoitokokousten toteuttaminen on tapauskohtaisen työryhmän tai hoidosta vastaavan työntekijän vastuulla (Aaltonen ym., 2000). Niiden tiheys vaihtelee potilaan hoidon ajankohtaisten tarpeiden mukaan useita kertoja viikossa pidettävistä kokouksista kerran kuukaudessa pidettäviin. Tiheys sovitaan aina potilaskohtaisesti. Kriisin analyysi, potilaan ongelmien ja oireiden määrittely sekä hoidon suunnittelu tapahtuvat potilaan sosiaalisen verkoston kanssa. Ensimmäisessä hoitokokouksessa luodaan kuva potilaasta ja hänen perheensä tilanteesta. Seuraavissa hoitokokouksissa seurataan enemmän heidän tuomiaan keskustelunaiheita. Hoitoprosessiin kuuluu tavallisesti useita hoitokokouksia, joita järjestetään ja pidetään siellä, missä se kulloinkin on tarkoituksenmukaisinta. Hoitokokousten säännöllisyys ja jatkuvuus synnyttävät mahdollisuuden myös psykoterapeuttiseen työskentelyyn (Aaltonen ym., 2000; Alanen, 1993, 1997; Haarakangas, 1997; Keränen, 1992; Lääkintöhallitus, 1987; Seikkula, 1991).

Alanen (1993, 1997) määrittelee hoitokokousten tärkeimmiksi tehtäviksi potilaan elämään liittyvän informaation saamisen ja sen yhteisen jakamisen (=informatiivinen funktio), terapeuttisten tarpeiden diagnosoinnin potilaan ja perheen psykologisen dynamiikan vuorovaikutuskeskeisen selvittelyn pohjalta (=diagnostinen funktio) sekä potilaan ja perheenjäsenten hoidollisen auttamisen (=hoidollinen funktio). Tavoitteena on luoda hoitokokouksessa sellainen vuorovaikutus potilaan, perheen ja työryhmän välille, että potilaan oireita ylläpitävä vuorovaikutus käy tarpeettomaksi. Tässä pyrkimyksessä hoitokokouksella on kolme tärkeää tehtävää. *Ensimmäisenä on määritellä mahdollisimman selkeästi keskinäisiä suhteita.* Tämä koskee sekä perheen sisäisiä, hoitavan työryhmän sisäisiä että perheen ja hoitavan työryhmän välisiä suhteita. *Toisena tehtävänä on kerätä tietoa sairaalaan tai avohoitoon tuloon liittyvistä tapahtumista, perheen elämästä ja perheen maailmankuvasta.* Tavoitteena on, että työntekijöiden käsitykset perheen kokemuksista vastaisivat mahdollisimman paljon perheen omaa käsitystä. Hoitokokoukseen osallistuvat työntekijät pyrkivät rakentamaan eräänlaista yhteisen kokemuksen tilaa, hoitoprosessia ohjaavaa jaettua mielikuvaa (Aaltonen & Rökköläinen, 1994). *Kolmantena tehtävänä on säilöä perheen työntekijöissä herättämiä vastatunteita.* Kaksi ensin mainittua hoitokokouksen tehtävää ovat hyvin selvästi nähtäviä tapahtumia. Kolmas tehtävä vastatunteiden säilöminen keskenään puhumalla perheen kokemusten vaarattomaksi tekemiseksi ei ole niin selvästi nähtävissä. Jokin näkymätön, kielen tavoittamattomissa oleva alue hoitokokouksissa näyttää kuitenkin vaikuttavan. Alasen (1993, 1997) mukaan edellä mainittujen funktioiden lisäksi hoitokokous:

1. Antaa välittömän mahdollisuuden selvittää ajankohtaisia vuorovaikutussuhteisiin liittyviä ongelmia ja ristiriitoja, esimerkiksi reaktioita sairaalaan joutumiseen ja tähän liittyviä asenteita.
2. Antaa perheen jäsenille virikkeen myöhempään perhekeskeiseen hoitoon osallistumiseen, silloin kun tämä on hoidollisesti tarpeellista.
3. Vähentää usein potilaan leimautumista sairaaksi ja hänen psykologista eristämistään.
4. Vähentää potilaan psykoottista taantumista mahdollistamalla hänen kuulemisensa ja huomioimisensa samalla tasolla kuin muiden hoitokokouksiin osallistujien.
5. Vähentää sairaalahoitoon joutuneen potilaan kokemia hylkäämiselämyksiä ja edistää hänen sairaalan ulkopuolelle omaamiensa suhteiden säilyttämistä.

1.2.2.1 Potilaan hyvinvoinnin määrittely hoitokokouksessa

Kriisin analyysi, potilaan ongelmien ja oireiden määrittely sekä hoidon suunnittelu tapahtuvat potilaan sosiaalisen verkoston kanssa hoitokokouksissa (Aaltonen ym., 2000, Seikkula, 1991). *Ongelmien ja oireiden määrittely liittyy ihmisen toimintakykyyn, joka kuvaa ihmisen hyvinvointia* (STM, 2006). Hyvinvointi voidaan määrittää joko voimavaralähtöisesti eli jäljellä olevan toimintakyvyn tasona tai todettuina toiminnan vajeina. Laajasti määritellen toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, että henkilö selviytyy itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Henkilön arvio omasta toimintakyvystään on yhteydessä hänen terveyteensä ja sairauksiinsa, toiveisiinsa, asenteisiinsa sekä tekijöihin, jotka haittaavat suoriutumista päivittäisissä perustoimissa, arjen askareissa, työssä, opiskelussa ja vapaa-ajanvietossa. Tämän lisäksi toimintakykyyn vaikuttavat asuin- ja elinympäristöön liittyvät tekijät (STM, 2006). Toimintakyky vaikuttaa ihmisen elämäntapaan (Alanen ym., 1986) ja on osa ihmisen kokonaiselämänhallintaa (Keltikangas-Järvinen, 2000; Raitasalo, 1995; Roos, 1981).

Keltikangas-Järvisen (2000) mukaan elämänhallinnalla tarkoitetaan psykologiassa ihmisen pyrkimystä muuttaa sellaisia ulkoisia tai sisäisiä olosuhteita, jotka hän arvioi itselleen liian rasittaviksi tai voimavaransa ylittäviksi. Elämänhallintaan pyrkiessään ihminen yrittää muuttaa olosuhteita itselleen suotuisammiksi. Sisäisessä kontrollissa ihminen kokee voivansa vaikuttaa elämänsä, kun taas ulkoisessa kontrollissa tämä tunne puuttuu. Ihmisellä voidaan sanoa olevan ulkoinen kontrolli silloin, kun hän kokee, että hänelle vain tapahtuu asioita. Ihminen ei koe voivansa itse vaikuttaa omaan elämäänsä, vaan hänestä tuntuu, että hänen elämänsä ohjaavat erilaiset sattumat, muut ihmiset ja tapahtumaketjut. Jako sisäiseen ja ulkoiseen kontrolliin on jako hallinnan tunteen kokemiseen ja sen kokemuksen puuttumiseen.

Roos (1981) kiteyttää tutkimuksessaan elämänhallinnan ilmiönä käsitteeseen elämäntapa. Elämäntapa on yksilön tai perheen elämänvaiheiden, elinolosuhteiden, elämäntoiminnan, arkielämän ja interaktion kokonaisuus, joka

muodostuu ja järjestyy hänen subjektiviteettinsa kautta. Subjektiviteetilla tarkoitetaan ihmisen arvomaailmaa, arvioita omasta elämästään ja tärkeitä elämänaalueita (Roos, 1981). Elämäntapa on siis yksilön elämänhistorian ja kokemusten pohjalta omasta elämästään subjektiivisesti rakentama kokonaiskuva. Ulkoinen elämänhallinta tarkoittaa, että mitään odottamatonta ja elämänkulkuun suuresti vaikuttanutta ei ole yksilön elämänhistoriassa tapahtunut. Ulkoiseen elämänhallintaan vaikuttaa sukupuoli, sukupuoli, koulutus ja ammatti, sillä aineellisesti ja henkisesti turvattu asema helpottaa ulkoisen hallinnan toteutumista (Roos, 1981).

Raitalon (1995) mukaan sisäinen elämänhallinta tarkoittaa tapahtumasarjaa, jossa ihminen pyrkii omien tunteiden, havaintotoimintojen ja mielikuvien käsittelyn avulla selviytymään kokemistaan paineista, ahdistuneisuutta aiheuttavista ristiriidoista ja haasteellisina kokemistaan tilanteista. Ulkoinen elämänhallinta taas on välineellistä käyttäytymistä, jonka pyrkimyksenä on vaikuttaa elintasoon ja muihin olosuhdetekijöihin niin, että ne vastaavat entistä paremmin yksilön omia tavoitteita ja tarpeita.

Iso-Koiviston (2004) API-projektin osatutkimuksessa haastateltiin potilaita, jotka olivat kaksi vuotta aiemmin ensimmäistä kertaa sairastuneet psykoosiin. Heiltä kysyttiin, miten he olivat kokeneet ensimmäisen psykoosin ja siitä toipumisen ja millaiset seikat hoitokäytännöissä tuntuivat auttaneen. Vastaajat jakaantuivat kahteen päätyyppiin. Ensimmäinen ryhmä oli kokenut psykoosin yht'äkkisenä ulkopuolisena iskuna, toinen taas seurauksena vääristä elämän ratkaisuista, joita he pitivät omiana syynään. Tässä suhteessa miesten ja naisten haastattelut eivät eronneet toisistaan. Naiset olivat miehiä tyytyväisempiä saatuaan hoitoon, erityisesti keskusteluun ja perhetapaamisiin. Erilaisen merkityksen psykoosille antaneet, psykoosin ja siitä toipumisen kokeneet näyttäsivät tutkimuksen mukaan hyötyvän eri tavoin painottuneesta hoitotteesta. Toimijuuden kokemuksen säilyttäminen näytti olevan erityisen tärkeää miespuolisille tutkittaville. Julkisissa paikoissa liikkuminen oli työelämän ulkopuolella oleville potilaille tärkeää aikaa ja suhteita yhteisöön jäsentävä tekijä.

1.2.2.2 Integraatiokokous

Hoitokokoukset voivat olla myös integraatiokokouksia. Integraatiokokousten tehtävänä on toimia potilaiden hoitoprosessiin liittyvän tiedon keräämistilaisuutena ja yhdistää eri yhteistyötahojen voimavarat ja verkostot. Tarkoituksena on koota eriytyneet palvelut asiakkaan kannalta mielekkääksi ja saumattomasti toimivaksi kokonaisuudeksi. Integraatio mahdollistaa palveluiden tarjoajien yhteistyön, selkeän työn jaon, palveluiden jatkuvuuden, palvelujen laadun ja tarpeenmukaisuuden sekä kustannustehokkuuden (Aaltonen ym., 2000; Alanen ym., 2000; Lehtinen ym., 2000, Seikkula, 1991).

Integraatiokokous on potilaan hoidossa mukana olevien työntekijöiden tietoista pyrkimystä potilaan hoidon yhteensovittamiseen. Kokouksissa on mahdollista keskustella avoimesti potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Kokouksiin osallistuvat kaikki ne työntekijät, jotka edustavat potilaiden kokonai-

don eri osa-alueita. Mukana ovat myös työntekijöitä, joilla ei ole tietyn potilaan hoidossa välitöntä hoitovastuuta, mutta jotka muuten ovat hoitoprosessin aikana seuranneet potilaan hoitoa. *Integraatiokokousten tehtävänä on toimia potilaiden hoitoprosessiin liittyvän tiedon keräämistilaisuutena ja yhdistää eri yhteistyötahojen voimavarat* (Aaltonen ym. 2000.)

1.2.2.3 Hoitokokouksen vuorovaikutuksellisuus

Kysymykset ovat työntekijöiden terapeuttinen väline, jolla luodaan hoitokokouksen kielellistä kontekstia (Holma, 1999; Seikkula, 1993). Hoitoprosessi muodostuu eräänlaiseksi kertomusten kudelmaksi, jossa työntekijän tehtävänä on jatkuvasti tutkia ja edesauttaa uusien kertomusten ja niihin liittyvien merkityksen antojen syntyä (Wahlström, 1992). Esimerkiksi Tomm (1988) on eritellyt neljä kysymystyyppiä (lineaariset, strategiset, sirkulaariset ja refleksiiviset), joiden tarkoitukset ja todennäköiset vaikutukset ovat terapeuttiselta kannalta erilaisia. Työntekijöillä on hoitokokouksessa vuorovaikutuksellinen valta heidän ohjattaessaan vuoropuhelua kysymysten avulla (Tomm, 1988; Haarakangas 1997).

Vuokila-Oikkonen (2002) määritteli tutkimuksessaan hoitokokouksen yhteistyöneuvotteluksi. Määrittely perustuu yhteistoiminnallisen hoidon lähtökohtiin, jossa valta ja vastuu ovat jaettu siihen osallistuvien kesken. Vuokila-Oikkosen (2002) tutkimustulosten mukaan yhteistyöneuvottelu on yhteistoiminnallista, jos siihen osallistujat määrittelevät ja jakavat yhteisen kertomisen kohteen, osallistujilla on katsekontakti ja neuvottelussa annetaan tasapuolisesti tilaa kaikille osallistujille. Yhteistoiminnallisuus edellyttää työntekijöiltä avoimia ja perusteltuja kysymyksiä. Tutkimuksessa yhteistyöneuvottelut olivat asiantuntijalähtöisiä. Yhteistyöneuvottelun sisältöä rakennettiin asiantuntijoiden kertomuksista ja asiantuntijat pitäytyivät omissa kertomuksissaan. Asiantuntijalähtöinen kertominen sisälsi kontrollointia, monologia, ilmeettömyyttä ja eleettömyyttä. Asiantuntijalähtöisen kertomuksen pääpaino oli tietojen keruussa, tällöin potilaan ja hänen läheistensä tehtävänä oli tiedon antaminen.

Haarakankaan (1997) ja Seikkulan (1993) mukaan potilaan tilanteen vaikeutuessa mystifikaatio (=salaaminen, hämärtäminen, vaikeista asioista vaikeus puhua ääneen, syyllisyys ja häpeä) lisääntyy, vuorovaikutus vaikeutuu ja terapeuttinen avoimuus vähenee. Mystifikaatio siirtyy helposti perheistä hoitavaan työryhmään, jolloin työryhmä ei kykene avoimeen keskusteluun. Tämän huomioiminen vaatii työryhmän jäseniltä ammattitaitoa. Myös avoimuus siirtyy työryhmästä perheisiin, jolloin perheen vuorovaikutus muuttuu avoimemmaksi. Näin avoimuus ja mystifikaatio vaikuttavat hoitoon. Avoimen dialogin hoitomallin keskeiseksi ohjaavaksi ajatukseksi on muodostunut se, että hoidon alusta lähtien kaikki siihen liittyvät tekijät pohditaan avoimesti yhdessä potilaan, hänen perheensä, muiden tärkeiden ihmisten sekä muiden auttajatahojen kanssa (Seikkula & Sutela, 1990; Seikkula, 1993; Seikkula ym., 2004). Potilaan parantuminen alkaa keskustelussa syntyvien uusien merkitysten luomisprosessissa. *Avoimen dialogin periaatteet ovat välitön apu, sosiaalisen verkoston huomiointi, joustavuus ja liikkuvuus, vastuullisuus, psykologinen jatkuvuus, epävarmuuden sieto ja dialogisuus.* Nämä periaatteet ovat kiteytyneet Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä

toteutettujen tai menneillään olevien tutkimusprojektien analyyseissa (Aaltonen ym., 2011; Haarakangas, 1997; Keränen, 1992; Seikkula, 1991; Seikkula & Alakare, 2004; Seikkula ym., 2011).

API-projektin osassa (Lehtinen ym., 1996; 2000) todettiin, että kontrolliin perustuvien hoitomenetelmien tarve väheni olennaisesti. Skitsofreniapotilaiden hoitoa verrattiin tavanomaisiin hoitojärjestelmiin. Myös Länsi-Pohjan alueella toteutetussa API-projektin osassa (Keränen 1992; Seikkula 1991) todettiin, että akuuteissa psykoottisissa kriiseissä, joissa perinteisesti on tarvittu sairaalahoitoa, potilaat on voitu 40 %:ssa tapauksista hoitaa kotona. Tähän liittyy verkosto- ja perhekeskeisen toimintatavan omaksuminen psykiatrisessa hoidossa ns. avoimen dialogin hoitomalli (Aaltonen ym., 2011; Seikkula ym., 2006, 2011). Potilaan mahdollisuus palata aktiiviseen sosiaaliseen elämään psykoottisen kriisin jälkeen on ilmeisesti vaikuttanut se, että hoitamattoman psykoosin kesto ennen ensimmäistä hoitokontaktia on lyhentynyt noin neljään kuukauteen (Kalla ym., 2002; Seikkula ym., 2001,). Tarpeenmukaisen hoitomallin toteutumisen edellytyksenä on Länsi-Pohjan koko henkilökunnan hyvä ammattitaito. Alueella on kehitetty yhtä aikaa hoitokäytäntöä ja henkilöstön koulutusta. Hyvät hoitotulokset näyttivät liittyvän myös monipuoliseen psykoterapiakoulutukseen. (Aaltonen ym., 2011, Seikkula & Alakare 2004).

Hoitokokoustyöskentelyä kielellisesti tarkasteltaessa yhtenä näkökulmana on sosiaalinen konstruktionismi (Gergen, 1994, 1999) ja narratiivinen lähestymistapa (Aaltonen, 1998; Holma, 1999; Holma & Aaltonen, 1995, 1998; Laitila, 2004; Laitila ym., 2005; Wahlström, 1992). Holman (1999) tutkimuksessa, joka oli osa API-projektin tutkimuksia, selvitettiin tarpeenmukaisen hoitomallin psykologiaa narratiivisesta näkökulmasta. Holman mukaan akuutissa psykoosissa henkilön identiteettikertomus (= kertomukset, jotka henkilö on muodostanut omasta elämästään) on romahtanut. Psykoottinen henkilö ei pysty luomaan itsestään riittävän jäsentynyttä ja yhteenkuuluvaa identiteettikertomusta, muun muassa tietyt kokemukset ajallisuudesta saattavat puuttua kokonaan. Hoitokokouksissa pyritään luomaan potilaan, hänen läheistensä ja henkilökunnan kesken uusia ja monipuolisia kertomuksia potilaasta (Shotter, 1993). Työryhmä voi tarjota reflektiivisen keskustelun avulla potilaan esinarratiivisille kokemuksille kerronnallisen muodon (Andersen, 1991; Anderson, 1997). Ilman potilaan ja hänen läheistensä tasavertaista osallistumista hoitokokouksiin eivät työntekijöiden kertomukset kytkeytyneet psykoottisen henkilön tai hänen läheistensä kokemuksiin (Holma, 1999). Parhaimmillaan hoitokokous voi tarjota mahdollisuuden potilaan jäsentyneen identiteettikertomuksen, toimijuuden ja ajassa pysymisen kokemuksen palauttamiselle.

1.2.3 Laaja perhe ja verkostokeskeinen alkuselvittely hoitokokouksissa

Laaja perhe- ja verkostokeskeisessä alkuselvittelyssä saadaan informaatiota seikoista, jotka liittyvät potilaan ongelmien tai sairauden alkamiseen, niiden alkamisen vaiheisiin ja hoitoon tuloon (Alanen ym., 1986). *Hoito alkaa perusteellisella hoitoontulotutkimuksella, johon osallistuvat potilas, hänen läheisensä ja hoidosta vastaavat työntekijät.* (Räkköläinen ym., 1991). Yhteisessä tilanteessa on heti alusta

alkaan mahdollista antaa tukea sekä potilaalle että hänen läheisilleen ja antaa välitön mahdollisuus selvittää ajankohtaisia vuorovaikutussuhteisiin liittyviä ongelmia ja ristiriitoja (Haarakangas, 1997; Wahlström, 1992) Yhteinen tapaaminen antaa perheenjäsenille virikkeen myöhempään perhekeskeiseen hoitoon osallistumiseen, silloin kun se arvioidaan tarpeelliseksi (Lehtinen, 1993; Saari, 2002; Tuori, 1987). Tarpeenmukaisen hoidon rakentamiseen tarvitaan laaja, eri tarkastelutasot kattava tilanteen ymmärrys (Aaltonen & Rökköläinen, 1994). Hoitoa ja eri hoitomenetelmien valintaa ohjaa syntyneen hoitoverkoston jakama systeeminen kokonaisnäkemys, yhteinen ymmärrys, joka syntyy toistuvissa hoitokokouksissa tilannetta tutkittaessa (Aaltonen ym., 2013). Potilas ja hänen läheisensä sitoutuvat hoitoon (Lehtinen, 1993; Saari, 2002; Tuori, 1987). Mahdollisimman varhain aloitettu hoito parantaa potilaan ennustetta (Alanen ym., 1991, 2000). Samalla varmistetaan hoidon jatkuvuus (Aaltonen ym., 2000). Hoidon tarpeen arviointiin kuuluu myös laajaan selvittelyyn pohjautuva yhteinen käsitys siitä, ettei potilas tarvitse psykiatrista hoitoa. (Alanen, 1997; Keränen, 1992; Lääkintöhallitus 1987; Seikkula & Sutela 1990, Virtanen ym., 1985, 1986).

Vaikeaa mielenterveyden häiriötä kärsivän potilaan perhekartoitus on tutkimuksellinen, potilaan ja perheen sekä hoito-organisaation keskinäistä vuorovaikutusta ja työnjakoa positiiviseksi muovaava ja myös hoidollinen tapahtuma (Lehtinen, 1993, 1997; Tuori; 1988). Perhekartoitus aloitetaan ja tehdään välittömästi potilaan saavuttua mielenterveyspalvelujen piiriin, joko avohoittoon tai sairaalaan. Se edistää omalta osaltaan tarpeenmukaisen hoidon määrittelyä (Aaltonen ym., 2000). Potilaan hoidosta vastaavat työntekijät selvittelevät konkreettisia tapahtumia, mitä on tapahtunut lähiaikoina, mitä mahdollisesti tulee tapahtumaan ja miten perhe on toiminut muutostilanteissa. Samalla selvitetään, mihin oireilevan potilaan poikkeava käyttäytyminen kunkin perheenjäsenen mielestä voisi liittyä ja mikä on oirehdinnan historia ja sen liittyminen muutoksiin (Aaltonen, 1998; Seikkula, 1991). Erikseen kartoitetaan laajennetun perheen tilanne, laajennetulla perheellä tarkoitetaan muun muassa isovanhempia, setiä, tätejä, sisaruksia. Laajennetussa perheessä tapahtuneet muutokset ovat usein vaikuttamassa haastateltavaan perheeseen ja sen kautta myös potilaaseen. Kun kartoitukset suoritetaan huolellisesti, voidaan tarvittava ja tarpeenmukainen hoito aloittaa tai olla aloittamatta perusteltuna niin hoitavien henkilöiden kuin potilaan ja perheenkin kannalta (Saari, 2002). Tarpeenmukainen hoito sisältää myös mahdollisuuden olla hoitamatta lainkaan (Alanen ym., 1986).

Potilaat saapuvat sairaalaan usein päivystyksellisesti (Virtanen 1985, 1988). McGlashanin (1998) mukaan päivystystilanteissa on myös kysymys siitä, että potilaalle on kasautunut elämäntilanteeseen liittyviä ongelmia, jonka selvittelyyn potilas tarvitsee ulkopuolista apua. Päivystystilanteessa määritellään se, mihin psykiatrista apua hakevan potilaan tutkimus ja hoito suuntautuvat (Aaltonen ym., 2000; Virtanen ym., 1986). Päivystystoimena tehtävät *kotikäynnit ovat yksi tapa aloittaa potilaan tutkimukset ja hoito*. Kotikäyntien etuna on se, että niiden avulla saadaan todellisempi kuva potilaan elämäntilanteesta ja ne eivät ole potilaalle niin traumaattisia kuin sekavassa tilanteessa tapahtuvat vastaanotto-

käynnit. Ne parantavat skitsofreniapotilaan ennustetta ja luovat myös pohjaa myöhemmälle yhteistyölle potilaan ja hänen perheensä kanssa (Budd & Hughes, 1997). Päivystystoimena tehtäviin kotikäynteihin on mahdollisuudet niissä hoitoyksiköissä, joissa kotikäynnit ovat osa hoitokulttuuria ja ne on myös otettu huomioon henkilökuntaresursseissa. Lääkäriin tulisi tehdä kotikäyntejä nykyistä useammin (Räsänen & Moring 2002).

Honkasen (2008) neuvolatyötä koskevan tutkimuksen mukaan kotikäynnit osoittautuivat tärkeäksi työmenetelmäksi riskioloissa elävien perheiden auttamiseksi. Kotikäynneillä perheen tilanne usein realisoitui ja esille tuli sellaisia asioita, mitä ei neuvolassa olisi koskaan esille tullut kuten perheen voimavarat. Kotikäyntien vaikuttavuus tulee esiin vasta pitempikestoisella ja tavoitteellisella kotiin viedyllä tuella. Elkanin ym., (2000) mukaan kotikäynnit parantavat äitien ja lasten psykososiaalista tilannetta. Arosen ym., (1995) mukaan kotikäyntien perhetuen vaikutukset olivat myönteisiä ja pitkäaikaisia vielä senkin jälkeen, kun kotikäynnit olivat loppuneet.

Perlmutter ja Jones (1985) kehittivät toimintamallin asiakkaan laajalaiseen tilanteen ensivaiheen arviointiin ja interventioon. He jakoivat perheen ja hoitavan työryhmän välisen ensimmäisen tapaamisen kolmeen vaiheeseen. *Ensimmäisessä eli arviointivaiheessa* työryhmä pyrki liittymään perheeseen, vähentämään ahdistuneisuutta ja selvittämään perheen välittömät tarpeet. Hoitavat henkilöt liittyivät osaksi potilaan sosiaalista verkostoa tavoitteenaan uusien näkökulmien ja ratkaisujen löytäminen jo kokeiltujen tilalle. Identifioitun potilaan kliinisen tilan arvio tapahtui myös ensimmäisessä vaiheessa. Sosiaalisen verkoston arviointi tapahtui niin ikään haastattelun ensimmäisessä vaiheessa. Tässä kartoitettiin kysymyksin kaikki ne tahot, joihin potilaalla ja hänen perheellään on olemassa merkittäviä yhteyksiä. Perheestä ja sen toimintakyvystä koetettiin saada mahdollisimman tarkka kuva haastattelun ensivaiheessa kiinnittämällä huomio perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen ja perheen työskentelyyn arviointitilanteessa. *Toisessa eli ongelmanratkaisuvaiheessa* haettiin konkreettisia vastauksia siihen, mitä oli tapahtunut, kartoitettiin tapahtuneet ja tulevat muutokset ja potilaan asema tässä suhteessa. Lisäksi käytiin läpi oireiden historia ja eri perheenjäsenten käsitykset siitä, kuinka selvittelyssä tulisi edetä. *Kolmannessa vaiheessa* ongelmalle haettiin koko perhesysteemin huomioon ottavaa uudelleenmäärittelyä, tehtiin päätös mahdollisesta sairaalahoidosta, arvioitiin perheen hoitomyöntyvyys annettujen suositusten suhteen ja päätettiin istunto.

Sosiaalisia verkostoja on tutkittu Suomessa psykiatriassa 1990-luvun alusta lähtien, ja verkostot ovat Suomessa yksi osa psykiatriasta tutkimusta ja hoitoa (Aaltonen ym., 1995; Seikkula, 1991). Sosiaaliantropologit alkoivat käyttää sosiaalisen verkoston käsitettä 1940-luvulla (Whitten & Wolfe, 1973). Useat verkostotyön lähtöajatuksista olivat peräisin Yhdysvalloista, mutta 1990-luvulle tultaessa sosiaalisen verkoston tutkimus on keskittynyt enemmän Eurooppaan ja erityisesti pohjoismaihin (Klebeck & Odgen, 1996; Salokangas, 1997; Larsen ym., 1998), missä julkinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä mahdollistaa verkostotutkimusten hyödyntämisen. Sosiaalisia verkostoja on hyödynnetty

sosiaalityössä (Arnkil, 1992; Arnkil ym., 2000), lastenpsykiatriassa (Klebeck & Ogden, 1996), psykiatrisessa kuntoutuksessa (Paterniti ym., 1996) ja vanhustyössä (Bondevik & Skogstad, 1998).

Sosiaalisen verkostoon kuuluu yksilön perhe, hänen sukunsa, työ- tai koulukaverit ja muut päivittäiset suhteet sekä ystävät, naapurit ja ammattiauttajat (Kauranen ym. 2000; Klebeck & Ogden 1992; Seikkula, 1992). *Sosiaalisen verkoston käsitteellä tarkoitetaan yleensä niitä vuorovaikutussuhteita, joiden kautta yksilö ylläpitää sosiaalista identiteettiään.* Näistä vuorovaikutussuhteista hän saa henkistä tukea, materiaalista apua ja palveluja, tietoja sekä uusia ihmissuhteita (Marsella & Snyder, 1981; Seikkula, 1992).

Pattison ja Pattison (1981) määrittelee sosiaalisen verkoston olevan yksilön ja merkittävien toisten ihmisten välisten linkkien sosiaalinen rakennelma. Sosiaalinen verkosto muodostuu niistä suhteista, joita verkoston jäsenillä on toisiinsa (Arnkil ym., 2000). Koska kaikki verkoston jäsenet eivät välttämättä tunne toisiaan, ei verkosto ole sosiaalinen ryhmä. Sosiaalinen verkosto on lähellä sosiaalisen tuen käsitettä, mikä on aina saajalleen hyödyllistä, kun taas sosiaalisen verkoston yhteydet voivat aikaansaada jäsenilleen myös rajoitteita ja stressiä. Olennaista on, millaisena yksilö verkostonsa itse kokee. Toimiva verkosto pitää yllä terveyttä ja toimii puskurina stressiä ja vastoinkäymisiä vastaan (Kauranen ym., 2000; Klebeck & Ogden, 1992).

Yksilön tilannetta voidaan tarkastella verkostolähestymistavan avulla siten, että kun asiakas ottaa yhteyden tai hänestä otetaan yhteys esimerkiksi mielenterveyspalveluja antavaan yksikköön, hänen tilanteensa kartoitetaan verkoston avulla (Aaltonen ym., 2000; Salokangas, 1997). Heti yhteyden oton jälkeen asiakkaan kanssa selvitetään, ketkä tietävät nykyisestä ongelmasta ja keneltä voisi saada apua ongelman ratkaisemisessa (Alanen ym., 1986). Näin jo ensimmäiseen yhteiseen tapaamiseen saadaan kutsuttua mukaan asiakkaan kannalta merkittävät ihmiset. (Klebec, ym., 1988; Saari, 2002). Verkostotyön tavoitteena on asiakkaan verkoston mobilisoiminen niin, että se voi auttaa esimerkiksi ongelman ratkaisussa ja olla tueksi asiakkaalle (Seikkula, 1991).

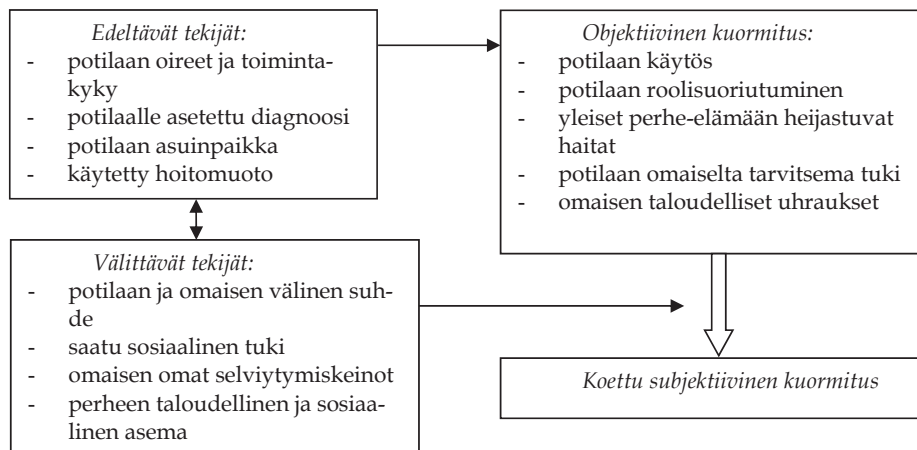
Salokankaan (1996, 1997) tutkimuksissa sosiaalinen verkosto nähdään tukena yksilölle, se tuo johonkin kuulumisen tunnetta ja ylläpitää sisäistä eheyttä ja auttaa selviytymään paremmin elämästä. Sosiaalisen tuen hyödyllisyydestä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa on saatu tutkimuksellista näyttöä (Buchanan, 1995). Suuremman verkoston ja parempien verkoston vuorovaikutuksellisten ominaisuuksien on todettu vähentävän psykiatrisen potilaan todennäköisyyttä joutua sairaalaan (Becker ym., 1997; Keränen, 1992). Verrattaessa ensi kertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden verkostoja aiemmin jo hoidossa olleiden verkostoihin on todettu verkostojen pienenevän ja tihenevän hoitokertojen lisääntyessä (Lipton ym., 1981; Seikkula 1991). Merkittävimmät muutokset verkostojen rakenteessa ja toiminnassa tapahtuvat potilaalla ensimmäisen sairaalantulon jälkeen. Koska perheen ulkopuolisen verkoston katsotaan edustavan muutosten mahdollisuutta elämässä, tarkoittaa sen suhteellinen väheneminen hoitoverkoston merkityksen kasvua ja potilaan lisääntyvää riippuvuutta hoitojärjestelmästä (Seikkula, 1991).

Kauranen ym., (2000) selvittivät tutkimuksessaan ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden sosiaalista verkostoa ja sen muutosta kahden vuoden aikana, kun hoidossa pyrittiin sosiaalisen verkoston aktiiviseen osallistumiseen hoitamalla potilaat kotona. Potilasta ei eristetty läheisistään, vaan koko hoitoprosessi tapahtui yhdessä. Hoito näytti säilyttävän potilaan verkoston voimavaroja ja jopa parantavan joissakin tapauksissa potilaan työtilannetta. Mitä nopeammin oireiden ilmetyä hoito voidaan aloittaa, sitä vähemmän verkosto pienenee. Saadut tulokset tukevat Falloonin (1992) tutkimuksessa syntynyttä kuvaa skitsofrenian varhaisen havaitsemisen ja hoidollisen väliintulon tärkeydestä. Potilaan perheillä ja lähiverkostoilla on tärkeä rooli sairauden havaitsemisessa sen alkuvaiheessaan (Falloon & Fadden, 1993).

VARHAIN-tutkimus tutki, miten potilaiden hoito käynnistyy psykiatriassa erikoissairaanhoidossa sekä odotusajan että hoidon sisällön suhteen. Tämä tutkimus on osa laajempaa VARHAIN tutkimusta, joka kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön tukemaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen koulutus- ja kehittämishankkeeseen vakavien mielenterveyden häiriöiden varhaiseksi toteamiseksi ja hoidon kehittämiseksi. Tutkimus toteutettiin vuonna 2005 Kaarinan, Salon, Porin ja Rauman psykiatrisilla ja nuorisopsykiatrisilla poliklinikoilla, joissa 237 uuden hoitajakson aloittavaa potilasta osallistui tutkimukseen. Potilaat pääsivät vastaanotolle kohtuullisessa ajassa ja hoitotakuu täyttyi kaikkien aikuispsykiatristen sekä lähes kaikkien nuorisopsykiatristen potilaiden osalta. Ensivaiheen hoidon sisällössä oli selviä puutteita: Lähes kolmasosassa tapauksista lääkäri ei osallistunut potilaan tutkimiseen, mikä on ongelmallista diagnostiikan ja koko hoidon jänteveyden kannalta. Tiivis psykososiaalinen hoito järjestyi vain harvoille potilaille. (Luuttonen ym., 2011). Tutkimuksessa ei kuvattu läheisten osallisuutta alkuvaiheen selvityksessä.

1.2.4 Perheen rakenteen, toimintakyvyn, kuormittuneisuuden ja tunnelmapiirin arviointi laajassa perhe- ja verkostokeskeisessä alkuselvityksessä

Perheen rakenteen ja toimintakyvyn arviointia voidaan kuvata Kantorin ja Lehrin (1975) perheluokituksen, Olsonin perheiden luokittelumenetelmän (Olson ym., 1979) ja Beaversin perhearviomenetelmän (Lewis ym., 1976) mukaan.



KUVIO 3 Mielenterveyden häiriö ja omaisen kokema subjektiivinen kuormitus (Maurin & Boyd, 1990)

Maurin ja Boyd (1990) korostivat sitä, että tulisi tehdä selvä ero potilaan sairauden aiheuttaman kuormituksen ja potilaan omaisten muuhun elämäntilanteeseen liittyvän uupumuksen välillä. He kuvasivat läheisen subjektiivisen kuormituksen kehittymistä jatkumona, jossa potilaan sairauteen liittyvät edeltävät tekijät saavat aikaan objektiivisen kuormituksen. Se missä määrin läheinen kokee subjektiivista kuormitusta, riippuu objektiivisen kuormituksen määrästä ja laadusta ja niin sanottujen välittävien tekijöiden vaikutuksista. Välittäviä tekijöitä ovat potilaan ja läheisen välinen suhde, potilaan saama sosiaalinen tuki, läheisten omat selviytymiskeinot sekä perheen sosiaalinen ja taloudellinen asema. Tavallisesti kuormitus on nähty potilaan oireiden ja toimintakyvyn puutteiden heijastumisena hänen perheeseensä ja lähipiiriinsä useilla päivittäisen elämän osa-alueilla. Schene (1990) jakoi kuormituksen vaikutuksen perheessä kahdeksaan eri osa-alueeseen: tavanomaiset kodin askareet, talous, vaikutukset lapsiin ja sisaruksiin, perheenjäsenten keskinäiset suhteet, sosiaaliset suhteet, vapaa-aika ja urakehitys, terveydentila ja subjektiiviset kärsimykset, kuten syyllisyys, epävarmuus ja viha.

Tuorin (1987) ja Saaren (2002) tutkimusten mukaan hyvän toimintakyvyn omaavat perheet pystyvät tukemaan heikomman toimintakyvyn omaavia perheitä paremmin identifioitua potilasta tämän psyykkisen tilan ja toimintakyvyn palautumisessa. Lähiomaisen kuormittuminen on tosiasia myös akuutin psyykkisen sairastumisen yhteydessä identifioitun potilaan diagnoosista, työskentelytavasta ja hoitopaikasta riippumatta. Lisäksi näyttää siltä, että perheenjäsenten tiivis mukana olo hoitokokouksissa heti hoidon alussa ja perheenjäsenten mukanaolo hoidossa myös akuutin vaiheen jälkeen liittyneenä hoitosuhteen jatkuvuuteen ja omaisten tietoisuuteen joustavasta hoitoon pääsystä ja pikaisesti saatavilla olevasta avusta helpottivat vakavaan psyykkiseen sairastumiseen liittyvää läheisen kuormittuneisuutta.

Nymannin ja Stengårdin (2001, 2005) tutkimusten mukaan päihde- ja mielenterveyshäiriöitä sairastavien omaiset ovat kuormittuneita ja kuuluvat mielenterveyden riskiryhmään. Omaisten tyytymättömyys kohdentui siihen, missä määrin ammattihenkilöt olivat kiinnostuneita omaisten ongelmista sairastuneiden kanssa. Erityisen tärkeänä omaiset pitivät tiedon saamista läheisen sairautteen ja hoitoon liittyvissä asioissa. Omaisten vastuu psyykkisesti sairastuneista läheisistään on kasvanut ja kasvaa entisestään hoidon painopisteen siirtyessä yhä enemmän avohoitoon (Nyman & Stengård 2001, 2005).

Falloon (1992) korostaa haavoittuvuus-stressimalliin pohjautuvien integroitujen mielenterveyspalvelujen merkitystä (Zubin & Spring 1977). Mallin mukaan mielenterveyden häiriöiden oireet puhkeavat silloin, kun yksilöllinen haavoittuvuuden ja stressitekijöiden yhteisvaikutus ylittää kunkin yksilön biopsykososiaalisen sopeutumiskyvyn. Haavoittuvuus altistaa yksilöä kehittämään tietyn oireyhtymän ja perinnölliset tekijät saattavat altistaa jossakin määrin psyykkisiin sairauksiin. Ympäristöön ja elämäntapahtumiin liittyvällä stressillä on oletettu olevan yhteydessä yksilön sairastumiseen yhdessä haavoittuvuuden kanssa. Elämäntapahtumalla kuvataan merkittävimpiä stressitilanteita, joita voivat olla esimerkiksi työpaikan menetys, läheisen sairastuminen tai kuolema, läheisen suhteen katkeaminen, myös myönteiset elämäntapahtumat voivat olla stressaavia kuten ylioppilasjuhlat, häät, merkkipäivät, juhlapyhät. Haavoittuvuus altistaa yksilöä kehittämään tietyn oireyhtymän. Stressitilanteen ja mielenterveyshäiriön kehittymisen välillä on usein viive, jopa useita kuukausia.

Read ym., (2005) katsauksen mukaan peräti kaksi kolmasosaa skitsofrenioista saattaa aiheutua lapsuuden väkivaltakokemuksista ja kaltoinkohtelusta. Tutkijat pyrkivät selvittämään, aiheuttavatko traumat, erityisesti lapsuuden traumat, psykooseja. He keräsivät asiaa käsittelevät julkaisut vuodesta 1872 marraskuuhun 2004. Kaltoinkohtelua ja väkivaltaa koskevan raportoinnin todettiin olevan luotettavaa, myös psykoottisten kohdalla. Lapsuuden traumat synnyttävät stressi-, trauma ja psykoosiherkkyyden. Traumakokemus aikuisuudessa näyttää toimivan välittävänä laukaisevana tekijänä. Tulokset auttavat osaltaan integroimaan neurofysiologiset, psykodynaamiset ja sosiaalipsykologiset psykoosien kehitysmallit raskaaseen psykiatriaan. Psykiatriset potilaat aliraportoivat mieluummin kuin ylliraportoivat lapsuuden seksuaalisista tai fyysisistä väkivaltakokemuksista ja kaltoinkohtelusta. Tulosten perusteella psykiatrian perusajatusta olisi muutettava geneettisestä yksilökeskeisestä lähestymistavasta perheen varhaisten vuorovaikutussuhteiden kehitystä muovaavien tekijöiden huomioimiseen. Hoidoissa olisi panostettava traumaperäisten oireiden selvittämiseen ja lääkehoitojen vähentämiseen. Tutkimustoiminnan painotusta olisi siirrettävä lapsuuden traumausten ennaltaehkäisyyn ja traumaperäisten oireiden pikaiseen purkamiseen.

Lukuisat tutkimukset osoittivat selvän yhteyden psykoottisten oireiden sisällön ja traumakokemusten välillä. Psykoottiset oireet voitiin usein ymmärtää traumakokemusten ja trauma-aistimusten takautumiksi tai että niiden sisältö viittasi suoraan tai symbolisesti väkivaltakokemuksiin. Psykoottisen potilaan harhat eivät olleet sairaan mielen merkityksettämiä tuotteita. Mitä useammin,

mitä traumaattisempia, tunkeutuvampia ja pitkäaikaisempia kokemukset olivat olleet, sen voimakkaammat ja laajemmat olivat potilaan psykoottiset oireet. (Read ym., 2005). Myös Suomessa tehty tutkimus osoitti, että lapsuuden traumaattiset kokemukset yhdistyivät tilastollisesti merkitsevästi depressiiviseen, maaniseen ja psykoottiseen oireiluun (Salokangas ym., 2006). Uudet sosiologiset tutkimukset ovat osoittaneet, että skitsofreniaryhmän oireet eivät ole jakautuneet tasaisesti eri väestöryhmien kesken. Esimerkiksi Länsi-Intian saarilta Britanniaan emigrantteina tulleiden joukossa skitsofreniaa esiintyy 12-kertainen määrä. Köyhemmissä väestöosissa esiintyvyys voi olla myös moninkertainen. Maailman eri väestöjen välillä voi olla jopa 16-kertaisia eroja skitsofrenian esiintyvyydessä. Nämä havainnot viittaavat skitsofrenian synnyn ympäristövaikutuksiin (Shulman, 2006). Tienarin ym., (1993, 2003, 2004) työryhmän adoptiotutkimuksessa geneettistä skitsofreniariskitekijöitä kantavilla lapsilla, jotka oli adoptoitu huonosti toimiviin perheisiin, ilmeni pitkässä seurannassa tavallista enemmän skitsofreniaa. Kun taas ne lapset, jotka oli adoptoitu terveisiin hyvin toimiviin perheisiin, eivät sairastuneet yleisväestöä useammin. Hyvät kasvuolosuhteet saattoivat kokonaan kompensoida geneettiset riskitekijät, mikä osaltaan tukee kehityksellistä adaptiivista mallia.

1.3 Liikkuvat akuuttityöryhmät

Liikkuvien akuuttityöryhmien toiminnan kuvauksia löytyy ulkomaisesta kirjallisuudesta 1970-luvulta lähtien. Suurin osa kuvauksista on yksittäisten projektien kuvauksia. Tufnell ym., (1985) seurasivat kriisityöryhmän hoitoon ohjautuneiden potilaiden psykiatristen hoitopalveluiden käyttöä kolmen vuoden ajan. Reynolds ym., (1990) kuvasivat kriisityöryhmän toiminnan vaikutuksia. Lähtökohtana oli mahdollisimman tavanomaisen toiminnan tarkastelu. Sekä potilaat että omaiset olivat tyytyväisiä työryhmän toimintaan. Työryhmän perustamisen jälkeisenä vuonna alueen psykiatriin sairaaloihin otettujen potilaiden määrä laski viidenneksellä.

Perhe- ja verkostokeskeinen työskentely on tapahtunut tapaamalla perheitä kotona. Eri tutkijat ovat vertailleet perinteistä psykiatrista sairaalahoittoa ja avohoitopainotteista psykiatrista hoitoa eri tutkimusmenetelmillä (Ruiz ym., 1973) tai kuvanneet määräämisiä projektihankkeita. Avohoidosta vastasivat moniammatilliset työryhmät, jotka sitoutuivat potilaan hoitoon ja hoito tapahtui yhteistyössä potilaan ja hänen läheisensä kanssa useimmiten potilaan kotona ja hänen luonnollisessa asuinympäristössään (Hoult & Reynolds, 1984; Polak ym., 1979; Stein & Test, 1980). Toiminnan tavoitteena oli tarjota tukea koko perheelle, vastata hätätilanteisiin nopeasti potilaan tilan huolellisella arvioinnilla, kriisi-interventiolla ja jatkohoidon järjestämisellä (Levinson ym., 1991; West ym., 1980). Heti hoidon alussa kiinnitettiin potilaan kliinisen tilan lisäksi huomio hoitoon toimittamista edeltäneisiin tapahtumiin, potilaan vuorovaikutussuhteisiin, sosiaaliseen tilanteeseen, olemassa oleviin selviytymistä tukeviin rakenteisiin ja yhteistyöhalukkuuteen (Tufnell ym., 1985). Myös lähiomaiset

haastateltiin aina, kun se oli mahdollista (Bengelsdorf & Adlen, 1987). Huomio kiinnitettiin potilaiden vahvuuksiin ja siihen, kuinka nämä voisivat käyttää niitä hyödykseen. Merkittäviin ihmissuhdeongelmiin ja sosiaalisiin ongelmiin pyrittiin löytämään välitön helpotus. Hoitosuunnitelma laadittiin yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa (Hoult & Reynolds, 1984). Psykenlääkitys oli myös oleellinen osa hoitoa. Tärkeä osa hoidon kokonaisuutta oli jatkuva hoitovastuu. Kullekin potilaalle valittiin hoidosta vastaava henkilö, jonka tehtävänä oli hoidon kokonaisuuden koordinointi (Polak ym., 1979). Työryhmien työntekijöiden tärkein tehtävä oli potilaan ja hänen sosiaalisen verkoston tukeminen heidän arkielämän ongelmissaan. Potilas ja hänen omaistensa saivat tietoa työryhmän toimintatavoista ja heitä rohkaistiin yhteydenottoon milloin tahansa he kokivat sen tarpeelliseksi. Sairaalaan toimittamista pyrittiin välttämään viimeiseen saakka (Bengelsdorf & Adlen, 1987).

Edellä kuvattua hoitomuotoa hieman erilaisina sovelluksina saaneet potilaat tarvitsivat huomattavasti vähemmän psykiatrisia sairaalal palveluita ilman muiden terveydenhuoltopalvelujen käytön lisääntymistä. Joissakin tutkimuksissa oli selvitetty, että he sijoituivat paremmin työelämään sekä olivat oireetomampia ja tyytyväisempiä elämäänsä kokonaisuutena kuin tavanomaista psykiatrista sairaalahoitoa saaneet potilaat. Avohoitopainotteisen hoitomallin kustannukset näyttivät jäävän perinteiseen sairaalahoitoon verrattuna alhaisemmiksi (Burns ym., 1993 a,b).

Geller ym., (1995) kiinnittivät huomiota siihen, että akuuttityöryhmien vaikuttavuutta selvitteleviä tutkimuksia oli suhteellisen vähän työmuodon yleisyyteen verrattuna. Tutkijat pitivät tarpeellisena selvittää edelleen akuuttityöryhmien toiminnan vaikuttavuutta eri potilasryhmiin, erilaisissa työryhmien kokoonpanoissa ja interventiotavoissa. Braun ym., (1981) tekivät varhaisempien tutkimusten meta-analyysin, jossa kiinnitettiin erityisesti huomio liian valikointeihin aineistoihin tulosten yleistettävyyttä ajatellen sekä puutteisiin vaikuttavuuden mittaamisessa ja satunnaistamisessa. Burns ym., (1993) vertasivat tavanomaisten psykiatristen työryhmien antamaa hoitoa ja liikkuvampien, enemmän psykososiaalista interventiota käyttävien työryhmien tarjoamaa hoitoa toisiinsa. Potilaat ohjautuivat satunnaisesti eri tavoin toimivien työryhmien hoitoon. Vuoden seurannassa ei todettu eroja eri menetelmin hoidettujen potilaiden kliinisessä tilassa tai psykososiaalisessa selviytymisessä eikä potilaiden lähiomaisten kuormittuneisuudessa. Koeryhmän hoitokustannukset vuoden aikana olivat vain noin puolet kontrolliryhmän hoidon kustannuksista. Koeryhmä käytti vähemmän psykiatrista sairaalahoitoa ilman avohoitokäyntien määrän lisääntymistä. Fisher ym., (1990) toteisivat, että akuuttiryhmien toimintatavoissa oli alueittain huomattavia eroja. Vastaavia tuloksia ilmeni Saaren (2002) tutkimuksessa.

1.3.1 Psykoosityöryhmän toimintaperiaatteet

Uusien skitsofreniaan sairastuneiden potilaiden (USP-projekti) hoitomallissa suositeltiin sairaanhoitopiireihin perustettavaksi erityisiä neljästä, eri ammattialan työntekijöistä koostuvia psykoosityöryhmiä, jotka vastaisivat potilaiden

laajasta alkuvaiheen selvittelystä ja hoidosta sekä hoidon koordinoinnista (Lääkintöhallitus 1987). Vuonna 1992 psykoosityöryhmiä oli 48, ja niiden koko vaihteli kahdesta neljään työntekijään (Tuori, 1994). Monilla alueilla työryhmien toiminta oli vielä 1990-luvun alussa kehittymässä (Keränen, 1992; Seikkula, 1991; Tuori, 1991; Vartiainen ym., 1989, 1993; Virtanen ym., 1985, 1986, 1988).

Psykoosityöryhmä työskentelyn keskeisiä periaatteita ovat nopea reagointi, palvelujen liikkuvuus ja akuutti saatavuus, eri palveluyksiköiden toimintojen koordinointi ja hoitovastuun selkeyttäminen. Potilaan omassa elinympäristössä tapahtuvan intervention myötä voidaan hoidossa nopeasti hyödyntää potilaan perhettä, verkostoa ja muita mahdollisia voimavaroja. Kokemusten mukaan tehokkaalla kriisi-interventiolla on voitu vähentää sairaalahoidon tarvetta ja hoitokustannuksia sekä parantaa sairaiden ja heidän perheittensä kykyä toimia eri ongelmatilanteissa (Aaltonen ym. 1994, 2000, 2011; Heikkilä & Rökköläinen, 1993; Rökköläinen ym., 1991; Saari, 2002; Seikkula & Alakare, 2004; Tuori, 1991). Myös mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2012) todetaan, että mielenterveys- ja päihdeongelmallisille tulee lisätä ja monipuolistaa muun muassa päivystyksellisiä ja liikkuvia palveluita.

Saaren (2002) tutkimuksessa tarkasteltiin psykoosityöryhmätyöskentelyä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992–1996 ja kuvattiin psykoosityöryhmätyypistä työskentelytapaa, jossa toteutettiin mahdollisimman pitkälle tarpeenmukaisen hoitomallin periaatteita. Yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa oli mahdollista alkutilanteessa kartoittaa elämäntilanne mahdollisimman tarkasti ja puuttua siten stressiä aiheuttaviin tekijöihin, joilla mahdollisesti oli osuutta potilaan oireenmuodostuksessa. Saatujen tulosten perusteella psykoosityöryhmätyöskentely oli vaikeissa mielenterveydenhäiriöissä yksilötasolla vähintäänkin yhtä tuloksellista kuin tavanomainen psykiatrinen erikoissairaanhoito. Etenkin aikavälillä 9 kuukautta - 2 vuotta psykoosityöryhmässä hoidetut potilaat selviytyivät tavanomaista hoitoa saaneita paremmin. Perheen kuormittuneisuus laski molemmissa ryhmissä aikavälillä 0-9 kuukautta ja lasku jatkui koeryhmässä aikavälillä 9 kuukautta-2 vuotta, mutta pysähtyi kontrolliryhmässä. Kokonaisuutena psykoosityöryhmän työskentely oli tavanomaista psykiatrista erikoissairaanhoitoa tuloksellisempaa ja taloudellisempaa. Saari (2002) tarkensi psykoosityöryhmätyöskentelyn yleisperiaatteet tutkimuksessaan:

1. Hoidon tulee olla suunnitelmallista, kokonaisvaltaista ja tapauskohtaisesti tarpeenmukaista. Sen kulkua tuli seurata ja hoitosuunnitelmia tarkistaa ja muuttaa mikäli hoitotilanne sitä edellytti.
2. Hoidon tulee olla lähtökohdiltaan psykoterapeuttista ja perhekeskeistä.
3. Heti hoidon alussa tulee toteuttaa vuorovaikutuskeskeinen selvittely sellaisen hoitokokouksen muodossa, mihin sekä potilas, hänen perheensä jäsenet tai muut hänelle läheiset henkilöt että hoitava työryhmä osallistuvat.
4. Hoidon tulee olla avohoitopainotteista.
5. Lääkehoidon osuus on pyrittävä pitämään vähäisenä.
6. Kuntoutusnäkökohtia tulee huomioida jo hoidon alkuvaiheessa.

1.3.2 Tapauskohtainen työryhmätyöskentely

API-projektin (Aaltonen ym., 2000) tulosten perusteella suositeltiin potilaan hoidosta vastaavaksi työryhmäksi tapauskohtaista työryhmää. Tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) tehtävänä on vastata hoidon toteuttamisesta ja hoidon integraatiosta pitkäjänteisesti kaikkien vaikeasta mielenterveydenhäiriöstä kärsivien potilaiden kohdalla. Työryhmä vastaa hoidon jatkuvuudesta, jolloin potilas ja perhe saattavat periaatteessa olla hoitoryhmän hoitovastuulla niin kauan kuin hoidon tarve edellyttää. Tapauskohtaiset työryhmät poikkeavat toimintatavoiltaan ja kokoonpanoltaan psykoosityöryhmistä, koska ne muodostetaan tapauskohtaisesti jokaiselle asiakkaalle tai potilaalla erikseen. Tapauskohtaisen työryhmän koko voi olla kolmesta neljään työntekijään, ja työryhmään voi kuulua jäseniä sekä avohoidosta että sairaalasta. Jäsenenä voi olla työntekijöitä, jotka ovat mukana potilaan ja hänen perheensä alkuselvittelyssä psykoosityöryhmän jäsenenä, tai jotka muuten osallistuvat potilaan hoitoon alkuvaiheessa tai jotka hoitoprosessin alkuvaiheessa sovitaan työryhmän jäseniksi. Potilaan nimetty hoitaja ns. omahoitaja, silloin kun potilas on osastolla tai hänelle suunnitellaan osastohoitojaksoa yhtenä hoidollisena vaihtoehtona, on yleensä yksi tapauskohtaisen työryhmän jäsenistä (Aaltonen ym., 2000, Heikkinen, 2003).

Integroidun hoitomallin perusajatuksena on, että palvelujen toteutus lähtee asiakkaan tarpeista. Integroidussa hoitomallissa palvelut järjestetään asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan (Aaltonen ym., 2000; Alanen ym., 1986; Lehtinen ym., 1996). Palveluiden kokonaisuus määräytyy kunkin asiakkaan tarpeista ja lähtökohdista (Alanen, 1997). Tarkoituksena on koota eriytyneet palvelut asiakkaan kannalta mielekkääksi ja saumattomasti toimivaksi kokonaisuudeksi (Alanen ym., 2000). Palveluita ei sidota aikaan, paikkaan tai organisaatioiden rajoihin, vaan toteutetaan asiakaslähtöisesti (Rasinkangas, 1998). Palveluketjujen kehittäminen on keino reagoida sosiaali- ja terveysalan haasteisiin ja toimintaympäristöjen muutoksiin. Vaikka ketju sanana viittaaakin lineaarisesti toisiaan seuraaviin palveluihin, tarkoitetaan palveluketjuilla verkkomaisesti, monitahoista ja samanaikaisesti toimivaa, yksilöllistä palveluiden kokonaisuutta (Lassila, 1998; Launis, 1997). Integraatio mahdollistaa palveluiden tarjoajien yhteistyön, palveluiden jatkuvuuden, palvelujen laadun ja tarpeenmukaisuuden sekä kustannustehokkuuden (Lehtinen ym., 2000).

Integroidulle näkökulmalle on ominaista asioiden tai seikkojen tarkastelu samanaikaisesti useammasta kuin yhdestä näkökulmasta. Näkökulmien tulee olla sovitettavissa yhteen siten, että niiden välisessä vuorovaikutuksessa syntyy eri näkökulmat huomioiva yhteinen näkökulma tarkastelun kohteena olevaan ilmiöön. (Rasinkangas, 1998). Tarpeenmukaisen hoidon pyrkimyksenä on yhdistää useita eri hoitomuotoja, siten että jokaisen potilaan yksilölliset tarpeet voidaan huomioida laaja-alaisesti (Aaltonen ym., 1998, 2013). Tarpeenmukainen hoito voidaan nähdä ajallisesti muuttuvana vuorovaikutusprosessina potilaan ja eri hoitotahojen välillä (Saari, 2002). Moniamatillinen työryhmä kuten psykoosityöryhmä tai tapauskohtainen työryhmä tuo erilaisia näkökulmia keskusteluun ja eri hoitomuotojen integraation mahdollisuutta hoitoprosessiin (Aalto-

nen ym., 2000). Moniammatillisuus sinänsä ei vielä takaa hoidon integraatiota (Alanen, 1997).

Tapauskohtaista työryhmää ja sen toimintatapaa hoitoprosessissa kuvaavat moniroolisenä työryhmänä työskentely, ajallinen liikkuvuus, psykologinen jatkuvuus ja joustava työtapa, jotka ovat hoidon integraation keskeisiä ilmiötä (Rasinkangas, 1997). Työryhmätyöskentely on moniroolisenä työryhmänä työskentelyä, joka tarkoittaa tarpeenmukaisen hoitomallin (Alanen ym. 1991, 2000) suositteleman moniammatillisena työryhmänä työskentelyn ajatusta. Rasinkan-kaan (1998) mukaan moniroolisen työryhmän jäsenillä on erilaisten teorioiden lisäksi erilaisia rooleja kuten aikaisemmin hoidossa mukana ollut työntekijä, uusi työntekijä, omahoitaja, hoidosta vastaava lääkäri, sairaanhoitaja perhe- tai yksilöterapeutina, sosiaalityöntekijä lastensuojelun tai päihdepalveluiden työntekijänä. Saman ammattikunnan edustajat työryhmässä voivat ottaa hoitoprosessissa hyvin erilaisia rooleja ja kokonaisvastuuta. Yhteisessä keskustelussa syntynyt, yhteisesti jaettu hoidollinen mielikuva ja kokemus vuorovaikutustilanteesta siirtyvät suoraan muihin tilanteisiin tapaamiseen osallistuneiden hoitavien henkilöiden mukana. Erityisesti työryhmän toiminnallinen joustavuus mahdollistaa tiukoista ammattirooleista irtautumisen ja laaja-alaisen vastuunoton. Näin hoidon integraatio voi toteutua hyvin.

Ajallinen liikkuvuus myös tarkoittaa hoidon jatkuvuuden periaatetta. Jatkuvuutta korostetaan vaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Hoidon jatkuvuus tarkoittaa myös hoitovastuuta eli hoitavien henkilöiden pysymistä samana ja tämän lisäksi psykologista jatkuvuutta, mikä mahdollistaa hoitoa ohjaavan mielikuvan säilymisen. Ajallinen liikkuvuus sisältää myös tulevaisuuden suunnittelua, ja sen ennakoimista kuvitteellisesti ja konkreettisesti. Se sisältää menneisyyden muisteluja ja hoitavien henkilöiden palaaminen tilapäisesti hoitoprosessiin pitkänkin ajan kuluttua. Esimerkiksi osastohoitojakson aikainen omahoitaja voi kytkeytyä uudelleen hoitoprosessiin, jos potilaan tilanne kriisiytyy avohoidossa ja ajatus mahdollisesta uudesta osastohoitojaksosta aktivoituu (Aaltonen ym., 2000, Alanen, 1997). Työryhmän työtä kuvaavana ja hoidon integraatioon liittyvänä ilmiönä ajallinen liikkuvuus voi mahdollisesti myös auttaa psykoottista potilasta luomaan identiteetikertomusta ja kokemaan pysyvyyttä ja jatkuvuutta (Holma, 1999; Iso-Koivisto, 2004).

Aaltonen ym., (1994) näkevät potentiaalisen tilan (Winnicott, 1982) luomisen psykoosityöryhmän ja perheen välille edellytyksenä sille, että perhe voi alkaa kokea aikaa ja historiallisuutta, ja että uusien ja vähemmän ongelman kyl- lästämien kertomusten luominen mahdollistuu. Perhe saattaa edistää työryh- män ajallista liikkuvuutta, esimerkiksi perhe saattaa ottaa yhteyttä tuttuun työntekijään tapaamisen järjestämiseksi ja tuoda tapaamisessa esiin menneisyy- teen ja tulevaisuuteen liittyviä teemoja, joihin työryhmän on helppo tarttua (Saari, 2002). Työryhmän kokemuksena on myös, että perhekeskeisiä hoitoprosesseja ei noin vain voi siirtää muiden vastuulle. Työryhmän toiminnan joustavuus voi kuvastaa työryhmän kykyä ja mahdollisuutta luoda potentiaalista tilaa ja toimia siinä paitsi suhteessa perheisiin, myös suhteessa hoito-organisaatioon. Tarkka hierarkia, tiukat roolit, ennalta sovitut toimintatavat ja jäykkiä suunni-

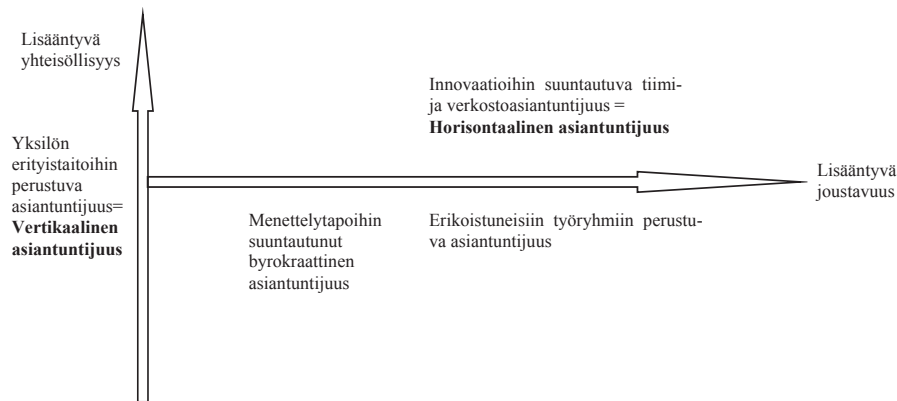
telmallisuus, jota sairaalakulttuuri ja esimerkiksi eri organisaatioiden keskinäinen kiista hoidon kustannuksista synnyttävät, rajoittavan potentiaalisen tilan luomista ja joustavaa toimintaa. (Aaltonen & Rökköläinen, 1994)

Tapauskohtainen työryhmätyöskentely on moniammatillista yhteistyötä. Tapauskohtaista työryhmätyöskentelyä sovelletaan usein vaikeiden, monen ihmisen osaamista vaativien ja henkisesti kuormittavien tehtävien toteuttamisessa. Vaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoitoon pätevät kaikki edellä kuvatut työn määritelmät. Vaikean mielenterveyshäiriön määrittely on perustunut tehtyyn ei-elimellisen psykoosin tai persoonallisuushäiriön diagnoosiin, huomattavaan psykososiaalisen toimintakyvyn laskuun ja oireiden pitkäaikaisuuteen (Shinnar ym., 1990) tai tehtyyn ei-elimellisen psykoosin diagnoosiin, huomattavaan psykososiaalisen toimintakyvyn laskuun ja hoidon pitkäaikaisuuteen (Ruggeri ym., 2000.) Kumpikaan määrittely ei sinällään ole sovellettavissa äkillisen mielenterveyden häiriön vaikeutta määriteltäessä. Vaikeassa mielenterveydenhäiriössä on välittömän, intensiivinen tutkimuksen ja hoidon tarve (Alanen, 2009; Alanen ym., 1991; Joy ym., 2002; Kalla ym., 2002; Luuttonen ym., 2011; Virtanen ym. 1986). Näitä ovat muun muassa kaikki akuutit psykoosit ja psykoosiepäilyt sekä muut mielenterveyden häiriöt, jos niihin liittyy vakava itsetuhoisuus tai huomattava käytöksen hallitsemattomuus tai toimintakyvyn lasku (Saari, 2002).

Tapauskohtainen työryhmätyöskentely edellyttää asiantuntijuuden horisontaalisen, rajoja ylittävän näkökulman nostamista yhdeksi tärkeäksi kehittämisen perustaksi (Aaltonen ym., 2000; Launis, 1997; STM, 2001b). Horisontaalinen tiimi- ja verkostoasiantuntijuus mahdollistaa yhteistyön toteutumisen. Se edellyttää toteutuakseen selkeän ja asiantuntevan hallinnollisen järjestelmän ja sen ristiriidattoman tuen (Aaltonen ym., 2000; Henneman ym., 1995; Molyneux, 2001; Rintala ym., 1997; Sinkkonen, 1993). Hyvin toteutuneessa moniammatillisessa yhteistyössä vuorovaikutus on vastavuoroista ja päätöksenteko joustavaa ja luovaa, jokaisen asiantuntijuutta ja osaamista arvostetaan (Abramson & Mizrahi, 1996), ja jokaiselta edellytetään myös henkilökohtaisen vastuun ottamista ja sitoutumista yhdessä työskentelyyn (Henneman ym., 1995; Molyneux, 2001; Nandan, 1997). Työn organisoituminen työryhmiksi ei automaattisesti johda moniammatillisuuteen ja eri hallintoalueiden rajojen ylityksiin (Aaltonen ym. 1994; Launis, 1997). Työyhteisöissä on tärkeää kiinnittää huomio rajojen ylityksiä ehkäiseviin tekijöihin (Engeström, 1992, 1995). Yhteistyö saattaa myös muuttua automaattiseksi toimintatavaksi ilman tietoista pohdintaa. Yhteistyön ongelma voi näkyä yhteisen kielen puutteena, joka on kuitenkin osoitus myös yhteisten ajattelumallien puuttumisesta ja näkemysten kapeutumisesta (Andersen, 1995).

West (1990) on tutkinut työryhmien luovuutta ja innovatiivisuutta ja esittää neljä taustatekijää työryhmän innovatiivisuudelle: vision, erinomaisuuden ilmapiirin, osallistujien turvallisuuden ja normit. Ryhmän turvallisuuden merkitys korostuu ryhmän vuorovaikutuksen ja informaation jakamisen edistäjänä ja siten se lisää innovaatioiden kasvua. Ryhmän turvallisuus muistuttaa psykoterapiatilannetta, jonka luottamuksellisessa, ei-tuomitsevassa ja tukevassa il-

mapiirissä potilaat voivat vapaimmin tutkia uhkaavampiakin asioita itsessään. Tällainen ilmapiiri työyhteisöissä edistää ideointia ja niiden esittämistä.



KUVIO 4 Asiantuntijuuden muodot suhteessa hoitokulttuurissa painottuvaan yhteisöllisyyteen ja joustavuuteen (Aaltonen ym., 2000; Engeström, 1992, 1995; Launis, 1997)

Vertikaalinen asiantuntijuus on yksilön erityistaitoihin perustuvaa asiantuntijuutta, jossa työ- ja ammattitaito kehittyvät yksilöllisen kokemuksen ja koulutuksen kautta (Launis, 1997). Työ tehdään itsenäisesti ja yksin, yhteistyöhön tai sen kehittämiseen ei tietoisesti suuntauduta (Engeström, 1992, 1995). Tällaisissa hoitokulttuureissa painotetaan tiettyyn psykoterapiamuotoon koulutettujen psykoterapeuttien (yksilö-, ryhmä- tai perheterapeuttien) tai muiden korkeasti koulutettujen työntekijöiden yksilöllistä asiantuntijuutta ja sen mukanaan tuomaa työntekijän autonomiaa hoidon päämääriin pyrittäessä (Aaltonen ym., 2000). Menettelytapoihin suuntautuvassa byrokraattisessa asiantuntijuudessa yksittäisten asiantuntijoiden työt koordinoidaan yhteen. Työntekijät ja heidän asiantuntijuutensa on organisoitu hierarkkisesti. Yhteistyön tavoite on eri työntekijöitten töiden koordinointi yhteen. Vaikka puhutaan moniammatillisuudesta tai monitieteisyydestä, asiantuntemuksen koordinoinnin yhteydessä ei kiinnitetä huomiota sisällöllisesti yhtenäisen työn rakentamiseen eikä koordinaation hyvään toimivuuteen (Aaltonen ym., 2000; Engeström, 1992, 1995; Launis, 1997). Laitilan (2004) mukaan horisontaalisissa olosuhteissa valta on tietyllä tavalla jaettua ja kaikkien osapuolten omistuksessa.

Erikoistuneisiin työryhmiin perustuva asiantuntijuuden muoto tarpeenmukaista hoitoa toteuttaessa on lähellä horisontaalista asiantuntijuuden muotoa (Aaltonen ym., 2000). Psykoosi- ja kuntoutustyöryhmät ovat esimerkkejä erikoistuneesta asiantuntijuudesta (Aaltonen ym. 1994; Saari, 2002). Tässä asiantuntijuudessa pyritään purkamaan byrokraattinen ja hierarkkinen säännöstö perustamalla erityistehtäviin erikoistuneita työryhmiä ja lisäämällä näiden työryhmien sisäistä joustavuutta. Työn organisoinnissa tämä saattaa lisäntyneen tehokkuuden lisäksi ilmetä erikoistuneitten yksiköitten tai työryhmien välisenä

kilpailuna tuloksista ja potilaista (Engeström, 1992, 1995; Launis, 1997, Aaltonen ym., 2000).

Moniammatillisuutta korostavaan horisontaaliseen asiantuntijuuteen yhdistyy selkeästi potilaan ja läheisten näkökulman esiin tulemisen tärkeys ja potilaan itsenäisen hoitoa koskevaan päätöksentekoon osallistumisen tärkeys (Alanen ym., 1986; Piippo, 2008). Tämä tulee esille muun muassa kotona tapahtuvan hoidon ja yleensä potilaan sosiaalisen verkoston korostamisena osana hoitoprosessia (Aaltonen ym. 2000; Haarakangas, 1987; Klefbeck ym., 1988). Tätä voidaan sanoa myös potilaslähtöisyydeksi, jolla tarkoitetaan Lorenczin (1991), Jonesin ja Meleisin (1993) sekä Lindströmin (1995) mukaan sellaista hoitoa, jossa potilas on itse mukana vaikuttamassa hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Potilaslähtöisessä hoidossa korostuu potilaan ja asiantuntijan yhteistoiminnallinen suhde potilaan hoidon aikana (Janhonen, 1999; Latvala, 1998; Tiri, 1998, 2005; Malloch ym., 2000). Näin määritellen potilas ja hänen läheisensä ovat hoidon keskipisteenä, ja hoitaminen perustuu yhteistyöhön (Aaltonen ym., 2000; Vuokila-Oikkonen, 2003).

Yhteistoiminta, joka toimii ja saa aikaan todellisia muutoksia, ei ole ylhäältä tulevaa käskytystä eikä asiantuntijoiden ohjeiden antamista. Riittävä tieto sairaudesta ja hoidoista on yksi potilaan itsenäiseen selviytymiseen ja hoidon tuloksellisuuteen yhteydessä oleva tekijä (Latvala, 1998; Lowry, 1998; Nyman & Stengård, 2001, 2005; Tiri, 2000). Yhteistyön merkityksen painottamisesta huolimatta Cochrane-tietokannan mukaan luotettavaa näyttöön perustuvaa tietoa yhteistyöinterventioiden vaikutuksista hoidon tuloksiin on vähän (Schmitt, 2001; Zwarenstein & Bryant, 2002). Yhteistyöinterventioiden vaikuttavuuden arvioinnit ovat kohdistuneet pääasiassa jotakin potilasryhmää hoitaneen moniammatillisen työryhmän toteuttamaan hoidon tuloksiin. Esimerkiksi pitkäaikaisesta selkäkipua sairastavien potilaiden kuntoutustyöryhmän toiminnan tuloksena potilaiden kivut helpottuivat ja toimintakyky parani (Guzman ym., 2002), geriatrisessa hoitotyössä kotona selviytyminen lisääntyi (Schmitt, 2001) ja vaikeasti mielenterveysongelmaisten avohoidossa sairaalahoidon tarve ja itsemurhat vähenivät moniammatillisen työryhmän hoidossa (Joy ym., 2002). Zwarenstein ja Bryant (2002) osoittivat, että lääkäreiden ja sairaanhoitajien tiivis yhteistyö edisti potilaiden hoidon laatua ja työntekijöiden työtyytyväisyyttä sekä alensi hoidon kustannuksia.

1.4 Mielenterveyspotilaiden laitoshoido

Sairaalahoitoon määrä on yksi tärkeä skitsofrenian hoitoa ja hoidon kustannuksia kuvaava kriteeri (Salokangas ym., 1996; Tuori, 2002, 2009). Sairaaloiden poistoilmoituksista poimittiin vuosina 1987–2002 ensi kertaa skitsofrenian vuoksi sairaalahoitoon tulleet 15–64 -vuotiaat potilaat (N 18 006), joiden sairaalahoitojaksot ja niiden pituus selvitettiin vuoden 2003 loppuun asti (Pirkola & Sohlman, 2005). Skitsofreniapotilaan ensimmäinen sairaalahoito kesti keskimäärin kolme kuukautta. Se oli pidempi kuin kahdessa aikaisemmassa tehdys-

sä seurantatutkimuksessa 1960- ja 1970-luvuilta, joissa tyypillistä skitsofreniaa sairastavat potilaat olivat ensimmäisessä sairaalahoidossa 46 vuorokautta (Salokangas, 1977) ja 73 vuorokautta (Alanen ym., 1986). Korkeila (1998) analysoi psykiatristen sairaaloiden poistoilmoitusrekisterien tietokantaa vuosilta 1990 ja 1993. Hoitoajat vaihtelivat maan eri osissa. Seuranta-aikana uudelleen sairaalahoitoon joutumista ennusti ensimmäisen hoitajakson pituus, jos se oli yli 30 vuorokautta, niin potilaan uudelleen sairaalaan joutumisen riski oli 1,9-kertainen verrattuna lyhyempään hoitajaksoon. Uudelleen sairaalaan joutumisen riskiin vaikutti avohoidon ja sairaalahoidon toimiessa epätydyttävästi kuten sairaalahoidon alkaminen ilman avohoidon hoitoyritystä (Tuori, 2002; Viinamäki ym. 2003). Tuorin (2009) tekemässä selvityksessä psykiatristen sairaalapalveluiden käyttö vuosina 2002-2007 hoitoilmoitusrekisterin (HILMO) pohjalta todettiin, että potilaiden määrä psykiatrisessa sairaalahoidossa oli suhteellisen muuttumatonta seuranta-aikana. Potilaita on ollut sairaalahoidossa sama määrä 1990-luvun alusta lähtien. Potilaskohtaiset hoitopäivät vähenivät 59 päivästä 54 päivään. Hoitajakset vähenivät 38 päivästä 36 päivään. Alueelliset erot hoitopäivien ja hoitajaksojen määrissä selittynevät alueiden erilaisilla hoitokäytännöillä.

Salokankaan ym., (2009) selvityksen mukaan uusien skitsofreniapotilaiden sairaalahoidon määrä ei ole vähentynyt, vaikka psykiatriset sairaalapaikat ovat vähentyneet huomattavasti. Pitkä ensimmäinen hoitajakso, sairaalahoidon kokonaismäärä ja hoitajaksojen kokonaismäärä liittyivät nuoreen ikään ja naimattomuuteen. Lapsettomat potilaat ovat sairaalahoidossa keskimääräistä kauemmin ja useammin. Naimisissa olevat käyttivät sairaalapalveluja selvästi vähemmän kuin muut. Sairaalahoitojen lukumäärä väheni nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään ja oli pienin naimisissa olevilla ja leskillä. Psykiatrian erikoissairaanhoitoon palveluita käytti vuonna 2011 yli 159 000 eri ihmistä. Suurin osa potilaista kävi vuoden aikana avohoidon vastaanotolla. Näistä potilaista 14 %:lla oli saman vuoden aikana myös sairaalahoitajakso. Pelkästään sairaalahoidossa oli vuoden 2011 aikana 6 906 potilasta. Erikoissairaanhoitoon avohoitokäyntejä oli yli 1,7 miljoonaa ja lisäksi perusterveydenhuollossa oli avohoitokäyntejä noin 670 000. Hoitopäiviä psykiatrisessa erikoissairaanhoitoon oli lähes 1,4 miljoonaa ja sairaalahoitajaksoja hiukan yli 40 000. Miehiä ja naisia oli potilaina yhtä paljon. Sukupuolijakauma vaihtelee kuitenkin ikäryhmittäin. Työkäisistä ja lapsista suurempi osa potilaista on miehiä ja poikia, kun taas vanhemmissa ikäryhmissä sekä 15-25-vuotiaissa naisten osuus hoidetuista potilaista on suurempi. Naisten ja tyttöjen sekä miesten ja poikien yleisimmät diagnoosit erosivat toisistaan. Skitsofrenia on miesten yleisin sairaalahoidoa vaativa psykiatrinen sairaus, naisilla masennus. Miehillä alkoholin sekä lääkkeiden ja päihteiden käyttö on myös yleinen sairaalahoidon syy. Naisilla alkoholi on psykiatrisen sairaalahoidon syynä vasta yhdeksäntenä (THL, 2012).

Sairalahoidon määrä vaihtelee merkittävästi sairaanhoitopiireittäin, vaikka potilaiden tausta otetaan huomioon. Sairaanhoitopiirien väliset erot saattavat johtua erilaisista hoitokäytännöistä (Salokangas ym., 2009). Myös skitsofreniapotilaiden ryhmässä sairaalahoidon määrässä esiintyy Suomessa

suurta alueellista vaihtelua (Häkkinen, 2008). Mielenterveyspalveluiden saataavuus vaihtelee Suomessa alueellisesti ja kansalaiset ovat eriarvoisessa asemassa riippuen asuinpaikasta. Palvelujärjestelmän arviointi ja tietoon perustuva kehittäminen on hyvin vaikeaa sekoittavien tekijöiden lukuisuuden vuoksi. Samalla kun psykiatrisia sairaansijoja on vähennetty, on erilaisten mielenterveyskuntoutujille suunnattujen asumispalveluiden määrä lisääntynyt (Wahlbeck & Pirkola 2008). Oulun kaupungissa tehty selvitys osoitti, että mielenterveyspotilaat käyttävät ja tarvitsevat paljon erilaisia palveluita ja hoitoja (Leskelä ym., 2013). Psykiatrisen hoidon vaikuttavuuden arvioinnin tulisi kattaa potilaan toimintakyvyn muutoksen parempaan. Koska kattava arviointi on vaikea toteuttaa, psykiatrisen hoitojärjestelmän toimivuutta mitataan usein karkeilla mittareilla kuten kuolleisuudella, itsemurhilla ja sairaalahoidon käytöllä (Desai & Rosenheck, 2005; Lien, 2002). Burns ym. (2001) mukaan avohoidon pioneiritutkimuksien ideologisista vaikutuksista on tehty kansainvälisesti vähän tutkimuksia, joissa on verrattu avohoitomalleja sairaalahoitoon. Suomessa Länsi-Pohjan alueella kehitetystä Avoimen Dialogin -hoitomallin vaikuttavuudesta on tehty seurantatutkimuksia, jotka ovat osittaneet muun muassa toimintamallin preventiivisen vaikutuksen sekä sairaalan käytön vähentymisen (Aaltonen ym., 2011; Seikkula & Alakare, 2006; Seikkula ym., 2011). Projektityönä kehitettyjen alueellisten hoitomallien siirtäminen toiselle alueelle voi olla ongelmallista. Kansallisissa skitsofrenian hoidon kehittämisprojekteissa (USP- ja API-projektit) kehittämistyö toteutettiin alueellisesti kunkin alueen erityispiirteet huomioiden (Aaltonen ym. 2000; Alanen ym., 2000; Seikkula ym., 2011).

Mielenterveyspalveluiden kehittäminen, mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä mielenterveystyö toteutuvat Suomessa nykyisin pääosin erilaisissa kokeiluissa ja kehittämissankkeissa (Moring ym., 2010). Stenvallin ja Virtasen (2012) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen täytyy kiinnittää käytännön tekemiseen ja toimintaan, joka tapahtuu osana työntekijöiden arkityötä ja olemassa olevilla resursseilla. Jos mielenterveystyön palvelujärjestelmän kokonaiskoordinaatio asiakaslähtöisesti on puutteellinen, palvelujärjestelmä on pirstaleinen ja kokonaisuuden johtaminen ei ole selkeää, (Harjajärvi ym., 2006; Häkkinen, 2008; Koponen ym., 2008; Lassila, 2006; Wahlbeck & Pirkola, 2008), se vaikuttaa avohoidon toimivuuteen ja hoidon vaikuttavuuteen huonontavasti.

Palvelujärjestelmän muuttuessa avohoitopainotteiseksi omaisen vastuu sairastuneen läheisensä hyvinvoinnista ja arkipäivän elämästä on kasvanut ja läheisistä on tullut tärkeä lisäresurssi ja voimavara viralliselle hoitojärjestelmälle. Useissa yhteyksissä on korostettu huomion kiinnittämistä omaisten jaksamisen tukemiseen (Stengård, 2005; Stengård ym., 1993; Nyman & Stengård 2001; 2005). Potilastilanteissa vuorovaikutuksen merkitys on suuri. Potilaan ja työntekijän tavoitteena on löytää yhteinen ymmärrys potilaan tarpeista ja tarpeiden tyydyttämisen tavoista (Alanen ym., 1986). Stenvallin ja Virtasen (2012) mukaan palveluja käyttävien asiakkaiden osallistuminen palvelun suunnitteluun organisaatiossa edellyttää työntekijöiltä avoimuutta ja kykyä sietää itseensä kohdistuvaa arvostelua ja myös negatiivista kritiikkiä. Aito osallisuus perustuu palvelujen käyttäjien ja työntekijöiden avoimeen ja kaksisuuntaiseen vuorovaikutuk-

seen. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä toteutui Laitilan (2010) tutkimuksessa kolmella eri tavalla: 1) osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, 2) osallisuutena palveluiden kehittämiseen sekä 3) osallisuutena palveluiden järjestämiseen. Syrjäpalo (2006) tutki arvoja ja arvostuksia psykiatrisessa hoidossa. Tutkimustulosten mukaan ihmisarvo sairaudesta huolimatta oli potilaille tärkeä arvo. Ihmisarvoon potilailla liittyi odotusarvoja, jotka olivat totuus, inhimillisyys, ihmisenä kunnioittaminen, yksityisyys ja vapaus. Potilaat arvostivat turvallista hoitoympäristöä sekä ihmisarvoa kunnioittavaa kohtelua.

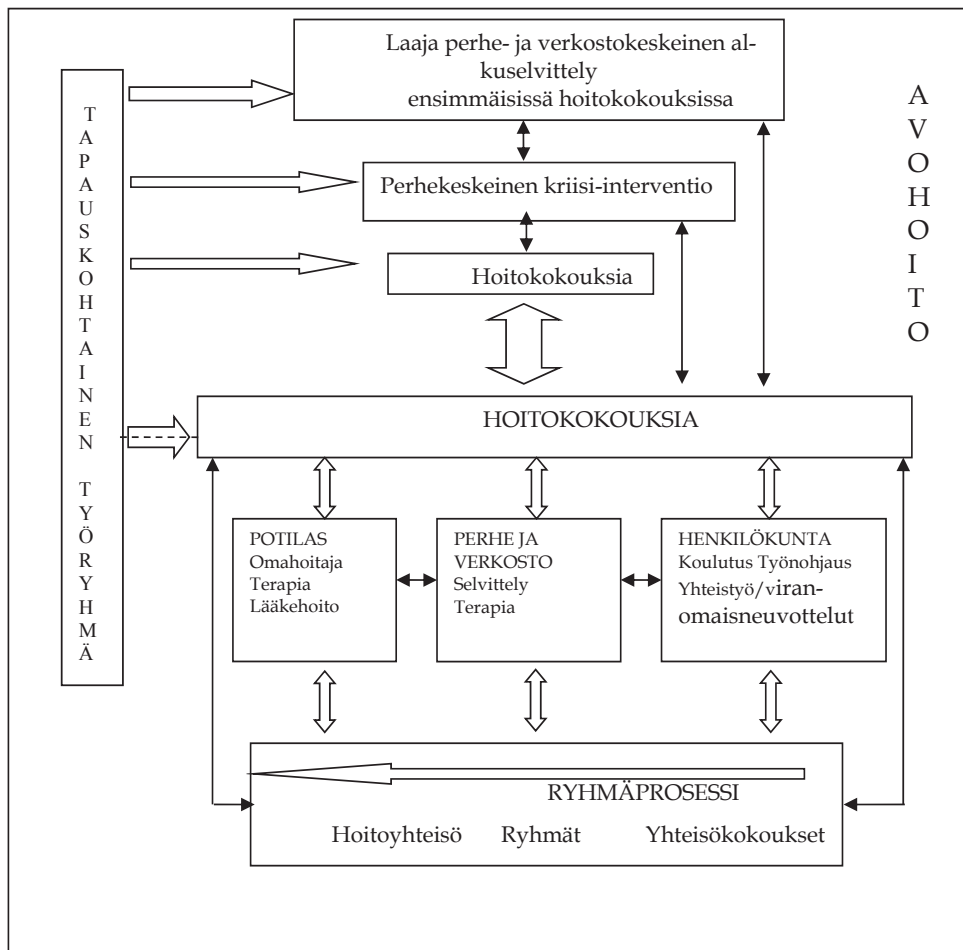
1.4.1 Hoitoyhteisö tukemassa tapauskohtaista työryhmätyöskentelyä

Sairaalahoito on vain yksi vaihe potilaan hoidossa. Avohoidossa potilas säilyttää itselleen merkittävät ihmissuhteet paremmin kuin sairaalahoidossa ja avohoidossa on paremmat mahdollisuudet tiiviiseen yhteistyöhön potilaan perheen ja läheisten kanssa, jolloin he voivat paremmin olla potilaan tukena hoidossa (Aaltonen ym., 2000; Keränen, 1992; Seikkula, 1991; Tuori, 1987, 1994; Vartiainen ym., 1989, 1993, STM, 2001b; Saari, 2002).

Jokaisen sairaalahoidon arvioon tulevan potilaan kohdalla tulee tarkoin arvioida avohoidon mahdollisuudet hoitaa potilasta kotona (Burns ym., 1993a,b; Haarakangas & Keränen, 1990; Heikkilä & Rökköläinen, 1993; Lassila, 1998; Räsänen & Moring, 2002). Olennaista on, että hoito alkaa nopeasti, 24 tunnin sisällä yhteydenotosta ja että potilaan tilanteen laaja perhe- ja verkostokeskeinen selvittely on tehty avohoidossa (Seikkula, 1991; Saari, 2002). Joskus hoitoyhteisöt ovat välttämättömiä väliaikaisia tukikohtia potilaille, joiden ihmissuhteisiin tai psykososiaaliseen tilanteeseen liittyvät ongelmat tai ristiriidat ovat erityisen vaikeita ja niitä ei voida hoitaa avohoidossa (Alanen ym., 1986). Sairaalahoito toteutetaan hyvin integroituna avohoitoon tavoitteena yhden hoidon periaate (Aaltonen ym., 2000). Hoitoaika sovitaan yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitoyhteisön tehtävänä on tukea tapauskohtaisen työryhmän työskentelyä tuomalla yhteisissä hoitokokouksissa esille yhteisössä tehdyt havainnot, jotta potilaan kokonaistilanteesta tulee kaikille yhteinen ymmärrys. Tapauskohtainen työryhmä on vastuussa koko hoitoprosessista riippumatta hoitopaikasta. Tapauskohtainen työryhmä voi tavata perhettä ja potilasta myös kotona sairaalahoidon aikana (Saari, 2002; Seikkula ym., 2011).

Osastohoidossa keskeisenä ongelmana on kaiken hoidossa kertyvän informaation saaminen talteen ja toisaalta kaiken tämän tiedon ymmärtäminen. Tietoa ja vuorovaikutussuhteita on paljon. Aikaisemmin tämä tapahtui pelkästään osaston työntekijöiden keskinäisissä raportti-, neuvottelu- ja työnohjaustilanteissa (Aaltonen & Rökköläinen, 1994). Hoitokokouksissa on mahdollista luoda ja rakentaa sairaalaolosuhteissa potilaaseen ja hänen verkostoonsa sellainen toimiva vuorovaikutussuhde, jossa potilas ja hänen läheisensä todella tuntevat tulevansa kohdatuksi ja ymmärretyksi ainutkertaisina ihmisinä ja tulla sitä kautta ymmärretyksi (Alanen ym., 1986; Haarakangas, 1997). Tapauskohtainen työryhmä tai työryhmän jäsen tai hoidosta vastaava avohoidon työntekijä on tiiviisti mukana näissä yhteisissä keskusteluissa (Aaltonen ym., 2000).

Tarpeenmukainen hoitomalli, avoimen dialogin hoitomalli, hoidon integraatio ja postmoderni yhteistoiminnallinen näkökulma edellyttävät, että työntekijät keskustelevat ajatuksistaan yhdessä potilaiden, heidän läheisten ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Yhteisen keskustelun kautta syntyy yhteinen ymmärrys, joka auttaa potilasta ja hänen perhettään (Aaltonen ym., 2006; Alanen, 1997, 2009; Andersen, 1995; Haarakangas, 1997; Holma & Aaltonen, 1998; Lehtinen, 1997; Piippo & Aaltonen, 2008; Saari, 2002; Seikkula, 1991). Pitkien psykiatristen osastohoitojen vaikuttavuudesta ei ole näyttöä. Tutkimukset antavat viitteitä siitä, että vaikeiden mielenterveyshäiriöiden perhekeskeinen avohoito psykoosiryhmätyöskentelyn periaattein auttaa potilaita selviytymään paremmin ja on edullisempaa kuin perinteinen sairaalahoito (Aaltonen ym., 2009, 2011; Seikkula ym., 2006, 2011; Saari 2002).



KUVIO 5 Hoitoyhteisön toiminta ja tarpeenmukainen hoitomalli (soveltaen Alanen, 1997)

Usein hoidon jatkuvuudessa esiintyy ongelmia silloin, kun potilaan hoito siirtyy toiseen hoitopaikkaan. Kun tapauskohtaisen työryhmän jäsenet siirtyvät potilaan mukana paikasta toiseen, ei tällaista ongelmaa pääse syntymään.

Api-projektissa ilmeni (Aaltonen ym., 2000), että tavallisimmin yhteistyössä ilmeni puutteita avohoidon ja sairaalan välillä. Hoitoon osallistuvien työntekijöiden lomat ja muut esteet vaikuttivat potilaan hoitoprosessiin, etenkin silloin kun potilaan hoidosta vastasi yksi työntekijä. Sairaalassa olevan potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen oli vaikeaa. Potilaan jatkohoidon järjestäminen ja potilaan hoidon siirtäminen sairaalasta avohoitoon tuotti vaikeuksia. Projektin kaikissa tutkimuskeskuksissa ei avohoidossa tehty lainkaan perhekeskeistä työtä, joten avohoitoon siirtymisen seurauksena oli perhekeskeisen hoidon keskeytyminen. Hoitopaikan vaihdoksesta seurasi usein potilaan hoidon peruslähestymistavan muutos. Avohoidossa potilaan perhe ei aina tiennyt, keneen ottaa yhteyttä uudessa kriisitilanteessa. Hoito eteni uuden yhteydenpitoapaikan periaatteiden mukaisesti. Työntekijöillä esiintyi ristiriitaisia mielipiteitä siitä, kuinka paljon hoidon jatkuvuuskysymyksiin tulisi panostaa. Useat sairaalatyöntekijät olivat sitä mieltä, että potilaan hoito tulisi keskittää aina yhdelle ja samalla työryhmälle myös sairaalahoidon jälkeen. Sairaalan työntekijät eivät potilaan jatkohoitosuunnitelmia tehdessään aina tienneet avohoidon mahdollisuuksista. Hoidon jatkuvuuskysymykset koettiin myös auktoriteetti- ja valtakysymyksiksi. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen edellytti työntekijöiden kokemuksen myötä aina johdon ja työntekijöiden säännöllistä yhteistyötä. Hoitovastuun keskittäminen samalle hoitoryhmälle potilaan hoidon alusta loppuun turvaa hoidon jatkuvuuden, silloin kun potilaan hoito perustuu prosessinomaiseen työskentelytapaan. Hoidon keskittämisellä yhdelle ja samalle työryhmälle oli jo sinänsä terapeuttisia vaikutuksia. Työryhmät, joissa työskenteli työntekijöitä sekä sairaalasta että avohoidosta, suuntasivat potilaan hoitoa nopeammin avohoitokeskeisiin ratkaisuihin kuin ne työryhmät, joista puuttui kokonaan avohoidon edustus (Aaltonen ym., 2000).

1.5 Lääkehoito osana tarpeenmukaista hoitoa

Neuroleptien tarvetta ja indikaatioita uusien ei-affektiivisiin psykooseihin sairastuneiden hoidossa tutkittiin Suomessa API -projektin yhteydessä (Lehtinen ym., 2000). Siinä oli mukana kuusi keskusta, jotka kaikki toteuttivat jo vakiintunutta tarpeenmukaista hoitoa, kolmen niistä muodostaessa koeryhmän, missä erityisesti pyrittiin neuroleptien käytön välttämiseen tai rajoittamiseen. Kaksivuotis seurannan mukaan olivat koeryhmän tulokset vähintään samantasoiset kuin vertailuryhmän, siitä huolimatta, että lähes puolet sen potilaista ei saanut seuranta-aikana lainkaan neuroleptihoitoa (Aaltonen ym., 2000). Eräissä sairaaloittemme psykoterapeuttisissa yhteisöissä pyrittiin lykkäämään neuroleptien käyttöä uusien psykoosipotilaiden hoidossa kahden–kolmen viikon ajaksi ja hallitsemaan potilaan ahdistusta bentsodiatsepiinien avulla (Räkköläinen & Aaltonen, 2009). Tänä aikana työskenneltiin intensiivisesti potilaan ja hänen

läheistensä kanssa. Kaikessa hoidossa vältettiin suuria neuroleptiannoksia, koska jo pieni tai keskisuuri lääkitys riittää dopamiinitoimintojen salpautumiseen kahteen kolmasosaan normaalista, kuten Tukholman Karoliinisen sairaalan tutkijat jo parikymmentä vuotta sitten osoittivat (Farde ym., 1988).

Viime vuosina on kiinnitetty kasvavaa huomiota myös uudemmmille neuroleptivalmisteille ominaisiin haittavaikutuksiin, etenkin liikalihavuus, diabetes, neurodegeneraatio (Lieberman ym., 2005; Bonelli ym., 2005), jopa lisääntyneeseen kuolleisuuteen (Joukamaa ym., 2006). Psykoterapeuttisesta näkökulmasta on syytä muistaa korkeampien neuroleptiannostojen lamauttava vaikutus potilaiden luovuuteen ja oppimiskykyyn, mikä vähentää edellytyksiä menestyksellisen psykoterapeuttisen hoitosuhteen muodostumiseen (Aaltonen ym., 2013).

Neurolepteilla on edelleen hallitseva asema skitsofreniaryhmän psykoosien hoidossa, samaten kuin niiden käyttö suurina annoksina. Monien potilaiden kohdalla voivat nämä lääkkeet pieninä tai keskisuurina annoksina antaa tukea psykoterapeuttiselle hoidolle, etenkin psykoosin akuutissa vaiheessa ja hoidon aikana kohdatuissa kriisitilanteissa. Mutta empaattinen potilaan lähestyminen auttaa usein akuutisti psykoottisen potilaan rauhoittumista yhtä tehokkaasti kuin neuroleptinen lääkitys. Vaikka potilaiden sosiaalinen ennuste on parantunut, ei skitsofreniaan liittyvien oireiden pitkäaikaisennuste meta-analyysien mukaan ole neuroleptien aikakaudella entisestä muuttunut (Hegarty ym., 1994; Warner, 2004).

1.6 Psykoterapia tarpeenmukaisessa hoidossa

Potilaan hoidosta vastaavien työntekijöiden yhtenä tehtävänä on tarpeenmukaisen hoidon arviointi (Alanen ym., 1986). Tämä tarkoittaa, että työntekijöiden tulee tietää eri psykoterapiamuodot ja alueellinen saatavuus, jotta he voivat tarpeen mukaan keskustella asiakkaan kanssa erilaisista terapiavaihtoehdoista ja asiakas pääsee tarpeensa mukaan psykoterapia-arvioon. Psykoterapia on vuorovaikutuksellinen hoito- ja kuntoutusmuoto (Aaltonen, 2006). Psykoterapian tarkoituksena on poistaa ja lievittää mielenterveyshäiriöiden aiheuttamaa kärsimystä, lisätä itsetuntemusta, edesauttaa toimintakyvyn lisääntymistä ja itsenäistä selviytymistä (Aaltonen ym., 2013). Suomessa keskeisiä teoreettisia viitekehyksiä ovat psykoanalyttiset, kognitiiviset ja systeemiset terapiat, joita käytetään eri tavoin yksilö-, perhe- verkosto- ja ryhmäterapiassa ja näiden lisäksi on näistä viitekehyksistä johdettuja erilaisia sovelluksia (Psykoterapiakoulutusryhmän muistio 2003). Psykoterapiakoulutus on tärkeä osa tarpeenmukaisen alueellisen hoitomallin kehittämistä. Psykoterapiakoulutuksen tulisi pohjautua käytännön työstä nousseisiin tiedollisiin ja kliinisiin tarpeisiin ja koulutus tulisi järjestää toimipaikkakoulutuksena alueen omien kouluttajien antamana, jolloin se parhaiten niveltyy alueen omaan hoitomalliin ja -kulttuuriin (Aaltonen ym., 2000; Seikkula ym., 2011).

Piipon (2008) tutkimus osoitti, että ihmisten välisten suhteiden hoitaminen kasvattaa luottamusta ja turvallisuutta, mikä puolestaan johtaa potilaan au-

tonomian kokemukseen. Kun suhteet ovat kunnossa, huomataan että oireet tai sairaus eivät olekaan enää samankaltaisia kuin aikaisemmin. Potilaan epäluottamus hoitojärjestelmään ja hoitavaan henkilökuntaan kehittyy, jos potilas kokee itsensä ulkopuoliseksi omassa hoitoprosessissaan. Kun potilas kokee olevansa hoitohenkilökunnan toimenpiteiden kohde ja hänen hoitonsa perustuu yleistettyihin tapoihin, rutiineihin ja traditioihin, luottamuksen kehittyminen on vaikeaa. Avoimuuden ja toisten erilaisen ajatustavan ja -kulun ymmärtäminen on myös keskeistä luottamuksen, autonomian ja turvallisuuden kehittymisessä. Avoimuus perustuu rehellisyyteen ja varsinkin hoitohenkilökunnan kykyyn puhua omista hoitoon liittyvistä ajatuksistaan tavalla, joka ei loukkaa potilasta tai hänen omaisiaan. Hoidon ja hoitomenetelmien suunnittelussa täytyisi pyrkiä kuulemaan niin potilasta kuin hänen läheisiään. Heidän ajatuksensa on otettava vakavasti. Psykiatrisen hoidon yhteydessä tapahtuva ihmisten välisten suhteiden hoitaminen tuottaa luottamusta ja turvallisuutta. Näin kokevat niin potilaat, omaiset kuin hoitohenkilökuntakin. Oireiden ja sairauden hoitaminen ei välttämättä olekaan asia, johon psykiatrisessa hoidossa tulee ensisijaisesti keskittyä. Norcrossin (2002) mukaan terapeutin taitavuuden ohella hoitoa edistävillä olosuhteilla on myös suuri vaikutus hoidon tuloksellisuuteen.

Neljässä pohjoismaassa toteutettu NIPS-projektissa (Alanen ym., 1994) tutkittiin ensikertalaisten skitsofreniaryhmän potilaiden psykoterapian tuloksia, osoitti osaltaan lääkehoidon tarpeen vähenevän psykoterapeuttisen hoidon edistymisen myötä. Viisivuotisseurannan päättyessä 56 % näistä potilaista ei enää saanut neuroleptihoitoa, 49 %:lla koko aineistosta ja 39 %:lla niistä, jotka kuuluivat varsinaisen skitsofrenian piiriin, ei enää todettu psykoottisia oireita.

Suomen Psykiatriyhdistyksen (2001) toimesta laaditun Skitsofrenian käypä hoito -suosituksen mukaan skitsofreniapotilaita on hoidettava ensisijaisesti avoterveydenhuollossa (Skitsofrenia Käypä hoito -suositus 2001). Skitsofrenian käypä hoito -ohjelmassa ei mainita lainkaan 1980-luvulla toteutettua valtakunnallista skitsofreniaprojektia eikä sen suosituksia. (Lääkintöhallitus 1988; Alanen ym., 1990). Ohjelman laatinut työryhmä on hyväksynyt lähteikseen yksinomaaisesti ns. Cochranin EB (Evidence Based) -kriteerejä seuraten tehdyt tutkimukset. Eri tutkijat ja terapeutit ovat arvostelleet EB-kriteeren käyttöä, koska ne perustuvat luonnontieteelliseen tutkimusmalliin: satunnaisotoksella valitun potilasryhmän hoitomenetelmät määritellään rigidisti etukäteen ja tuloksia verrataan toiseen samanlaiseen potilasryhmään, joka ei ole saanut samanlaista hoitoa (Hinshelwood, 2002). Lääkehoidon vaikutusten tutkimiseen tällaiset seurannat sopivat ja osin myös psykoedukatiivisen hoidon tutkimiseen. Psykiatrisessa hoidossa ja psykoterapiassa potilaiden hoitoon ja selviytymiseen vaikuttavat aina keskeisesti vuorovaikutussuhteet, sekä potilaan ja terapeutin välillä että potilaiden muussa sosiaalisessa elämänympäristössä (Alanen, 2009, Botbol ym., 2011).

1.6.1 Yksilöpsykoterapia osana tarpeenmukaista hoitoa

Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, jotka aiheuttavat paitsi subjektiivista kärsimystä myös suuria kustannuksia yh-

teiskunnalle. Näitä häiriöitä hoidetaan yleisesti erilaisilla, lyhyillä ja pitkillä, psykoterapioilla, mutta eripituisten terapioiden vaikuttavuudesta, riittävydestä ja kustannusvaikuttavuudesta on edelleen vain vähän vertailutietoa. Psykoterapian vaikuttavuus on osoitettu lievien ja keskivaikeiden masennustilojen, erilaisten ahdistuneisuushäiriöiden ja persoonallisuushäiriöiden osalta (Psykoterapian konsensuslausuma, 2006).

Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa (Knekt ym., 2012, 2013) verrattiin neljän psykoterapiamuodon vaikuttavuutta mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Tutkimukseen valittiin kaikkiaan 367 iältään 20–46-vuotiaasta mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöstä kärsivää avohoitopotilasta Helsingin seudulta vuosien 1994–2000 aikana. Heistä 326 potilasta satunnaistettiin lyhyeen voimavarasuuntautuneeseen terapiaan, lyhyeen psykodynaamiseen psykoterapiaan tai pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan, ja lyhyiden terapioiden ja pitkän terapian vaikuttavuutta verrattiin ensi kertaa satunnaistetussa kliinisessä kokeessa. Loput 41 potilasta ohjautuivat omasta aloitteestaan psykoanalyysiin, ja psykoanalyysin ja kolmen satunnaistetun psykoterapian vaikuttavuutta verrattiin kvasikokeellisessa tutkimusasetelmassa. Tutkimusterapioiden vaikuttavuusindikaattoreina käytettiin psykiatrisia oireita ja diagnooseja, työ- ja opiskelukykyä, persoonallisuuden toimintaa ja hoidon tarvetta. Myös hoitojen kustannusvaikuttavuutta arvioitiin. Potilaita koskevia tietoja kerättiin ennen hoidon alkua ja 9 kertaa tässä raportissa esitetyn 5 vuoden seurannan aikana. Helsingin psykoterapiatutkimuksen vaikuttavuustulokset depressiopotilaiden hoidossa osoittivat viiden vuoden seurannassa sen, että potilaiden oireiden määrä väheni ja työkyky parani seurannan aikana. Myös persoonallisuuden toiminnassa tapahtui paranemista, joskin hitaammin. Terapian pituus osoittautui tärkeäksi terapian vaikuttavuuden kannalta: lyhyet terapiat vaikuttivat nopeammin, mutta pidemmät hoitomuodot olivat pysyvämpiä. Kahden eri viitekehiksestä tulevan, psykodynaaminen ja ratkaisukeskeinen, lyhyen terapian vaikuttavuudessa ei sen sijaan havaittu mainittavia eroja missään vaiheessa seurantaa. Terapiatulokset olivat parhaimmillaan kunkin terapian päättyessä – lyhyissä terapioidissa noin vuoden, pitkässä psykodynaamisessa psykoterapiassa noin kolmen vuoden ja psykoanalyysissa noin viiden vuoden seurannan kohdalla – ja kyseinen terapia oli tuolloin yleisesti ottaen muita terapioita vaikuttavampi. Vaikka terapiat olivat vaikuttavia, ne eivät kuitenkaan olleet kaikille riittäviä. Noin puolet mielialahäiriöstä kärsivistä ja kaksi kolmasosaa ahdistuneisuushäiriöstä psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa kärsivistä toipui ja yli puolet kaikista potilaista joutui turvautumaan tutkimusterapioiden lisäksi myös muihin hoitoihin 5 vuoden seurannan aikana (Knekt ym., 2012, 2013).

Osa potilaista käytti tutkimusterapioiden ja niiden jälkeisen seurannan aikana runsaasti muita psykiatrisia hoitoja, ei vaikuttavuustuloksista voida tehdä luotettavia johtopäätöksiä terapioiden tehosta. Terapioiden tehon arvioimiseksi tulee siksi jatkotutkimuksissa tilastollisin keinoin erotella tutkimusterapian ja muun hoidon vaikutuksia toisistaan.

1.6.2 Perheterapia osana tarpeenmukaista hoitoa

Vaikka perhekeskeinen lähestymistapa on tarpeenmukaisen hoidon mallissa alussa keskeinen, tulee jokaisen potilaan kohdalla jo tässä vaiheessa arvioida myös yksilöterapiain tarve (Aaltonen ym., 1986; Alanen, 1993, 1997).

Perheterapia on ammatillinen ja tietoinen pyrkimys ja keino tutkia, ymmärtää ja hoitaa perheensisäisessä vuorovaikutuksessa ja yksittäisillä perheenjäsenillä esiintyviä häiriöitä ja niiden aiheuttamaa kärsimystä (Aaltonen, 1982). Perheterapiassa pyritään tietoisesti siihen, että ajankohtaisten vuorovaikutusverkon kuviot, jotka ylläpitävät yksilöllistä psykopatologiaa ja esittävät kehityksellisesti rakentavia ratkaisuja, muuttuisivat (Goldenberg & Goldenberg 2006). Erityisesti pyritään löytämään perheen vuorovaikutuksessa olevat myönteiset voimavarat. Perheterapian yleisindikaatiot ovat vuorovaikutuksellisesta havaittujen ongelmien selvittely ja hoito, vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoito ja muiden terapiamuotojen tukeminen. On myös osoittautunut, että perheterapia tuo hoidolta piilossa olevaa psyykkistä sairastavuutta hoidon piiriin. Perheterapiaa käytetään erityisesti julkisessa terveydenhuollossa (Aaltonen, 2006). Perheterapia osana muuta hoitoa parantaa hoidon tuloksellisuutta (Campbell, 2004; Aaltonen & Seikkula, 2009).

Perheterapian ja perhekeskeisen psykiatrian teoreettinen kenttä on jakautunut useisiin eri suuntauksiin (Sprenkle, 2002). Kaikille näille teorioille on kuitenkin yhteistä tietynlainen systeeminen näkökulma, joka pyrkii tarkastelemaan yksilön psyykkistä oiretta osana ajankohtaista vuorovaikutustapahtumaa (Aaltonen & Räcköläinen, 1988). Perheterapian teoreettiset lähestymistavat eivät perheterapian käytännössä esiinny puhtaina, vaan perheterapiaprosessin aikana saatetaan soveltaa useita eri tapoja hahmottaa potilaan ja perheen ongelmaa (Aaltonen, 1998). Perhekeskeisen psykiatrian teoriat eivät siis ole toisiaan pois sulkevia, vaan pikemminkin rinnakkaisia yrityksiä hahmottaa vuorovaikutusta painottaen ilmiön eri puolia (Aaltonen & Seikkula 2009.)

Tuori (1987) tutki sairaalassa olevien skitsofreniapotilaiden systeemistä perheterapiaa. Tuori totesi tutkimuksessaan kuudentoista kahdeksastatoista skitsofreniaperheestä hyötynen perheterapeuttisesta hoidosta. Hoidosta saatu hyöty oli todettavissa useammalla tasolla, koko perheen, aviosuhteen ja yksilöiden, erityisesti potilaiden ja lasten tasolla. Perheitä tulee tavata potilaan sairaalahoidon aikana. Jos perheterapia toteutettiin ensimmäisellä sairaalahoitokerralla, näytti se ratkaisevasti vähentävän sairaalahoidon tarvetta jatkossa (Tuori ym., 1997).

Perheterapian tuloksellisuutta kuvaavien meta-analyysien mukaan perheterapia (Pinsof & Wynne, 2000) on ollut tuloksellista sekä psyykkisten sairauksien, parisuhdeongelmien että lasten ja nuorten ongelmien hoidossa. Perheterapiaa on sovellettu sekä erityisenä hoitomenetelmänä että integroituna muiden hoitomenetelmien kanssa. Satunnaistetuissa koeolosuhteissa hyvät tulokset on voitu saavuttaa 80 %:ssa tapauksia, mutta luonnollisissa olosuhteissa tulos on laskenut 50 %:iin. Erityisen laajasti on tutkittu skitsofrenian perhehoitomalleja.

Perhekeskeinen hoito on erittäin tehokas verrattuna pelkästään tavanomaiseen hoitoon tai lääkehoitoon (Aaltonen & Seikkula, 2009; Sprenkle, 2002).

Edellytyksenä hyvälle tulokselle on erilaisten hoitomenetelmien integrointi ja hoidon jatkuminen vähintään yli puolen vuoden ajan, sisältäen 10 perheistuntoa ja potilaan sosiaalisen verkoston aktivoinnin mukaan hoitoprosessiin. Selviytymistaitojen kehittyminen näyttää olevan paras ennustetta parantava tekijä (McFarlane ym., 2002). Sillä on seuraavia vaikutuksia: psykoosin ja muiden oireiden uusiutuminen vähenee, perheenjäsenten hyvinvointi kasvaa, potilaan aktiivinen osallistuminen työ kuntoutukseen lisääntyy, työllisyysaste kohoaa, psykiatriset oireet vähenevät, perheen sairastaminen vähenee ja hoidon kustannukset alenevat (Aaltonen ym., 2011, Seikkula ym., 2011, Saari, 2002).

Pohjoismaissa ja Suomessa julkisella sektorilla kehitettyä tarpeenmukaisen hoidon mallin (Alanen, 1987) tuloksellisuutta on tutkittu erilaisilla kvasikokeellisilla tutkimuksilla (Cullberg ym., 2000; Lehtinen ym., 2000; Seikkula ym., 2006). Näiden hoitojen tulokset ovat samankaltaisia kuin edellä mainitut. Niiden lisäksi on todettu, että hoitamaton psykoottinen jakso ennen hoidon alkua lyhenee (Seikkula ym., 2001) ja neuroleptilääkityksen tarvetta voidaan vähentää olennaisesti, samoin sairaalahoidon tarvetta voidaan vähentää olennaisesti sekä parantaa potilaiden työkykyisyyden palautumista (Seikkula & Alakare 2004). Perhekeskeisen hoidon on myös todettu vähentävän hoidon kokonaiskustannuksia (Saari, 2002). Suomalainen Tienarin tutkimusryhmä on osoittanut, että selkeä vuorovaikutus suojelee psyykkisen sairauden puhkeamiselta, vaikka sairaudelle olisi geeniperinnöllistä alttiutta (Tienari ym., 2003, 2004; Wahlberg ym., 2000, 2004). Tällöin perheterapialla ja erityisesti vuorovaikutuksen selkeyttä parantavalla psyko-educatiivisella perheterapialla voi olla sekä hoidollista että ehkäisevää vaikutusta.

Keskitalon (2000) tutkimuksen mukaan kommunikaatiohäiriöitä on todettu olevan runsaasti perheissä, joissa nuori on jo sairastunut skitsofreniaan. Suomalaisen adoptiolapsitutkimuksen tulokset kommunikaatiopoikkeavuuden ajallisesta (Wahlberg 2000) ja vuorovaikutustilanteisiin liittyvästä pysyvyydestä merkitsevät sitä, että skitsofreniaan sairastuneiden perheissä kommunikaatio on todennäköisesti aina ollut hämmentävää. Mitä varhemmin perheen ja muunkin kasvuympäristön kommunikaatiota voidaan selkiyttää, sitä suurempi merkitys tällä on ajatushäiriöiden ja skitsofrenian ehkäisyn kannalta. Kommunikaatiopoikkeama tarkoittaa henkilön hajanaista ja vaikeaselkoista puhetta, toisin sanoen poikkeavaa tapaa ilmaista itseään vuorovaikutustilanteessa. Työntekijöiden oman kommunikaation ja työnjaon tulisi olla selkeää, johdonmukaista, tarpeeksi intensiivistä ja pitkäkestoista, jotta pysyviä tuloksia saataisiin aikaan (Keskitalo, 2000).

Laitilan (2004) tutkimuksen mukaan asiat, joita terapiaistunnossa käsitellään, voivat luonnollisesti olla hyvinkin arkisia ja arkikokemukseen perustuvia yhteiselämän kysymyksiä eli osa nk. tavallista elämää. Se taas, että keskustelutilanne on rakennettu avunhakemiseksi ja avun tarjoamiseksi ja että yhtenä osapuolena on asiantuntija tai asiantuntijatyöryhmä, tekee keskustelusta myös asiantuntijatoimintaa. Tällöin on tärkeää purkaa tähän mahdollisesti liittyviä en-

nakko-oletuksia ja odotuksia, jotta asiakkaiden oma tieto tulisi osaksi terapeutista tapahtumaa.

1.7 Mielenterveysongelmien monimuotoisuus

1.7.1 Psykoosien esiintyvyys

Psykoosien esiintyvyydessä ilmenee merkittäviä alueellisia eroja. Psykoosiin sairastutaan eniten Pohjois- ja Itä-Suomessa ja vähiten Lounais-Suomessa. Skitsofreniaan sairastuneita potilaita on Pohjois-Suomessa kolme kertaa enemmän kuin Lounais-Suomessa. Alueellisessa vaihtelussa syntymäpaikka oli tärkeämpi tekijä kuin nykyinen asuinpaikka (Perälä, 2013).

1.7.2 Mielenterveysongelmat ja sosioekonominen asema

Joutsenniemen (2007) tutkimuksen mukaan Suomessa yhä pienempi osuus väestöstä elää avioliitossa. Vastaavasti avoliitossa ja yksin asuvien osuudet ovat kasvaneet. Viralliseen siviilisäätyn verrattuna asumismuoto saattaa selkeämmin heijastaa ihmisten välisiä sosiaalisia suhteita ja terveyttä. Avioliitossa elävät naiset ja miehet olivat parhaassa asemassa niin kuolleisuuden, koetun terveyden, mielenterveyden kuin epäterveellisen alkoholinkäytön suhteen. Avoliitossa elävien koettu terveys ja mielenterveys olivat samanlaisia kuin avioliitossa olevilla, mutta avoliitossa elävillä oli yleisemmin epäterveellistä alkoholinkäyttöä sekä korkea kuolleisuus erityisesti alkoholista johtuviin syihin. Avioliitossa eläviin verrattuna yksin tai muiden kuin puolison kanssa asuvilla oli korkeampi kuolleisuus, huonompi mielenterveys sekä yleisemmin epäterveellistä alkoholinkäyttöä. Yksin elävät naiset ja miehet olivat huonoimmassa asemassa kaikilla mittareilla tarkasteltuna. Koettu terveys oli kohentunut 20 vuoden aikana vähiten naimattomien naisten ja miesten sekä naisleskien ryhmissä, ja eniten avoliitossa elävien naisten ryhmässä. Sosiaalisen tuen puute ei juuri vaikuttanut asumismuotoryhmien välisiin eroihin epäterveellisessä alkoholinkäytössä, mutta mielenterveyseroihin sillä oli suurempi vaikutus. Asumismuoto oli vahvasti yhteydessä huonon terveyden eri ulottuvuuksiin. Erityisesti alkoholin kulutuksella näytti olevan suuri merkitys asumismuodon ja terveyden välisissä yhteyksissä. Sosioekonomisilla tekijöillä ja elintavoilla oli tärkeä merkitys avoliitossa elävien sekä yksin tai muiden kuin puolison kanssa asuvien huonon terveyden kannalta. Simonin (2002) mukaan sosioekonomisilla taustatekijöillä kuten koulutus, tulot ja työllisyys on merkitys avioitumisessa. Avioeroon vaikuttavat masennusoireet naisilla ja alkoholin liikakäyttö miehillä.

Aukeen (2013) tutkimuksen mukaan varhainen sosiaalilääketieteellinen tutkimus osoitti vahvan riippuvuuden alhaisen sosiaalisen aseman ja korkean sairastavuuden ja kuolleisuuden välillä. Koettu terveys ennustaa toimintakykyä, terveyspalvelujen käyttöä ja kuolleisuutta väestössä (Manderbacka, 1998; Heistaro ym., 2004). Väestöryhmien välinen eriarvoisuus on lisääntynyt Suo-

messa kymmenen viime vuoden aikana (Riihelä, 2009 ; Vaarama ym., 2010) ja terveyserot ovat kasvaneet Suomessa kuten useimmissa muissakin maissa (Rahkonen ym., 2007). Pidemmän ajanjakson tarkastelu osoittaa, että työikäisillä suomalaisilla koulutusryhmien väliset erot koetussa terveydessä ovat 1980-luvun alkuun verrattuna kaventuneet. Etenkin 1990-luvulla laman aikana ja pian sen jälkeenkin kaventuminen oli voimakasta. Koetulla terveydellä mitattuna alemmissa koulutusryhmissä terveyden kohentuminen on 2000-luvulla tasaantunut ja koulutusryhmien väliset erot ovat pysyneet ennallaan (Martelin ym., 2007).

Kallan (2005) tutkimus liittyi akuutin psykoosin integroitu hoitoprojektiin (API-projekti). Skitsofreniaryhmän psykoosit kohdistuvat yleensä nuoriin aikuisiin. Skitsofreniaryhmän psykooseihin liittyy huomattava taloudellinen rasitus muun muassa työkyvyttömyyseläkkeiden vuoksi. Lisäksi ne vaikuttavat myös sairastuneiden lähimpään sosiaaliseen verkostoon ja erityisesti perheeseen. Tutkimustulosten mukaan suomalaiset potilaat olivat vähemmän sairaita hoitoon tullessa ja heillä oli parempi sairautta edeltävä psykososiaalinen toimintataso kuin espanjalaisilla potilailla. Sekä oireet että toimintataso paranivat molemmilla potilasryhmillä merkitsevästi vuoden seurannan aikana. Suomalaiset hakeutuivat hoitoon keskimäärin neljän kuukauden kuluttua psykoottisten oireiden alkamisesta ja espanjalaiset kymmenen kuukauden kuluttua. Suomessa käytettiin enemmän avohoitoa, psykososiaalisia hoitomenetelmiä ja vähemmän neuroleptistä lääkehoitoa kuin Espanjassa. Molemmissa ryhmissä hoitoon tuloa edeltävän vuoden psykososiaaliseen sopeutumiseen liittyvät tekijät olivat voimakkaimmin yhteydessä psykoosista toipumiseen. Aiempi toimintataso sekä sosiaalisen verkoston lujuus ovat tärkeitä sekä ennusteeseen että hoitoon hakeutumisen ajankohtaan vaikuttavia tekijöitä ensikertalaisilla psykoosipotilailla. Tämä löydös vahvisti aiempien tutkimusten tuloksia.

Kallan (2005) tutkimuksen mukaan eri maiden kulttuuriset erot näyttäisivät liittyvän sekä sairauden esiintyvyyteen että ennusteeseen. Ensikertalaisilla psykoosipotilailla on huomattavia vaikeuksia tunne-elämään sekä sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyen. Suomalaisessa yhteiskunnassa, jossa suuri osa psykoosiin sairastuneista ihmisistä asuu itsenäisesti, tekijät, jotka tukevat potilaiden perheen ulkopuolista sosiaalista integroitumista näyttävät olevan tärkeitä ennusteeseen ja hoitoon hakeutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Suomalaiset hakeutuivat hoitoon keskimäärin neljän kuukauden kuluttua psykoottisten oireiden alkamisesta. Hoitoon tuloa edeltävän vuoden psykososiaaliseen sopeutumiseen liittyvät tekijät olivat voimakkaimmin yhteydessä psykoosista toipumiseen. Aiempi toimintataso sekä sosiaalisen verkoston lujuus ovat tärkeitä sekä ennusteeseen että hoitoon hakeutumisen ajankohtaan vaikuttavia tekijöitä ensikertalaisilla psykoosipotilailla. Sekä oireet että toimintataso paranivat merkitsevästi vuoden seurannan aikana.

Suomessa on 1980-luvulta lähtien kehitetty ja käytetty eri hoitomuotoja integroivaa tarpeenmukaisen hoidon mallia ja Suomessa on myös käytetty muita maita selvästi enemmän kokonaisvaltaista integroitua perhe- ja verkostokeskeistä lähestymistapaa (Aaltonen ym., 2000; Alanen ym., 2000). Tulokset puol-

tavat perhe- ja verkostokeskeisten hoitomuotojen käyttöä psykoosipotilaiden hoidossa (Aaltonen ym., 2011; Lehtinen ym., 1996, 2000; Seikkula ym., 2011)

1.7.3 Mielenterveysongelmat ja elämänlaatu

Elämänlaatu hoidon tavoitteena korostuu psykiatriassa, koska mielenterveyden häiriöt ovat usein pitkä-aikaisia, oireiltaan moninaisia ja laajasti potilaiden toimintakykyyn ja subjektiiviseen elämysmaailmaan vaikuttavia (Saarni & Pirkola, 2010). Sohlman (2004) tarkoittaa positiivisella mielenterveydellä sellaisia yksilön fyysiselle, psyykkiselle ja sosiaaliselle terveydelle tärkeitä persoonallisuuden voimavaratekijöitä kuten elämäntyytyväisyys ja itseluottamus. Rissasen ym., (2011) mukaan todettiin pitkäaikaisen alhaisen elämäntyytyväisyyden liittyvän mielenterveysongelmiin sekä pitkittäis- että poikkileikkaustutkimuksissa. Härkösen (2013) tutkimuksen mukaan keski-ikä elämäntyytyväisyys ennustaa elämäntyytyväisyyttä iän karttuessa ja elämäntyytyväisyys 55-vuotiaana on vahvasti yhteydessä fyysiseen kuntoon ja masennusoireiden puuttumiseen. Elämäntyytymättömyys on väestötutkimuksissa ennustanut kohonnutta kokonaiskuolleisuuden, itsemurhien, tahattomien tapaturmaisten kuolemien, ennen aikaisen työkyvyttömyyden ja alkoholin käytön lisääntymisen riskiä (Koivumaa-Honkanen ym., 2002, 2004, 2005). Myös potilaiden omaisten elämänlaatumenetykset tulisi huomioida siinä tilanteessa, kun läheinen on sairastunut psyykkisesti (Saarni & Pirkola, 2010).

Bottlenderin ym., (1999) pitkän seurantatutkimuksen aineistossa skitsofreniapotilaiden elämää rajoittivat eniten negatiiviset oireet. Negatiiviset oireet ovat luonteeltaan puutosoireita: potilaalle aiemmin tyypillisestä käyttäytymisestä puuttuu jotakin. Negatiiviset oireet kehittyvät hitaasti monien vuosien kuluessa, potilaan elämänlaatu huononee. Hoitavan työntekijän, joka tapaa potilasta harvoin, saattaa olla vaikea havaita negatiivisia oireita. Potilaan läheiset huomaavat lähes yhtä hyvin ajan myötä kehittyvät käyttäytymisen muutokset kuin potilas itsekin, joten läheisten antamia tietoja kannattaa hyödyntää (Bottlender ym., 2013).

Mallan ym., (2004) 156 potilaan aineistossa negatiivisia oireita esiintyi ensipsykoosin yhteydessä noin 75 %:lla potilaista ja vuoden seurannan jälkeen 35 %:lla. Ensipsykoosin jälkeen pysyviä negatiivisia oireita jää noin 20–40%:lle skitsofreniapotilaita. Negatiivisia oireita omaavalla skitsofreniapotilaalla sairaalajaksot ovat pidempiä, toipuminen hitaampaa ja hoidon lopullinen tulos heikompi verrattuna muihin skitsofreniapotilaisiin (Whu ym., 2002). Yksittäisistä negatiivisista oireista tunneilmaisun huomattava latistuminen ennakoii pysyviä negatiivisia oireita. Skitsofreniapotilaan masennusoireiden tunnistamista vaikeuttaa se, että masennusoireet muistuttavat skitsofrenian negatiivisia oireita, kuten tunteiden latistumista, aloitekyvyttömyyttä ja puheen tuoton niukkene- mistä (Malla ym., 2004).

1.7.4 Mielenterveysongelmat ja samanaikaiset muut ongelmat

Mielenterveyspotilailla on usein samanaikaisesti myös muita ongelmia. Vähintään joka toisella kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla on jokin samanaikainen ahdistuneisuushäiriö, eikä tässä näytä olevan sukupuoliero. Manteleen ym., (2006) suomalaisessa aineistossa persoonallisuushäiriö todettiin 40 %:lla, joista runsaalla puolella oli epävakaa persoonallisuushäiriö. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön kanssa esiintyy yhtä aikaa muita kliinisesti merkittäviä mielenterveyshäiriöitä. Tarkastelun kohteena ovat erityisesti samanaikaisten ahdistuneisuus-, tarkkaavaisuus-, päihde- ja persoonallisuushäiriöiden vaikutukset bipolaarihäiriön kulkuun ja ennusteeseen sekä lääkehoidon erityiskysymykset. Katsaus perustuu aikuisväestöä koskeviin 2000-luvulla julkaistuihin tutkimuksiin. Monihäiriöisyys on bipolaaripotilailla pikemminkin sääntö kuin poikkeus (Leinonen & Kampman, 2010). Potilaiden hoitoon on kehitetty integroituja hoitomalleja, joissa hoito tapahtuu mielenterveys- ja päihdeyksikön yhteistyönä (Kampman & Lassila, 2007).

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan samanaikaista vakavaa mielenterveydenhäiriötä ja päihdeongelmaa. Terveys 2000 -aineistossa samanaikainen päihdehäiriö esiintyi 15 %:lla mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöstä kärsivistä (Pirkola ym., 2005). Suomessa sairaaloiden poistotietojen perusteella päihdehäiriön esiintyvyys yhdessä kaksisuuntaisen mielialahäiriön kanssa oli 11 % (Sorvaniemi & Hintikka, 2005) ja haastattelututkimusten perusteella 29 % (Mantere ym., 2006). Kaikki päihdehäiriöt ovat yleisempiä miehillä kuin naisilla. Erot miesten ja naisten välillä ovat 3-5 -kertaisia sekä Suomessa että muualla maailmassa. Päihdehäiriötä esiintyy noin 40-80%:lla skitsofreniapotilaista, ja myös ne vaikuttavat oleellisesti hoidon toteutumiseen ja ennusteeseen. Vaikea päihdeongelma on tavallisempi niillä potilailla, joiden päihteiden käyttö on alkanut ennen skitsofreniaan sairastumista. Päihteet näyttävät muun muassa lievittävän subjektiivisesti hankalia negatiivisia skitsofreniaoireita (Suvisaari ym., 2009). Mielenterveyspalveluissa hoidetuista kaksoisdiagnoosipotilaista viidennes sai hoitoa myös päihdeongelmaan, vaikka alkoholiriippuvuus todettiin 44 %:lla ja huumeriippuvuus 30 %:lla. Vastaavasti päihdepalveluissa hoidetuille potilaille joka viidennelle tarjottiin psykiatrista apua, vaikka mielenterveydenhäiriötä esiintyi 75 %:lla potilaista (Weaver ym., 2003).

Skitsofreniapotilailla on enemmän sydän- ja verisuonisairauksia kuin väestöllä yleensä ja siksi lyhyempi elinajanodote (Heiskanen ym., 2010). Psykoosiin sairastuneiden fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset ovat huomattavasti yleisempiä kuin yleisväestöllä. Skitsofreniaa sairastavalla on yleisväestöä useammin metabolinen oireyhtymä, tyyppin 2 diabetes, sairastettu sydäninfarkti sekä heikentynyt luuston terveys, kognitiivinen suoriutumisen ja elämänlaatu. Samoja ongelmia ilmenee myös muita ei-mielialaoireisia psykooseja sairastaville potilailla. (Viertiö ym., 2012). Viertion ym., (2012) tutkimuksen mukaan skitsofreniaa ja muita ei-mielialaoireisia psykooseja sairastavien liikkumiskyky on yleisväestöä heikompi. Vakavammat negatiiviset oireet, masennus, sanallisen muistin ongelmat, puheen tuottamisen ongelmat ja hei-

kentynyt kaukonäkö olivat yhteydessä arkielämästä selviytymisen ongelmiin. Psykoosisairauksista kärsivät potilaat ilmoittivat heillä olevan paremman elämänlaadun kuin objektiivisesti oli havaittavissa. Yhtenä syynä voi olla se, että kroonisiin sairauksiin sopeudutaan. Masennusoireet olivat tärkein huonon elämänlaadun määrittäjä kaikissa psykoosisairauksissa.

Korniloffin (2013) tutkimuksen mukaan terveyteen liittyvät riskitekijät kasaantuvat henkilöille, joiden fyysinen aktiivisuus on vähäistä. Tutkimuksessa todettiin selvä yhteys metabolisen oireyhtymän ja masennusoireiden yhdysvaikutukseen liikunnan harrastamiseen. Vähäinen elämänaikainen liikunta vaikuttaa terveydentilaan alentavasti myös myöhemmällä iällä. Masennusoireita väestötötkössä oli viidellätoista prosentilla, naisilla hieman enemmän kuin miehillä. Metabolisen oireyhtymän esiintyvyys oli puolestaan hieman yleisempää miehillä (56 %) naisiin verrattuna (51 %). Masennuksen vallitseva hoitomuoto on lääkitys. Aikaisempi tutkimusnäyttö kuitenkin osoittaa, että myös liikunnan avulla on mahdollista vähentää masennusoireita.

1.7.5 Mielenterveyspotilaiden kuolleisuus

Mielenterveysongelmaisten potilaiden kuoleman riski on moninkertainen verrattuna muuhun väestöön: mielenterveyden ongelmista kärsivien yleisimmät kuolinsyyt ovat itsemurhat. Itsemurhien ohella kuolleisuuden lisääntyminen johtuu moniongelmaisuudesta (Pirkola ym., 2009; Salokangas ym., 2008). Somaattisista sairauksista johtuva luonnollinen kuolleisuus 2-3 kertaa niin suuri kuin väestössä keskimäärin. Yleisimmät kuolemaan johtaneet somaattiset sairaudet ovat sydän- ja aivoverenkiertosairaudet, hengityselinsairaudet ja syövät. Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus ei ole vähentynyt samaan tahtiin kuin muun väestön (Saha ym., 2007).

Vuonna 2011 Suomessa itsemurhien määrä laski vuodesta 2010 4,5 %. Vuonna 2010 tehtiin itsemurhia 8 % vähemmän kuin edellisenä vuonna. Itsemurhien määrä on ollut pienempi viimeksi vuonna 1967. Kansainvälisessä vertailussa Suomi kuuluu kuitenkin edelleen itsemurhatilastojen kärkipaikoille. Erityisesti nuorten miesten itsemurhakuolleisuus on korkea. Viime vuosina miesten itsemurhien osuus on laskenut taannoisesta 80 %:n osuudesta. Vastavasti naisten itsemurhien osuus on noussut ja lähenee jo 30 %:a. Työikäiset tekevät eniten itsemurhia ja näissä ikäluokissa itsemurhat ovat huomattavasti vähentyneet viime vuosina (Tilastokeskus, 2011).

Itsemurhakuolleisuus on skitsofreniassa 12,5 -kertainen normaaliväestöön verrattuna. Kuolleisuutta voidaan käyttää hoidon tuloksellisuuden arvioinnissa. Psykiatristen sairaaloiden poistoilmoitusrekisteristä poimittujen 18 006 potilaiden kuolemat selvitettiin kuolinsyyrekisteristä vuoden 2002 loppuun asti. Potilaat olivat ensi kertaa sairaalahoidossa vuosina 1987–2002, he olivat iältään 15–65 -vuotiaita ja heillä oli diagnoosina skitsofrenia. Potilaiden perhesuhteet saatiin väestörekisteristä. Kuolinsyyt ryhmitettiin luonnollisiin, ei-luonnollisiin ja itsemurhiin. Erikseen kartoitettiin psykiatrisen sairaalahoidon aikana tapahtuneet kuolemat. Kaikkiaan rekisteröitiin kokonaisaineistosta 12 202 potilaan (12,2 % koko aineistosta) kuolema. Kuolleisuus oli keskimääräistä suurempi

miehillä, iäkkäämmillä, lapsettomilla ja leskillä mutta keskimääräistä pienempi naimisissa olevilla. Naissukupuoli ja lasten olemassaolo suojasivat ei-luonnolliselta kuolemalta ja erikseen itsemurhilta. Luonnollisen syyn vuoksi kuolleista 13,6 %, muun kuin itsemurhan aiheuttaneen ei-luonnollisen syyn vuoksi kuolleista 7,1 % ja itsemurhaan päätyneistä 22,6 % oli kuollessaan psykiatrisessa laitoshoidossa. Psykiatrisen sairaalahoitajakson ulkopuolelle ajoittuva luonnollisista syistä johtuva kuolleisuus vaihteli merkitsevästi eri sairaanhoitopiireissä. Miessukupuoli ja lähiverkoston puuttuminen lisäävät skitsofreniapotilaiden kuolemanriskiä. Kuolleisuus oli poikkeuksellisen suuri potilailla, joilta tieto siviilisäädystä tai lasten lukumäärästä puuttui. Erot sairaanhoitopiirien kuolleisuusluvussa saattavat johtua erilaisista hoitokäytännöistä ja niiden vaikutuksesta skitsofreniapotilaiden kuolleisuuteen.

Kokonaiskuolleisuus oli keskimääräistä suurempi Kainuussa, missä sairaanhoitopiirin kuolleisuusluvun ja koko maan kuolleisuusluvun suhde oli 1,37. Keskimääräistä suurempi kuolleisuus oli myös Länsi-Pohjassa. Luonnollinen kuolleisuus oli suurin Länsi-Pohjassa 1,62 ja Kainuussa 1,51. Ei-luonnollinen kuolleisuus oli tavallista suurempi Pohjois-Karjalassa 1,51, ja Kainuussa 1,33. Ei-luonnollisista kuolemista itsemurhakuolemat olivat keskimääräistä yleisempiä Kainuussa 1,59 ja Satakunnassa 1,51. Länsi-Pohjassa luku oli 1,16. Kuolleisuus psykiatrisen sairaalahoidon ulkopuolella oli keskimääräistä suurempi Länsi-Pohjassa 1,35 ja Kainuussa 1,34. Vanhemman potilasryhmän iältään 45–64 -vuotiaiden lähes hyppäksenomainen kuolleisuuden nousu näkyi myös pidemmän aikavälin käsittäneessä tutkimuksessa (Salokangas ym., 2008, 2009). Kyse on myöhemmässä keski-ikässä skitsofreniadiagnoosin saaneista, joilla somaattisten sairauksien kuolleisuutta lisäävät vaikutukset saattavat korostua riittämättömän somaattisen hoidon vuoksi. Tulokset osoittavat, että skitsofreniapotilaiden somaattista hoitoa on syytä kehittää.

Itsemurhaa yrittäneistä 90–99%:lla on todettu diagnosoitavissa oleva mielenterveydenhäiriö (Beautrais ym., 1996; Haw ym., 2001; Suominen ym., 1996) Lisäksi merkittävällä osalla itsemurhaa yrittäneistä on todettu kaksi tai useampia samanaikaisia mielenterveydenhäiriöitä (Suokas ym., 2001). Tärkein itsemurhiin liittyvä mielenterveyden häiriö on masennus. Vakavaa depressiota sairastavien elämänaikainen itsemurhariski on 15 %. Toinen tärkeä riskiryhmä ovat päihdeongelmaiset. Kolmannen tärkeän riskiryhmän muodostavat psykoottiset henkilöt, erityisesti skitsofreniaa sairastavat. Psykoosipotilaiden osuus itsemurhan tehneistä on 25 % ja skitsofreniaa sairastavien osuus yksinään hie-man alle 10 %. Pitkäaikaisiin psykooseihin liittyy itsemurhavaara sairauden kaikissa vaiheissa. Psykoottisten potilaiden hoidossa vaaran tiedetään suurenevan sairauden ja hoitojen muutosvaiheissa. Erityisen suuri riski on sairaalajakson jälkeisinä viikkoina. Neljäs kliinisesti tärkeä riskiryhmä ovat persoonallisuushäiriöiset, joilla häiriöön sisältyy kasautuviin vaikeuksiin ja kielteisiin elämänmuutoksiin johtavaa käyttäytymistä. Persoonallisuushäiriöihin liittyy oheissairastavuutta, erityisesti masentuneisuutta ja päihdeongelmia, jotka huonontavat ennustetta ja lisäävät itsemurhavaaraa (Mäki, 2012).

Yli kolmannes on ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa ennen itsemurhaa (Pirkola ym., 2005). Osuus on suunnilleen sama kuin Tanskassa (Hoyer ym., 2004). Useiden tutkimusten mukaan itsemurhan riski on erityisen suuri heti sairaalahoidon jälkeen ja pysyy suurentuneena ainakin ensimmäisen vuoden (Dhossche ym., 2001; Goldacre & Seagroatt, 1993; Ho, 2003; Hoffmann-Richter ym., 2002; Lawrence ym., 2001). Erityisen runsaasti itsemurhia tehdään sairaalahoidon päättymisestä seuranneen viikon aikana (Appleby ym., 1999). Sohlman ym., (2006) totesivat tutkimustuloksissaan, että alle viikon pituisen hoitajakson jälkeinen itsemurhakuolleisuus pieneni seuranta-aikana 1987–2001 noin kolmasosaan. Psykiatristen sairaalahoitojaksojen lyhentyminen ei ole Suomessa huonontanut hoitotuloksia hoidonjälkeisten itsemurhien määrällä mitattuna.

Itsemurhat jakaantuvat ajan, paikan ja väestöryhmän suhteen epätasaisesti. Alueellisesti itsemurhat ovat jo vuosikymmenien ajan olleet Itä- ja Pohjois-Suomessa yleisempiä kuin muualla Itsemurhakuolleisuus vaihtelee ajankohdan ja myös syntymäkohortin mukaan. Viime vuosikymmeninä itsemurhariskiryhminä ovat korostuneet maaseudun haja-asutusalueiden miehet ja toisaalta Etelä-Suomen ja kaupunkien naiset. Itsemurha-ajatusten ilmaiseminen ja aikaisempi itsetuhokäyttäytyminen ovat kliinisesti tärkeimpiä itsemurhia ennustavia riskitekijöitä. Itsemurhan tunnettuja riskitekijöitä ovat miessukupuoli, naimattomuus, avioero, leskeksi jääminen, matala koulutustaso, heikko sosiaalinen asema, pitkäaikaistyöttömyys (Mäki, 2012), masennus, päihteiden väärinkäyttö, stressaavat elämäntilanteet ja perhe- tai ystäväpiirin itsemurhat. Alaräisänen (2013) tutkimustulosten mukaan skitsofreniaan sairastuneista potilaista seitsemän prosenttia teki tutkimusjakson aikana itsemurhan. Yli kaksi kolmasosaa itsemurhista tehtiin kolmen vuoden kuluessa sairastumisesta. Aikuisiän mielenterveyshäiriö on selvästi merkittävin itsemurhan riskitekijä. Itsemurha on 15–64-vuotiaiden suomalaisten miesten neljänneksi yleisin kuolinsyy. Tutkimusaineistona oli Pohjois-Suomen syntymäkohortti vuodelta 1966.

Pirkolan, ym. (2009) mukaan itsemurhat näyttävät olevan harvinaisempia sellaisissa suomalaisissa kunnissa, jotka tarjoavat monimuotoisia ja avohoitoon painottuvia palveluita kuin sellaisissa kunnissa, joissa painopiste on sairaalassa. Yhteys pysyi merkitseväenä myös sen jälkeen, kun demografiset ja sosioekonomiset tekijät oli huomioitu. Paikalliset sosioekonomiset tekijät, kuten työttömyys, alkoholinkulutus ja rikollisuus vaikuttavat itsemurhien määrään kasvavasti. Esimerkiksi liikkuvien mielenterveyspalveluiden ja kokovuorokautisen psykiatrisen päivityksen havaittiin liittyvän itsemurhien vähäisempään määrään. Havaittu yhteys avohoitopalveluiden tarjonnan ja itsemurhien välillä saattaa selittyä sillä, että monimuotoisia avopalveluita tarjoavissa kunnissa hoitoon pääsy on helpompaa ja toisaalta palveluilla saatetaan tavoittaa paremmin itsemurhavaarassa olevat. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että itsemurhien ehkäisy voi olla mahdollista mielenterveyden avohoitopalveluita kehittämällä.

1.8 Kainuun väestön rakenne ja sairastuvuus

Tässä luvussa tarkastellaan Kainuun väestön rakennetta ja sairastavuutta tutkimushetkeen ajoittuvien tietojen kautta. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon ilmiöaluetta leimaa voimakas väestön ikääntyminen, muuttoliike sekä korkea huoltosuhde, sairastavuus ja työttömyys. Kainuu on esimerkki voimakkaan muuttotappion aikaansaamasta väestökehityksestä. Kolmenkymmenen vuoden kuluessa väestö on erittäin vanhuspainotteista ja nuorten aikuisten osuus on supistunut hyvin pieneksi. Kainuussa lapset vähenevät eniten, vuonna 2030 heitä on enää vain reilut 11 % väestöstä, määrällisesti alle puolet nykyisestä. Vastaavasti eläkeläisen väestön osuus nousee jopa 40 %:iin. Mikäli muuttoliike jatkuu samankaltaisena, Kainuussa tämä merkitsee sitä, että kolmenkymmenen vuoden kuluttua asukasluku on pienentynyt noin kolmanneksella eli keskimäärin prosentilla vuosittain. Kainuun työllisyyden kehittyminen lähelle maan keskiarvoa on ollut hidasta. Vuonna 2002 koko maan työllisyysaste oli 67,7 ja Kainuussa vastaava luku 56,1.

Sosioekonomiset terveysterot ja niiden kaventaminen Kainuussa (Kaikkonen ym., 2008) selvityksen mukaan kainuulaisten sosioekonomiset erot terveydessä ovat yhtä jyrkät kuin koko Suomessa keskimäärin. Vähemmän koulutettujen terveys on korkeammin koulutettuihin verrattuna selvästi huonommalla tasolla. Psykiatriset sairaalahoitajaksot ovat naisilla Kainuussa hieman yleisempiä kuin koko Suomessa ja miehillä hoitajaksot ovat 40 prosenttia koko Suomen keskiarvoa yleisempiä. Hoitajaksosten yleisyydessä ei ole tapahtunut suuria muutoksia 1990-luvun alusta 2000-luvulle siirryttäessä. Psykiatriset hoitajaksot ovat vähän koulutetuilla kainuulaisnaisilla lähes kolme kertaa ja vähän koulutetuilla miehillä jopa neljä kertaa yleisempiä kuin korkeammin koulutetuilla. Kainuussa koulutusryhmien välinen ero on selvästi jyrkempi kuin koko Suomessa ja erityisen suuri miehillä. Päihdediagnooseihin liittyvät psykiatriset sairaalahoidot ovat enintään perusasteen tutkinnon suorittaneiden ryhmässä neljä kertaa niin yleisiä kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla. Naisten hoitajaksot päihdesyistä ovat kasvussa kaikissa koulutusryhmissä. Psykoosihoitajaksot ovat viisi kertaa yleisempiä enintään perusasteen tutkinnon suorittaneilla verrattuna korkea-asteen tutkinnon suorittaneisiin. Masennus psykiatristen hoitajaksosten syynä on Kainuussa yleisempi kuin koko Suomessa, ja masennuksen sairaalahoito on yleistynyt. Ahdistukseen ja stressiin liittyvät sairaalahoitajaksot ovat alimmassa koulutusryhmässä noin kolme kertaa niin yleisiä kuin ylimmässä.

Sairastavuusindeksissä indikaattori ilmaisee jokaiselle Suomen kunnalle lasketun sairastavuusindeksin avulla miten tervettä tai sairasta väestö on suhteessa koko maan keskiarvoon (=100). Kuntien väliset erot tasoittuvat, kun indeksiluvut vakioidaan iän mukaan. Ikävakioidussa sairastavuusindeksissä on otettu huomioon väestön ikärakenne, joka vaihtelee alueittain suuresti. Vakioitu indeksi kertoo, mikä olisi esimerkiksi sairaanhoitopiirin sairastavuus, jos piiriin ikärakenne olisi täsmälleen samanlainen kuin vertailukohteessa eli koko maassa.

Ikävakioitu sairastavuusindeksin avulla saadaan tietää, miten paljon sairastavuudesta on selitettävää muilla syillä kuin ikärakenteen vaihtelulla. Sairastavuusindeksi luku perustuu kolmeen muuttujaan, kuolleisuuteen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työikäisistä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestöstä. Lopullinen indeksi on osaindeksin keskiarvo. Kukin muuttujista on suhteutettu erikseen maan väestön keskiarvoon, jota merkitään luvulla 100. Lopullinen indeksi on kolmen osaindeksin keskiarvo. Indeksien osista kaksi eli työkyvyttömyys ja pitkäaikaissairastavuus (erityiskorvausoikeudet) ovat rekisterikantamuuttujia ja vuodesta toiseen melko stabiileja. Kuolleisuus vaihtelee etenkin pienissä kunnissa vuodesta toiseen, minkä vuoksi laskelmissa on käytetty kolmen peräkkäisen vuoden keskiarvoa. Indeksiluvun tarkoituksena on paitsi antaa yleiskuva myös herättää jatkokysymyksiä tarkastellun alueen tilannetta selittävästä tekijöistä ja sairastavuudesta tarkemmin. Kukin muuttujista on suhteutettu erikseen maan väestön keskiarvoon, jota merkitään luvulla 100. Lopullinen indeksi on kolmen osaindeksin keskiarvo.

Vuosina 2000 - 2003 Kainuun kaikissa kunnissa sairastavuusindeksi ylitti maan keskiarvon. Vuonna 2003 Puolangalla ikävakioimaton indeksi oli 191, mikä oli Suomen kaikkien kuntien keskuudessa kolmanneksi suurin. Kajaanin indeksiluku oli 104 joka oli alhaisin Kainuussa. Kainuun väestöstä lähes 12 %:lla oli vuoden 2003 lopussa erityiskorvattavaan lääkehoitoon oikeuttava verenpainetauti, kun koko maan väestön keskiarvo oli 9,4 %. Sydämen vajaatoiminta on tyypillisesti pohjoissuomalainen ja samalla ikääntyneiden naisten sairaus. Koko maan väestöstä 1,3 %:lla oli vuoden 2003 lopussa erityiskorvausoikeus tämän sairauden vuoksi. (Lähde: Stakes, Indikaattoripankki. Kela.)

Kainuussa ikävakioitu sairastavuusindeksi kansantauteihin oli vuonna 2005. Kajaanissa se oli alle 115 ja muissa Kainuun kunnissa yli 115. Ei -ikävakioitu sairastavuusindeksi oli Kajaanissa ja Sotkamossa alle 130 ja muissa kunnissa se oli yli 130.

TAULUKKO 1 Yleisimmät kansantaudit Kainuussa ja Suomessa 2005

	Koko maa	Kainuu
Verenpainetauti	9,64	12,44
Astma	4,11	6,93
Sepelvaltimotauti	3,73	6,21
Diabetes	3,25	3,89
Psykoosit	1,72	2,09
Reuma	1,59	2,11
Sydämen vajaatoiminta	1,15	1,80
Tautien summaindeksi	100,0	142,1

Psykiatristen sairaalapalveluiden käyttö Suomessa vuosina 2002-2007 Hilmorekisteritietojen pohjalta (Tuori, 2009) kerättyjen tietojen mukaan Kainuun sairaanhoitopiirin psykiatristen sairaalahoitojen hoitojaksot ja -hoitopäivät olivat suuremmat kuin muissa Suomen psykiatrisissa laitoksissa. Hoitojaksojen keskimääräinen pituus oli alempi kuin maassa keskimäärin, potilaskohtaiset hoitopäivät ja uusiutuneet hoitojaksot ylittivät maan keskimääräisen arvon. Potilai-

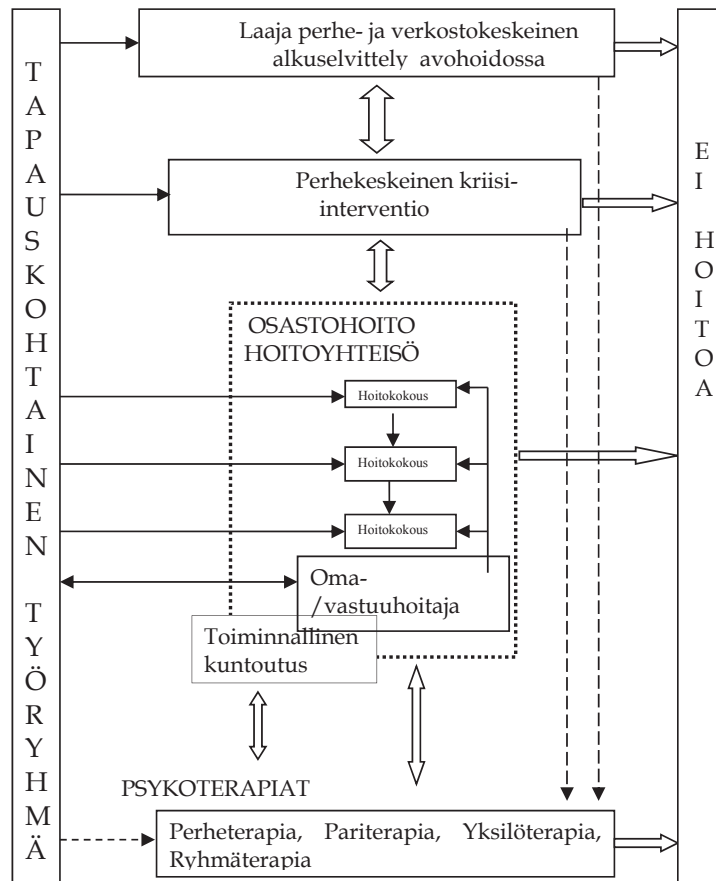
den keski-ikä oli alempi kuin massa keskimäärin. Potilaiden kliininen tila sairaalassa tullessa tulo GAS:lla arvioituna ylitti ja sairaalasta lähtiessä potilaiden kliininen tila GAS:lla arvioituna vastasi maan keskiarvoa. Potilaan kliinisen tilan muutos GAS-arvion mukaan oli selvästi parempi kuin maassa keskimäärin. Skitsofreniadiagnoosin saaneita potilaita oli keskimääräistä enemmän ja päihde-diagnoosin, neuroottisen häiriön diagnoosin ja mielialahäiriödiagnoosin saaneiden potilaiden määrä oli pienempi kuin maassa keskimäärin. Harvemmin esiintyvien diagnostisten ryhmien suhteen osalta persoonallisuushäiriö-, psyykkisen kehityshäiriön ja lapsuus ja nuoruusiässä alkavan häiriödiagnoosin saaneita potilaita oli keskimääräistä enemmän. Potilaita lähetettiin väestöön suhteutettuna tahdostaan riippumatta hoitoon keskimääräistä vähemmän. Avohoidon toimivuus ja monimuotoisuus vaikuttaa suoraan sairaalahoitoon ja sen tarpeeseen. Alue- ja sairaalakohtaiset erot olivat seuranta-aikana suuret ja pysyvät. Vuosittaiset muutokset olivat vähäisiä.

1.9 Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidon tarpeenmukaisen hoitomallin mukaisen toiminnan kehittäminen Kainuussa

Valtakunnallisen skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen suositus tuli julki Kainuun psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitystä ajatellen otolliseen aikaan vuonna 1987. Vuonna 1981 perustettu Kainuun sairaanhoito- ja erityis-huoltopiiri merkitsi psykiatrian osalta akuutin hoitovastuun siirtymistä maakunnan ulkopuolelta kokonaan Kainuuseen. Alueella sijainnut B-mielisairaala (Salmijärven sairaala) oli muutettu A-mielisairaalaksi muodollisesti jo vuonna 1978. Salmijärven sairaalan fyysisen ympäristön kehittämiseen liitetty hoidon sisältöjen kehitystyö vaikutti edellä kuvattujen käytännön muutosten lisäksi innostavasti. Työryhmäkohtaiset perhekeskeisesti painottuneet pitkät työhönuuskukset tukivat hoidon ja koulutuksen kehitystä 1980-luvun puolivälistä lähtien.

Vaikeiden akuuttien mielenterveydenhäiriöiden alkuvaiheen selvittely ja hoidon aloitus painottui kuitenkin edelleen psykiatriseen sairaalaan, vaikka toiminnallisen muutoksen keskeisenä tavoitteena oli alueellisen akuuttihoiton kokonaisuuden rakentaminen. Työskentelyssä pyrittiin hakemaan ja kehittämään sellaisia työmuotoja, jotka tukisivat avohoitoa ja ehkäisisivät mielenterveydenhäiriön pitkäaikaistumista ja vähentäisivät pitkäaikaisen psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta. Valtakunnallisen skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen suositukset tukivat näitä tavoitteita. Salmijärven sairaala siirtyi fyysisesti Kainuun keskussairaalan ja Kuusanmäen palvelukeskuksen yhteyteen vuonna 1995, jolloin yhteistyö mahdollistui paremmin avohoidon kanssa. Erikoissairaanhoidon muodostui psykiatrian tulosalue. Aikuispsykiatrian sairaansijojen määrä laski edelleen 100:sta 76:een. Hoitojärjestelmä on kehityksensä alkukhetkistä lähtien ollut jatkuvassa muutoksessa. Vahvan hoitotieteellisen perinteen puuttuminen on toisaalta lisännyt epävarmuutta ja organisatorista haavoittuvuutta, toisaalta antanut vapautta uudenlaiseen ajatteluun ja uusien

toimintatapojen ennakkoluulottomaan käyttöön. Kainuun alueelle on kehitetty pitkäjänteisesti hoitomallia, joka noudattelee tarpeenmukaisen hoidon, valtakunnallisen skitsofrenia- ja API- projektin tuottamia suosituksia hyvästä hoidosta (Saari, 2002).



KUVIO 6 Tarpeenmukainen hoitomalli Kainuussa (soveltaen Alanen,1997)

Potilaan tullessa mielenterveyspalvelujen piiriin hänelle kootaan hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti tapauskohtainen työryhmä, jonka tehtävänä on suunnitella, toteuttaa ja yhteen sovittaa potilaan hoitoa (Aaltonen ym., 2000, Saari, 2002). Tapauskohtainen työryhmä osallistuu potilaan hoitoon ja vastaa osaltaan potilaan hoidosta, jos potilas siirtyy esimerkiksi avohoidosta sairaalahoitoon. Hoitavat henkilöt eivät vaihdu potilaan ympärillä, näin turvataan hoidon jatkuvuus. Tarpeenmukaisen hoidon mallissa erilaisten teoreettisten näkemysten ja eri hoitomuotojen yhteensovittaminen on keskeinen hoidollinen periaate työryhmänä työskentelyn ja hoidon jatkuvuuden lisäksi. Avohoito asetetaan ensisijaiseksi, mikäli potilaan tila sen sallii. Nuolien suunta kuviossa 1 viittaa hoitomuotojen muutokseen hoidon aikana. Kaksisuuntaiset nuolet osoittavat hoidon prosessiluonteisuutta.

Kuviossa kuvatussa hoitomuodossa, esimerkiksi osastohoidossa, on kysymys aina ensisijaisesta hoitomuodosta, joka ei sulje pois muiden hoitomuotojen samanaikaista käyttöä. Tällöin puhutaan hoidon integraatiosta. Hoidon integraatio tarkoittaa sitä, että kaikki hoidot suunnitellaan toisiaan tukeviksi, tämä koskee myös niiden ajallista painottumista. Mallin avulla voidaan tarkastella myös hoidontarvetta ja siinä tapahtuvia muutoksia. Hoitomuodon valinta ja eri hoitojen toisiinsa yhdistäminen perustuu aina tapauskohtaiseen, tarvittaessa muutettavaan hoitosuunnitelmaan.

1.10 Keskeisten käsitteiden määrittely

Määritelmät ovat koosteita kirjallisuusviitteissä, jotka on esitetty kunkin määritelmän lopussa.

Tarpeenmukainen hoitoprosessi: Tarpeenmukaisen hoidon- hoitomallin pyrkimyksenä on integroida mielenterveysongelmasta kärsivän potilaan hoitoprosessin kokonaisuutta. Tarpeenmukaisen hoidon periaatteet: 1) Terapeuttiset toiminnot suunnitellaan ja toteutetaan joustavasti jokaisessa tapauksessa yksilöllisesti, niin että ne kohdistuvat sekä potilaan että hänen lähimpään vuorovaikutusverkostonsa kuuluvien ihmisten todettuihin ja muuttuviin hoidollisiin tarpeisiin. 2) Tutkimusta ja hoitoa luonnehtii psykoterapeuttinen asenne. 3) Erilaisten terapeuttisten toimintojen tulee tukea toisiaan, ei vaikuttaa toisiaan vastaan. 4) Hoidon prosessiluonne on selvästi ymmärretty ja säilytetty. 5) Varhainen, perhekeskeinen interventio mahdollisimman nopeasti potilaan tultua hoitoon. 6) Ryhmätyöskentely potilaan, hänen perheensä ja sosiaalisen verkostonsa kanssa hoitoprosessin alusta alkaen. 7) Hoidon psykologisen jatkuvuuden takaaminen ja erilaisten hoitomenetelmien jatkuva integroiminen yhteen koko hoitoprosessin ajan. 8) Moniammatillisten psykoosityöryhmien toiminta. 9) Horisontaalinen asiantuntijuus, jossa pyritään tietoisesti reviirien purkamiseen ja asiantuntijoiden välisten rajojen ylittämiseen. Painopiste on itseohjautuvissa työryhmissä ja erillisten työryhmien yhteistyössä. 10) Akuutin psykoosin hoito on ryhmätyötä ja potilas ja hänen perheensä ovat aito osa työryhmää. Tutkimuksen kohteena tulee olla myös ympäristö, jossa hoito tapahtuu sekä hoitohenkilökunnan omat kokemukset (Aaltonen ym., 2000; Aaltonen & Rökkölänen, 1994; Alanen, 1997; Alanen ym., 1986; Lehtinen, 1993; Lehtinen ym. 2000; Lääkintöhallitus, 1988; Salokangas, 1977; Salokangas ym., 1985, 1989; Seikkula, 1993; Tuori, 1987; Tuori ym., 1997; Vartiainen ym., 1989, 1993).

Vaikea mielenterveyshäiriö: Vaikean mielenterveyshäiriön määrittely on perustunut tehtyyn ei-elimellisen psykoosin tai persoonallisuushäiriön diagnoosiin, huomattavaan psykososiaalisen toimintakyvyn laskuun ja oireiden pitkäaikaisuuteen tai tehtyyn ei-elimellisen psykoosin diagnoosiin, huomattavaan psykososiaalisen toimintakyvyn laskuun ja hoidon pitkäaikaisuuteen. Vaikeassa mielenterveydenhäiriössä on välittömän, intensiivinen tutkimuksen ja hoidon tarve. Näitä ovat muun muassa kaikki akuutit psykoosit ja psykoosiepäilyt

sekä muut mielenterveyden häiriöt, jos niihin liittyy vakava itsetuhoisuus tai huomattava käytöksen hallitsemattomuus tai toimintakyvyn lasku (Alanen, 2009; Alanen ym., 1991; Joy ym., 2002; Kalla ym., 2002; Luuttonen ym., 2011; Ruggeri ym., 2000; Saari, 2002; Shinnar ym., 1990; Virtanen ym. 1986)

Potilaan toimintakyky: Toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, että henkilö selviytyy itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Toimintakyky on yhteydessä ihmisen elämänotteeseen. Elämänote-käsite ja sen määrittely nousee Turun seurantalutkimusten pohjalta tehdyistä havainnoista ja on osa ihmisen kokonaiselämänhallintaa (Alanen ym., 1986; Keltikangas-Järvinen, 2000; Raitasalo, 1995; Roos, 1981).

Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely: Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely eli hoitoontulotutkimus tehdään hoitokokouksissa potilaan, hänen läheistensä sekä tarvittavan verkoston kanssa heti potilaan tultua psykiatrisen hoidon tarpeen arvioon. Alkuselvittelyssä kartoitetaan potilaan ja hänen läheistensä elämäntilanne ja tuen tarve sekä määritellään potilaan hoidosta vastaava taho. Tarvittava tuki ja akuuttihoito annetaan välittömästi. Selvittelyn aikana määritellään psykiatrisen hoidon tarve ja tarpeenmukainen psykiatrinen hoito. Tarpeenmukaisen psykiatrisen hoidon rakentamiseen tarvitaan laaja, eri tarkastelutasot kattava tilanteen ymmärrys. Samalla varmistetaan hoidon jatkuvuus. (Aaltonen & Rökköläinen, 1994; Aaltonen ym., 2000; Alanen, 1997; Alanen ym., 1986; Keränen, 1992; Lääkintöhallitus, 1987; Rökköläinen ym., 1991; Seikkula & Sutela, 1990; Virtanen ym., 1985; 1986).

Hoitokokous: Hoitokokous on potilaan hoitoon säännönmukaisesti jo alusta alkaen kuuluva tapahtuma, jossa potilas ja hänen läheisensä sekä työntekijät osallistuvat elämänhallintaan liittyvien ongelmien selvittelyyn, hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Potilas on aina mukana hoitokokouksissa ja osallistuu omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tavoitteena on luoda hoitokokouksessa sellainen vuorovaikutus potilaan, perheen ja työryhmän välille, että potilaan oireita ylläpitävä vuorovaikutus käy tarpeettomaksi. Hoitokokouksen paikka määräytyy tilanteen mukaan. Hoitokokouksia voidaan pitää myös kotona (Alanen, 1993, 1997; Alanen ym., 1986; Haarakangas, 1997; Lääkintöhallitus, 1987; Saari, 2002; Seikkula, 1991).

Hoidon integraatio: Hoitokokoukset voivat olla myös integraatiokokouksia. Integraatiokokousten tehtävänä on toimia potilaiden hoitoprosessiin liittyvän tiedon keräämistilaisuutena ja yhdistää eri yhteistyötahojen voimavarat ja verkostot. Tarkoituksena on koota eriytyneet palvelut asiakkaan kannalta mielekkääksi ja saumattomasti toimivaksi kokonaisuudeksi. Integraatio mahdollistaa palveluiden tarjoajien yhteistyön, selkeän työn jaon, palveluiden jatkuvuuden, palvelujen laadun ja tarpeenmukaisuuden sekä kustannustehokkuuden (Aaltonen ym., 2000; Alanen ym., 2000; Lehtinen ym., 2000, Seikkula, 1991).

Perhehoito: Potilaan ja hänen perheensä tai läheisensä osallistuvat sovitusti ja säännöllisesti hoitoon. Perhehoito lähentelee perheterapian määritelmää. Perheterapia on ammatillinen ja tietoinen pyrkimys ja keino tutkia, ymmärtää ja hoitaa perheensisäisessä vuorovaikutuksessa ja yksittäisillä perheenjäsenillä

esiintyviä häiriöitä ja niiden aiheuttamaa kärsimystä. Perheterapiassa pyritään tietoisesti siihen, että ajankohtaisten vuorovaikutusverkon kuviot, jotka ylläpitävät yksilöllistä psykopatologiaa ja esittävät kehityksellisesti rakentavia ratkaisuja, muuttuisivat. Erityisesti pyritään löytämään perheen vuorovaikutuksessa olevat myönteiset voimavarat. Perheterapian yleisindikaatiot ovat vuorovaikutuksellisesta havaittujen ongelmien selvittely ja hoito, vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoito ja muiden terapiamuotojen tukeminen (Aaltonen, 1982).

Tapauskohtainen työryhmä: Tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) tehtävänä on vastata hoidon toteuttamisesta ja hoidon integraatiosta pitkäjänteisesti kaikkien vaikeasta mielenterveydenhäiriöstä kärsivien potilaiden kohdalla. Työryhmä vastaa hoidon jatkuvuudesta, jolloin potilas ja perhe ovat hoitoryhmän hoitovastuulla niin kauan kuin hoidon tarve edellyttää. TKTR muodostetaan tapauskohtaisesti jokaiselle potilaalla erikseen. TKTR:n koko voi olla kahdesta neljään työntekijään, ja työryhmään voi kuulua jäseniä sekä avohoidosta että sairaalasta. Tapauskohtaista työryhmää ja sen toimintatapaa hoitoprosessissa kuvaavat moniroolisenä työryhmänä työskentely, ajallinen liikkuvuus, psykologinen jatkuvuus ja joustava työtapa, jotka ovat hoidon integraation keskeisiä ilmiötä (Aaltonen ym., 2000; Rasinkangas, 1997).

Läheisten kuormittuneisuus: Läheisten kuormittuneisuus ilmenee potilaan oireiden ja toimintakyvyn puutteiden heijastumisena hänen perheeseensä ja lähipiiriinsä useilla päivittäisen elämän osa-alueilla: tavanomaiset kodin askareet, talous, vaikutukset lapsiin ja sisaruksiin, perheenjäsenten keskinäiset suhteet, sosiaaliset suhteet, vapaa-aika ja urakehitys, terveydentila ja subjektiiviset kärsimykset, kuten syyllisyys, epävarmuus ja viha. On tehtävä selvä ero potilaan sairauden aiheuttaman kuormituksen ja potilaan omaisten muuhun elämäntilanteeseen liittyvän uupumuksen välillä (Maurin & Boyd, 1990; Saari, 2002; Sehene, 1990).

1.11 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Teoriaosassa on kuvattu tarpeenmukaisen hoidon, valtakunnallisen skitsofrenia- ja API-projektin tuottamia suosituksia hyvästä hoidosta. Potilaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa edetään laaja-alaisesta perhe- ja verkostokeskeisestä selvittelystä (ns. hoidon alkututkimuksesta) ja hoidosta spesifisempään, ja tarvittaessa yksilökeskeiseen hoitomuotoon. Erilaiset hoidot voivat tapahtua ajallisesti samanaikaisesti. Tapauskohtaisen työryhmän tehtävänä on selvittää hoidon tarve, suunnitella ja tarpeen mukaan toteuttaa hoidot, jotka parhaiten tapahtuvat hoitokokouksen avulla. Hoitokokouksilla tarkoitetaan tilannetta, jossa yhteiseen keskusteluun osallistuvat tapauskohtaisen työryhmän jäsenet, potilas, hänen läheisensä ja muu verkosto kulloisenkin tilanteen mukaan. Hoidon keskeinen tapahtuma on hoitokokous, jonka tärkein tehtävä on potilaan elämään liittyvän informaation saaminen ja sen yhteinen jakaminen.

Tapauskohtaisen työryhmätyöskentelyn toimintaperiaatteet ovat lähtöisin psykoosityöryhmätyöskentelystä. Tapauskohtaista työryhmätyöskentelyä on

kuvattu ryhmäprosessin näkökulmasta sekä erilaisten työskentelymuotojen näkökulmasta (avoin dialogi, reflektiivisyys, sosiaalinen konstruktionismi, narratiivisuus). Tapauskohtainen työryhmä on moniammatillinen asiantuntijatyöryhmä, joka johtaa itse toimintaansa potilastyössä, ja työskentelee moniroolise-
na työryhmänä yli hallintorajojen ja mahdollistaa näin hoidon integraation.

Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvvittely ja perhekeskeinen kriisi-interventio hoitokokouksissa suuntaavat toiminnan avohoitoon. Perheen rakenteen ja toimintakyvyn arviointi sekä haavoittuvuus-stressimalli mahdollistavat potilaan ja hänen perheensä tilanteen paremman jäsentämisen ja ymmärtämisen. Työryhmän jäsenten tulee aina ottaa huomioon lähiomaisten kuormittuminen ja valita sellaisia työskentelytapoja, jotka tarjoavat mahdollisuuden sairastumisen herättämien tunteiden ilmaisemiseen ja käsittelyyn. Mielenterveysongelmien monimuotoisuus ja sairaalahoidon edelleen runsas käyttö edellyttää tarpeenmukaisen hoitomallin mukaisia työskentelytapoja, mikä mahdollisuus silloin, kun organisaatiossa on toimiva kehittämiskulttuuri. Osastohoitojaksojen integroiminen avohoitoon, potilaan ja läheisten aktiivinen osallistuminen yhteistyökumppanina hoitoprosessiin ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen on myös peruslähtökohta sairaalahoidon vähentymiselle. Lääkehoidon osuus potilaan tarpeenmukaisessa kokonaishoidossa edellyttää potilaan lääkehoidon jatkuvaa kriittistä arviointia.

Työskentelytapoina on kuvattu psykoterapian eri teoreettiset lähestymistavat. Tarpeenmukainen hoito tarkoittaa myös erilaisia psykoterapiamuotoja, joista tapauskohtaisen työryhmän jäsenillä tulee olla tietoa. Tarpeenmukainen hoito tarkoittaa myös sitä, että tarpeen mukaan ei ole hoitoa. Teoriaosuuden keskeisenä tavoitteena on tuoda esille ne keskeiset tutkimukset, jotka voidaan nähdä tarpeenmukaisen hoidon ja tapauskohtaisen työryhmätyöskentelyn kehitystä ajatellen tärkeinä. Kainuun alueelle on kehitetty tarpeenmukaisen hoidon hoitomalli, (kuvio 6) joka on psykiatrian tulosalueen toimintakäsikirjan perustana.

Seuraavaan taulukkoon on koottu keskeisimmät psykoosityöryhmätoimintaa koskevat tutkimukset, joita voidaan soveltaa tapauskohtaisessa työryhmätyöskentelyssä.

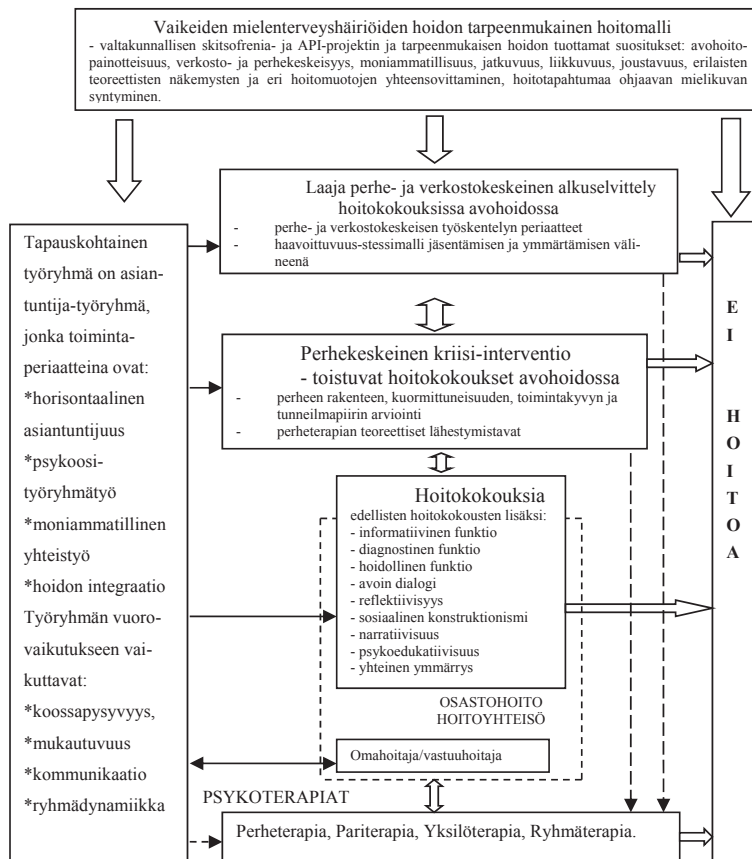
TAULUKKO 2 Keskeiset suomalaiset ja ulkomaiset psykoosityöryhmätoimintaa koskevat tutkimukset, jotka ovat vaikuttaneet tapauskohtaisen työryhmätyöskentelyn kehittämiseen (soveltaen Saari, 2002)

Tutkimus (Asetelma)	Koeryhmän interventio	Keskeiset havainnot
Langsley & Kaplan, 1968 (Satunnaistettu)	Perheelle suunnattu kriisi-interventio	Koeryhmässä ei kukaan tarvinnut sairaalahoitoa, kontrolliryhmässä tarvitsivat kaikki.
Langsley ym., 1971 (Satunnaistettu)	Perheelle suunnattu kriisi-interventio	Koeryhmään kuuluneet tarvitsivat vähemmän sairaalahoitoja ja selvisivät paremmin työssä ja omassa roolissaan perheessä.
Ruiz ym., 1973 (Kuvaileva)	Työryhmän kotikäynnit, kriisi-interventiot työnohjaajan ohjeiden pohjalta	Hoidetuista 136 tapauksesta vain kaksitoista tarvitsi sairaalahoitoa.
Polak ym., 1979 (Satunnaistettu)	Kriisi-interventio, perhehoito	100 000 asukaan toiminta-alueella psykiatrisen sairaalan käyttö väheni neljässä vuodessa 85 %.
West ym., 1980 (Kuvaileva)	Liikkuva työryhmä	Hoidetuista 443 tapauksesta 34 % tarvitsi sairaalahoitoa.
Aaltonen, 1982 (Kuvaileva)	Perheterapia kotona tai mielenterveys toimistossa	Vain viisi potilasta 94:stä tarvitsi sairaalahoitoa. Verkoston merkitys oli diagnoosia suurempi sairaalahoidon tarpeen suhteen.
Hoult & Reynolds, 1984 (Satunnaistettu)	Avohoidon työryhmä	Kontrolliryhmässä kaikki tarvitsivat sairaalahoitoa, koeryhmässä 32 %. Koeryhmän hoito oli 26 % kontrolliryhmän hoitoa edullisempaa.
Tufnell ym., 1985 (Kuvaileva)	Työryhmä, omaiset mukana hoidossa, kotikäynnit	Avohoidon työryhmässä voitiin hoitaa ensikertalaisista 51 %.
Bengelsdorf & Alden, 1987 (Kuvaileva)	Liikkuvat ryhmät, läheiset mukana hoidossa	Useita liikkuvia työryhmiä, jotka pystyivät hoitamaan 70 % potilaista avohoidossa.
Levinson ym., 1991 (Kuvaileva)	10 henkinen työryhmä, potilaan sosiaalinen verkosto mukana	Kriisi-interventiolla hoidetuista tarvitsi psykiatrista sairaalahoitoa vuoden aikana 24 %.
Seikkula, 1991 (Historiallinen kontrolli)	Psykiatrisen sairaalan poliklinikan työryhmä	14:sta ensikertalaisesta vain kaksi tarvitsi psykiatrista sairaalahoitoa, 12 voitiin hoitaa poliklinikan työryhmässä. Hoidon onnistumiselle on tärkeää työryhmän optimaalinen toiminta vastaanottokokouksessa.
Keränen, 1992 (Historiallinen kontrolli)	Psykiatrisen sairaalan poliklinikan työryhmä	70:stä perättäisestä poliklinikalle ohjatusta potilaasta 28 voitiin hoitaa poliklinikan työryhmässä. Vastaanototyöryhmän toiminta yhdessä potilaan ja perheen kanssa oli merkittävin tekijä sairaalaan otossa.
Vartiainen, ym., 1993 (Kuvaileva)	Psykoosityöryhmätyöskentely	Kaikki ei-psykoottiset ja 63 % psykoottisista hoidettiin avohoidossa kriisivaiheen yli.
Lehtinen, 1993, (Historiallinen kontrolli)	Tarpeenmukaisen hoitomallin mukainen perhe- ja verkostokeskeinen hoito	Tarpeenmukaisen hoitomallin mukaisesti hoidetut tarvitsivat vähemmän sairaalahoitoa ja säilyttivät työkykynsä paremmin. Erityisesti hyvän toimintakyvyn ennen psykoosiin sairastumistaan omanneet hyötyivät.
Seikkula, ym., 1995	Perhekeskeinen avohoito ("avoin dialogi")	30:stä potilaasta 12 voitiin hoitaa kokonaan avohoidossa. Vain yhdek-

		sän tarvitsi psykiatrista sairaalaa enemmän kuin kuukauden ajan kahden vuoden seurannassa.
Haarakangas, 1997	Perhekeskeisen psykiatrisen hoitomallin hoitokokous-työskentely ("avoin dialogi")	Potilaan ja hoitavan tiimin merkityksysteemien yhteenliittyminen refleksiivisessä keskustelussa tuo esille positiiviset hoidolliset resurssit.
Seikkula ym. 1999 (Ei työtapojen vertailua)	Perhekeskeinen avohoito ("avoin dialogi")	Psykiatrista sairaalahoidoa tarvitsi ensimmäisenä seurantavuonna 50 % potilaista.
Kalla ym., 2002	Tarpeenmukaisen hoitomallin mukainen perhe- ja verkostokeskeinen hoito suomalaisessa potilasjoukossa. Psykiatrinen sairaalahoido espanjalaisessa tutkimusjoukossa.	Ensikertalaisten hoitamattoman psykoosin keston on löydettävissä universaaleja psykososiaalisia tekijöitä, mutta kulttuurierot saattavat myös vaikuttaa hoitoon pääsyn viivästyksiin.
Kauranen ym., 2000 (Seuranta)	Akuutin psykoosipotilaan sosiaalinen verkosto ja sen muutos verkostokeskeisessä hoidossa.	Aineiston muodosti 29 hoidon aloittanutta potilasta ja aineisto on osa valtakunnallisen Akuutin psykoosin integroitu hoito(Api)- projektia. Verkostokeskeinen hoitomalli pyrkii hoitamaan psykoottiset ongelmat potilaan kotona niin paljon kuin mahdollista, jolloin sosiaalisen verkoston aktiivisuus tulee olennaiseksi hoidon tekijäksi. Tämä näyttää säilyttävän potilaan verkoston voimavaroja ja jopa parantavan joissakin tapauksissa potilaan työtilannetta. Mitä nopeammin oireiden ilmettyä hoito voidaan aloittaa, sitä vähemmän verkosto pienenee.
Aaltonen ym. 2000 (laadullinen induktiivinen seuranta)	Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Akuutin psykoosin integroitu hoito eli API-projekti vuosina 1992 - 1998.	Tutkimuksessa oli mukana kuusi hoitokeskusta, joiden yhteinen väestöpohja oli 600 000 asukasta. Ensi kertaa funktionaalisen psykoosin takia hoitoon tulevat henkilöt, yhteensä 135 potilasta. Akuutin psykoosin hoitomallin kehittämisessä ei riitä, että tutkimuksen kohteena on pelkästään potilas ja hänen perheensä, vaan tutkimuksen kohteena tulee olla myös ympäristö, jossa hoito tapahtuu sekä hoitohenkilökunnan omat kokemukset. Potilaan parempaa selviytymistä tukee horisontaalinen asiantuntijuus, jossa pyritään tietoisesti reviirien purkamiseen ja asiantunteusten välisten rajojen ylittämiseen. painopiste on itseohjautuvissa tiimeissä ja erillisten tiimien yhteistyössä. Rituaalien purkautuminen ja avoin dialogi tulee toteutua hoidossa. Hoito ei ole aikaan ja paikkaan jäykästi sidottua.
Saari, 2002 (Historiallinen kontrolli)	Psykoosityöryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992-1996	Tutkimuksessa kuvattiin psykoosityöryhmässä hoidettujen (koeryhmä: n=40) ja ennen psykoosityöryhmän toiminnan alkamisen tavanomaiseen tapaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa sekä sairaala- että avohoi-

		dossa hoidettujen (historiallinen kontrolliryhmä: n=40) potilaiden psyykkisen tilan ja toimintakyvyn muutoksia ja palveluiden käyttöä kahden vuoden seuranta-aikana. Aikavälillä 9 kuukautta – kaksi vuotta psykoosityöryhmässä hoidetut selviytyivät tavanomaista hoitoa saaneita paremmin. Hoito psykoosityöryhmässä oli tavanomaista hoitoa tuloksellisempaa ja taloudellisempaa.
--	--	--

Seuraavassa kuviossa kuvataan psykiatrian tulosalueen toimintakäsikirjan perustana oleva tarpeenmukainen hoitomalli Kainuussa sekä siihen liittyvät ja tässä työssä kuvatut teoreettiset lähestymistavat.



KUVIO 7 Tarpeenmukainen hoitomalli Kainuussa ja tässä tutkimuksessa käytettyjä malliin liittyviä teorioita (soveltaen Alanen, 1997)

2 TUTKIMUSTAVOITTEET JA HYPOTEESIT

Tämän tutkimuksen teoreettinen viitekehys perustui tarpeenmukaisen hoidon, kansallisten skitsofrenia- ja Akuutin Psykoosin Integraatio (API) -projektien tuottamiin suosituksiin hyvästä hoidosta (Aaltonen, 1982; Alanen, ym., 1986). Tutkimuksen tavoite oli kuvata, miten tarpeenmukaisen hoidon periaatteet näkyvät kliinisessä potilastyössä julkisessa mielenterveyspalvelussa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa tarpeenmukaisen hoitomallin toteutumisesta käytännössä. Aiheen tutkiminen koettiin tärkeäksi, koska vaikeista mielenterveyshäiriöistä kärsivien potilaiden hoidon toteutumista käytännön työssä ja hoidon vaikutusta potilaan parempaan elämän hallintaan oli tutkittu vähän Suomessa. Akuutti- ja psykoosiryhmien toimintatavoissa oli huomattavia alueellisia eroja. Tarpeellista olisi selvittää työmuodon vaikuttavuutta eri potilasryhmiin, erilaisissa työryhmien kokoonpanoissa ja interventiotavoissa, totesi Saari (2002) tutkimuksessaan Psykoosiryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992–1996.

Viisikymmentä vuotta sitten käynnistetty Turun skitsofreniaprojektin päämääränä oli kehittää laajapohjainen, perustaltaan psykoterapeuttisesti orientoitunut skitsofreniaryhmän psykoosien hoitosuuntaus, jota voidaan soveltaa psykiatriassa julkisessa terveydenhuollossa (Alanen ym., 1986; Lääkintöhallitus, 1988). Turun skitsofreniaprojektin alkuperäiset tavoitteet olivat seuraavat: *yhteinen psykoterapeuttinen perusasenne potilaan kohtaamisessa, sairaalaosastojen kehittäminen psykoterapeuttisiksi yhteisöiksi, yksilöterapiasuhteiden kehittäminen, perheterapian ja muun perhekeskeisen työn kehittäminen, lääkehoito psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia hoitoja tukevaksi hoidoksi, kuntoutustoimintojen kehittäminen, laajapohjaisen koulutuksen ja työnohjauksen kehittäminen* tukemaan kaikkien henkilökuntaryhmien osallistumista terapeuttiseen työhön *sekä seurantatutkimukset*, jotka kohdistuvat alueen kaikkien uusien skitsofreniaryhmään kuuluvien potilaiden muodostamiin vuosikohortteihin. Turun skitsofreniaprojektista on kehittynyt *Tarpeenmukaisen hoidon- hoitomalli*, jonka pyrkimyksenä on integroida mielen- terveysongelmasta kärsivän potilaan palvelukokonaisuutta (Aaltonen ym., 2011; Aaltonen ym., 2013; Alanen, 2009; Alanen ym., 1986). Tarpeenmukaista hoitomallia (need-adapted treatment approach) on kehitetty Suomessa pitkäjän-

teisesti 1960-luvulta lähtien (Aaltonen, 1982; Aaltonen ym., 1994, 2006, 1998, 2000, 2011, 2013; Alanen, 1997, 2009; Alanen ym., 1986, 2000; Haarakangas, 1997; Holma, 1999; Iso-Koivisto, 2004; Kalla, 2005; Keränen, 1992; Lassila, 1998; Lehtinen, 1993; Lehtinen ym., 1996, 2000; Lääkintöhallitus, 1988; Piippo, 2008; Rasinkangas, 1998; Rökköläinen, 1977; Rökköläinen & Aaltonen, 2009; Saari, 2002; Salokangas, 1977; Salokangas, ym. 1985, 1996; Seikkula, 1991; Tuori, 1987, 1994; Wahlström, 1992). Kansallinen skitsofreniaprojekti painotti aktiivista avohoitoa ja pitkien sairaalahoidojen välttämistä (Alanen, 1997; Lääkintöhallitus, 1988). Sairalahoidon vähäistä määrää on pidetty yhtenä skitsofrenian hoidon laatuksena (Aaltonen ym., 2000; Keränen, 1992; Lehtinen, 1993; Tuori, 1994; Saari, 2002). Tuori ym., (1998) mukaan pitkään sairaalahoittoon liittyy muun muassa laitostumisesta aiheutuvia ongelmia.

Mielenterveyspalveluiden kokonaisuuden alueellinen rakentuminen on tärkeää ja sitä on perusteltu myös skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisessa kehittämissuunnitelmassa, joka toteutettiin Suomessa vuosina 1981 - 1987. Sen tuloksena julkaistu *Skitsofreniaan sairastuneen hoidon ja kuntoutuksen hoitomalli* antaa laajaan selvittelyyn pohjautuvan käsityksen siitä, kuinka skitsofreniaan sairastuneiden hoidon kokonaisuus tulisi alueellisesti järjestää (Lääkintöhallitus, 1988). Malli tarjoaa yksittäisen potilaan hoitoon suuntaviivat, joita on mahdollista soveltaa kaikissa vaikeissa mielenterveyshäiriöissä kunkin potilaan ja hänen lähimmän verkostonsa tarpeiden mukaisesti eri hoitotilanteissa (Alanen ym., 1986; Lääkintöhallitus, 1988).

Hoitomallissa perhe- ja verkostokeskeiset hoitokokoukset ovat keskeinen osa tarpeenmukaista hoitoprosessia ja käytännössä tapahtuvaa hoidon integraatiota (Alanen ym., 1986; Haarakangas, 1997; Keränen, 1992; Lehtinen, 1993; Rasinkangas, 1998; Seikkula, 1991; Wahlström, 1992). Ensimmäisissä hoitokokouksissa tehdään hoitoon tulotutkimus ja hoitokokouksissa ovat mukana potilas ja hänen elämänsä kannalta tärkeät läheiset ja viranomaiset (Alanen, 1997; Tuori, 1987). Tätä alkutilannetta kutsutaan laaja perhe- ja verkostokeskeiseksi alkusevittelyksi (Aaltonen ym., 2000, 2011; Alanen, 2009; Saari, 2002). Selvittelyn kuлуessa määritellään tarpeenmukainen hoidon tarve ja hoito (Aaltonen ym., 2013; Alanen, 2009; Alanen ym., 1986; Saari, 2002).

Perhekeskeisissä hoitokokouksissa huomioidaan myös lasten tilanne ja tuen tarve, kun vanhemmalla on vaikea mielenterveyden häiriö (Aaltonen ym., 2000; Tuori, 1987; Saari 2002). Kaikkea kliinistä työtä keskeisesti ohjaavana periaatteena on aina psykoterapeuttinen asenne, pyrkimys ymmärtää potilaan ja hänen läheistensä tilannetta (Aaltonen ym., 2011, 2013; Aaltonen & Rökköläinen, 1994). Hoitokokouksissa potilas ja hänen läheisensä osallistuvat elämäntilanteensa hallintaan liittyvien ongelmien selvittelyyn ja hoidon suunnitteluun ja toteutukseen (Haarakangas, 1997; Wahlström, 1992; Seikkula, 1991, 1994; Seikkula & Alakare, 2004; Seikkula ym., 1995, 2011; Tuori, 1987). Hoitokokouksikäytännön kehitykseen on vaikuttanut erityisesti Turun skitsofreniaprojektiin liittyvä kohortti III seuranta tutkimus, jonka tulokset osoittivat perheenjäsenten asenteiden tärkeyden potilaiden ennusteeseen. Se, että potilaan oli perustutkimuksessa todettu omaavan ainakin yhden empaattisen omaisen, ilmeni viiden vuoden

kuluttua tehdyssä regressioanalyysissä erääksi tärkeimmistä hyvää ennustetta selittävästä muuttujista (Lehtinen, 1993; Tuori, 1994; Saari, 2002). Kun tarvitaan useampia hoitomuotoja, on mielekästä edetä laaja-alaisemmasta, perhe- ja verkostokeskeisestä hoitomuodosta spesifisempään, yksilökeskeisempään hoitoon. Jokaisen potilaan kohdalla eteneminen tapahtuu yksilöllisesti juuri hänen hoidontarpeensa edellyttämällä tavalla.

Edellä esitetystä johdettiin tutkimuksen ensimmäinen ja toinen tavoite sekä ensimmäinen ja toinen hypoteesi:

1. *Tavoitteena on kuvata laajan perhe- ja verkostokeskeisen alkuselvittelyn toteutumisen yhteys potilaan toimintakyöyn kohentumiseen ja potilaan tarpeenmukaisen hoitomuodon muotoutumiseen.*

Hypoteesi 1: Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely mahdollistaa potilaan paremman toimintakyöyn ja vastaavasti alkuselvittely ilman läheisten läsnäoloa saa aikaan huonomman toimintakyöyn.

2. *Tavoitteena on kuvata laajan perhe- ja verkostokeskeisen alkuselvittelyn toteutumisen yhteys läheisten kuormittuneisuuden vähentymiseen.*

Hypoteesi 2: Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely mahdollistaa läheisten kuormittuneisuuden vähentymisen.

Tarpeenmukaisen hoidon hoitomallissa eri hoitomuotojen yhteensovittaminen on yksi keskeinen periaate. Lisäksi mallissa korostetaan työskentelyä työryhmänä ja hoidon jatkuvuutta (Aaltonen ym., 1998, 2000; Alanen, 1993; Tuori, 1987) Näiden kolmen periaatteen kokonaisuutta sanotaan myös hoidon integraatioksi (Rasinkangas, 1998). Potilaan hoidon suunnittelu, toteutus ja hoidon integrointi eli yhteensovittaminen voi parhaiten tapahtua hoitokokousten avulla (Lehtinen ym., 1996, 2000). Hoitokokouksella tarkoitetaan tilannetta, jossa yhteiseen keskusteluun osallistuvat potilaan hoidosta vastaava työntekijä tai tapauskohtaisen työryhmän jäsenet, potilas, hänen läheisensä ja sosiaalinen verkostonsa kulloisenkin tilanteen mukaan (Seikkula, 1991; Wahlström, 1992). Hoitokokouksia pidetään sekä avo- että sairaalahoidossa riittävän usein huomioiden joustavasti potilaan tilanteen muutokset (Aaltonen ym., 2000; Alanen, 1993; Tuori, 1987).

Edellä esitetystä johdettiin tutkimuksen kolmas ja neljäs tavoite sekä kolmas ja neljäs hypoteesi:

3. *Tavoitteena on kuvata hoidon integraation toteutumisen yhteys potilaan toimintakyöyn kohentumiseen ja potilaan tarpeenmukaisen hoidon muotoutumiseen.*

Hypoteesi 3. Hoidon integraation toteutuminen mahdollistaa potilaan paremman toimintakyöyn kuin ilman integraatiota toteutettu hoito.

4. *Tavoitteena on kuvata hoidon integraation toteutumisen yhteys läheisten kuormittuneisuuden vähentymiseen*

Hypoteesi 4: Hoidon integraation toteutuminen mahdollistaa läheisten kuormittuneisuuden vähentymisen

Perheiden kanssa työskentely kuului keskeisesti tarpeenmukaiseen lähestymistapaan. Jo 1980-luvun alussa Turun skitsofreniaprojektissa työryhmät alkoivat tavata uudet skitsofreniaryhmän potilaat heti heidän hoitoon tullessa yhdessä heidän perheittensä tai muiden heille läheisten ihmisten kanssa. Seurauksena oli varsinkin monissa akuuteissa tilanteissa psykoottisten oireiden nopea kaikkoonaminen tai lieventyminen. Parantunut ennuste tuli selvästi esiin myös viiden vuoden seurantatutkimuksessa, jonka kautta Lehtinen (1993) vertaili uutta potilasaineistoa aikaisempaan, yksilöterapialla hoidettuun potilaskohorttiin, Molempiin kohortteihin luettiin tiettyinä aikoina Turun kaupungin muodostaman mielisairaanhoidopiirin alueen eri psykiatrisiin työpisteisiin hoitoon tulleet ensikertaiset 15–44-vuotiaat potilaat, joiden diagnoosi oli skitsofrenia tai skitsofreniatyyppinen häiriö tai skitsoaffektiivinen psykoosi. Ero hoitoon tulleiden potilaskohorttien ennusteiden välillä oli selkeä. Oireettomien potilaiden määrä nousi 40 prosentista 60 prosenttiin. Eron selitti hoitokokousten järjestäminen ja tähän liittyvä perhekeskeisten toimintojen yleistyminen. Kysymys ei ollut yksilö- ja perhekeskeisten toimintojen välisestä vertailusta: erilaisia yksilöterapiota toteutettiin edelleen varsin monissa tapauksissa usein perhetapaamisten jatkona. Hoitokokousten kehittäminen perhekeskeisesti merkitsi hoitotoimintojen yhtenäistämistä ja tämän kautta saatiin psykoterapeuttisten hoitojen piiriin myös potilaita, joilla ei ollut motivaatiota yksilöterapiaan. Perheiden motivaatio yhteisiin keskusteluihin oli suuri. Hoidon aloittamiseen liittyviä hoitokokouksia voitiin tutkitussa kohortissa toteuttaa 87 prosenttia tapauksista.

Edellä esitetystä johdettiin tutkimuksen viides tavoite ja hypoteesi:

5. *Tavoitteena on kuvata perhehoidon toteutumisen yhteys potilaan toimintakyöyn kohentumiseen ja potilaan tarpeenmukaisen hoidon muotoutumiseen.*

Hypoteesi 5: Läheisten säännöllisen hoitoon osallistuminen (perhehoito) mahdollistaa potilaan toimintakyöyn kohentumisen enemmän kuin yksilökeskeisesti hoidettujen potilaiden.

Psyykkisen häiriön potilaan perheenjäsenissä aikaansaamaan kuormitukseen on kiinnitetty huomiota ja 1940-luvulta lähtien. Valtaosa aihetta käsittelevistä tutkimuksista on tehty vaikeasti sairaiden, tavallisesti skitsofreniaa sairastavien potilaiden omaisten keskuudessa (Saari, 2002). Platt (1985) määritteli kuormittuneisuuden potilaan sairauden aikaansaamien ongelmien, vaikeuksien tai vas-

toinkäymisten kielteisiksi vaikutuksiksi potilaan läheisten elämään. Maurin ja Boyd (1990) korostivat sitä, että tulisi tehdä selvä ero potilaan sairauden aiheuttaman kuormituksen ja potilaan omaisten muuhun elämäntilanteeseen liittyvän uupumuksen välillä. He kuvasivat subjektiivisen kuormituksen kehittymistä jatkumona, jossa potilaan sairauteen liittyvät edeltävät tekijät saavat aikaan objektiivisen kuormituksen. Se missä määrin omainen kokee subjektiivista kuormitusta, riippuu objektiivisen kuormituksen määrästä ja laadusta ja niin sanottujen välittävien tekijöiden vaikutuksista. Välittäviä tekijöitä ovat potilaan ja omaisen välinen suhde, potilaan saama sosiaalinen tuki, omaisten omat selviytymiskeinot sekä perheen sosiaalinen ja taloudellinen asema.

Tuori (1987) totesi tutkimuksessaan perheen vuorovaikutuskokonaisuuden hyvän toimivuuden liittyvän identifioitun potilaan parempaan selviytymiseen. Saaren (2002) tutkimuksen mukaan, toimintakyvyltään hyvät perheet pystyvät tukemaan toimintakyvyltään huonoja perheitä paremmin identifioitua potilasta tämän psyykkisen tilan ja toimintakyvyn palautumisessa. Lähiomaisen kuormittuminen on tosiasia myös akuutin psyykkisen sairastumisen yhteydessä potilaan diagnoosista, työskentelytavasta ja hoitopaikasta riippumatta. Lisäksi näyttää siltä, että perheenjäsenten tiivis mukana olo hoitokokouksissa heti hoidon alussa ja perheenjäsenten mukanaolo hoidossa myös akuutin vaiheen jälkeen liittyneenä hoitosuhteen jatkuvuuteen ja omaisten tietoisuuteen joustavasta hoitotoiminnasta ja pikaisesti saatavilla olevasta avusta helpottivat vakavaan psyykkiseen sairastumiseen liittyvää läheisen kuormittuneisuutta.

Edellä esitetystä johdettiin tutkimuksen kuudes tavoite ja hypoteesi:

6. *Tavoitteena on kuvata perhehoidon toteutumisen yhteys läheisten kuormittuneisuuden vähentymiseen.*

Hypoteesi 6: Läheisten säännöllinen hoitoon osallistuminen (perhehoito) vähentää läheisten kuormittuneisuutta enemmän kuin yksilöhoitona toteutettu hoito.

Uusien skitsofreniaan sairastuvien potilaiden hoitomallissa suositeltiin sairaanhoitopiireihin perustettavaksi moniammatillisia psykoosityöryhmiä, jotka vastaisivat uusien tai uudelleen hoitoon tulevien potilaiden laajasta alkuvaiheen selvittelystä ja hoidosta (Alanen ym., 1990; Lääkintöhallitus, 1987; Tuori 1994, Tuori ym., 1997). API-projektin hoitomalli (*hoidon tarpeenmukaisuus, integroitu hoito, psykoterapeuttinen perusasenne, perhekeskeisyys, moniammatilliset työryhmät ja hoitosuhteen yksilöllisyys*) perustui skitsofrenian tarpeenmukaisen hoitomallin periaatteille ja valtakunnallisen skitsofreniaprojektin suosituksille. Tarpeenmukaisen hoitomallin yleisille periaatteille rakentuvat elementit (*psykoosityöryhmä, tapauskohtainen työryhmä tai hoitoryhmä, hoitokokoukset, integraatiokokoukset, omahoitaja, työnohjaus ja koulutus*) toteutettiin hoitokeskuksissa alusta alkaen. Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiirin kuntayhtymään perustettiin psykoosityöryhmä vuonna 1991. Myös Kainuussa työskentelymuodosta saatujen kokemusten myötä todettiin tarve tapauskohtaisille työryhmille. Työryhmän tehtävät ovat hyvin samankaltaiset psykoosityöryhmän kanssa. Potilaan tai asiak-

kaan ympärille kootaan hänen tarpeidensa mukaisesti hoidosta vastaavia työntekijöitä, jotka voivat edustaa eri ammattialoja ja eri organisaatioita. Työryhmän koko on kolmesta neljään työntekijää ja se on potilaan hoidossa mukana, vaikka potilas siirtyisi hoitopaikasta toiseen. Tapauskohtainen työryhmätyöskentely on työskentelymuoto, joka mahdollistaa tarpeenmukaisen hoidon ja hoidon integraation toteutumisen. Tapauskohtaisen työryhmän tehtävänä on selvittää potilaan hoidon tarve sekä suunnitella ja toteuttaa hoito potilaan tarpeenmukaisesti. Työryhmä koordinoi kaikki erilliset hoidot.

Edellä esitetystä johdettiin tutkimuksen seitsemäs ja kahdeksas tavoite ja seitsemäs ja kahdeksas hypoteesi:

7. *Tavoitteena on kuvata tapauskohtaisen työryhmätyöskentelyn toteutumisen yhteys potilaan toimintakyvyn kohentumiseen ja potilaan tarpeenmukaisen hoidon muotoutumiseen*

Hypoteesi 7: Tapauskohtaisessa työryhmässä hoidettujen potilaiden toimintakyky kohentuu enemmän kuin yhden työntekijän hoitovastuulla toteutettu hoito.

8. *Tavoitteena on kuvata tapauskohtaisen työryhmätyöskentelyn toteutumisen yhteys läheisten kuormittuneisuuden vähentymiseen.*

Hypoteesi 8: Tapauskohtaisessa työryhmässä hoidettujen potilaiden läheisten kuormitus vähenee enemmän kuin yhden työntekijän hoitovastuulla toteutetussa hoidossa.

3 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

3.1 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia Kainuun sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian tulosalueelle myöhemmin Kainuun maakunta-kuntayhtymän aikuispsykiatrian vastuualueelle 1.11.2004 -31.10.2005 välisenä aikana:

1. hoitoon hakeutuvien potilaiden psyykkisen tilan ja toimintakyvyn muutoksia,
2. potilaiden ohjautumista tapauskohtaisen työryhmän tai yhden työntekijän hoitovastuulle
3. hoidosta vastaavan tapauskohtaisen työryhmän tai yhden työntekijän hoitovastuulla toteutuneen hoidon toteutumista,
4. potilaiden hoidon hoitontulotutkimuksen eli laajan perhe- ja verkostokeskeisen alkuselvittelyn toteutumista,
5. potilaiden hoidon integraation toteutumista,
6. potilaiden ohjautumista perhehoitoon tai yksilöhoitoon,
7. potilaiden perhehoidon tai yksilöhoidon toteutumista sekä
8. potilaiden läheisten kuormittuneisuuden muutoksia seuranta-aikana.

Potilaan tarpeenmukaiseen hoidon arvioon osallistuneet työntekijät selostivat potilaalle ja hänen läheiselle tutkimuksen tarkoituksen ja antoivat kirjallisen tiedotteen, jonka perusteella potilas ja läheinen antoivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta (Vehviläinen - Julkunen, 1997). Potilas määritteli hänelle läheisen henkilön, joka saattoi olla puoliso, vanhempi, sisar, lapsi tai muu läheinen henkilö. Työntekijät lähettivät tutkimusluvut tutkijalle, jonka jälkeen tutkija otti yhteyden potilaaseen ja läheiseen ensimmäistä haastattelua varten. Jos läheinen ei ollut hoidon tarpeen arvioinnissa mukana, tutkija kysyi ensimmäisen haastattelun yhteydessä potilaan luvan läheisen haastatteluun. Tämän jälkeen tutkija otti yhteyden läheiseen ja kertoi tutkimuksesta ja toimitti kirjallisen esitteen tutkimuksesta. Tutkimusluvan saatuaan tutkija haastatteli

erikseen läheisen. Tutkija vastasi itsenäisesti haastattelujen toteuttamisesta ja yhteydenotoista potilaaseen ja hänen läheiseen. Viimeinen seurantahaastattelu toteutettiin 31.5.2006.

Tutkimuspotilaita kerättiin vuoden ajan. Potilaat otettiin tutkimukseen siinä järjestyksessä, kuin he olivat antaneet tietoisien suostumusten tutkimukseen osallistumisesta ja he täyttivät tutkimuksen kriteerit. Tässä tutkimuksessa tutkimukseen valittuja potilaita tutkittiin useammalla eri mittauksella, jotta potilaiden elämäntilanteesta ja toimintakyvyn muutoksesta saataisiin mahdollisimman objektiivinen arvio. Mittausten aikaväli oli tässä tutkimuksessa puolivuotta. Tutkimus on seurantatutkimus. Ensimmäisessä mittauksessa tarkasteltiin tutkittavan tilannetta myös aikaisemmalta ajanjaksolta. Siten tätä tutkimusta voi määritellä myös taaksesuuntautuvaksi eli retrospektiiviseksi tutkimukseksi. Tämänhetkistä tilannetta koskevat havainnot ja mittaukset tehtiin tutkimuksen kuluessa. Tällöin kaikki nämä havainnot kuvaavat tutkimuksen suoritussuorituksen sijoittuvien ajanjaksojen ja -kohtien tilannetta. Tämä tutkimus on sekä tosiaikainen että taaksesuuntautuva tutkimus. Tutkittavilta kerättiin tietoa puolen vuoden aikana, joten tutkimus on pitkittäistutkimus. Tämä tutkimus on epäkokeellinen. Epäkokeellisessa tutkimusasetelmassa tutkija ei järjestä koetilanteita, vaan hän toimii havainnoitsijana (Soininen, 1995; Uhari & Nieminen, 2012). Tutkimukseen osallistuvien potilaiden ja läheisten kriteerit:

1. Potilas, joka hakeutui tai lähetettiin psykiatriseen hoitoon, joko pkl:lle tai osastolle.
2. Suomen kansalainen joiden vakituinen asuinpaikka on Kainuussa.
3. Ikä 15 vuotta tai enemmän.
4. Potilas ja läheinen suostuvat tutkimukseen.
5. Potilaan psyykinen vointi oli sellainen, että hän kykeni antamaan tietoisien suostumusten tutkimukseen osallistumisestaan ja hän kykeni osallistumaan haastatteluun.

Tutkimukseen osallistui 98 aikuispsykiatrian tulosalueelle hoitoon hakeutunutta potilasta. Potilaiden (N 98) läheisistä tutkimukseen osallistui 85. Seuranta-aikana kuoli neljä potilasta ja seitsemän muutti pois paikkakunnalta, eivätkä he olleet tavoitettavissa puolen vuoden seurantahaastatteluun. Seurantahaastatteluun osallistui 87 potilasta ja 81 läheistä. Seuranta-aikana läheisten tutkimusjoukosta jäi pois neljä, jotka olivat kuolleiden potilaiden läheisiä. Tutkija kävi läheisten luona kotikäynnillä kuolemantapausten jälkeen. Tutkimuksen tekijä selvitti jälkikäteen sairauskertomustietojen avulla tarkemmin kunkin potilaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käytön. Sairauskertomustietojen analyysi toteutui 1.6.2006 – 31.7.2006 välisenä aikana. Kaikki haastattelut, sairauskertomusten tiedonkeruun, aineiston siirron SPPS-ohjelmaan sekä analysoinnin toteutti tämän tutkimuksen tekijä.

Tutkimusasetelma; tutkimusjoukolle tehtävät toimenpiteet alku- ja seurantamittauksessa:

1. Potilaan perushaastattelu (alku- ja seurantamittaus)
2. Läheisen kuormittuneisuuden arvio (alku- ja seurantamittaus)
3. Läheisen arvio potilaan toimintakyvystä (alku- ja seurantamittaus)
4. Tutkijan tekemä potilaan psyykkisen tilan arvio (GAS) (alku- ja seurantamittaus)
5. Sairauskertomustietoihin perustuva tiedonkeruu (tutkijan tekemä tiedonkeruu seurantamittauksen jälkeen)

Tutkija toimitti psykiatristen yksiköiden työntekijöille esitteen tutkimuksesta. (liite 1) Työntekijät kertoivat potilaille tutkimuksesta. Kun potilas oli antanut tietoisin kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (liite 2), työntekijät soittivat ja toimittivat allekirjoitetun tutkimusluvan tutkijalle. Tämän jälkeen tutkija otti yhteyttä potilaaseen ja sopi haastatteluajankohdan potilaalle. Tämän jälkeen tutkija otti yhteyden potilaan nimeämän läheiseen ja kertoi tutkimuksesta sekä toimitti tutkimustiedot, jos työntekijät tai potilas eivät olleet aikaisemmin antaneet tutkimusmateriaalia läheiselle. Kun läheinen oli antanut kirjallisen tietoisin suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (liite 3), tutkija suoritti haastattelun. Tutkija haastatteli potilaat ja läheiset pääsääntöisesti kotikäynneillä.

3.2 Mittarit

Tässä tutkimuksessa tutkija teki potilaista perushaastattelun (liite 4), läheisten arviohaastattelun potilaan elämänhallinnasta (liite 5), läheisten kuormittuneisuushaastattelun (liite 6), potilaan psyykkisen toimintakyvyn arvion GAS-asteikkolla eli Global Assessment Scale (liite 7). Nämä haastattelut tutkija teki kahdessa vaiheessa: heti kun potilas ja omainen olivat antaneet suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta (alkumittaus) sekä puolen vuoden seurantaajan jälkeen (seurantamittaus).

3.2.1 Perushaastattelun sisältö ja käytetyt mittarit

Perushaastattelulla (liite 4) pyrittiin saamaan mahdollisimman kattava käsitys hoitoon hakeutuneen henkilön terveydentilasta, elämäntilanteesta ja sosiaalisesta vuorovaikutuksesta. Potilas arvioi itse oman toimintakykynsä ja siinä tapahtuneet muutokset. Perushaastattelussa tarkastelu jakautui yhdeksään osaluueeseen:

1. Terveys
2. Työ, opiskelu, koulutus
3. Asuminen
4. Talous, toimeentulo
5. Kasvuolot, kantaperhe, suku
6. Nykyperhe

7. Muut ihmissuhteet, vapaa-aika, ystävät, vihamiehet, viranomaiset
8. Tulevaisuuteen liittyvät odotukset ja uhkakuvat
9. Sosiaali- ja terveystalouden käyttö ja niistä koettu hyöty

Elämänote-käsite ja sen määrittely nousee Turun seurantatutkimusten pohjalta tehdyistä havainnoista (Alanen ym., 1986). Ennakoivalla elämänotteella tarkoitetaan hoitoon tuloa edeltävänä vuonna ollutta otetta aikuiselle ihmiselle tai potilaan ikätovereille tärkeisiin elämän päämääriin ja tyydytysmuotoihin. Tässä arvioidaan ihmissuhteisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin liittyviä päämääriä samoin kuin suhtautumista työelämään. Asteikko on neliluokkainen (tyytyväinen, melko tyytyväinen, melko tyytymätön ja tyytymätön) ja sama, mitä käytettiin valtakunnallisessa skitsofreniaprojektissa (Lääkintöhallitus, 1988). Tuolloin asteikko todettiin helposti käytettäväksi psykiatristen tiimien arvioinneissa uusista potilaista ja sen todettiin ennustavan selvästi psykososiaalista statusta kahden vuoden seurannassa (Salokangas ym., 1985). API-projektin kahden ja viiden vuoden seurantahetkellä on arvioitu kyseistä hetkeä edeltäneen vuoden elämänotetta samalla mittarilla. Edelleen Saaren (2002) tutkimuksessa on käytetty samaa mittaria.

Perushaastattelun työ, opiskelu ja koulutusosio kartoitti demograafisia tietoja kuten avunhakijan ammattiasema, peruskoulutus ja ammattikoulutus. Lisäksi kiinnitettiin huomio työn tai opiskelun vaativuuteen. Lähimenneisyyden ja tulevaisuuden muutokset ja niiden merkitys avunhakijalle otettiin huomioon. Asumisesta selvitettiin asumispaikka, asunnon hallinta, asumismuoto, muutokset asumisessa ja potilaan tyytyväisyys asumiseensa. Taloudessa kartoitettiin kunkin potilaan tulonlähde, tyytyväisyys toimeentuloonsa ja muutokset toimeentulossa. Kasvuoloissa tarkasteltiin haastateltavan kasvuympäristöä, tyytyväisyyttä kasvuperheen tilaan hänen lapsuus- ja nuoruusaikanaan sekä muutoksia suhteissa vanhempiin ja sisaruksiin. Kahdesta viimeksi mainituista selvitettiin sekä potilaan että omaisen käsitykset.

Nykyperheestä otettiin huomioon perheen kehitysvaihe, muutokset nykyperheessä ja haastateltavan tyytyväisyys perheeseensä. Muut merkittävät ihmissuhteet kartoitettiin selvittämällä olemassa olevat ystävät, riitasuhteet, suhteet viranomaisiin, harrastukset, muutokset muissa ihmissuhteissa ja tyytyväisyys niihin. Saatuja tietoja käytettiin hyväksi arvioitaessa sitä, kuinka hyvin kukin avunhakija on säilyttänyt elämänotteensa. Tulevaisuuteen liittyvistä uhkakuvista haastatteleva määritteli sen elämänalueen, jonka suhteen hän koki tulevaisuutensa epävarmimmaksi tai uhkaavimmaksi ja suurimmat tulevaisuuden odotuksensa. Hän antoi kokonaisarvion omasta elämäntilanteen vaikeudesta asteikolla 1-5 (1=lievä; 5= hyvin vaikea). Potilaan elämäntilanteen vaikeusasteen määritteli samalla asteikolla myös lähiomainen.

3.2.2 Lähiomaisen kuormittuneisuuden sekä potilaan objektiivisen toimintakyvyn arvio

Lähiomaisen kuormittuneisuuden arvio perustuu lähiomaisen haastatteluun. Kuormittuneisuutta mittaavat kysymykset on muotoiltu SBAS:n (Social Beha-

viior Assessment Schedule, Platt ym.,1980), SKS-projektissa (Sairaalaista kotiutetut skitsofreniapotilaat) sekä Saaren (2002) tutkimuksessa käytettyjen kysymysten pohjalta (Stengård ym., 1993). Haastattelu kartoitti omaisen kuormittuneisuutta kuudellatoista jokapäiväisen elämän osa-alueella (liite 6). Pääsääntöisesti haastateltavaksi valittiin sellainen läheinen, jolla on säännöllinen vuorovaikutussuhde potilaan kanssa. Läheiset saattoivat asua potilaan kanssa samassa taloudessa tai he vierailivat toistensa luona säännöllisesti tai olivat säännöllisesti puhelinkontaktissa toistensa kanssa. Jos haastatteluun pyydetty kieltäytyi, pyydettiin haastateltavaksi toista potilaalle läheistä henkilöä. Myös yksin asuvien läheisin henkilö pyrittiin haastattelemaan.

Haastattelussa kysyttiin myös haastateltavan subjektiivista kokemusta omasta toimintakyvystä. Tällä selvitettiin sitä, miten läheinen koki tilanteen omalta kannaltaan ja aiheuttiko se hänelle kuormitusta. Kuormitusta tutkittiin kolmiluokkaisella asteikolla tyytyväinen-mukautunut-tyytymätön ja se ilmaistiin numeerisesti 1-3 (1=tyytyväinen, 2=mukautunut, 3=tyytymätön) Tyytyväinen haastateltava piti tilannetta niin tyydyttävänä ja hyväksyttävänä, ettei halunnut siihen muutosta. Mukautunut oli sopeutunut tilanteeseen, vaikka läheinen tai omainen ei kaikilta osin ollutkaan tyytyväinen. Tyytymätön koki tilannetta selvästi hankalana ja halusi muutosta. Potilaan toimintakykyä arvioitiin kunkin osa-alueen kohdalla asteikolla 1-4. (1= hyvä toimintakyky, 4=huono toimintakyky)

Läpikäytäviä alueita potilaan läheisten kanssa olivat läheisen sosiograafisten tietojen lisäksi seuraavat potilaan jokapäiväisen elämän osa-alueet. Läheinen arvioi oman kuormittuneisuutensa sekä potilaan selviytymisen näissä osa-alueissa (liite 6):

1. Kodinhoito
2. Itsestä huolehtiminen
3. Lääkityksestä ja hoidosta huolehtiminen
4. Rahan käyttö
5. Lastenhoito
6. Työnteko
7. Parisuhde
8. Muut läheiset ihmissuhteet
9. Sosiaaliset suhteet lähipiirin ulkopuolella
10. Potilaan käyttäytyminen julkisilla paikoilla
11. Sosiaalinen vetäytyneisyys
12. Kiinnostuneisuus ja tapahtumien seuranta
13. Aloitekyky ja aktiivisuus
14. Häätätilanteista selviytyminen
15. Itsetuhokäyttäytyminen
16. Potilaan tarvitsema yleinen huolenpito

SBAS- menetelmän reliabiliteettia on tutkittu testaamalla neljän SBAS- menetelmää käyttäneen mittajaan välistä yksimielisyyttä yhdeksän haastattelun

aineistossa (Platt ym. 1980). Mittausten sisäinen korrelaatio oli lähes täydellinen ja arvioijien välinen yksimielisyys oli merkittävä (Altman, 1991).

Perushaastattelulla (liite 5) pyrittiin saamaan mahdollisimman kattava käsitys hoitoon hakeutuneen henkilön terveydentilasta, elämäntilanteesta ja sosiaalisesta vuorovaikutuksesta läheisen arvioimana.

Tutkijan tekemä potilaan psyykkisen toimintakyvyn arvio GAS-asteikko eli *Global Assessment Scale* (Endicott ym., 1976) on psykiatrisessa sairauskertomuksessa käytetty potilaan psyykkisen tilan yhdeksän luokkainen mittari, jossa 01 on huonoin ja 100 paras psyykinen tila ja toimintakyky (Kuhlman ym., 1991). Tutkija arvioi tällä mittarilla potilaan toiminnan tason perushaastattelun yhteydessä sekä seuranta-aikana yhteydessä. (liite 7)

3.2.3 Potilaan käyttämät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut seuranta-aikana

Tutkija kartoitti kunkin potilaan seuranta-aikana käyttämät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, samoin hänen tyytyväisyytensä niihin. Tutkimuksen tekijä selvitti jälkikäteen sairauskertomustietojen avulla tarkemmin kunkin potilaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käytön. Tässä tutkimuksessa sairauskertomustietojen perusteella tutkija selvitti kunkin potilaan kohdalta hoitotulotutkimuksen eli laajan perhe ja verkostokeskeisen alkuelvittelyn sekä hoidon integraation toteutumisen. Hoidon integraation toteutumisen määrittelyn lähtökohtana oli potilaan hoitoon liittyvien hoitokokousten toteutuminen potilaan läheisten ja verkoston kanssa. Hoidon integraatio tapahtuu hoitokokouksissa. Sairauskertomustiedoista tutkija selvitti lisäksi seuraavat tiedot: diagnoosi, lääkitys, hoitomuodot (yksilö- tai perhehoito), hoitovastuu (yksi työntekijä tai tapauskohtainen työryhmä), hoitopäivät ja -jaksot, tiedot hoitokokousten kokonaismäärästä, omaisten ja läheisten osallistuminen hoitokokouksiin, hoitokokouksiin osallistuneet työntekijät, eri organisaatioon kuuluvien viranomaisten ja työntekijöiden osallistuminen hoitokokouksiin seuranta-aikana. Perhehoidossa potilaan läheinen ja/tai läheiset olivat tiiviisti hoidossa mukana sovitussa yhteistapaamisissa. Yksilöhoidossa potilaan läheiset eivät olleet säännöllisesti ja sovitusti hoidossa mukana. Hoitokäynnit toteutuivat yksilökeskeisesti. Hoitovastuun toteutuminen toteutui joko yhden työntekijän hoitovastuulla tapahtuvana hoitona tai selkeästi sairauskertomustietoihin määriteltynä tapauskohtaisena työryhmänä.

3.3 Aineiston analyysi

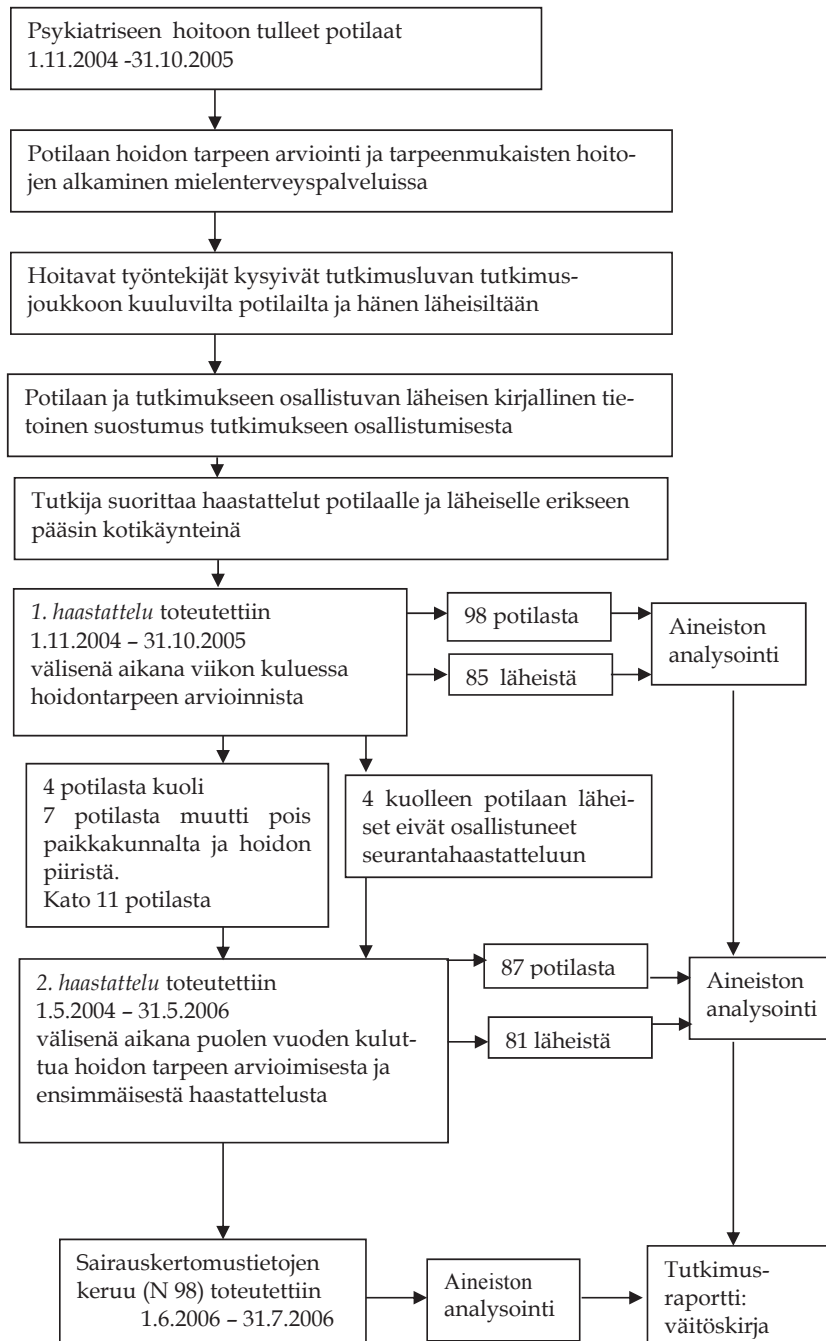
Tutkimuksen kvantitatiivinen aineisto analysoitiin SPSS for Windows -tilasto-ohjelmalla. Tilastollisina menetelminä käytettiin aineistoon ja sen muuttujiin sopivia tilastollisia analysointimenetelmiä. Ristiintaulukoinnilla saatiin aineistosta kuvailevaa tietoa. Ristiintaulukoinnilla arvoitiin nominaaliasteikollisten muuttujien keskinäisiä suhteita niiden kuhunkin luokkaan tulevien luokkien

lukumääriä ja suhteellisia osuuksia arvioimalla. Pearsonin χ^2 - testi tai Fisherin tarkkaa testiä käytettiin hypoteesien testaamisessa tilastollisen merkitsevyyden arvioimiseen ryhmien välisessä vertailussa sekä alku- ja seurantamittauksen välillä tapahtuneen muutoksen (ei muutosta, positiivinen muutos, negatiivinen muutos) ryhmien välisen eron arvioimiseen.

Tilastollisten analyysien valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat tutkimusaineiston koko ja muuttujien tilastolliset ominaisuudet, kuten mittausasteikko ja jakauman tyyppi. Tässä tutkimuksessa rajoittavana tekijänä analyysimenetelmien valinnassa oli aineiston koko, joka kokonaisuudessaan oli suhteellisen pieni (alkumittaus: $N=98$ ja seurantamittaus: $N=87$). Lisärajoitteena analyysien valinnassa oli myös se, että tutkittavia asioita verrattiin kahden ryhmän välillä, jolloin ryhmien koot jäivät väistämättä pieniksi. Tästä johtuen valitut tilastolliset menetelmät olivat pääsääntöisesti kahden ryhmän välisen eron tilastollisen merkitsevyyden testausta. Monimuuttujamenetelmien käyttämistä ei pidetty järkevänä, koska aineiston ja ryhmien pienen koon vuoksi olisi rikottu monimuuttujamenetelmien käytön tilastollisia vaatimuksia.

Tutkimusryhmät muodostuivat seuraavanlaisesti: laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely toteutunut ja ei toteutunut, hoidon integraatio toteutunut ja ei toteutunut, perhehoito toteutunut ja ei toteutunut sekä tapauskohdainen työryhmätyöskentely toteutunut ja ei toteutunut.

3.4 Tutkimuksen toteutus



KUVIO 8 Tutkimuksen kulku vaiheittain

3.5 Katoanalyysi

Seuranta-aikana tutkimusryhmästä (N 98) väheni 11,2 % (n 11) potilasta. Neljä potilasta kuoli ja seitsemän muutti pois paikkakunnalta. Puolen vuoden seuranta-aikana haastattelussa tutkimuspotilaita oli 87. Kuolleista potilasta yksi potilas kuului ryhmään F20-F29 (Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö) ja kolme potilasta kuului ryhmään F30-F39 (Mielialahäiriöt), heillä oli sivudiagnoosina myös F10-F19 (Lääkkeiden ja päihteiden väärinkäyttö). Kolmantena psyykkisenä diagnoosina kahdella potilaalla oli F60-F69 (Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt). Kaksi potilasta teki itsemurhan, he kärsivät mielialahäiriöstä. Toisella oli sivudiagnoosina lääkkeiden ja päihteiden väärinkäyttö ja toisella persoonallisuushäiriö. Kaksi potilasta kuoli äkillisesti sydäninfarktiin.

Neljä poistui paikkakunnalta poismuuton takia yksilöhoitoryhmästä ja kolme poistui perhehoitoryhmästä. Molemmista hoitoryhmistä yksi potilas teki itsemurhan. Yhden työntekijän hoitovastuulla olevista potilaista kuoli neljä, joista kaksi teki itsemurhan ja kaksi kuoli äkillisesti sydäninfarktiin. Kaksi potilasta muutti pois paikkakunnalta. Tapauskohtaisen työryhmän hoidossa olleista potilaista ei kuollut yhtään ja viisi muutti toiselle paikkakunnalle.

Hoidon alussa haastatteluun osallistui 85. Seuranta-ajan jälkeen haastatteluun osallistui 81 läheistä. Yksilöhoitoryhmästä poistui neljä läheistä. Perhehoitoryhmästä ei tullut katoa seuranta-aikana.

4 TUTKIMUSTULOKSET

4.1 Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden ja läheisten taustatiedot

4.1.1 Potilaiden taustatiedot

Tutkimusaineistosta (N 98) hieman yli puolet (57,1 %) oli naisia (taulukko 3). Kaikista potilaista yli puolet asui Kajaanissa tai Kajaanin seudun ympäristökunnissa. Työikäisten (25-64 -vuotiaat) osuus oli suurin. Siviilisäädyn mukaan tutkimusaineisto jakautui tasaisesti, sillä naimattomia, parisuhteessa eläviä, parisuhteessa jossakin vaiheessa eläneitä kutakin oli noin kolmasosa potilaista. Yli puolella kaikista potilaista oli omia lapsia. Suurin osa potilaista asui joko omistusasunnossa tai vuokra-asunnossa.

Valtaosalla potilaista oli suoritettuna vähintään peruskoulu. Ammatillinen koulutus puutui noin kolmannekselta potilaista. Yli puolet potilaista oli hankkinut ammattikoulutuksen ammattikurssin tai alemman keskiasteen tutkinnon kautta. Työelämän ulkopuolella olevia potilaita oli melkein puolet. Kuntoutuksella eläviä oli 22,4 %. Palkkatulon varassa eläviä potilaita oli kolmannes potilaista. Suurimmalla osalla potilaista nettoansiot olivat alle 1000 euroa kuukaudessa. Alle 600 euroa kuukaudessa saavia potilaita oli yli puolet.

Kaikista potilaista yksin asuvia oli vajaa puolet. Lasten syntymä ja kasvatusvaihe oli parhaillaan menneillään noin neljänneksellä potilaista. Parisuhteessa (avo- tai avioliitto) elävien potilaiden puolisoista noin joka kymmenes oli joko psyykkisesti tai somaattisesti sairastuneita. Omien lapsien sairastamisen oli kokenut 14 % potilaista ja kahdella potilaalla lapsi oli kuollut.

TAULUKKO 3 Tutkittavien sosiodemograafiset taustatiedot.

	Miehet n=42	Naiset n=56	Yhteensä n=98
<i>Asuinpaikka</i>			
Kajaanin seutu (Kajaani, Ristijärvi, Paltamo, Vuolijoki)	24 (57,1)	31 (55,4)	55 (56,1)
Sotkamo-Kuhmo -seutu	10 (23,8)	17 (30,4)	27 (27,6)
Ylä-Kainuun seutu (Suomussalmi, Puolanka, Hyrynsalmi)	8 (19,0)	8 (14,3)	16 (16,3)
<i>Ikäjakauma (vuosina)</i>			
18-25 v	5 (11,9)	12 (21,4)	17 (17,3)
25-64 v	36 (85,7)	42 (75,0)	78 (79,6)
65 v tai enemmän	2 (3,6)	1 (2,4)	3 (3,1)
<i>Siviilisäätö</i>			
Naimaton	17 (40,5)	17 (30,4)	34 (34,7)
Avo- tai avioliitto	13 (31,0)	30 (35,7)	33 (33,7)
Asumuserossa/Eronnut/Leski	12 (28,6)	19 (33,9)	31 (31,6)
<i>Omia lapsia</i>			
Ei yhtään	21 (50,0)	25 (44,6)	46 (46,9)
Yksi tai useampi	21 (50,0)	31 (55,4)	52 (53,1)
<i>Asumistilanne</i>			
Omistusasunto	15 (35,7)	26 (46,4)	41 (41,8)
Vuokra-asunto	23 (54,8)	21 (37,5)	44 (44,9)
Kavereiden luona	0	2 (3,6)	2 (2,0)
Omien vanhempien luona	4 (9,5)	7 (12,5)	11 (11,2)
<i>Koulutus, ammattiasema ja työllisyys</i>			
<i>Peruskoulutus</i>			
Kansakoulu	10 (23,8)	8 (14,3)	18 (18,4)
Keskikoulu tai peruskoulu	25 (59,5)	37 (66,1)	62 (63,3)
Lukio	1 (2,4)	2 (3,6)	3 (3,1)
Ylioppilas	6 (14,3)	9 (16,1)	15 (15,3)
<i>Ammatillinen koulutus</i>			
Ei ammatillista koulutusta	14 (30,4)	17 (30,4)	31 (31,6)
Ammattikurssi/alempi keskiasteen ammattitutkinto	22 (52,4)	28 (50,0)	50 (51,0)
Ylempi keskiasteen ammattitutkinto	6 (14,3)	11 (19,6)	17 (17,3)
<i>Ammattiasema</i>			
Työelämässä	14 (33,3)	25 (44,6)	39 (39,8)
Työtön tai lomautettu	6 (14,3)	7 (12,5)	13 (13,3)
Sairauslomalla	5 (11,9)	5 (8,9)	10 (10,2)
Eläkeläinen/kuntoutustuella	11 (26,2)	11 (19,6)	22 (22,4)
Hoitovapaa/kotihoidontuki	0	1 (1,8)	1 (1,0)
Opiskelija	6 (14,3)	7 (12,5)	13 (13,3)
<i>Toimeentulo</i>			
<i>Pääasiallinen tulonlähde</i>			
Palkkatulo	13 (31,0)	14 (25,0)	27 (27,6)
Eläke, kuntoutustuki/sairas- vakuutuksen päiväraha	21 (50,0)	28 (50,0)	49 (50,0)
Toimeentulotuki/Opintotuki	3 (7,2)	6 (10,7)	9 (9,2)
Työttömyyskorvaus	5 (11,9)	4 (7,1)	9 (9,2)
Äitiyspäiväraha/kotihoidontuki	0	1 (1,8)	1 (1,0)
Ei mitään tuloja	0	3 (5,4)	3 (3,0)

<i>Nettoansiot kuukaudessa</i>			
alle 300 €	7 (21,4)	112 (21,4)	19 (19,4)
300-600 €	17 (40,5)	17 (30,4)	34 (34,7)
700-900 €	9 (21,4)	11 (19,6)	20 (20,4)
1000-1200 €	1 (2,4)	5 (8,9)	6 (6,1)
1200 € tai enemmän	8 (19,0)	11 (19,6)	19 (19,4)
<i>Perhetilanne</i>			
<i>Perheen nykyvaihe</i>			
Yksin asuva	26 (61,9)	19 (33,9)	45 (45,9)
Parisuhde, perheen perustaminen	1 (2,4)	8 (14,3)	9 (9,2)
Lasten syntymä/kasvatus	9 (21,4)	16 (28,6)	25 (25,5)
Lasten kotoa lähteminen	2 (4,8)	3 (5,4)	5 (5,1)
Avioliiton myöhäisikä, menetyksen integroituminen	3 (7,1)	6 (10,7)	9 (9,2)
Omien vanhempien hoitaminen	1 (2,4)	4 (7,1)	5 (5,1)
<i>Puolison sairaus</i>			
Ei sairauksia	34 (81,0)	45 (80,4)	79 (80,6)
Somaattinen sairaus	2 (4,8)	8 (14,3)	10 (10,2)
Psykykinen sairaus	6 (14,3)	3 (5,4)	9 (9,2)
<i>Omia lapsia sairastanut</i>			
Ei	35 (83,3)	49 (87,5)	84 (85,7)
Kyllä	7 (16,7)	7 (12,5)	14 (14,3)
<i>Omia lapsia kuollut</i>			
Ei	42 (100,0)	54 (96,4)	96 (98,0)
Kyllä	0	2 (3,6)	2 (2,0)

4.1.2 Potilaiden kliiniset taustatiedot

Taulukossa 4 on kuvattu potilaiden kliiniset taustatiedot. Potilaalle lääkärin asettamat ICD-10 tautiluokituksen mukaiset psykiatriset diagnoosit poimittiin sairauskertomustiedoista. Koko aineistossa yleisimmät diagnoosit olivat mielialahäiriöt (63,3 %) ja skitsofrenia/skitsoyyppinen häiriö (30,6 %). Melkein kaikilla potilailla oli jokin psykiatrisen sivudiagnoosi. Lääkkeiden tai päihteiden väärinkäyttöä esiintyi 33,7 %:lla ja persoonallisuushäiriötä 16,3 %:lla potilaista. Persoonallisuushäiriöryhmän potilaista melkein kaikki olivat päädiagnoosiryhmässä mielialahäiriöt. Muut diagnoosit liittyivät työuupumukseen (20,4 %) ja parisuhdekriisiin (12,2 %). Potilaan Gas -arvio alkumittauksessa oli 40,8 %:lla potilaista luokassa 21-30 (potilas tarvitsee valvontaa, jotta ei vahingoita itseään esimerkiksi toistuvia itsemurhayrityksiä tai kommunikaation huomattavaa huonontumista) ja 35,7 %:lla potilaista luokassa 31-40 (potilas toimintakyvytön lähes kaikilla elämän alueilla). Potilaista, joilla oli skitsofrenia tai skitsoyyppinen häiriö (n=30), kuului Gas -luokkiin 11-40 93,3 %. Tässä ryhmässä itsetuhoisuutta oli 71,4 %:lla potilaista. Mielialahäiriödiagnoosin saaneista potilaista (n=62) kuului Gas -luokkiin 11-40 67,8 % potilaista. Tässä ryhmässä itsetuhoisuutta oli kaikilla potilailla. Suurimmalla osalla tutkimusjoukon (63,3 %) potilaista kielteiset muutokset terveydentilassa olivat tapahtuneet puolta vuotta ennen hoitoon tuloa. Kysyttäessä erikseen 49,0 % (n=48) potilaista

koki, että heillä on vaikea alkoholiongelma, kun puolestaan huumeiden käyttöön liittyviä ongelmista ilmoitti kärsivänsä 9,2 % (n=9) potilaista.

Joku somaattinen diagnoosi oli 40,8 %:lla kaikista potilaista. Somaattisista sairauksista yleisimpiä olivat nivel- ja pehmytkudossairaudet (M00-79)(16,6 %). Somaattinen sairaus oli potilaiden omasta mielestä 75,0 %:lla (n=30) vaikeasteinen ja hankaloitti huomattavasti jokapäiväistä elämää.

TAULUKKO 4 Potilaiden kliiniset taustatiedot

	Miehet n=42	Naiset n=56	Yhteensä n=98
<i>Psykiatrinen päädiagnoosi *</i>			
F10-19 (Lääkkeiden ja päihteiden väärinkäyttö)	1 (2,4)	1 (1,8)	2 (2,0)
F20-29 (Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriöt)	14 (33,3)	15 (26,8)	29 (29,6)
F30-39 (Mielialahäiriöt)	25 (59,5)	38 (67,9)	63 (64,3)
F40-49 (Neuroottiset, stressiin liittyvät häiriöt)	1 (2,4)	0	1 (1,0)
F60-60 (Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt)	1 (2,4)	2 (3,6)	3 (3,1)
<i>Sivudiagnoosi, F10-19 (Lääkkeiden ja päihteiden väärinkäyttö)</i>			
Ei	20 (52,4)	45 (80,4)	65 (66,3)
Kyllä	20 (47,6)	11 (19,6)	33 (33,7)
<i>Sivudiagnoosi, F60-69 (Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt)</i>			
Ei	33 (78,6)	49 (87,5)	82 (83,7)
Kyllä	9 (21,4)	7 (12,5)	16 (16,3)
<i>Sivudiagnoosi, muu diagnoosi (Z-koodi)</i>			
Ei	33 (78,6)	33 (58,9)	66 (67,3)
Kyllä	9 (21,4)	23 (41,1)	32 (32,7)
<i>GAS arvio alkumittauksessa</i>			
11-20	2 (4,8)	2 (3,6)	4 (4,1)
21-30	15 (35,7)	25 (44,6)	40 (40,8)
31-40	18 (42,9)	17 (30,4)	35 (35,7)
41-50	4 (9,5)	9 (16,1)	13 (13,3)
51-60	3 (7,1)	3 (5,4)	6 (6,1)
<i>Vakavin somaattinen sairaus</i>			
Ei somaattisia sairauksia	29 (69,0)	29 (51,8)	58 (59,2)
E00-07 (Kilpirauhasen sairaudet)	0	3 (5,4)	3 (3,1)
E10-14 (Diabetes)	2 (4,8)	2 (3,6)	4 (4,1)
G20-G32 (Hermoston rappeutumissairaudet, Parkinson, Alzheimer)	2 (4,8)	1 (1,8)	3 (3,1)
G40 (Epilepsia)	1 (2,4)	1 (1,8)	2 (2,0)
I10-15 (Verenpainesairaudet)	1 (2,4)	3 (5,4)	4 (4,1)
J40-47 (Pitkäaikaiset hengityselinsairaudet, mm. astma)	1 (2,4)	3 (5,4)	4 (4,1)
M00-25 (Nivelsairaudet, mm. nivelreuma ja nivelrikko)	5 (11,9)	8 (14,3)	13 (13,3)
M60-79 (Pehmytkudossairaudet)	0	3 (5,4)	3 (3,1)
N17-29 (Munuaisen vajaatoiminta, muut munuaisen ja virtsanjohtimien sairaudet)	1 (2,4)	1 (1,8)	2 (2,0)
K50-63 8Ohut- ja paksusuolen tulehdukset, avanne)	0	2 (3,6)	2 (2,0)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämän hoitoilmoitusrekisterin (Hilmo) sisältämien tietojen mukaan 63,3 %:lla (n=62) potilaista sairaalantulot olivat päivystyskäyntejä ja ne liittyivät potilaan itsetuhoisiin ajatuksiin tai itsemurhayrityksiin. Itsemurhaa oli yrittänyt 23,5 % (n=23) potilasta ja itsemurhan tekemistä oli ajatellut 39,8 % (n=39) potilasta. Potilaista 36,7 % (n=36) oli ensiker-
talaisia.

Potilaiden oman arvion mukaan lähes kaikki (94,9 %) arvioivat hoitoon tulon pääsyyksi psyykkisen terveydentilan. Heistä huomattavaa ja ajoittaista apua tarvitsi 61,3 % ja ilman muiden apua ei tullut toimeen 15,3 %. Potilaista 35,7 % arvioi kokonaisu-elämäntilanteen erittäin vaikeaksi ja hankalaksi. Potilais-
ta 48,0 % arvioi kokonaisu-elämäntilanteen kohtalaisen vaikeaksi ja hankalaksi.

Suurimmalla osalla potilaista (65,3 %) kielteiset muutokset terveydentilas-
sa olivat tapahtuneet yli puoli vuotta sitten ennen hoidon arvioon tuloa. Kuu-
kauden sisällä terveyden tila oli muuttunut kielteiseksi kolmanneksella (32,7 %) potilaista. Puolen vuoden sisällä ei ollut tapahtunut mitään myönteistä muutosta terveydentilassa 49,0 %:lla (n=48) potilaista.

4.1.3 Potilaiden vanhempiin ja sisaruksiin liittyvät taustatiedot

Potilaan vanhempien ja sisaruksiin liittyviä tietoja kartoitettiin tutkimuksen alussa ja ne on kuvattu taulukossa 5. Lapsuuden kasvu- ja ympäristöinä oli lähes kaikilla potilailla biologiset vanhemmat. Vain 14 % potilaista vanhemmat olivat eronneet. Noin puolella potilaista olivat molemmat vanhemmat vielä elossa. Isän alkoholiongelmasta oli kärsinyt lähes 40 % potilaista. Noin puolella potilaiden vanhemmista ei ollut psyykkistä eikä somaattista sairautta. Melkein kaikilla potilailla oli sisaruksia, jotka valtaosin olivat vielä elossa. Yli puolet potilaista kokivat, että saivat tukea sisaruksiltaan nykyiseen elämäntilanteeseen.

TAULUKKO 5 Potilaan vanhempiin ja sisaruksiin liittyvät taustatiedot.

	Miehet n=42	Naiset n=56	Yhteensä n=98
<i>Lapsuuden kasvu- ja ympäristö</i>			
Biologiset vanhemmat	41 (97,6)	55 (98,2)	96 (98,0)
Muu	1 (2,4)	1 (1,8)	2 (2,0)
<i>Vanhemmat eronneet</i>			
Ei	35 (83,3)	49 (87,5)	84 (85,7)
Kyllä	7 (16,7)	7 (12,5)	14 (14,3)
<i>Vanhemmat elävät</i>			
Molemmat elävät	20 (47,6)	25 (44,6)	45 (45,9)
Äiti tai isä kuollut	11 (26,2)	19 (33,9)	30 (30,6)
Molemmat vanhemmat kuolleet	11 (26,2)	12 (21,4)	23 (23,5)
<i>Vanhempien alkoholinkäyttö</i>			
Ei alkoholiongelmia	20 (47,6)	33 (58,9)	53 (54,1)
Isä joi runsaasti	18 (42,9)	20 (35,7)	38 (38,8)
Molemmat vanhemmat joivat runsaasti	4 (9,5)	3 (5,4)	7 (7,1)

<i>Vanhemman sairastuminen</i>			
Psyykkisesti	5 (15,2)	10 (21,3)	15 (18,8)
Somaattisesti	10 (30,3)	14 (29,8)	24 (30,0)
Ei sairastumista	18 (54,5)	23 (48,9)	41 (51,3)
<i>Sisarusten lukumäärä</i>			
Ei yhtään	0	2 (3,6)	2 (2,0)
1-3 sisarusta	31 (73,8)	35 (62,5)	66 (67,3)
4 sisarusta tai enemmän	11 (26,2)	19 (33,9)	30 (30,6)
<i>Sisarukset elossa/kuolleet</i>			
Kaikki elossa	31 (73,8)	43 (76,8)	74 (75,5)
Vähintään yksi kuollut	11 (26,2)	11 (19,6)	22 (22,4)
Kaikki kuolleet/ei sisaruksia	0	2 (3,6)	2 (2,0)
<i>Tuki sisaruksilta nykyiseen elämäntilanteeseen</i>			
Ei	17 (40,5)	23 (41,1)	40 (40,8)
Kyllä	25 (59,5)	33 (58,9)	58 (59,2)

4.1.4 Tutkimukseen osallistuneiden läheisten sosiodemograafiset tiedot

Tutkimusaineiston (N 98) läheisistä haastatteluun osallistui 86,7 % (n=85) (taulukko 6).

TAULUKKO 6 Haastateltavan läheisen suhde potilaaseen

	n	%
Äiti	23	26,2
Isä	4	4,8
Tytär	5	6,0
Poika	3	3,6
Puoliso	29	34,5
Sisko tai veli	15	17,9
Muu omainen	3	3,6
Ystävä	3	3,6
<i>Yhteensä</i>	85	100,0

Tutkimukseen osallistuneista läheisistä (N=85) potilaiden vanhempia oli 31,0 % ja puolisoita oli 34,5 %. Lasten osuus kaikista potilaan läheisistä oli 9,6 % ja sisarusten osuus oli 17,9 %. Parisuhteessa eli joka kolmas potilas ja heidän puolisoistaan neljä ei osallistunut haastatteluun. Läheisistä suurin osa (83,5 %) oli työelämässä. Eläkeläisten ja työttömien osuus oli 16,5 %. Melkein kaikki läheiset (92,9 %) kokivat oman terveydentilansa olevan hyvä tai kohtalainen. Läheisistä suurin osa (91,8 %) oli päivittäin tiiviisti yhteydessä potilaaseen. Eri asunnoissa asuvia läheisiä oli kolmannes (38,8 %), mutta he kävivät usein potilaan luona ja olivat päivittäin puhelimitse yhteydessä. Läheisistä vain 15,3 % (n=13) koki olevansa tiiviisti potilaan hoidossa mukana.

4.2 Tarpeenmukaisen hoidon toteutuminen

4.2.1 Potilaiden terveydentila ja elintavat

Potilaiden terveydentilaa ja elintapoja tarkasteltiin alku- ja seurantamittauksessa (taulukko 7). Puolen vuoden seuranta-aikana terveydentilaansa tyytyväisten potilaiden osuus lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi alkumittauksen 10,6 %:sta 44,8 %:iin ($p < 0,001$). Lisäksi potilaiden lääkkeiden käyttöön liittyvät ongelmat ($p < 0,001$) ja potilaiden itsetuhoisuus ($p = 0,002$) vähenivät merkittävästi.

TAULUKKO 7 Potilaiden terveydentila ja elintavat

Terveydentila ja elintavat, potilaan arvio (n=87)	Hoidon	6 kk myö-	p-arvo*
	alku n (%)	hemmin n (%)	
<i>Tyytyväisyys omaan terveydentilaan *</i>			
Tyytyväinen/melko tyytyväinen	9 (10,6)	39 (44,8)	<0,001
Tyytymätön/melko tyytymätön	78 (89,7)	48 (55,2)	
<i>Myönteiset muutokset terveydentilassa</i>			
Ei muutosta	48 (55,2)	41 (47,1)	<0,001
Muutos yli ½ vuotta sitten	12 (13,8)	41 (47,1)	
Muutos ½ vuoden/kuukauden sisällä	27 (31,0)	5 (5,7)	
<i>Alkoholin käyttäminen</i>			0,109
Ei ongelmia	47 (54,0)	53 (60,9)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia	40 (46,0)	34 (39,1)	
<i>Lääkkeiden käyttäminen</i>			<0,001
Ei ongelmia	48 (55,2)	60 (69,0)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia	39 (44,8)	27 (31,0)	
<i>Huumeiden käyttäminen</i>			0,250
Ei ongelmia	81 (93,1)	84 (96,6)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia	6 (6,9)	3 (3,4)	
<i>Itsetuhon uhka</i>			0,002
Ei ole ajatellut/yrittänyt itsemurhaa	31 (35,6)	43 (49,4)	
On ajatellut itsemurhaa viime kuukauden aikana	36 (41,4)	35 (40,2)	
Itsemurha yrityksiä	20 (23,0)	9 (10,3)	

* McNemarin testi.

4.2.2 Potilaiden elämäntilanteen hallinta

Potilaiden elämäntilanteen hallintaan liittyvät muuttujat hoidon alussa ja puolen vuoden kuluttua tehdyssä seurantamittauksessa on kuvattu taulukossa 8. Puolen vuoden seuranta-aikana potilaiden tyytyväisyys työ- ja opiskelutilanteeseen lisääntyi tilastollisesti merkittävästi ($p < 0,001$). Toimeentuloon tyytymättömien potilaiden määrä lisääntyi ($p = 0,039$) myös merkittävästi.

TAULUKKO 8 Potilaan elämänhallinta

Elämänhallinta, potilaiden arvio (n=87) tyytyväisyydestään	Hoidon alku n (%)	6 kk myö- hemmin n (%)	p-arvo**
<i>Työ- tai opiskelutilanteeseen</i>			<0,001
Tyytyväinen/melko tyytyväinen	22 (25,3)	46 (52,9)	
Tyytymätön/melko tyytymätön	65 (74,7)	41 (47,1)	
<i>Asumiseen</i>			0,454
Tyytyväinen/melko tyytyväinen	66 (75,9)	70 (80,5)	
Tyytymätön/melko tyytymätön	21 (24,1)	17 (19,5)	
<i>Toimeentuloon</i>			0,039
Tyytyväinen/melko tyytyväinen	41 (47,1)	33 (37,9)	
Tyytymätön/melko tyytymätön	46 (52,9)	54 (62,1)	
<i>Kasvuperheen tilaan</i>			1,000
Tyytyväinen/melko tyytyväinen	37 (42,5)	37 (42,5)	
Tyytymätön/melko tyytymätön	50 (57,5)	50 (57,5)	
<i>Ihmissuhteisiin</i>			1,000
Tyytyväinen/melko tyytyväinen	70 (80,5)	69 (79,3)	
Tyytymätön/melko tyytymätön	17 (19,5)	18 (20,7)	
<i>Perheeseen</i>			0,481
Tyytyväinen/melko tyytyväinen	43 (49,4)	47 (54,0)	
Tyytymätön/melko tyytymätön	44 (50,6)	40 (46,0)	

** McNemarin testi.

4.2.3 Läheisten kuormittuneisuus

Läheiset arvioivat omaa kuormittuneisuuttaan hoidon alussa ja puolen vuoden kuluttua tehdyssä seurantamittauksessa (taulukko 9). Läheisten kokema potilaan tilanteesta johtuva kuormitus seuranta-aikana väheni liittyen potilaan kyvystä selviytyä kodinhoidosta ($p=0,036$), työnteosta ($p<0,001$) ja parisuhteesta ($p=0,013$). Läheisten kuormitus väheni myös liittyen potilaan kiinnostukseen ympäristön tapahtumiin ($p=0,070$), potilaan aloitekyvystä ja aktiivisuudesta ($p=0,002$) sekä itsetuhokäyttäytymisestä ($p=0,004$). Kokonaisuutena läheisten kokema kuormitus potilaan yleisestä huolenpidosta väheni seuranta-aikana merkittävästi ($p=0,004$).

TAULUKKO 9 Läheisen kokema kuormitus

Läheisten (n=81) kokema kuormitus	Hoidon alku n (%)	6 kk myö- hemmin n (%)	p-arvo **
<i>kodinhoidosta</i>			0,036
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	49 (60,5)	61 (75,3)	
Tyytymätön	32 (39,5)	20 (24,7)	
<i>potilaan kyvystä huolehtia itsestään</i>			0,720
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	52 (64,2)	55 (67,9)	
Tyytymätön	29 (35,8)	26 (32,1)	
<i>potilaan kyvystä huolehtia lääkkeitään ja hoidostaan</i>			0,424
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	49 (60,5)	53 (65,4)	
Tyytymätön	32 (39,2)	28 (34,6)	

Läheisten (n=81) kokema kuormitus	Hoidon alku n (%)	6 kk myö- hemmin n (%)	p-arvo **
<i>potilaan päihteiden käytöstä</i>			0,219
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	46 (56,8)	50 (61,7)	
Tyytymätön	35 (43,2)	31 (38,3)	
<i>raha-asioiden hoitamisesta</i>			0,508
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	51 (63,0)	54 (66,7)	
Tyytymätön	30 (37,0)	27 (33,3)	
<i>vastuusta, joka jää itselle lasten hoitamisesta</i>			0,180
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	67 (82,7)	62 (76,5)	
Tyytymätön	14 (17,3)	19 (23,5)	
<i>potilaan työnteosta</i>			<0,001
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	38 (46,9)	60 (74,1)	
Tyytymätön	43 (53,1)	21 (25,9)	
<i>parisuhteesta</i>			0,013
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	47 (58,0)	58 (71,6)	
Tyytymätön	34 (42,0)	23 (28,4)	
<i>potilaan muista ihmissuhteista</i>			0,332
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	44 (54,3)	49 (60,5)	
Tyytymätön	37 (45,7)	32 (39,5)	
<i>potilaan suhteista perheen ulkopuolella (sosiaaliset suhteet)</i>			0,481
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	52 (64,2)	48 (59,3)	
Tyytymätön	29 (35,8)	33 (40,7)	
<i>potilaan käyttäytymisestä julkisilla paikoilla</i>			1,000
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	66 (81,5)	66 (81,5)	
Tyytymätön	15 (18,5)	15 (18,5)	
<i>potilaan kiinnostuksesta ympäristön tapahtumiin</i>			0,070
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	69 (85,2)	75 (92,6)	
Tyytymätön	12 (14,8)	6 (7,4)	
<i>potilaan aloitekyvystä ja aktiivisuudesta</i>			0,002
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	34 (42,0)	53 (65,4)	
Tyytymätön	47 (58,0)	28 (34,6)	
<i>potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista</i>			0,125
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	73 (90,1)	78 (96,3)	
Tyytymätön	8 (9,9)	3 (3,7)	
<i>potilaan itsetuhokäyttäytymisestä</i>			0,004
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	42 (51,9)	56 (69,1)	
Tyytymätön	39 (48,1)	25 (30,9)	
<i>yleisestä huolenpidosta</i>			0,004
Tyytyväinen, mukautunut/ sopeutunut	32 (39,5)	45 (55,6)	
Tyytymätön	49 (60,5)	36 (44,4)	

** McNemarin testi.

4.3 Potilaiden hoitomuodon ja hoitovastuusta vastaavan tahon valikoituminen

Potilaiden hoitomuodon ja hoitovastuun valikoituminen on kuvattu taulukossa 10. Enemmistö potilaista (65,3 %) ohjautui hoidon alkuvaiheessa yksilöhoitoon. Yhden työntekijän hoitovastuulla (n=46) olevien potilaiden hoito toteutui pää-

sääntöisesti yksilöhoitona. Tapauskohtainen työryhmän (TKTR) hoitovastuulle ohjautui hieman yli puolet (53,1 %) potilaista.

TAULUKKO 10 Potilaiden hoitovastuu ja hoitomuodot alkumittauksessa

Hoitomuoto	Hoitovastuu				Yhteensä n (%)
	Yksi työntekijä		Tapauskohtainen työryhmä (TKTR)		
	n	%	n	%	
Perhehoito	5	(5,1)	29	(29,6)	34 (34,7)
		(10,9)		(55,8)	
Yksilöhoito	41	(41,8)	23	(23,5)	64 (65,3)
		(89,0)		(44,2)	
Yhteensä	46	(46,9)	52	(53,1)	98 (100,0)
		(100,0)		(100,0)	

4.3.1 Perhe- tai yksilöhoitoon ohjautuminen

Potilaan hoitomuotona oli joko perhe- tai yksilöhoito. Potilaista perhehoitoon ohjautuneita oli noin kolmannes (34,7 %, n=34) ja yksilöhoitoon lähes kaksi kolmannesta (65,3%, n=64). Verrattaessa potilaiden taustamuuttujia hoitomuotoryhmien välillä (liite 8) havaittiin, että perhehoitoon ohjautuneilla potilailla oli enemmän päihdehäiriöitä (52,9 % vs. 23,4 %)(p=0,003) ja persoonallisuushäiriöitä (26,5% vs. 10,9%)(p=0,048) kuin yksilöhoitoon ohjautuneilla potilailla.

4.3.2 Tapauskohtaisen työryhmän tai yhden työntekijän hoitovastuulle ohjautuminen

Hoitovastuun mukaisesti tarkasteltuna tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) hoitovastuulle ohjautui hieman yli puolet (59,5% ,n=52) ja yhden työntekijän hoitovastuulle vajaa puolet (46,9%, n=46) potilaista. Hoitovastuun mukaisten ryhmien välinen vertailu (liite 8) osoitti, että TKTR:n hoitovastuulle ohjautuneilla potilailla oli enemmän psykoottisia häiriöitä (40,4 % vs. 19,6 %), mutta vähemmän mielialahäiriöitä (53,8 % vs. 73,9 %) (p=0,027) sekä enemmän päihdehäiriöitä (46,2 % vs. 19,6 %)(p=0,005). Diagnoosiryhmiä myötäillen TKTR:n ryhmän potilailla oli enemmän antipsykoottilääkitystä (51,9 % vs. 28,3 %) mutta vähemmän masennus-/anksiolyttilä- /mielialantasaajalääkitystä (38,5 % vs. 60,9 %)(p=0,053). Lisäksi TKTR:n hoitovastuulle ohjautuneilla potilailla suurimmalla osalla oli vähintään yksi psykiatrinen hoitajakso (80,8 % vs. 50,0 %)(p=0,001) ja potilaan hoidossa oli mukana useampia eri henkilöitä (1-2 hlöä: 3,8 % vs. 34,8 %; 3-4 hlöä: 32,7 % vs. 21,7 %; 5-6 hlöä: 30,8 % vs. 26,1 %; 7 tai useampi hlö: 32,7 % vs. 17,4 %)(p=0,001) kuin yhden työntekijän hoitovastuulla olevilla potilailla.

4.3.3 Hoitovastuun ja hoitomuodon valikoituminen GAS-arvion mukaan

Potilaiden GAS -luokat alku- ja seurantamittauksessa hoitovastuun mukaisissa luokissa on esitetty taulukossa 11. Yleensä ottaen alkumittauksessa tapauskoh- taisen työryhmän (TKTR) hoitovastuulla olevien potilaiden GAS -luokat olivat huonompia kuin yhden hoitajan hoitovastuulla olevien potilaiden. TKTR:n kuuluvista potilaista puolet kuului GAS -luokkiin 21-30, kun yhden työntekijän hoitovastuulla olevien tyypillisin GAS -luokka oli 31-40 (34,8 %).

Seurantamittauksessa GAS -luokat olivat parempia molemmissa hoitovas- tuun mukaisissa ryhmissä. TKTR:n hoitovastuulla olevien potilaiden GAS - luokkaan 21-30 kuului enää noin viidennes potilaista, yleisin luokka oli 31-40 (40,4 %). Kolmanneksella potilaista GAS -luokka oli suurempi kuin 40. Yhden työntekijän hoitovastuulla olevien potilaiden jakautuminen GAS - luokkiin oli tasaisempaa. Lähes kolmannes potilaista kuului GAS -luokkiin 31-40 ja 60,0 %:lla potilaista GAS -luokka oli >40.

TAULUKKO 11 Potilaiden GAS -luokat hoitovastuun mukaisissa ryhmissä alku- ja seu- rantamittauksissa.

Hoitovastuu	GAS -luokka						Yhteensä
	11-20 n (%)	21-30 n (%)	31-40 n (%)	41-50 n (%)	51-60 n (%)	61-70 n (%)	
<i>Alkumittaus</i>							
Yksi hoitaja	1 (2,2)	13 (28,3)	16 (34,8)	10 (21,7)	6 (13,0)	0	46
TKTR	3 (5,8)	27 (52,9)	19 (36,5)	3 (5,8)	0	0	52
<i>Seurantamittaus</i>							
Yksi hoitaja	0	5 (12,5)	11 (27,5)	7 (17,5)	8 (20,0)	9 (22,5)	40
TKTR	3 (6,4)	10 (21,3)	19 (40,4)	8 (17,0)	6 (12,8)	1 (2,1)	47

Hoitomuotoryhmittäin tarkasteltuna (taulukko 12) puolet perhehoitoon ohjau- tuneista potilaista kuului hoidon alussa GAS -luokkaan 21-30 ja kolmannes luokkaan 31-40. Yksilöhoidossa olevien potilaiden toimintakyvyt painottuivat myös GAS -luokkiin 21-30 ja 31-40, kumpaakin ryhmään kuului kolmannes po- tilaista.

Seurantamittauksessa GAS -luokat olivat parempia sekä perhe- että yksi- löhoidossa olleilla potilailla. Perhehoitoon ohjautuneiden potilaiden GAS - luokkaan 21-30 kuului enää viidennes potilaista, kun luokassa 31-40 oli joka kolmas potilas ja luokassa 41-50 noin joka viides potilas. Yksilöhoitoon ohjau- tuneet potilaat jakautuvat GAS -luokkiin tasaisemmin ja yleisimpään luokkaan 31-40 kuului joka kolmas potilas.

TAULUKKO 12 Potilaiden GAS arviot alku- ja seurantamittauksessa hoitomuotoryhmittäin

Hoitomuoto	GAS -luokka						Yhteensä
	11-20 n (%)	21-30 n (%)	31-40 n (%)	41-50 n (%)	51-60 n (%)	61-70 n (%)	
<i>Alkumittaus</i>							
Perhehoito	0	17 (50,0)	12 (35,3)	4 (11,8)	1 (2,9)	0	34
Yksilöhoito	4 (6,3)	23 (35,9)	23 (35,9)	9 (14,1)	5 (7,8)	0	64
<i>Seurantamittaus</i>							
Perhehoito	1 (3,4)	6 (20,7)	10 (34,5)	7 (24,1)	3 (10,3)	2 (6,9)	29
Yksilöhoito	2 (3,4)	9 (15,5)	20 (34,5)	8 (13,8)	11 (19,0)	8 (13,8)	58

4.4 Läheisten jakautuminen potilaan hoitomuodon ja hoitovastuun mukaan

Läheisten jakautumista sen mukaan, mikä oli potilaan hoitomuoto (perhehoito, yksilöhoito) ja hoitovastuusta vastaava taho (tapauskohtainen työryhmä, yksi työntekijä) on kuvattu taulukossa 13. Potilaan hoitomuodon mukaan tarkasteltuna tutkimukseen osallistuneista läheisistä kaksi kolmasosaa oli yksilöhoitoon ja noin kolmannes perhehoitoon ohjautuneiden potilaiden läheisiä. Potilaan hoitovastuun mukaisten ryhmien mukaan tarkasteltuna läheistä hieman yli puolet oli tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) hoitovastuulla olevien potilaiden läheisiä.

TAULUKKO 13 Läheisten jakautuminen potilaan hoitomuodon ja hoitovastuun mukaisiin ryhmiin alku- ja seurantamittauksissa

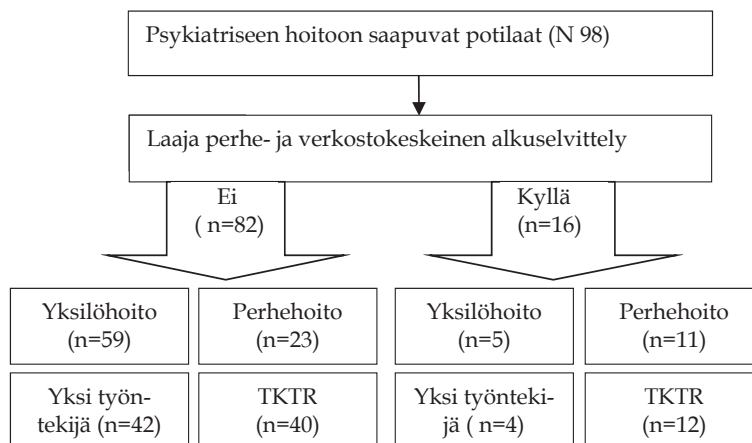
Hoitomuoto	Hoitovastuu		
	Yksi hoitaja	Tapauskohtainen työryhmä (TKTR)	Yhteensä
<i>Alkumittaus (n=85)</i>			
Perhehoito	3 (7,5)	26 (57,8)	29 (35,8)
Yksilöhoito	37 (92,5)	19 (42,2)	56 (65,9)
Yhteensä	40 (100,0)	45 (100,0)	85 (100,0)
<i>Seurantamittaus (n=81)</i>			
Perhehoito	3 (7,9)	26 (60,5)	29 (35,8)
Yksilöhoito	35 (92,1)	17 (39,5)	52 (64,1)
Yhteensä	38 (100,0)	43 (100,0)	81 (100,0)

4.5 Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely

Hypoteesi 1: Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely mahdollistaa potilaan paremman toimintakyöyn ja vastaavasti alkuselvittely ilman läheisten läsnäoloa saa aikaan huonomman elämänhallinnan ja toimintakyöyn.

4.5.1 Laajan perhe- ja verkostokeskeisen alkuselvittelyn toteutuminen

Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely oli toteutunut 16,3 % (n=16) kaikista tutkimuksessa mukana olleista potilaista (kuvio 9). Alkuselvittely toteutui yleisemmin perhehoidossa (32,4 %, n=11/n=34) kuin yksilöhoidossa (5,1 %, n=5/n=64). Alkuselvittely toteutui myös yleisimmin tapauskohtaisen työryhmän (TKTR)(23,1 %, n=12/n=52) hoitovastuulla olevien potilaiden kohdalla verrattuna yhden työntekijän hoitovastuulla (8,7 %, n=4/n=46) oleviin potilaisiin.



KUVIO 9 Laaja perhe- ja verkostokeskeisen alkuselvittelyn toteutuminen

4.5.2 Potilaiden taustamuuttajat

Liitteessä 9 on kuvattu potilaiden taustamuuttajat suhteessa siihen, onko laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely tehty vai ei. Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely toteutunut -ryhmässä oli enemmän miehiä (66,7 % vs. 34,7 %)(p=0,054), persoonallisuushäiriötä sairastavia (50,0 % vs. 29,3 %)(p=0,080) ja monilääkityspotilaita (58,3 % vs. 38,7 %)(p=0,099). Lisäksi heillä oli enemmän psykiatrisia hoitojaksoja (58,3 % vs. 38,7 %)(p=0,004) ja hoidossa oli mukana useampia henkilöitä (1-2 hlöä: 0 vs. 24,0 %; 3-4 hlöä: 8,3 % vs. 29,3 %; 5-6 hlöä: 33,3 % vs. 25,3 %; 7 hlöä tai enemmän: 58,3 % vs. 21,3 %)(p=0,013) verrattuna potilaisiin, joille alkuselvittelyä ei oltu tehty.

4.5.3 Potilaiden toimintakyvyn muutos

Liitteessä 10 on potilaiden toimintakykyä (terveydentila, elintavat) kuvaavat muuttujat alku- ja seurantamittauksessa suhteessa siihen, onko laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely toteutunut. Hoidon alussa alkuselvittely toteutunut -ryhmässä oli enemmän potilaita, joilla oli ilmeisesti tai selvästi ongelmia alkoholin käytössään (68,8 % vs. 45,1 %) verrattuna alkuselvittely ei toteutunut -ryhmään ($p=0,060$). Puolen vuoden kuluttua ryhmien välillä oli eroja siten, että laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely toteutunut -ryhmässä oli enemmän potilaita, joilla oli ongelmia alkoholin käytössä (66,6 % vs. 34,7 %)($p=0,046$) ja myös lääkkeiden käyttämisessä (58,3 % vs. 26,6 %)($p=0,070$).

Ryhmien väliset erot potilaiden toimintakyvyn (terveydentila, elintavat) muutoksessa puolen vuoden seuranta-aikana liittyivät lähinnä muutokseen tyytyväisyydessä omasta terveyden tilasta ja lääkkeiden käyttämiseen (taulukko 14, liite 11). Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely toteutunut -ryhmässä oli enemmän niitä potilaita, joilla oli lääkkeiden käyttämisessä ilmeisiä tai selviä ongelmia (66,7 % vs. 32,0 %) ja vähemmän niitä potilaita, jolla lääkkeiden käyttämisessä olleet ongelmat olivat vähentyneet (8,3 % vs. 14,7 %) verrattuna alkuselvittely ei toteutunut -ryhmän potilaisiin.

TAULUKKO 14 Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely ja potilaan toimintakyvyssä tapahtunut muutos puolen vuoden seuranta-aikana (liite 11)

Muutos potilaan terveydentilassa ja elintavoissa	Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely tehty		
	Kyllä (n=12) n (%)	Ei (n=75) n (%)	Ryhmien välinen ero p-arvo*
Potilaan arvio			
<i>Muutos lääkkeiden käyttämisessä</i>			0,082
Ei ongelmia, ei muutosta	4 (33,3)	44 (58,7)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	7 (58,3)	20 (26,7)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	0	0	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia	1 (8,3)	11 (14,7)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

4.5.4 Potilaiden elämänhallinnan muutos

Potilaiden elämänhallintaa kuvaavissa muuttujissa (liite 12) tai niissä tapahtuneissa muutoksissa ei ollut puolen vuoden seuranta-aikana (liite 13) merkitseviä eroja laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely toteutunut -ryhmien välillä. Tutkimukseen osallistuneet läheiset (N=81) arvioivat potilaan toimintakyvyssä puolen vuoden seuranta-aikana tapahtuneita muutoksia (taulukko 15, liite 14). Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely toteutunut -ryhmään kuuluneiden potilaiden läheisten mielestä oli tapahtunut enemmän positiivista muutosta potilaan sosiaalisissa suhteissa perheen ulkopuolelle (25,0 % vs. 5,8 %) ja potilaan kiinnostuksessa ympäristön tapahtumiin (16,7 % vs. 7,3 %) verrattuna alkuselvittely ei toteutunut -ryhmän potilaiden läheisiin.

TAULUKKO 15 Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely ja läheisen arvio potilaan toimintakyvyn muutoksista puolen vuoden seuranta-aikana (liite 14)

	Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely tehty		
	Kyllä (n=12) n (%)	Ei (n=69) n (%)	Ryhmien välinen ero p-arvo*
Läheisten arvio (N 81)			
<i>Potilaan suhteista perheen ulkopuolella (sosiaaliset suhteet)</i>			0,077
Ei muutosta	7 (58,3)	56 (81,2)	
Positiivinen muutos	3 (25,0)	4 (5,8)	
Negatiivinen	2 (16,7)	9 (13,0)	
<i>Potilaan kiinnostuksesta ympäristön tapahtumiin</i>			0,055
Ei muutosta	9 (75,0)	64 (92,7)	
Positiivinen muutos	2 (16,7)	5 (7,3)	
Negatiivinen	1 (8,3)	0	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

4.5.5 Läheisten kuormittuneisuus

Hypoteesi 2: Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely mahdollistaa läheisten kuormittuneisuuden vähentymisen.

Läheiset arvioivat kokemansa kuormittuneisuuden alku- ja seurantamittauksessa (liite 15). Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely toteutunut -ryhmän potilaiden läheisistä pienempi osuus oli tyytyväisiä liittyen potilaan kykyyn huolehtia lääkkeitään ja hoidoistaan (30,8 % vs. 52,8 %, $p=0,089$) ja hätätilanteesta selviytymiseen (38,5 % vs. 76,4 %, $p=0,004$) verrattuna alkuselvitte-lyä ei tehty -ryhmän potilaiden läheisiin. Seurantamittauksessa tyytyväisten läheisten osuus oli pienempi alkuselvittely toteutunut -ryhmässä liittyen potilaan päihteiden käyttöön (33,3 % vs. 58,8 %)($p=0,047$), työntekoon (16,7 % vs. 47,8 %)($p=0,052$), parisuhteeseen (8,4 % vs. 43,5 %)($p=0,017$), potilaan käyttäytymiseen julkisilla paikoilla (41,7 % vs. 66,7 %)($p=0,071$) ja kykyyn selviytyä hätätilanteista (25,0 % vs. 81,2 %)($p<0,001$).

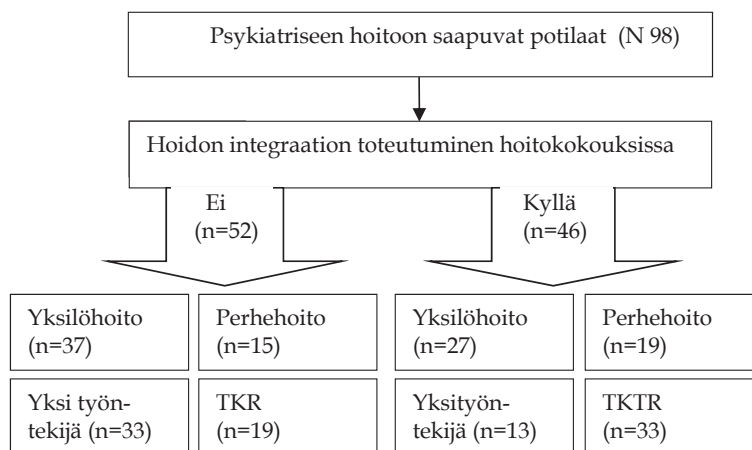
4.6 Hoidon integraatio

Hypoteesi 3. Hoidon integraation toteutuminen mahdollistaa potilaan paremman toimintakyvyn kuin ilman integraatiota toteutettu hoito.

4.6.1 Hoidon integraation toteutuminen hoitokokouksissa

Kaikista tutkimukseen osallistuneita potilaista (N=98) hoidon integraatio toteutui lähes puolelle (46,9 %, n=46) potilaista. Hoidon integraation toteutuminen tarkoittaa tässä tutkimuksessa sitä, että potilaan hoitoon kuuluvat säännölliset hoitokokoukset vähintään kerran kuukaudessa potilaan hoidossa mukana olevien tahojen kanssa.

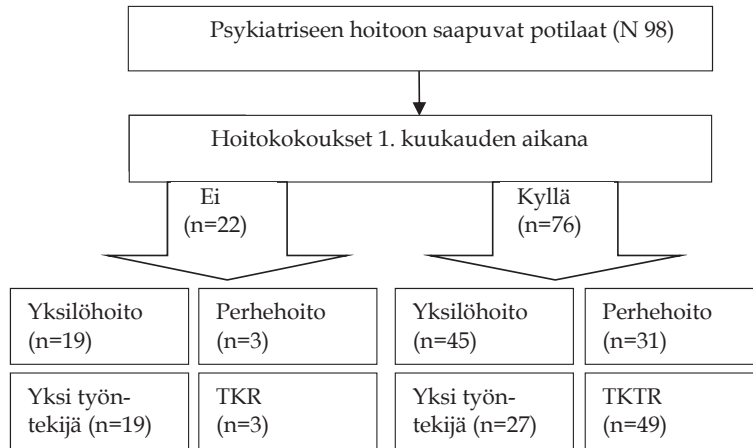
Hoitoisuuden mukaan tarkasteltuna (kuvio 10) perhehoitoa saaneiden potilaiden ryhmässä integraatio toteutui hieman yli puolella potilaista (55,9 %, n=19/n=34) ja yksilöhoitoa saaneiden ryhmässä alle puolella potilaista (42,2 %, n=27/n=64). Hoitovastuun mukaan jaetuissa potilasryhmissä hoidon ollessa tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) vastuulla integraatio toteutui parhaiten (63,5 %, n=33/n=52) ja yhden työntekijän vastuulla olevassa hoidossa lähes kolmanneksella potilaista (28,3 %, n=13/n=46).



KUVIO 10 Hoidon alkutilanne ja hoidon integraation toteutuminen

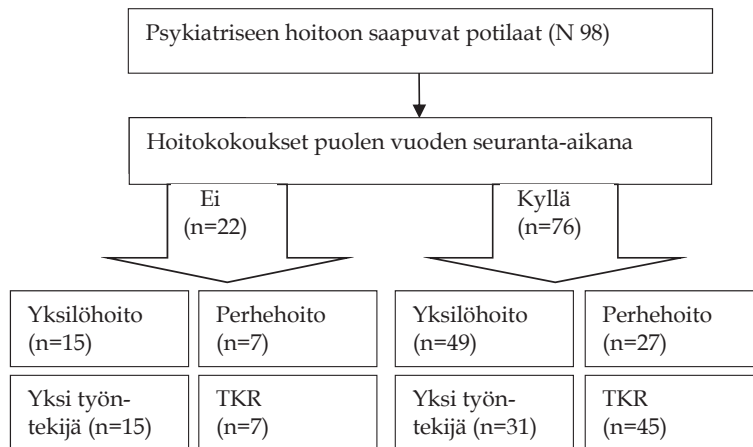
4.6.1.1 Hoitokokoukset ensimmäisen kuukauden ja puolen vuoden aikana hoidon alkamisesta

Ensimmäisen kuukauden aikana hoidon alkamisesta hoitokokouksia pidettiin suurimmalla osalla potilaista (77,5 %, n=76) (kuvio 11). Hoitokokoukset toteutuivat enemmistölle perhehoidossa (91,2 %, n=31/n=34) tai yksilöhoidossa (70,3 %, n=45/n=64) oleville potilaille. Tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) hoitovastuulla olevien potilaiden hoitokokoukset ensimmäisen kuukauden aikana toteutuivat lähes kaikilla potilaille (94,2 %, n=49/n=52) ja yli puolella (58,7 %, n=27/n=46) yhden työntekijän hoitovastuulla olevista potilaista.



KUVIO 11 Hoidon alkutilanne ja hoitokokousten toteutuminen 1. kuukauden aikana

Puolen vuoden seuranta-aikana hoitokokouksia ei pidetty lainkaan hoitokokouksia noin viidenneksellä (22,4%, n=22/98) potilaista (kuvio 12). Hoitomuotoryhmissä hoitokokoukset puolen vuoden seuranta-aikana toteutuivat suurimmalla osalla perhehoitoa (79,4 %, n=27/n=34) tai yksilöhoitoa (76,6%, n=15/n=54) saaneista potilaista. Hoitovastuuryhmän mukaan tarkasteltuna tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) hoitokokouksia pidettiin suurimmalla osalla potilaista (86,5% n=45/n=52), mutta hieman vähemmän yhden työntekijän vastuulla olevassa hoidossa (67,4%, n=31/n=46)



KUVIO 12 Hoitokokousten toteutuminen puolen vuoden seuranta-aikana

4.6.1.2 Hoitokokouksiin osallistuneet työntekijät

Tutkija selvitti potilaiden sairauskertomustietojen pohjalta jokaisen potilaan hoitokokouksiin osallistuneiden muiden kuin mielenterveyspalveluiden työntekijöiden toimialueet (taulukko 16). Suurimmat hoitokokouksiin osallistuneet työntekijäryhmät tulivat perusterveydenhuollosta (70,4 %), aikuissosiaalityöstä (34,5 %) ja päihdepalveluista (24,5 %).

TAULUKKO 16 Hoidon integraation toteutuminen eri alueiden työntekijöiden osallisuuden mukaan hoitokokouksissa hoitomuodon ja hoitovastuun mukaisissa ryhmissä

	Hoitomuoto		Hoitovastuu	
	Perhehoito n=34	Yksilöhoito n=64	TKTR n=52	Yksi hoitaja n=46
Perusterveydenhuolto n=69 (70,4 %)	n=29 85,3 %	n=40 62,5 %	n=38 73,0 %	n=31 67,4 %
Aikuissos.työ n=34 (34,5 %)	n=11 32,4 %	n=23 36,0 %	n=20 38,5 %	n=14 30,4 %
Päihdepalvelut n=24 (24,5 %)	n=14 41,2 %	n=10 15,6 %	n=16 30,8 %	n=8 17,4 %
Somaattinen erik.sh n=22 (22,4 %)	n=12 35,3 %	n=10 15,6 %	n=12 23,0 %	n=10 21,7 %
Työterveyshuolto n=18 (18,4 %)	n=7 20,6 %	n=11 17,2 %	n=5 9,6 %	n=13 28,3 %
Perheneuvola n=17 (17,3 %)	n=9 26,5 %	n=8 12,5 %	n=11 21,2 %	n=6 13,0 %
Lastensuojelu n=10 (10,2 %)	n=5 14,7 %	n=5 7,8 %	n=6 11,5 %	n=4 8,7 %
Työllisyyspalvelut n=9 (9,2 %)	n=5 14,7 %	n=4 6,3 %	n=7 13,5 %	n=2 4,3 %
Kotipalvelu n=5 (5,1 %)	n=0 0 %	n=5 7,8 %	n=1 1,9 %	n=4 8,7 %

Hoitomuotoryhmien mukaisesti tarkasteltuna perhehoidossa (n=34) olevien potilaiden hoitokokouksiin osallistui eniten perusterveydenhuollosta (85,3 %) päihdepalveluista (41,2 %) ja somaattisesta erikoissairaanhoidosta (35,3 %). Yksilöhoitossa (n=64) olleiden potilaiden suurimmat hoitokokouksiin osallistuneet työntekijäryhmät tulivat perusterveyden huollosta (62,5 %), aikuissosiaalityöstä (36,0 %) ja työterveyshuollosta (17,2 %).

Hoitovastuuryhmistä tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) hoitovastuulla (n=52) olevien potilaiden hoitokokouksissa oli eniten perusterveydenhuollon (73,0 %), aikuissosiaalityön (38,5 %) ja päihdepalveluiden (30,8 %) työntekijöitä ja yhden työntekijän hoitovastuulla (n=46) olevien potilaiden hoitokokouksissa perusterveydenhuollon (67,4 %), aikuissosiaalityön (30,4 %) ja työterveyshuollon (28,3 %) työntekijöitä.

Perhehoitoon ohjautui enemmän potilaita, joilla oli sivudiagnoosina päihdehäiriö (54,5 %). Perhehoitoa saaneiden potilaiden ryhmässä (n=34) päihde-

työntekijöiden osallistuminen hoitokokouksiin oli suurempaa kuin yksilöhoitoa saaneiden potilaiden ryhmässä (n=64), vaikka yksilöhoitoa saaneista potilaista melkein puolella (45,5 %) oli sivudiagnoosina päihdehäiriö.

Niistä potilaista, joilla oli somaattinen diagnoosi (n=40), ohjautui TKTR:n hoitovastuulle puolet ja puolet yhden työntekijän hoitovastuulle. Molemmissa ryhmissä perusterveydenhuollon sekä somaattisen erikoissairaanhoidon työntekijät osallistuivat hoitokokouksiin, mutta osallistuminen oli suhteessa suurempaa TKTR:n hoitovastuulla olevien potilaiden ryhmässä. TKTR:n hoitovastuulle ohjautui potilaista suurin osa (72,7 %), joilla oli sivudiagnoosina päihdehäiriö. Yhden työntekijän hoitovastuulle heitä ohjautui alle kolmannes (27,3 %). Päihdetyöntekijöiden osallistuminen hoitokokouksiin oli suurempaa TKTR:n hoitovastuulla olevien potilaiden ryhmässä.

4.6.2 Hoidon integraatio ja potilaiden taustamuuttajat

Puolen vuoden seuranta-aikana hoidon integraatio toteutui 46,0 % (n=40/n=87) potilaan hoidossa. Potilaiden taustamuuttajia hoidon integraatio toteutunut -ryhmissä on esitetty liitteessä 16. Hoidon integraatio toteutunut -ryhmässä oli enemmän päihdehäiriöisiä (27,5 % vs. 17,0 %, p=0,001), persoonallisuushäiriöisiä (27,5 % vs. 6,4 %, p=0,008), monilääkityspotilaita (55,0 % vs. 29,8 %, p=0,051), mutta vähemmän Z-diagnoosin saaneita (17,5 % vs. 51,1 %, p=0,001) verrattuna hoidon integraatio ei toteutunut -ryhmän potilaisiin.

Hoidon integraatio toteutunut ryhmän kaikki potilaat olivat alkumittauksessa GAS -luokissa 11–40, hoidon integraatio ei toteutunut ryhmässä heitä oli hieman yli puolet (59,6 %). Toteutunut ryhmän potilaista enemmistö (54,3 %) kuului GAS luokkaan 21–30, ei toteutunut ryhmässä heitä oli vajaa kolmannes (28,8 %). Hoidon integraatio ei toteutunut ryhmän potilaista hieman yli kolmannes (32,7 %) kuului GAS luokkaan 31–40.

Seurantamittauksessa hoidon integraatio toteutunut ryhmän potilaista enemmistö (77,5 %) oli GAS luokissa 11–40. Heistä hieman yli puolet (52,5 %) kuului GAS luokkaan 31–40. Ei toteutunut ryhmän potilaista GAS luokissa 11–40 oli kolmannes (36,2 %) potilaista, heistä 19,1 % kuului GAS luokkaan 31–40.

4.6.3 Potilaiden toimintakyvyn muutos

Potilaiden toimintakykyä (terveydentila, elintavat) hoidon alussa sekä puolen vuoden kuluttua tehdyssä seurantamittauksessa verrattiin hoidon integraatio toteutunut -ryhmien välillä (taulukko 17, liitteet 17 ja 18). Alkumittauksessa hoidon integraatio toteutunut -ryhmän potilailla oli enemmän ilmeisiä tai selviä ongelmia alkoholin (71,8 % vs. 28,8 %)(p<0,001), lääkkeiden (67,4 % vs. 30,7 %)(p<0,001) ja huumeiden käytössä (17,4 % vs. 1,9 %)(p=0,014) kun integraatio ei toteutunut -ryhmän potilailla. Vaikka hoidon integraatio toteutunut -ryhmän potilaista pienempi osuus oli ajatellut itsemurhaa viimeisen kuukauden aikana (26,1 % vs. 51,9 %), heillä oli enemmän ajatuksia ja yrityksiä (2,2 % vs. 0%) sekä enemmän toteutuneita itsemurha yrityksiä viimeisen puolen vuo-

den aikana (37,0 % vs. 3,8 %) tai aikaisemmin (6,5 % vs. 0 %)($p<0,001$) kuin ryhmän hoidon integraatio ei toteutunut potilailla.

Seurantamittauksessa hoidon integraatio toteutunut -ryhmän potilailla oli edelleen enemmän alkoholin (57,5 % vs. 33,4 %, $p=0,001$), lääkkeiden (47,5 % vs. 17,0 %, $p=0,002$) ja huumeiden (7,5 % vs. 0 %, $p=0,093$) käyttöön liittyviä ilmeisiä tai selviä ongelmia kuin integraatio ei toteutunut -ryhmän potilailla. Itsetuhoisuudessa oli myös edelleen ero ryhmien välillä siten, että hoidon integraatio toteutunut -ryhmän potilaista harvempi oli ajatellut itsemurhaa viime kauden aikana (35,0 % vs. 44,7 %), kun taas useammalla oli sekä itsemurhaajatuksia että yrityksiä (10,0 % vs. 0 %) tai oli ollut vakavia itsemurhayrityksiä viimeisen puolen vuoden (7,5 % vs. 2,1 %) aikana tai aiemmin (2,5 % vs. 0 %)($p=0,070$). Hoidon integraatio toteutunut ryhmän potilaiden itsemurhayritykset vähenivät puolen vuoden seuranta-aikana.

Verrattaessa potilaiden toimintakyvyssä puolen vuoden seuranta-aikana tapahtuneita muutosta ryhmien välillä (taulukko 17, liite 18), hoidon integraatio -toteutunut ryhmän useammalla potilailla oli muuttunut ilmeinen tai selvä ongelma alkoholin (15,0 % vs. 4,3 %)($p<0,001$), lääkkeiden (22,5 % vs. 6,4 %)($p<0,001$) ja huumeiden käyttämisessä (7,5 % vs. 0 %)($p=0,008$) ei ongelmaksi. Itsetuhon uhka oli hoidon integraatio toteutunut -ryhmässä suurempi (20,0 % vs. 2,1 %)($p=0,026$) kuin integraatio ei toteutunut -ryhmässä.

TAULUKKO 17 Hoidon integraation toteutuminen ja potilaiden viitteelliset ja merkittävät toimintakyvyn muutokset seurantamittauksessa (liite 18)

Potilaan arvio (n=87)	Hoidon integraation toteutuminen		
	Kyllä (n=40) n (%)	Ei (n=47) n (%)	Ryhmien välinen ero n (%)
<i>Muutos alkoholin käyttämisessä</i>			<0,001
Ei ongelmia, ei muutosta	11 (27,5)	34 (72,3)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	23 (57,5)	9 (19,1)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	0	2 (4,3)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia	6 (15,0)	2 (4,3)	
<i>Muutos lääkkeiden käyttämisessä</i>			<0,001
Ei ongelmia, ei muutosta	12 (30,0)	36 (76,6)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	19 (47,5)	8 (17,0)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia			
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia	9 (22,5)	3 (6,4)	
<i>Muutos huumeiden käyttämisessä</i>			0,008
Ei ongelmia, ei muutosta	34 (85,0)	47 (100,0)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	3 (7,5)	0	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia			
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia	3 (7,5)	0	
<i>Itsetuhon uhka</i>			0,026
Ei ajatuksia, ei yrityksiä	18 (45,0)	25 (53,2)	
Vain ajatuksia	14 (35,0)	21 (44,7)	
Yrityksiä	8(20,0)	1 (2,1)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

4.6.4 Potilaiden elämänhallinnan muutos

Potilaiden elämänhallintaa kuvaavat muuttujat on esitetty liitteessä 19 hoidon integraatio toteutunut -ryhmien suhteen. Hoidon alussa hoidon integraatio toteutunut -ryhmän potilaat olivat tyytymättömämpiä asumiseensa (melko tyytymätön/tyytymätön: 39,1 % vs. 15,4 %)($p=0,030$), toimeentuloon (melko tyytymätön/tyytymätön: 69,6 % vs. 42,4 %)($p<0,001$) ja perheeseen (melko tyytymätön: 17,4 % vs. 38,5 % tai tyytymätön: 34,8 % vs. 15,4 %) ($p=0,051$) kuin hoidon integraatio ei toteutunut -ryhmän potilaat. Seurantamittauksessa tyytymättömien potilaiden osuus yleensä ottaen pieni, mutta edelleen hoidon integraatio toteutunut -ryhmän potilaat olivat tyytymättömämpiä asumiseen (melko tyytymätön/tyytymätön: 27,5 % vs. 12,7 %)($p=0,089$) ja ihmissuhteisiin (melko tyytymätön/tyytymätön: 30,0 % vs. 12,7 %)($p=0,075$) verrattuna potilaisiin, joille hoidon integraatio ei ollut toteutunut.

Puolen vuoden seuranta-aikana (taulukko 18, liite 20) hoidon integraatio toteutunut -ryhmän potilaista suurempi osuus oli muuttunut tyytymättömästä tyytyväiseksi liittyen asumiseen (17,5 % vs. 6,4 %)($p=0,051$) ja pienempi osuus toimeentuloon (7,5 % vs. 14,9 %)($p=0,018$) liittyvissä elämänhallintaa kuvaavissa muuttujissa. Muutos tyytyväisestä tyytymättömäksi oli ihmissuhteissa (12,1 % vs. 0 %) ($p=0,062$) yleisempää hoidon integraatio ei toteutunut -ryhmän potilailla.

TAULUKKO 18 Hoidon integraation toteutuminen ja potilaiden viitteelliset ja merkittävät muutokset tilastollisesti tyytyväisyydessä elämänhallintaan seurantamittauksessa (liite 20)

Potilaan arvio (n=87) Elämänhallinta	Hoidon integraation toteutuminen		
	Kyllä (n=40) n (%)	Ei (n=47) n (%)	Ryhmien välinen ero n (%)
<i>Muutos tyytyväisyydessä asumiseen</i>			0,051
Aina tyytymätön	8 (20,0)	3 (6,4)	
Aina tyytyväinen	22 (55,0)	38 (80,9)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	7 (17,5)	3 (6,4)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	3 (7,5)	3 (6,4)	
<i>Muutos tyytyväisyydessä toimeentuloon</i>			0,018
Aina tyytymätön	27 (67,5)	17 (36,2)	
Aina tyytyväinen	9 (22,5)	22 (46,8)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	1 (2,5)	1 (2,1)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	3 (7,5)	7 (14,9)	
<i>Muutos tyytyväisyydessä ihmissuhteisiin</i>			0,062
Aina tyytymätön	8 (24,2)	6 (15,0)	
Aina tyytyväinen	20 (60,6)	32 (80,0)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	1 (3,0)	2 (5,0)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	4 (12,1)	0	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

Hoidon integraatio toteutunut -ryhmien potilaiden läheisistä suurempi osuus oli kokenut potilaiden toimintakyvyssä positiivisen muutoksen (taulukko 19, liite 21) puolen vuoden seuranta-aikana liittyen potilaan raha-asioiden hoitamiseen (11,4 % vs. 4,4 %)($p=0,071$) ja kyvystä selviytyä hätätilanteista (13,9 % vs. 2,2 %) ($p=0,083$) verrattuna hoidon integraatio ei toteutunut -ryhmän läheisiin.

TAULUKKO 19 Hoidon integraation toteutuminen ja potilaiden viitteelliset ja merkittävät toimintakyvyn muutokset läheisen arvioimana seurantamittauksessa (liite 21)

Muutos läheisen arvioimana potilaan toimintakyky ja elämäntilanne	Hoidon integraatio		Ryhmien välinen ero
	Kyllä (n=36)	Ei (n=45)	
	n (%)	n (%)	p-arvo*
<i>... raha-asioiden hoitamisesta</i>			0,071
Ei muutosta	29 (80,6)	43 (95,6)	
Positiivinen muutos	4 (11,4)	2 (4,4)	
Negatiivinen	3 (8,3)	0	
<i>... potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista</i>			0,083
Ei muutosta	31 (86,1)	43 (95,6)	
Positiivinen muutos	5 (13,9)	1 (2,2)	
Negatiivinen	0	1 (2,2)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

4.6.5 Läheisten kuormittuneisuus

Hypoteesi 4: Hoidon integraation toteutuminen mahdollistaa läheisten kuormittuneisuuden vähentymisen.

Läheisten kuormittuneisuutta kuvaavat muuttujat on esitetty liitteessä 22. Hoidon alussa hoidon integraatio toteutunut -ryhmän kuuluvien potilaiden läheiset olivat kuormittuneempia ja täten tyytymättömämpiä liittyen potilaan kyvystä huolehtia lääkkeitään ja hoidoistaan (64,1% vs. 15,2%)($p<0,001$) sekä potilaan päihteiden käytöstä (61,5% vs. 28,3%)($p=0,001$), raha-asioiden hoidosta (48,7% vs. 26,1%)($p=0,042$), muista ihmissuhteista (51,3% vs. 39,1%)($p=0,043$), käyttäytymisestä julkisilla paikoilla (30,8% vs. 6,5%)($p=0,003$), kiinnostuksesta ympäristön tapahtumiin (17,9% vs. 13,0%)($p=0,043$) sekä potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista (15,4% vs. 4,3%)($p=0,001$) verrattuna integraatio ei toteutunut -ryhmän potilaiden läheisiin.

Seurantamittauksessa hoidon integraatio toteutunut -ryhmän potilaiden läheisistä suurempi osuus oli tyytymätön potilaan kodinhoidosta (36,1% vs. 15,6%)($p=0,068$), hänen kyvystä huolehtia itsestään (36,1% vs. 15,6%)($p=0,006$) tai lääkkeitään ja hoidoistaan (55,6% vs. 17,8%)($p<0,001$), potilaan päihteiden käytöstä (55,6% vs. 24,4%)($p=0,018$), raha-asioiden hoitamisesta (47,2% vs.

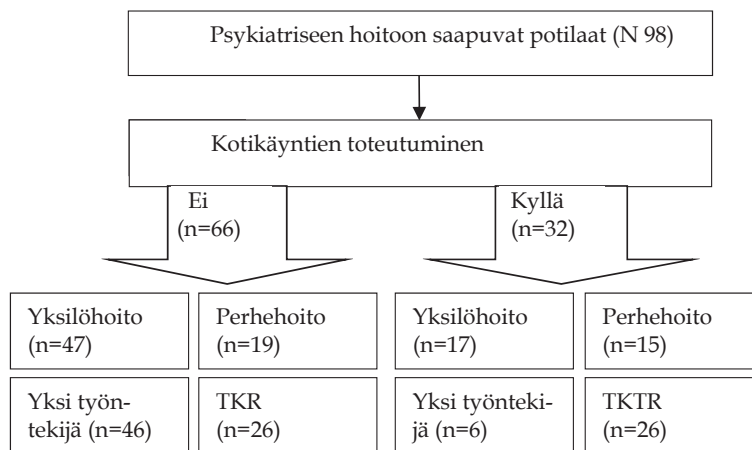
22,2%)($p=0,063$), potilaan käyttäytymisestä julkisilla paikoilla (30,8% vs. 8,9%)($p=0,007$) ja hänen itsetuhokäyttäytymisestä (44,4% vs. 20,0%) tai mukautunut/sopeutunut potilaan kykyyn selviytyä hätätilanteista (41,7% vs. 11,1%)($p=0,003$).

4.7 Perhe- ja yksilöhoito

Hypoteesi 5: Läheisten säännöllisen hoitoon osallistuminen (perhehoito) mahdollistaa potilaan toimintakyöyn kohentumisen enemmän kuin yksilökeskeisesti hoidettujen potilaiden.

4.7.1 Kotikäyntien toteutuminen

Kotikäynnit toteutuivat hieman yli kolmanneksella kaikista potilaista (32,7%, $n=32$). Hoitomuotoryhmien mukaan tarkasteluna perhehoidossa kotikäynnit toteutuivat hieman alle puolella (44,1%, $n=15/n=34$) ja yksilöhoitossa vajalla kolmanneksella (26,6%, $n=17/n=64$) potilaista. Tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) hoitovastuulla olevien potilaiden kohdalla kotikäynnit toteutuivat puolella (50,0%, $n=26/n=52$) potilaista ja yhden työntekijän hoitovastuulla noin joka kymmenennellä (11,5%, $n=6/n=52$) potilaalla.



KUVIO 13 Kotikäyntien toteutuminen

4.7.2 Potilaiden taustamuuttujat hoitomuodon mukaan

Potilaiden hoitomuodon (perhehoito, yksilöhoito) mukaan tarkasteltuna perhehoidossa olleista potilaista suuremmalla osuudella oli päihdehäiriö (48,3 % vs.,

24,1 %, $p=0,023$) ja jokin somaattinen sairaus (58,6 % vs. 37,9 %, $p=0,067$) verrattuna yksilöhoidossa olleisiin potilaisiin (liite 23).

4.7.3 Potilaiden toimintakyvyn muutos

Potilaan toimintakyvyssä (terveydentila, elintavat) olevia eroja perhe- ja yksilöhoidossa olevien potilaiden välillä tarkasteltiin sekä alku- että seurantamittauksessa (taulukko 20, liite 24). Hoidon alussa perhehoidossa olevilla potilailla oli yleisemmin ilmeisiä tai selviä alkoholin käyttöön liittyviä ongelmia (67,7 % vs. 39,1 %) ($p=0,014$) kuin yksilöhoidossa olleilla potilailla.

Seurantamittauksessa perhehoidossa olleilla potilailla oli edelleen yleisemmin ilmeisiä tai selviä ongelmia alkoholin (55,1 % vs. 41,0 %) ($p=0,056$) ja lääkkeiden (48,3 % vs. 23,4 %) ($p=0,025$) käytössä verrattuna yksilöhoidossa olleisiin potilaisiin. Perhehoitoryhmässä oli enemmän potilaita, joilla olivat ajatelleet itsemurhaa viimeisen kuukauden aikana (41,4 % vs. 39,7 %), ajatelleet että yrittäneet itsemurhaa (10,3 % vs. 1,7 %) tai yrittäneet itsemurhaa viimeisen puolen vuoden aikana (6,9 % vs. 3,4 %) kuin yksilöhoitoryhmässä. Molemmissa hoitomuodon mukaisissa ryhmissä yksi potilas teki itsemurhan.

Puolen vuoden aikana tapahtunut positiivinen muutos potilaiden toimintakyvyssä oli selvempää yksilöhoidossa olleilla potilailla (taulukko 20, liite 25). Perhehoidossa olleista potilaista pienempi osuus oli muuttunut tyytymättömästä tyytyväiseksi suhteessa omaan terveyden tilaan (20,7 % vs. 41,4 %) ($p=0,092$) tai kokenut myönteisen muutoksen terveydentilassaan seuranta-aikana (34,5 % vs. 62,1 %) ($p=0,033$) verrattuna yksilöhoidossa olleisiin potilaisiin. Perhehoidossa olleissa potilaissa oli edelleen enemmän potilaita, joilla ilmeiset tai selvät ongelmat liittyen alkoholin (55,2 % vs. 27,6 %) ($p=0,083$) tai lääkkeiden (48,3 % vs. 22,4 %) ($p=0,039$) käyttöön eivät olleet poistuneet. Itsemurhayrityksiä oli ollut enemmän perhehoitoryhmän potilailla verrattuna yksilöhoidossa olleisiin potilaisiin (20,7 % vs. 5,2 %) ($p=0,059$).

TAULUKKO 20 Perhe- tai yksilöhoidossa olleiden potilaiden puolen vuoden seuranta-aikana tapahtuneet muutokset toimintakyvyssään (terveydentila, elintavat) (Liite 25)

Muutokset potilaiden (N 87) toimintakyvyssä puolen vuoden seuranta-aikana	Perhehoito tai yksilöhoito		
	Perheh (n=29) n (%)	Yksilöh (n=58) n (%)	Ryhmien välinen ero n (%)
<i>Muutos tyytyväisyydessä omaan terveyden tilaan</i>			0,092
Aina tyytymätön	18 (62,1)	30 (51,7)	
Aina tyytyväinen	5 (17,2)	4 (6,9)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	6 (20,7)	24 (41,4)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	0	0	
<i>Myönteiset muutokset terveydentilassa seurantamittauksen mukaan</i>			0,033
Ei muutosta	18 (62,1)	19 (32,8)	
Muutos yli ½ v sitten	1 (3,4)	3 (5,2)	
Muutos ½ v sisällä (seuranta-aikana)	10 (34,5)	36 (62,1)	
<i>Muutos alkoholin käyttämisessä</i>			0,083

	Perhehoito tai yksilöhoito		
Ei ongelmia, ei muutosta	11 (37,9)	34 (58,6)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	16 (55,2)	16 (27,6)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	0	2 (3,4)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia	2 (6,9)	6 (10,3)	
<i>Muutos lääkkeiden käyttämisessä</i>			0,039
Ei ongelmia, ei muutosta	13 (44,8)	35 (60,3)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	14 (48,3)	13 (22,4)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	0	0	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia	2 (6,9)	10 (17,2)	
<i>Itsetuhon uhka seurantamittauksessa</i>			0,059
Ei ajatuksia, ei yrityksiä	11 (37,9)	32 (55,2)	
Vain ajatuksia	12 (39,7)	23 (39,7)	
Yrityksiä	6 (20,7)	3 (5,2)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

4.7.4 Potilaiden elämänhallinnan muutos

Hoidon alussa ei potilaiden elämänhallinnassa ollut eroja perhe- ja yksilöhoitoryhmiä välillä (taulukko 21, liite 26). Seurantamittauksessa perhehoidossa olleet potilaat olivat tyytymättömpämpiä työ- tai opiskelutilanteeseensa verrattuna yksilöhoidossa olleisiin potilaisiin (melko tyytymätön/ tyytymätön: 70,0 % vs. 36,2 %)($p=0,016$).

Hoitomuotoryhmien välinen ero puolen vuoden aikana tapahtuneessa muutoksessa elämänhallintaan liittyvissä tekijöissä (taulukko 21, liite 27) ilmeni ainoastaan potilaan tyytyväisyydessä työ- ja opiskelutilanteeseensa. Perhehoidossa olleista potilaista suurempi osuus oli pysynyt tyytymättömänä (62,1 % vs. 34,5 %) ja pienempi osuus oli muuttunut tyytymättömästä tyytyväiseksi työ- ja opiskelutilanteeseensa (20,7 % vs. 36,2 %) verrattuna yksilöhoidossa olleisiin potilaisiin ($p=0,022$).

TAULUKKO 21 Perhehoito tai yksilöhoito ja potilaiden viitteellinen tilastollinen tyytyväisyyden muutos elämänhallinnassa seurantaseurantamittauksessa (liite 27)

Potilaan arvio	Perhehoito tai yksilöhoito		
	Perheh (n=29) n (%)	Yksilöh (n=58) n (%)	Ryhmien välinen ero n (%)
<i>Elämänhallinta</i>			
<i>Muutos</i>			0,022
<i>tyytyväisyydessä työ-/ opiskelutilanteeseen</i>	18 (62,1)	20 (34,5)	
Aina tyytymätön	3 (10,3)	16 (27,6)	
Aina tyytyväinen	6 (20,7)	21 (36,2)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	2 (6,9)	1 (1,7)	
Tyytyväinen -> tyytymätön			

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

Perhehoidossa olleiden potilaiden läheiset olivat kokeneet seuranta-aikana vähemmän positiivisia muutoksia potilaiden toimintakyvyssä (taulukko 22, liite 28) suhteessa potilaan kyvystä selviytyä kodinhoidosta (13,8 % vs. 30,8 %)($p=0,093$) ja kyvystä selviytyä lasten hoitamisessa (13,8 % vs. 5,8 %)($p=0,049$). Lisäksi perhehoitoryhmän potilailla oli tapahtunut vähemmän positiivista muutosta (13,8 % vs. 21,2 %) liittyen potilaan tavasta osallistua sosiaaliseen kanssakäymiseen, aloitekykyyn ja aktiivisuuteen (20,7 % vs. 40,4 %)($p=0,088$) verrattuna yksilöhoidossa olleisiin potilaisiin.

TAULUKKO 22 Perhe- tai yksilöhoidossa olleiden potilaiden läheisten arvioimat muutokset potilaiden toimintakyvyssä puolen vuoden seuranta-aikana (liite 28)

Muutos potilaan toimintakyvyssä	Perhehoito tai yksilöhoito		
	Perhehoito (n=29)	Yksilö- hoito (n=52)	Ryhmien välinen ero p-arvo*
	n (%)	n (%)	
<i>... kodinhoidosta</i>			0,093
Ei muutosta	20 (69,0)	33 (63,5)	
Positiivinen muutos	4 (13,8)	16 (30,8)	
Negatiivinen	5 (17,2)	3 (5,8)	
<i>... vastuusta, joka jää itselle lasten hoitamisesta</i>			0,049
Ei muutosta	23 (79,3)	49 (94,2)	
Positiivinen muutos	2 (6,9)	0	
Negatiivinen	4 (13,8)	3 (5,8)	
<i>... potilaan aloitekyvystä ja aktiivisuudesta</i>			0,088
Ei muutosta	18 (62,1)	28 (53,8)	
Positiivinen muutos	6 (20,7)	21 (40,4)	
Negatiivinen	5 (17,2)	3 (5,8)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

4.7.5 Läheisten kuormittuneisuus

Hypoteesi 6: Läheisten säännöllinen hoitoon osallistuminen (perhehoito) vähentää läheisten kuormittuneisuutta enemmän kuin yksilöhoitona toteutettu hoito.

Läheisten kokemaa kuormittuneisuutta potilaasta arvioitiin hoidon alussa seurantamittauksessa (taulukko 22, liite 29). Hoidon alussa perhehoidossa olleiden potilaiden läheiset olivat tyytymättömämpiä potilaiden päihteiden käytöstä (58,6 % vs. 35,7 %) verrattuna yksilöhoidossa olleiden potilaiden läheisiin ($p=0,079$).

Seurantamittauksessa perhehoidossa olleiden potilaiden läheiset kokivat olevansa tyytymättömämpiä kuin yksilöhoitoryhmän potilaiden läheiset potilaan aiheuttamasta kuormituksesta kodinhoitoon (41,4 % vs. 15,4 %)($p=0,030$), kyvystä huolehtia lääkkeistä ja hoidosta (51,7 % vs. 25,0 %)($p=0,053$), päihteiden käytöstä (51,7 % vs. 30,8 %)($p=0,082$) ja työnteosta (41,4 % vs. 17,3 %)($p=0,017$).

ja potilaan tavasta osallistua sosiaaliseen kanssakäymiseen (58,6 % vs. 34,6 %, $p=0,083$). Lisäksi perhehoitoryhmän potilaiden läheiset olivat kuormittuneempia potilaan itsetuhokäyttäytymistä (48,3 % vs. 21,2 %) ($p=0,040$) ja vähemmän tyytyväisiä potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista (48,3 % vs. 84,6 %) ($p=0,001$).

4.7.6 Potilaiden sairaalahoidot

Perhehoidon ja yksilöhoidon potilaista hieman yli kolmanneksella ei ollut sairaalahoitajaksoja seuranta-aikana (taulukko 23). Perhehoidossa olevien potilaiden sairaalahoitajat olivat hieman yli puolella (55,2 %) potilaista alle kaksi kuukautta, yksilöhoidon potilailla alle kahden kuukauden sairaalahoido oli hieman alle puolella (41,4 %) potilaista. Yksilöhoidossa olevilla potilailla oli yli kolme kuukautta kestäneitä sairaalahoitajaksia enemmän (22,2 %) kuin perhehoidon potilailla (6,8 %). Perhehoidon potilaista kolmanneksella (31,0 %) oli seuranta-aikana yksi hoitajakso, vastaava luku yksilöhoidossa oli 25,9 %. Yksilöhoidossa olevilla potilailla oli useampia sairaalahoitajaksia kuin perhehoidossa.

TAULUKKO 23 Potilaiden sairaalahoitajien pituus ja hoitajakset seuranta-aikana perhe- tai yksilöhoidossa

N 87 Hoito- aika/kk	Perhe- hoito n (%)	Yksilö- hoito n (%)	<i>Yhteensä</i> n (%)
Ei sairaalahoitajaksia	11 (37,9)	21(36,2)	32 (36,8)
0-1kk	10 (34,5)	15 (25,9)	25 (28,7)
2kk	6 (20,7)	9 (15,5)	15 (17,2)
3kk	1 (3,4)	7 (12,1)	8 (9,2)
4kk	1 (3,4)	6 (10,3)	7 (8,1)
<i>Yhteensä</i>	29 (100,0)	58 (100,0)	87(100,0)
Ei sairaalahoitajaksia	11 (37,9)	21(36,2)	32 (36,8)
Yksi hoitajakso	9 (31,0)	15 (25,9)	24 (27,6)
Kaksi hoitajaksoa	8 (27,6)	10 (17,2)	18 (20,7)
Kolme hoitajaksoa	1 (3,4)	12 (20,7)	13 (14,9)
<i>Yhteensä</i>	29 (100,0)	58 (100,0)	87(100,0)

Perhehoidossa (n=29) oli vähemmän diagnoosiluokan F20-F29 -ryhmän potilaita (24,1 %) ja yksilöhoidossa (n=58) heitä oli enemmän (37,9 %). Perhehoidossa oli F30-F39 ryhmän potilaista suurin osa (72,4 %). Yksilöhoidossa (n=58) heitä

oli hieman yli puolet (56,9 %). Pidemmät sairaalahoitoajat painottuivat skitsofrenia tai skitsotyypinen häiriö ryhmän potilaille samoin kuin useimmat hoitojakso. Hieman alle puolella (41,4 %) potilaista oli kaksi hoitojaksoa. Kolmesta neljään hoitojaksoa oli vajaalla kolmanneksella (27,6 %) potilaista. Potilaista, joilla oli diagnoosina mielialahäiriö, melkein puolella (48,1 %) potilaista oli yhdestä kahteen hoitojaksoa seuranta-aikana. Potilaista, joilla oli sivudiagnoosina päihdehäiriö, vain 14,8 %:lla ei ollut seuranta-aikana sairaalahoitojaksoja. Kaikilla potilailla, joilla oli sivudiagnoosina persoonallisuushäiriö, oli sairaalahoitojaksoja.

TAULUKKO 24 Potilaiden sairaalahoidot päädiagnoosiryhmittäin seuranta-aikana

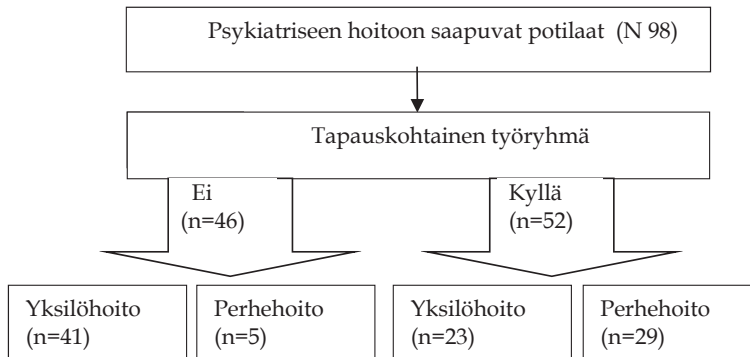
N 87 Hoito- aika/kk	F20-F29 Skitsofrenia, skitsotyyppi- nen häiriö ja harhaluulo- isuus-häiriö	F30-F39 Mieliala- häiriöt	F10-F19 Lääkkei- den ja päihtei- den aiheutta- mat häiriöt	F40-F49 ja F60-F69 Muu psyki- atrinen häiriö	Yhteensä
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ei sairaalahoitoa	3 (10,3)	27 (50,0)	0 (0,0)	2 (66,7)	32 (36,8)
0-1kk	9 (31,1)	14 (26,0)	1 (100,0)	1 (33,3)	25 (28,7)
2kk	9 (31,1)	6 (11,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	15 (17,2)
3kk	3 (10,3)	5 (9,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (9,2)
4kk	5 (17,2)	2 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (8,1)
Yhteensä	29(100,0)	54 (100,0)	1 (100,0)	3 (100,0)	87(100,0)

4.8 Hoitovastuun toteutuminen

Hypoteesi 7: Tapauskohtaisessa työryhmässä hoidettujen potilaiden toimintakyky kohtuu enemmän kuin yhden työntekijän hoitovastuulla toteutettu hoito.

4.8.1 Tapauskohtaisen työryhmätyöskentelyn toteutuminen

Tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) hoitovastuulle ohjautui hieman yli puolet (53,1 %, n=52) potilaista. TKTR:n hoitovastuulla olevien potilaiden hoito toteutui yli puolella potilaista perhehoitona (55,8 %, n=29/n=52). Yhden työntekijän hoitovastuulla olevilla potilailla vain joka kymmenes (10,9 %, n=5/n=46) hoito oli perhehoito.



KUVIO 14 Tapauskohtaisen työryhmätyöskentelyn ja perhe- tai yksilöhoidon toteutuminen alkumittauksessa

Hoidon integraatio toteutui TKTR:n hoitovastuulla olevilla potilailla huomattavasti laajemmin (63,5 %) kuin yhden työntekijän hoitovastuuryhmässä (28,3 %).

4.8.1.1 Potilaiden taustamuuttujat hoitovastuun mukaisissa ryhmissä

Tapauskohtaisen työryhmän hoitovastuulle ohjautuneissa potilaissa (liite 30) oli enemmän päihdehäiriöistä kärsiviä (44,7 % vs. 17,5 %)($p=0,007$) sekä enemmän psykoottisesta häiriöstä kärsiviä (44,7 % vs. 20,0 %), mutta vähemmän mielialahäiriötä sairastavia (51,1 % vs. 75,0 %)($p=0,026$), ja vastaavasti enemmän anti-psykoottilääkitystä nauttivia (55,3 % vs. 22,5 %), mutta vähemmän masennus-, anksiolyytti- tai mielialan tasaaja lääkkeitä saavia (38,3 % vs. 65,0 %)($p=0,007$) kuin yhden työntekijän hoitovastuuryhmässä. Lisäksi TKTR -ryhmään kuuluvilla potilailla oli yleisemmin psykiatrisia hoitojaksoja (78,7 % vs. 45,0 %, $p=0,001$) ja hoidossa mukana useampia henkilöitä (1-2 hlöä: 4,3 % vs. 40,0 %; 3-4 hlöä: 34,0 % vs. 17,5 %; 5-6 hlöä: 27,7 % vs. 25,0 %; 7 hlöä tai useampi: 34,0 % vs. 17,5 %)($p<0,001$) verrattuna yhden työntekijän hoitovastuulla oleviin potilaisiin.

4.8.2 Potilaiden toimintakyvyn muutos

Potilaiden toimintakykyyn (terveydentila, elintavat) oli eroja tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) tai yhden työntekijän hoitovastuulla olevien potilaiden välillä (liite 31). TKTR:n hoitovastuulla olevilla potilailla oli ilmeisesti tai selvästi enemmän ongelmia alkoholin (59,6 % vs. 37,0 %)($p=0,017$) ja lääkkeiden (57,7 % vs. 36,9 %)($p=0,046$) käytössä kuin yhden työntekijän hoitovastuulla olevilla potilailla.

Seurantamittauksessa TKTR:n hoitovastuulle kuuluneilla potilailla oli edelleen enemmän ilmeisiä tai selviä ongelmia alkoholin (48,9 % vs. 27,5 %)($p=0,032$) ja lääkkeiden (44,7 % vs. 15,0 %)($p=0,001$) käytössä kuin yhden työntekijän hoitovastuulla olevilla potilailla.

Hoitovastuun mukaisten ryhmien välinen ero muutoksessa potilaan toimintakyvyssä puolen vuoden seuranta-aikana näkyi siten (taulukko 25, liite 32), että TKTR:n hoitovastuulla olevat potilaat olivat kokenet vähemmän myönteisiä muutoksia terveydentilassaan seuranta-aikana (42,6 % vs. 65,0 %)($p=0,076$). TKTR:N hoitovastuuryhmässä oli enemmän niitä, joilla ei ollut tapahtunut muutosta alkoholin (48,9 % vs. 22,5 %)($p=0,035$) ja lääkkeiden (44,7 % vs. 15,0 %)($p=0,010$) käyttöön liittyvissä ongelmissa verrattuna yhden työntekijän hoitovastuuryhmään. Lisäksi TKTR:N hoitovastuulla olevilla potilailla oli suurempi itsetuhon uhka (17,0 % vs. 2,5 %)($p=0,088$).

TAULUKKO 25 Hoitovastuu tapauskohtaisessa työryhmässä tai yhdentyöntekijän hoitovastuulla, potilaiden viitteelliset ja merkittävät toimintakyvyn muutokset seurantamittauksessa (liite 32)

Muutos potilaan terveydentilassa ja elintavoissa	Tapauskohtainen työryhmä (TKR)		
	Kyllä (n=47) n (%)	Ei (n=40) n (%)	Ryhmien välinen ero n (%)
Potilaan arvio			
<i>Myönteiset muutokset terveydentilassa seurantamittauksen mukaan</i>			0,076
Ei muutosta	25 (53,2)	12 (30,0)	
Muutos yli ½ v sitten	2 (4,3)	2 (5,0)	
Muutos ½ v sisällä (seuranta-aikana)	20 (42,6)	26 (65,0)	
<i>Muutos alkoholin käyttämisessä</i>			0,035
Ei ongelmia, ei muutosta	20 (42,6)	25 (62,5)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	23 (48,9)	9 (22,5)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	0	2 (5,0)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia	4 (8,5)	4 (10,0)	
<i>Muutos lääkkeiden käyttämisessä</i>			0,010
Ei ongelmia, ei muutosta	20 (42,6)	28 (70,0)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	21 (44,7)	6 (15,0)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia			
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia	6 (12,8)	6 (15,0)	
<i>Itsetuhon uhka seurantamittauksessa</i>			0,088
Ei ajatuksia, ei yrityksiä	22 (46,8)	21 (52,5)	
Vain ajatuksia	17 (36,2)	18 (45,0)	
Yrityksiä	8 (17,0)	1 (2,5)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

4.8.3 Potilaiden elämänhallinnan muutos

Hoidon alussa tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) hoitovastuulla (liite 33) olevat potilaat olivat tyytymättömämpiä toimeentuloonsa kuin yhden työntekijän hoitovastuulla olevat potilaat (melko tyytymätön/tyytymätön: 63,4 % vs. 45,7 %)($p=0,017$). Seurantamittauksessa ei ollut merkitseviä eroja hoitovastuun mukaisissa ryhmissä.

Puolen vuoden seuranta-aikana tapahtuneessa muutoksessa potilaan elämänhallinnassa hoitovastuuryhmien välillä oli ero ainoastaan muutoksessa tyytyväisyydessä asumiseen (taulukko 26, liite 34). TKTR:n hoitovastuulla olevista

potilaista suurempi osuus oli kokenut tyytymättömyytensä asumiseen muuttuneen tyytyväisyydeksi (14,9 % vs. 7,5 %)($p=0,020$).

TAULUKKO 26 Hoitovastuu tapauskohtaisessa työryhmässä tai yhdentvöntekijän hoitovastuulla ja potilaiden viitteellinen tilastollinen muutos tyytyväisyydessä elämänhallintaan seurantamittauksessa (Liite 34)

Muutos potilaan elämänhallinnassa Potilaan arvio	Tapauskohtainen työryhmä (TKR)		
	Kyllä (n=47) n (%)	Ei (n=40) n (%)	Ryhmiä välinen ero n (%)
<i>Muutos tyytyväisyydessä asumiseen</i>			0,020
Aina tyytymätön	10 (2,3)	1 (2,5)	
Aina tyytyväinen	27 (57,4)	33 (82,5)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	7 (14,9)	3 (7,5)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	3 (6,4)	3 (7,5)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

TKR:n hoitovastuulla olevien potilaiden toimintakyvyssä tapahtui puolen vuoden seuranta-aikana (taulukko 27, liite 35) läheisten arvioimana enemmän positiivisia muutoksia liittyen potilaan päihteiden käyttöön (11,6 % vs. 0 %)($p=0,057$), ihmissuhteisiin (20,9 % vs. 5,3 %)($p=0,069$) ja potilaan kykyyn selviytyä hätätilanteista (14,0 % vs. 0 %)($p=0,018$).

TAULUKKO 27 Hoitovastuu tapauskohtaisessa työryhmässä tai yhdentvöntekijän hoitovastuulla, läheisten arvioimana potilaan viitteelliset tilastolliset toimintakyvyn muutokset seurantamittauksessa (liite 35)

Muutos potilaan toimintakyvyssä läheisen arvio	Tapauskohtainen työryhmä		
	Kyllä (n=43) n (%)	Ei (n=38) n (%)	Ryhmiä välinen ero p-arvo*
<i>... potilaan päihteiden käytöstä</i>			0,057
Ei muutosta	38 (88,4)	37 (97,4)	
Positiivinen muutos	5 (11,6)	0	
Negatiivinen	0	1 (2,6)	
<i>... potilaan muista ihmissuhteista</i>			0,069
Ei muutosta	30 (69,8)	34 (89,5)	
Positiivinen muutos	9 (20,9)	2 (5,3)	
Negatiivinen	4 (9,3)	2 (5,3)	
<i>... potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista</i>			0,018
Ei muutosta	36 (83,7)	38 (100,0)	
Positiivinen muutos	6 (14,0)	0	
Negatiivinen	1 (2,3)	0	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

4.8.4 Läheisten kuormittuneisuus

Kahdeksannen hypoteesin toteutuminen: Tapauskohtaisessa työryhmässä hoidettujen potilaiden läheisten kuormitus vähenee enemmän kuin yhden työntekijän hoitovastuulla toteutetussa hoidossa.

Hoidon alussa läheisten kokema kuormittuneisuus ja tyytymättömyys potilaasta (liite 36) oli tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) hoitovastuulla olevien potilaiden läheisillä suurempaa liittyen potilaan kykyyn huolehtia lääkkeitään ja hoidostaan (46,7 % vs. 27,5 %)($p=0,002$), päihteiden käyttöön (57,8 % vs. 27,5 %)($p=0,004$), käyttäytymiseen julkisilla paikoilla (20,0 % vs. 15,0 %)($p=0,074$), kiinnostukseen ympäristön tapahtumiin (20,0 % vs. 10,0 %)($p=0,011$) ja potilaan kykyyn selviytyä hätätilanteista (13,3 % vs. 5,0 %)($p=0,025$).

Seurantamittauksessa hoitovastuuryhmien läheisten arvioimat erot kuormittuneisuudessaan liittyivät potilaan kykyyn huolehtia itsestään (41,9 % vs. 21,1 %)($p=0,018$), lääkkeitään ja hoidoistaan (39,5 % vs. 28,9 %)($p=0,002$), potilaan päihteiden käytöstä (44,2 % vs. 31,6 %)($p=0,096$), muista ihmissuhteista (41,9 % vs. 36,8 %)($p=0,091$), ja käyttäytymisestä julkisella paikalla (20,9 % vs. 15,8 %)($p=0,035$). TKTR:n hoitovastuulla olevien potilaiden läheiset olivat myös vähemmän tyytyväisiä potilaan kiinnostuksesta ympäristön tapahtumiin (39,5 % vs. 76,3 %)($p=0,002$) ja kykyyn selviytyä hätätilanteista (55,8 % vs. 89,5 %)($p<0,001$) kuin yhden työntekijän hoitovastuulla olevien potilaiden läheiset.

4.8.5 Potilaiden sairaalahoidot

TKTR:n hoidossa olevista potilaista alle kolmanneksella (21,3 %) ei ollut sairaalahoidonjaksoja seuranta-aikana. (taulukko 28) Yhden työntekijän hoitovastuuryhmän potilaista yli puolella (55,0 %) ei ollut sairaalahoidonjaksoja. TKTR:n hoidossa olevien potilaiden sairaalahoidonajat olivat enemmistöllä (61,7 %) potilaista alle kaksi kuukautta. Yhden työntekijän hoitoryhmän potilaista alle kolmanneksella (27,5 %) sairaalahoidonjaksot olivat alle kaksi kuukautta.

TAULUKKO 28 Potilaiden sairaalahoitoaika ja hoitajakset seuranta-aikana tapauskohtaisen työryhmän tai yhden työntekijöiden hoitovastuulla olevien potilaiden kohdalla

N 87 Hoito- aika/kk	TKTR n (%)	Yksi työn- tekijä n (%)	<i>Yhteensä</i> n (%)
Ei sairaala- hoitoa	10 (21,3)	22 (55,0)	32 (36,8)
0-1kk	20 (42,6)	5 (12,5)	25 (28,7)
2kk	9 (19,1)	6 (15,0)	15 (17,2)
3kk	4 (8,5)	4 (10,0)	8 (9,2)
4kk	4 (8,5)	3 (7,5)	7 (8,1)
<i>Yhteensä</i>	47 (100,0)	40 (100,0)	87(100,0)
Ei sairaala- hoitoa	10 (21,3)	22 (55,0)	32 (36,8)
Yksi hoito- jakso	17 (36,1)	7 (17,5)	24 (27,6)
Kaksi hoi- tojaksoa	10 (21,3)	8 (20,0)	18 (20,7)
Kolme hoitajaksoa	10 (21,3)	3 (7,5)	13 (14,9)
<i>Yhteensä</i>	47(100,0)	40 (100,0)	87(100,0)

Tapauskohtaisen työryhmän hoidossa olevista potilaista hieman yli puolet (51,1%) kärsi mielialahäiriöstä, yhden työntekijän hoidossa heitä oli enemmistö (75,0 %). TKTR:n hoidossa (n=47) oli (F20-F29) skitsofrenia tai skitsotyyppinen häiriö ryhmän potilaita hieman alle puolet (44,7 %) ja yhden työntekijän hoidossa (n=40) heitä oli 20,0 %. TKTR:n olevilla potilailla oli useampia hoitajaksoja. Hieman yli kolmanneksella potilaista (36,1 %) oli yksi hoitajakso, vastaava luku yhden työntekijän hoidossa oli 17,4 %. Pidemmät hoitoajat painottuivat skitsofrenia tai skitsotyyppinen häiriö ryhmän potilaille samoin kuin useammat hoitajakset. Hieman alle puolella (41,4 %) potilaista oli kaksi hoitajaksoa seuranta-aikana. Kolmesta neljään hoitajaksoa oli hieman alle kolmanneksella (27,6 %) potilaista. Mielialahäiriöryhmän potilaista puolella ei ollut sairaalahoitajaksoja ja hieman alle puolella (48,1 %) potilaista oli yhdestä kahteen hoitajaksoa seuranta-aikana.

Potilaista, joilla oli sivudiagnoosina päihdehäiriö, vain 14,8 %:lla ei ollut seuranta-aikana sairaalahoitajaksoja. Tästä ryhmästä TKTR:n hoitovastuulla oli enemmistö (75,0 %). Kaikilla potilailla, joilla oli sivudiagnoosina persoonallisuushäiriö, oli sairaalahoitajaksoja. Tästä ryhmästä TKTR:n hoitovastuulla oli suurin osa (64,3 %). Tapauskohtaisen työryhmän hoitovastuulla olevista potilaista kuoli yksi potilas somaattiseen sairauteen. Yhden työntekijän hoitovastuuryhmässä kuoli kolme potilaista, joista yksi potilas kuoli somaattiseen sairauteen ja kaksi teki itsemurhan.

5 POHDINTA

5.1 Tutkimuksen lähtökohdat, tavoitteet ja hypoteesit

Tutkimuksessa kuvattiin Kainuun sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian tulosalueelle (myöhemmin: Kainuun maakuntakuntayhtymän aikuispsykiatrian vastuualueelle) 1.11.2004 -31.10.2005 välisenä aikana hoitoon tulleiden potilaiden tarpeenmukaisen hoidon muotoutumista ja hoidon tuloksia, kun hoidossa sovelletaan Kainuun sairaanhoitopiirin toimintakäsikirjan suosittelemaa tarpeenmukaista lähestymistapaa.

Tutkimuksessa pyrittiin kuvaamaan potilaan toimintakyvyn muutosta ja potilaan saamaa psykiatrista hoitoa puolen vuoden seuranta-aikana. Toimintakyvyn arviointia tehtiin useista eri näkökulmista: potilaan ja läheisten tekemät arviot, ammattilaisten tekemät arviot sairauskertomustiedoista sekä tutkijan tekemä arvio. Lisäksi on arvioitu läheisen kuormittuneisuutta.

Näistä lähtökohdista voitiin laatia seuraavat hypoteesit:

Hypoteesi 1: *Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely mahdollistaa potilaan paremman toimintakyvyn ja vastaavasti alkuselvittely ilman läheisten läsnäoloa saa aikaan huonomman toimintakyvyn.*

Hypoteesi 2: *Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely mahdollistaa läheisten kuormittuneisuuden vähentymisen.*

Hypoteesi 3: *Hoidon integraation toteutuminen mahdollistaa potilaan paremman toimintakyvyn kuin ilman integraatiota toteutettu hoito.*

Hypoteesi 4: *Hoidon integraation toteutuminen mahdollistaa läheisten kuormittuneisuuden vähentymisen.*

Hypoteesi 5: *Läheisten säännöllisen hoitoon osallistuminen (perhehoito) mahdollistaa potilaan toimintakyvyn kohentumisen enemmän kuin yksilökeskeisesti hoidettujen potilaiden.*

Hypoteesi 6: *Läheisten säännöllinen hoitoon osallistuminen (perhehoito) vähentää läheisten kuormittuneisuutta enemmän kuin yksilöhoitona toteutettu hoito.*

Hypoteesi 7: *Tapauskohtaisessa työryhmässä hoidettujen potilaiden toimintakyky kohentuu enemmän kuin yhden työntekijän hoitovastuulla toteutettu hoito.*

Hypoteesi 8: *Tapauskohtaisessa työryhmässä hoidettujen potilaiden läheisten kuormitus vähenee enemmän kuin yhden työntekijän hoitovastuulla toteutetussa hoidossa.*

Tutkimustuloksia pyrittiin integroimaan, jotta potilaan kokonaistilanteesta saataisiin myös kliinistä hoitotoimintaa hyödyttävä kuvaus. Tutkimuksen tuloksia tarkasteltiin laajemmin, kuin pelkästään tilastanalyysin tuottamien p-arvojen mukaan. Kyse on siis kuvauksesta, ei sellaisesta vaikuttavuustutkimuksesta, joka pyrki kausaalisuhteitten tavoitteluun; kausaalitutkimusta pyritään toteuttamaan projektin myöhemmissä vaiheissa. Kausaalitutkimus sinänsä on erityisen ongelmallista tarpeenmukaisen lähestymistavan yhteydessä, koska lähestymistavan keskeiset periaatteet korostavat hoitoprosessin itseään säätelevää joustavuutta ja hoitoa olisi toteutettava joustavasti potilaan hoitoprosessin aikana muuttuviin tarpeisiin mukautuen.

Seuranta-aika oli lyhyt, puoli vuotta hoitoon tulosta. Kuitenkin puolen vuoden aikana sekä potilaan toimintakyvyssä että läheisten kuormittuneudessa tapahtui paljon muutoksia.

5.2 Tiivistelmä tuloksista

5.2.1 Potilaiden taustatiedot

Tutkittuja potilaita oli yhteensä 98. Heitä hieman yli puolet oli naisia ja 18–24 –vuotiaiden naisten osuus oli suurempi kuin miesten. Potilaitten ikäjakauma vastasi suunnilleen Suomessa psykiatrista erikoissairaanhoidoa käyttävien ikä- sekä sukupuolijakaumaa: yhtä paljon sekä miehet että naiset. Työikäisistä ja lapsista suurempi osa potilaista on miehiä ja poikia, kun taas vanhemmissa ikäryhmissä sekä 15–25-vuotiaissa naisten osuus hoidetuista potilaista on suurempi (THL, 2012).

Parisuhteessa (avo- tai avioliito) eli kolmannes potilaista, heistä miesten osuus oli alle puolet. Melkein kaikilla parisuhteessa elävillä potilailta oli diagnosoituna mielialahäiriö. Parisuhteessa jossakin aikaisemmassa elämänvaiheessa asuneiden osuus (asumuserossa olevat, eronneet ja leskeksi jääneet) oli niin ikään kolmannes tutkimusjoukosta, heistä miesten osuus oli myös alle puolet. Naimattomien osuus oli samoin kolmannes; heistä miesten ja naisten osuudet jakautuivat puoleksi.

Joutsenniemen (2007) mukaan avioliitossa eläviin verrattuna yksin tai muiden kuin puolison kanssa asuvilla oli korkeampi kuolleisuus, huonompi

mielenterveys sekä yleisemmin epäterveellistä alkoholinkäyttöä. Yksin elävät sekä naiset että miehet olivat myös tässä tutkimuksessa huonoimmassa asemassa kaikilla mittareilla tarkasteltuna. Huono-osaisuus korostui myös ammatillisen koulutuksen ja työllistymishistoriassa: Kolmasosalla potilaista ei ollut ammatillista koulutusta ja ammattikurssin tai alemman keskiasteen tutkinnon oli suorittanut vähän yli puolet potilaista. Potilaista yli puolet oli työelämän ulkopuolella ja yli puolella potilaista oli nettoansio alle 600€ kuukaudessa. Palkkatulon varassa eli kolmasosa potilaista, he eivät olleet sairauslomalla tai työttömänä.

Suurimmalla osalla potilaista oli kuitenkin ammatillinen koulutus. Potilaiden toimintakyky tältä osin on siis ollut jossakin vaiheessa hyvä, koska he ovat hankkineet ammatin itselleen. Työllistyminen Kainuussa on kuitenkin heikkoa. Jos ei halua eikä kykene muuttamaan muualle, työtä on hankala saada. Lisäksi monen potilaan kohdalla muutto olisi vaikuttanut siihen, että hankalassa elämäntilanteessa tukena olevat läheiset olisivat jääneet eri paikkakunnalle.

Keltikangas-Järvisen (2000) mukaan elämänhallinnalla tarkoitetaan ihmisen pyrkimystä muuttaa sellaisia ulkoisia tai sisäisiä olosuhteita, jotka hän arvioi itselleen liian rasittaviksi tai voimavaransa ylittäviksi. Ulkoisessa elämänhallinnassa ihminen ei koe voivansa itse vaikuttaa omaan elämäänsä, vaan hänestä tuntuu, että hänen elämäänsä ohjaavat erilaiset sattumat, muut ihmiset ja tapahtumaketjut. Roosin (1981) mukaan ulkoiseen elämänhallintaan vaikuttaa sukupolvi, sukupuoli, koulutus ja ammatti, sillä aineellisesti ja henkisesti turvattu asema helpottaa ulkoisen hallinnan toteutumista. Raitasalon (1995) mukaan ulkoinen elämänhallinta on välineellistä käyttäytymistä, jonka pyrkimyksenä on vaikuttaa elintasoon ja muihin olosuhdetekijöihin niin, että ne vastaavat entistä paremmin yksilön omia tavoitteita ja tarpeita.

Tämän tutkimuksen kohteena olleitten potilaiden mahdollisuus vaikuttaa omaan ulkoiseen elämänhallintaansa muun muassa toimeentulon, työn ja asumisen suhteen oli huono. Heidän kohdallaan korostui laaja-alainen huono-osaisuuden kasautuminen. Tämä potilaitten sosiaalinen tilanne vastasi muun muassa Aukeen (2013) tutkimusta, joka osoitti vahvan riippuvuuden alhaisen sosiaalisen aseman ja korkean sairastavuuden ja kuolleisuuden välillä. Samalla se osoitti psykiatristen potilaitten kaikkien sosiaalisten perustoimintakykyjen toteutumisen (Nussbaum, 2007) heikkouden, jolloin tarpeenmukainen lähestymistapa itse asiassa edellyttää oirekeskeistä psykiatrista hoitoa laajempaa hoidon tarvetta. Siksi psyykkisen hoidon on oltava laaja-alaisempaa kuin pelkästään oireisiin kohdentuvaa, jotta potilaan oma elämänhallinta vahvistuisi.

Diagnostisesti tutkimusjoukko (N 98) oli heterogeeninen. Alkumittauksessa 30,6 %:lla oli päädiagnoosina psykoottinen häiriö ja 73,5 %:lla mielialahäiriö. Potilaista 33,7 %:lla oli sivudiagnoosina lääkkeiden tai päihteiden väärinkäyttö ja 16,3 %:lla persoonallisuushäiriö. Somaattinen sairaus oli 40,8 %:lla. Suurin osa (68,4 %) kaikista potilaista oli käyttänyt psyyken lääkkeitä yli puoli vuotta ja psykiatrinen monilääkitys oli 38,8 %:lla potilaista. Potilaista 63,3 % oli tullut sairaalaan päivystyksenä; ne kaikki liittyivät potilaan itsetuhoisiin ajatuksiin tai

itsemurhayrityksiin. Alkumittauksen jälkeen tutkimusjoukosta kuoli neljä potilasta, kaksi somaattiseen sairauteen ja kaksi teki itsemurhan.

Päihdehäiriöitä esiintyy noin 40–80%:lla skitsofreniapotilaista, ja myös ne vaikuttavat oleellisesti hoidon toteutumiseen ja ennusteeseen. (Suvisaari ym., 2009). Tässä tutkimuksessa 30,0 %:lla skitsofreniapotilaista oli myös päihdehäiriö. Sorvaniemen ja Hintikan (2005) mukaan Suomessa päihdehäiriön esiintyvyys yhdessä kaksisuuntaisen mielialahäiriön kanssa oli 11,0 % ja haastattelututkimusten perusteella 29,0 % (Mantere ym., 2006). Terveys 2000 -aineistossa samanaikainen päihdehäiriö esiintyi 15 %:lla mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöstä kärsivistä (Pirkola ym., 2005). Tässä tutkimuksessa samanaikainen esiintyvyys oli huomattavan yleistä: 33,7 %:lla potilaista oli samanaikainen päihdehäiriö.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön kanssa esiintyy yhtä aikaa muita kliinisesti merkittäviä mielenterveyshäiriöitä kuten ahdistuneisuus-, tarkkaavaisuus-, päihde- ja persoonallisuushäiriöitä (Leinonen & Kampman, 2010). Tässä tutkimuksessa mielialahäiriö oli päädiagnoosina 73,7 %:lla kaikista potilaista ja persoonallisuushäiriö oli sivudiagnoosina 16,3 %:lla kaikista potilaista. Heistä miehiä oli yli puolet. Persoonallisuushäiriöpotilaista melkein kaikilla 87,5 % (n=16) potilailla oli päädiagnoosina mielialahäiriö. Mantereen ym., (2006) suomalaisessa aineistossa persoonallisuushäiriö todettiin 40,0 %:lla, joista runsaalla puolella oli epävakaata persoonallisuushäiriö.

Erityisesti somaattisen sairastavuuden ja lääkkeitten ja päihteitten käytön yleisyys viittaa taas edellä kuvatun huono-osaisuuden kasautumiseen. Naiset sairastivat enemmän somaattisesti. Somaattisista sairauksista yleisin diagnoosi oli nivelsairaus tai pehmytkudossairaus. Skitsofreniapotilailla on tutkimusten mukaan sydän- ja verisuonisairauksia sekä diabetesta enemmän kuin väestöllä yleensä (Heiskanen ym., 2010). Viertiön ym., (2012) mukaan skitsofreniaa ja muita ei-mielialaoireisia psykooseja sairastavalla on yleisväestöä useammin metabolinen oireyhtymä, tyypin 2 diabetes, sairastettu sydäninfarkti sekä heikentynyt luuston terveys. Tässä tutkimuksessa sydän- ja verisuonisairauksien sekä diabeteksen osuudet jäivät pieniksi. Voi olla mahdollista, että potilaiden somaattinen terveydentila on jäänyt osin tutkimatta. Tätä vahvistaa se, että tutkimusjoukosta kuoli seuranta-aikana kaksi potilasta yllättäen sydäninfarktiin.

Skitsofreniaa sairastavilla liikkumiskyky on yleisväestöä heikompi. Myös Korniloffin (2013) tutkimuksen mukaan terveyteen liittyvät riskitekijät kasaantuvat henkilöille, joiden fyysinen aktiivisuus on vähäistä. Potilaitten nivel- ja pehmytkudossairaudet ovat osaltaan voineet vaikuttaa siihen, että heidän liikkumisessaan julkisilla paikoilla ja ihmissuhteiden hoitamisessa oli toiminnallista vajetta. Toisaalta melkein kaikilla potilailla oli jokin liikuntaan liittyvä harrastus. Vaikka kaksi kolmasosaa potilaista koki somaattisen sairauden hankaloittavan huomattavasti jokapäiväistä elämää ja he arvioivat sairauden olevan jopa vaikea-asteista, se ei estänyt heitä harrastamasta. Toisin sanoen huono-osaisuuden kasautuminen ei ollut yksiselitteistä: somaattinen ja psyykinen sairastaminen ei eristänyt useimpia potilaita omaan elämään liittyvältä nautit-

tavuudelta. Harrastusten yleisyys viittaa myös siihen, että se monien potilaitten kohdalla tuki heidän muuten haurasta identiteettiään.

Viertiön ym., (2012) mukaan psykoosisairauksista kärsivät ilmoittivat parempaa elämänlaatua omana kokemuksenaan kuin objektiivisesti oli havaittavissa. Yhtenä syynä Viertiön mukaan voi olla kroonisiin sairauksiin liittyvä sopeutuminen. Tässä tutkimuksessa alkuhaastattelussa melkein kaikki potilaat olivat tyytymättömiä terveydentilaansa, eikä mitään myönteistä muutosta ollut tapahtunut 49,0 % potilaiden mielestä viimeisen puolen vuoden aikana. Tämä mahdollisesti viittaa siihen, ettei muu huono-osaisuus ole peittänyt sairastamisen aiheuttamaa kärsimystä, asiointi joka saattaa paradoksisesti olla myös hoitomyöntyvyyttä lisäävä.

Mutta toisaalta masennusoireet ovat tärkein huonon elämänlaadun määrittäjä kaikissa psykoosisairauksissa Viertiön ym., (2012) mukaan. Tässä tutkimuksessa masennus ilmeni aloitekyvyttömyytenä ja aktiivisuuden puutteena sekä itsetuhoajatuksina ja yrityksinä. Tutkimusaineistosta alkuhaastattelussa yli puolet (63,3 %) potilaista ilmoitti ajatelleensa ja yrittäneensä itsemurhaa. Potilaiden itsetuhoisuus oli suurin sairaalaan tulossyy päiväystyksellisesti.

Toisin sanoen kokonaiskuva sävyttää ristiriitaisuus sosiaalisen huono-osaisuuden kasautumisen, harrastuksina näkyvän aktiivisuuden, omaan terveydentilaan liittyvän jatkuvan tyytymättömyyden ja masentuneisuuden kesken. Tarpeenmukaisen hoidon suhteen se tekee edelleen sosiaalisen ja psykologisen kokonaiskuvan saamisen erityisen monimuotoiseksi, jolloin lineaarisluonteisten kausaalisten yhteyksien sijasta korostuu rihmastomainen kokonaisuus.

5.2.2 Tutkimuksen hypoteesien toteutuminen

5.2.2.1 Ensimmäinen hypoteesi

Hypoteesi toteutui osittain. Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely mahdollisti osan potilaista parempaa toimintakykyä ja elämänhallintaa

Tarpeenmukaisen hoidon lähtökohta on hoitoontulotutkimus, jonka keskeisin osa toteutuu hoitokokousten yhteydessä. Tätä alkutilannetta kutsutaan laaja perhe- ja verkostokeskeiseksi alkuselvittelyksi (Alanen, 1997; Alanen, ym., 1986; Tuori, 1988). Perhekeskeisissä hoitokokouksissa huomioidaan myös lasten tilanne ja tuen tarve, kun vanhemmalla on vaikea mielenterveyden häiriö. Selvittelyn kuluessa määritellään tarpeenmukainen hoidon tarve, hoito ja muiden palveluiden tarve. Kun kartoitukset suoritetaan huolellisesti, voidaan tarvittava ja tarpeenmukainen hoito aloittaa tai olla aloittamatta perusteltuna niin hoitavien henkilöiden kuin potilaan ja perheenkin kannalta.

Tässä tutkimuksessa laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittelyryhmän potilaiden toimintakyky parani seuranta-aikana, vaikka kaikilla ryhmän potilailla oli aikaisempi psykiatrinen hoitajakso ja potilaiden terveydentilan negatiiviset muutokset olivat kestäneet pitkään. Ryhmän potilaiden terveydentila koheni, vaikka alkumittauksessa ryhmän potilailla oli enemmän ongelmia alkoholin, lääkkeiden ja huumeiden käytössä kuin laaja perhe- ja verkostokes-

keinen alkuselvittely ei toteutunut ryhmän potilailla. Potilaiden itsetuhoisuus väheni seuranta-aikana molemmissa ryhmissä.

Molemmissa ryhmissä potilaiden tyytyväisyys terveydentilaansa koheni, kuitenkin hieman enemmän sinä ryhmässä, missä laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely ei toteutunut. Toisaalta läheiset arvioivat potilaan toimintakyvyn muuttuneen paremmaksi kyvystä huolehtia sosiaalisia suhteita ja kiinnostuksesta ympäristön tapahtumiin laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely toteutunut ryhmän potilailla. Jos laajaa alkuselvittelyä ei tehty, potilaan tilanteessa ei läheisten arvioimana tapahtunut juurikaan suhteellista muutosta seuranta-aikana.

Laaja perhe- ja verkostokeskinen alkuselvittely toteutui huonosti, vain 16,3 %:lle (n=16) kaikista potilaista tehtiin laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely. Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely ei toteutunut -ryhmässä oli enemmän naisia, parisuhteessa eläviä ja potilaita, joilla oli omia lapsia. Nämä potilaat ohjautuivat pääsääntöisesti yksilöhoitoon yhden työntekijän hoitovastuulle.

Potilaiden psykiatriseen hoitoon tulosyö oli pääsääntöisesti oma psyykkinen terveydentila. Itsemurhaa yrittäneet ja ajatelleet potilaat olivat suurin ryhmä ja heistä kaikki tulivat hoidon tarpeen arvioon päivystyksellisesti. Kielteiset muutokset terveydentilassa olivat tapahtuneet useimmiten yli puoli vuotta sitten. Tätä ei kuitenkaan voi yksiselitteisesti pitää hoitamattoman periodin (Duration of Untreated Period, DUP) pituutena, koska tässä tutkimuksessa ei saatu riittävän tarkkaa tietoa potilaiden alkamisoireitten vaikeudesta ja ulottuvuudesta. Potilaista hieman yli kolmasosa arvioi kokonaiselämäntilanteensa erittäin hankalaksi ja vaikeaksi ja suurin osa ilmoitti, ettei tule toimeen ilman muiden apua. Tämä viittaa siihen, että ainakin nämä potilaat ovat myös sosiaalisesti erityisen vammautuneita.

Päivystystoimena tehtävät kotikäynnit ovat yksi tapa aloittaa potilaan tutkimukset ja hoito. Kotikäyntien etuna on se, että niiden avulla saadaan todellisempi kuva potilaan elämäntilanteesta. Ne parantavat potilaan ennustetta ja luovat myös pohjaa myöhemmälle yhteistyölle potilaan ja hänen perheensä kanssa (Budd & Hughes 1997). Päivystystoimena tehtäviin kotikäynteihin on mahdollisuudet niissä hoitoyksiköissä, joissa kotikäynnit ovat osa hoitokulttuuria (Räsänen & Moring 2002). Tässä tutkimuksessa ei tehty päivystyksellisiä kotikäyntejä hoitontulovaiheessa, mutta hoidon aikana kotikäynnit toteutuivat osittain sekä yksilö- että perhehoidossa.

Päivystyksellinen sairaalaantulo voi kuvastaa sitä, että Kainuun virkaaikainen terveydenhuoltojärjestelmä ei vastaa potilaiden hoidon jo aikaisemmin alkaneeseen tarpeeseen. Päivystyksellinen hoidontarpeen arviointi ei toteutunut tarpeenmukaisen hoitomallin mukaisesti. Tämän tutkimustulosten perusteella voi todeta, että potilaiden hoitomuodon ja hoitovastuun valinta ei perustunut potilaan aikaisempaan toimintakyvyn muutokseen vaan päivysajankohdan toimintakyvyn ja elämäntilanteen arviointiin. Tämä tilanne pyrki, jälkikäteen tehdyn arvion perusteella, johtamaan siihen, että potilaat ohjautuivat satumanvaraisesti perhe- tai yksilöhoitoon.

Tarpeenmukaisen hoidon hoitomallin mukaisesti edetään laaja-alaisemmasta, perhe- ja verkostokeskeisestä hoitomuodosta spesifisempään, yksilökeskeisempään hoitoon siinä tilanteessa, kun on arvioitu pidempi hoidon tarve. Hoitomuodon valinta ja eri hoitojen toisiinsa yhdistäminen perustuu aina tapauskohtaiseen, tarvittaessa muutettavaan hoitosuunnitelmaan (Alanen, 1997; Alanen ym., 1986). Hoitosuunnitelman tekeminen on myös määritelty lakisäteisesti muun muassa mielenterveys-, potilas- ja terveydenhuoltolaissa. Sairauskertomustietojen perusteella hoitosuunnitelman tekeminen oli jäänyt vaillinaiseksi ja hoidon konkreettiset tavoitteet olivat useimmiten jääneet kirjaamatta. Tarpeenmukainen hoito sisältää myös mahdollisuuden olla hoitamatta lainkaan. Tässä tutkimuksessa kaikkien hoidon tarpeen arvioon tulleiden potilaiden hoito jatkui suunnitellusti puolen vuoden seuranta-ajan.

Api-projektin tulokset osoittivat, että 1) *varhainen, perhekeskeinen interventio mahdollisimman nopeasti potilaan tultua hoitoon*, 2) *ryhmätyöskentely potilaan, hänen perheensä ja sosiaalisen verkostonsa kanssa hoitoprosessin alusta alkaen*, 3) *hoidon psykologisen jatkuvuuden takaaminen ja erilaisten hoitomenetelmien jatkuva integroiminen yhteen koko hoitoprosessin ajan* ja 4) *moniammatillisten psykoosityöryhmien toiminta* vaikuttivat myönteisesti potilaan toimintakyvyn kohentumiseen ja myös siihen, että potilas ei tarvinnut sairaalahoitoa.

Tässä tutkimuksessa hoidon tarpeen arvioon tulleiden potilaiden hoidot jatkuivat tutkimuksen seuranta-ajan. Yhtään hoitoa ei lopetettu seuranta-aikana. Mutta hoitoon ohjautuminen ei vastannut kaikilta osin potilaiden elämäntilanteen ja toimintakyvyn edellyttämää tarvetta. Yksilöhoitossa ja yhden työntekijän hoitovastuu - ryhmässä laaja perhe ja verkostokeskeinen alkuselvittely toteutui harvoin, myös silloin, kun tämän ryhmän potilaat elivät parisuhteessa ja heillä oli omia lapsia. Silloin kun laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely toteutui, myös hoidon muu integraatio ja perhehoito toteutuivat useammin ja sen yhteys potilaan toimintakyvyn kohentumiseen jo puolen vuoden seuranta-aikana oli ilmeinen.

Yksilöhoitoon ohjautui enemmän potilaita kuin perhehoitoon, vaikka tutkimusaineistosta parisuhteessa elävien potilaiden osuus oli kolmannes ja koko tutkimusaineiston potilaista yli puolella potilaista oli omia lapsia. Potilailla oli myös paljon kokemuksia vaikeista perheeseen liittyneistä elämäntilanteista. Omia puolisoita, lapsia, sisaruksia ja vanhempia oli sairastunut psyykkisesti ja somaattisesti, heitä oli myös kuollut ja läheiset kokivat kuormittavana potilaan kyvystä selviytyä parisuhteestaan ja lasten hoitamisesta.

Useiden tutkimusten mukaan toimiva verkosto pitää yllä terveyttä ja toimii puskurina stressiä ja vastoinkäymisiä vastaan. (Kauranen, ym; 2000; Klefbeck & Ogden, 1992). Tässä tutkimuksessa yli puolella potilaista oli hyviä ystäviä. Mutta potilaiden läheisverkoston tuki jäi vähäiseksi, koska he eivät olleet kytkeytyneet potilaan hoitoprosessiin. Hoitokokouksiin osallistui pääsääntöisesti viranomaisverkostoa. Kuitenkin jo vuonna 1985 Lääkintöhallituksen julkaisemassa tarpeen mukaiseen hoitomalliin perustuvassa ns. hyvän hoidon mallissa painotettiin hoidon alussa ensisijaisena hoitona potilaan laaja-alaista sosiaalista tukemista. Tällä tarkoitettiin myös muuta kuin viranomaisverkostoa.

Tutkija sai perhe- ja kasvuympäristöön liittyvät tiedot haastattelemalla potilaat ja heidän läheisensä. Edellä kuvattuja tietoja ei ollut sairauskertomuksissa kuin toisinaan hajanaisesti ilmaistuna. Tämän vuoksi hoidon jatkuvuuden turvaaminen myös sairauskertomusten avulla on tärkeää, koska työntekijöiden vaihtuvuus saa aikaan katkeamia hoitoprosessissa eikä hoitoon kytkeytyneille työntekijöille muodostu yhteisten keskustelujen kautta käsitystä potilaan ja hänen läheistensä kokonaistilanteesta eikä tuen tarpeesta.

Kotikäynneillä tehdyt haastattelut antoivat tutkijalle myönteisen kuvan potilaan ja läheisten vahvuuksista. Potilaat ja läheiset keskustelivat mielellään merkittävistä elämäntapahtumista ja elämästään yleensä. Heillä itsellään oli myös käsitys siitä, että tietyt asiat olivat erityisesti kuormittaneet heitä. Samalla vahvistui myös Falloonin (1995) ajatus siitä, että mielenterveyden häiriöiden oireet puhkeavat silloin, kun yksilöllinen haavoittuvuuden ja elämäntapahtumiin liittyvien stressitekijöiden kuten oma työttömyys, avioero tai läheisen sairastuminen yhteisvaikutus ylittää kunkin yksilön biopsykososiaalisen sopeutumiskyvyn. Tätä ei useinkaan ollut mahdollista tavoittaa akuutissa hoitoonhaikutumistilanteessa, jolloin hoidon suunnittelussa ei aina nähty traumaattisia sosiaalisia ja perhetilanteeseen liittyviä ulottuvuuksia.

Kokonaisuutena nämä tutkimustulokset viittaavat siihen, ettei hoitoprosessissa toteutunut perhekeskeisyys kovinkaan suunnitelmallisesti tai laajasti eikä myöskään aikaisempien tutkimusten (lähinnä API-projektin) suositusten mukaisesti. Näin ollen ensimmäisen hypoteesin toteutuminen jäi osittaiseksi. Lisäksi tulokset osoittavat, ettei perhekeskeisyys sinänsä ole yksiselitteistä. Silloin kun perhekeskeisyys toteutui, sen tulokset olivat myönteisiä, ei kuitenkaan yksiselitteisesti parempia kuin niissä tapauksissa, joissa se ei toteutunut. Potilaitten oma tyytyväisyys omaan terveydentilaan koheni kuitenkin enemmän siinä ryhmässä, jossa ei laajaa perhekeskeisyyttä hoidon alussa toteutettu. Tämä saattaa viitata siihen, että potilaan oman toimijuuden huomioonottaminen saattaa perhekeskeisyyden korostamisessa jäädä toisinaan taka-alalle. Mutta tutkijan suorittamat potilaitten ja heidän perheenjäsentensä haastattelut kotona antoivat selvän viitteen vahvuuksista, jotka olisivat saattaneet tulla hyödynnetyiksi myös niissä tapauksissa, joissa laaja perhekeskeisyys ei toteutunut. Se, että hypoteesi toteutui vain osittain tai sen toteutumisesta ei voinut saada tarkkaa kuvaa, saattaa viitata myös siihen, ettei hoitojärjestelmää ole riittävästi ohjeistettu.

Ensimmäinen suositus: Hoitoprosessin alussa ja päivystyksellisessä tilanteessa hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä yhdessä läheisten ja muiden viranomaisten kanssa nykyistä kattavammin, kuitenkin potilaan oma toimijuus huomioon ottaen. Kokonaiselämäntilanteen kartoitus joka toteutuu parhaiten kotikäynneillä.

5.2.2.2 Toinen hypoteesi

Hypoteesi toteutui osittain. Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvitys mahdollisti läheisten kuormittuneisuuden vähentymisen.

Platt (1985) määritteli kuormittuneisuuden potilaan sairauden aikaansaamien ongelmien, vaikeuksien tai vastoinikäymisten kielteisiksi vaikutuksiksi potilaan läheisten elämään. Schenen (1990) mukaan muun muassa potilaan selviytyminen tavanomaisista kodin askareista, ihmissuhteista, raha-asioiden ja lasten hoitamisesta kuormittavat läheisiä.

Tässä tutkimuksessa läheisten kokema yleinen rasitus jatkuvasta huolenpidosta lieveni hieman, ja pääsääntöisesti he sopeutuivat tilanteeseen seuranta-aikana. Läheisten kokemus omasta elämäntilanteestaan ja terveydentilastaan oli hyvä. Tämän perusteella läheisten arviointi potilaan tilanteen aiheuttamasta kuormittuneisuudesta voi pitää luotettavana. Kokonaisuutena molemmissa ryhmissä seurantamittauksessa tilanteeseen sopeutuneiden läheisten osuus lisääntyi ja tyytymättömien osuus vähentyi.

Maurin ja Boydin (1990) mukaan kuormitus on nähty potilaan oireiden ja toimintakyvyn puutteiden heijastumisena myös hänen perheeseensä ja lähipiiriinsä useilla päivittäisen arkielämän osa-alueilla.

Kuten I hypoteesin kohdalla todettiin laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely toteutunut - ryhmän läheiset olivat tyytymättömämpiä potilaan tilanteeseen kuin ei toteutunut -ryhmän potilaiden läheiset. Seurantamittauksessa laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely toteutunut - ryhmän läheisten tyytyväisyys kuitenkin lisääntyi potilaan kyvystä selviytyä kodinhoidosta, lasten hoitamisesta, ihmissuhteista, potilaan aloitekyvystä ja aktiivisuudesta sekä potilaan potilaiden päihteiden käytössä ja itsetuhokäyttäytymisessä.

Saaren (2002) tutkimuksen mukaan lähiomaisen kuormittuminen on tosi-asia akuutin psyykkisen sairastumisen yhteydessä potilaan diagnoosista, työskentelytavasta ja hoitopaikasta riippumatta. Perheenjäsenten tiivis mukana olo hoitokokouksissa heti hoidon alussa ja perheenjäsenten mukanaolo hoidossa myös akuutin vaiheen jälkeen helpotti vakavaan psyykkiseen sairastumiseen liittyvää läheisen kuormittuneisuutta.

Keltikangas-Järvisen (2000) mukaan elämänhallintaan pyrkiessään ihminen yrittää muuttaa olosuhteita itselleen suotuisammiksi. Elämäntapa on yksilön tai perheen elämänvaiheiden, elinolosuhteiden, arkielämän ja vuorovaikutuksen kokonaisuus. Elämäntapa muodostuu ja järjestyy ihmisen arvomaailman ja tärkeiden elämänalueiden kautta (Roos, 1981).

Läheisten sopeutuminen potilaan tilanteeseen, voi tarkoittaa myös läheisten omaa sisäistä elämänhallintaa. Potilaan hankala elämäntilanne, toimintakyvyn vajeet olivat jatkuneet pitkään ennen hoitoon tuloa. Puolen vuoden seuranta-aikana ei tapahtunut potilaan kyvyssä hoitaa ja pitää yllä sosiaalisia suhteita ja omia lapsia merkittävää positiivista muutosta. Läheisten sopeutuminen potilaan tilanteeseen on yksi heidän selviytymiskeinoistaan, etenkin kun heistä suurin osa ei ollut hoidon alussa eivätkä seuranta-aikana tiiviisti potilaan hoidossa mukana.

Jos tutkimukseen osallistuneet läheiset olisivat osallistuneet laaja perhe- ja verkostokeskeiseen alkuselvittelyyn ja olisivat olleet tiiviisti mukana potilaan hoidossa puolen vuoden seuranta-aikana, heidän kuormittuneisuutensa olisi

saattanut vähentyä enemmän eikä niinkään muuttua tilanteeseen sopeutumiseksi.

Tässä tutkimuksessa melkein kaikilla potilailla oli läheinen, joka välitti potilaasta ja oli hänelle tukena hänen vaikeassa elämäntilanteessaan. Tämä merkitsee sitä, että laajalla perhekeskeisyydellä ei ollut tässä mielessä toteutumiseista. Turun skitsofreniaprojektin tulokset osoittivat perheenjäsenten asenteiden tärkeyden potilaiden ennusteeseen. Jos potilaalla oli yksi empaattinen läheinen, se vaikutti myönteisesti potilaan toimintakyvyn kohentumiseen.

Läheiset osallistuivat puolen vuoden aikana kahteen tutkimushaastatteluun kotikäynnillä. Haastattelun aikana he halusivat myös tietoa psyykkisistä sairauksista. Tällä saattaa olla merkitystä tutkimustulokseen, jos näitä tutkimushaastatteluja ei olisi ollut, suurin osa läheisistä ei olisi voinut tuoda julki omia ajatuksiaan omasta tilanteestaan. Tämä viittaa siihen, että omaisten kokemus rasitus saattaa olla myös yhteydessä riittävän tiedon puutteeseen mielenterveyshäiriöistä ja niitten hoidosta.

Toinen suositus: Potilaan läheisten mukaan ottaminen hoitoprosessiin heti potilaan tultua mielenterveyspalveluihin, heidän tukemisensa sekä asenteiden, tunteitten, empatian että tiedon tasolla on tärkeää. Tukeminen potilaan ja läheisten kotiympäristössä on kuitenkin usein edellytys näitten toteutumiselle.

5.2.2.3 Kolmas hypoteesi

Hypoteesi toteutui osittain. Hoidon integraation toteutuminen ei mahdollistanut potilaan parempaa toimintakykyä kuin ilman integraatiota toteutettu hoito.

Tarpeenmukaisen hoidon hoitomallissa eri hoitomuotojen yhteensovittaminen, työryhmänä työskenteleminen ja hoidon jatkuvuus ovat keskeisiä periaatteita hoidon integraatiossa. Potilaan hoidon suunnittelu, toteutus ja hoidon integrointi tapahtuu parhaiten hoitokokousten avulla (Aaltonen ym., 2000). Hoitokokouksia pidetään sekä avo- että sairaalahoidossa riittävän usein huomioiden joustavasti potilaan tilanteen muutokset. Olennaista on myös sairaalahoidon integroiminen avohoitoon, jotta yhden hoidon periaate toteutuu. Hoitokokouksessa tehdään hoidollisia päätöksiä. Myös se, että päätöksiä ei tehdä vaan siedetään myös epävarmuutta, on tärkeä yhteinen sovittava asia (Aaltonen ym., 2000, 2011, Alanen, 1993; Rasinkangas, 1998; Tuori, 1987).

Tässä tutkimuksessa hoidon integraatio toteutui melkein puolella potilaista, parhaiten potilailla, jotka olivat sairaalahoidossa, tapauskohtaisen työryhmän hoitovastuulla ja perhehoidossa. Näytti myös siltä, että kun laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely prosessina jäi tekemättä, tehtiin kuitenkin nopeasti päätöksiä potilaan hoitomuodon ja hoitovastuun jakautumisesta. Hoidon integraatio toteutui osittain myös yksilöhoitossa, jossa hoidon toteuttamisesta vastasi kuitenkin tapauskohtainen työryhmä ja hoidoissa, joissa hoitovastuu oli pelkästään yhden työntekijän hoitovastuulla.

Hoitokokousten tärkeimmät tehtävät ovat Alasen (1997) mukaan potilaan elämään liittyvän informaation saaminen ja sen yhteinen jakaminen

(=*informatiivinen funktio*), terapeuttisten tarpeiden diagnosointi potilaan ja perheen psykologisen dynamiikan vuorovaikutuskeskeisen selvittelyn pohjalta (= *diagnostinen funktio*) sekä potilaan ja perheenjäsenten hoidollinen auttaminen (= *hoidollinen funktio*). Hoitokokousten tavoitteena on se, että työntekijöiden käsitykset potilaan ja perheen kokemuksista vastaisivat mahdollisimman paljon potilaan ja perheen omaa käsitystä. Hoitokokoukseen osallistuvat työntekijät pyrkivät rakentamaan eräänlaista yhteisen kokemuksen tilaa, hoitoprosessia ohjaavaa jaettava mielikuvaa (Aaltonen & Rökköläinen, 1994).

Vuokila-Oikkonen (2002) määrittelee hoitokokouksen yhteistyöneuvotteluksi, mikä perustuu yhteistoiminnallisen hoidon lähtökohtiin, jossa valta ja vastuu ovat jaettu siihen osallistuvien kesken. Hoitokokous sanan sijasta käytetään paljon hoitoneuvottelu tai hoitosuunnitelman tarkistus -ilmaisua. Tällöin voi kuitenkin käydä niin, että hoitokokouksen perusfunktiot jäävät toteutumatta. Keskustelu voi muuttua asiantuntijalähtöiseksi, missä potilaan ja läheisten rooli korostuu tiedon antajana ja tiedon vastaanottajana.

Tässä tutkimuksessa suurin osa hoidossa mukana olleista läheisistä kokivat, etteivät he olleet omasta mielestään riittävästi hoidossa mukana. Tarpeenmukainen hoitomalli, avoimen dialogin hoitomalli, hoidon integraatio ja postmoderni yhteistoiminnallinen näkökulma kuitenkin edellyttäisivät, että työntekijät keskustelevat ajatuksistaan yhdessä potilaiden ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa; yhteisen keskustelun kautta syntyy yhteinen ymmärrys, joka auttaa potilasta ja hänen perhettään (Aaltonen ym., 2002; Alanen, 1971, 1991, 1997; Anderson, 1986; Rasinkangas, 1998; Saari, 2002; Seikkula, 1991). Usein hoidon jatkuvuudessa esiintyy ongelmia silloin, kun potilaan hoito siirtyy toiseen hoitopaikkaan. Kun tapauskohtaisen työryhmän jäsenet siirtyvät potilaan mukana paikasta toiseen, ei tällaista ongelmaa pääse syntymään. Myös tässä tutkimuksessa hoidon integraatio toteutui parhaiten tapauskohtaisen työryhmän hoitovastuulla olevien potilaiden kohdalla.

Hoidon integraatio toteutunut -ryhmään ohjautui enemmän psykoottisen diagnoosin saaneita potilaita sekä, GAS arvion mukaan, enemmän niitä, joilla oli huono toimintakyky. GAS-arviossa painottuvat potilaiden psyykkiseen terveydentilaan liittyvät oireet, mutta siinä on myös huomioitu potilaan elämäntilanteeseen liittyviä asioita. Sairauskertomustietojen perusteella näyttää siltä, että elämäntilanteeseen liittyvät asiat jäivät herkästi toissijaiseksi, kun arvioitiin potilaan tarpeenmukaista hoitoa. Pääpaino arvioinnissa oli potilaan oireissa kuten itsetuhoisuudessa ja todellisuuden tajun huonontumisessa. Tässä tutkimuksessa potilaiden diagnoosit löytyivät sairauskertomustiedoista, mutta elämäntilanteeseen liittyviä tietoja oli niukasti. Elämän hallintaan liittyvät asiat tutkija selvitti haastatteluissa.

Hoidon integraatio toteutunut -ryhmässä oli enemmän potilaita, joilla oli psykoottinen häiriö kuin ryhmässä, jossa integraatio ei toteutunut. Näillä potilailla oli myös enemmän toimintakyvyn ongelmia alkoholin, lääkkeiden ja huumeiden käytössä, somaattisia sairauksia sekä itsetuhoisuutta kuin ei toteutunut -ryhmässä. Integraatio-ryhmässä oli myös enemmän potilaita, jotka olivat olleet jossakin elämän vaiheessa parisuhteessa sekä nuoria aikuisia ja ei

ammattillista koulutusta hankkineita potilaita kuin ei toteutunut - ryhmässä. Potilaiden elämänhallintaan liittyvissä asioissa oli ollut hankaluuksia jo pidempään.

Tässä tutkimuksessa hoidon integraation toteutuminen hoitokokouksissa oli mahdollistanut potilaan elämänhallintaan liittyvien asioiden tarkastelun ja riittävän tuen antamisen, koska potilaiden toimintakyky koheni hoidon integraation toteutuessa ja sai aikaan myönteistä muutosta potilaan toimintakyvyssä jo puolen vuoden seuranta-aikana, mikä on lyhyt aika huomioiden potilaiden moniongelmaisuus. Myös potilaiden itsetuhoisuus väheni huomattavasti ja potilaita siirtyi enemmän alkoholin ja lääkkeiden käytön suhteen ei ongelmia -ryhmiin. Muutos itsetuhoisuudessa on erityisen merkittävä, koska tähän ryhmään ohjautui enemmän itsetuhoisia potilaita kuin ryhmään, jossa integraatio ei toteutunut

Kokoavasti voi siis sanoa, että integraatio toteutui enemmän niille potilaille, joilla oli moniongelmaisuutta, mutta joilla toisaalta oli historiassaan psykososiaalista selviytymistä. Tältä osin potilaiden hoito toteutui tarpeenmukaisen hoitomallin pyrkimysten mukaisesti, ja samalla hypoteesi toteutui tässä potilastyhmässä.

Kolmas suositus: Potilaan palvelukokonaisuuden kartoitus ja yhteinen palvelu- ja hoitosuunnitelma on tehtävä laajan perhe- ja verkostokeskeisen alkuselvittelyn yhteydessä samoin kuin selkeä työnjako eri toimijoiden kesken. Näin varmistetaan suunniteltu hoidon integraation toteutuminen. Tämä vaikuttaa myös palveluiden kokonaiskustannuksiin alentavasti. Paljon palveluita tarvitsevilla potilailla on paljon työntekijöitä palvelu- ja hoitoprosessissa.

Neljäs suositus: Hoidon integroimiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota moniongelmaisten potilaitten kohdalla, mutta samalla on pidettävä huolta siitä, että lievemmin ongelmalliset eivät jää integraatiopyrkimysten ulkopuolelle.

5.2.2.4 Neljäs hypoteesi

Hypoteesi toteutui osittain: Hoidon integraation toteutuminen mahdollisti läheisten kuormittuneisuuden vähentymisen.

Kaikilla osa-alueilla potilaan tilanteeseen tyytymättömien läheisten osuus väheni hoidon integraatio toteutunut ryhmässä, vaikka alkumittauksessa hoidon integraatio toteutunut ryhmän läheiset olivat huomattavasti tyytymättömämpiä potilaan tilanteeseen kuin hoidon integraatio ei toteutunut ryhmän läheiset. Tämä muutos on läheisten kannalta merkittävä, koska potilaiden toimintakyvyn heikentyminen oli jatkunut pitkään jo ennen hoitoon tuloa. Potilaan kyvystä huolehtia itsestään tapahtui enemmän positiivista muutosta hoidon integraatio ei toteutunut ryhmässä. Potilaan käyttäytymisessä julkisella paikalla tyytymättömien läheisten osuus lisääntyi ei toteutunut ryhmässä.

Vaikka läheiset eivät olleet tiiviisti hoidossa mukana, hoidon integraation toteutuminen vaikutti läheisten kuormittuneisuutta alentavasti. Läheisten tii-

viimpi mukana olo olisi vaikuttanut siihen, että läheisten sopeutuneisuus tilanteeseen olisi vähentynyt ja tyytyväisyys lisääntynyt.

Viides suositus: Hoidon integraatio tarkoittaa myös läheisten integroimista potilaan palvelu- ja hoitokokonaisuuteen. Hoidon integraatio ei ole pelkästään viranomaisten keskinäistä eri palveluiden integroimista potilaan hoidossa.

5.2.2.5 Viides hypoteesi

Hypoteesi toteutui osittain. Läheisten säännöllisen hoitoon osallistuminen (perhehoito) ei mahdollistanut potilaan toimintakyvyn kohentumista enemmän kuin yksilökeskeisesti hoidettujen potilaiden.

Potilaiden kohdalla perhehoito toteutui vain kolmasosalla potilaista, vaikka melkein kaikkien potilaiden läheiset osallistuivat tutkimukseen. Tapauskohtaisen työryhmän hoitovastuulla olevilla potilailla toteutui perhehoito enemmän kuin yksilöhoito. Perhehoidossa tehtiin enemmän kotikäyntejä kuin yksilöhoitossa. Perhehoitoryhmässä oli enemmän parisuhteessa eläviä potilaita ja potilaita, joilla oli omia lapsia samoin kuin nuoria aikuisia ja alemman keskiasteen koulutuksen hankkineita potilaita. Perhehoidolla on todettu olevan myös preventiivinen vaikutus. Kun asioista keskustellaan yhdessä perheenjäsenten kanssa, perheenjäsenten ymmärrys tilanteeseen lisääntyy ja vaikeistakin asioista äänen keskusteleminen tulee helpommaksi.

Perheterapia ei eroa jyrkästi yleisestä perhekeskeisestä psykiatrisesta lähestymistavasta. Keskeistä on se, että useita perheenjäseniä tavataan samanaikaisesti. Perheterapia voi olla osa potilaan muuta hoitoa, jolloin sitä voidaan toteuttaa useissa vaiheissa eri pituisina jaksoina. Tässä tutkimuksessa potilailla oli myös muita hoitoja ja palveluita. Perhehoidossa toteutui parhaiten hoidon integraatio hoitokokouksissa, jolloin hoidossa olivat mukana potilaan hoidon kannalta olennaiset viranomaiset ja muuta verkostoa.

Perhehoidossa tavoitellaan perheen vuorovaikutuksessa olevia myönteisiä voimavaroja ja mahdollisuuksia. Perheterapiassa tarkastellaan myös yksittäisten perheenjäsenten yksilöpsykologiaa perhekokonaisuuden lisäksi. Tämä perustuu siihen, että yksilön kehitys kytkeytyy kehityksen mukana kulkevaan ja muuttuvaan vuorovaikutusverkostoon ja siinä syntyvään käyttäytymiseen ja merkityksiin. Perhehoitoryhmässä oli myös perheettömiä nuoria aikuisia. Perheterapiassa perheen määrittely ei aina noudata tavanomaisen ydinperheen määritelmää, joiden perusteella esimerkiksi rekisteri-, vero- tai sosiaaliviranomaiset määrittelevät perheen.

Tässä tutkimuksessa potilas nimesi tutkimukseen haastateltavan läheisen, joka ei ollut välttämättä ydinperheen jäsen. Perheen määritelmä on voinut vaikuttaa siihen, että työntekijät ovat voineet ajatella potilaan perheettömäksi, jos hänellä ei ole ollut niin sanottua ydinperhettä. Tämä eroavaisuus tuli esille, kun potilaat nimesivät tutkimukseen osallistuvan läheisen. Heitä oli melkein kaikilla potilailla. Perheistuntoon tulisi aina pyytää ne, jotka ovat halukkaita tulemaan. Usein paras tapa on kysyä suoraan potilalta, kenet hän haluaisi mukaan

keskustelemaan. Tuorin (1987) tutkimuksessa perheen jäsenten motivaatio osallistua yhteiskeskusteluihin oli suuri. Perheet itse olivat halukkaita lähes poikkeuksetta osallistumaan perhekeskeiseen hoitoon. Tästä voi tehdä oletuksen, että perhetapaamisiin liittyviä negatiivisia asenteita on enemmän työntekijöillä kuin perheenjäsenillä itsellään. Tämä voi osin selittää sen, että perhehoito toteutui alle puolella tutkimuspotilaista.

Potilaiden päädiagnoosi oli perhehoitoryhmässä mielialahäiriö, psykoottisten potilaiden osuus oli pienempi kuin yksilöhoidossa. Tarpeenmukaisen hoidon malli on alunperin kehitetty skitsofrenian akuutin vaiheen, erityisesti ensikertaa skitsofreniaan sairastuneiden, hoitomalliksi, mutta sen periaatteita sovelletaan myös muihin kriisitilanteisiin perheterapeuttisessa ja perhekeskeisessä hoidossa. Käytännössä tarpeenmukainen lähestymistapa toteutuu siten, että perhekeskeinen hoito aloitetaan niin pian kuin mahdollista potilaan haikauduttua hoitoon, psykoottisissa ja muissa akuuteissa vaikeissa kriiseissä mieluiten samana päivänä. Perhehoito ei toteutunut psykoottisten ja skitsofreniapotilaiden hoidossa siten, kuin tarpeenmukaisen hoidon hoitomallin suositukset ovat. Tämän tutkimuksen tulos osoittaa sen, että vaikka Kainuussa psykooseihin sairastavuus on muuta maata suurempaa, psykoosin hoidossa ei toteuteta systemaattisesti Suomessa kehitettyä tarpeenmukaista hoitoa, joka on myös Kainuun psykiatrian tulosalueen toimintakäsikirjan perustana. Stenvallin ja Virtasen (2012) mukaan sosiaali- ja terveystalveissa hoito- ja toimintakulttuurien muutokset ovat hitaita.

Perhehoidon kaikilla potilailla oli sivudiagnoosina päihde- tai persoonallisuushäiriö tai elämäntilannekriisi ja yli puolella potilaista oli somaattinen sairaus. Perheterapian keskeisiä lääketieteellisiä aiheita ovat myös sairaudet, joissa esiintyy vuorovaikutuksen alueella ilmeneviä vaikeita riippuvuusongelmia, muun muassa alkoholin ja huumeiden väärinkäyttö. Tässä tutkimuksessa perhehoitoon ohjautui hieman enemmän potilaita, joilla oli itsemurhayrityksiä. Molemmista hoitoryhmissä potilaiden itsetuhoisuus väheni, enemmän kuitenkin yksilöhoitoryhmässä. Kaikilla itsemurhaa yrittäneillä potilailla oli hoidon alussa sairaalahoitajakso, tämä on vaikuttanut osaltaan tulokseen. Perhe- ja yksilöhoito toteutuivat itsetuhoisten potilaiden kohdalla yhdessä sairaalahoidon kanssa ja sairaalahoidon pituudet vaihtelivat potilaskohtaisesti. Yksilöhoidossa hoitajaksoja oli enemmän kuin perhehoidossa. Pidemmät hoitoajat painottuivat skitsofrenia tai skitsotyypinen häiriö ryhmän potilaille samoin kuin useammat hoitajakset, joita oli enemmän yksilöhoidossa. Molemmista ryhmissä kuoli kaksi potilasta, toinen somaattiseen sairauteen ja toinen teki itsemurhan.

Perhehoidossa kotikäynnit toteutuivat hieman alle puolella potilaista ja yksilöhoidossa hieman alle kolmas osalle potilaista. Vaikka yksilöhoidossa potilaan läheiset eivät olleet hoidossa mukana, potilaan hoito toteutui myös kotikäynneillä. Kotikäynneillä asiantuntijuuden reviiiri purkautuu ja potilaan elämänhallintaan liittyvät arkipäivän asiat tulevat paremmin huomioitua. Tässä tutkimuksessa hoidon integraatio toteutui perhehoidossa hieman yli puolella potilaista ja yksilöhoidossa alle puolella potilaista. Yksilöhoidossa toteutuivat tältä osin tarpeenmukaisen hoidon periaatteet. Tämä on vaikuttanut osaltaan

yksilöhoidon myönteisiin tuloksiin, etenkin kun yksilöhoitoon ohjautui enemmän potilaita, joilla oli päädiagnoosina psykoosi.

Tässä tutkimuksessa perhehoito- ja yksilöhoitoryhmässä hoidon alussa suurin osa potilaista oli tyytymätön omaan terveydentilaansa. Hoidon aikana potilaiden tyytymättömyys terveyden tilaansa väheni molemmissa ryhmissä, kuitenkin enemmän yksilöhoitoryhmässä. Perhehoidossa tyytymättömyys ihmissuhteisiin lisääntyi hoidon aikana. Potilaan tyytymättömyys omaan perhelanteeseen väheni molemmissa ryhmissä, kuitenkin enemmän perhehoitoryhmässä. Molemmissa ryhmissä tyytymättömyys toimeen tuloon ja kasvuperheen tilaan lisääntyivät. Hoitoryhmissä ei ollut eroja potilaiden kuolleisuudessa.

Perhehoidon yhtenä tavoitteena on potilaiden lääkehoidon tarkoituksenmukaisuus osana potilaan kokonaishoitoa. Potilaiden lääkityksenä perhehoitoryhmässä oli yli puolella potilaista masennuslääke, anksiolyytti tai mielialan tasaajalääkitys ja yli puolella potilaista oli monilääkitys. Neuroleptilääkityksen ja yhden lääkkeen osuudet olivat hieman suurempia yksilöhoitoryhmän potilailla. Potilaiden lääkityksissä korostui usean eri lääkkeen yhtäaikainen käyttö. Lääkkeiden käyttöön liittyy myös haittavaikutuksia etenkin monilääkitystilanteissa. Perhehoidossa läheiset saavat tietoa myös lääkityksiin liittyvistä asioista, etenkin kun useisiin lääkkeisiin liittyy erityisseurantoja. Tässä tutkimuksessa hoidon aikana potilaiden ongelmat päihteiden, lääkkeiden ja huumeiden käytössä vähenivät perhehoitoryhmässä.

Mielenterveyspotilaiden perhekeskeisen hoidon tuloksellisuutta on tutkittu paljon ja siitä on hoidon vaikuttavuusnäyttöä kansallisesti ja kansainvälisesti. Toisaalta kansainväliset tutkimukset ovat kohdentuneet jonkin erityisryhmän hoidon vaikuttavuuteen. Ainoastaan tarpeenmukaisen hoitomalliin liittyvissä julkisen sektorin tutkimuksissa on huomioitu potilaiden kokonaistilanne, minä vuoksi tarpeenmukaisen hoidon periaatteita voi soveltaa kaikkien vaikeiden mielenterveyshäiriötä kärsivien potilaiden hoidossa.

Perhekeskeisen hoidon toteutuminen kohdennetummin esimerkiksi psykoosipotilaan hoidossa, olisi saattanut vaikuttaa puolen vuoden aikana enemmän potilaan toimintakyvyn kohentumiseen. Jokin näkymätön asia vaikuttaa siihen, että perhetyötä ei tehdä systemaattisesti mielenterveyspalveluissa. Tämä voi osaltaan liittyä työntekijöiden peruskoulutukseen. Kainuussa on toteutettu mittavia perhetyötä vahventavia täydennyskoulutuksia ja työnohjauksia. Kehittämiskulttuuri ei ole kaikilta osin muotoutunut perhetyötä tukevaksi.

Kuudes suositus: Perhekeskeisen hoidon toteuttaminen heti hoidon alkuvaiheesta alkaen huomioiden perhetyön ja muiden hoitomuotojen ajallisuus sekä kotona tapahtuva hoito.

5.2.2.6 Kuudes hypoteesi

Hypoteesi toteutui osittain. Sekä perhehoito että yksilöhoito mahdollisti läheisten kuormittuneisuuden vähentymistä.

Läheisistä vain pieni osa koki olevansa tiiviisti potilaan hoidossa mukana. Läheisten kokemus osallisuudesta voi johtua siitä, että perhetapaamisten frekvenssi on ollut liian harva tai että keskustelujen sisällöt eivät ole tukeneet perheenjäsenten kokemusta siitä, että he ovat vastavuoroisessa suhteessa työntekijöiden kanssa.

Tässä tutkimuksessa perhehoitoryhmän läheisten tyytymättömyys tilanteeseen vähentyi potilaan päihteiden käytöstä, työnteosta, parisuhteesta, muista ihmissuhteista, aloittekyvystä ja aktiivisuudesta, itsetuhokäyttäytymisestä, potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista sekä yleisestä huolenpidosta. Yksilöhoitoryhmässä tilanteeseen tyytyväisten läheisten osuus oli kuitenkin suurempi kuin perhehoitoryhmässä. Kokonaisuutena molemmissa ryhmissä tilanteeseen sopeutuneiden läheisten osuus lisääntyi ja tyytymättömien osuus vähentyi. Läheisten osallistuminen heidän toivomallaan tavalla, tiiviisti potilaan hoitoon, olisi todennäköisesti vähentänyt edelleen läheisten kuormittuneisuutta ja saanut heillä aikaan parempaa toimintakykyä, jolloin he olisivat voineet olla enemmän potilaalle tukena. Tämä olisi vaikuttanut myös potilaan toimintakyvyn kohentumiseen.

Seitsemäs suositus: Läheisten halukkuus olla tiiviisti hoidossa mukana, tulee aina ottaa huomioon.

5.2.2.7 Seitsemäs hypoteesi

Hypoteesi toteutui osittain. Sekä tapauskohtaisessa työryhmässä että yhden työntekijän hoitovastuulla hoidettujen potilaiden toimintakyky kohentui seuranta-aikana.

Tapauskohtaisen työryhmän (TKTR) hoitovastuulle ohjautui hieman yli puolet potilaista. Seurantamittauksessa TKTR:n hoitovastuulla oli edelleen yli puolet potilaista. TKTR:n hoitovastuulla olevien potilaiden hoito toteutui yli puolella potilaista perhehoitona. Hoidon integraatio toteutui TKTR:n hoitovastuulla olevilla potilailla paremmin kuin yhden työntekijän hoitovastuulla olevien potilaiden kohdalla.

TKTR:n hoitovastuulla oli enemmän miehiä, naimattomia, alle 25-vuotiaita, alemman keskiasteen tutkinnon suorittaneita, jossakin vaiheessa parisuhteessa eläneitä potilaita ja potilaita, joilla oli päädiagnoosina psykoottinen häiriö kuin yhden työntekijän hoitovastuulla olevassa ryhmässä. TKTR:n hoitovastuulla kaikilla potilailla oli sivudiagnoosi, yli puolella potilaista oli lääkityksenä neurolepti ja monilääkitys ja yli puolella potilaista oli vähintään yksi aikaisempi sairaalahoitajakso. Yhden työntekijän hoitovastuulla oli enemmän naisia ja potilaita, joilla päädiagnoosina oli mielialahäiriö ja somaattinen sairaus. Yhden työntekijän hoitovastuuryhmässä yli puolella oli lääkityksenä masennuslääke tai mielialan tasaaja.

Tässä tutkimuksessa molemmissa ryhmissä terveydentilaansa tyytymättömien potilaiden osuudet vähenivät huomattavasti, kuitenkin enemmän yhden työntekijän hoitovastuuryhmässä. Molemmissa ryhmissä terveydentilan

myönteiset muutokset olivat tapahtuneet puolen vuoden aikana, yhden työntekijän hoitovastuuryhmässä myönteisen muutoksen osuus oli suurempi.

Potilaiden tyytymättömyys työ- ja opiskelutilanteeseen, asumiseen ja perhetilanteeseen vähentyi molemmissa ryhmissä, vastaavasti molemmissa ryhmissä tyytymättömyys toimeentuloon, kasvuperheen tilaan ja ihmissuhteisiin lisääntyivät. Aina tilanteeseen tyytymättömien osuus oli suurempi TKTR:n hoitovastuulla olevilla potilailla. Läheisten arvion mukaan potilaiden toimintakyky koheni enemmän TKTR:n hoitovastuuryhmän potilailla. Myönteinen muutos tapahtui potilaiden päihteiden käytössä, potilaan kyvyssä hoitaa ihmissuhteita sekä potilaan kyvyssä selviytyä hätätilanteista.

Tapauskohtaisen työryhmän hoidossa olevista potilailla oli enemmän sairaalahoitoa kuin yhden työntekijän hoitovastuuryhmän potilailla oli. TKTR:n hoidossa olevien potilaiden hoitoajat olivat yli puolella potilaista alle kaksi kuukautta, mutta hoitajaksoja oli enemmän kuin yhden työntekijän hoitoryhmän potilailla, mutta toisaalta yhden työntekijän hoitoryhmän potilailla oli pidemmät hoitoajat. TKTR:n hoidossa oli enemmän skitsofrenia- tai skitsotyyppisen häiriön potilaita. Päihdehäiriö potilaista kolme neljäsosaa oli TKTR:n hoitovastuulla ja heistä suurimmalla osalla oli lisäksi sairaalahoitajakso. TKTR:n hoitovastuulla olevista potilaista kuoli yksi potilas somaattiseen sairauteen, vastaavasti yhden työntekijän hoitovastuuryhmässä kuoli kolme potilaista, joista yksi potilas kuoli somaattiseen sairauteen ja kaksi teki itsemurhan. TKTR:ään ohjautui vaikeampia ja moniongelmaisempia potilaita kuin yhden työntekijän hoitovastuulle.

Kahdeksas suositus: Tämän tutkimuksen perusteella ei voi antaa suositusta tapauskohtaisen työryhmän tai yhden työntekijän hoitovastuulla olevien potilaiden hoidosta.

5.2.2.8 Kahdeksas hypoteesi

Hypoteesi toteutui osittain. Sekä tapauskohtaisessa työryhmässä että yhden työntekijän hoitovastuulla hoidettujen potilaiden läheisten kuormitus vähentyi

TKTR:n hoitovastuulla olevien potilaiden läheisten kuormittuneisuus väheni. Alkumittauksessa kaikilla muilla osa-alueilla paitsi potilaan kyvystä selviytyä kodin hoidosta, parisuhteesta, potilaan aktiivisuudesta ja aloitekyvystä sekä itsetuhokäyttäytymisestä TKTR:n hoitovastuulla olevien potilaiden läheisten tyytymättömyys tilanteeseen oli suurempaa kuin yhden työntekijän hoitovastuulla olevien potilaiden läheisten. Seurantamittauksessa tyytymättömien läheisten osuus oli suurempi kaikilla muilla osa-alueilla paitsi potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista kuin yhden työntekijän hoitovastuulla olevien potilaiden läheisten. TKTR:n hoitovastuulla olevien läheisten tyytymättömyys tilanteeseen vähentyi kuitenkin seuranta-aikana kaikilla muilla osa-alueilla paitsi potilaan kyvystä huolehtia itsestään ja lapsistaan.

Yhden työntekijän hoitovastuu ryhmän potilaiden tilanteeseen tyytyväisten läheisten osuus oli sekä alku- että seurantamittauksessa suurempaa kuin TKTR:n hoitovastuuryhmän läheisillä. Tämä ero johtuu todennäköisesti siitä,

että TKTR:n hoitovastuulla oli enemmän potilaita, joiden elämän tilanne oli ollut pitkään vaikeampi kuin yhden työntekijän hoitovastuulla olevilla potilailla. Kokonaisuutena molemmissa ryhmissä tilanteeseen sopeutuneiden läheisten osuus lisääntyi ja tyytymättömien osuus vähentyi.

Yhdeksäs suositus: Tämän tutkimuksen perusteella ei voi antaa suositusta tapauskohtaisen työryhmän tai yhden työntekijän hoitovastuulla olevien potilaiden hoidosta.

5.3 Tutkimuksen rajoitukset

Tutkimuksessa oli tarkoitus kuvata, miten tarpeenmukaisen hoidon periaatteet toteutuvat kliinisessä potilastyössä julkisessa mielenterveyspalvelussa ja miten potilaiden toimintakyky ja läheisten kuormittuneisuus muuttuivat puolen vuoden seuranta-aikana. Kainuun sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut myönteisen lausunnon tutkimuksen toteuttamiselle.

Tutkimus ei ole satunnaistettu tutkimus, koska kliinistä tutkimusta julkisen sektorin mielenterveyspalveluiden toteuttamista hoidoista ja hoidon vaikuttavuudesta ei voi tutkia satunnaistamalla. Tähän tutkimukseen osallistuivat kaikki ne potilaat, jotka olivat tulleet hoidon tarpeen arvioon julkisen sektorin mielenterveyspalveluihin ja antaneet tietoisesti suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimusaineisto kuvasi vuosien 2004-2005 aikana hoidon tarpeen arvioon tulleita potilaita. Tältä osin voi todeta, että aineisto oli riittävän kattava. Työntekijät kysyivät hoidon tarpeen arvioon tulleilta potilailta luvan tutkimukseen osallistumisesta. Tutkija ei voinut saada tietoa siitä, kuinka paljon potilaita kieltäytyi tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimusaineiston kerääminen kesti vuoden. Tämän perusteella voi todeta, että kieltäytyneitä potilaita oli useita. Toisaalta myöskään kaikki työntekijät eivät esitelleet tutkimusta potilaille.

Mielenterveystyön tutkimuksessa ilmenee eettisiä ongelmatilanteita silloin, kun tutkimuskohteena ovat mielenterveyspotilaat. Mielenterveystyön tutkimuksessa, jossa tutkimuskohteena ovat potilaat, on erityinen haaste tutkijalle varmistaa tahdonvastaisessa hoidossa olevan tai hyvin psykoottisen potilaan tiedonsaanti. Jotta potilas voi antaa pätevän suostumuksen, hän tarvitsee tietoa sellaisessa muodossa, että hän voi sen ymmärtää (Blackburn 1994; Latvala, 2001). On tärkeää, että tutkija on tietoinen potilaan sairauden ja lääkityksen vaikutuksesta potilaan mahdollisuuksiin antaa vapaaehtoinen, tietoon perustuva suostumus tutkimukseen osallistumisesta (Davis & Aroaskar, 1983; Latvala, 2001). Tässä tutkimuksessa tutkijan pitkä työkokemus kliinisessä työssä ja vaativan erityistason psykoterapiakoulutus lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Benoliel (1988) korostaa tutkijan vastuuta tutkimukseen liittyvän tiedonsaantioikeuden varmistamisessa. Kaikki tutkimukseen osallistuvat saivat sekä suullisesti että kirjallisesti tietoa tutkimuksesta. (liite 1) Kaikilta tutkimukseen osallistuvilta, potilailta ja heidän läheisiltään pyydettiin kirjallinen lupa tutkimukseen osallistumisesta. (liitteet 2 ja 3). Tutkittavalla oli oikeus peruuttaa suos-

tumuksensa milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488).

Tässä tutkimuksessa tutkija teki potilaista perushaastattelun, läheisten kuormittuneisuushaastattelun, läheisten arviohaastattelun potilaan toimintakyvystä ja elämänhallinnasta, potilaan psyykkisen toimintakyvyn arvion GAS-asteikolla (Global Assessment Scale) (liitteet 4,5,6 ja 7) Nämä haastattelut tutkija teki kahdessa vaiheessa: heti kun potilas ja läheinen olivat antaneet suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta sekä puolen vuoden seuranta-ajan jälkeen. Tutkijan tekemiä haastatteluja oli yhteensä 351. Haastattelut tehtiin pääsääntöisesti potilaan ja läheisen kotona kotikäynneillä. Yhden haastattelun kesto oli keskimäärin 2 tuntia. Pelkästään haastatteluihin kului aikaa noin 700 tuntia, tämän lisäksi pitkien etäisyyksien aiheuttama matkustusaika. Potilaat ja läheiset asuivat Kainuussa ja etäisyydet Kajaanin keskustaan vaihtelivat muutamasta kilometristä yli 150 kilometriin. Kotona tehdyt haastattelut mahdollistivat luontevan ja luotettavan keskustelun potilaan ja läheisten kanssa.

Psykiatrisen avo- ja sairaalahoidon käytön (diagnoosit, lääkitykset, hoitokokoukset, kotikäynnit, hoidosta vastaavat työntekijät, hoitomuodot, muut palvelut, hoitopäivät ja hoitajaksot) tutkija selvitti tutkimusjoukon osalta kattavasti kunkin potilaan sairauskertomuksista Kainuun maakunta-kuntayhtymän potilashallinnon tiedostoista.

Elämänote-käsite ja sen määrittely nousee Turun seurantatutkimusten pohjalta tehdyistä havainnoista (Alanen ym., 1986). Ennakoivalla elämänotteella tarkoitetaan hoitoon tuloa edeltävänä vuonna ollutta otetta aikuiselle ihmiselle tai potilaan ikätovereille tärkeisiin elämän päämääriin ja tyydytysmuotoihin. Tässä arvioidaan ihmissuhteisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin liittyviä päämääriä samoin kuin suhtautumista työelämään. Asteikko on neliluokkainen (tyytyväinen, melko tyytyväinen, melko tyytymätön ja tyytymätön) ja sama, mitä käytettiin valtakunnallisessa skitsofreniaprojektissa (Lääkintöhallitus, 1988). Tuolloin asteikko todettiin helposti käytettäväksi psykiatristen tiimien arvioinneissa uusista potilaista ja sen todettiin ennustavan selvästi psykososiaalista statusta kahden vuoden seurannassa (Salokangas ym., 1989). API-projektin kahden ja viiden vuoden seurantahetkellä on arvioitu kyseistä hetkeä edeltäneen vuoden elämänotetta samalla mittarilla. Edelleen Saaren (2002) tutkimuksessa on käytetty samaa mittaria.

Lähiomaisen kuormittuneisuuden arvio perustuu lähiomaisen haastatteluun. Kuormittuneisuutta mittaavat kysymykset on muotoiltu SBAS:n (Platt ym., 1980), SKS-projektissa (Sairaalasta kotiutetut skitsofreniapotilaat) sekä Saaren (2002) tutkimuksessa käytettyjen kysymysten pohjalta (Stengård ym., 1993). SBAS- menetelmän reliabiliteettia on tutkittu testaamalla neljän SBAS- menetelmää käyttäneen mittajaan välistä yksimielisyyttä yhdeksän haastattelun aineistossa (Platt ym., 1980). Mittausten sisäinen korrelaatio oli lähes täydellinen ja arvioijien välinen yksimielisyys oli merkittävä (Altman, 1991).

GAS-asteikko eli Global Assessment Scale (Endicott ym., 1976) on psykiatrisessa sairauskertomuksessa käytetty potilaan psyykkisen tilan yhdeksän

luokkainen mittari, jossa 01 on huonoin ja 100 paras psyykkinen tila ja toimintakyky. Tutkija arvioi tällä mittarilla potilaan toiminnan tason perushaastattelun yhteydessä sekä seuranta-haastattelun yhteydessä. (liite xx) GAS-arvion validiteettia on arvioitu aiemmin ulkomaisissa tutkimuksissa, joissa GAS-arvioiden ja muiden standardoitujen arvioiden välinen korrelaatio on vaihdellut välillä $r = 0.19-0.62$. GAS-arvion reliabiliteettia on arvioitu aiemmin ulkomaisissa tutkimuksissa, joissa arvioijien välinen yksimielisyys intraclass-korrelaatiokertoimella testattuna on vaihdellut välillä 0.61-0.91 (Endicott ym., 1976; Kuhlman ym., 1991). Muiden valittujen mittareiden osalta ei validiteettianalyysia ole käytettävissä. Niiden käytöstä on kuitenkin olemassa laaja kokemus valtakunnallisessa skitsofreniaprojektissa. Validiteetin tarkastelussa tulisi ottaa huomioon valittujen mittareiden muodostama kokonaisuus kunkin identifioidun potilaan psyykkisen tilan ja toimintakyvyn muutoksen kuvaajana. Kaikkien muiden viiden muuttujan reliabiliteettia on arvioitu kattavasti USP-projektin (uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittämisprojekti) yhteydessä (Salokangas ym., 1985).

Arviointien luotettavuutta lisää myös se, että perushaastattelussa käytetyt lomakkeet oli muotoiltu skitsofreniaprojektissa käytettyjen lomakkeiden pohjalta ja tutkijalla oli jo ennestään kokemusta näiden lomakkeiden käytöstä. Tämän lisäksi tutkija suoritti kaikki haastattelut itse. Tutkija ei ollut potilaiden hoidossa mukana. Hoitoprosessiin osallistuminen olisi voinut tuoda potilaiden toimintakyvyn arviointiin tiedostamatonta herkkyyttä tulkita tehtyjä havaintoja positiivisen kehityksen suuntaisesti.

Kazdinin (1994) mukaan psykoterapiatutkijoiden piirissä on olemassa yhteinen näkemys, siitä, että eri hoitomuotojen tuloksellisuuden arvioinnin tulisi olla monitasoinen prosessi, jossa eri näkökulmat (potilas, omainen, ammattiauttaja), identifioidun potilaan erilaiset ominaisuudet (tunteet, ajattelu, käyttäytyminen) ja toimintakyvyn puutteet keskeisillä elämänalueilla (työ, sosiaalinen elämä, parisuhde) ja erilaiset arviointimenetelmät (itsearviointi, haastattelu, observointi) antavat pohjan arvioida kunkin hoitomuodon tuloksellisuutta. Kazdinin (1994) mukaan psykoterapiatutkimuksissa voidaan vain harvoin todeta yhtenäistä käytäntöä ja yksimielisyyttä jonkin yksittäisen mittarin käytölle, vaikka käyttöä olisi alan kansainvälisissä kongresseissa suositeltukin. Hänen mukaansa käytettyjen hoitomuotojen tavoitteet tulisi psykoterapiatutkimuksessa määritellä etukäteen ja valita käytettävät mittarit yhtäältä asetettujen hoidollisten toisaalta tutkimuksellisten tavoitteiden pohjalta.

Lambertin ja Hillin (1994) mukaan tulisi minkä tahansa mittarin mahdollisen rajallisen validiteetin vuoksi käyttää useampia mitattavaa ilmiötä eri näkökulmista tarkastelevia mittareita. Tässä tutkimuksessa on käytetty useampia mittareita. Läärän ja Aron (1988) mukaan on tyydyttävä hankkimaan mittaustuloksia sellaisesta havaittavasta muuttujasta, jonka arvellaan olevan kyseisen ilmiön tai ominaisuuden kohtalaisen hyvä osoitin tai indikaattori, jos ominaisuus on luonteeltaan abstrakti tai piilevä. Henkilön toimintakykyä mitattaessa saattaa olla tarpeellista sisällyttää tätä kuvaavaan indeksiin riittävän kattavasti yksittäisiä osioita jokapäiväisen toiminnan rajoituksista, esimerkiksi työkyvystä

ja sosiaalisesta osallistumisesta. Heidän mukaansa mittausmenetelmän sisältövaliditeetti on hyvä, mikäli menetelmällä voidaan riittävän peittävästi mitata moniulotteisen ilmiön eri puolia. Edellä kerrotun perustella valittu muuttujakokonaisuus antaa varsin kattavan käsityksen kunkin potilaan psyykkisestä tilasta ja toimintakyvystä seurannan eri vaiheissa.

Läärän ja Aron mukaan (1988) tarkasteltaessa tilastollisten erojen merkitsevyyttä on otettava huomioon se, että käytettyjen tilastollisten testien voimakkuus eli sensitiivisyys (toisin sanoen todennäköisyys saada pieniä p-arvoja) riippuu ratkaisevasti havaintoaineiston suuruudesta eli otoskoota. Mitä suurempi otos on, sitä todennäköisemmin saadaan pieniä p-arvoja, vaikka todellisuudessa parametrin oikea arvo poikkeaisi hyvinkin vähän nollahypoteesin mukaisesta arvosta. Suuresta otoksesta saatu pieni p-arvo on epäinformatiivinen ja suorastaan harhaanjohtava. Toisaalta, jos otos on erittäin pieni, ei ole mitään mahdollisuutta saada riittävän pieniä p-arvoja, vaikka todellisuudessa vertailtavien hoitokäytäntöjen välillä olisi huomattava ero vasteen odotusarvon osalta. Läärän ja Aaron (1988) mukaan otoksen ollessa pieni tulisi suuri p-arvo tulkita siten, että havaintoaineisto on riittämätön päätelmien tekemiseen kummankaan hypoteesin puolesta, ellei muuta perusteltua lisätietoa ole käytettävissä.

Lindforsin ym., (1995) mukaan pienet otoskoot ovat olleet psykoterapiatutkimusten pääasiallinen ongelma erityisesti silloin, kun on todettu vähäisiä eroja ryhmien välillä. Ryhmien pienen koon merkitys korostuu erityisesti niissä tutkimuksissa, joissa verrataan kahden rakenteellisesti toisiaan lähellä olevan hoitomuodon tuloksellisuutta. Kun tulokset ovat osoittaneet, ettei tilastollisesti merkitsevää eroa ole, on ajateltu, ettei myöskään kliinisesti merkitsevää eroa ole, mutta kliinisen eron mahdollisuutta on harvoin riittävän perusteellisesti otettu huomioon (Saari, 2002).

Tässä tutkimuksessa tilastollisten analyysien valintaan vaikuttavia tekijöitä olivat tutkimusaineiston koko ja muuttujien tilastolliset ominaisuudet, kuten mittausasteikko ja jakauman tyyppi. Tässä tutkimuksessa rajoittavana tekijänä analyysimenetelmien valinnassa oli aineiston koko, joka kokonaisuudessaan oli suhteellisen pieni (alkumittaus, N=98; seurantamittaus, N=87). Lisärajoitteena analyysien valinnassa oli myös se, että tutkittavia asioita verrattiin kahden ryhmän välillä, jolloin ryhmien koot jäivät väistämättä pieniksi. Tästä johtuen valitut tilastolliset menetelmät olivat pääsääntöisesti kahden ryhmän välisen eron tilastollisen merkitsevyyden testausta. Monimuuttujamenetelmien käyttämistä ei pidetty järkevänä, koska aineiston ja ryhmien pienen koon vuoksi olisi rikottu monimuuttujamenetelmien käytön tilastollisia vaatimuksia. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan pitää kuitenkin suuntaa-antavina.

Ajallinen viive tutkimusraportin kirjoittamisen ja tutkimusaineiston keruun välillä on vuosia. Tämä ei heikennä tutkimusraportin tuloksia, koska Kainuun alueella ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia väestössä eikä psykiatriassa hoidossa. Kainuun alueen väestö ikääntyy muita alueita nopeammin. Psykiatrinen hoito on ollut laitosvaltaisempaa kuin maassa keskimäärin. Tutkimusraportin tulokset ovat hyödynnettävissä Kainuun alueella. Tutkimusra-

portin tuloksia voi hyödyntää myös niillä alueilla, joissa pyritään toteuttamaan tarpeenmukaisen hoidon lähestymistapaa.

Tässä ensimmäisessä tutkimuksessa on keskitytty raportoimaan rajallinen määrä tutkimustuloksia. Tämän tutkimuksen tulos merkitsee hoitojärjestelmän kehittämisen kannalta sitä, että tarpeenmukaista hoitojärjestelmää on kehitettävä määrätietoisesti siten, että hoitoprosessissa oleva satunnaisuus poistuu. Päätös hoitoprosessista tulee perustua perustoimintaa ohjaaviin suosituksiin, kuten Kainuun alueella on pyritty tekemään.

Tutkimuksen valmistumisen jälkeen tutkimusaineistoa tullaan edelleen analysoimaan muun muassa suhteessa perhedynamiikkaan ja potilaan sosiaaliseen selviytymiseen. Tässä vaiheessa on suunniteltu potilasaineistoltaan laajaa post doc-tutkimussarjaa tarpeenmukaisen lähestymistavan integroimisesta mielenterveys- ja sosiaalipalveluiden toimintakulttuureihin. Julkisen sektorin mielenterveyspotilaiden hoidon ja palveluiden vaikuttavuus sekä tuloksellisuus-tutkimusten kliininen toteuttaminen on tärkeää yhteistyössä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, lastensuojelun ja mielenterveys- sekä päihdepalveluiden kanssa.

SUMMARY

Starting points, objectives and implementation

The purpose of the study was to describe how the principles of need adapted treatment are realized in clinical patient care in the public mental health service in Kainuu. National Schizophrenia Project carried out 1981-1987 and Acute Psychosis - Integrated Treatment Project (API) carried out 1992-1998 in six psychiatric catchment areas that have been the basis of developing a treatment model for the Kainuu region. The study provides information on how the need adapted treatment model is carried out in practice. It is important to study the field, because in Finland there has been little research into the way the treatment of severe mental health disorders is realized in practice, and the effect the treatment has on the way the patients cope.

The need-adapted treatment model, *need-adapted treatment approach* has been steadily developed in Finland since the 1960's. The objective of the Turku Schizophrenia Project was to develop a broad, fundamentally psychotherapeutically oriented treatment approach that can be applied in psychiatry in public health care. The Turku Schizophrenia Project developed into the *need adapted treatment model*, the purpose of which is to integrate the whole treatment and treatment process of a patient suffering from mental health disorders. This approach also emphasizes active out-patient care and avoiding long hospitalization. Shorter hospital stays have been regarded as one of the quality criteria for the treatment of schizophrenia, because long periods of hospital care are associated with problems caused by institutionalization for example.

It is important to construct comprehensive regional mental health services, and this was also justified in the national development program for the research, treatment and rehabilitation of schizophrenia that was carried out in Finland from 1981 to 1987. The Treatment model for care and rehabilitation of schizophrenia sufferers that was published as a result of the project gives an idea, based on extensive analysis, on how the care of schizophrenia sufferers ought to be organized regionally as a whole. The model provides guidelines for the care of an individual patient that can be applied in all severe mental health disorders to meet the needs of each patient and his or her closest personal network in different care situations.

In the treatment model the family and network centred treatment meetings form an essential part of the need adapted treatment process and of the integration of treatment that takes place in practice. During the first treatment meetings the initial examination is carried out, and the patient and the members of his or her important close personal network and authorities participate in the meetings. In this study this starting point is called extensive family and network centred initial examination. During this examination the need adapted

need for care and treatment to be provided are defined. In the family centred treatment meetings the situation of the children and also their need for support are always taken into consideration when a parent suffers from a severe mental health disorder. A key principle that guides all clinical work is the psychotherapeutic attitude; the effort to understand the situation the patient and those close to him or her are living in. During the examination sessions the patient and those close to him or her participate in examining the problems related to coping, as well as in the planning and carrying out the treatment. When several forms of treatment are needed, it makes sense to proceed from a more extensive, family and network centred treatment model to a more specific, individually oriented treatment. For each patient this progression takes place in the way his or her particular need for treatment requires.

From the above we derived the first and the second objectives of the study:

The objective is to describe the connection between a realized extensive family and network centred initial examination and the improvement of the patient's functional capacity and the way the need adapted treatment took shape for the patient.

The objective is to describe the connection between a realized extensive family and network centred initial examination and the easing of the burden on the family.

In the need adapted treatment model the coordination of different forms of treatment is a key principle. Furthermore, the model emphasizes team work and continuity of treatment. These three principles together are also called integrated treatment. The planning, carrying out and coordinating the treatment are best carried out with the help of treatment meeting. Treatment meeting refers to a situation where the professional responsible for the care of the patient or the members of the case-specific team participate in discussion with the patient and depending on the situation also his or her close personal and social networks. The treatment meetings are arranged both in hospital and in outpatient care sufficiently often, flexibly taking into consideration the changes in the patient's circumstances.

From the above we derived the third and the fourth objectives of the study:

The objective is to describe the connection between integrated treatment and the improvement of the patient's functional capacity and the way the need adapted treatment took shape for the patient.

The objective is to describe the connection between integrated treatment and the easing of the burden on the family.

Working with the families was an essential part of the need adapted approach. Developing the treatment meetings in a family-centred way meant that the treatment operations were standardized and this way it was possible to extend

the scope of psychotherapeutic treatment also to patients who were not motivated to participate in individual therapy. The families were very motivated to participate in common discussions.

From the above we derived the fifth objective of the study:

The objective is to describe the connection between family care and the improvement of the patient's functional capacity and the way the need adapted treatment took shape for the patient.

The burden caused by a mental disorder on the patient's family members has attracted attention since the 1940's. The majority of studies on this theme have been carried out among the family members of seriously ill patients, usually suffering from schizophrenia. The burden has been defined as the negative impact that the problems, troubles and adversities caused by the patient's illness has on the lives of the persons close to the patient. If interaction in the family works well, this is connected with better coping of the identified patient. Families that have a good functional capacity are able to support the recovery of the psychological state and capacity of the identified patient better than families that do not function well. The burden on a close family member is a reality also in connection with acute mental health disorders, regardless of the diagnosis given to the patient, of the working method or of the institution where the patient is being treated. Close participation of the family members in the treatment meetings from the very beginning and the involvement of family members also after the acute phase in connection with a continued care relationship, and the fact that the family members are aware that access to treatment is flexible and that help is available quickly, will all ease the family burden related to severe mental health disorders.

From the above we derived the sixth objective of the study:

The objective is to describe the connection between realized family care and the easing the burden on the family.

In the treatment model for new patients who have fallen ill with schizophrenia it was recommended that the hospital districts set up multidisciplinary psychosis teams that would be responsible for the extensive initial examination and treatment for the new or readmitted patients. The joint authority for the hospital district of Kainuu set up a psychosis team in 1991. With experience of the working method the need for case-specific teams was recognized also in Kainuu. The tasks of the team are very similar to the tasks of the psychosis team. A group of professionals is gathered around the patient or client according to his or her needs. These professionals may represent different lines of work and different organizations. Working in case-specific teams is a working method that makes it possible to realize need adapted treatment and the integration of treatment.

From the above we derived the seventh and the eight objectives of the study:

The objective is to describe the connection between the realized case-specific teamwork and the improvement of the patient's functional capacity and the shaping of the patient's need adapted treatment.

The objective is to describe the connection between the realized case-specific teamwork and the easing the burden on the family.

In the study we followed the assessment of need of treatment of patients seeking psychiatric care, the shaping and realization of need adapted treatment, and the changes in the mental state and competence of the patients during the follow-up period for six months after the patients had sought treatment, assessed by the patient himself or herself, by a member of the patient's close personal network and by the researcher. The study population consisted of 98 patients in the initial assessment and of 87 patients in the follow-up assessment. During the study we also observed changes in the burden on the patient's close personal network. During the follow-up period four patients died and seven moved away from the locality, and they were not available for the six-month follow-up interview. The study population of the patient's close personal network was in the initial assessment 85 persons, and in the follow-up they were 81. The four study groups were formed retrospectively. The first control group was extensive family and network centred initial examination realized/not realized, the second was integrated treatment realized/ not realized, the third control group was family care realized/not realized and the fourth control group was case specific team responsible for treatment realized/not realized. The members of the patient's close personal network were retrospectively classified in similar groups as the patients in the study population. The study was carried out in Kainuu in 2004-2005. The study provided information on how the need adapted treatment model was carried out in practice.

Results, conclusions and recommendations

There were a total of 98 patients participating in the study. Slightly more than half were women, and the proportion of women between the ages of 18–24 years was higher than that of men. The breakdown by age corresponded roughly to the age distribution and gender composition of patients using the services of specialized psychiatric care in Finland: both men and women use the services equally. Of working-age patients and of children a greater proportion of patients are men and boys, whereas in the older age groups and in the group of 15-25 year-olds the proportion of women among the treated patients is higher.

One third of the patients were living in a relationship (cohabiting or married), the proportion of men in this group was less than half. Almost all the patients that were in a relationship had a diagnosis of mood disorder. The proportion of patients who had been in a relationship at some earlier stage in their lives (separated, divorced and widowed) was also one third of the study population, and less than half of them were men. Single patients accounted for another third, in this group half were men, half were women. The majority of patients had a vocational education.

Diagnostically the study population (N98) was heterogeneous. In the initial assessment 30,6 % had a primary diagnosis of a psychotic disorder and 73,5 % a diagnosis of a mood disorder, 33,7 % had a secondary diagnosis of drug or substance abuse, and 16,3 % of personality disorder. 40,8 % were suffering from somatic diseases. The majority (68,4 %) of all patients had used psychiatric drugs for more than six months, and 38,8 % of the patients were on a multi-medication psychiatric drug regimen. 63,3% of the patients had come to the hospital as emergencies; all emergencies were related to the patient's suicidal thoughts or suicide attempts. After the initial assessment, four patients of the study population died during the follow-up period, two of them died from a somatic illness, and two committed suicide.

In this study the functional capacity of the patients in the extensive family and network centred initial examination study group improved during the follow-up period, even though all the patients in the group had had previous periods of psychiatric treatment, and the negative changes in the patients' health had lasted for a long time. The state of health of the patients in this group improved, even though in the initial assessment the patients had more problems with alcohol, drugs and substance abuse than the patients in the group where the extensive family and network centred initial examination did not take place. In both groups the suicidal tendencies of the patients lessened during the follow-up period.

In both groups the patients' satisfaction with their state of health improved, however the improvement was slightly more marked in the group where the extensive family and network centred initial assessment did not take place. On the other hand the members of the patients' close personal networks evaluated that the functional capacities of the patient had improved with a better capacity to take care of social relationships and interest in the environment for the group where the where the extensive family and network centred initial assessment did take place. If the extensive initial assessment did not take place, according to the evaluation of those close to the patient there was not much of a relative change in the situation of the patient during the follow-up period.

On the basis of these results it can be noted that the selection of the type of treatment or responsibility for care was not based on the previous changes in the patients' functional capacity, but on the assessment made during the time the patient arrived in the emergency duty service. When assessed later on, this situation tends to lead to the patients being directed at random either to family or to individual care.

As a whole the results of this study indicate that the family centred approach was not realized systematically or extensively during the treatment process, nor was it carried out according to the recommendations of previous studies. The results also show that a family-centred approach is not unambiguous as such. In the cases where the family-centred approach was carried out, the results were positive, but not unequivocally better than in those cases where this approach was not realized. However, the satisfaction of the patients themselves improved more in the group where the extensive family-centred approach was not carried out in the beginning of the treatment. This may indicate that the emphasis on a family-centred approach may sometimes overshadow the patient's own participation. The interviews that the researcher carried out at the homes of the patients and their family members gave a clear indication of strengths that may have been put to use even in the cases where the extensive family centred approach did not take place. This result may also indicate that the care system has not received sufficient instructions.

The first recommendation: In the beginning of the care process and in emergency duty services the assessment of need of treatment should be carried out in cooperation with the patient's close personal network and with other authorities more extensively than now, however taking into consideration the participation of the patient himself or herself. Mapping the life situation of the patient is best to carry out during home visits.

In this study the burden experienced by the patient's close network because of constant caring eased somewhat, and as a rule they adapted to the situation during the follow-up period. The family members had a good experience of their own life situations and of their health. On these grounds the assessment the family members have made of the burden caused by the patient's situation can be considered reliable. As a whole the proportion of family members who had adapted to the situation increased and the proportion of those who were dissatisfied decreased in both groups.

Almost all the patients had somebody close to them who cared about the patient and supported him or her in a difficult life situation. The family members participated in two research interviews during a home visit. During the interviews they also wanted information on mental illnesses. This may have had an effect on the results of the study; if such research interviews had not taken place, most family members would not have been able to express their thoughts about their own situation. This indicates that the family burden may also be connected to the lack of sufficient information about mental health disorders and their treatment.

The second recommendation: Involving the persons close to the patient in the treatment process immediately after the patient has become a client of the mental health services, and supporting them on the levels of attitudes, feelings, empathy and information is important. Supporting them in the home environment of the patient and those close to him or her is often a prerequisite for providing this support.

In this study integrated treatment was realized for almost half of the patients, best for those patients who were hospitalized, and for who the responsibility of care was with a case-specific team and in family care. It also seemed that if the extensive family and network centred initial examination process did not take place, there were, however, quick decisions made on the division of treatment and the responsibility for care of the patient. Integrated treatment was partly realized also in individual treatment, where the treatment was carried out by a case-specific team, and also in treatments where the responsibility for care was only with an individual professional. Most of the family members participating in the treatment felt that they were not sufficiently involved in the treatment. Integrated treatment was best realized for the patients the responsibility of care for whom was with the case-specific team.

In the integrated-treatment-realized group there were more patients who had received a diagnosis of psychosis, and also more of those patients who had poor functional capacity. The problems also had more problems with capacity because of alcohol, drug and substance abuse, more somatic illnesses and suicidality than in the integrated-treatment-not-realized group. In the integrated treatment group there were also more patients who at some point of their lives had been in a relationship, and young adults and patients who had no vocational education than in the group where integrated treatment was not realized. The patients had had problems with coping for a long period of time.

The integration of treatment in the treatment meetings had made it possible to examine the questions related to the patient's ability to cope and to give sufficient support, because the patients' functional capacity improved already during the six month follow-up period, which is a short time taking into consideration the fact that the patients had multiple problems. Also the patients' suicidality was significantly reduced and more patients were moved to the group of not having problems with alcohol or drugs. Particularly significant is the change in suicidality, because in this group there were initially more suicidal patients than in the group where integration of treatment was not realized. Integrated treatment was more often realized with the patients who had multiple problems, but on the other hand also had a history of psychosocial coping. For this part the treatment was realized according to the objectives of the need adapted treatment model, and at the same time the hypothesis was realized in this group of patients.

The third recommendation: Mapping out the services for the patient and drafting the joint service and treatment plan have to be done during the extensive family and network centred initial examination together with a clear division of responsibilities between the different parties. This way it is possible to ensure integration of treatment as planned. This will also reduce the total cost of services. Those patients who need multiple services have many professionals participating in their service and treatment process.

The fourth recommendation: Special attention must be paid to the integration of treatment for patients with multiple problems, but at the same time attention must be paid to ensure that those with milder problems are not left out of the integration efforts.

In this study the proportion of family members dissatisfied with the patient's situation was reduced in the integrated treatment group, even though in the initial assessment the family members in that group were much more dissatisfied with the patient's situation than those in the group where integration of treatment was not realized. Even though the family members were not closely involved in the treatment, the integration of treatment eased the burden on family members. Involving the family members more closely would have had an impact on reducing adjustment in the situation and on increasing their satisfaction.

The fifth recommendation: Integration of treatment also means that those close to the patient are integrated into the services and treatment. Integration does not only mean the integrated services provided by different professionals during the treatment of the patient.

In this study family care was realized only for one third of the patients even though the family members of almost all the patients participated in the study. In the group where the responsibility for care was with the case-specific team family care was realized more often than individual care. In family care there were more home visits than in individual care. In the family care group there were more patients living in a relationship and patients having children of their own, as well as young adults and patients who had a lower intermediate level education. In the family care group the main diagnosis was mood disorder, the proportion of psychotic patients was smaller than in individual treatment. All the patients in the family care group had a secondary diagnosis of substance abuse or personality disorder or a life crisis, and more than half of the patients suffered from a somatic illness. In family care there were slightly more patients with suicide attempts. In both groups the suicidality of the patients decreased, though the decrease was more marked in the individual treatment group. All the patients who had attempted suicide had a period of hospitalization in the beginning of the treatment, which has to an extent affected the result. In individual treatment there were more hospital treatment periods than in family care. Patients with schizophrenia or with schizoid disorders who were more often in the individual treatment group had longer periods of hospitalization, and they also had more treatment periods. In both groups two patients died, one died of a somatic illness and the other committed suicide.

In family care the integration of treatment in treatment meetings was realized in the best way. The authorities essential to the treatment of the patient and other network members were involved in the treatment. In the treatment of psychotic and schizophrenic patients family care was not realized according to the recommendations of the need adapted treatment model.

In family care home visits were realized for slightly less than half of the patients and in individual treatment for slightly less than a third of the patients. Even though the persons close to the patient did not participate in individual treatment, the care for the patient was also realized during home visits. For this

part the principles of need adapted treatment were realized for the patients in individual care. This has partly affected the positive results of the individual care, particularly as more patients with a primary diagnosis of psychosis were directed into this group.

In the beginning of the treatment most of the patients in the family care and individual care group were dissatisfied with their state of health. During the treatment the dissatisfaction decreased in both groups, however the decrease was more marked in the individual treatment group. In family care dissatisfaction with relationships increased during treatment. The patient's dissatisfaction with his or her own family situation decreased in both groups; however the decrease was more marked in the family care group. In both groups dissatisfaction with livelihood and with the situation in the childhood family increased. There were no differences in mortality in the treatment groups. The patient's problems with substance and drug abuse decreased in the family care group.

The sixth recommendation: Family centred treatment should be carried out right from the beginning of treatment taking into consideration the timeliness of family work and other forms of treatment and the treatment taking place at home.

Only a small part of the persons close to the patients felt that they were closely involved in the treatment of the patient. In the family care group the dissatisfaction of the family members decreased concerning the patient's substance abuse, working, relationship, other personal contacts, initiative and activity, suicidal tendencies, the patient's ability to cope in emergencies and concerning overall care. In the individual treatment group, however, the proportion of family members satisfied with the situation was higher than in the family care group. As a whole in both groups the proportion of family members who had adapted to the situation increased, and the proportion of discontented family members decreased. If the family members had been able to be more closely involved in the treatment of the patient, as they would have wanted, would probably have further eased the family burden and improved their functional capacity, which would have enabled them to provide more support to the patient. This would also have had an effect on the improvement of the patient's functional capacity.

The seventh recommendation: The willingness of family members to be closely involved in the treatment should always be taken into consideration.

The responsibility for care for slightly more than half the patients was with the case-specific team (Finnish acronym TKTR). In the follow-up assessment more than half of the patients were still under the responsibility for care of the case-specific team. For more than half of the patients under the responsibility of the case-specific team were in family care. The integration of treatment for those patients who were under the responsibility of the case-specific team was better realized than for those patients for whom the responsibility for care was with a single professional.

There were more men, singles, under 25-year-olds, patients with lower intermediate level education, patients who had been in a relationship at some point in their lives and patients, who had a primary diagnosis of psychotic disorder in the group under the responsibility for care of the case-specific team than in the group where the responsibility for care was with a single professional. In the group under the responsibility for care of the case-specific team all the patients had a secondary diagnosis, more than half of the patients were on neuroleptic medication and multi-medication and more than half of the patients had had at least one previous period of hospitalization. In the group under the responsibility for care with a single professional there were more women and patients with a primary diagnosis of mood disorder and with a somatic illness. In the group cared for by a single professional more than half of the patients were taking antidepressants or mood stabilizers.

In both groups the proportions of patients dissatisfied with their state of health decreased significantly, however the decrease was more marked in the group where the responsibility for care was with a single professional. In both groups positive changes in health had taken place during a period of six months, in the group under the responsibility of one professional the proportion of positive change was larger. The patients' dissatisfaction with their work or study situation, living conditions and family situation decreased in both groups, and correspondingly in both groups the patients were more dissatisfied with their livelihood, with the situation in their childhood family and with their interpersonal relationships. The proportion of those who were always dissatisfied with their situation was higher with the patients under the responsibility for care of the case-specific team. According to the assessment of family members the patients' functional capacity improved more with the patients under the responsibility of the case-specific team. There were positive changes in the patients' substance abuse, in their ability to take care of their relationships and in their ability to cope in emergencies.

The patients treated by the case-specific team had more hospital treatment than those patients whose responsibility for care was with a single professional. The hospitalization periods for the patients treated by the case-specific team was less than two months for more than half of the patients, but they had more periods of hospital treatment than the patients in the group where the responsibility for care was with a single professional. On the other hand the patients treated by a single professional had longer hospitalization periods. The case-specific team treated more patients suffering from schizophrenia or schizoid disorders. Three fourths of the patients suffering from substance abuse disorders were under the responsibility for care of the case-specific team and most of them also had a period of hospitalization. One patient in the group under the responsibility of the case-specific team died of a somatic illness, correspondingly three patients in the group where the responsibility for care was with a single professional three patients died, one patient died of a somatic illness and two committed suicide. In the group treated by the case-specific team there were

more patients with more severe problems or multiple problems than in the group where the responsibility for care was with a single professional.

The eight recommendation: On the basis of this study it is not possible to give recommendations on the treatment of patients under the responsibility for care of a case-specific team or of a single professional.

The burden on the family members of patients under the responsibility for care of a case-specific team eased. In the initial assessment the family members of the group treated by the case-specific team were more dissatisfied with all the areas assessed than the family members of the group treated by a single professional, with the exception of the patient's ability to cope with housekeeping, relationship, the patient's activity and initiative and suicidal behaviour. In the follow-up assessment the proportion of discontented family member was higher in all the areas assessed, with the exception of the patient's ability to cope in emergencies, compared to the family members of the patients under the responsibility of care of a single professional. However, the dissatisfaction expressed by the family members of the patients under the responsibility for care of a case-specific team did decrease during the follow-up period in all the areas assessed, with the exception of the patient's ability to take care of himself or herself and of his or her children.

In the group where the responsibility for care was with a single professional the family members who were satisfied with the patients' situation was higher both in the initial and the follow-up assessments than in the group treated by the case-specific team. This difference is probably due to the fact that the case-specific team was responsible for the care of more patients whose life situation had been more difficult for a longer period of time than that of the patients treated by a single professional. As a whole in both groups the proportion of family members who had adapted to the situation increased, and the proportion of discontented family members decreased.

The ninth recommendation: On the basis of this study it is not possible to give recommendations on the treatment of patients under the responsibility of a case-specific team or of a single professional.

Nothing in the study indicated that the need adapted approach would have a negative impact on the patient care process. The research project did show, however, that the efforts that are being made in the public sector to develop the treatment system on the basis of the principles of the need adapted approach will change the treatment as a whole towards a more patient and family centred approach.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. (1982). *Perhekeskeisen hoitoprosessin lähtökohdat psykiatrisessa avohoidossa*. Turku: Annales Universitatis Turkuensis, C:35.
- Aaltonen, J. (1998). Perheterapia hoitomuotona sekä narratiivisuuden ja sosiaalisen konstruktionismin toteuttajana. *Psykologia*, 33, 400–407.
- Aaltonen, J. (2006). Perheterapia psykoterapian muotona. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 122, 724–731.
- Aaltonen, J., Alanen, Y. O., Rasimus, R. & Rökköläinen, V. (2013). *Psykoosin tarpeenmukainen hoito psykoterapiana*. (Painossa)
- Aaltonen, J., Holma, J. & Kalla, O. (2006). Need-adapted approach in different local and international traditions of treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 22–23.
- Aaltonen, J., Holma, J., Koffert, T., Lehtinen, V., Rökköläinen, V., Seikkula, J. & Syvälahti, E. (1998). *Developing integrated system of treatment for severe mental health disorders: Finnish model*. 10th World Family Therapy Congress, Düsseldorf. Abstract book, 32–42
- Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J. & Lehtinen, V. (2000). *Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä*. Helsinki: Stakes, Raportteja, 257.
- Aaltonen, J. & Rökköläinen, V. (1994). The shared image guiding the treatment process. A precondition for integration of the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164, 97–102.
- Aaltonen, J. & Seikkula, J. (2009). Perheterapian tuloksellisuus. Teoksessa P. Larivaara, S. Lindroos & T. Heikkilä (toim.), *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*, Helsinki: Duodecim, 435–445.
- Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. & Sutela, M. (1997). *Western Lapland project: A comprehensive family- and network centered community psychiatric project*. ISPS (The International Society for Psychological Social Approaches to Psychosis), Lontoo. Abstracts and lectures, 12–16.
- Aaltonen, J., Seikkula, J. & Lehtinen, K. (2011). The Comprehensive Open Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, 3, 179–191.
- Aaltonen, J., Vartiainen, A. & Kalliokoski, M. L. (1994). Team treatment in acute psychosis. *Journal of Family Psychotherapy*, 5, 77–95.
- Abramson, J. S. & Mizrahi, T. (1996). When social workers and physicians collaborate: Positive and negative interdisciplinary experiences. *Social Work*, 41, 270–275.
- Alanen, Y. O. (1993). *Skitsofrenia – syyt ja tarpeenmukainen hoito*. Helsinki: WSOY,
- Alanen, Y. O. (1997). *Schizophrenia – its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac Books.
- Alanen, Y. O. (2009). Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment on schizophrenia group psychoses. *Psychosis*, 1, 156–166.

- Alanen, Y. O., Anttinen, E. E., Kokkola, A., Lehtinen, K., Ojanen, M., Pylkkänen, K. & Rökköläinen, V. (1990). Treatment and rehabilitation of schizophrenic psychoses. The Finnish treatment model. *Nordic Journal of Psychiatry*, 44, 65.
- Alanen, Y. O., Lehtinen, V., Lehtinen, K., Aaltonen, J. & Rökköläinen, V. (2000). The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. Teoksessa B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe & F. Margison (toim.), *Psychosis. Psychological approaches and their effectiveness*. London: Gaskell, 235–265.
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rökköläinen, V. & Aaltonen, J. (1991). Need adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363–372.
- Alanen, Y. O., Rökköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R. & Kaljonen, A. (1986). *Towards need-specific treatment of schizophrenic psychosis*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Alanen, Y. O., Ugelstad, E., Armelius, B.-Å., Lehtinen, K., Rosenbaum, B. & Sjöström, R. (1994). *Early treatment for schizophrenic patients. Scandinavian psychotherapeutic approaches*. Oslo: Scandinavian Universities Press.
- Alaräsänen, A. (2010). *Risk factors and pathways leading to suicide with special focus in schizophrenia. The Northern Finland 1966 Birth Cohort Study*. Oulu: Acta Universitatis Ouluensis, Medica D 1064.
- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team. Dialogues and dialogues about the dialogues*. Kent: Borgmann.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- Appleby, L., Dennehy, J. A., Thomas, C. S., Faragher, E. B. & Lewis, G. (1999). Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: A case-control study. *Lancet*, 353, 1397–400.
- Arnkil, E. (1992). *Sosiaalityön rajasysteemit ja kehitysvyöhyke*. Jyväskylä: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 85.
- Arnkil, T., Eriksson, E. & Arnkil, R. (2000). *Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Raportti sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin*. Helsinki: Stakes, Raportteja, 253.
- Aronen, E., Kuosa, M., Tallila, M. & Arajärvi, T. (1995). Kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan vaikutus nuoren psyykkiseen terveyteen: 15 vuoden seurantatutkimus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 111, 505–509.
- Aukee, R. (2013). *Vanhasta uuteen sosiaalilääketieteeseen. Suomalaisen sosiaalilääketieteen muotoutuminen 1800-luvun lopulta vuosituhannen vaihteeseen*. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis, 1825.
- Beautrais, A., Joyce, P. & Mulder, R. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1009–1014.
- Becker, T., Leese, M., McCrone, P., Clarkson, P., Szmukler, G. & Thornicroft, G. (1998). Impact of community mental health services on users' social net-

- works. PRISM Psychosis Study 7. *British Journal of Psychiatric Quarterly*, 51, 209–215.
- Benglesdorf, H. & Alden, D. C. (1987). A mobile crisis unit in the psychiatric emergency room. *Hospital and Community Psychiatry* 38, 662–665.
- Benoliel, J. Q. (1988). Considering human rights in research. Teoksessa N. Woods & M. Catanzaro. *Nursing research. Theory and practice*. St. Louis, MI: Mosby, 79–96.
- Bertalanffy von, L. (1968). *General system theory*. New York: Penguin Edition
- Blackburn, M. (1994). Disabled people and ethics of nursing research. Teoksessa G. Hunt (toim.), *Ethical issues in nursing*. London: Routledge, 39–45.
- Bondevik, M. & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network and loneliness. *Western Journal of Nursing Research*, 20, 325–343.
- Bonelli, R. M., Hofmann, P., Aschoff, A., Niederwieser, G., Heuberger, C., Jirkowski, G. & Kapfhammer, H. P. (2005). The influence of psychotropic drugs on cerebral cell death: Female neurovulnerability to antipsychotics. *International Clinical Psychopharmacology*, 20, 145–149.
- Botbol, M., Alanen, Y.O., Lezic Tosevski D. & Schmolke, M. (2011). Psychological perspectives on psychiatry for the person. *International Journal of Person Centered Medicine*, 1, 134–136.
- Bottlender, R., Wegner, U., Wittmann, J., Straus, A. & Möller, H-J. (1999). Deficit syndromes in schizophrenic patients 15 years after their first hospitalisation: preliminary results of a follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 27–36.
- Bottlender, R., Straus, A. & Möller, H-J. (2013). Association between psychopathology and problems of psychosocial functioning in the long-term outcome of patients diagnosed with schizophrenic, schizoaffective and affective disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2, 263, 85–92.
- Braun, P., Kochansky, G., Shapiro, R., Greenberg, S., Gudeman, J.E., Johnson, S. & Shore, M.F. (1981) Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 138, 736–749.
- Buchanan, J. (1995). Social support and schizophrenia: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9, 68–76.
- Budd, R. J. & Hughes, I. C. T. (1997) What do relatives of people with schizophrenia find helpful about family intervention? *Schizophrenia Bulletin*, 23, 341–346.
- Burns, T., Breadsmoore, A., & Bhat, A. V. (1993a). A controlled trial of home-based acute psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 163, 49–54.
- Burns, T., Breadsmoore, A. & Bhat, A. V. (1993b). A controlled trial of home-based acute psychiatric services II. Treatment patterns and costs. *British Journal of Psychiatry*, 163, 55–61.
- Burns, T., Knapp, M. & Catty, J. (2001) Home treatment for mental health problems: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 5, 1–139.

- Campbell, A. S. (2004). How was it for you? Families' experiences of receiving behavioural family therapy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 216-267.
- Cullberg, J., Thoren, G., Åbb, S., Mesterton, A. & Svedberg, B. (2000). Integrating intensive psychosocial and low dose neuroleptic treatment: A three-year follow up. Teoksessa B. Martindale, A. Bateman, M. Grove, F. Margison (toim.), *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness*. London: Gaskell, 200-209.
- Davis, A. J. & Aroskar, M. A. (1983). *Ethical Dilemmas and Nursing Practice*. Nortwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Desai, M. M. & Rosenheck, R. A. (2003). Trends in discharge disposition, mortality, and service use among long-stay psychiatric patients in the 1990s. *Psychiatric Services*, 54, 542-548.
- Dhossche, D. M., Ullusarac, A. & Syed, W. (2001) A retrospective study of general hospital patients who commit suicide shortly after being discharged from the hospital. *Archives of Internal Medicine*, 161, 991-994.
- Elkan, R., Kendrick, D., Hewitt, M., Robinson, J. J. A., Tolley, K., Blair, M., Dewey, M., Williams, D. & Brummel, K. (2000). The effectiveness of domiciliary visiting: A systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment*, 4, 1-339.
- Endicott, J., Spizer, R. L., Fleiss, J. L. & Cohen, J. (1976) The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Engeström, Y. (1992). *Interactive expertise. Studies in distributed working intelligence*. Helsinki: University of Helsinki, Department of Education, Research Bulletin, 83.
- Engeström, Y. (1995). *Kehittävä työntutkimus: Perusteita, tuloksia, haasteita*. Helsinki: Edita.
- Falloon, I. H. R. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary explanation. *Psychiatry*, 146, 1456-1461.
- Falloon, I. & Fadden, G. (1993). *Integrated mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Farde, L., Wiesel, F.-A., Halldin, C., Sedvall, G. (1988). Central D2-dopamine receptor occupancy in schizophrenic patients treated with antipsychotic drugs. *Archives of General Psychiatry*, 45, 71-76.
- Fisher, W. H., Geller, J. L. & Wirth-Cauchon, J. (1993). Empirically assessing the impact of mobile crisis capacity on state hospital admissions. *Community Mental Health Journal*, 26, 245-253.
- Geller, J. L., Fisher, W. H. & McDermeit, M. S. W. (1995). A national surveys of mobile crisis services and their evaluation. *Psychiatric Services*, 54, 893-897.
- Gergen, K. G. (1994). *Realities and relationships*. Soundings in social construction. New York: Harvard University Press.
- Gergen, K. G. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage.
- Goldacre, M. & Seagroatt, V. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*, 342, 283-286.

- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2006). *Family therapy*. Belmont: Wadsworth.
- Guzman, J., Esmail, L. R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. & Bombardier, C. (2002). *Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain*. Oxford: Update Software.
- Haarakangas, K. (1997). *Hoitokokouksen äänet*. Jyväskylä: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 130.
- Haarakangas, K. & Keränen, J. (1990). Kriisissä on mahdollisuus ja verkostossa on voima. *Suomen Lääkärilehti*, 48, 2228–2233.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. (2006). *Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa*. Helsinki: Stakes.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K. & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178, 48–54.
- Hegarty, J. D., Baldessarini, R. J., Tohen, M., Waterman, C. & Oepen, G. (1994). One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1409–1416.
- Heikkilä, J. & Rökköläinen, V. (1993). Polikliinisen psykoosiryhmän toiminta on tuloksekasta. *Suomen Lääkärilehti*, 48, 2228–2233.
- Heikkinen, A. (2003). *Tapauskohtainen työryhmätyöskentely hoitokokouksessa*. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, Hoito- ja terveyshallintotieteen laitos.
- Heiskanen, T., Niskanen, L. & Koponen H. (2010). Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. *Suomen Lääkärilehti*, 65, 389–396.
- Heistaro, S., Jousilahti, P., Lahelma, E., Vartiainen, E. & Puska, P. (2001) Self rated health and mortality: A long term prospective study in eastern Finland. *Journal of Epidemiological Community Health*, 55, 227–232.
- Henneman, E. A., Lee, J. L. & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 103–109.
- Hinshelwood, R. D. (2002). Symptoms or relationships. *British Medical Journal*, 324, 292–293.
- Ho, T- P. (2003). Psychiatric care of suicides in Hong Kong. *The Journal of Affective Disorders*, 76, 137–142.
- Hoffmann-Richter, U., Kanzig, S., Frei, A. & Finzen, A. (2002). Suicide after discharge from psychiatric hospital. *Psychiatrische Praxis*, 29, 22–24.
- Holma, J. (1999). *The search for a narrative: Investigating acute psychosis and the need-adapted treatment model from narrative viewpoint*. Jyväskylä: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 150.
- Holma, J. & Aaltonen, J. (1995). The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 17, 307–316.
- Holma, J. & Aaltonen, J. (1998). Narrative understanding in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 20, 253–263.
- Holma, J. & Aaltonen J (1998). The experience of time in acute psychosis and schizophrenia. *Contemporary Family Therapy*, 20, 265–276.

- Honkanen, H. (2008). *Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielenterveyden edistäminen*. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet, 160.
- Hoult, J. & Reynolds, I. (1984). Schizophrenia: A comparative trial of community orientated and hospital orientated psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 359–372.
- Hoyer, E. H., Olesen, A. V. & Mortensen, P. B. (2004). Suicide risk in patients hospitalized because of an affective disorder: A follow-up study, 1973–1993. *Journal of Affective Disorders*, 78, 209–217.
- Häkkinen, U. (2008). Skitsofrenian hoito ja kustannukset riippuvat sairaanhoitopiireistä. *Yksityislääkäri* 3, 68–70.
- Härkönen, P. (2012) *Elämäntyytyväisyys ja terveys: Voimavarasuuntautunut ikääntyvien henkilöiden seuranta tutkimus*. Oulu: Acta Universitatis Ouluensis, D: 2286.
- Iso-Koivisto, E. (2004). *"Pois sieltä, ylös, takaisin" – ensimmäinen psykoosi kokemuksena*. Turku: Annales Universitatis Turkuensis, C: 218.
- James, O. (1995). *Juvenile violence in a winner-loser culture*. London: Free Association Books.
- Janhonen, S. (1999). Potilaslähtöinen hoito. Teoksessa: S. Janhonen, I. Lepola, M. Nikkonen & M. Toljamo (toim.), *Suomalainen hoitotiede uudelle vuosituhatluvulle*. Professori Maija Hentisen juhlakirja. Oulu: Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen julkaisuja 2, 27–35.
- Jones, M. S. & Meleis, A. I. (1993). Health is empowerment. *Advances in Nursing Science*, 15, 1–14.
- Joukamaa, M., Heliövaara, M., Knekt, P., Aromaa, A., Raitasalo, R. & Lehtinen, V. (2006). Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *British Journal of Psychiatry*, 188, 122–127.
- Joutsenniemi, K. (2007). *Living arrangements and health*. Helsinki: Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Kansanterveystieteen laitoksen julkaisusarja A, 15.
- Joy, G. B., Adams, C. E. & Rice, K. (2002). *Crisis intervention for people with severe mental illness*. Oxford: Update Software.
- Kaikkonen, R., Kostianen, E., Linnanmäki, E., Martelin, T., Prättälä, R. & Koskinen, S. (toim.) (2008). *Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa*. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, 27.
- Kalla, O. (2005). *Characteristics, course and outcome in first-episode psychosis. A cross-cultural comparison of Finnish and Spanish patient groups*. Jyväskylä: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 273.
- Kalla, O., Aaltonen, J., Wahlström, J., Lehtinen, V., Garcia Cabeza, I. & Gonzales De Chavez (2002). Duration of untreated psychosis and its correlates in first-contact psychosis in Finland and Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 256–275.
- Kampman, O. & Lassila, A. (2007). Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon on kehitetty integroitu arviointimalli. *Suomen Lääkärilehti*, 62, 4447–4451

- Kantor, D. & Lehr, W. (1975). *Inside the family: Toward a theory of family process*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kapiainen, S., Seppälä, T. T., Häkkinen, U., Lauharanta, J., Roine, R. P. & Korpi-Tommola, M. (2010). *Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia, 3.
- Kauranen, A., Seikkula, J. & Alakare, B. (2000). Akuutin psykoosipotilaan sosiaalinen verkosto ja sen muutos verkostokeskeisessä hoidossa. *Psykologia*, 35, 403–415.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. Teoksessa A. E. Bergin & S. L. Gardfield (toim.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 19–71.
- Keltikangas-Järvinen, L. (2000). *Tunne itsesi suomalainen*. Helsinki: WSOY.
- Keränen, J. (1992). *Avohoitoon ja sairaalahoitoon valikoituminen perhekeskeisessä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä*. Jyväskylä: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 93.
- Keskitalo, P. (2000). *Vanhempien kommunikaatiohäiriöiden pysyvyys ja yhteys skitsofrenialle altistuneiden adoptiolasten ja heidän verrokkiensa ajattelun kehitykselle*. Oulu: Acta Universitatis Ouluensis, Medica D 599.
- Klefbeck, J., Bergerhed, E., Forsberg, G., Hultkrantz-Jeppson, A. & Marklund, K. (1988). Verkostoterapia – Ruotsin malli. *Perheterapia*, 4, 3–12.
- Klefbeck, J. & Ogden, T. (1996). *Barn och nätverk*. Falköping: Gummessons tryckeri.
- Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L. & Laaksonen, M. (2012). Psykoterapioiden vaikuttavuus masennuksen pitkissä seurannoissa. *Duodecim*, 128, 267–274.
- Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E. & Härkänen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 59–68.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Koskenvuo, M., Viinamäki, H. & Kaprio, J. (2002). Life dissatisfaction as a predictor of fatal injury in a 20-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 444–450.
- Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H. & Koskenvuo, M. (2004). Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Psychosomatic Medicine*, 67, 994–999.
- Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H. & Koskenvuo, M. (2005). The stability of life satisfaction in a 15-year follow-up of adult Finns healthy at baseline. *BioMed Central Psychiatry*, 5: 4.
- Koponen, P., Hakulinen T. & Pietilä, A-M. (2008). Asiakas ja terveystyö. Teoksessa: A. M. Pietilä, T. Hakulinen, P. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen & K. Sirola (toim.), *Terveystyön edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY, 78–130.
- Korkeila, J. (1998). *Perspectives on the public psychiatric services in Finland*. Helsinki: Stakes, Research Report, 93.
- Korniloff, K. (2013). *Terveystyön riskit kasaantuvat vähän liikkuville masentuneille. "Interrelationships of physical activity and depressive symptoms with cardiometabolic*

- risk factors*". Jyväskylä: Jyväskylä Studies in Sport, Physical Education and Health, 193.
- Kuhlman, T., Bernstein, M., Kloss, J., Sincaban, V. & Harris, L. (1991). A team format for the Global Assessment Scale: Reliability and validity on an in-patient unit. *Journal of Personality Assessment*, 56, 335–347.
- Laitila, A. (2004). *Dimensions of expertise in family therapeutic process*. Jyväskylä: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 247.
- Laitila, A., Aaltonen, J., Wahlström, J. & Angus, L. (2005). Narrative process modes as a bridging concept for the theory, research and clinical practice of systemic therapy. *Journal of Family Therapy*, 27, 202–216.
- Laitila, M. (2010). *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa*. Kuopio: Publications of the University of Eastern Finland, Dissertations in Health Sciences, 31.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. 9.4.1999/488. *Suomen säädöskokoelma*. Helsinki: Oikeusministeriö.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. *Suomen säädöskokoelma*. Helsinki: Oikeusministeriö.
- Lambert, M. J. & Hill, C. L. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. Teoksessa A. E. Bergin & S. L. Gardfield (toim.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 72–74.
- Langsley, D. G. & Kaplan, D. M. (1968). *The treatment of families in crisis*. New York: Grune & Stratton.
- Langsley, D. G., Machotka, P. & Flomenhaft, K. (1971). Avoiding mental hospital admission: A follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 127, 1391–1394.
- Larsen, T. K., Johannessen, J. O. & Opgjordsmoen, S. (1998). First episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 33, 45–52.
- Lassila, A. (1998). *Psykiatrinen hoidontarve ja tarpeenmukainen hoito. Tutkimus psykiatristen pikäaikaissairaiden avohoidossa esiintyvistä hoidontarpeista, sen määräytymisestä sekä tarpeenmukaisen hoidon ja kuntoutuksen palveluista*. Oulu: Acta Universitatis Ouluensis, Medica D, 446.
- Lassila, A. (2006). Prosessiajattelu mielenterveystyön kehittämisessä ja johtamisessa. *Suomen Lääkärilehti*, 61, 3615–3620.
- Latvala, E. (1998). *Potilaslähtöinen psykiatrinen hoito laitospäristössä*. Oulu: Acta Universitatis Ouluensis, Medica D, 490.
- Latvala E. (2001). Potilaan oikeuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä mielenterveystyön tutkimuksessa. *Hoitotiede*, 2, 99–105.
- Launis, K. (1997). Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & A. Eteläpelto (toim.), *Muuttuva asiantuntijuus*. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos, 122–133.
- Lawrence, D., Holman, C. D. J., Jablensky, A. V., Fuller, S. A. & Stoney, A. J. (2001). Increasing rates of suicide in Western Australian psychiatric patients: A record linkage study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 443–451.

- Leff, J., Kuipers, L., Berkiwitz, R., Eberlein-Fries, R. & Sturegon, D. (1982). *A controlled trial of intervention in the families of schizophrenic families. Its significance for the mental illness*. New York: Guilford.
- Lehtinen, K. (1993). *Family therapy and schizophrenia in public mental health care*. Turku: Annales Universitatis Turkuensis ser D, Medica-odontologica, 106.
- Lehtinen, K. (1997). Psykoosipotilaan perhe- ja verkostoterapia ja dynaaminen yksilöpsykoterapia. Teoksessa K. Achte & T. Tamminen (toim.), *Psykoosi ja sen hoito*. Jyväskylä: Gummerus, 155–171.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T. & Rökköläinen, V. (1996). Integrated treatment model for first contact patients with a schizophrenia-type psychosis. The Finnish API-project. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, 281–287.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rökköläinen, V. & Syvälahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312–320.
- Leinonen, E. & Kampman, O. (2010). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön monihäiriöisyys. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 126, 1785–1792.
- Leskelä, R-L., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S-L. & Ylitalo-Katajisto, K. (2013). Paljon sosiaali- ja terveystalveta kättaät asukkaat Oulussa. *Suomen lääkirilehti*, 68, 3163–3169.
- Lewis, J. W., Beavers, W., Gosett, J. T. & Phillips, V. A. (1976). *No single thread*. New York: Mazel.
- Levinson, D., Hershko, S. & Cohen, Y. (1992). Prevention of hospitalization by a community intensive mental health care unit. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 28, 40–52.
- Lieberman, J. A., Tollefson, G. D. & Charles, C. (2005). Antipsychotic drug effects on brain morphology in first-episode psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 62, 361–170.
- Lien, L. (2002) Are readmission rates influenced by how psychiatric services are organized? *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 23–28.
- Lindfors, O., Hannula, J., Aalberg, V., Kaarento, K., Kaipainen, M. & Pylkkänen, K. (1995). *Assesment of effectiveness of psychotherapy*. Helsinki: Psykiatria Fennican julkaisusarja, 26, 150–164.
- Lindström, U. (1995). *Ensamhetskänslan sviker inte. En kvalitativ studie rörande patienters upplevelser av vårdkultur och vårdrelation på psykiatrisk sjukhus*. Vaasa: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Lipton, F., Cohen, C., Fischer, E. & Katz, S. (1981). Schizophrenia: A network crisis. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 144–151.
- Lorencz, B. (1991). Becoming ordinary: Leaving the psychiatric hospital. Teoksessa J. M. Morse & J. L. Johnson (toim.), *The illness experience. Dimensions of suffering*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lowry, D. A. (1998). Issues of non-compliance in mental health. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 280–287.

- Luutonen, S., Tikka, M., Nieminen, M., Form, T. & Salokangas, R. K. R. (2011). Takuulla hoitoon – mutta millaiseen? VARHAIN-tutkimus psykiatrisen erikoissairaanhoidon käynnistymisestä. *Suomen Lääkärilehti*, 66, 3227–3231.
- Lääkintöhallitus (1988). *Skitsofreniaprojekti 1981–1987*. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissohjelman loppuraportti. Helsinki: Lääkintöhallituksen opassarja, 4.
- Läärä, E. & Aro, S. (1988). Mittausmenetelmien hyvyys ja sen tilastollinen arviointi. *Duodecim*, 104, 40–52
- Malla, A. K., Norman, R. G. M. & Takhar J. (2004). Can patients at risk for persistent negative symptoms be identified during their first episode of psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 455–63.
- Malloch, K., Sluyter, D. & Moore, N. (2000). Relationship-centered care: Achieving true value in healthcare. *Journal of Nursing Administration*, 30, 379–385.
- Manderbacka, K. (1998). *Questions on survey questions on health*. Tukholma: Stockholms Universitet, Swedish Institute of Social Research, 30.
- Mantere, O., Melartin, T. K. Suominen, K. Rytsälä, H.J., Valtonen, H.M., Arvilommi, P., Leppämäki, S. & Isometsä, E.,T. (2006). Differences in axis I and II comorbidity between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 584–593.
- Marsella, A & Synder, K. (1981) Stress, social supports and schizophrenic disorders: Toward and interactional model. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 152–163.
- Martelin, T., Sainio, P., Sulander, T., Helakorpi, S., Tuomi, K. & Koskinen, S. (2007). Toimintakyky. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prattala, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvonen & E. Linnanmaki (toim.), *Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, 23, 122–128.
- Maurin, J. T. & Boyd, C.B. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4, 99–107.
- McFarlane, W., Dixon, L., Lukens, E. & Lucksted, A. (2002). Severe mental illness. Teoksessa D. Sprenkle (toim.), *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria: American Association for Marriage and Family Therapy, 255–288.
- McGlashan, T. H. (1996). Early detection and intervention in schizophrenia: Research. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 327–345.
- Mielenterveyslaki 1.1.1991/1116. *Suomen säädöskokoelma*. Helsinki: Oikeusministeriö.
- Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking: What makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care*, 15, 29–35.
- Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Esa Nordling, E. & Nevalainen, V. (toim.) (2011). *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 6.

- Mäki, N. (2010). *Not in all walks of life? Social differences in suicide mortality*. Helsinki: University of Helsinki, Faculty of Social Sciences, Department of Social Studies, Sociology.
- Nandan, M. (1997). Commitment of social services staff to interdisciplinary care plan teams: An exploration. *Social Work Research*, 21, 249–259.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford: Oxford University Press.
- Nussbaum, M. C. (2007). *The frontiers of justice*. Harvard: Harvard University Press.
- Nyman, M. & Stengård, E. (2001). *Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi*. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto.
- Nyman, M. & Stengård, E. (2005). *Hiljaiset vastuunkantajat*. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H. & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 18, 3–28.
- Pao, P. N. (1979). *Schizophrenic disorder*. New York: Jason Aronson.
- Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman V. (2010). *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009*. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, 16.
- Paterniti, R., Chellini, F., Sacchetti, G. & Tognelli, M. (1996). Psychiatric rehabilitation and its relation to the social network. *International Journal of Mental Health*, 25, 83–87.
- Pattison, E. & Pattison, M. (1981). Analysis of a schizophrenic psychosocial network. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 135–143.
- Perlmutter, R. A. & Jones, J. E. (1985). Assessment of families in psychiatric emergencies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 130–139.
- Perälä, J. (2013). *Epidemiology of psychotic disorders*. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, 97.
- Pirkola, S., Isometsä, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., Koskinen, S., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population: Results from the Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 1–10.
- Pirkola, S. & Sohlman, B. (2005). (toim.), *Mielenterveysatlas: Tunnuslukuja Suomesta*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E. & Wahlbeck, K. (2009). Community mental health services and suicide rate in Finland: A nationwide small-area analysis. *The Lancet*, 373, 147–153.
- Piippo, J. (2008). *Trust, autonomy and safety at integrated network- and family-oriented model for co-operation. A qualitative study*. Jyväskylä: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 347.
- Piippo, J. & Aaltonen, J. (2008). Mental health care: Trust and mistrust in different caring contexts. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2867–2874.

- Piippo, J. & Aaltonen, J. (2009). Mental health and creating safety: The participation of relatives in psychiatric treatment and its significance. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2003–2012.
- Pinsof, W. & Wynne, L. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 1–8.
- Platt, S. (1980). On establishing the validity of objective data: Can we rely on cross interview agreement? *Psychological Medicine*, 10, 573–581.
- Platt, S., Weyman, A., Hirsch, S. & Hewett, S. (1980). The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): Rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry*, 15, 43–55.
- Polak, P. R., Kirby, M. W. & Deitchman, W. S. (1979). Treating acute psychotic patients in private homes. *New Direction for Mental Health Services*, 1, 49–64.
- Raitasalo, R. (1995). *Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena*. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia, 1.
- Rahkonen, O., Talala, K., Sulander, T., Laaksonen, M., Lahelma, E., Uutela, A. & Prattala, R. (2007). Koettu terveys. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prattala, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvonen & E. Linnanmäki (toim.), *Terveystien eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan ministeriön julkaisuja, 23, 65–73.
- Rasinkangas, A. (1998). *Hoidon integraation toteutuminen akuutin psykoosin perhekeskeisessä hoitoprosessissa*. Psykoterapian erikoistutkimuskeskuksen lisensiaattitutkimus. Jyväskylän yliopisto.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P. & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330–350.
- Reynolds, I., Jones, J. E., Berry, B. & Hoult, J. E. (1990). A crisis team for the mentally ill: The effect on patients, relatives and admissions. *The Medical Journal Australia*, 152, 646–652.
- Riihelä, M. (2009). *Tuloerojen kehitys Suomessa 1966–2007*. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Rintala, T., Elovainio, M. & Heikkilä, M. (1997). *Osiensa summa. Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen taustoista ja vaikutuksista*. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia, 75.
- Rissanen, T., Viinamäki, H., Honkalampi, K., Sehto, S. M., Hintikka, J., Saharinen, T. & Koivumaa-Honkanen, H. (2011). Long term life dissatisfaction and subsequent major depressive disorder and poor mental health. *BioMed Center Psychiatry*, 11, 140.
- Roos, J. P. (1981). Elämäntapojen tyypeistä elämäntapojen valossa. Teoksessa K. Rahkonen (toim.), *Elämäntapaa etsimässä*. Jyväskylä: Gummerus.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 149–155.

- Ruiz, P., Vazquex, W. & Vazquex, K. R. N. (1973). The mobile unit: A new approach in mental health. *Community Mental Health Journal*, 9, 18–24.
- Räkköläinen, V. (1977). *Onset of psychosis. A clinical study of 68 cases*. Turku: Annales Universitatis Turkuensis, Ser D.T.
- Räkköläinen, V. & Aaltonen, J. (2009). The principles of using and not-using neuroleptics in the Finnish need-adapted approach to the treatment of schizophrenic psychoses. Teoksessa Y. O. Alanen, M. González de Chávez, A.-L. S. Silver & B. Martindale (toim.), *Psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychoses: Past, present and future*. London: Routledge, 295–303
- Räkköläinen, V., Lehtinen, K. & Alanen, Y. O. (1991.) Need-adapted treatment of schizophrenic processes: The essential role of family centered therapy meetings. *Contemporary Family Therapy*, 13, 573–582.
- Räsänen, S. & Moring, J. (2002). Päivystävän lääkärin kotikäynnit psykiatristen potilaiden kotona. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 118, 293–296.
- Saari, M. (2002). *Psykoosiryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992–1996*. Oulu: Acta Universitatis Ouluensis, Medica, D 665.
- Saarni, S. & Pirkola, S. (2010). Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 126, 2265–2273.
- Saha, S., Chant, D. & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, 64, 1123–1131.
- Salokangas, R. K. R. (1977). *Skitsofreniaan sairastuneiden psykososiaalinen kehitys*. Turku: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, AL 7.
- Salokangas, R. K. R. (1994). Community care and need for treatment of schizophrenic patients in Finland. *British Journal of Psychiatry*, 164, 1151–120.
- Salokangas, R. K. R. (1996). Living situation and social network in schizophrenia. A prospective five year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, 35–42.
- Salokangas, R. K. R. (1997). Living situation, social network and outcome in schizophrenia: A five year prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 459–468.
- Salokangas, R. K. R., Helminen, M., Koivisto, A. M., Rantanen, H., Oja, H., Pirkola, S., Wahlbeck, K. & Joukamaa, M. (2008). Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus sairaanhoitopiireittäin. *Suomen Lääkärilehti*, 63, 3759–3766.
- Salokangas, R. K. R., Helminen, M., Koivisto, A. M., Rantanen, H., Oja, H., Pirkola, S., Wahlbeck, K. & Joukamaa, M. (2009). Skitsofreniapotilaat tarvitsevat yhä paljon sairaalahoitoa. *Suomen Lääkärilehti*, 64, 1967–1972.
- Salokangas, R. K. R., Luutonen, S., von Reventlow, H., Patterson, P., Huttunen, J., Nieminen, M., Laine, T. & Karlsson, H. (2006). Lapsuuden traumaattiset kokemukset ennakoivat aikuisiän vakavaa psyykkistä oireilua. *Suomen Lääkärilehti*, 61, 1835–1842.
- Salokangas, R. K. R., Räkköläinen, V. & Alanen, Y. O. (1985). *Uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittäminen (USP-projekti) I: Tutkimuslomakkeet ja reliabiliteettitutkimus*. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö, Psychiatria Fennica julkaisusarja, 68.

- Salokangas, R. K. R., Rökköläinen, V. & Alanen, Y. O. (1989). Maintenance of grip on life and goals of life: A valuable criterion for evaluating outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 187–193.
- Salokangas, R.K.R., Saarinen, S. & Stebgård, E. (1996). *Sairaalasta kotiutetut skitsofreniapotilaat (SKS-projekti) II: Aikatrenditutkimus vuosina 1982, 1986 ja 1990 sairaalasta kotiutettujen potilaiden kliinisen ja toiminnallisen tilan sekä hoito- ja tukipalveluiden käytön muutoksista*. Helsinki: Foundation for Psychiatric Research Publication Series.
- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 289–297.
- Schmitt, M. H. (2001). Collaboration improves the quality of care: Methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care*, 15, 47–66.
- Seikkula, J. (1991). *Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa*. Jyväskylä: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 80.
- Seikkula, J. (1993). The Aim of therapy is to generate dialogue. Bakhtin and Vygotsky in family session. *Human Systems Journal*, 4, 33–48.
- Seikkula, J. (1994). When the boundary opens: Family and hospital in coevolution. *Journal of Family Therapy*, 16, 401–414.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Sutela, M. & Keränen, J. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. Teoksessa Freidman (toim.), *The reflecting team in action: Collaborative practice in family therapy*. New York: Guilford.
- Seikkula, J. & Alakare, B. (2004). Avoin dialogi: Vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 120, 289–296.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3, 192–204.
- Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., Lehtinen, K. & Aaltonen, J. (2006). Five years experiences of first contact non-affective psychosis in open dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16, 214–228.
- Seikkula, J. & Sutela, M. (1990). Coevolution of the family and the hospital: The system of boundary. *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 9, 34–42.
- Shinnar, A.P., Rothbard, A.B. & Kanter, R. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1902–1608.
- Shotter, J. (1993). *Conversational realities*. London: Sage.
- Schulman, G. (2006). Aiheutuvatko psykoosit sittenkin useammin lapsuuden traumaista kuin geneeistä? *Psykoterapia*, 25, 83–97.
- Simon, R. W. (2002). Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health, *The American Journal of Sociology*, 107, 1065–1096.

- Sinkkonen, S. (1993). Pohdinta ja päätelmät. Teoksessa S. Sinkkonen (toim.), *Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa*. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet.
- Sohlman, B. (2004). *Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana*. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia, 137.
- Sohlman, B., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. (2006). Psykiatrisen sairaalahoidon lyhenemisen yhteys hoidonjälkeisiin itsemurhiin. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 122, 819–825.
- Soininen, M. (1995). *Tieteellisen tutkimuksen perusteet*. Turku: Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A, 43.
- Sorvaniemi, M. & Hintikka, J. (2005). Recorded psychiatric comorbidity with bipolar disorder - a Finnish hospital discharge register study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 531–533.
- Sprengle, D. (toim.) (2002). *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria: American Association for Marriage and Family Therapy.
- Stein, L. & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392–397.
- Stengård, E., Saarinen, S. & Salokangas, R. K. R. (1993). *Skitsofreniapotilaan selviytyminen omaisten näkökulmasta: SKS- ja USP-projektin tuloksia*. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö, Reports of Psychiatria Fennica, 101.
- Stengård, E. (2005). *Journey of hope and despair. The short-term outcome in schizophrenia and the experiences of caregivers of people with severe mental disorder*. Tampere: Acta Universitatis Tampereensis, 1066.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. (2012). *Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet*. Helsinki: Tietosanoma.
- STM (1992). *Palvelurakennetyöryhmän muistio*. Helsinki: STM.
- STM (2000). *Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 -2003. TATO:n ensimmäinen vuosi*. Helsinki: STM, Julkaisuja 2000:17.
- STM (2001a). *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta*. Helsinki: STM, Julkaisuja, 2001:4.
- STM (2001b). *Mielenterveyspalveluiden laatusuositus*. Helsinki: STM, Oppaita, 2001:9.
- STM (2007). *Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus*. Helsinki: STM, Julkaisuja, 2007:13
- STM (2012). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet*. Helsinki: STM, Julkaisuja, 2102:24.
- Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A. & Lönnqvist, J. (2001) Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide: Findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 117–21.
- Suomen Psykiatriyhdistys r.y. (2008). Käypä hoito -suosituksen päivitystietä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 124, 95–96.
- Suominen, K., Henriksson, M. & Suokas, J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 94, 234–240.

- Suvisaari, J., Aalto-Setälä, T., Tuulio-Henriksson, A., Härkänen, T., Saarni, S. I., Perälä, J., Schreck, M., Castaneda, A., Hintikka, J., Kestilä, L., Lähteenmäki, S., Latvala, A., Koskinen, S., Marttunen, M., Aro, H. & Lönnqvist, J. (2009). Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine*, 39, 287–299.
- Syrjäpalo, K. (2006). *Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta*. Oulu: Acta Universitatis Ouluensis, D 871.
- THL (2012). *Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2010. Tilastoraportti*. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2012. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos.
- Tienari, P., Wynne, L. C. & Moring, J. (1993). *Genetic vulnerability or family environment? Implications from the Finnish adoptive family study of schizophrenia*. Helsinki: Psychiatria Fennica. The Foundation for Psychiatric Research in Finland, 23–41.
- Tienari, P., Wynne, L. C. & Läksy, K. (2003). Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: Evidence from the Finnish Adoptive Study of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1–8.
- Tienari, P., Wynne, L. C. & Sorri, A. (2004). Genotype-environment interaction in spectrum disorder: Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *British Journal of Psychiatry*, 184, 216–222.
- Tiri, H. (1998). *Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus. Potilaiden, omaisten, työntekijöiden ja päättäjien käsityksiä psykiatrisen hoidon tuloksellisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä*. Lisensiaatintutkimus. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto.
- Tiri, H. (2005). *Good results in psychiatric health care and factors affecting them in Finland and in Greece*. Oulu: University of Oulu, Department of Nursing Science and Health Administration.
- Tomm, K. (1988). *Interventiivinen haastattelu*. Helsinki: Mannerheimin lastensuojeluliiton julkaisu.
- Tuffnell, G., Bouras, N., Watson, J. P. & Brough, D. I. (1985). Home assessment and treatment in a community psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, 20–28.
- Tuori, T. (1987). *Naimisissa olevien skitsofreniapotilaiden systeeminen perheterapia*. Turku: University of Turku, Scripta Lingua Fennica Edita, C 62.
- Tuori, T. (1991). *Uuden skitsofreniapotilaan hoitoprosessi. Raportti Hattelmalan sairaalan psykoosiryhmän toiminnasta*. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja, 35/1991.
- Tuori, T. (1994). *Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman 10-vuotisarvioinnista*. Helsinki: Stakes, Raportteja, 143.
- Tuori, T. (2002). *Psykiatrinen sairaalahoito Suomessa. Sairaanhoitopiiri- ja sairaalakohtaista vertailutietoa vuosilta 1999 ja 2000*. Helsinki: Stakes, Aiheita, 5/2002.
- Tuori, T. (2009). *Psykiatristen sairaalapalveluiden käyttö Suomessa vuosina 2002–2007. Hoitoilmoitusrekisterin pohjalta*. Julkaistu verkossa 2009.
- Tuori, T., Gissler, M. & Wahlbeck, K. (2007). Mental health in the Nordic countries. Teoksessa NOMESCO. *Health statistics in the Nordic countries 2005*. Kööpenhamina: Nomescio.

- Tuori, T., Lehtinen, V., Hakkarainen, A., Jääskeläinen, J., Kokkola, A., Ojanen, M., Pylkkänen, K., Salokangas, R. K. R., Solantausta, T. & Alanen, Y. O. (1997). The Finnish national schizophrenia project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 10–17.
- Uhari, M. & Nieminen, P. (2012). *Epidemiologia ja biostatiikka*. Helsinki: Duodecim.
- Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (2010). Hyvinvointipolitiikka 2010-luvulla. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: THL, 278–286.
- Vartiainen, A., Kalliokoski, M. L., Riikonen, T. & Jääskeläinen, J. (1989). Akuutin psykoosipotilaan avohoito ryhmässä yhteistyössä perheen kanssa. *Suomen Lääkärilehti*, 44, 510–516.
- Vartiainen, A., Vartiainen, H. & Kalliokoski, M. L. (1993). Psykoosiryhmän käyttö akuutin psykoosipotilaan hoidossa. Teoksessa R. Antikainen, J. Lehtonen & M. Isohanni (toim.), *Psykiatrian tuloksia etsimässä*. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö, *Psychiatrica Fennica* julkaisusarja 103, 5–25.
- Vehviläinen-Julkunen, K. (1997). Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY, 26–34.
- Viinamäki, H., Vehviläinen, A. & Vohlonen, I. (2003). Masennuspotilaiden osasto-ohito – kesto ja kustannukset vaihtelevat Suomessa. *Suomen Lääkärilehti*, 58, 1755–1760.
- Viertiö, S., Perälä, J., Saarni, S. I., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J., Tuulio-Henriksson, A., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. (2012). Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. *Suomen Lääkärilehti*, 67, 863–869.
- Virtanen, H., Karppinen, T., Ilola, V., Moussa, V., Wiklund, E. & Rökköläinen, V. (1985). Kokemuksia Turun psykiatristen sairaaloiden sisäänottopoliklinikan toiminnasta. *Suomen Lääkärilehti*, 40, 2020–2059.
- Virtanen, H., Karppinen, T., Ilola, V. & Rökköläinen, V. (1986). Millä perusteella psykiatriseen sairaalaan? *Suomen Lääkärilehti*, 41, 2057–2059.
- Virtanen, H., Karppinen, T., Ilola, V. & Wiklund, E. (1988). Ensikertalaiset psykiatristen sisäänottopoliklinikan näkökulmasta. Teoksessa J. Aaltonen, V. Rökköläinen & A. Kokkola (toim.), *Kokemuksia uusien skitsofreniapotilaiden perhekeskeisestä hoidosta Suomessa*. Helsinki: Sairaalaliitto.
- Vuokila-Oikkonen, P. (2002). *Akuutin psykiatristen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset*. Oulu: Acta Universitatis Ouluensis, Medica, D 704.
- Vuorio, K. A., Rökköläinen, V., Syvälahti, E., Hietala, J., Aaltonen, J., Katajamäki, J. & Lehtinen, V. (1993a). Akuutin psykoosin integroitu hoito I. Alustavia havaintoja skitsofreniaryhmän psykoosien hoidosta ilman neuroleptilääkitystä Kupittaa sairaalassa 1989–1992. *Suomen Lääkärilehti*, 48, 466–471.
- Vuorio, K. A., Rökköläinen, V., Syvälahti, E., Hietala, J., Aaltonen, J., Katajamäki, J. & Lehtinen, V. (1993b). Akuutin psykoosin integroitu hoito II. Uusien skitsofreniaryhmän psykoositapausten ennuste ja hoitoa ohjaavat kliiniset tekijät. *Suomen Lääkärilehti*, 48, 582–588.

- Vuorio, K. A., Rökköläinen, V., Syvälahti, E., Hietala, J., Aaltonen, J., Katajamäki, J. & Lehtinen, V. (1993c). Akuutin psykoosin integroitu hoito III. Bentso-diatsepiinien käyttö neuroleptilääkityksen asemasta tai ohella akuutin psykoosin hoidossa. *Suomen Lääkärilehti*, 48, 689–695.
- Wahlbeck, K. (2010). *Mielenterveyspalvelut Pohjoismaissa. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009*. Helsinki: THL, Avauksia, 16.
- Wahlbeck, K. & Pirkola, S. (2008). Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Teoksessa: U. Ashorn & J. Lehti (toim.), *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*. Helsinki: Stakes, 131–145.
- Wahlberg, K-E., Wynne, L. C. & Hakko, H. (2004). Interaction of genetic risk and adoptive parent communication deviance: Longitudinal prediction of adoptee psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, 34, 1531–41.
- Wahlberg, K-E., Wynne, L. C., Keskitalo, P., Anias-Tanner, H., Koistinen, P., Tarvainen, T., Hakko, H., Lahti, I., Moring, J., Naarala, M., Sorri, A. & Tienari, P. (2000). Thought disorder index of Finnish adoptees and communication deviance of their adoptive parents. *Psychological Medicine*, 30, 127–136.
- Wahlström, J. (1992). *Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa. Diskurssianalyttinen tutkimus*. Jyväskylä: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 94.
- Weaver, T., Madden, P. & Charles, V. (2003) Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183, 304–313.
- West, D. A., Litwok, E., Oberlander, K. & Martin, D. A. (1980). Emergency psychiatric home visiting: Report of four years' experience. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 113–118.
- Whitten, N. & Wolfe, A. (1973). Network Analysis. Teoksessa J. Honigmann (toim.), *Handbook of social and cultural anthropology*. Chicago: Rand McNally Rollige, 717–746.
- Whu, H-G., Chen, C-H., Whang T-J. ym. (2002). Symptom patterns and subgrouping of schizophrenic patients: Significance of negative symptoms assessed on admission. *Schizophrenia Research*, 56, 105–119.
- Willberg, M. & Valtonen, H. (2007). *Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 36.
- Winnicott, D. W. (1982). The theory of parent-infant relationship. Teoksessa J. D. Sutherland (toim.), *The maturational processes and facilitating environment*. London: Hogarth Press, 29–36.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.
- Zwarenstein, M. & Bryant, W. (2002). *Intervention to promote collaboration between nurses and doctors*. Oxford: Update Software.

LIITTEET

LIITE 1



Kainuun maakunta -kuntayhtymä
Aikuisten mielenterveyspalvelut ja riippuvuuksien hoitopalvelut -
vastuualue

Arvoisat asiakkaat!

Tiedote tutkimuksesta, jonka nimi on:

" Psykiatriseen hoitoon hakeutuvien potilaiden hoidon tarpeen arviointi ja potilaiden tarpeenmukainen hoito."

Olen TtM, ESH, psykoterapeutti, perheterapian vaativan erityistason psykoterapiaopiskelija Arja Heikkinen. Työskentelen Kajaanin seudun mielenterveyspalveluiden tulosityksikön päällikkönä Kainuun maakunta - kuntayhtymässä Aikuisten mielenterveyspalvelut ja riippuvuuksienhoito - vastuualueella. Olen Jyväskylän yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa psykologian laitoksella jatko-opiskelijana. Koulutus johtaa filosofian tohtorin tutkintoon, johon kuuluu väitöskirjan tekeminen. Tämä tutkimus on siis väitöskirjatutkimukseni, jonka ohjaajana toimii LKT, perheterapian professori Jukka Aaltonen Jyväskylän yliopistosta. Tätä kautta varmistetaan tutkimuksen yleiset tieteelliset kriteerit.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Kainuun maakunta- kuntayhtymään psykiatriseen hoitoon hakeutuvien potilaiden hoidon tarpeen arviointia ja potilaiden tarpeenmukaista hoitoa. Tutkimuksessa kuvataan psykiatriseen hoitoon hakeutuvien potilaiden psyykkisen tilan ja toimintakyvyn muutoksia ja sosiaali- ja terveystoimen palveluiden, erityisesti psykiatrisen sairaalahoidon käyttöä seuranta-aikana potilaiden hoitoon hakeutumisesta lukien. Tarkoituksena on myös kuvata potilaiden lähiomaisten kuormittuneisuuden muutoksia seuranta-aikana.

Tutkija haastattelee kaikki tutkimukseen osallistuvat henkilöt (potilas, omainen, työntekijä) henkilökohtaisesti useimmiten kotikäyntinä. Haastattelut voidaan toteuttaa myös puhelinhaastatteluna. Kukaan yksittäinen potilas, omainen ja työntekijä ei ole tunnistettavissa tutkimustuloksista. Tutkija on vaitiolovelvollinen potilaan hoitoon liittyvistä asioista.

Tutkimuspotilaiksi otetaan 1.11.2004 alkaen psykiatriseen hoidon tarpeen arvioon ja psykiatriseen hoitoon tulevat potilaat. Esimerkiksi päivystyspoliklinikalla tapahtuvat potilaan psyykkisen tilan arviointitilanteet, joissa on mukana psykiatrian alueen työntekijöitä, psykiatrian pkl:lle, mielenterveysyksiköihin, osastoille hoitoon tulevat potilaat.

Tutkimuspotilaiden sairauskertomustietoja tarvitaan tutkimuksen perus- ja taustatietojen kokoamiseen. Sairauskertomuksista etsitään myös seuraavia

tietoja: diagnoosi, lääkitys, pidetyt hoitokokoukset, erilaiset hoidot, GAS-arviot. GAS-asteikko (eli Global Assessment Scale) on psykiatrisessa sairauskertomuksessa käytetty psyykkisen tilan yhdeksän luokkainen mittari, jossa 0 on huonoin ja 99 paras mahdollinen psyykinen tila ja toimintakyky), tahdosta riippumattomat toimenpiteet, ym. olennaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat hoidon tarpeen arviointiin.

Tämä tutkimus on viiden vuoden seurantatutkimus. Ensimmäinen haastattelu tehdään mahdollisimman pian ensimmäisestä yhteydenotosta. Seuraava haastattelu tehdään puolen vuoden kuluttua. Tämän jälkeen tutkija analysoi tutkimustulokset ja kirjoittaa vuosien 2005 -2006 aikana tutkimusraportin, joka julkaistaan väitöskirjana. Tutkimus jatkuu edelleen siten, että kahden vuoden kuluttua tehdään seuraava seurantahaastattelu. Tämän haastattelun tulos julkaistaan artikkelina tieteellisessä alan ammattilehdessä. Viimeinen haastattelu tehdään viiden vuoden kuluttua, jonka tulokset julkaistaan samoin artikkelina. Kenenkään tutkimukseen osallistuvan tiedot eivät ole tunnistettavassa muodossa kirjallisissa loppuraporteissa.

Tutkimustuloksia käytetään kehitettäessä edelleen psykiatrista hoitoa. Tämän tiedotteen mukana on tutkimukseen suostumuslomake. Pyydän ystävällisesti kirjallisena suostumustanne tutkimukseen osallistumisesta ja että saan käyttää haastattelemalla ja sairauskertomustiedoista keräämääni tietoa tutkimuksessani. Omaisten ja läheisten sairauskertomustietoja ei kerätä. He osallistuvat ainoastaan haastatteluun, joka voidaan toteuttaa myös puhelinhaastatteluna.

Tutkimusaineistoa käsittelee ainoastaan tutkija Arja Heikkinen ehdottoman luottamuksellisesti. Yli 15 vuotta täyttäneiden huoltajille ilmoitetaan kirjallisesti tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja suostumuksen voi peruuttaa milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488). Kainuun sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut myönteisen lausunnon tutkimustyön suorittamista varten.

Jos teillä on jotakin kysymyksiä tähän tutkimukseen liittyen voitte ottaa yhteyttä, vastaan mielelläni tutkimustani koskeviin kysymyksiin.

Kajaanin seudun mielenterveyspalvelujen tulosityksikön päällikkö

Arja Heikkinen, TtM, osastonhoitaja.

Erityistason perheterapeutti ja psykoterapeutti

Psykiatrian pkl, Sotkamontie 13, 87140 KAJAANI

puh. 08-61562713 tai 040-5633656 tai 044- 797 0121

Sähköposti: arja.ha.heikkinen@kainuu.fi

LIITE 2**POTILAAN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA**

Olen saanut riittävästi kirjallista ja suullista tietoa tutkimuksesta:

”Psykiatriseen hoitoon hakeutuvien potilaiden hoidon tarpeen arviointi ja potilaiden tarpeenmukainen hoito Kainuun Maakunta-kuntayhtymässä.”

Olen tietoinen, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että voin kieltäytyä osallistumasta ilman, että se mitenkään vaikuttaa hoitooni ja kohteluuni nyt tai vastaisuudessa. Voin myös peruuttaa suostumukseni milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä.

Annan suostumukseni, että tutkija Arja Heikkinen saa haastatella minua. Haastatteluaineistoa saa käyttää tähän tutkimukseen. Myös minua koskevia potilasasiakirjatietoja voi pyytää ja käyttää tähän tutkimukseen. Aineisto käsitellään niin, ettei kukaan ole tunnistettavissa tutkimusraportissa. Tutkimus on ehdottoman luottamuksellinen. Tutkijaa sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus. Haastatteluun osallistuvan omaisen/läheisen sairauskertomustietoja ei käytetä tässä tutkimuksessa.

Haluan osallistua *”Psykiatriseen hoitoon hakeutuvien potilaiden hoidon tarpeen arviointi ja potilaiden tarpeenmukainen hoito ” – tutkimukseen*. Tutkimus on seuranta-tutkimus ja se kestää viisi vuotta. Puolen vuoden seuranta-haastattelun jälkeen tutkija tekee ensimmäisen raportin tutkimustuloksista ja se julkaistaan monografiaväitöskirjana filosofian tohtorin tutkintoon liittyvänä opinnäytetyönä.

Paikka _____ pnä _____ kuuta vuonna 200_

Allekirjoitus ja nimen selvennys _____ henkilötunnus _____
 Yhteystiedot/ Osoite ja puhelinnumero: _____

Tutkimusluvan vastaanottaja: _____

Potilaan hoidosta vastaava työntekijä/tiiviisti hoidossa mukana oleva työntekijä: _____

Kajaanin seudun mielenterveyspalvelujen tulosityksikön päällikkö Arja Heikkinen

TtM, Jatko-opiskelija, Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos

Erityistason perheterapeutti ja psykoterapeutti

Sotkamontie 13, 87140 KAJAANI, puh. 08-61562713 tai 040-5633656 tai 044-797 0121

Sähköposti: arja.ha.heikkinen@kainuu.fi

LIITE 3**OMAISEN/LÄHEISEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN
OSALLISTUMISESTA**

Olen saanut riittävästi kirjallista ja suullista tietoa tutkimuksesta:

”Psykiatriseen hoitoon hakeutuvien potilaiden hoidon tarpeen arviointi ja potilaiden tarpeenmukainen hoito Kainuun maakunta -kuntayhtymässä.”

Olen tietoinen, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että voin kieltäytyä osallistumasta ilman, että se mitenkään vaikuttaa hoitooni ja kohteluuni nyt tai vastaisuudessa. Voin myös peruuttaa suostumukseni milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä.

Annan suostumukseni, että tutkija Arja Heikkinen saa haastatella minua. Haastatteluaineistoa saa käyttää tähän tutkimukseen. Aineisto käsitellään niin, ettei kukaan ole tunnistettavissa tutkimusraportissa. Tutkimus on ehdottoman luottamuksellinen. Tutkijaa sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus.

Haluan osallistua *”Psykiatriseen hoitoon hakeutuvien potilaiden hoidon tarpeen arviointi ja potilaiden tarpeenmukainen hoito ” - tutkimukseen*. Tutkimus on seuranta-tutkimus ja se kestää viisi vuotta. Puolen vuoden seurantahaastattelun jälkeen tutkija tekee ensimmäisen raportin tutkimustuloksista ja se julkaistaan monografiaväitöskirjana filsofian tohtorin tutkintoon liittyvänä opinnäytetyönä.

Paikka _____ pnä _____ kuuta vuonna 200_

Allekirjoitus ja nimen selvennys _____ syntymäaika _____
Yhteystiedot/ Osoite ja puhelinnumero: _____

Kajaanin seudun mielenterveyspalvelujen tulosityksikön päällikkö, oh Arja Heikkinen
TtM, Jatko-opiskelija, Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos
Erityistason perheterapeutti ja psykoterapeutti
Sotkamontie 13, 87140 KAJAANI, puh. 08-61562713 tai 040-5633656 tai 044-797 0121
Sähköposti: arja.ha.heikkinen@kainuu.fi

LIITE 4

Perushaastattelu/Potilas

Kriisin vaikeutta ja avun tarvetta selvitettäessä kiinnitetään huomiota sosiaaliseen kanssakäymisen keskeisiin alueisiin: perhe, työ/opiskelu, muut valta- ja kiintymyssuhteet. Tarkastelu jakautuu seitsemään aiheeseen.

1. Terveys
2. Työ/opiskelu, koulutus
3. Asuminen
4. Talous, toimeentulo
5. Kasvuolot, kantaperhe, suku
6. Nykyperhe
7. Muut suhteet, vapaa-aika, ystävät, viholliset, viranomaiset

Kullakin avun tarvitsijalla on varmasti omia erityiskysymyksiä selviteltävänä. Kaikille yhteisiä kysymyksiä ovat:

- (a) välitön kokemus nykytilasta
- (b) tärkeät menneisyyden muutokset, vaihdokset, menetykset, pettymykset
- (c) odotettavissa oleva, jatkuvuus, tulevan vakaus
- (d) arvio omasta selviytymisestä tähän saakka, tyytyväisyys
- (e) merkityksenanto, aiheen tärkeys elämäntilanteessa

Perustiedot:

Nimi: _____ Tutkimusnumero: _____

Sotu: _____ - _____ Arviointipäivä: _____

1. Sukupuoli (oikea vaihtoehto ympyröity)
 - 1 nainen
 - 2 mies
2. Ikä
 - 1 alle 18-vuotias
 - 2 18-24
 - 3 25-34
 - 4 35-44
 - 5 45-54
 - 6 55-64
 - 7 65-74
 - 8 yli 75-vuotias
3. Siviilisääty
 - 1 naimaton
 - 2 Avo- tai avioliitto
 - 3 eronnut
 - 4 asumuserossa
 - 5 leski
4. Pääasiallinen ongelma, avuntarpeen aihe
 - 1 terveys
 - 2 työ, koulutus, opiskelu
 - 3 asuminen
 - 4 talous, toimeentulo
 - 5 suhteet kasvuperheeseen ja sukuun
 - 6 nykyperhe
 - 7 viranomaiset

- 8 muut suhteet
- 9 äkilliset tapahtumat
- 10 ei mitään erityistä, paljon pieniä pulmia

Ongelman lyhyt kuvailu:

Mitä ongelmalle olisi voinut tehdä aikaisemmin?

Työ/opiskelu, koulutus:

5. Ammattiasema

- 1 maanviljelijä
- 2 yrittäjä
- 3 toimihenkilö
- 4 työntekijä
- 5 ammatissa toimimaton
- 6 opiskelija
- 7 työtön tai lomautettu
- 8 sairauslomalla
- 9 eläkeläinen/kuntoutustuki

6. Peruskoulutus

- 1 kansakoulu
- 2 keskikoulu/peruskoulu
- 3 lukio
- 4 ylioppilas

Mikä?

7. Ammattikoulutus

- 1 ammattikurssi
- 2 alempi keskiasteen ammattitutkinto
- 3 ylempi keskiasteen ammattitutkinto
- 4 korkeakoulututkinto
- 5 ei ammattikoulutusta
- 6 muu

8. Työn/opiskelun vaativuus

- 1 ei raskasta
- 2 henkisesti tai ruumiillisesti raskas
- 3 molemmat

Lyhyt kuvaus siitä, miten työn/opiskelun vaativuus on näkynyt?

9. Myönteiset muutokset työssä

- 1 ei muutoksia
- 2 muutos yli puoli vuotta sitten
- 3 muutos ½ vuoden sisällä
- 4 muutos kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus myönteisistä muutoksista?

10. Kielteiset muutokset työssä

- 1 ei muutoksia
- 2 muutos yli puoli vuotta sitten
- 3 muutos ½ vuoden sisällä
- 4 muutos kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus kielteisistä muutoksista?

11. Tyytyväisyys työ-/opiskelutilanteeseen

- 1 tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 tyytymätön

Kuvaus siitä, mitkä tekijät vaikuttavat tyytyväisyyteen/tyytymättömyyteen?

Muuta mainittavaa työstä/opiskelusta:

Terveys ja yleinen toimintakyky:

12. Tyytyväisyys omaan terveydentilaan

- 1 tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 tyytymätön

Kuvaus siitä, mitkä tekijät vaikuttavat tyytyväisyyteen/tyytymättömyyteen?

13. Myönteiset muutokset terveydentilassa

- 1 ei muutoksia
- 2 muutoksia yli puoli vuotta sitten
- 3 muutoksia yli kuukausi sitten
- 4 muutoksia kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus myönteisistä muutoksista?

14. Kielteiset muutokset terveydentilassa

- 1 ei muutoksia
- 2 muutoksia yli puoli vuotta sitten
- 3 muutoksia yli kuukausi sitten
- 4 muutoksia kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus kielteisistä muutoksista?

15. Ruumiilliset sairaudet

- 1 ei
- 2 lieväästeinen
- 3 vaikea-asteinen

Mikä sairaus? _____

16. Alkoholin käyttäminen

- 1 ei ongelmia
- 2 ilmeisesti ongelmia
- 3 selvästi ongelmia

Lyhyt kuvaus siitä, miten ongelma ilmenee?

17. Lääkkeiden käyttäminen

- 1 ei ongelmia
- 2 ilmeisesti ongelmia
- 3 selvästi ongelmia

Lyhyt kuvaus siitä, miten ongelma ilmenee?

18. Huumeiden käyttäminen

Lyhyt kuvaus siitä, miten ongelma ilmenee?

19. Kyky tulla itsenäisesti toimeen

- 1 selviydyn itsenäisesti
- 2 tarvitsen ajoittain apua
- 3 tarvitsen huomattavasti apua
- 4 en tule toimeen ilman muiden apua

Lyhyt kuvaus avuntarpeesta?

20. Itsetuhon uhka

- 1 en ole ajatellut enkä yrittänyt itsemurhaa
- 2 olen ajatellut itsemurhaa viime kuukauden aikana
- 3 olen ajatellut ja tehnyt joitakin itsemurhayrityksiä itsemurhan suuntaan viime kuukauden aikana
- 4 tehnyt yhden vakavan itsemurhayrityksen viime kuukauden aikana

Lyhyt kuvaus itsetuhon uhkasta/yrityksestä:

Asuminen:

21. Asuinpaikka

- 1 kaupungin keskusta
- 2 muualla kaupungissa
- 3 kuntakeskus
- 4 muu taajama
- 5 haja-asutusalue

22. Asunnon hallinta

- 1 omistus
- 2 virka- tai työsuhde
- 3 vuokralainen
- 4 vieraana
- 5 muu, esim. lapset vanhempien luona, tukiasunto

Lyhyt kuvaus asunnosta ja asumisesta:

23. Asumismuoto

- 1 yksin
- 2 yksinhuoltaja lasten kanssa
- 3 puolison kanssa
- 4 puolison ja lasten kanssa
- 5 aikuisten lasten kanssa
- 6 vanhemman/vanhempien kanssa
- 7 toverin kanssa
- 8 sukulaisen tai tuttavien luona
- 9 laitos (sairaala, vanhainkoti, armeija...)
- 10 muulla tavalla (esim. asuntola)
- 11 asunnoton

Lyhyt kuvaus asumismuodosta:

24. Myönteiset muutokset

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus myönteisistä muutoksista?

25. Kielteiset muutokset

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus kielteisistä muutoksista?

26. Tyytyväisyys asumiseen

- 1 tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

Muuta mainittavaa asumisesta

Talous:

27. Tyytyväisyys toimeentuloon

- 1 tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

28. Pääasiallinen tulolähde

- 1 ei mitään tuloja
- 2 palkkatulo
- 3 yrittäjätulo
- 4 muu oma tulo
- 5 eläke, sv-päiväraha
- 6 työttömyyskorvaus
- 7 toimeentulotuki
- 8 opintotuki
- 9 muu

Ansiot kuukaudessa ja vuodessa (netto/brutto):

29. Myönteiset muutokset toimeentulossa

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus myönteisistä muutoksista?

30. Kielteiset muutokset toimeentulossa

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus myönteisistä muutoksista?

Muuta mainittavaa taloudesta

Kasvuolot:

31. Kasvuympäristö

- 1 biologisten vanhempien koti
- 2 adoptiovanhempien koti
- 3 kasvatti- tai sijaishuoltosijoitus
- 4 lastenkoti tai laitos
- 5 muu, mikä: _____

Muuta mainittavaa kasvuympäristöstä:

32. Tyytyväisyys kasvuperheen tilaan haastateltavan lapsuus- ja nuoruusaikana

- 1 tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saivat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

Muuta mainittavaa kasvuympäristöstä, ovatko vanhemmat elossa vai kuolleet, mihin kuolleet/kuollut:

33. Myönteiset muutokset suhteissa vanhempiin

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus myönteisistä muutoksista?

34. Kielteiset muutokset suhteissa vanhempiin

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus kielteisistä muutoksista?

Muuta mainittavaa kasvuoloista

Nykyperhe:

35. Perheen vaihe

- 1 parisuhde, perheen perustaminen
- 2 lasten syntymä ja kasvatus
- 3 avioliiton "keski-ikä", perheenjäsenten yksilöityminen
- 4 lasten tosiasiallinen lähtö kotoa
- 5 avioliiton myöhäisikä, menetyksen integroituminen
- 6 omien vanhempien hoito
- 7 yksin asuva

Lyhyt kuvaus nykyperheestä:

36. Myönteiset muutokset nykyperheessä

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus myönteisistä muutoksista?

37. Kielteiset muutokset nykyperheessä

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus kielteisistä muutoksista?

38. Tyytyväisyys perheeseen

- 1 tyytyväinen

- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

Millaista tukea saat perheenjäseniltäsi?

Muut merkittävät suhteet:

39. Sisaruksia

- 1 on
- 2 ei

Kuinka monta sisarusta elossa ja kuinka monta kuollut: _____

Mihin kuollut? _____

40. Suhteet sisaruksiin

- 1 hyvät
- 2 kohtalaiset
- 3 huonot

Lyhyt kuvaus siitä, millaiset suhteet ovat:

41. Saatko tukea sisaruksiltasi?

- 1 kyllä
- 2 ei

Lyhyt kuvaus siitä, millaista tukea saat sisaruksiltasi ja millaista tukea häneltä/heiltä odotat saavasi?

Lyhyt kuvaus siitä, millaista tukea sinä annat sisaruksillesi?

42. Riitasuhteita

- 1 on
- 2 ei

Lyhyt kuvaus riitasuhteista, esimerkiksi niiden toistuvuudesta:

43. Myönteiset muutokset sisarussuhteissa

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus myönteisistä muutoksista?

44. Kielteiset muutokset sisarusuhteissa

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus kielteisistä muutoksista?

45. Hyvät ystävät

- 1 on
- 2 ei

Lyhyt kuvaus ystävien määrästä, vaihtuvuudesta ja tapaamistiheydestä:

46. Saatko tukea ystäviltäsi?

- 1 kyllä
- 2 ei

Lyhyt kuvaus siitä, millaista tukea saat ystävältäsi/ystäviltäsi ja millaista tukea häneltä/heiltä odotat saavasi?

Lyhyt kuvaus siitä, millaista tukea sinä annat ystävällesi/ystävillesi?

47. Riitasuhteita

- 1 on
- 2 ei

Lyhyt kuvaus riitasuhteista, esimerkiksi niiden toistuvuudesta:

48. Myönteiset muutokset ystävyysuhteissa

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus myönteisistä muutoksista?

49. Kielteiset muutokset ystävyysuhteissa

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus kielteisistä muutoksista?

50. Viranomaisuuhteet

- 1 on
- 2 ei

Keitä viranomaisia:

51. Suhteet viranomaisiin

- 1 hyvät
- 2 kohtalaiset
- 3 huonot

Lyhyt kuvaus viranomaisuuhteiden sisällöstä (esimerkiksi terapeutti, sosiaalityöntekijä):

Lyhyt kuvaus siitä, millaista tukea saat viranomaisilta ja millaista tukea odotat heiltä saavasi?

52. Tyytyväisyys muihin ihmissuhteisiin

- 1 tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 tyytymätön

Mitä nämä muut ihmissuhteet ovat ja muuta mainittavaa näistä muista suhteista

53. Kiinnostavia harrastuksia

- 1 on
- 2 ei

Millaisia harrastuksia sinulla on ja miten usein harrastat?

Miksi sinulle ei ole kiinnostavia harrastuksia (mahdolliset esteet harrastukselle)?

54. Keskeisin tulevaisuuden uhka

- 1 ei uhkia
- 2 työ
- 3 terveys
- 4 asuminen
- 5 toimeentulo
- 6 suhteet vanhempiin ja sisaruksiin
- 7 nykyperhe
- 8 muut suhteet
- 9 jokin muu uhka

Lyhyt kuvaus uhkasta:

55. Suurimmat tulevaisuuden odotukset

- 1 ei odotuksia
- 2 työ
- 3 terveys
- 4 asuminen
- 5 toimeentulo
- 6 suhteet vanhempiin ja sisaruksiin
- 7 nykyperhe
- 8 muut suhteet
- 9 jokin muu odotus

Lyhyt kuvaus odotuksesta:

56. Kokonaisarvio nykyisen kriisin vaikeudesta

- | | | | | |
|--------|---|---|-------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| vaikea | | | lievä | |

.....

Käytetyt palvelut ja avut

I = kahden vuoden aikana ennen ensimmäistä arviointia

57. Käytetyt julkiset avohoidon mielenterveyspalvelut:

- 1 oman kunnan mielenterveysyksikkö
- 2 psykiatrian pkl
- 3 yleissairaalapyykiatrian pkl
- 4 osaston ja avohoidon henkilöstöstä muodostettu tapauskohtainen työryhmä
- 5 ei ole käyttänyt mielenterveyspalveluita

58. Psykiatrinen osastohoito tai kuntoutuskoti

- 1 osastohoito
- 2 kuntoutuskoti

- 3 muu hoitopaikka: _____
- 4 ei osastohoitoa eikä kuntoutuskotia

59. Psykiatriset sairaalahoitokerrat

- 1 yksi
- 2 toinen kerta puoli vuotta ensimmäisestä
- 3 kaksi, kertojen väli enemmän kuin puoli vuotta
- 4 kolmesta viiteen hoitajaksoa vuoden aikana
- 5 yli viisi hoitajaksoa vuoden aikana
- 6 ei hoitajaksoja

60. Hoitoviikot

- 1 yksi tai vähemmän
- 2 yhdestä neljään
- 3 neljästä viiteentoista
- 4 enemmän kuin viivitoista
- 5 ei hoitoviikkoja

61. Yksilöhoito

- 1 avohoitokäynnit yhden työntekijän luona mt-yksikössä
- 2 avohoitokäynnit kahden työntekijän luona mt-yksikössä
- 3 avohoitokäynnit osastolla yhden työntekijän luona
- 4 avohoitokäynnit osastolla kahden työntekijän luona
- 5 yhden työntekijän tekemät kotikäynnit
- 6 kahden työntekijän tekemät kotikäynnit
- 7 ei yksilöhoitoa

62. Yksilöhoitomuoto

- 1 supportiivinen terapia
- 2 psykodynaaminen psykoterapia
- 3 kognitiivinen psykoterapia
- 4 kriisihoitokäynnit
- 5 muu
- 6 ei yksilöhoitoa

63. Perhehoito

- 1 avohoitokäynnit yhden työntekijän luona mt-yksikössä
- 2 avohoitokäynnit kahden työntekijän luona mt-yksikössä
- 3 avohoitokäynnit osastolla yhden työntekijän luona
- 4 avohoitokäynnit osastolla kahden työntekijän luona
- 5 yhden työntekijän tekemät kotikäynnit
- 6 kahden työntekijän tekemät kotikäynnit
- 7 ei perhehoitoa

64. Perhehoitomuoto

- 1 perhe- ja lähiverkoston tapaamiset hokossa/ tapauskohtainen työryhmä
- 2 perheterapia vastaanotolla
- 3 perheterapia kotona
- 4 perheen ja lähiverkoston tapaamiset kotona (supportiivinen)
- 5 työntekijöiden kriisihoitokäynnit kotona
- 6 muu
- 7 ei perhehoitoa

65. Kuntoutuksen hoitomuodot

- 1 intervallit osastolla
- 2 ryhmät
- 3 luovat terapiat
- 4 työkokeilu

- 5 muu
- 6 ei kuntoutusta

66. Psykelääkitys

- 1 kyllä
- 2 ei

67. Psykenlääkkeet

- 1 anksiolyytti
- 2 antipsykootti
- 3 masennuslääke
- 4 mielialan tasaaja
- 5 unilääke

68. Lääkityksen kesto kuukausina

- 1 yksi tai vähemmän
- 2 yhdestä neljään
- 3 neljästä viiteentoista
- 4 enemmän kuin viisitoista
- 5 alle ½-vuotta
- 6 yli puolivuotta alle vuosi
- 7 yli vuosi alle kaksi vuotta
- 8 yli kaksi vuotta

69. Lääkemäärä

- 1 yksi lääke
- 2 kahta eri lääkettä esim. anksiolyytti ja antipsykootti
- 3 kolmea eri lajia
- 4 useita eri lääkkeitä

Muuta mainittavaa lääkityksestä, kuvaus siitä, miten lääke helpottanut olotilaa:

70. Muut julkiset mielenterveyspalvelut

- 1 toiminnallinen kuntoutus
- 2 ryhmätalo
- 3 muu
- 4 ei muita mt-palveluita

71. Kolmannen sektorin tarjoamat mt-palvelut

- 1 mielenterveysyhdistys
- 2 työttömien yhdistys
- 3 projektien järjestämät kurssit tai muu toiminta
- 4 srk
- 5 kriminaalilyhdistystoiminta
- 6 muu
- 7 ei kolmannen sektorin palveluita

72. Yksityissektorin palvelut

- 6 psykiatrin hoidossa
- 7 psykoterapeutin hoidossa
- 8 yleislääkärin hoidossa
- 9 luonnonmentelmähoito esim homeopaatti
- 10 muu
- 11 ei yksityissektorin palveluita

73. Sosiaalihuollon tukitoimet

- 1 toimeentulotuki
- 2 kotipalvelu
- 3 ohjaus- ja neuvonta
- 4 lastensuojelu
- 5 muu: _____
- 6 ei sos.huollon tukea

74. Edunvalvoja

- 1 raha-asioiden hoitamista varten
- 2 kaikkien asioiden hoitamista varten
- 3 ei edunvalvojaa

75. Asuntotoimiston tuki

- 1 kyllä
- 2 ei

76. Riippuvuuksien hoito

- 1 käynnit kunnan päihdetyöntekijän luona
- 2 rattiseuranta
- 3 katkaisuhoido tk:ssa
- 4 yksityinen huumelaitos
- 5 yksityinen päihdelaitos
- 6 riippuv.hoito tapauskohtaisessa työryhmässä
- 7 ei riippuv. hoitoa

77. Perusterveydenhuollon käynnit

- 1 tk:n vastaanotto
- 2 tk:n vuodeosasto
- 3 päisystysvastaanotto
- 4 kotisair.hoito
- 5 muu
- 6 ei käyntejä perusterveydenhuollossa

78. Erikoissairaanhoidokäynnit

- 8 Kaks:n ppkl
- 9 Kaks:n pkl
- 10 Kaks:n osasto
- 11 Ei käyntejä esh.ssa

79. Tyytyväisyys mielenterveyspalveluihin (yleisarvio)

- 1 tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

80. Tyytyväisyys yksityissektorin palveluihin (yleisarvio)

- 1 tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön

4 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

81. Tyytyväisyys perusterveydenhuoltoon (yleisarvio)

- 1 tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

82. Tähänastisista keinoista merkittävin apu

- 1 yksilökäynnit vastaanotolla
- 2 hoitajan/hoitajien kotikäynnit
- 3 tapauskohtainen työryhmä
- 4 perhetapaamiset kotona
- 5 perhetapaamiset vastaanotolla
- 6 lääkehoito
- 7 osastohoito
- 8 läheisten tuki (verkosto)
- 9 kaikki hoidot yhdessä ja läheisten tuki

Potilaan arvio, miksi:

LIITE 5**PERUSHAASTATTELU/OMAINEN/LÄHEINEN**

Kriisin vaikeutta ja avun tarvetta selvitetessä kiinnitetään huomiota sosiaaliseen kanssakäymisen keskeisiin alueisiin: perhe, työ/opiskelu, muut valta- ja kiintymyssuhteet. Tarkastelu jakautuu seitsemään aiheeseen.

1. Terveys
2. Työ/opiskelu, koulutus
3. Asuminen
4. Talous, toimeentulo
5. Kasvuolot, kantaperhe, suku
6. Nykyperhe
7. Muut suhteet, vapaa-aika, ystävät, viholliset, viranomaiset

Kullakin avun tarvitsijalla on varmasti omia erityiskysymyksiä selviteltävänä. Kaikille yhteisiä kysymyksiä ovat:

- (f) välitön kokemus nykytilasta
- (g) tärkeät menneisyyden muutokset, vaihdokset, menetykset, pettymykset
- (h) odotettavissa oleva, jatkuvuus, tulevan vakaus
- (i) arvio omasta selviytymisestä tähän saakka, tyytyväisyys
- (j) merkityksenanto, aiheen tärkeys elämäntilanteessa

Perustiedot:

Nimi: _____ Tutkimusnumero: _____

Sotu: _____ - _____ Arviointipäivä: _____

1. Sukupuoli (oikea vaihtoehto ympyröity)

- 1 nainen
- 2 mies

2. Ikä

- 1 alle 18-vuotias
- 2 18-24
- 3 25-34
- 4 35-44
- 5 45-54
- 6 55-64
- 7 65-74
- 8 yli 75-vuotias

3. Siviilisääty

- 1 naimaton
- 2 Avo- tai avioliitto
- 3 eronnut
- 4 asumuserossa
- 5 leski

4. Pääasiällisin ongelma, avuntarpeen aihe

- 1 terveys
- 2 työ, koulutus, opiskelu
- 3 asuminen
- 4 talous, toimeentulo
- 5 suhteet kasvuperheeseen ja sukuun

- 6 nykyperhe
- 7 viranomaiset
- 8 muut suhteet
- 9 äkilliset tapahtumat
- 10 ei mitään erityistä, paljon pieniä pulmia

Ongelman lyhyt kuvailu:

Mitä ongelmalle olisi voinut tehdä aikaisemmin?

17. Alkoholin käyttäminen
- 1 ei ongelmia
 - 2 ilmeisesti ongelmia
 - 3 selvästi ongelmia

Lyhyt kuvaus siitä, miten ongelma ilmenee?

17. Lääkkeiden käyttäminen
- 1 ei ongelmia
 - 2 ilmeisesti ongelmia
 - 3 selvästi ongelmia

Lyhyt kuvaus siitä, miten ongelma ilmenee?

19. Huumeiden käyttäminen

Lyhyt kuvaus siitä, miten ongelma ilmenee?

19. Kyky tulla itsenäisesti toimeen
- 1 selviydyn itsenäisesti
 - 2 tarvitsen ajoittain apua
 - 3 tarvitsen huomattavasti apua
 - 4 en tule toimeen ilman muiden apua

Lyhyt kuvaus avuntarpeesta?

20. Itsetuhon uhka
- 1 en ole ajatellut enkä yrittänyt itsemurhaa
 - 2 olen ajatellut itsemurhaa viime kuukauden aikana
 - 3 olen ajatellut ja tehnyt joitakin itsemurhayrityksiä itsemurhan suuntaan viime kuukauden aikana
 - 4 tehnyt yhden vakavan itsemurhayrityksen viime kuukauden aikana

Lyhyt kuvaus itsetuhon uhkasta/yrityksestä:

Kasvuolot:

31. Kasvuympäristö

- 1 biologisten vanhempien koti
- 2 adoptiovanhempien koti
- 3 kasvatti- tai sijaishuoltosijoitus
- 4 lastenkoti tai laitos
- 5 muu, mikä: _____

Muuta mainittavaa kasvuympäristöstä:

32. Tyytyväisyys kasvuperheen tilaan haastateltavan lapsuus- ja nuoruusaikana

- 1 tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saivat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

Muuta mainittavaa kasvuympäristöstä, ovatko vanhemmat elossa vai kuolleet, mihin kuolleet/kuollut:

33. Myönteiset muutokset suhteissa vanhempiin

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus myönteisistä muutoksista?

34. Kielteiset muutokset suhteissa vanhempiin

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus kielteisistä muutoksista?

Muuta mainittavaa kasvuoloista

Nykyperhe:

35. Perheen vaihe

- 1 parisuhde, perheen perustaminen
- 2 lasten syntymä ja kasvatusta
- 3 avioliiton "keski-ikä", perheenjäsenten yksilöityminen

- 4 lasten tosiasiallinen lähtö kotoa
- 5 avioliiton myöhäisikä, menetyksen integroituminen
- 6 omien vanhempien hoito
- 7 yksin asuva

Lyhyt kuvaus nykyperheestä:

36. Myönteiset muutokset nykyperheessä

- 1 ei muutoksia
- 2 yli puoli vuotta sitten
- 3 yli kuukausi sitten
- 4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus myönteisistä muutoksista?

37. Kielteiset muutokset nykyperheessä

- 1 ei muutoksia
- 5 yli puoli vuotta sitten
- 2 yli kuukausi sitten
- 3 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus kielteisistä muutoksista?

38. Tyytyväisyys perheeseen

- 1 tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

Millaista tukea saat perheenjäseniltäsi?

Muut merkittävät suhteet:

39. Sisaruksia

- 1 on
- 2 ei

Kuinka monta sisarusta elossa ja kuinka monta kuollut: _____
Mihin kuollut? _____

40. Suhteet sisaruksiin

- 1 hyvät
- 2 kohtalaiset
- 3 huonot

Lyhyt kuvaus siitä, millaiset suhteet ovat:

41. Saatko tukea sisaruksiltasi?

1 kyllä

2 ei

Lyhyt kuvaus siitä, millaista tukea saat sisaruksiltasi ja millaista tukea häneltä/heiltä odotat saavasi?

Lyhyt kuvaus siitä, millaista tukea sinä annat sisaruksillesi?

42. Riitasuhteita

1 on

2 ei

Lyhyt kuvaus riitasuhteista, esimerkiksi niiden toistuvuudesta:

43. Myönteiset muutokset sisarussuhteissa

1 ei muutoksia

2 yli puoli vuotta sitten

3 yli kuukausi sitten

4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus myönteisistä muutoksista?

44. Kielteiset muutokset sisarussuhteissa

1 ei muutoksia

2 yli puoli vuotta sitten

3 yli kuukausi sitten

4 kuukauden sisällä

Lyhyt kuvaus kielteisistä muutoksista?

45. Hyvät ystävät

1 on

2 ei

Lyhyt kuvaus ystävien määrästä, vaihtuvuudesta ja tapaamistiheydestä:

54. Keskeisin tulevaisuuden uhka

1 ei uhkia

2 työ

3 terveys

- 4 asuminen
- 5 toimeentulo
- 6 suhteet vanhempiin ja sisaruksiin
- 7 nykyperhe
- 8 muut suhteet
- 9 jokin muu uhka

Lyhyt kuvaus uhkasta:

55. Suurimmat tulevaisuuden odotukset

- 1 ei odotuksia
- 2 työ
- 3 terveys
- 4 asuminen
- 5 toimeentulo
- 6 suhteet vanhempiin ja sisaruksiin
- 7 nykyperhe
- 8 muut suhteet
- 9 jokin muu odotus

Lyhyt kuvaus odotuksesta:

56. Kokonaisarvio nykyisen kriisin vaikeudesta

1	2	3	4	5
vaikea			lievä	

.....

81. Tyytyväisyys perusterveydenhuoltoon (yleisarvio)

- 1 tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

82. Tähänastisista keinoista merkittävin apu

- 1 yksilökäynnit vastaanotolla
- 2 hoitajan/hoitajien kotikäynnit
- 3 tapauskohtainen työryhmä
- 4 perhetapaamiset kotona
- 5 perhetapaamiset vastaanotolla
- 6 lääkehoito
- 7 osastohoito
- 8 läheisten tuki (verkosto)
- 9 kaikki hoidot yhdessä ja läheisten tuki

Potilaan arvio, miksi:

LIITE 6

OMAISEN/LÄHEISEN KUORMITUSHAASTATTELU

Tutkimusnumero: _____

Tämä lomake täytetään potilaan yhden omaisen haastattelun perusteella. Haastateltavan omainen/läheinen valitaan seuraavien periaatteiden mukaisesti:

- 1) Jos potilas on naimisissa tai asuu avoliitossa, haastatellaan puolisoa.
- 2) Jos potilas asuu lapsensa tai lastensa kanssa ilman puolisoa, haastatellaan joku 15 vuotta täyttäneistä lapsista.
- 3) Jos potilas on naimaton ja asuu vanhempiensa kanssa, haastatellaan ensisijaisesti potilaan äitiä tai isää. Jos kumpikaan ei suostu, haastatellaan joku sisaruksista.
- 4) Jos potilaalla ei ole em. Kohdissa mainittuja omaisia, haastatellaan potilaan läheinen ystävä, tuttava tai muu henkilö (asuintoveri, työtoveri).

Pääsääntöisesti haastateltavaksi valitaan sellainen omainen tai läheinen, jolla on säännöllinen vuorovaikutussuhde potilaan kanssa, Jos haastatteluun pyydetty kieltäytyy, pyydetään haastateltavaksi toista läheistä henkilöä. Myös yksin asuvien läheisin henkilö pyritään haastattelemaan.

Haastattelu koskee vain haastateltavan omia käsityksiä. Moni kysymys jakautuu kahteen osaan. Ensiksi tiedustellaan *objektiivista tilannetta*. Toiseksi kysytään omaisen/läheisen *subjektiivista asennoitumista tai suhtautumista* edellä mainittuun tilanteeseen. Tarkoitus on selvittää, miten omainen kokee tilanteen omalta kannaltaan ja aiheuttaako se hänelle räsitusta.

Räsitusta tutkitaan kolmiluokkaisella tyytyväisyys - asteikolla. Tyytyväinen omaisen/läheinen pitää tilannetta niin tyydyttävänä ja hyväksyttävänä, ettei halua siihen muutosta. Mukautunut on sopeutunut tilanteeseen, vaikka tilanne ei kaikin osin tyydyttäisikään. Tyytymätön pitää asioiden tilaa selvästi hankalana ja muutosta vaativana.

1. Haastateltavan suhde potilaaseen

- 1 äiti
- 2 isä
- 3 tytär
- 4 poika
- 5 puoliso
- 6 muu omainen _____
- 7 ystävä

2. Käykö haastateltava työssä?

- 1 kyllä
- 2 ei

Lyhyt kuvaus työstä:

3. Haastateltava terveydentila

- 1 hyvä
- 2 kohtalainen
- 3 huono

Lyhyt kuvaus terveydentilasta:

4. Elääkö potilas haastateltavan kanssa?

- 1 kyllä, suurimman osan viikosta tai omainen pitää päivittäin huolta
- 2 enintään kolme päivää viikossa
- 3 asuvat eri paikoissa, mutta käyvät vieraisilla

Lyhyt kuvaus huolenpidosta:

5. Kodinhoito

- 1 potilas tekee kodin askareita oma-aloitteisesti ja selviää niistä suhteellisen hyvin
- 2 osallistuu askareisiin pyydettyä, selviytyy kohtalaisesti, vaikeuksia saattaa esiintyä
- 3 osallistuu vain vastahakoisesti; välttelee, jos mahdollista; ei kykene suoriutumaan tehtävistä ilman valvontaa
- 4 ei osallistu lainkaan kodin tehtäviin, esim. ei sijaa vuodettaan tai auta siivouksessa pyydettyä

Muuta mainittavaa kodinhoidosta:

6. Omaisen/läheisen kokema rasitus (kodinhoito)

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

7. Itsestä huolehtiminen (henkilökohtainen hygienia, syöminen, vuorokausirytmii)

- 1 potilas huolehtii oma-aloitteisesti, ei tarvitse kehotuksia ja selviytyy vähintään tyydyttävällä tavalla
- 2 tarvitsee jonkin verran kehotuksia, muuten saattaa unohtaa ainakin osan itsensä huolehtimisesta
- 3 vaatii huolenpitoa, yrittää huolehtia itsestään, mutta tarvitsee suhteellisen usein kehotuksia
- 4 vaatii jatkuvasti huolenpitoa, kehotuksia tai auttamista; läheisten jatkuva valvonta tarpeen

Muuta mainittavaa itsestä huolehtimisesta:

8. Omaisen/läheisen kokema rasitus potilaan kyvystä huolehtia itsestään

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

9. Lääkkeistä ja hoidosta huolehtiminen

- 1 potilas huolehtii oma-aloitteisesti; ei tarvitse kehotuksia; selviytyy vähintään tyydyttävästi
- 2 tarvitsee kehotuksia, muuten voi unohtaa lääkkeitään ja hoidostaan huolehtimisen, ei kuitenkaan välttele hoitoa
- 3 vaatii jossain määrin huolenpitoa; yrittää huolehtia itsekin, mutta ongelmia esiintyy suhteellisen usein
- 4 vaatii jatkuvasti huolenpitoa, kehotuksia ja apua; välttelee toistuvasti hoitotoimenpiteitä

Muuta mainittavaa lääkkeitä ja hoidosta huolehtimisesta:

10. Omaisen/läheisen kokema rasitus potilaan kyvystä huolehtia lääkkeitään ja hoidostaan

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

11. Rahan käyttäminen

- 1 potilas huolehtii asiallisesti raha-asioistaan
- 2 joitakin ongelmia rahan käyttämisessä
- 3 huomattavia ongelmia; potilas tarvitsee lähes jatkuvaa ohjantaa ja valvontaa raha-asioissaan
- 4 omainen/läheinen huolehtii kokonaan potilaan tilaan rahankäytöstä

Muuta mainittavaa rahan käytöstä:

12. Omaisen/läheisen kokema rasitus potilaan raha-asoiden huolehtimisesta

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

13. Lastenhoitaminen

- 1 potilas huolehtii omatoimisesti lapsesta/lapsista
- 2 joitakin selviä ongelmia, mutta potilas selviytyy lasten kanssa, esim. yhden illan, suhteellisen hyvin
- 3 huomattavia ongelmia lähes jatkuvasti; potilas kykenee kuitenkin jossain määrin auttamaan lasten hoitamisessa
- 4 ei kykene auttamaan lasten hoitamisessa; ei voi jättää yksin lasten kanssa
- 5 ei hoidettavia lapsia

Muuta mainittavaa lasten hoidosta:

14. Omaisen/läheisen kokema rasitus siitä vastuusta, joka jää itselle lasten hoitamisesta

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

15. Työnteko

- 1 potilas selviytyy työnteosta vähintään tyydyttävästi
- 2 joskus isoja vaikeuksia, mutta suurimman osan ajasta selviytyy kohtalaisesti
- 3 huomattavia vaikeuksia suurimman osan työaikaa
- 4 potilas ei ole tehnyt työtä viimeksi kuluneen kuukauden aikana

Muuta mainittavaa työnteosta:

16. Omaisen/läheisen kokema rasitus potilaan työsuorituksesta

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

17. Parisuhde

- 1 verrattain hyvä parisuhde
- 2 huomattavia vaikeuksia toisinaan,
- 3 huomattavia vaikeuksia suurimman osan aikaa
- 4 käytännössä ei toimivaa parisuhdetta

Muuta mainittavaa parisuhteesta:

18. Omaisen/läheisen kokema rasitus parisuhteesta

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

19. Muut läheiset ihmissuhteet (samassa taloudessa asuvat, muut läheiset omaiset, sydänystävät)

- 1 verrattain hyvä ihmissuhde/hyviä suhteita
- 2 joskus huomattavia ongelmia, mutta potilas voi menestyä läheisissä suhteissaan myös hyvin
- 3 huomattavia ongelmia suurimman osan aikaa
- 4 käytännössä potilaalla ei ole läheisiä ihmissuhteita

Muuta mainittavaa ihmissuhteista:

20. Omaisen/läheisen kokema rasitus potilaan muista läheisistä ihmissuhteista

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

21. Sosiaaliset suhteet perheen ulkopuolella; potilaan käyttäytyminen erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa perheen ulkopuolella (kysymys koskee tavanomaista kanssakäymistä ystävien, tuttujen tai sukulaisten kanssa; työ ja käyttäytyminen julkisilla paikoilla kuuluu toisiin kysymyksiin)

- 1 selviytyminen vähintään tyydyttävää
- 2 joskus huomattavia ongelmia, mutta potilas voi selviytyä myös kohtalaisen hyvin
- 3 huomattavia ongelmia suurimman osan aikaa
- 4 potilas on käytännössä täysin eristynyt, ei ole sosiaalista kanssakäymistä

Muuta mainittavaa sosiaalisista suhteista:

22. Omaisen/läheisen kokema rasitus potilaan suhteista perheen ulkopuolella

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

23. Potilaan käyttäytyminen julkisilla paikoilla

- 1 potilaan käyttäytyminen vähintään tyydyttävää
- 2 joskus huomattavia ongelmia, mutta voi käyttäytyä kohtalaisen hyvin
- 3 isoja ongelmia suurimman osan aikaa
- 4 ei yleensä käy julkisilla paikoilla, mutta käydessään herättää huomiota

Muuta mainittavaa potilaan käyttäytymisestä:

24. Omaisen/läheisen kokema rasitus potilaan käyttäytymisestä julkisilla paikoilla

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

25. Sosiaalinen vetäytyneisyys

- 1 potilas on normaalisti kanssakäymisissä toisten kanssa, ottaa osaa keskusteluun, ei välttä toisia ihmisiä
- 2 lievää toisten ihmisten välttämistä, rohkaistuna osallistuu keskusteluun ja kanssakäymiseen
- 3 pyrkii selvästi välttämään toisten seuraa, ei osallistu ilman kehotusta keskusteluun
- 4 välttelee toisia ihmisiä ja keskustelua heidän kanssaan, vetäytyy omiin oloihinsa, viettää aikaansa yksin

Muuta mainittavaa potilaan vetäytymisestä:

26. Omaisen/läheisen kokema rasitus potilaan tavasta osallistua sosiaaliseen kanssakäymiseen

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

27. Kiinnostuneisuus ja tapahtumien seuranta

- 1 potilas on kiinnostunut ympäristön tapahtumista, hankkii tietoa (lukee lehtiä, kuuntelee radiota, seuraa TV:tä, keskustelee tapahtumista toisten kanssa)

- 2 tavanomaista vähemmän kiinnostunut ympäristön tapahtumista, ei hanki kovin aktiivisesti tietoja; saattaa kuitenkin toisinaan innostua vähäksi aikaa tiedon hankintaan
- 3 ei ole kiinnostunut ympäristön tapahtumista, seuraa harvoin tiedotusvälineitä
- 4 täysin kiinnostumaton yleisistä tapahtumista

Muuta mainittavaa potilaan kiinnostuneisuudesta:

28. Omaisen/läheisen kokema rasitus potilaan kiinnostuksesta ympäristön tapahtumiin

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

29. Aloitekyky ja aktiivisuus

- 1 puuhailee päivisin, ei tarvitse kehoituksia päivittäisille toimilleen
- 2 hieman passiivinen, viettää 2-4 tuntia hereillä oloajasta tekemättä mitään
- 3 oma-aloitteisuutta puuttuu, viettää 4-8 tuntia päivästä tekemättä mitään, tarvitsee tukea säilyttääkseen toimintatarmonsaa.
- 4 kokonaan aloitekyvytön, viettää kaikki päivät tekemättä mitään, tarvitsee tukea ja kehoituksia perustoimintojenkin suorittamiseksi

Muuta mainittavaa potilaan aktiivisuudesta:

30. Omaisen/läheisen kokema rasitus potilaan aloitekyvystä ja toimintavireestä

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

31. Hätätilanteista selviytyminen (kuinka potilas on selviytynyt tai olisi mahdollisesti selviytynyt odottamattomista hätätilanteista viimeisimmän vuoden aikana)

- 1 selviytyminen vähintään tyydyttävää
- 2 selviytyminen joskus kyseenalaista, vaihtelevaa
- 3 selviytyminen hyvin kyseenalaista, epätydyttävää
- 4 potilas ei selviytynyt tai ei olisi selviytynyt hätätilanteesta

Muuta mainittavaa potilaan selviytymisestä hätätilanteesta:

32. Omaisen/läheisen kokema rasitus potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

33. Itsetuhokäyttäytyminen

- 1 potilas ei ole puhunut eikä tehnyt yrityksiä itsemurhan suuntaan
- 2 on puhunut itsemurhasta viimeisimmän kuukauden aikana, mutta ei ole yrittänyt
- 3 on puhunut usein ja tehnyt yrityksiä itsemurhan suuntaan viimeisimmän kuukauden aikana
- 4 potilas on tehnyt ainakin yhden vakavan itsemurhayrityksen viimeisen kuukauden aikana

Muuta mainittavaa potilaan itsetuhokäyttäytymisestä:

34. Omaisen/läheisen kokema rasitus potilaan itsetuhokäyttäytymisestä

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

35. Omaiselta /läheiseltä vaadittava huolenpito tai huomio (valvonta vuorokauden eri aikoina, yksin jättäminen, loma-ajat)

- 1 merkittävää huolenpitoa ei tarvita
- 2 huolenpitoa tarvitaan toisinaan
- 3 huolenpitoa tarvitaan usein
- 4 jatkuvaa huolenpitoa tarvitaan

Muuta mainittavaa huolenpidosta:

36. Omaisen/läheisen kokema rasitus yleistä huolenpidosta

- 1 tyytyväinen
- 2 mukautunut
- 3 tyytymätön

Lyhyt kuvaus niistä seikoista, jotka saavat aikaan tyytyväisyyden/tyytymättömyyden:

37. Mikä on ollut omaiselle rasittavinta potilaan toiminnan kautta tarkasteltuna?

- 1 kodinhoito
- 2 itsestä huolehtiminen
- 3 lääkkeistä ja hoidosta huolehtiminen
- 4 rahan käyttäminen
- 5 lasten hoitaminen
- 6 työnteko
- 7 parisuhde
- 8 muut läheiset ihmissuhteet
- 9 sosiaaliset suhteet lähipiirin ulkopuolella
- 10 potilaan käyttäytyminen julkisilla paikoilla
- 11 sosiaalinen vetäytyneisyys
- 12 kiinnostuneisuus, tapahtumien seuranta
- 13 aloitekyky ja aktiivisuus
- 14 hätätilanteista selviytyminen
- 15 itsetuhokäyttäytyminen
- 16 yleinen huolenpito

Muuta mainittavaa rasittavuudesta:

LIITE 7

GAS-asteikko eli *Global Assessment Scale* (Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen 1976) on psykiatrisessa sairauskertomuksessa käytetty potilaan psyykkisen tilan yhdeksän luokkainen mittari, jossa 01 on huonoin ja 100 paras psyykkinen tila ja toimintakyky. Tutkija arvioi tällä mittarilla potilaan toiminnan tason perushaastattelun yhteydessä sekä seuranta haastattelun yhteydessä. (Robert L. Spitzer, MD, Miriam Gibbon, MSW, Jean Endicott, PhD)

100 - 91 Ei oireita, hyvä toimintakyky monilla elämän alueilla, elämän ongelmat eivät koskaan näytä saavan

yliotetta, toiset turvautuvat tutkittavaan hänen lämpönsä ja vahvuutensa takia.

90 - 81 Ohimeneviä oireita voi esiintyä, mutta toiminta on hyvää kaikilla elämän alueilla, mielenkiinto ja osallistuminen on laaja-alaista, tutkittava menestyy sosiaalisesti, on yleisesti tyytyväinen elämään, hänellä esiintyy arkipäivän huolia, mutta vain joskus ne tuntuvat hallitsemattomilta.

80 - 71 Vähäisiä oireita voi esiintyä, mutta toimintakyky on enintään lievästi huonontunut, arkipäivän huolia ja ongelmia esiintyy vaihtelevasti ja joskus ne ovat hallitsemattomia.

70 - 61 Esiintyy joitakin lieviä oireita (esim. masentuneisuutta ja lievää unettomuutta) TAI joitain vaikeuksia useilla elämän alueilla, mutta toimintakyky on yleisesti ottaen hyvä eivätkä useimmat kouluttamattomat henkilöt pitäisi tutkittavaa "sairaana".

60 - 51 Kohtalaisia oireita TAI yleisesti joitakin vaikeuksia (esim. vähän ystäviä, tunneköyhyyttä, masentuneisuutta, sairaalloista epäröintiä, yliirteää mielialaa ja pakonomaista puhumisen tarvetta, kohtalaisen vakavaa antisosiaalista käyttäytymistä).

50 - 41 Vakavia oireita tai toiminnan tason huonontumista, jonka useimmat klinikot arvioisivat tarvitsevan hoitoa tai huomiota (esim. itsemurhaajatukset tai eleet, vakavat pakkotoiminnot, usein esiintyvät ahdistuneisuuskohtaukset, vakava antisosiaalinen käytös, pakonomainen juopottelu).

40 - 31 Huomattavaa toiminnan tason huonontumista useilla elämän alueilla, kuten työelämässä, perhesuhteissa, arvostelukyvyssä, ajattelussa tai mielialassa (esim. masentunut nainen välttelee ystäviä, lyö laimin perheensä, ei pysy kotitöihin) TAI jonkinasteista todellisuuden tajun tai kommunikaation huonontumista (esim. puhe ajoittain epämääräistä, epäjohdonmukaista tai epäoleellista) TAI tutkittavalla on yksi vakava itsemurhayritys.

30 - 21 Toimintakyvytön lähes kaikilla elämän alueilla (esim. pysyttelee vuoteessa koko päivän) TAI käyttäytymiseen vaikuttavat huomattavasti joko harhaluulot tai harha-aistimukset TAI kommunikointi on vaikeasti huonontunut (esim. joskus asiaankuulumatonta tai tutkittava ei vastaa puhutteluun) tai arvostelukyky peittää (esim. käyttäytyy karkean sopimattomasti).

20 - 11 Tarvitsee valvontaa, jotta ei vahingoittaisi itseään tai muita tai huolehtia vähimmästään henkilökohtaisesta

hygieniastaan (esim. toistuvia itsemurhayrityksiä, usein väkivaltainen, maanista kiihtyneisyyttä, tuhrii ulosteella) TAI kommunikaation vaikeaa huonontumista (esim. usein hajanainen tai puhumaton).

10 - 01 Tarvitsee jatkuvaa valvontaa useita päiviä, jotta ei vahingoittaisi itseään tai muita tai ei yritä huolehtia vähäisestäkään henkilökohtaisesta hygieniastaan.

LIITE 8

HOITOMUODON JA -VASTUUN MUKAISTEN RYHMIEN TAUSTAMUUT-
TUJEN JAKAUMAT

Taustamuuttajat, alkumittaus	Yhteensä (n=98) n (%)	Hoitomuoto		p-arvo*	Hoitovastuu		p-arvo*
		Yksilö- hoito (n=64) n (%)	Perhe- hoito (n=34) n (%)		Yksi- työntekijä (n=46) n (%)	TKTR (n=52) n (%)	
Sukupuoli				0,141			0,267
Nainen	56 (57,1)	40	16 (47,1)		29 (63,0)	27 (51,9)	
Mies	42 (42,9)	(62,5) 24 (37,5)	18 (52,9)		17 (37,0)	25 (48,1)	
Ikä				0,317			0,891
alle 25	17 (17,3)	13 (20,3)	4 (11,8)		8 (17,4)	9 (17,3)	
25-64	78 (79,6)	50 (78,1)	28 (82,4)		37 (80,4)	41 (78,8)	
65 tai enemmän	3 (3,1)	1 (1,6)	2 (5,9)		1 (2,2)	2 (3,8)	
Siviilisäätty				0,188			0,716
Naimaton	34 (34,7)	24 (37,5)	10 (29,4)		14 (30,4)	20 (38,5)	
Avo-/avioliitto	33 (33,7)	17 (26,6)	16 (47,1)		17 (37,0)	16 (30,8)	
Asumuserossa/Eronnut /Leski	31 (31,6)	23 (35,9)	8 (23,5)		15 (32,6)	16 (30,8)	
Ammatillinen koulutus				0,127			0,800
Ei koulutusta	31 (31,6)	24 (37,5)	7 (20,6)		15 (32,6)	16 (30,8)	
Ammattikursseja/alempi keskiasteen ammattitutkin- to	50 (51,0)	28 (43,8)	22 (64,7)		22 (47,8)	28 (53,8)	
Ylempi keskiasteen ammat- titutk./korkeakoulututk.	17 (17,3)	12 (18,8)	5 (14,7)		9 (19,6)	8 (15,4)	
Päädiagnoosi				0,256			0,027
Psykoottinen häiriö (F20-29)	30 (30,6)	3 (35,9)	7 (20,6)		9(19,6)	21 (40,4)	
Mielialahäiriö (F30-39)	62 (73,5)	37 (57,8)	25 (73,5)		34 (73,9)	28 (53,8)	
Päihdehäiriö (F10-19)	2 (2,0)	2 (3,1)	0		2 (4,3)	0	
Muu psykiatrinen häiriö	4 (4,1)	2 (3,1)	2 (5,9)		1 (2,2)	3 (5,8)	
Sivudiagnoosi, päihdehäiriö (F10-19)				0,003			0,005
Ei	65 (66,3)	49 (76,6)	16 (47,1)		37 (80,4)	28 (53,8)	
Kyllä	33 (33,7)	15 (23,4)	18 (52,9)		9 (19,6)	24 (46,2)	
Sivudiagnoosi, persoonal- lisuushäiriö (F60-69)				0,048			0,408
Ei	82 (83,7)	57 (89,1)	25 (73,5)		40 (87,0)	42 (80,8)	
Kyllä	16 (16,3)	7 (10,9)	9 (26,5)		6 (13,0)	10 (19,2)	
Sivudiagnoosi, muu psyki- atrinen häiriö kuin päihde- tai persoonallisuushäiriö				0,928			0,875
Ei	89 (90,8)	58 (90,6)	31 (91,2)		42 (91,3)	47 (90,4)	
Kyllä	9 (9,2)	6 (9,4)	3 (8,8)		4 (8,7)	5 (9,6)	
Sivudiagnoosi, Z-koodi				0,390			0,393
Ei	66 (67,3)	45 (70,3)	21 (61,8)		29 (63,0)	37 (71,2)	
Kyllä	32 (32,7)	19 (29,7)	13 (38,2)		17 (37,0)	15 (28,8)	
Somaattinen sairaus				0,178			0,614
Ei	58 (59,2)	41 (64,1)	17 (50,0)		26 (56,5)	32 (61,5)	
Kyllä	40 (40,8)	23 (35,9)	17 (50,0)		20 (43,5)	20 (38,5)	
Psykelääkkeen käyttö				0,462			0,053
Ei lääkettä							
Antipsykootti	10 (10,2)	6 (9,4)	4 (1,8)		5 (10,9)	5 (9,6)	
Masennuslää- ke/anksiolyytti/mielialan	40 (40,8)	29 (45,3)	11 (32,4)		13 (28,3)	27 (51,9)	
	48 (49,0)	29 (45,3)	19 (55,9)		28 (60,9)	20 (38,5)	

Taustamuuttujat, alkumittaus	Yhteensä (n=98) n (%)	Hoitomuoto		p-arvo*	Hoitovastuu		p-arvo*
		Yksilö- hoito (n=64) n (%)	Perhe- hoito (n=34) n (%)		Yksi- työntekijä (n=46) n (%)	TKTR (n=52) n (%)	
tasaaja							
Lääkkeiden käyttö				0,846			0,813
Ei lääkettä	10 (10,2)	6 (9,4)	4 (11,8)		5 (10,9)	5 (9,6)	
Alle puoli vuotta	21 (21,4)	13 (20,3)	8 (23,5)		11 (23,9)	10 (19,2)	
Yli puoli vuotta	67 (68,4)	45 (70,3)	22 (64,7)		30 (65,2)	37 (71,2)	
Eri lääkkeiden määrä (sis. somaattiset lääkkeet)				0,682			0,747
Ei yhtään							
Vain yksi	8 (8,2)	5 (7,8)	3 (8,8)		4 (8,7)	4 (7,7)	
Monilääkitys	52 (53,1)	36 (56,3)	16 (47,1)		26 (56,5)	26 (50,0)	
	38 (38,8)	23 (35,9)	15 (44,1)		16 (34,8)	22 (42,3)	
Psykiatristen hoitojakso- jen lukumäärä				0,840			0,001
Ei yhtään	33 (33,7)	22 (34,4)	11 (32,4)		23 (50,0)	10 (19,2)	
Vähintään yksi	65 (66,3)	42 (65,6)	3 (67,6)		23 (50,0)	42 (80,8)	
Hoidossa mukana eri henkilöitä, lkm				0,636			0,001
1-2	18 (18,4)	14 (21,9)	4 (11,8)		16 (34,8)	2 (3,8)	
3-4	27 (27,6)	16 (25,0)	11 (32,4)		10 (21,7)	17 (32,7)	
5-6	28 (28,6)	18 (28,1)	10 (29,4)		12 (26,1)	16 (30,8)	
7 tai enemmän	25 (25,5)	16 (25,0)	9 (26,5)		8 (17,4)	17 (32,7)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 9

LAAJA PERHE- JA VERKOSTOKESKEINEN ALKUSELVITTELY:
POTILAIEN TAUSTAMUUTTUJAT SEURANTAMITTAUKSESSA

Potilaan arvio (N 87)	Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely tehty		
	Kyllä (n=12)	Ei (n=75)	Ryhmi- välinen ero p-arvo*
	n (%)	n (%)	
Sukupuoli			0,054
Nainen	4 (33,3)	49 (65,3)	
Mies	8 (66,7)	26 (34,7)	
Ikä			0,509
alle 25 v	2 (16,7)	14 (18,7)	
25-64	9 (75,0)	59 (78,7)	
65 v tai enemmän	1 (8,3)	2 (2,7)	
Siviilisäätö			1,000
Naimaton	4 (33,3)	28 (37,3)	
Avo-/avioliitto	4 (33,3)	25 (33,3)	
Asumuserossa/Eronnut/Leski	4 (33,3)	22 (29,3)	
Ammatillinen koulutus			1,000
Ei koulutusta	3 (25,0)	22 (29,5)	
Ammattikursseja/alempi keskiasteen ammattitutkinto	7 (58,3)	41 (54,7)	
Ylempi keskiasteen ammattitutk./korkeakoulututk.	2 (16,7)	12 (16,0)	
Päädiagnoosi			0,561
Psykoottinen häiriö (F20-29)	6 (50,0)	23 (30,7)	
Mielialahäiriö (F30-39)	6 (50,0)	48 (64,0)	
Päihdehäiriö (F10-19)	0	1 (1,3)	
Muu psykiatrinen häiriö	0	3 (4,0)	
Sivudiagnoosi, päihdehäiriö (F10-19)			0,155
Ei	6 (50,0)	53 (70,7)	
Kyllä	6 (50,0)	22 (29,3)	
Sivudiagnoosi, persoonallisuushäiriö (F60-69)			0,080
Ei	8 (66,7)	65 (86,7)	
Kyllä	4 (33,3)	10 (13,3)	
Sivudiagnoosi, muu psykiatrinen häiriö kuin päihde- tai persoonallisuushäiriö			0,911
Ei	11 (91,7)	68 (90,7)	
Kyllä	1 (8,3)	7 (9,3)	
Sivudiagnoosi, Z-koodi			0,140
Ei	10 (83,3)	46 (61,3)	
Kyllä	2 (16,7)	29 (38,7)	
Somaattinen sairaus			0,698
Ei	6 (50,0)	42 (56,0)	
Kyllä	6 (50,0)	33 (44,0)	
Psykelääkkeen käyttö			0,251
Ei lääkettä	2 (16,7)	6 (8,0)	
Antipsykootti	6 (50,0)	29 (38,7)	
Masennuslääke/anksiolyttilä/mielialan tasaaja	4 (33,3)	40 (53,3)	
Lääkkeiden käyttö			0,314
Ei lääkettä	2 (16,7)	6 (8,0)	
Alle puoli vuotta	3 (25,0)	12 (16,0)	
Yli puoli vuotta	7 (58,3)	57 (76,0)	
Eri lääkkeiden määrä (sis. somaattiset lääkkeet)			0,099
Ei yhtään	2 (16,7)	5 (6,7)	
Vain yksi	3 (25,0)	41 (54,7)	
Monilääkitys	7 (58,3)	29 (38,7)	
Psykiatristen hoitajaksojen lukumäärä			0,004

Potilaan arvio (N 87)	Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely tehty		
	Kyllä (n=12)	Ei (n=75)	Ryhmien välinen ero p-arvo*
	n (%)	n (%)	
Ei yhtään	0	32 (42,7)	
Vähintään yksi	12 (100)	43 (57,3)	
Hoidossa mukana eri henkilöitä, lkm			0,013
1-2	0	18 (24,0)	
3-4	1 (8,3)	22 (29,3)	
5-6 7 tai enemmän	4 (33,3)	19 (25,3)	
	7 (58,3)	16 (21,3)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 10

LAAJA PERHE- JA VERKOSTOKESKEINEN ALKUSELVITTELY: POTILAI-
DEN TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET ALKU- JA SEURANTAMITTAUK-
SESSA

Terveydentila ja elintavat	Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely tehty					
	Hoidon alku (n=98)			Tilanne 6 kk myöhemmin (n=87)		
Potilaan arvio	Kyllä (n=16) n (%)	Ei (n=82) n (%)	p- arvo*	Kyllä (n=12) n (%)	Ei (n=75) n (%)	p- arvo*
Tyytyväisyys omaan terveydentilaan			0,349			1,000
Tyytyväinen	1 (6,3)	4 (4,9)		0	5 (6,7)	
Melko tyytyväinen	2 (12,5)	3 (3,7)		5 (41,7)	29 (38,7)	
Melko tyytymätön	4 (25,0)	29 (35,4)		2 (16,7)	15 (20,0)	
Tyytymätön	9 (56,3)	46 (56,1)		5 (41,7)	26 (34,7)	
Myönteiset muutokset terveydentilassa			0,033			0,473
Ei muutosta	13 (81,3)	35 (32,7)		7 (58,3)	30 (40,0)	
Muutos yli ½ vuotta sitten	1 (6,3 %)	7 (8,5)		0	4 (5,3)	
Muutos ½ vuoden sisällä	1 (6,3)	12 (14,6)		4 (33,3)	37 (49,3)	
Muutos kuukauden sisällä	1 (6,3)	28 (34,1)		1 (8,3)	4 (5,3)	
Alkoholin käyttäminen			0,060			0,046
Ei ongelmia	5 (31,3)	45 (54,9)		4 (33,3)	49 (65,3)	
Ilmeisesti ongelmia	0	6 (7,3)		1 (8,3)	8 (10,7)	
Selvästi ongelmia	11 (68,8)	31 (37,8)		7 (58,3)	18 (24,0)	
Lääkkeiden käyttäminen			0,176			0,070
Ei ongelmia	5 (31,3)	46 (56,1)		5 (41,7)	55 (73,3)	
Ilmeisesti ongelmia	3 (18,8)	8 (9,8)		1 (8,3)	4 (5,3)	
Selvästi ongelmia	8 (50,0)	28 (34,1)		6 (50,0)	16 (21,3)	
Huumeiden käyttäminen			0,266			1,000
Ei ongelmia	13 (81,3)	76 (92,7)		12 (100)	72 (96,0)	
Ilmeisesti ongelmia	0	1 (1,2)		0	1 (1,3)	
Selvästi ongelmia	3 (18,8)	5 (6,1)		0	2 (2,7)	
Itsetuhon uhka			0,225			0,103
En ole ajatellut enkä yrittänyt itsemurhaa	4 (25,0)	32 (39,0)		6 (50,0)	37 (49,3)	
Olen ajatellut itsemurhaa viime kuukauden aikana	5 (31,3)	34 (41,5)		3 (25,0)	32 (42,7)	
Olen ajatellut ja tehnyt joitakin yrityksiä	0	1 (1,2)		1 (8,3)	3 (4,0)	
Olen tehnyt yhden vakavan itsemurhayrityksen	6 (37,5)	13 (15,9)		1 (8,3)	3 (4,0)	
1-6 kk aikana	1 (6,3)	2 (2,4)		1 (8,3)	0	
Vakava itsemurhayritys aikaisemmin						

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 11

LAAJA PERHE- JA VERKOSTOKESKEINEN ALKUSELVITTELY: POTILAI-
DEN TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET SEURANTAMITTAUKSESSA

Muutos potilaan terveydentilassa ja elin- tavoissa	Laaja perhe- ja verkostokes- keinen		
	alkuselvittely tehty		
Potilaan arvio (n 87)	Kyllä (n=12) n (%)	Ei (n=75) n (%)	Ryhmiä välinen ero p-arvo*
Muutos tyytyväisyydessä omaan tervey- den tilaan			0,109
Aina tyytymätön	7 (58,3)	41 (54,7)	
Aina tyytyväinen	3 (25,0)	6 (8,0)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	2 (16,7)	28 (37,3)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	0	0	
Myönteiset muutokset terveydentilassa seurantamittauksen mukaan			0,477
Ei muutosta	7 (58,3)	30 (40,0)	
Muutos yli ½ v sitten	0	4 (5,3)	
Muutos ½ v sisällä (seuranta-aikana)	5 (41,7)	41 (54,7)	
Muutos alkoholin käyttämisessä			0,135
Ei ongelmia, ei muutosta	4 (33,3)	41 (54,7)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	8 (66,7)	24 (32,0)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongel- mia	0	2 (2,7)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongel- mia	0	8 (10,7)	
Muutos lääkkeiden käyttämisessä			0,082
Ei ongelmia, ei muutosta	4 (33,3)	44 (58,7)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	7 (58,3)	20 (26,7)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongel- mia	0	0	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongel- mia	1 (8,3)	11 (14,7)	
Muutos huumeiden käyttämisessä			0,601
Ei ongelmia, ei muutosta	11 (33,3)	70 (93,3)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	0	3 (4,0)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongel- mia	0	0	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongel- mia	1 (8,3)	2 (2,7)	
Itsetuhon uhka seurantamittauksessa			0,175
Ei ajatuksia, ei yrityksiä	6 (50,0)	37 (49,3)	
Vain ajatuksia	3 (25,0)	32 (42,7)	
Yrityksiä	3 (25,0)	6 (8,0)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 12

LAAJA PERHE- JA VERKOSTOKESKEINEN ALKUSELVITTELY: POTILAI-
DEN ELÄMÄNHALLINNAN MUUTOKSET ALKU- JA SEURANTAMITTA-
UKSESSA

Elämönhallinta	Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuseelvittely tehty					
	Hoidon alku (n=98)			Tilanne 6 kk myöhemmin (n=87)		p-arvo*
Potilaan arvio	Kyllä (n=16) n (%)	Ei (n=82) n (%)	p- arvo*	Kyllä (n=12) n (%)	Ei (n=75) n (%)	
Tyytyväisyys työ- tai opiskelutilanteeseen			0,394			0,924
Tyytyväinen	4 (25,0)	16 (19,5)		3 (25,0)	21 (28,0)	
Melko tyytyväinen	1 (6,3)	4 (4,9)		3 (25,0)	19 (25,3)	
Melko tyytymätön	2 (12,5)	26 (31,7)		1 (8,3)	23 (30,7)	
Tyytymätön	89 (56,3)	36 (43,9)		5 (41,7)	23 (30,7)	
Tyytyväisyys asumiseen			0,562			0,555
Tyytyväinen	8 (50,0)	53 (64,6)		7 (58,3)	51 (68,0)	
Melko tyytyväinen	2 (12,5)	9 (11,0)		2 (16,7)	10 (13,3)	
Melko tyytymätön	3 (18,8)	8 (9,8)		1 (10,0)	9 (12,0)	
Tyytymätön	3 (18,8)	12 (14,6)		2 (16,7)	5 (6,7)	
Tyytyväisyys toimeentuloon			0,699			1,000
Tyytyväinen	6 (37,5)	29 (35,4)		4 (33,3)	25 (33,3)	
Melko tyytyväinen	2 (12,5)	7 (8,5)		0	4 (5,3)	
Melko tyytymätön	1 (6,3)	15 (18,3)		2 (16,7)	12 (16,0)	
Tyytymätön	7 (43,8)	31 (37,8)		6 (50,0)	34 (45,3)	
Tyytyväisyys kasvuperheen tilaan			0,250			0,235
Tyytyväinen	8 (50,0)	25 (30,5)		7 (58,3)	23 (30,7)	
Melko tyytyväinen	1 (6,3)	10 (12,2)		0	7 (9,3)	
Melko tyytymätön	6 (37,5)	26 (31,7)		4 (33,3)	25 (33,3)	
Tyytymätön	1 (6,3)	21 (25,6)		1 (8,3)	20 (26,7)	
Tyytyväisyys ihmissuhteisiin			0,747			0,956
Tyytyväinen	11 (68,8)	48 (58,5)		7 (58,3)	45 (60,0)	
Melko tyytyväinen	4 (25,0)	17 (30,7)		2 (16,7)	15 (20,0)	
Melko tyytymätön	0	5 (6,1)		1 (8,3)	6 (8,0)	
Tyytymätön	1 (6,3)	12 (14,6)		2 (16,7)	9 (12,0)	
Tyytyväisyys perheeseen			0,530			0,600
Tyytyväinen	4 (25,0)	26 (31,7)		4 (33,3)	23 (30,7)	
Melko tyytyväinen	4 (25,0)	12 (14,6)		1 (8,3)	19 (25,3)	
Melko tyytymätön	3 (18,8)	25 (30,5)		4 (33,3)	20 (26,7)	
Tyytymätön	5 (31,3)	19 (23,2)		3 (25,0)	13 (17,3)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 13

LAAJA PERHE- JA VERKOSTOKESKEINEN ALKUSELVITTELY: POTILAI-
DEN ELÄMÄNHALLINNAN MUUTOKSET SEURANTAMITTAUKSESSA

Potilaan elämänhallinta	Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely tehty		
	Kyllä (n=12) n (%)	Ei (n=75) n (%)	Ryhmi- välinen ero p-arvo
Muutos tyytyväisyydessä työ-/opiskelutilanteeseen			0,905
Aina tyytymätön	6 (50,0)	32 (42,7)	
Aina tyytyväinen	3 (25,0)	16 (21,3)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	3 (25,0)	24 (32,0)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	0	3 (4,0)	
Muutos tyytyväisyydessä asumi- seen			0,685
Aina tyytymätön	2 (16,7)	9 (12,0)	
Aina tyytyväinen	7 (58,3)	53 (70,7)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	2 (16,7)	8 (10,7)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	1 (8,3)	5 (6,7)	
Muutos tyytyväisyydessä toimeen- tuloon			0,864
Aina tyytymätön	6 (50,0)	38 (50,7)	
Aina tyytyväinen	4 (33,3)	27 (36,0)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	0	2 (2,7)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	2 (16,7)	8 (10,7)	
Muutos tyytyväisyydessä kasvuper- heen tilaan			0,233
Aina tyytymätön	5 (41,7)	45(60,0)	
Aina tyytyväinen	7 (58,3)	30(40,0)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	0	0	
Tyytyväinen -> tyytymätön	0	0	
Muutos tyytyväisyydessä perhee- seen			0,352
Aina tyytymätön	5 (41,7)	28 (37,3)	
Aina tyytyväinen	5 (41,7)	31 (41,3)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	0	11 (14,7)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	2 (16,7)	5 (6,7)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkkatesti.

LIITE 14

LAAJA PERHE- JA VERKOSTOKESKEINEN ALKUSELVITTELY: LÄHEISEN ARVIO POTILAAN ELÄMÄNHALLINNAN MUUTOKSESTA SEURANTAMITTAUKSESSA

Muutos läheisen arvio potilaan toimintakyvyn muutoksesta	Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely tehty (N 81)		Ryhmien välinen ero p-arvo*
	Kyllä (n=12) n (%)	Ei (n=69) n (%)	
... kodinhoidosta			0,646
Ei muutosta	8 (66,6)	45 (65,2)	
Positiivinen muutos	2 (16,7)	18 (26,1)	
Negatiivinen	2 (16,7)	6 (8,7)	
... potilaan kyvystä huolehtia itsestään			0,911
Ei muutosta	8 (66,6)	42 (60,9)	
Positiivinen muutos	2 (15,4)	15 (21,7)	
Negatiivinen	2 (15,4)	12 (17,4)	
... potilaan kyvystä huolehtia lääkkeistään ja hoidostaan			0,579
Ei muutosta	9 (75,0)	58 (84,1)	
Positiivinen muutos	2 (16,7)	7 (10,1)	
Negatiivinen	1 (8,3)	4 (5,8)	
... potilaan päihteiden käytöstä			0,652
Ei muutosta	12 (100,0)	63 (91,3)	
Positiivinen muutos	0	5 (7,3)	
Negatiivinen	0	1 (1,4)	
... raha-asioiden hoitamisesta			1,000
Ei muutosta	11 (91,7)	61 (88,4)	
Positiivinen muutos	1 (8,3)	5 (7,2)	
Negatiivinen	0	3 (4,3)	
... vastuusta, joka jää itselle lasten hoitamisesta			0,356
Ei muutosta	10 (83,4)	62 (89,9)	
Positiivinen muutos	1 (8,3)	1 (1,4)	
Negatiivinen	1 (8,3)	6 (8,7)	
... potilaan työnteosta			0,879
Ei muutosta	7 (58,3)	44 (63,8)	
Positiivinen muutos	5 (41,7)	21 (30,4)	
Negatiivinen	0	4 (5,8)	
... parisuhteesta			0,440
Ei muutosta	10 (83,4)	54 (78,3)	
Positiivinen muutos	1 (8,3)	13 (18,8)	
Negatiivinen	1 (8,3)	2 (2,9)	
... potilaan muista ihmissuhteista			1,000
Ei muutosta	9 (75,0)	55 (79,7)	
Positiivinen muutos	2 (16,7)	9 (13,0)	
Negatiivinen	1 (8,3)	5 (7,3)	
... potilaan suhteista perheen ulkopuolella (sosiaaliset suhteet)			0,077
Ei muutosta	7 (58,3)	56 (81,2)	
Positiivinen muutos	3 (25,0)	4 (5,8)	
Negatiivinen	2 (16,7)	9 (13,0)	

... potilaan käyttäytymisestä julkisilla paikoilla			0,227
Ei muutosta	10 (83,3)	63 (91,3)	
Positiivinen muutos	0	4 (5,8)	
Negatiivinen	2 (16,7)	2 (2,9)	
... potilaan tavasta osallistua sosiaaliseen kanssakäymiseen			0,902
Ei muutosta	9 (75,0)	46 (66,7)	
Positiivinen muutos	2 (16,7)	13 (18,8)	
Negatiivinen	1 (8,3)	10 (14,5)	
... potilaan kiinnostuksesta ympäristön tapahtumiin			0,055
Ei muutosta	9 (75,0)	64 (92,7)	
Positiivinen muutos	2 (16,7)	5 (7,3)	
Negatiivinen	1 (8,3)	0	
... potilaan aloittekyvystä ja aktiivisuudesta			0,318
Ei muutosta	9 (75,0)	37 (53,6)	
Positiivinen muutos	2 (16,7)	25 (36,2)	
Negatiivinen	1 (8,3)	7 (10,2)	
... potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista			0,203
Ei muutosta	10 (83,4)	64 (92,7)	
Positiivinen muutos	1 (8,3)	5 (7,3)	
Negatiivinen	1 (8,3)	0	
... potilaan itsetuhokäyttäytymisestä			1,000
Ei muutosta	9 (75,0)	50 (72,5)	
Positiivinen muutos	3 (25,0)	15 (21,7)	
Negatiivinen	0	4 (5,8)	
... yleisestä huolenpidosta			0,293
Ei muutosta	10 (83,4)	52 (75,4)	
Positiivinen muutos	1 (8,3)	15 (21,7)	
Negatiivinen	1 (8,3)	2 (2,9)	

*Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 15

LAAJA PERHE- JA VERKOSTOKESKEINEN ALKUSELVITTELY: LÄHEISTEN KOKEMAN KUORMITUKSEN MUUTOS ALKU- JA SEURANTAMITTAUKSESSA

Läheisen kokema kuormitus	Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely tehty					
	Hoidon alku (n=85)			Tilanne 6 kk myöhemmin (n=81)		
	Kyllä (n=13) n (%)	Ei (n=72) n (%)	p- arvo*	Kyllä (n=12) n (%)	Ei (n=69) n (%)	p-arvo*
... kodinhoidosta			0,796			0,145
Tyytyväinen	5 (2,0)	30 (41,7)		4 (33,8)	35 (50,7)	
Mukautunut/sopeutunut	2 (15,4)	16 (22,2)		3 (25,0)	19 (27,5)	
Tyytymätön	6 (46,2)	26 (36,1)		5 (42,7)	15 (20,8)	
... potilaan kyvystä huolehtia itsestään			0,644			0,561
Tyytyväinen	6 (46,2)	27 (37,5)		4 (33,3)	25 (36,2)	
Mukautunut/sopeutunut	4 (30,8)	18 (25,0)		5 (41,7)	21 (30,4)	
Tyytymätön	3 (23,1)	27 (37,5)		3 (25,0)	23 (33,3)	
... potilaan kyvystä huolehtia lääkkeistään ja hoidostaan			0,089			0,149
Tyytyväinen	4 (30,8)	38 (52,8)		3 (25,0)	36 (59,4)	
Mukautunut/sopeutunut	6 (46,2)	10 (10,9)		3 (25,0)	12 (17,6)	
Tyytymätön	3 (23,1)	24 (33,3)		6 (50,0)	21 (30,9)	
... potilaan päihteiden käyttöä			0,140			0,047
Tyytyväinen	4 (30,8)	43 (59,7)		4 (33,3)	41 (58,8)	
Mukautunut/sopeutunut	0	1 (1,4)		0	6 (8,7)	
Tyytymätön	9 (69,2)	28 (38,9)		8 (66,7)	22 (31,9)	
... raha-asioiden hoitamisesta			0,468			0,728
Tyytyväinen	7 (53,8)	38 (52,8)		7 (58,3)	39 (56,5)	
Mukautunut/sopeutunut	0	0 (12,5)		0	8 (11,6)	
Tyytymätön	6 (46,2)	25 (34,7)		5 (41,7)	22 (31,9)	
... vastuusta, joka jää itselle lasten hoitamisesta			0,720			0,608
Tyytyväinen	6 (46,2)	39 (54,2)		7 (53,3)	37 (53,6)	
Mukautunut/sopeutunut	5 (38,5)	20 (27,8)		3 (25,0)	15 (21,8)	
Tyytymätön	2 (15,4)	13 (18,2)		2 (16,7)	17 (24,6)	
... potilaan työnteosta			0,403			0,052
Tyytyväinen	3 (23,1)	21 (29,2)		2 (16,7)	33 (47,8)	
Mukautunut/sopeutunut	1 (7,7)	15 (20,8)		6 (50,0)	19 (27,5)	
Tyytymätön	9 (69,2)	36 (50,0)		4 (33,3)	17 (24,6)	
... parisuhteesta			0,372			0,017
Tyytyväinen	2 (15,4)	17 (23,6)		1 (8,4)	30 (43,5)	
Mukautunut/sopeutunut	7 (53,8)	23 (31,9)		7 (58,3)	20 (29,0)	
Tyytymätön	4 (30,8)	32 (44,4)		4 (33,3)	19 (27,5)	
... potilaan muista ihmissuhteista			0,732			0,747
Tyytyväinen	3 (23,1)	26 (36,1)		4 (33,3)	19 (27,5)	
Mukautunut/sopeutunut	3 (23,1)	15 (20,8)		2 (26,7)	24 (34,8)	
Tyytymätön	7 (53,8)	31 (43,1)		6 (50,0)	26 (37,7)	
... potilaan suhteista perheen ulkopuolella (sosiaaliset suhteet)			0,927			0,118
Tyytyväinen	5 (38,5)	32 (44,4)		1 (8,4)	18 (26,1)	
Mukautunut/sopeutunut	3 (23,1)	14 (19,4)		7 (58,3)	22 (31,9)	

Läheisen kokema kuormitus	Laaja perhe- ja verkostokeskeinen alkuselvittely tehty					
	Hoidon alku (n=85)			Tilanne 6 kk myöhemmin (n=81)		
	Kyllä (n=13) n (%)	Ei (n=72) n (%)	p- arvo*	Kyllä (n=12) n (%)	Ei (n=69) n (%)	p-arvo*
Tyytymätön	5 (38,5)	26 (36,1)		4 (33,3)	29 (42,0)	
... potilaan käyttäytymisestä julkisilla paikoilla			0,293			0,071
Tyytyväinen	7 (53,8)	52 (72,2)		5 (41,7)	46 (66,7)	
Mukautunut/sopeutunut	3 (23,1)	8 (11,1)		3 (25,0)	13 (18,8)	
Tyytymätön	3 (23,1)	12 (16,7)		4 (33,3)	10 (14,5)	
... potilaan kiinnostuksesta ympäristön tapahtumiin			1,000			0,232
Tyytyväinen	7 (53,8)	40 (55,6)		5 (41,7)	42 (60,9)	
Mukautunut/sopeutunut	4 (30,8)	21 (29,2)		6 (50,0)	22 (31,9)	
Tyytymätön	2 (15,4)	11 (15,3)		1 (8,4)	5 (7,2)	
... potilaan aloitekyvystä ja aktiivisuudesta			0,915			0,444
Tyytyväinen	2 (15,4)	13 (18,2)		2 (16,6)	22 (31,9)	
Mukautunut/sopeutunut	4 (30,8)	17 (23,6)		5 (41,7)	25 (36,2)	
Tyytymätön	7 (53,8)	42 (58,3)		5 (41,7)	22 (31,9)	
... potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista			0,004			<0,001
Tyytyväinen	5 (38,5)	55 (76,4)		3 (25,0)	56 (81,2)	
Mukautunut/sopeutunut	7 (53,8)	10 (13,9)		8 (66,6)	11 (15,9)	
Tyytymätön	1 (7,7)	7 (9,7)		1 (8,4)	2 (2,9)	
... potilaan itsetuhokäyttäytymisestä			0,622			0,607
Tyytyväinen	4 (30,8)	32 (44,4)		6 (50,0)	45 (65,2)	
Mukautunut/sopeutunut	1 (7,7)	6 (8,3)		1 (8,4)	4 (5,8)	
Tyytymätön	8 (61,5)	34 (47,2)		5 (41,7)	20 (29,0)	
... yleisestä huolenpidosta			0,896			0,131
Tyytyväinen	0	5 (6,9)		0	4 (5,8)	
Mukautunut/sopeutunut	4 (30,8)	24 (33,3)		4 (33,3)	38 (55,1)	
Tyytymätön	9 (69,2)	43 (59,7)		8 (66,7)	27 (39,1)	

*Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 16

HOIDON INTEGRAATIO: POTILAIEN TAUSTAMUUTTUJAT SEURANTAMITTAUKSESSA

Taustamuuttajat (N87)	Hoidon integraation toteutuminen		
	Kyllä (n=40) n (%)	Ei (n=47) n (%)	Ryhmien välinen ero p-arvo*
Sukupuoli			0,297
Nainen	22 (55,0)	31 (66,0)	
Mies	18 (45,0)	16 (34,0)	
Ikä			0,374
alle 25 v	10 (25,0)	6 (12,8)	
25-64	29 (72,5)	39 (83,0)	
65 v tai enemmän	1 (2,5)	2 (4,3)	
Siviilisäätty			0,234
Naimaton	18 (45,0)	14 (29,8)	
Avo-/avioliitto	10 (25,0)	19 (40,4)	
Asumuserossa/Eronnut/Leski	12 (30,0)	14 (29,8)	
Ammatillinen koulutus			0,490
Ei koulutusta	14 (35,0)	11 (23,4)	
Ammattikursseja/alempi keskiasteen ammattitutkinto	20 (50,0)	28 (59,6)	
Ylempi keskiasteen ammattitutk./korkeakoulututk.	6 (15,0)	8 (17,0)	
Päidiagnoosi			0,160
Psykoottinen häiriö (F20-29)	18 (45,0)	11 (23,4)	
Mielialahäiriö (F30-39)	21 (52,5)	33 (70,2)	
Päihdehäiriö (F10-19)	0	1 (2,1)	
Muu psykiatrinen häiriö	1 (2,5)	2 (4,3)	
Sivudiagnoosi, päihdehäiriö (F10-19)			0,001
Ei	20 (50,0)	39 (83,0)	
Kyllä	20 (50,0)	8 (17,0)	
Sivudiagnoosi, persoonallisuushäiriö (F60-69)			0,008
Ei	29 (72,5)	44 (93,6)	
Kyllä	11 (27,5)	3 (6,4)	
Sivudiagnoosi, muu psykiatrinen häiriö kuin päihde- tai persoonallisuushäiriö			1,000
Ei	36 (90,0)	43 (91,5)	
Kyllä	4 (10,0)	4 (8,5)	
Sivudiagnoosi, Z-koodi			0,001
Ei	33 (82,5)	23 (48,9)	
Kyllä	7 (17,5)	24 (51,1)	
Somaattinen sairaus			0,404
Ei	24 (60,0)	24 (51,1)	
Kyllä	16 (40,0)	23 (48,9)	
Psykelääkkeen käyttö			0,253
Ei lääkettä	3 (7,5)	5 (10,6)	
Antipsykootti	20 (50,0)	15 (31,9)	
Masennuslääke/anksiolyttilä/ mielialan tasaaja	17 (42,5)	27 (57,4)	
Lääkkeiden käyttö			0,204
Ei lääkettä	3 (7,5)	5 (10,6)	
Alle puoli vuotta	4 (10,0)	11 (23,4)	
Yli puoli vuotta	33 (82,5)	31 (66,0)	
Eri lääkkeiden määrä (sis. somaattiset lääkkeet)			0,051

Taustamuuttujat (N87)	Hoidon integraation toteutuminen		
	Kyllä (n=40) n (%)	Ei (n=47) n (%)	Ryhmien väli- nen ero p-arvo*
Ei yhtään	3 (7,5)	4 (8,5)	
Vain yksi	15 (37,5)	29 (61,7)	
Monilääkitys	22 (55,0)	14 (29,8)	
Psykiatristen hoitajaksojen luku- määrä			<0,001
Ei yhtään	2 (5,0)	30 (63,8)	
Vähintään yksi	38 (95,0)	17 (36,2)	
Hoidossa mukana eri henkilöitä, lkm			<0,001
1-2	4 (10,0)	19 (40,4)	
3-4	17 (42,5)	6 (12,8)	
5-6	19 (47,5)	4 (8,5)	
7 tai enemmän			

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 17

HOIDON INTEGRAATIO: POTILAIDEN TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET
ALKU- JA SEURANTAMITTAUKSESSA

Terveydentila ja elintavat	Hoidon integraation toteutuminen					
	Hoidon alku (n=98)			Tilanne (n=87)	6 kk	myöhemmin
Potilaan arvio	Kyllä (n=46) n (%)	Ei (n=52) n (%)	p-arvo*	Kyllä (n=40) n (%)	Ei (n=47) n (%)	p-arvo*
Tyytyväisyys omaan terveydentilaan			0,980			0,486
Tyytyväinen	2 (4,3)	3 (5,8)		1 (2,5)	4 (8,5)	
Melko tyytyväinen	2 (4,3)	3 (5,8)		14 (35,0)	20 (42,6)	
Melko tyytymätön	15 (32,6)	18 (34,6)		8 (20,0)	9 (19,1)	
Tyytymätön	27 (58,7)	28 (53,8)		17 (42,5)	14 (29,8)	
Alkoholin käyttäminen			<0,001			0,001
Ei ongelmia	13 (28,3)	37 (71,2)		17 (42,5)	36 (76,6)	
Ilmeisesti ongelmia	5 (10,9)	1 (1,9)		4 (10,0)	5 (10,6)	
Selvästi ongelmia	28 (60,9)	14 (26,9)		19 (47,5)	6 (12,8)	
Lääkkeiden käyttäminen			<0,001			0,002
Ei ongelmia	15 (32,6)	36 (69,2)		21 (52,5)	39 (83,0)	
Ilmeisesti ongelmia	5 (10,9)	6 (11,5)		2 (5,0)	3 (6,4)	
Selvästi ongelmia	26 (56,5)	10 (19,2)		17 (42,5)	5 (10,6)	
Huumeiden käyttäminen			0,014			0,093
Ei ongelmia	38 (82,6)	51 (98,1)		37 (92,5)	47 (100,0)	
Ilmeisesti ongelmia	1 (2,2)	0		1 (2,5)	0	
Selvästi ongelmia	7 (15,2)	1 (1,9)		2 (5,0)	0	
Itsetuhon uhka			<0,001			0,070
En ole ajatellut enkä yrittänyt itsemurhaa	13 (28,3)	23 (44,2)		18 (45,0)	25 (53,2)	
Olen ajatellut itsemurhaa viime kuukauden aikana						
Olen ajatellut ja tehnyt joitakin yrityksiä	1 (2,2)	0		4 (10,0)	0	
Olen tehnyt yhden vakavan itsemurha yrityksen 1-6 kk aikana	17 (37,0)	2 (3,8)		3 (7,5)	1 (2,1)	
Vakava itsemurhayritys aikaisemmin	3 (6,5)	0		1 (2,5)	0	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 18

HOIDON INTEGRAATIO: POTILAIDEN TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET SEURANTAMITTAUKSESSA

Potilaan arvio muutos terveydentilassa ja elintavoissa	Hoidon integraation toteutuminen		
	Kyllä (n=40) n (%)	Ei (n=47) n (%)	Ryhmiä välinen ero n (%)
Muutos tyytyväisyydessä omaan terveyden tilaan			0,511
Aina tyytymätön	25 (62,5)	23 (48,9)	
Aina tyytyväinen	3 (7,5)	6 (12,8)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	12 (30,0)	18 (38,3)	
Tyytyväinen -> tyytymätön			
Myönteiset muutokset terveydentilassa seurantamittauksen mukaan			0,325
Ei muutosta	20 (50,0)	17 (36,2)	
Muutos yli ½ v sitten	1 (2,5)	3 (6,4)	
Muutos ½ v sisällä (seuranta-aikana)	19 (47,5)	27 (57,4)	
Muutos alkoholin käyttämisessä			<0,001
Ei ongelmia, ei muutosta	11 (27,5)	34 (72,3)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	23 (57,5)	9 (19,1)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	0	2 (4,3)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia	6 (15,0)	2 (4,3)	
Muutos lääkkeiden käyttämisessä			<0,001
Ei ongelmia, ei muutosta	12 (30,0)	36 (76,6)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	19 (47,5)	8 (17,0)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	9 (22,5)	3 (6,4)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia			
Muutos huumeiden käyttämisessä			0,008
Ei ongelmia, ei muutosta	34 (85,0)	47 (100,0)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	3 (7,5)	0	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	3 (7,5)	0	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia			
Itsetuhon uhka seurantamittauksessa			0,026
Ei ajatuksia, ei yrityksiä			
Vain ajatuksia	18 (45,0)	25 (53,2)	
Yrityksiä	14 (35,0)	21 (44,7)	
	8 (20,0)	1 (2,1)	

*Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 19

HOIDON INTEGRAATIO: POTILAIDEN ELÄMÄNHALLINNAN MUUTOKSET ALKU- JA SEURANTAMITTAUKSESSA

Elämänhallinta	Hoidon integraation toteutuminen					
	Hoidon alku (n=98)			Tilanne 6 kk myöhemmin (n=87)		
	Kyllä (n=46) n (%)	Ei (n=52) n (%)	p-arvo*	Kyllä (n=40) n (%)	Ei (n=47) n (%)	p-arvo*
Tyytyväisyys työ- tai opiskelutilanteeseen			0,653			0,943
Tyytyväinen	12 (26,1)	8 (15,4)		12 (30,0)	12 (25,5)	
Melko tyytyväinen	2 (4,3)	3 (5,8)		9 (22,5)	13 (27,7)	
Melko tyytymätön	12 (26,1)	16 (30,8)		6 (15,0)	7 (14,9)	
Tyytymätön	20 (43,5)	25 (48,1)		13 (32,5)	15 (31,9)	
Tyytyväisyys asumiseen			0,030			0,089
Tyytyväinen	23 (50,0)	38 (73,1)		26 (65,0)	32 (68,1)	
Melko tyytyväinen	5 (10,9)	6 (11,5)		3 (7,5)	9 (19,1)	
Melko tyytymätön	6 (13,0)	5 (9,6)		5 (12,5)	5 (10,6)	
Tyytymätön	12 (26,1)	3 (5,8)		6 (15,0)	1 (2,1)	
Tyytyväisyys toimeentuloon			<0,001			0,021
Tyytyväinen	9 (19,6)	26 (50,0)		8 (20,0)	21 (44,7)	
Melko tyytyväinen	5 (10,9)	4 (7,7)		2 (5,0)	2 (4,3)	
Melko tyytymätön	5 (10,9)	11 (21,2)		5 (12,5)	9 (19,1)	
Tyytymätön	27 (58,7)	11 (21,2)		25 (62,5)	15 (31,9)	
Tyytyväisyys kasvuperheen tilaan			0,707			0,582
Tyytyväinen	17 (37,0)	16 (30,8)		16 (40,0)	14 (29,8)	
Melko tyytyväinen	5 (10,9)	6 (11,5)		2 (5,0)	5 (10,6)	
Melko tyytymätön	16 (34,8)	16 (30,8)		14 (35,0)	15 (31,9)	
Tyytymätön	8 (17,4)	14 (26,9)		8 (20,0)	13 (27,7)	
Tyytyväisyys ihmissuhteisiin			0,742			0,075
Tyytyväinen	25 (54,3)	34 (65,4)		19 (47,5)	33 (70,2)	
Melko tyytyväinen	11 (23,9)	10 (19,2)		9 (22,5)	8 (17,0)	
Melko tyytymätön	3 (6,5)	2 (3,8)		6 (15,0)	1 (2,1)	
Tyytymätön	7 (15,2)	6 (11,5)		6 (15,0)	5 (10,6)	
Tyytyväisyys perheeseen			0,051			0,803
Tyytyväinen	15 (32,6)	15 (28,8)		12 (30,0)	15 (31,9)	
Melko tyytyväinen	7 (15,2)	9 (17,3)		8 (20,0)	12 (25,5)	
Melko tyytymätön	8 (17,4)	20 (38,5)		11 (27,5)	13 (27,7)	
Tyytymätön	16 (34,8)	8 (15,4)		9 (22,5)	7 (14,9)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 20

HOIDON INTEGRAATIO: POTILAIEN ELÄMÄNHALLINNAN MUUTOKSET SEURANTAMITTAUKSESSA

Potilaan arvio muutos elämönhallinnassa	Hoidon integraation toteutuminen		
	Kyllä (n=40) n (%)	Ei (n=47) n (%)	Ryhmien välinen ero n (%)
Muutos tyytyväisyydessä työ-/opiskelutilanteeseen			0,765
Aina tyytymätön	17 (42,5)	21 (44,7)	
Aina tyytyväinen	10 (25,0)	9 (19,1)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	11 (27,5)	16 (34,0)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	2 (5,0)	1(2,1)	
Muutos tyytyväisyydessä asumiseen			0,051
Aina tyytymätön	8 (20,0)	3 (6,4)	
Aina tyytyväinen	22 (55,0)	38 (80,9)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	7 (17,5)	3 (6,4)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	3 (7,5)	3 (6,4)	
Muutos tyytyväisyydessä toimeentuloon			0,018
Aina tyytymätön	27 (67,5)	17 (36,2)	
Aina tyytyväinen	9 (22,5)	22 (46,8)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	1 (2,5)	1 (2,1)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	3 (7,5)	7 (14,9)	
Muutos tyytyväisyydessä kasvuperheen tilaan			0,667
Aina tyytymätön	22 (55,0)	28 (59,6)	
Aina tyytyväinen	18 (45,0)	19 (40,4)	
Tyytymätön -> tyytyväinen			
Tyytyväinen -> tyytymätön			
Muutos tyytyväisyydessä ihmissuhteisiin			0,062
Aina tyytymätön	8 (24,2)	6 (15,0)	
Aina tyytyväinen	20 (60,6)	32 (80,0)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	1 (3,0)	2 (5,0)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	4 (12,1)	0	
Muutos tyytyväisyydessä perheeseen			0,848
Aina tyytymätön	16 (40,0)	17 (36,2)	
Aina tyytyväinen	16 (40,0)	20 (42,6)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	4 (10,0)	7 (14,9)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	4 (10,0)	3 (6,4)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkkatesti.

LIITE 21

HOIDON INTEGRAATIO: LÄHEISEN ARVIO POTILAAN TOIMINTAKY-
VYN MUUTOKSESTA SEURANTAMITTAUKSESSA

Muutos läheisen arvioimana potilaan toimintakyky	Hoidon integraatio		
	Kyllä (n=36) n (%)	Ei (n=45) n (%)	Ryhmien välinen ero p-arvo*
... kodinhoidosta			0,178
Ei muutosta	23 (63,9)	30 (66,7)	
Positiivinen muutos	7 (19,4)	13 (28,9)	
Negatiivinen	6 (16,7)	2 (4,4)	
... potilaan kyvystä huolehtia itsestään	20 (55,6)	30 (66,7)	0,506
Ei muutosta	8 (22,2)	9 (20,0)	
Positiivinen muutos	8 (22,2)	6 (13,3)	
Negatiivinen			
... potilaan kyvystä huolehtia lääkkeistään ja hoidostaan			0,112
Ei muutosta	27 (75,0)	40 (88,9)	
Positiivinen muutos	7 (19,4)	2 (4,4)	
Negatiivinen	2 (5,6)	3 (6,7)	
... potilaan päihteiden käytös- tä			1,000
Ei muutosta	34 (94,4)	41 (91,1)	
Positiivinen muutos	2 (5,6)	3 (6,7)	
Negatiivinen	0	1 (2,2)	
... raha-asioiden hoitamisesta			0,071
Ei muutosta	29 (80,6)	43 (95,6)	
Positiivinen muutos	4 (11,4)	2 (4,4)	
Negatiivinen	3 (8,3)	0	
... vastuusta, joka jää itselle lasten hoitamisesta			0,727
Ei muutosta	33 (91,7)	39 (86,7)	
Positiivinen muutos	1 (2,8)	1 (2,2)	
Negatiivinen	2 (5,6)	5 (11,1)	
... potilaan työnteosta			0,637
Ei muutosta	22 (61,1)	29 (64,4)	
Positiivinen muutos	13 (36,1)	13 (28,9)	
Negatiivinen	1 (2,8)	3 (6,7)	
... parisuhteesta			0,816
Ei muutosta	28 (77,8)	36 (80,0)	
Positiivinen muutos	6 (16,7)	8 (17,8)	
Negatiivinen	2 (5,6)	1 (2,2)	
... potilaan muista ihmissuh- teista			0,715
Ei muutosta	27 (75,0)	37 (82,2)	
Positiivinen muutos	6 (16,7)	5 (11,1)	
Negatiivinen	3 (8,3)	3 (6,7)	
... potilaan suhteista perheen ulkopuolella (sosiaaliset suh- teet)			0,855
Ei muutosta	27 (75,0)	36 (80,0)	
Positiivinen muutos	3 (8,3)	4 (8,9)	
Negatiivinen	6 (16,7)	5 (11,1)	

... potilaan käyttäytymisestä julkisilla paikoilla			0,860
Ei muutosta	33 (91,7)	40 (88,9)	
Positiivinen muutos	2 (5,6)	2 (4,4)	
Negatiivinen	1 (2,8)	3 (6,7)	
... potilaan tavasta osallistua sosiaaliseen kanssakäymiseen			0,842
Ei muutosta	25 (69,4)	30 (66,7)	
Positiivinen muutos	7 (19,4)	8 (17,8)	
Negatiivinen	4 (11,1)	7 (15,6)	
... potilaan kiinnostuksesta ympäristön tapahtumiin			1,000
Ei muutosta	33 (91,7)	40 (88,9)	
Positiivinen muutos	3 (8,3)	4 (8,9)	
Negatiivinen	0	1 (2,2)	
... potilaan aloitekyvystä ja aktiivisuudesta			0,486
Ei muutosta	22 (61,1)	24 (53,3)	
Positiivinen muutos	12 (33,3)	15 (33,3)	
Negatiivinen	2 (5,6)	6 (13,3)	
... potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista			0,083
Ei muutosta	31 (86,1)	43 (95,6)	
Positiivinen muutos	5 (13,9)	1 (2,2)	
Negatiivinen	0	1 (2,2)	
... potilaan itsetuhokäyttäytymisestä			0,657
Ei muutosta	28 (77,8)	31 (68,9)	
Positiivinen muutos	7 (19,4)	11 (24,4)	
Negatiivinen	1 (2,8)	3 (6,7)	
... yleisestä huolenpidosta			1,000
Ei muutosta	28 (77,8)	34 (75,6)	
Positiivinen muutos	7 (19,4)	9 (20,0)	
Negatiivinen	1 (2,8)	2 (4,4)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkkatesti.

LIITE 22

HOIDON INTEGRAATIO: LÄHEISTEN KOKEMAN KUORMITUKSEN MUUTOS ALKU- JA SEURANTAMITTAUKSESSA

Läheisen kokema kuormitus	Hoidon integraatio					
	Hoidon alku (n=85)		p-arvo*	Tilanne 6 kk myöhemmin (n=81)		p-arvo*
	Kyllä (n=39) n (%)	Ei (n=46) n (%)		Kyllä (n=36) n (%)	Ei (n=45) n (%)	
... kodinhoidosta			0,913			0,068
Tyytyväinen	16 (41,0)	19 (41,3)		13 (36,1)	26 (57,8)	
Mukautunut/sopeutunut	9 (23,1)	9 (19,6)		10 (27,8)	12 (26,7)	
Tyytymätön	14 (35,9)	18 (39,1)		13 (36,1)	7 (15,6)	
... potilaan kyvystä huolehtia itsestään			0,994			0,006
Tyytyväinen	15 (38,5)	18 (39,1)		6 (16,7)	22 (48,9)	
Mukautunut/sopeutunut	10 (25,6)	12 (26,1)		17 (47,2)	10 (22,2)	
Tyytymätön	14 (35,9)	16 (34,8)		13 (36,1)	13 (28,9)	
... potilaan kyvystä huolehtia lääkkeistään ja hoidostaan			<0,001			<0,001
Tyytyväinen	8 (20,5)	33 (71,7)		7 (19,4)	31 (68,9)	
Mukautunut/sopeutunut	6 (15,4)	6 (13,0)		9 (25,0)	6 (13,3)	
Tyytymätön	25 (64,1)	7 (15,2)		20 (55,6)	8 (17,8)	
... potilaan pähteiden käytöstä			0,001			0,018
Tyytyväinen	14 (35,9)	33 (71,7)		14 (38,9)	30 (66,7)	
Mukautunut/sopeutunut	1 (2,6)	0		2 (5,6)	4 (8,9)	
Tyytymätön	24 (61,5)	13 (28,3)		20 (55,6)	11 (24,4)	
... raha-asioiden hoitamisesta			0,042			0,063
Tyytyväinen	15 (38,5)	30 (65,2)		17 (47,2)	30 (66,7)	
Mukautunut/sopeutunut	5 (12,8)	4 (8,7)		2 (5,6)	5 (11,1)	
Tyytymätön	19 (48,7)	12 (26,1)		17 (47,2)	10 (22,2)	
... potilaan muista ihmis-suhteista			0,043			0,522
Tyytyväinen	8 (20,5)	21 (45,7)		8 (22,2)	15 (33,3)	
Mukautunut/sopeutunut	11 (28,2)	7 (15,2)		12 (33,3)	14 (31,1)	
Tyytymätön	20 (51,3)	18 (39,1)		16 (44,4)	16 (35,6)	
... potilaan käyttäytymisestä julkisilla paikoilla			0,003			0,007
Tyytyväinen	20 (51,3)	39 (84,8)		16 (44,4)	35 (77,8)	
Mukautunut/sopeutunut	7 (17,9)	4 (8,7)		9 (25,0)	6 (13,3)	
Tyytymätön	12 (30,8)	3 (6,5)		11 (30,8)	4 (8,9)	
... potilaan kiinnostuksesta ympäristön tapahtumiin			0,043			0,121
Tyytyväinen	16 (41,0)	31 (67,4)		16 (44,4)	30 (66,7)	
Mukautunut/sopeutunut	16 (41,0)	9 (19,6)		17 (47,2)	12 (26,7)	
Tyytymätön	7 (17,9)	6 (13,0)		3 (8,3)	3 (6,7)	
... potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista			0,001			0,003
Tyytyväinen	20 (51,3)	40 (87,0)		20 (55,6)	38 (84,4)	
Mukautunut/sopeutunut	13 (33,3)	4 (8,7)		15 (41,7)	5 (11,1)	

Läheisen kokema kuormitus	Hoidon integraatio					
	Hoidon alku (n=85)		p-arvo*	Tilanne 6 kk myöhemmin (n=81)		
	Kyllä (n=39) n (%)	Ei (n=46) n (%)		Kyllä (n=36) n (%)	Ei (n=45) n (%)	p-arvo*
Tyytymätön ... potilaan itsetuhokäyt- täytymisestä	6 (15,4)	2 (4,3)	0,102	1 (2,8)	2 (4,4)	0,053
Tyytyväinen	12 (30,8)	24 (52,2)		19 (52,8)	32 (71,7)	
Mukautunut/sopeutunut	3 (7,7)	4 (8,7)		1 (2,8)	4 (8,9)	
Tyytymätön	24 (61,5)	18 (39,1)		16 (44,4)	9 (20,0)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkkatesti.

LIITE 23

PERHE- TAI YKSILÖHOITO: POTILAIDEN TAUSTAMUUTTUJAT SEURANTAMITTAUKSESSA

Potilaan arvio	Perhehoito		Ryhmien välinen ero p-arvo*
	Kyllä (n=29) n (%)	Ei (n=58) n (%)	
Sukupuoli			0,214
Nainen	15 (51,7)	38 (65,5)	
Mies	14 (48,3)	20 (34,5)	
Ikä			0,296
alle 25	12 (20,7)	4 (13,8)	
25-64	45 (77,6)	23 (79,3)	
65 tai enemmän	1 (1,7)	2 (6,9)	
Siviilisääty			0,273
Naimaton	9 (31,0)	23 (39,7)	
Avo-/ avioliitto	13 (44,8)	16 (27,6)	
Asumuserossa/Eronnut/Leski	7 (24,1)	19 (32,8)	
Ammatillinen koulutus			0,162
Ei koulutusta	5 (17,2)	20 (34,5)	
Ammattikursseja/ alempi keskiasteen ammattitutkinto	20 (69,0)	28 (48,3)	
Ylempi keskiasteen ammattitutk./korkeakoulututk.	4 (13,8)	10 (17,2)	
Päädiagnoosi			0,528
Psykoottinen häiriö (F20-29)	7 (24,1)	22 (37,9)	
Mielialahäiriö (F30-39)	21 (72,4)	33 (56,9)	
Päihdehäiriö (F10-19)	0	1 (1,7)	
Muu psykiatrinen häiriö	1 (3,4)	2 (3,4)	
Sivudiagnoosi, päihdehäiriö (F10-19)			0,023
Ei	15 (51,7)	44 (75,9)	
Kyllä	14 (48,3)	14 (24,1)	
Sivudiagnoosi, persoonallisuushäiriö (F60-69)			0,215
Ei	22 (75,9)	51 (87,9)	
Kyllä	7 (24,1)	7 (12,1)	
Sivudiagnoosi, muu psykiatrinen häiriö kuin päihde- tai persoonallisuushäiriö			0,713
Ei	27 (93,1)	52 (89,7)	
Kyllä	2 (6,9)	6 (10,3)	
Sivudiagnoosi, Z-koodi			0,429
Ei	17 (58,6)	39 (67,2)	
Kyllä	12 (41,4)	19 (32,8)	
Somaattinen sairaus			0,067
Ei	12 (41,4)	36 (62,1)	
Kyllä	17 (58,6)	22 (37,9)	
Psykelääkkeen käyttö			0,783
Ei lääkettä	2 (6,9)	6 (10,3)	
Antipsykootti	11 (37,9)	24 (41,4)	
Masennuslääke/anksiolyttilä/ mielialan tasaaja	16 (55,2)	28 (48,3)	
Lääkkeiden käyttö			0,757
Ei lääkettä	2 (6,9)	6 (10,3)	
Alle puoli vuotta	6 (20,7)	9 (15,5)	
Yli puoli vuotta	21 (72,4)	43 (74,1)	

Potilaan arvio	Perhehoito		Ryhmiä välinen ero p-arvo*
	Kyllä (n=29) n (%)	Ei (n=58) n (%)	
Eri lääkkeiden määrä (sis. somaattiset lääkkeet)			0,695
Ei yhtään	2 (6,9)	5 (8,6)	
Vain yksi	13 (44,8)	31 (53,4)	
Monilääkitys	14 (48,3)	22 (37,9)	
Psykiatristen hoitajaksojen lukumäärä			0,875
Ei yhtään	11 (37,9)	21 (36,2)	
Vähintään yksi	18 (62,1)	37 (63,8)	
Hoidossa mukana eri henkilöitä, lkm			0,398
1-2	4 (13,8)	14 (24,1)	
3-4	10 (34,5)	13 (22,4)	
5-6	6 (20,7)	17 (29,3)	
7 tai enemmän	9 (31,0)	14 (24,1)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 24

PERHE- TAI YKSILÖHOITO: POTILAIDEN TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET
ALKU- JA SEURANTAMITTAUKSESSA

Terveydentila ja elintavat	Perhehoito					
	Hoidon alku (n=98)			Tilanne 6 kk myöhemmin (n=87)		
	Kyllä (n=34)	Ei (n=64)	p- ar- vo*	Kyllä (n=29)	Ei (n=58)	p-arvo*
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Tyytyväisyys omaan terveydentilaan			0,454			0,567
Tyytyväinen	2 (5,9)	3 (4,7)		2 (6,9)	3 (5,2)	
Melko tyytyväinen	3 (8,8)	2 (3,1)		9 (31,0)	25 (43,1)	
Melko tyytymätön	13 (38,2)	20 (31,3)		5 (17,2)	12 (20,7)	
Tyytymätön	16 (47,1)	39 (60,9)		13 (44,8)	18 (31,0)	
Alkoholin käyttäminen			0,014			0,056
Ei ongelmia	11 (32,4)	39 (60,9)		13 (44,8)	40 (69,0)	
Ilmeisesti ongelmia	2 (5,9)	4 (6,3)		3 (10,3)	6 (10,3)	
Selvästi ongelmia	21 (61,8)	21 (32,8)		13 (44,8)	12 (20,7)	
Lääkkeiden käyttäminen			0,259			0,025
Ei ongelmia	14 (41,2)	37 (57,8)		15 (51,7)	45 (77,6)	
Ilmeisesti ongelmia	4 (11,8)	7 (10,9)		2 (6,9)	3 (5,2)	
Selvästi ongelmia	16 (47,1)	20 (31,3)		12 (41,4)	10 (17,2)	
Huumeiden käyttäminen			0,233			0,257
Ei ongelmia	29 (85,3)	60 (93,8)		27 (93,1)	57 (98,3)	
Ilmeisesti ongelmia	1 (2,9)	0		1 (3,4)	0	
Selvästi ongelmia	4 (11,8)	4 (6,3)		1 (3,4)	1 (1,7)	
Itsetuhon uhka			0,169			0,105
En ole ajatellut enkä yrittänyt itsemurhaa	11 (32,4)	25 (39,1)		11 (37,9)	32 (55,2)	
Olen ajatellut itsemurhaa viimekuukauden aikana	11 (32,4)	28 (43,8)		12 (41,4)	23 (39,7)	
Olen ajatellut ja tehnyt joitakin yrityksiä	0	1 (1,6)		3 (10,3)	1 (1,7)	
Olen tehnyt yhden vakavan itse-murhayrityksen 1-6 kk aikana	11 (32,4)	8 (12,5)		2 (6,9)	2 (3,4)	
Vakava itsemurhayritys aikaisemmin	1 (2,9)	2 (3,1)		1 (3,4)	0	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 25

PERHE- TAI YKSILÖHOITO: POTILAIDEN TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET SEURANTAMITTAUKSESSA

Potilaan arvio	Perhehoito		Ryhmien välinen ero n (%)
	Kyllä (n=29) n (%)	Ei (n=58) n (%)	
Muutos tyytyväisyydessä omaan terveyden tilaan			0,092
Aina tyytymätön	18 (62,1)	30 (51,7)	
Aina tyytyväinen	5 (17,2)	4 (6,9)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	6 (20,7)	24 (41,4)	
Tyytyväinen -> tyytymätön			
Myönteiset muutokset terveydentilassa seurantamittauksen mukaan			0,033
Ei muutosta	18 (62,1)	19 (32,8)	
Muutos yli ½ v sitten	1 (3,4)	3 (5,2)	
Muutos ½ v sisällä (seuranta-aikana)	10 (34,5)	36 (62,1)	
Muutos alkoholin käyttämisessä			0,083
Ei ongelmia, ei muutosta	11 (37,9)	34 (58,6)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	16 (55,2)	16 (27,6)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	0	2 (3,4)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia	2 (6,9)	6 (10,3)	
Muutos lääkkeiden käyttämisessä			0,039
Ei ongelmia, ei muutosta	13 (44,8)	35 (60,3)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	14 (48,3)	13 (22,4)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	2 (6,9)	10 (17,2)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia			
Muutos huumeiden käyttämisessä			0,532
Ei ongelmia, ei muutosta	26 (89,7)	55 (94,8)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	2 (6,9)	1 (1,7)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	1 (3,4)	2 (3,4)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia			
Itsetuhon uhka seurantamittauksessa			0,059
Ei ajatuksia, ei yrityksiä	11 (37,9)	32 (55,2)	
Vain ajatuksia	12 (39,7)	23 (39,7)	
Yrityksiä	6 (20,7)	3 (5,2)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 26

PERHE- TAI YKSILÖHOITO: POTILAIDEN ELÄMÄNHALLINNAN MUUTOKSET ALKU- JA SEURANTAMITTAUKSESSA

Elämönhallinta	Perhehoito					
	Hoidon alku (n=98)			Tilanne 6 kk myöhemmin (n=87)		
	Potilaan arvio	Kyllä (n=34) n (%)	Ei (n=64) n (%)	p- arvo*	Kyllä (n=29) n (%)	Ei (n=58) n (%)
Tyytyväisyys työ- tai opiskelutilanteeseen			0,584			0,016
Tyytyväinen	5 (14,7)	15 (23,4)		6 (20,7)	18 (31,0)	
Melko tyytyväinen	1 (2,9)	4 (6,3)		3 (10,3)	19 (32,8)	
Melko tyytymätön	12 (35,3)	16 (25,0)		8 (27,6)	5 (8,6)	
Tyytymätön	16 (47,1)	29 (45,3)		12 (41,4)	16 (27,6)	
Tyytyväisyys asumiseen			0,878			0,957
Tyytyväinen	20 (58,8)	41 (64,1)		19 (65,5)	39 (67,2)	
Melko tyytyväinen	4 (11,8)	7 (10,9)		4 (13,8)	8 (13,8)	
Melko tyytymätön	5 (14,7)	6 (9,4)		3 (10,3)	7 (12,1)	
Tyytymätön	5 (14,7)	10 (15,6)		3 (10,3)	4 (6,9)	
Tyytyväisyys toimeentuloon			0,857			0,661
Tyytyväinen	13 (38,2)	22 (34,4)		10 (34,5)	19 (32,8)	
Melko tyytyväinen	2 (5,9)	7 (10,9)		0	4 (6,9)	
Melko tyytymätön	6 (17,6)	10 (15,6)		5 (17,2)	9 (15,5)	
Tyytymätön	13 (38,2)	25 (39,1)		14 (48,3)	26 (44,8)	
Tyytyväisyys kasvuperheen tilaan			0,181			0,451
Tyytyväinen	10 (29,4)	23 (35,9)		10 (35,4)	20 (34,5)	
Melko tyytyväinen	7 (20,6)	4 (6,3)		4 (13,8)	3 (5,2)	
Melko tyytymätön	11 (32,4)	21 (32,8)		10 (34,5)	19 (32,8)	
Tyytymätön	6 (17,6)	16 (25,0)		5 (17,2)	16 (27,6)	
Tyytyväisyys ihmissuhteisiin			0,109			0,694
Tyytyväinen	17 (50,0)	42 (65,6)		15 (51,7)	37 (63,8)	
Melko tyytyväinen	11 (32,4)	10 (15,6)		7 (24,1)	10 (17,2)	
Melko tyytymätön	3 (8,8)	2 (3,1)		3 (10,3)	4 (6,9)	
Tyytymätön	3 (8,8)	10 (15,6)		4 (13,8)	7 (12,1)	
Tyytyväisyys perheeseen			0,147			0,230
Tyytyväinen	6 (17,6)	24 (37,5)		6 (20,7)	21 (36,2)	
Melko tyytyväinen	8 (23,5)	8 (12,5)		10 (34,5)	10 (17,2)	
Melko tyytymätön	12 (35,3)	16 (25,0)		7 (24,1)	17 (29,3)	
Tyytymätön	8 (23,5)	16 (25,0)		6 (20,7)	10 (17,2)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 27

PERHE- TAI YKSILÖHOITO: POTILAIEN ELÄMÄNHALLINNAN MUUTOKSET SEURANTAMITTAUKSESSA

Potilaan arvio	Perhehoito		Ryhmi- välinen ero n (%)
	Kyllä (n=29) n (%)	Ei (n=58) n (%)	
Elämönhallinta			
Muutos tyytyväisyydessä työ- /opiskelutilanteeseen			0,022
Aina tyytymätön	18 (62,1)	20 (34,5)	
Aina tyytyväinen	3 (10,3)	16 (27,6)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	6 (20,7)	21 (36,2)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	2 (6,9)	1 (1,7)	0,627
Muutos tyytyväisyydessä asumi- seen			
Aina tyytymätön	5 (17,2)	6 (10,3)	
Aina tyytyväinen	19 (65,5)	41 (70,7)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	4 (13,8)	6 (10,3)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	1 (3,4)	5 (8,6)	0,116
Muutos tyytyväisyydessä toi- meentuloon			
Aina tyytymätön	14 (48,3)	30 (51,7)	
Aina tyytyväinen	8 (27,6)	23 (39,7)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	2 (6,9)	0	
Tyytyväinen -> tyytymätön	5 (17,2)	5 (8,6)	0,443
Muutos tyytyväisyydessä kasvu- perheen tilaan			
Aina tyytymätön	15 (51,7)	35 (60,3)	
Aina tyytyväinen	14 (48,3)	23 (39,7)	
Tyytymätön -> tyytyväinen			
Tyytyväinen -> tyytymätön			0,722
Muutos tyytyväisyydessä ihmis- suhteisiin			
Aina tyytymätön	5 (22,7)	9 (17,6)	
Aina tyytyväinen	14 (63,6)	38 (74,5)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	1 (4,5)	2 (3,9)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	2 (9,1)	2 (3,9)	0,835
Muutos tyytyväisyydessä perhee- seen			
Aina tyytymätön	11 (37,9)	22 (37,9)	
Aina tyytyväinen	11 (37,9)	25 (43,1)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	5 (17,2)	6 (10,3)	
Tyytyväinen -> tyytymätön	2 (6,9)	5 (8,6)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkkatesti.

LIITE 28

PERHE- TAI YKSILÖHOITO: LÄHEISEN ARVIO POTILAAN TOIMINTAKY-
VYN MUUTOKSESTA

Läheisen arvio potilaasta	Perhehoito		Ryhmien väli- nen ero p-arvo*
	Kyllä (n=29) n (%)	Ei (n=52) n (%)	
... kodinhoidosta			0,093
Ei muutosta	20(69,0)	33 (63,5)	
Positiivinen muutos	4 (13,8)	16 (30,8)	
Negatiivinen	5 (17,2)	3 (5,8)	
... potilaan kyvystä huolehtia itses- tään			0,210
Ei muutosta	20 (69,0)	30 (57,7)	
Positiivinen muutos	3 (10,3)	14 (26,9)	
Negatiivinen	6 (20,7)	8 (15,4)	
... potilaan kyvystä huolehtia lääk- keistään ja hoidostaan			0,298
Ei muutosta	26 (89,7)	41 (78,8)	
Positiivinen muutos	1 (3,4)	8 (15,4)	
Negatiivinen	2 (6,9)	3 (5,8)	
... potilaan päihteiden käytöstä			0,219
Ei muutosta	25 (86,2)	50 (96,2)	
Positiivinen muutos	3 (10,3)	2 (3,8)	
Negatiivinen	1 (3,4)	0	
... raha-asioiden hoitamisesta			0,735
Ei muutosta	27 (93,1)	45 (86,5)	
Positiivinen muutos	1 (3,4)	5 (9,6)	
Negatiivinen	1 (3,4)	2 (3,8)	
... vastuusta, joka jää itselle lasten hoitamisesta			0,049
Ei muutosta	23 (79,3)	49 (94,2)	
Positiivinen muutos	2 (6,9)	0	
Negatiivinen	4 (13,8)	3 (5,8)	
... potilaan työnteosta			0,194
Ei muutosta	22 (75,9)	29 (55,8)	
Positiivinen muutos	6 (20,7)	20 (38,5)	
Negatiivinen	1 (3,4)	3 (5,8)	
... parisuhteesta			0,892
Ei muutosta	24 (82,8)	40 (76,9)	
Positiivinen muutos	4 (13,8)	10 (19,2)	
Negatiivinen	1 (3,4)	2 (3,8)	
... potilaan muista ihmissuhteista			0,834
Ei muutosta	22 (75,9)	42 (80,8)	
Positiivinen muutos	5 (17,2)	6 (11,5)	
Negatiivinen	2 (6,9)	4 (7,7)	
... potilaan suhteista perheen ulko- puolella (sosiaaliset suhteet)			0,845
Ei muutosta	23 (79,3)	40 (76,9)	
Positiivinen muutos	3 (10,3)	4 (7,7)	
Negatiivinen	3 (10,3)	8 (15,4)	
... potilaan käyttäytymisestä julki- sillä paikoilla			0,377
Ei muutosta	27 (93,1)	46 (88,5)	
Positiivinen muutos	0	4 (7,7)	
Negatiivinen	2 (6,9)	2 (3,8)	

... potilaan tavasta osallistua sosiaa-			0,107
liseen kanssakäymiseen			
Ei muutosta	18 (62,1)	37 (71,2)	
Positiivinen muutos	4 (13,8)	11 (21,2)	
Negatiivinen	7 (24,1)	4 (7,7)	
... potilaan kiinnostuksesta ympäris-			0,207
tön tapahtumiin			
Ei muutosta	27 (93,1)	46 (88,5)	
Positiivinen muutos	1 (3,4)	6 (11,5)	
Negatiivinen	1 (3,4)	0	
... potilaan aloitekyvystä ja aktiivi-			0,088
suudesta			
Ei muutosta	18 (62,1)	28 (53,8)	
Positiivinen muutos	6 (20,7)	21 (40,4)	
Negatiivinen	5 (17,2)	3 (5,8)	
... potilaan kyvystä selviytyä hätäti-			0,475
lanteista			
Ei muutosta	26 (89,7)	48 (92,3)	
Positiivinen muutos	2 (6,9)	4 (7,7)	
Negatiivinen	1 (3,4)	0	
... potilaan itsetuhokäyttäytymisestä			0,376
Ei muutosta	23 (79,3)	36 (69,2)	
Positiivinen muutos	4 (13,8)	14 (26,9)	
Negatiivinen	2 (6,9)	2 (3,8)	
... yleisestä huolenpidosta			0,235
Ei muutosta	25 (86,2)	37 (71,2)	
Positiivinen muutos	3 (10,3)	13 (25,0)	
Negatiivinen	1 (3,4)	2 (3,8)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkkatesti.

LIITE 29

PERHE- TAI YKSILÖHOITO: LÄHEISTEN KOKEMAN KUORMITTUNEI-
SUUDEN MUUTOS ALKU- JA SEURANTAMITTAUKSESSA

Läheisen kokema kuormitus	perhehoito					
	Hoidon alku (n=85)			Tilanne 6 kk myöhemmin (n=81)		p-arvo*
	Kyllä (n=29)	Ei (n=56)	p-arvo*	Kyllä (n=29)	Ei (n=52)	
n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		
... kodinhoidosta			0,863			0,030
Tyytyväinen	11 (37,9)	24 (42,9)		10 (34,5)	29 (55,8)	
Mukautunut/sopeutunut	7 (24,1)	11 (19,6)		7 (24,1)	15 (28,8)	
Tyytymätön	11 (37,9)	21 (37,5)		12 (41,4)	8 (15,4)	
... potilaan kyvystä huolehtia itsestään			0,709			0,402
Tyytyväinen	13 (44,8)	20 (37,5)		9 (31,0)	19 (36,5)	
Mukautunut/sopeutunut	7 (24,1)	15 (26,8)		8 (27,6)	19 (36,5)	
Tyytymätön	9 (31,0)	21 (37,5)		12 (41,4)	14 (26,9)	
... potilaan kyvystä huolehtia lääkkeistään ja hoidostaan			0,348			0,053
Tyytyväinen	12 (41,4)	29 (51,8)		10 (34,5)	28 (53,8)	
Mukautunut/sopeutunut	3 (10,3)	9 (16,1)		4 (13,8)	11 (21,2)	
Tyytymätön	14 (48,3)	18 (32,1)		15 (51,7)	13 (25,0)	
... potilaan päihteiden käytöstä			0,079			0,082
Tyytyväinen	12 (41,4)	35 (62,5)		11 (37,9)	33 (63,5)	
Mukautunut/sopeutunut	0	1 (1,8)		3 (10,3)	3 (5,8)	
Tyytymätön	17 (58,6)	20 (35,7)		15 (51,7)	16 (30,8)	
... raha-asioiden hoitamisesta			0,215			0,219
Tyytyväinen	15 (51,7)	30 (53,6)		15 (51,7)	32 (61,5)	
Mukautunut/sopeutunut	1 (3,4)	8 (14,3)		1 (3,4)	6 (11,5)	
Tyytymätön	13 (44,8)	18 (32,1)		13 (44,8)	14 (26,9)	
... vastuusta, joka jää itselle lasten hoitamisesta			0,304			0,191
Tyytyväinen	12 (41,4)	33 (58,9)		12 (41,4)	32 (61,5)	
Mukautunut/sopeutunut	11 (37,9)	14 (25,0)		9 (31,0)	9 (17,3)	
Tyytymätön	6 (20,7)	9 (16,1)		8 (27,6)	11 (21,2)	
... potilaan työnteosta			0,122			0,017
Tyytyväinen	10 (34,5)	14 (25,0)		7 (24,1)	28 (53,8)	
Mukautunut/sopeutunut	2 (6,9)	14 (25,0)		10 (34,5)	15 (28,8)	
Tyytymätön	17 (58,6)	28 (50,0)		12 (41,4)	9 (17,3)	
... parisuhteesta			0,388			0,129
Tyytyväinen	4 (13,8)	15 (26,8)		7 (24,1)	24 (46,2)	
Mukautunut/sopeutunut	11 (37,9)	19 (33,9)		11 (37,9)	16 (30,8)	
Tyytymätön	14 (48,3)	22 (39,3)		11 (37,9)	12 (23,1)	
... potilaan muista ihmissuhteista			0,173			0,410
Tyytyväinen	7 (24,1)	22 (39,3)		8 (27,6)	15 (28,8)	
Mukautunut/sopeutunut	5 (17,2)	13 (23,2)		7 (24,1)	19 (36,5)	
Tyytymätön	17 (58,6)	21 (37,5)		14 (48,3)	18 (34,6)	
... potilaan suhteista perheen ulkopuolella (sosiaaliset suhteet)			0,515			0,637
Tyytyväinen	11 (37,9)	26 (46,4)		5 (17,2)	14 (26,9)	
Mukautunut/sopeutunut	5 (17,2)	12 (21,4)		11 (37,9)	18 (34,6)	
Tyytymätön	13 (44,8)	18 (32,1)		13 (44,8)	20 (38,5)	

Läheisen kokema kuormitus	perhehoito					
	Hoidon alku (n=85)			Tilanne 6 kk myöhemmin (n=81)		
	Kyllä (n=29)	Ei (n=56)	p-arvo*	Kyllä (n=29)	Ei (n=52)	p-arvo*
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
... potilaan käyttäytymisestä julkisilla paikoilla			0,222			0,115
Tyytyväinen	17 (58,6)	42 (75,0)		14 (48,3)	37 (71,2)	
Mukautunut/sopeutunut	6 (20,7)	5 (8,9)		7 (24,1)	8 (15,4)	
Tyytymätön	6 (20,7)	9 (16,1)		8 (27,6)	7 (13,5)	
... potilaan tavasta osallistua sosiaaliseen kanssakäymiseen			0,987			0,083
Tyytyväinen	10 (34,5)	20 (35,7)		5 (17,2)	19 (36,5)	
Mukautunut/sopeutunut	5 (17,2)	10 (17,9)		7 (24,1)	15 (28,8)	
Tyytymätön	14 (48,3)	26 (46,4)		17 (58,6)	18 (34,6)	
... potilaan kiinnostuksesta ympäristön tapahtumiin			0,571			0,771
Tyytyväinen	18 (62,1)	29 (51,8)		16 (55,2)	30 (57,7)	
Mukautunut/sopeutunut	8 (27,6)	17 (30,4)		10 (34,5)	19 (36,5)	
Tyytymätön	3 (10,3)	10 (17,9)		3 (10,3)	3 (5,8)	
... potilaan aloitekyvystä ja aktiivisuudesta			0,516			0,152
Tyytyväinen	7 (24,1)	8 (14,3)		7 (24,1)	17 (32,7)	
Mukautunut/sopeutunut	7 (24,1)	14 (25,0)		8 (27,6)	21 (40,4)	
Tyytymätön	15 (51,7)	34 (60,7)		14 (48,3)	14 (26,9)	
... potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista			0,180			0,001
Tyytyväinen	18 (62,1)	42 (75,0)		14 (48,3)	44 (84,6)	
Mukautunut/sopeutunut	9 (31,0)	8 (14,3)		14 (48,3)	6 (11,5)	
Tyytymätön	2 (6,9)	6 (10,7)		1 (3,4)	2 (3,8)	
... potilaan itsetuhokäyttäytymisestä			0,833			0,040
Tyytyväinen	11 (37,9)	25 (44,6)		14 (48,3)	37 (71,2)	
Mukautunut/sopeutunut	2 (6,9)	5 (8,9)		1 (3,4)	4 (7,7)	
Tyytymätön	16 (55,2)	26 (46,4)		14 (48,3)	11 (21,2)	
... yleisestä huolenpidosta			0,332			0,134
Tyytyväinen	0	5 (8,9)		1 (3,4)	3 (5,8)	
Mukautunut/sopeutunut	10 (34,5)	18 (32,1)		11 (37,9)	30 (57,7)	
Tyytymätön	19 (65,5)	33 (58,9)		17 (58,6)	19 (36,5)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkkatesti.

LIITE 30

HOITOVASTUUN TAPAUSKOHTAISISSA TYÖRYHMÄSSÄ (TKTR) TAI YHDEN TYÖNTEKIJÄN HOITOVASTUULLA: POTILAIDEN TAUSTAMUUTTUJAT SEURANTAMITTAUKSESSA

	Tapauskohtainen työryhmä (TKR)		Ryhmien välinen ero p-arvo*
	Kyllä (n=47) n (%)	Ei (n=40) n (%)	
Sukupuoli	25 (53,2)	28 (70,0)	0,109
Nainen/Mies	22 (46,8)	12 (30,0)	
Ikä			0,879
alle 25	7 (17,5)	9 (19,1)	
25-64	32 (80,0)	36 (76,6)	
65 tai enemmän	1 (2,5)	2 (4,3)	
Siviilisääty			0,473
Naimaton	19 (40,4)	13 (32,5)	
Avo-/avioliitto	13 (27,7)	16 (40,0)	
Asumuserossa/Eronnut/Leski	15 (31,9)	11 (27,5)	
Ammatillinen koulutus			0,892
Ei koulutusta	13 (27,7)	12 (30,0)	
Ammattikursseja/alempi keskiasteen ammattitutkinto	27 (57,4)	21 (52,5)	
Ylempi keskiasteen ammattitutk./korkeakoulututk.	7 (14,9)	7 (17,5)	
Päädiagnoosi			0,026
Psykoottinen häiriö (F20-29)	21 (44,7)	8 (20,0)	
Mielialahäiriö (F30-39)	24 (51,1)	30 (75,0)	
Päihdehäiriö (F10-19)	0	1 (2,5)	
Muu psykiatrinen häiriö	2 (4,3)	1 (2,5)	
Sivudiagnoosi, päihdehäiriö (F10-19)			0,007
Ei	26 (55,3)	33 (82,5)	
Kyllä	21 (44,7)	7 (17,5)	
Sivudiagnoosi, persoonallisuushäiriö (F60-69)			0,400
Ei	38 (80,9)	35 (87,5)	
Kyllä	9 (19,1)	5 (12,5)	
Sivudiagnoosi, muu psykiatrinen häiriö kuin päihde- tai persoonallisuushäiriö			1,000
Ei	43 (91,5)	36 (90,0)	
Kyllä	4 (8,5)	4 (10,0)	
Sivudiagnoosi, Z-koodi			0,217
Ei	33 (70,2)	23 (57,5)	
Kyllä	14 (29,8)	17 (42,5)	
Somaattinen sairaus			0,644
Ei	27 (57,4)	21 (52,5)	
Kyllä	20 (42,6)	19 (47,5)	
Psykelääkkeen käyttö			0,007
Ei lääkettä	3 (6,4)	5 (12,5)	
Antipsykootti	26 (55,3)	9 (22,5)	
Masennuslääke/anksiolyytti/mielialan tasaaja	18 (38,3)	26 (65,0)	
Lääkkeiden käyttö			0,672
Ei lääkettä	3 (6,4)	3 (6,4)	
Alle puoli vuotta	8 (17,5)	8 (17,0)	
Yli puoli vuotta	28 (70,0)	36 (76,6)	
Eri lääkkeiden määrä (sis. somaattiset lääkkeet)			0,517

	Tapauskohtainen työryhmä (TKR)		Ryhmien välinen ero p-arvo*
	Kyllä (n=47) n (%)	Ei (n=40) n (%)	
Ei yhtään	3 (6,4)	4 (10,0)	
Vain yksi	22 (46,8)	22 (55,0)	
Monilääkitys	22 (46,8)	14 (35,0)	
Psykiatristen hoitjaksojen lukumäärä			0,001
Ei yhtään	10 (21,3)	22 (55,0)	
Vähintään yksi	37 (78,7)	18 (45,0)	
Hoidossa mukana eri henkilöitä, lkm			<0,001
1-2	2 (4,3)	16 (40,0)	
3-4	16 (34,0)	7 (17,5)	
5-6	13 (27,7)	10 (25,0)	
7 tai enemmän	16 (34,0)	7 (17,5)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 31

HOITOVASTUUN TAPAUSKOHTAISISSA TYÖRYHMÄSSÄ (TKTR) TAI YHDEN TYÖNTEKIJÄN HOITOVASTUULLA: POTILAIDEN TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET ALKU- JA SEURANTAMITTAUKSESSA

Terveydentila ja elintavat Potilaan arvio	Tapauskohtainen työryhmä (TKR)					
	Hoidon alku (n=98)		p-arvo*	Tilanne 6 kk myöhemmin (n=87)		p-arvo*
	Kyllä (n=52) n (%)	Ei (n=46) n (%)		Kyllä (n=47) n (%)	Ei (n=40) n (%)	
Tyytyväisyys omaan terveydentilaan			0,649			0,252
Tyytyväinen	3 (5,8)	2 (4,3)		2 (4,3)	3 (7,5)	
Melko tyytyväinen	3 (5,8)	2 (4,3)		15 (31,9)	19 (47,5)	
Melko tyytymätön	20 (38,5)	13 (28,3)		9 (19,1)	8 (20,0)	
Tyytymätön	26 (50,0)	29 (63,0)		21 (44,7)	10 (25,0)	
Alkoholin käyttäminen			0,017			0,032
Ei ongelmia	21 (40,4)	29 (63,0)		24 (51,1)	29 (72,5)	
Ilmeisesti ongelmia	2 (3,8)	4 (8,7)		4 (8,5)	5 (12,5)	
Selvästi ongelmia	29 (55,8)	13 (28,3)		19 (40,4)	6 (15,0)	
Lääkkeiden käyttäminen			0,046			0,001
Ei ongelmia	22 (42,3)	29 (63,0)		26 (55,3)	34 (85,0)	
Ilmeisesti ongelmia	5 (9,6)	6 (13,0)		2 (4,3)	3 (7,5)	
Selvästi ongelmia	25 (48,1)	11 (23,9)		19 (40,4)	3 (7,5)	
Huumeiden käyttäminen			0,276			0,497
Ei ongelmia	45 (86,5)	44 (95,7)		44 (93,6)	40 (100)	
Ilmeisesti ongelmia	1 (1,9)	0		1 (2,1)	0	
Selvästi ongelmia	6 (11,5)	2 (4,3)		2 (4,3)	0	
Itsetuhon uhka			0,656			0,260
En ole ajatellut enkä yrittänyt itsemurhaa	19 (36,5)	17 (37,0)		22 (46,8)	21 (52,5)	
Olen ajatellut itsemurhaa viikokuukauden aikana	18 (34,6)	21 (45,7)		17 (36,2)	18 (45,0)	
Olen ajatellut ja tehnyt joitakin yrityksiä	1 (1,9)	0		4 (8,5)	0	
Olen tehnyt yhden vakavan itse-murhayrityksen 1-6 kk aikana	12 (23,1)	7 (15,2)		3 (6,4)	1 (2,5)	
Vakava itsemurhayritys aikaisemmin	2 (3,8)	1 (2,2)		1 (2,1)	0	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 32

HOITOVASTUUN TAPAUSKOHTAISISSA TYÖRYHMÄSSÄ (TKTR) TAI YHDEN TYÖNTEKIJÄN HOITOVASTUULLA: POTILAIDEN TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET SEURANTAMITTAUKSESSA

Muutos potilaan terveydentilassa ja elintavoissa	Tapauskohtainen työryhmä (TKR)		
	Kyllä (n=47) n (%)	Ei (n=40) n (%)	Ryhmien välinen ero n (%)
Muutos tyytyväisyydessä omaan terveyden tilaan			0,146
Aina tyytymätön	30 (63,8)	18 (45,0)	
Aina tyytyväinen	5 (10,6)	4 (10,0)	
Tyytymätön -> tyytyväinen	12 (25,5)	18 (45,0)	
Tyytyväinen -> tyytymätön			
Myönteiset muutokset terveydentilassa seurantamittauksen mukaan			0,076
Ei muutosta	25 (53,2)	12 (30,0)	
Muutos yli ½ v sitten	2 (4,3)	2 (5,0)	
Muutos ½ v sisällä (seuranta-aikana)	20 (42,6)	26 (65,0)	
Muutos alkoholin käytämisessä			0,035
Ei ongelmia, ei muutosta	20 (42,6)	25 (62,5)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	23 (48,9)	9 (22,5)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	0	2 (5,0)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia	4 (8,5)	4 (10,0)	
Muutos lääkkeiden käytämisessä			0,010
Ei ongelmia, ei muutosta	20 (42,6)	28 (70,0)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	21 (44,7)	6 (15,0)	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	6 (12,8)	6 (15,0)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia			
Muutos huumeiden käytämisessä			0,432
Ei ongelmia, ei muutosta	42 (89,4)	39 (97,5)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia, ei muutosta	3 (6,4)	0	
Ei ongelmia -> Ilmeisesti/selvästi ongelmia	2 (4,3)	1 (2,5)	
Ilmeisesti/selvästi ongelmia -> Ei ongelmia			
Itsetuhon uhka seurantamittauksessa			0,088
Ei ajatuksia, ei yrityksiä	22 (46,8)	21 (52,5)	
Vain ajatuksia	17 (36,2)	18 (45,0)	
Yrityksiä	8 (17,0)	1 (2,5)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 33

HOITOVASTUU TAPAUSKOHTAISessa TYÖRYHMÄSSÄ (TKTR) TAI YHDEN TYÖNTEKIJÄN HOITOVASTUULLA: POTILAIDEN ELÄMÄNHALLINNAN MUUTOKSET ALKU- JA SEURANTAMITTAUKSESSA

Elämönhallinta	Tapauskohtainen työryhmä (TKR)					
	Hoidon alku (n=98)		p-arvo*	Tilanne 6 kk myöhemmin (n=87)		p-arvo*
	Kyllä (n=52) n (%)	Ei (n=46) n (%)		Kyllä (n=47) n (%)	Ei (n=40) n (%)	
Tyytyväisyys työ- tai opiskelutilanteeseen			0,833			0,236
Tyytyväinen	9 (17,3)	11 (23,9)		13 (27,7)	11 (27,5)	
Melko tyytyväinen	3 (5,8)	2 (4,3)		8 (17,0)	14 (35,0)	
Melko tyytymätön	16 (30,8)	12 (26,1)		8 (17,0)	5 (12,5)	
Tyytymätön	24 (46,2)	21 (45,7)		18 (38,3)	10 (25,0)	
Tyytyväisyys asumiseen			0,206			0,192
Tyytyväinen	30 (57,7)	31 (67,4)		29 (61,7)	29 (72,5)	
Melko tyytyväinen	4 (7,7)	7 (15,2)		5 (10,6)	7 (17,5)	
Melko tyytymätön	7 (13,5)	4 (8,7)		7 (14,9)	3 (7,5)	
Tyytymätön	11 (21,2)	4 (8,7)		6 (12,8)	1 (2,5)	
Tyytyväisyys toimeentuloon			0,017			0,109
Tyytyväinen	17 (32,7)	18 (39,1)		13 (27,7)	16 (40,0)	
Melko tyytyväinen	2 (3,8)	7 (15,2)		1 (2,1)	3 (7,5)	
Melko tyytymätön	6 (11,5)	10 (21,7)		6 (12,8)	8 (20,0)	
Tyytymätön	27 (51,9)	11 (24,0)		27 (57,4)	13 (32,5)	
Tyytyväisyys kasvuperheen tilaan			0,852			0,924
Tyytyväinen	16 (30,8)	17 (37,0)		15 (31,9)	15 (37,5)	
Melko tyytyväinen	7 (13,5)	4 (8,7)		4 (8,5)	3 (7,5)	
Melko tyytymätön	17 (32,7)	15 (32,6)		17 (36,2)	12 (30,0)	
Tyytymätön	12 (23,1)	10 (21,7)		11 (23,4)	10 (25,0)	
Tyytyväisyys ihmissuhteisiin			0,929			0,786
Tyytyväinen	31 (59,6)	28 (60,9)		28 (59,6)	24 (60,0)	
Melko tyytyväinen	12 (23,1)	9 (19,6)		9 (19,1)	8 (20,0)	
Melko tyytymätön	3 (5,8)	2 (4,3)		5 (10,6)	2 (5,0)	
Tyytymätön	6 (11,5)	7 (15,2)		5 (10,6)	6 (15,0)	
Tyytyväisyys perheeseen			0,367			0,572
Tyytyväinen	12 (23,1)	18 (39,1)		12 (25,5)	15 (37,5)	
Melko tyytyväinen	9 (17,3)	7 (15,2)		13 (27,7)	7 (17,5)	
Melko tyytymätön	16 (30,8)	12 (26,1)		13 (27,7)	11 (27,5)	
Tyytymätön	15 (28,8)	9 (19,6)		9 (19,1)	7 (17,5)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkka testi.

LIITE 34

HOITOVASTUU TAPAUSKOHTAISessa TYÖRYHMÄSSÄ (TKTR) TAI YHDEN TYÖNTEKIJÄN HOITOVASTUULLA: POTILAIDEN ELÄMÄNHALLINNAN MUUTOKSET SEURANTAMITTAUKSESSA

Muutos potilaan elämännhallinnassa Potilaan arvio	Tapauskohtainen työryhmä (TKR)			Ryhmien välinen ero n (%)
	Kyllä (n=47) n (%)	Ei (n=40) n (%)		
Muutos tyytyväisyydessä työ-/opiskelutilanteeseen				0,250
Aina tyytymätön	23 (48,9)	15 (37,5)		
Aina tyytyväinen	9 (19,1)	10 (25,0)		
Tyytymätön -> tyytyväinen	12 (25,5)	15 (37,5)		
Tyytyväinen -> tyytymätön	3 (6,4)	0		
Muutos tyytyväisyydessä asumiseen				0,020
Aina tyytymätön	10 (21,3)	1 (2,5)		
Aina tyytyväinen	27 (57,4)	33 (82,5)		
Tyytymätön -> tyytyväinen	7 (14,9)	3 (7,5)		
Tyytyväinen -> tyytymätön	3 (6,4)	3 (7,5)		
Muutos tyytyväisyydessä toimeentuloon				0,253
Aina tyytymätön	28 (59,6)	16 (40,0)		
Aina tyytyväinen	13 (27,7)	18 (45,0)		
Tyytymätön -> tyytyväinen	1 (2,1)	1 (2,5)		
Tyytyväinen -> tyytymätön	5 (10,6)	5 (12,5)		
Muutos tyytyväisyydessä kasvuperheen tilaan				0,667
Aina tyytymätön	28 (59,6)	22 (55,0)		
Aina tyytyväinen	19 (40,4)	18 (45,0)		
Tyytymätön -> tyytyväinen				
Tyytyväinen -> tyytymätön				
Muutos tyytyväisyydessä ihmissuhteisiin				0,718
Aina tyytymätön	7 (17,5)	7 (21,2)		
Aina tyytyväinen	29 (72,5)	23 (69,7)		
Tyytymätön -> tyytyväinen	1 (2,5)	2 (6,1)		
Tyytyväinen -> tyytymätön	3 (7,5)	1 (3,0)		
Muutos tyytyväisyydessä perheeseen				0,408
Aina tyytymätön	20 (42,6)	13 (32,5)		
Aina tyytyväinen	18 (38,3)	18 (45,0)		
Tyytymätön -> tyytyväinen	7 (14,9)	4 (10,0)		
Tyytyväinen -> tyytymätön	2 (4,3)	5 (12,5)		

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkkatesti.

LIITE 35

HOITOVASTUUN TAPAUSKOHTAISISSA TYÖRYHMÄSSÄ (TKTR) TAI YHDEN TYÖNTEKIJÄN HOITOVASTUULLA: LÄHEISEN ARVION POTILAAN TOIMINTAKYVYN MUUTOKSESTA SEURANTAMITTAUKSESSA

Muutos potilaan toimintakyvyssä	Tapauskohtainen työryhmä		
	Kyllä (n=43) n (%)	Ei (n=38) n (%)	Ryhmien välinen ero p-arvo*
Läheisen arvio			
...kodinhoidosta			0,431
Ei muutosta	30 (96,8)	23 (60,5)	
Positiivinen muutos	8 (18,6)	12 (31,6)	
Negatiivinen	5 (11,6)	3 (7,9)	
... potilaan kyvystä huolehtia itsestään			0,430
Ei muutosta	27 (62,8)	23 (60,5)	
Positiivinen muutos	7 (16,3)	10 (26,3)	
Negatiivinen	9 (20,9)	5 (13,2)	
... potilaan kyvystä huolehtia lääkkeitään ja hoidostaan			0,305
Ei muutosta	33 (76,7)	34 (89,5)	
Positiivinen muutos	7 (16,3)	2 (5,3)	
Negatiivinen	3 (7,0)	2 (5,3)	
... potilaan päihteiden käytöstä			0,057
Ei muutosta	38 (88,4)	37 (97,4)	
Positiivinen muutos	5 (11,6)	0	
Negatiivinen	0	1 (2,6)	
... raha-asioiden hoitamisesta			0,353
Ei muutosta	36 (83,7)	36 (94,7)	
Positiivinen muutos	5 (11,6)	1 (2,6)	
Negatiivinen	2 (4,7)	1 (2,6)	
... vastuusta, joka jää itselle lasten hoitamisesta			0,618
Ei muutosta	37 (86,0)	35 (92,1)	
Positiivinen muutos	2 (4,7)	0	
Negatiivinen	4 (9,3)	3 (7,9)	
... potilaan työnteosta			0,694
Ei muutosta	29 (67,4)	22 (57,9)	
Positiivinen muutos	12 (27,9)	14 (36,8)	
Negatiivinen	2 (4,7)	2 (5,3)	
... parisuhteesta			1,000
Ei muutosta	34 (79,1)	30 (78,9)	
Positiivinen muutos	7 (16,3)	7 (18,4)	
Negatiivinen	2 (4,7)	1 (2,6)	
... potilaan muista ihmissuhteista			0,069
Ei muutosta	30 (69,8)	34 (89,5)	
Positiivinen muutos	9 (20,9)	2 (5,3)	
Negatiivinen	4 (9,3)	2 (5,3)	
... potilaan suhteista perheen ulkopuolella (sosiaaliset suhteet)			0,574
Ei muutosta	33 (76,7)	30 (78,9)	
Positiivinen muutos	5 (11,6)	2 (5,3)	
Negatiivinen	5 (11,6)	6 (15,8)	

... potilaan käyttäytymisestä julkisilla paikoilla			1,000
Ei muutosta	39 (90,7)	34 (89,5)	
Positiivinen muutos	2 (4,7)	2 (5,3)	
Negatiivinen	2 (4,7)	2 (5,3)	
... potilaan tavasta osallistua sosiaaliseen kanssakäymiseen			0,994
Ei muutosta	29 (67,4)	26 (68,4)	
Positiivinen muutos	8 (18,6)	7 (18,4)	
Negatiivinen	6 (14,0)	5 (13,2)	
... potilaan kiinnostuksesta ympäristön tapahtumiin			0,439
Ei muutosta	37 (86,0)	36 (94,7)	
Positiivinen muutos	5 (11,6)	2 (5,3)	
Negatiivinen	1 (2,3)	0	
... potilaan aloitekyvystä ja aktiivisuudesta			0,409
Ei muutosta	24 (55,8)	22 (57,9)	
Positiivinen muutos	13 (30,2)	14 (36,8)	
Negatiivinen	6 (14,0)	2 (5,3)	
... potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista			0,018
Ei muutosta	36 (83,7)	38 (100,0)	
Positiivinen muutos	6 (14,0)	0	
Negatiivinen	1 (2,3)	0	
... potilaan itsetuhokäyttäytymisestä			0,921
Ei muutosta	32 (74,4)	27 (71,1)	
Positiivinen muutos	9 (20,9)	9 (23,7)	
Negatiivinen	2 (4,7)	2 (5,3)	
... yleisestä huolenpidosta			0,494
Ei muutosta	35 (81,4)	27 (71,1)	
Positiivinen muutos	7 (16,3)	9 (23,7)	
Negatiivinen	1 (2,3)	2 (5,3)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkkatesti.

LIITE 36

HOITOVASTUUN TAPAUSKOHTAISISSA TYÖRYHMÄSSÄ (TKTR) TAI YHDEN TYÖNTEKIJÄN HOITOVASTUULLA: LÄHEISTEN KOKEMAN KUORMITTUNEISUUDEN MUUTOS ALKU- JA SEURANTAMITTAUKSESSA

Läheisen kokema kuormitus	Tapauskohtainen työryhmä					
	Hoidon alku (n=85)			Tilanne (n=81)	6 kk myöhemmin	p-arvo*
	Kyllä (n=45) n (%)	Ei (n=40) n (%)	p-arvo*	Kyllä (n=43) n (%)	Ei (n=38) n (%)	
... kodinhoidosta			0,419			
Tyytyväinen	17 (37,8)	18 (45,0)		17 (39,5)	22 (57,9)	
Mukautunut/sopeutunut	12 (26,7)	6 (15,0)		13 (30,2)	9 (23,7)	
Tyytymätön	16 (35,6)	16 (40,0)		13 (30,2)	7 (18,4)	
... potilaan kyvystä huolehtia itsestään			0,267			0,018
Tyytyväinen	14 (31,1)	19 (47,5)		9 (20,9)	19 (50,0)	
Mukautunut/sopeutunut	14 (31,1)	8 (20,0)		16 (37,2)	11 (28,9)	
Tyytymätön	17 (37,8)	13 (32,5)		18 (41,9)	8 (21,1)	
... potilaan kyvystä huolehtia lääkkeistään ja hoidostaan			0,002			0,002
Tyytyväinen	14 (31,1)	27 (67,5)		13 (30,2)	25 (65,8)	
Mukautunut/sopeutunut	10 (22,2)	2 (5,0)		13 (30,2)	2 (5,3)	
Tyytymätön	21 (46,7)	11 (27,5)		17 (39,5)	11 (28,9)	
... potilaan päihteiden käytöstä			0,004			0,096
Tyytyväinen	18 (40,0)	29 (72,5)		19 (44,2)	25 (65,8)	
Mukautunut/sopeutunut	1 (2,2)	0		5 (11,6)	1 (2,6)	
Tyytymätön	26 (57,8)	11 (27,5)		19 (44,2)	12 (31,6)	
... raha-asioiden hoitamisesta			0,112			0,415
Tyytyväinen	20 (44,4)	25 (62,5)		22 (51,2)	25 (65,8)	
Mukautunut/sopeutunut	4 (8,9)	5 (12,5)		4 (9,3)	3 (7,9)	
Tyytymätön	21 (46,7)	10 (25,0)		17 (39,5)	10 (26,3)	
... vastuusta, joka jää itselle lasten hoitamisesta			0,994			0,847
Tyytyväinen	24 (53,3)	21 (52,5)		24 (55,8)	20 (52,6)	
Mukautunut/sopeutunut	13 (28,9)	12 (30,0)		10 (23,3)	8 (21,1)	
Tyytymätön	8 (17,8)	7 (17,5)		9 (20,9)	10 (26,3)	
... potilaan työnteosta			0,712			0,119
Tyytyväinen	13 (28,9)	11 (27,5)		14 (32,6)	21 (55,3)	
Mukautunut/sopeutunut	7 (15,6)	9 (22,5)		16 (37,2)	9 (23,7)	
Tyytymätön	25 (55,6)	20 (50,0)		13 (30,2)	8 (21,1)	
... parisuhteesta			0,473			0,169
Tyytyväinen	8 (17,8)	11 (27,5)		13 (30,2)	18 (47,4)	
Mukautunut/sopeutunut	18 (40,0)	12 (30,0)		18 (41,9)	9 (23,7)	
Tyytymätön	19 (42,2)	17 (42,5)		12 (27,9)	11 (28,9)	
... potilaan muista ihmissuhteista			0,119			0,091
Tyytyväinen	11 (24,4)	18 (45,0)		8 (18,6)	15 (39,5)	
Mukautunut/sopeutunut	10 (22,2)	8 (20,0)		17 (39,5)	9 (23,7)	
Tyytymätön	24 (53,3)	14 (35,0)		18 (41,9)	14 (36,8)	
... potilaan suhteista perheen ulkopuolella (sosiaaliset suhteet)			0,286			0,146
Tyytyväinen	16 (35,6)	21 (52,5)		7 (16,3)	12 (31,6)	
Mukautunut/sopeutunut	10 (22,2)	7 (17,5)		19 (44,2)	10 (26,3)	

Läheisen kokema kuormitus	Tapauskohtainen työryhmä					
	Hoidon alku (n=85)			Tilanne 6 kk myöhemmin (n=81)		
	Kyllä (n=45) n (%)	Ei (n=40) n (%)	p- arvo*	Kyllä (n=43) n (%)	Ei (n=38) n (%)	p-arvo*
Mukautunut/sopeutunut	19 (42,2)	12 (30,0)		17 (39,5)	16 (42,1)	
Tyytymätön						
... potilaan käyttäytymistä julkisilla paikoilla			0,074			0,035
Tyytyväinen	27 (60,0)	32 (80,0)		22 (51,2)	29 (76,3)	
Mukautunut/sopeutunut	9 (20,0)	2 (5,0)		12 (27,9)	3 (7,9)	
Tyytymätön	9 (20,0)	6 (15,0)		9 (20,9)	6 (15,8)	
... potilaan tavasta osallistua sosiaaliseen kanssakäymiseen			0,917			0,655
Tyytyväinen	15 (33,3)	15 (37,5)		11 (25,6)	13 (34,2)	
Mukautunut/sopeutunut	8 (17,8)	7 (17,5)		13 (30,2)	9 (23,7)	
Tyytymätön	22 (48,9)	18 (45,0)		19 (44,2)	16 (42,1)	
... potilaan kiinnostuksesta ympäristön tapahtumiin			0,011			0,002
Tyytyväinen	18 (40,0)	29 (72,5)		17 (39,5)	29 (76,3)	
Mukautunut/sopeutunut	18 (40,0)	7 (17,5)		22 (51,2)	7 (18,4)	
Tyytymätön	9 (20,0)	4 (10,0)		4 (9,3)	2 (5,3)	
... potilaan aloitekyvystä ja aktiivisuudesta			0,895			0,602
Tyytyväinen	8 (17,8)	7 (17,5)		12 (27,9)	12 (31,6)	
Mukautunut/sopeutunut	12 (26,7)	9 (22,5)		14 (32,6)	15 (39,5)	
Tyytymätön	25 (55,6)	24 (60,0)		17 (39,5)	11 (28,9)	
... potilaan kyvystä selviytyä hätätilanteista			0,025			<0,001
Tyytyväinen	26 (57,8)	34 (85,0)		24 (55,8)	34 (89,5)	
Mukautunut/sopeutunut	13 (28,9)	4 (10,0)		18 (41,9)	2 (5,3)	
Tyytymätön	6 (13,3)	2 (5,0)		1 (2,3)	2 (5,3)	
... potilaan itsetuhokäyttäytymisestä			0,369			0,935
Tyytyväinen	21 (46,7)	15 (37,5)		26 (60,5)	25 (65,8)	
Mukautunut/sopeutunut	2 (4,4)	5 (12,5)		3 (7,0)	2 (5,3)	
Tyytymätön	22 (48,9)	20 (50,0)		14 (32,6)	11 (28,9)	
... yleisestä huolenpidosta			0,372			0,459
Tyytyväinen	1 (2,2)	4 (10,0)		1 (2,3)	3 (7,9)	
Mukautunut/sopeutunut	15 (33,3)	13 (32,5)		21 (48,8)	20 (52,6)	
Tyytymätön	29 (64,4)	23 (57,5)		21 (48,8)	15 (39,5)	

* Pearsonin χ^2 -testi tai Fisherin tarkkatesti.