

**YHTEISTYÖSUHTEEN JA POTILAAN VOINNIN JATKUVA SEURANTA
TYÖMENETELMÄNÄ PSYKIATRISSESSA AVOHOIDOSSA**

Nora Mustonen
Pro gradu –tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Syyskuu 2012

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

MUSTONEN, NORA: Yhteistyösuhteen ja potilaan voinnin jatkuva seuranta työmenetelmänä psykiatrisessa sairaanhoidossa

Pro gradu –tutkielma, 45 s., 7 liites.

Ohjaaja: Jaakko Seikkula

Psykologia

Syyskuu 2012

Tässä pro gradu –tutkimuksessa tarkasteltiin yhteistyösuhteen ja potilaan voinnin jatkuvaa seuranta työmenetelmänä aikuispsykiatrisessa avohoidossa. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys muodostuu viimeaikaisessa psykoterapiatutkimuksessa tuloksellisen hoidon kannalta keskeisiksi todetuista käsitteistä ja periaatteista: allianssi eli yhteistyösuhde, prosessinäkökulma ja asiakaslähtöisyys. Empiirisenä kontekstina on psykiatrisessa avohoidossa yhteisökeskeisen hoidon periaatteiden mukaan toimiva, moniammatillinen kriisityöryhmä, joka on suuntautunut erityisesti psykoottisesti oireilevien henkilöiden hoitamiseen pääsääntöisesti parityöskentelynä tehtävin kotikäynnein. Tutkimusta ohjasi kaksi kysymystä: 1) kuinka jatkuvan seurannan menetelmä soveltuu psykiatrisen akuuttityöryhmän työskentelyyn ja 2) kuinka jatkuva seuranta työskentelymenetelmänä vaikuttaa työntekijöiden näkemyksiin ja työskentelyyn yhteistyösuhteen näkökulmasta. Tutkimusilmiötä lähestyttiin toiminnallisella otteella, eli tavoitteena oli paitsi tutkia yhteistyösuhteen kehittymistä ja vaikutusta lopputulokseen, myös tuottaa muutosta kohti yhteistyökeskeisempää työskentelyä. Aineiston analyysissä hyödynnettiin sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä rikkaan kuvauksen ja ymmärryksen tuottamiseksi. Yhden kuukauden aikana kaikissa työryhmässä alkaneissa hoitosuhteissa käytettiin jatkuvan seurannan tarpeisiin kehitettyjä ORS- ja SRS-mittareita sekä potilaiden että työparien täyttämänä. Lisäksi työryhmälle tehtiin fokusryhmähaastattelu, jossa keskusteltiin lomakkeiden käyttökokemuksista ja työntekijöiden käsityksistä yhteistyösuhteen merkityksestä. Lomakeaineistosta laskettiin keskiarvoja ja ryhmiteltiin hoitosuhteita yhteistyön ja voinnin kehityksen mukaisesti. Fokusryhmähaastattelu analysoitiin sisällönanalyttisesti ensin vapaasti teemoitellen ja sitten teorialähtöisesti koodaten. Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että voinnin ja yhteistyön jatkuvan seurannan mittaristoilla on ennustearvoa hoidon onnistumisen suhteen myös akuuttityön kontekstissa. Onnistuneita hoitosuhteita luonnehti alkuvaiheessa potilaan kokema yhteistyön ja voinnin koheneminen. Heikompiin hoitotuloksiin päätyivät potilaat, joiden hoitoja voi kuvailla sekä hoitosuhteen että yhteistyön näkökulmasta katkonaisemmiksi. Työntekijät kokivat jatkuvan seurannan mittarit hyödyllisenä puheeksi oton välineenä ja keinona kiinnittää enemmän huomiota yhteistyösuhteeseen, heikommin onnistuneiden hoitosuhteiden osalta kaivattiin välineitä siihen, kuinka mittarein havaittuja yhteistyön ongelmia voidaan korjata. Tutkimuksella onnistuttiin tuomaan asiakaslähtöistä, yhteistyötä painottavaa näkökulmaa psykiatriseen hoitoon, mutta aineistonkeruun jälkeen rutiininomaista seuranta ei ole otettu pysyväksi osaksi työskentelyä. Potilaat vastaanottivat lomakkeet työntekijöiden kokemusten mukaan hyvin, ja jatkuvan seurannan mittarit ovat yksinkertainen tapa lisätä asiakkaan kokemusta kuulluksi tulemisesta.

Avainsanat: yhteistyösuhde, allianssi, asiakaslähtöisyys, psykiatria, moniammatillinen, ORS-mittari, SRS-mittari

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	1
1.1 Yhteistyösuhde muutoksen mahdollistajana	2
1.2 Jatkuva seuranta asiakaslähtöisenä menetelmänä	6
2. MENETELMÄT	8
2.1 Empiirinen konteksti ja tutkimusote.....	8
2.2 Aineistonkeruu	10
2.3 Analyysi.....	14
3. TULOKSET.....	17
3.1 Lomakeaineisto	17
3.2 Kolme ryhmää esimerkkeineen	20
3.2.1 Onnistuneet hoitosuhteet	21
3.2.2 Katkonaiset hoitosuhteet.....	22
3.3.3 Voinniltaan heikentyneet	25
3.3 Fokusryhmähaastattelu	26
4. POHDINTA	32
4.1 Teoreettiset johtopäätökset.....	32
4.2 Käytännölliset johtopäätökset	37
4.3 Tutkimuksen arviointia.....	38
LÄHTEET	41

LIITTEET

1. JOHDANTO

Psykoterapiatutkimuksessa asiakkaan ja terapeutin välille syntyvä yhteistyösuhde eli allianssi on todettu hoidon onnistumisen kannalta keskeiseksi terapiasuhteen elementiksi (Martin, Garske & Davis, 2000). Erityisesti asiakkaan näkemys yhteistyöstä on yhdistetty hoitoprosessin lopputulokseen siten, että terapeutin tai ulkopuolisen asiantuntija-arvion sijaan asiakkaan itsensä arvio terapiasuhteesta ennustaa hoidon onnistumista tai huonoa tulosta (Bachelor & Horvath, 1999). Viimeaikaisessa psykoterapian tutkimuksessa on korostettu asiakkaan kokemuksen merkitystä jopa siinä määrin, että asiakkaan oma käsitys terapeuttisesta muutoksesta on nostettu avainasemaan terapiaprosessin onnistumista ennakoivaksi (Duncan & Miller, 2000). Toisaalta terapeutin ja asiakkaan yhteistyötä korostavan, jälkimodernin näkökulman mukaisesti ei ole mielekäästä määritellä myöskään pelkästään asiakasta tilanteensa asiantuntijaksi, vaan tarkoitus on tuottaa uutta ymmärrystä yhdessä neuvotellen (Gergen, 1985). Asiakkaan ja hänen auttajansa yhteistyötä painottavaa näkökulmaa on pyritty tuomaan esiin myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon kontekstissa, jossa on selvitetty sekä potilaiden näkemyksiä hyvästä hoidosta (Johansson & Eklund, 2003) että pyritty korostamaan potilaiden kykyä tarkastella tilannettaan asiantuntija-arvioiden rinnalla (Lasalvia & Ruggeri, 2007). Yhteistyösuhteen ja asiakkaan asiantuntijuuden lisäksi psykoterapian tutkimuksessa on peräänkuulutettu tuloksellisuuden ajureiden ja muutoksen mekanismien mallinnuksen lisäksi tutkimusta, jossa paneudutaan erityisesti siihen, mitä prosessin aikana tapahtuu hyödyntäen erilaisia tutkimusmenetelmiä (Gaston & Marmar, 1989). Sama tarve käytäntöä palvelevalle prosessitutkimukselle on olemassa myös psykiatrian kontekstissa, koska potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon on usein selvitetty systemaattisesti vasta jälkikäteen (esim. Malm, Ivarsson, Allebeck, & Falloon, 2003).

Tässä tutkimusraportissa kuvataan toimintatutkimus, jossa tarkasteltiin psykiatrisen avohoidon kriisityöryhmän työntekijöiden ja potilaiden välisiä yhteistyösuhteita ja hoidon tuloksellisuutta käyttäen jatkuvan seurannan mittaristoja. Akuuttitilanteisiin paneutuvassa työssä hoitosuhteet ovat useimmiten kestoaltaan lyhyitä, mutta aiempi tutkimus on osoittanut yhteistyösuhteen laadun olevan määriteltävissä jo kolmen tapaamisen jälkeen, ja että yhteistyösuhteen perusteella voidaan arvioida, kuinka tulokselliseksi hoitosuhde on oletettavasti kehittymässä (Anker, Owen, Duncan, & Sparks, 2010). Tutkimuksessa selvitettiin nimenomaan käytännön auttamistyön tarkoituksiin kehitettyjen, jatkuvan seurannan ORS- ja SRS-mittareiden soveltuvuutta siitä näkökulmasta, voidaanko myös kriisityössä havaita voinnin ja yhteistyön tyypillisiä kehityskaaria, jotka aiemmassa tutkimuksessa

on todettu hoitotuloksia ennustaviksi (Lambert, Hansen, & Finch, 2001; Miller, Duncan, Brown, Sorrell, & Chalk, 2006). Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin moniammatillisen työryhmän käsityksiä potilaan ja työntekijöiden välille syntyvän yhteistyösuhteen merkityksestä sen jälkeen kun jatkuvan seurannan mittaristoja oli käytetty välineenä kohti systemaattisempaa yhteistyösuhdetta korostavaa työskentelyä.

1.1 Yhteistyösuhde muutoksen mahdollistajana

Nykytietämyksen mukaan koulukunnasta tai suuntauksesta riippumatta keskeinen muutosta tuottava tekijä psykoterapiassa on asiakkaan ja terapeutin välille syntyvä yhteistyösuhde eli allianssi. Allianssin teoreettiset juuret ovat psykoanalyttisen psykoterapian transferenssin käsitteessä, jolla viitataan asiakkaan tunne- ja järkiperustaiseen sitoutumiseen terapeuttiinsa työskentelyn ja muutoksen mahdollistamiseksi (Gaston, 1990). Toinen keskeinen näkökulma psykoterapeuttiseen yhteistyösuhteeseen on ollut niin kutsuttu asiakaskeskeinen suuntaus, jonka mukaan suotuisat olosuhteet muutokselle syntyvät ensisijaisesti terapeutin asiakkaalleen tarjoamien empatian, varauksettoman hyväksynnän ja aitouden varaan (Rogers, 1957). Psykoanalyttisen ja asiakaskeskeisen allianssikäsityksen välillä voidaan nähdä keskeinen ero siinä, että edellisessä allianssin muodostuminen liitetään erityisesti asiakkaaseen ja jälkimmäisessä taas terapeutin ominaisuuksiin tai kykyihin. Psykoanalyttista ja asiakaskeskeistä näkökulmaa integroi Bordinin (1979) teoria, jossa allianssi rakentuu kolmen osa-alueen ympärille: side asiakkaan ja terapeutin välillä, yhteisymmärrys terapian tavoitteista ja yhteisymmärrys tehtävistä, joilla tavoitteeseen päästään.

Bordin (1979) tekee eron järkiperustaisesti neuvoteltavien tehtävien ja tavoitteiden sekä tunnepitoisemman siteen välille korostaen, että nämä allianssin elementit voivat ilmetä eri tavoin ja eri merkityksissä psykoterapian suuntauksesta toiseen ja myös vaihteellisesti yksittäisessä terapiasuhteessa. Terapeuttinen side pitää sisällään asiakkaan kokemuksen terapeutin empaattisuudesta ja kyvystä auttaa. Yhteisymmärrys terapian tavoitteista ja menetelmistä taas on askel kohti jälkimodernia näkökulmaa, jonka mukaan asiakas ja terapeutti voivat yhteisesti neuvotellen lähestyä terapeuttista muutosta (Gergen, 1985). Erityisen hyödyllistä myöhemmälle psykoterapiatutkimukselle on Bordinin panteoreettinen eli yli koulukuntarajojen käyttökelpoinen allianssikonstruktio, mikä tukee 1970- ja 80-luvun psykoterapiatutkimuksessa esiin noussutta

ekvivalenssiparadigmaa, eli psykoterapian eri suuntausten yhtäläistä tuloksellisuutta (Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986). Lisäksi Bordinin allianssiteoriassa voidaan havaita implisiittisesti asiakkaan asiantuntijuuden huomioiminen, sillä nimenomaan asiakkaan ja terapeutin näkemysten kongruenssi eli yhtenevyys on keskeistä sen sijaan, että terapeutti olisi asiantuntija, jonka tavoitteet ja tekniikat määrittelevät terapiaprosessin kulkua. Tässä tutkimuksessa allianssilla ja yhteistyösuhteella tarkoitetaan kaikenlaisessa psyykkisiin ongelmiin keskittyvässä auttamistyössä potilaan ja työntekijän välille vuorovaikutuksessa syntyvää yhteisymmärryksen kokemusta työskentelyn tavoitteesta ja menetelmistä sekä tunnetason sidettä osapuolten välillä.

Allianssin tutkimuksen myötä on kehitetty lukuisia terapeutin ja asiakkaan suhteen empiiriseen tarkasteluun tarkoitettuja mittareita, joiden avulla on sekä pyritty validoimaan teoreettisia määrittelyjä, että yritetty tuottaa mahdollisimman hyvin psykoterapian tuloksellisuutta ennustavia käytännön työkaluja. Eri mittareiden teoriataustoja ja kehitysvaiheita on valotettu useissa aihetta käsittelevissä katsauksissa ja meta-analyyseissa (esim. Cecero, Fenton, Nich, Frankforter, & Carroll, 2001; Martin ym., 2000). Varhaisimpia terapeutin suhteen mittareita oli Barret-Lennardin Relationship Inventory eli BLRI, joka operationalisoi rogersilaiset eli asiakaskeskeisen psykoterapian välttämättömät ja riittävät ehdot. BLRI:n on todettu ennustavan terapian tuloksellisuutta, vaikka se ei olekaan suoranaisesti allianssin mittari (Zuroff, Kelly, Leibman, Blatt, & Wampold, 2010). Psykodynaamisesta perinteestä voimakkaimmin ammentaa Penn-asteikko, eli myöhemmin Helping Alliance Questionnaire –niminen mittari. Penn-asteikossa asiakkaan kokemusta allianssista mitataan kuudella kysymyksellä terapeutin lämpimyydestä, tuen tarjoamisesta ja kyvystä auttaa sekä neljällä kysymyksellä työskentelyn tavoitteiden ja keinojen yhteisymmärryksestä (Cecero ym., 2001). Penn-asteikko painottuu siis psykoanalyttisen perinteen tunneulottuvuuteen. Penn-asteikon aikalainen on Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS), jossa on 44 kysymystä kolmesta eri osa-alueesta: terapeutin kontribuutio allianssille, asiakkaan kontribuutio allianssille sekä vuorovaikutus ja vastavuoroisuus. Onnistumisen kannalta hyvää allianssia luonnehtivat sekä tiettyjen piirteiden löytyminen että toisten puuttuminen. Näitä piirteitä ovat myönteinen ilmapiiri, asiakkaan motivaatio ja vastuu, asiakkaan vastarinta ja terapeutin intrusiivisuus eli tungettelevuus (Cecero ym., 2001).

Bordinin kolmitahoisen allianssikäsitteen pohjalta Horvath ja Greenberg (1989) loivat Working Alliance Inventory –mittariston, jossa on 12 alaskaalaa kullekin allianssin kolmesta ulottuvuudesta (tavoitteet, keinot, terapeutin side). Alaskaalojen painotuksesta voidaan päätellä, että WAI-mittarissa painottuvat yhteistyösuhteessa tunnekokemuksen sijaan neuvottelun kohteena olevat tavoitteet ja keinot, eli allianssin rationaalisemmaksi luonnehdittu puoli. Eri teorioita

yhdistelee CALPAS-mittari, jonka taustalla oleva allianssin käsite ammentaa erityisen laajasti sekä psykodynaamista suuntausta edustavista teorioista kuten HAQ-mittarista että Bordinin (1979) koulukuntarajat ylittävästä allianssiteoriasta. CALPAS:iin on operationalisoitu neljä allianssin ulottuvuutta: potilaan kapasiteetti työskennellä, potilaan sitoutuminen, yhteisymmärrys tavoitteista ja keinoista sekä terapeutin ymmärtäväisyys ja paneutuminen, joita kutakin mitataan kuudella skaalalla (Cecero ym., 2001). CALPAS on paljon käytetty mittari erityisesti kun on haluttu selvittää allianssin yhteyttä tuloksellisuuteen (Martin ym., 2000).

Allianssi on ollut psykoterapiatutkimuksessa keskeinen käsite ennen kaikkea siksi, että sen on alun perin toivottu ja myöhemmin todettu voivan jossain määrin ennustaa psykoterapian tuloksellisuutta. Vahvempi allianssi ennakoii parempia hoitotuloksia, joskin näiden yhteisvaihtelu on maltillista (Martin ym., 2000). Allianssin ja muiden tekijöiden kuten terapeutin vaikutus tuloksellisuuteen vaihtelee erityisesti naturalistisissa koeasetelmissa siten, että terapeuttien välillä on eroja siinä, millaisia yhteistyösuhteita muodostuu ja mikä on allianssin vaikutus lopputulokselle (Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers, & Schauenburg, 2008; Zuroff ym., 2010). Allianssin ja lopputuloksen välisen yhteyden maltillisuus ja vaihtelu tutkimuksesta toiseen onkin saanut jotkut tutkijat esittämään, että allianssin merkitys tuloksellisuuden ennustajana ei ehkä olekaan niin suuri kuin mitä sen teoreettisessa kehitystyössä ja empiirisessä validoinnissa ajateltiin (Safran & Muran, 2006).

Matalien yhteisvaihteluiden ja vaihtelevien kausaalisten yhteyksien tuottama epävarmuus allianssikäsitteen hyödyllisyydestä psykoterapian tuloksellisuuden ennustajana saattaa johtua monesta syystä, jotka eivät välttämättä liity allianssin merkitykseen psykoterapeuttisessa muutoksessa vaan teoreettisiin taustaoletuksiin ja menetelmiin, joilla oletuksia on pyritty todentamaan empiirisesti. Ensinnäkin, allianssin merkitystä tuloksen ennustajana on lähtökohtaisesti liioiteltu joissakin tutkimusasetelmissa suhteessa siihen, että Bordinista (1979) lähtien allianssi terapiasuuntauksesta toiseen havaittavana ilmiönä on määritelty yhdeksi keskeiseksi terapeuttisen muutoksen mahdollistajaksi, mutta ei koskaan yksistään muutosta tuottavaksi ilmiöksi (vrt. Rogers, 1957). Esimerkiksi Valbakin, Rosenbaumin ja Hougaardin (2004) tutkimuksessa verrataan potilaan psykodynaamiseen psykoterapiaan soveltuvuutta mittaavan instrumentin kykyä ennustaa hoidon tuloksellisuutta suhteessa panteoreettisiin allianssimittareihin (WAI ja CALPAS). Päätelmissä kyseenalaistetaan allianssimittareiden merkitystä lopputuloksen ennustajana kun tulosta mitataan oirekartoituksen perusteella. Korkeimmat ja merkitsevimmät yhteisvaihtelut voidaan silti Valbakin ym. (2004) tuloksissa havaita potilaan hoidon aikaisten allianssiarvioiden ja pidemmän aikavälin sosiaalisen sopeutumisen välillä.

Toiseksi, allianssin ennustearvoa ja eri mittareiden luotettavuutta on tuloksellisuustutkimuksessa tarkasteltu usein vertaamalla terapeuttien, asiakkaiden ja ulkopuolisten arvioitsijoiden samanmielisyyttä sekä yhteisvaihtelun suuruutta mittareiden välillä (esim. Cecero ym., 2001; Hogue, Dauber, Stambaugh, Cecero, & Liddle, 2006). Tällaisissa tutkimusasetelmissä ongelmaksi muodostuu se, että asiakkaan näkemystä allianssista ei oteta huomioon ensisijaisena sen todetusta painoarvosta huolimatta (Bachelor & Horvath, 1999). Voidaan myös pohtia, onko ulkopuolisen arvioitsijan käyttö validi ja luotettava tiedonkeruumenetelmä, sillä erityisesti allianssin tunneulottuvuus eli terapeutin side on subjektiivinen, asiakkaan sisäinen kokemus eikä objektiivisesti arvioitavissa oleva ilmiö. Suuressa osassa validointi- ja tuloksellisuustutkimuksia allianssia on tyypillisesti mitattu vain joitakin kertoja myös pitkien terapiaprosessien aikana, vaikka jo Bordin (1979) esittää, että allianssin eri elementit voivat olla eri tavoin merkittäviä terapiasuhteen kestäessä. Esimerkiksi terapian alkuvaiheissa on tärkeä päästä yhteisymmärrykseen tavoitteista ja keinoista kun taas myöhemmin, työskentelyn edetessä haastavampiin vaiheisiin, terapeutin side edesauttaa potilaan sitoutumista hoitosuhteeseen ja työskentelyyn (Horvath & Greenberg, 1989). Siten myös allianssin eri ulottuvuuksien keskinäinen painotus operationalisoinnissa voi vaikuttaa siihen, millaiseksi arvio allianssista kokonaisuutena muodostuu ja kuinka voimakas on sen vaikutus lopputulokseen tilastollisin menetelmin tarkasteltuna.

Vaihtelevat vaikutussuhteet allianssin ja hoidon tuloksellisuuden välillä voivat liittyä myös yleisemmin terapiasuhteen, terapeutin muutoksen ja sitä tuottavien osatekijöiden monimutkaisiin vuorovaikutussuhteisiin, joiden mallintaminen on haastavaa ja jopa mahdotonta. Psykoterapian ilmiöiden tutkiminen luonnontieteestä omaksutuin koeasetelmin on lähtökohtaisesti ongelmallista, sillä psykoterapia ei toimi kuten lääke, eikä sitä siten tulisi tutkia kuten lääkehoitoa (Drozd & Goldfried, 1996). Allianssi- ja tuloksellisuustutkimuksen keskeisin anti psykoterapian teorialle ja käytännölle nykyisellään ei ehkä liitykään suoraan hoidon tuloksellisuuden ennustamiseen vaan laajemmin siihen huomioon, että allianssi on vain yksi mutta samalla kriittinen osa onnistunutta hoitoprosessia, ja siksi tutkimuskohteena edelleen tärkeä (Safran & Muran, 2006). Samalla allianssin tutkimuksessa tulisi edetä kohti monipuolisempia menetelmiä, esimerkiksi tulosten sijaan terapiaprosessin aikaista vuorovaikusta tutkimalla sekä asiakkaan havainnoinnin sijaan hänet mukaan tutkimusprosessiin ottamalla.

1.2 Jatkuva seuranta asiakaslähtöisenä työskentelytapana

Käytännön psykoterapiatyössä tai missä tahansa auttamistyössä potilas on ensisijaisesti psyykkiseen kärsimykseensä lievitystä hakeva yksilö. Tästä syystä yhteistyösuhdetta tulisi tutkia ennen kaikkea hoidon aikana eikä vasta sen päätyttyä, sillä jälkikäteen onnistumisen mahdollisuuksien kohentaminen on liian myöhäistä. Terapiaprosessin alussa ja sen aikana saatavilla oleva tieto asiakkaan kokemuksesta voi olla onnistuneen hoidon suhteen ratkaisevaa juuri niissä terapiasuhteissa, joissa allianssi on heikompi ja terapian tuottamat hyödyt ovat vaarassa jäädä toivottua vähäisemmiksi (Whipple ym., 2003). Jatkuvalla seurannalla voidaan siis parantaa jo käynnissä olevien hoitojen tuloksia verrattuna siihen, että yhteistyön jatkuvaa seuranta ei käytetä. Koska terapiatutkimuksen tarkoituksiin kehitetyt, lyhyetkin mittarit on koettu liian työläiksi käytännön työskentelyssä, Duncan ym. (2003) kehittivät mittariston, jota voidaan käyttää yhteistyön jatkuvaan seurantaan. Session Rating Scale (SRS) eli istuntojen arviointimittari (liite 1) perustuu Bordinin kolmitahoiseen yhteistyösuhteen käsitteeseen, johon kuuluvat terapeutin sidos terapeutin ja asiakkaan välillä, yhteinen näkemys terapian tavoitteista ja yhteisymmärrys keinoista, joilla tavoitteiden eteen työskennellään. Näitä ulottuvuuksia on täydennetty Gastonin (1990) näkökulmalla asiakkaan oman muutosteorian keskeisyydestä. SRS-mittarin taustaoletuksiin kuuluu myös havainto siitä, että erityisesti asiakkaan kokeman tyytymättömyyden puheeksi tulo on tuloksellisen terapiatyöskentelyn edellytys (Hatcher & Barends, 1996). Tavoitteena SRS-mittariston käytössä on nimenomaan yhteistyön jatkuva seuranta, mikä varmistaa allianssityöskentelyn säilymisen terapiasuhteen keskiössä ja mahdollistaa välittömän reagoinnin jo varhain yhteistyön heiketessä (Duncan ym., 2003).

Samalla tavalla kuin allianssi kuvautuu tuloksellisuustutkimuksen asetelmissa usein staattisena harvojen mittausten vuoksi, myös hoidon tuloksellisuutta kuvaavia asiakkaan voinnin ja oireilun mittareita on tyypillisesti käytetty vain ennen-jälkeen-muutoksen kuvaajina. Jatkuvan seurannan tutkimuksissa on kuitenkin hahmotettu monenlaisia kehityskulkuja kun potilaiden vointia seurataan viikoittain (Lambert, Hansen, & Finch, 2001). SRS-mittarin rinnalle kehitettiin voinnin seurantaan soveltuva mittari, jotta yhteistyösuhdetta ja vointia kyetään seuraamaan yhtäaikaaisesti ja toisiinsa suhteuttaen hoidon kestäessä. Asiakaskeskeisen tutkimuksen tarkoituksiin kehitetystä OQ-45-mittarista (Lambert ym., 1996) tehtiin lyhyempi, SRS-mittarin kaltainen neljän asteikon lomake nimeltä Outcome Rating Scale eli ORS (Miller ym., 2003; liite 2).

Jatkuvan seurannan mittareita on sovellettu myös allianssitutkimuksen valtavirrassa vähemmän käsiteltyyn monenkeskiseen auttamistyöhön. Sundet (2010) tutki dialogisen perheterapian kontekstissa yhteistyösuhteen ja asiakkaan voinnin mittariston vaikutusta työskentelyyn käyttäen Duncanin ym. (2003) istunnon arviointimittaristoa osana jokaista terapiaistuntoa. Perheterapeutit kokivat, että yhteistyösuhteen kehitystä kuvaavan mittariston käyttö lisäsi mahdollisuuksia uusiin avauksiin keskustelussa. Siten myös muut kuin varsinaiset terapiaan tulokset saattoivat nousta paremmin esiin. Perheet kokivat, että seurantamittaristoja käyttämällä kommunikaatio koheni, työskentelyn painopisteitä oli helpompi muokata ja keskusteluun saatiin uusia näkökulmia (Sundet, 2010).

Jatkuva seuranta on todettu erityisesti heikommin sujuvien terapioiden lopputulosta parantavaksi menetelmäksi, mutta varaukseton hyväksyntä seurannan rutiininomaiselle käytölle puuttuu edelleen sekä psykoterapian että psykiatrian käytännön työstä. Anker, Duncan ja Sparks (2009) tutkivat pariterapiakontekstissa hoitojen tuloksellisuutta yhteistyön ja voinnin mittareiden näkökulmasta. Myös terapeuttien asennoitumista jatkuvaan seurantaan selvitettiin ja kävi ilmi, että seurantalomakkeiden tuomaa lisäarvoa ei ennen hoitoprosesseja arvioitu kovinkaan suureksi. Terapeutit suhtautuivat lomakkeisiin neutraalisti tai myönteisesti, mutta olivat sitä mieltä, että tavanomainen tapa selvittää edistystä ja nykyhetken vointia kyselemällä ja asiakkaiden antamaa vaikutelmaa tarkastelemalla olisi yhtä tehokas tapa kuin systemaattisten seurantalomakkeiden käyttö. Lasalvia ja Ruggeri (2007) löysivät useita erilaisia esteitä esimies- ja työntekijätasolla psykiatrinen hoitopalveluiden tuloksellisuuden mittaamiselle: vähäinen tieteellinen näyttö tuloksellisuuden seurannan eduista, työntekijöiden kokema vähäinen hyöty omalle työlleen ja potilaan hoidolle, seurannasta koituvat kustannukset, ja kunnollisten seurantavälineiden ja niiden käyttöön opastuksen puute.

Asiakkaiden oma käsitys tarpeistaan ja voinnistaan on psykiatriassa perinteisesti sivuutettu vähempiarvoisena asiantuntija-arvioon nähden, vaikka moniulotteisempi hoidon ja tulosten arviointi voisi hyödyttää myös hoitavia tahoja resurssien tehokkaassa kohdistamisessa (Lasalvia & Ruggeri, 2007). Lisäksi psykiatrisen sairaanhoidon potilaat arvostavat huomattavan samankaltaisia asioita kuin mitkä psykoterapian kontekstissa on todettu keskeisiksi muutoksen mahdollistaviksi eli auttaviksi elementeiksi. Johanssonin ja Eklundin (2003) haastattelemat psykiatrisen avo- ja osastohoidon potilaat kokivat, että suhde potilaan ja auttajan välillä ja siinä kuulluksi tuleminen oli keskeisin kokemusta määrittävä tekijä. Hyvä auttamissuhde puolestaan jakaantui neljän eri teeman ympärille, jotka olivat kiireettömyys tilanteen tarkastelussa, työntekijän kyky suhtautua potilaaseen ilman ennakoasennetta, yhteinen ymmärrys ongelman syistä ja seurauksista sekä empaattinen,

lämmin ilmapiiri hoidossa. Johansson ja Eklund (2003) liittävät saamansa tulokset erityisesti rogersilaisiin terapeutin suhteen ehtoihin, mutta yhtä lailla tulokset voidaan yhdistää esimerkiksi panteoreettiseen allianssikäsitykseen (Bordin, 1979) tai laajemmin jälkimoderniin, yhteistyökeskeiseen näkökulmaan, johon kuuluu terapeutin kyky sietää epävarmuutta, ennakoasenteista vapaa, yksilöllisyyden huomioonottava näkökulma kuhunkin potilaaseen ja kyky huomioida potilaan oma käsitys ongelmistaan asiantuntijatietämyksestä huolimatta (Monk & Gehart, 2003). Voidaankin päätellä, että potilaiden käsitykset hyvän yhteistyösuhteen osatekijöistä ovat samankaltaisia paitsi psykoterapiassa myös psykiatrisessa sairaanhoidossa. Voidaan myös olettaa, että myös psykiatrian kontekstissa hyvän yhteistyösuhteen luominen ja ylläpitäminen potilaan ja työntekijöiden välillä on olennaisessa osassa suotuisiin hoitotuloksiin pyrittäessä.

Tässä tutkimuksessa haluttiin toiminnallisen tutkimusotteen kautta tuoda psykiatriseen erikoissairaanhoidon asiakaslähtöistä, yhteistyösuhdetta painottavaa näkökulmaa käyttäen yhteistyön ja potilaan voimien jatkuvan seurannan menetelmää. Tutkimusta ohjasivat seuraavanlaiset kysymykset:

- Kuinka jatkuvan seurannan yhteistyö- ja vointimittarit soveltuvat psykiatrisen erikoissairaanhoidon moniammatilliseen kriisityöskentelyyn?
 - Millaisia hoitosuhteita mittareiden tarjoaman tiedon pohjalta voidaan hahmottaa?
 - Kuinka työntekijät kokevat mittaristojen käytön?
- Kuinka jatkuva seuranta työskentelymenetelmänä vaikuttaa työntekijöiden näkemyksiin ja työskentelyyn yhteistyösuhteen näkökulmasta?

2. MENETELMÄT

2.1 Empiirinen konteksti ja tutkimusote

Tutkimuksen empiirinen osio toteutettiin erään sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrisen avohoidon tehostetun kotihoidon työryhmässä, johon potilaita ohjataan monilta eri tahoilta: perus-, työ- ja opiskelijaterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidon muista avo- tai osastohoitopaikoista. Ryhmän

tehtävänä on tukea erityisesti akuutissa vaiheessa psykoottisesti oireilevia ihmisiä työpareina tehtävien kotikäyntien muodossa. Hoitojaksot ovat tyypillisesti tiiviitä ja lyhyitä (selvittelykäynneistä muutamiin kuukausiin) ja tarkoituksena on tukea ihmisiä kokonaisvaltaisesti heidän omassa elinympäristössään, ottaen mukaan myös potilaan läheisverkostoa. Työryhmä soveltaa työskentelyssään osin Assertive Community Treatment –periaatteita (Phillips ym., 2001), joista käytetään myös nimitystä yhteisökeskeinen tai integroitu, tarpeenmukainen hoito (esim. Lehtinen, Aaltonen, Koffert, Rökköläinen & Syvälahti, 2000; Malm ym., 2003). Työskentelyä näiden eri nimikkeellä kutsuttavien mutta osin samanlaisia periaatteita sisältävien työotteiden mukaan yhdistää psykososiaalinen ote, joka on todettu erityisesti vaikeimpien mielenterveyden häiriöiden osalta nk. perinteisen psykiatrisen hoidon veroiseksi, ellei jopa tuloksellisemmaksi hoitomuodoksi. Hoitojakso voi sisältää potilaan tilanteen ja oireiden tarkempaa selvittelyä, tukea antavaa keskustelua, psykoedukaatiota, neuvontaa ja tukea asumis-, työ- ja toimeentuloasioissa, sekä ohjeistusta lääkitykseen ja muuhun terveydenhoitoon. Työryhmä pyrkii tapaamaan myös potilaan läheisverkostoa aina kun se on mahdollista ja osapuolet tapaamisiin halukkaita.

Työryhmällä ei yleensä ole kokonaisvastuuta potilaan hoidosta, vaan se toimii esimerkiksi osasto- ja poliklinikkahoidon taitekohdassa tai poliklinisessa hoidossa olevan potilaan akuutissa kriisivaiheessa tiiviimpää tukea tarjoten. Kriisivaiheen helpottaessa työryhmä ohjaa potilaan jatkohoitoon tai kuntoutukseen muihin perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon yksiköihin kunkin tarpeiden mukaisesti. Työryhmään kuului tutkimuksen aikana kuusi hoitajaa, psykiatriaan erikoistuva lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä ja psykologiharjoittelija, joka vastasi tämän tutkimuksen toteuttamisesta ja osallistui myös työntekijänä tutkimusaineiston tuottamiseen. Kahdella työryhmän jäsenellä oli suoritettuna psykoterapeutin koulutus ja yksi työntekijä oli parhaillaan perheterapiakoulutuksessa. Työryhmä oli kiinnostunut oman työnsä tutkimisesta ja kehittämisestä, eli tarve tutkimukselle lähti osin käytännön työskentelyn tarpeista.

Gaston ja Marmar (1989) ehdottavat laadullisten ja määrällisten mittareiden yhdistämistä muutoksen hetkien ymmärtämiseksi, ja tätä samaa lähestymistapaa käytettiin myös tässä tutkimuksessa kun kyse oli hoitosuhteissa ja työskentelytavoissa tapahtuvien muutosten tarkastelusta. Tutkimus toteutettiin toiminnallisella otteella ja aineistoa kerättiin sekä määrällisin että laadullisin menetelmin. Toimintatutkimuksessa ilmiötä lähestytään sen luonnollisessa ympäristössä ja tutkimuksen teko osaltaan pyrkii esimerkiksi ratkaisemaan jonkin ongelman tai muuttamaan vallitsevaa käytäntöä (Kidd & Kral, 2005). Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa on kahtalainen, sillä hän toimii sekä osana tutkimusilmiötä sen käytännön kontekstissa, että tekee siitä havaintoja ja päätelmiä. Laadullisessa, erityisesti toiminnallisessa tutkimuksessa tutkijan osallisuus

ilmiöön voidaan nähdä joko tutkimuksen menetelmien ja päätelmien objektiivisuutta vähentävänä tekijänä tai vaihtoehtoisesti mahdollisuutena kuvata ilmiötä rikkaammin ja ymmärtää sitä syvällisemmin kuin mihin ainoastaan teoreettisista lähtökohdista käytännön kontekstia lähestyvä tutkija kykenisi (Morrow, 2007).

Tutkimuksessa käytettiin määrällistä tietoa tuottavaa lomakeseurantaa vastaamaan kysymykseen siitä, millaisia hoitosuhteita erikoissairaanhoidon kontekstissa voidaan havaita. Tuloksia oli mahdollista verrata samoilla mittareilla aiemmin tehtyyn tutkimukseen. Lomakeaineisto ei kuitenkaan tarjonnut syvempää ymmärrystä siitä, millä tavoin yhteistyösuhdetta hoitosuhteissa työstettiin ja mikä voisi selittää saatuja tuloksia. Laadullisten kuvausten yhdistäminen määrällisesti todennettuihin, kliinisesti merkittäviin muutoksiin (Jacobson & Truax, 1991) auttaa ymmärtämään sitä, mitä tilastollisesti todettujen yhteyksien taustalla itse prosessissa tapahtuu. Osana tutkimusta tehtiin siksi fokusryhmähaastattelu, josta saatua laadullista aineistoa käytetään tarjoamaan ymmärrystä myös siitä, millaisia kokemuksia työntekijöillä oli allianssityöskentelystä ja jatkuvan seurannan käytöstä työmenetelmänä.

2.2 Aineistonkeruu

Catty, Winfield ja Clement (2007) arvioivat katsauksessaan erilaisten yhteistyösuhteen tai allianssin mittareiden käyttökelpoisuutta ensisijaisesti siitä näkökulmasta, onko mittareita käytetty nimenomaan psykiatrian kontekstissa. Tuloksena mainitaan, että psykoterapian tutkimuksessa kehitettyjä mittareita tulisi suosia myös psykiatriaa koskevissa tutkimuksissa. Psykoterapiatutkimuksessa taas on todettu allianssin eri mittareiden olevan yhtä päteviä ja luotettavia käsitteen operationalisointeja, jolloin tutkijan voi valita esimerkiksi omaan viitekehykseensä tai tutkimusasetelmaansa sopivimman mittarin (Cecero ym., 2001). Potilaan vointia ja kokemusta yhteistyöstä mitattiin kliinisen työn jatkuvaan seurantaan kehitetyillä Outcome Rating Scale (ORS) ja Session Rating Scale (SRS) –asteikoilla (Miller ym., 2003; Duncan ym., 2003), joiden suomenkieliset versiot ovat nimeltään Muutosarviointiasteikko ja Istunnon arviointiasteikko. Muutosarviointiasteikko ORS perustuu Lambertin ym. (1996) OQ-45.2-mittariin, jolla tutkitaan potilaan yksilöllistä vointia, ihmissuhteita ja sosiaalista toimintakykyä. Näiden lisäksi ORS-mittarissa on neljäs, yleistä voinnin kokemusta mittaava ulottuvuus. ORS-asteikon on todettu korreloivan itsetunnon, pystyvyyden kokemusten ja koetun elämänlaadun kanssa (Campbell &

Hemsley, 2009). Muutosarviointiasteikosta käytetään tässä tutkimusraportissa myös nimitystä ”vointiarvio”, sillä lomakkeella selvitetään nimenomaan voinnissa koettuja muutoksia. Istunnon arviointiasteikko SRS on muokattu pidemmistä yhteistyösuhdetta mittaavista kyselyistä, jotka puolestaan on operationalisoitu Bordinin (1979) allianssikäsitteen kolmeen ulottuvuuteen perustuen, joiden ohien neljänneksi ulottuvuudeksi on lisätty Gastonin (1990) esiin nostama asiakkaan oma muutosteoria. Vaikka nimensä mukaisesti SRS arvioi istuntoa tai hoitotapaamista, se on suoraan panteoreettisen yhteistyösuhteen operationalisointi. Tässä tutkimusraportissa käytetään SRS-mittarin tuottamasta tiedosta myös nimitystä ”arvio yhteistyöstä”.

ORS ja SRS ovat molemmat nk. visuaalisia analogisia mittareita, jotka muodostuvat neljästä 10 senttimetrin pituisesta janasta. Janan toinen pää edustaa hyvää vointia tai myönteistä kokemusta istunnosta ja toinen vastaavasti saman asian kielteistä ääripäätä. Jokainen neljästä alaskaalasta mitataan millimetriviivaimella ja saadut pituudet lasketaan yhteen. Lomakkeen pistemäärä on suoraan tämä senttimetrimäärä ilman mittayksikköä. Kummankin asteikon maksimipistemäärä on 40, ja kokemukset voinnista ja istunnosta ovat sitä parempia mitä suurempi pistemäärä on. Istunnon ja voinnin arvioiden kehitystä voidaan tarkastella visuaalisessa muodossa merkitsemällä pistesummat seurantataulukkoon, jossa vaaka-akselilla on ajan kulumisen istunto istunnolta ja pystyakselilla kokonaispistemäärät (liitteet 3-5).

Tutkimuksen aineistonkeruuseen liittyen järjestettiin ohjeistus- ja keskusteluhetki. Istuntojen ja voinnin arviointilomakkeita oli työryhmässä käytetty jo pilottitutkimuksessa noin puoli vuotta aikaisemmin, minkä perusteella työntekijät osasivat kertoa kokemuksiaan lomakkeiden käytöstä ennen uutta seurantajaksoa. Kävi selväksi, että lomakkeiden käytön tulisi olla mahdollisimman yksinkertaista ja ohjeistuksen selkeää. ORS:n ja SRS:n etuina ovat juuri käytön nopeus ja yksinkertaisuus verrattuna psykoterapiatutkimuksen tarkoituksiin kehitettyihin laajempiin mittaristoihin ilman, että reliabiliteetti ja validiteetti ovat uhattuina (Campbell & Hemsley, 2009). Lomakkeiden käyttöön motivointi ja niistä muistuttaminen koettiin keskeisiksi, jotta puuttuvat havainnot voitaisiin minimoida. Työntekijät kokivat, että kaikki pilottitutkimuksessa käytetyt lomakkeiden sanamuodot eivät täysin vastanneet heidän työskentelyään ja kokivat siksi lomakkeet hieman vieraiksi itselleen. Lomakkeiden muotoutumista oman tuntuiseksi välineiksi päätettiin tästä syystä edistää joitakin sanamuotoja muuttamalla ilman, että skaalojen sisältö varsinaisesti muuttuu. SRS-lomakkeessa sana ”terapiaistunto” korvattiin sanalla ”hoitotapaaminen” hämmennyksen välttämiseksi myös tutkimukseen osallistuvien potilaiden joukossa, sillä työryhmän antama hoito ei ole (psyko)terapiaa.

Paljon keskustelua käytiin myös siitä, mikä olisi työntekijöiden osalta tarkastelun yksikkö; kukin työntekijä yksilönä vai työpari. Vaikka molemmille vaihtoehdoille oli perustelunsa, päädyttiin siihen, että työpariarvio täytetään yhdessä keskustellen yhteiselle lomakkeelle. SRS-lomaketta muutettiin sanamuodoiltaan vastaamaan työskentelyä siten, että potilas tarkasteli yhteistyösuhdetta työpariin, ja työntekijät arvioivat istuntoja työparina ”me”-muodossa. Tämä valinta aiheuttaa suoraan sen, että yksittäisen työntekijän kokemus ei tullut lomakeaineiston analyysivaiheessa esiin. Työparin käyttäminen tarkastelun yksikkönä oli kuitenkin perusteltua tutkimuksen toiminnallisen luonteen kannalta, eli lomakkeiden täyttö yhdessä oli tarkoitettu lisäämään kaivattua työparin keskinäistä keskustelua työskentelystään.

Lomakeaineistoa suunniteltiin kerättäväksi yhden kalenterikuukauden aikana, jolloin tutkimukseen pyydettiin kaikkia uusia työryhmän hoitoon tulevia potilaita. Yksikään potilas ei kieltäytynyt tutkimukseen osallistumisesta, mutta yksi potilas jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle siitä syystä, että hänen tiedolliset kykynsä eivät olleet riittävällä tasolla lomakeseurannan toteutusta ajatellen. Hoitosuhteita käynnistyi pilottitutkimukseen verrattuna odotettua vähemmän, ja siksi tutkimukseen pyydettiin yhden kalenterikuukauden jälkeenkin potilaita kunnes tutkija arvioi aineiston olevan riittävä. Lomakeseurannan pituus määriteltiin siten, että lomakkeita täytetään kunnes hoitosuhde päättyy, istuntoja kertyy 10 tai hoitosuhde on kestänyt kaksi kuukautta. Istunnon ja voinnin arviointilomakkeita täyttivät sekä potilaat, työntekijät että muut mahdolliset istuntoon osallistuneet kuten potilaan omaiset jokaisella hoitotapaamisella. Työntekijöiden ei tarvinnut hoitajakson aikana laskea tarkkoja pistemääriä hoitotapaamisten jälkeen, vaan heidät ohjeistettiin tarkastelemaan SRS-arviota istunnon lopussa silmämääräisesti ja kysymään potilaalta tarkennuksia, mikäli arvio sijoittuisi yhden tai kahden pisteen päähän maksimista. Työntekijät eivät myöskään täyttäneet seurantataulukoita hoitajaksojen aikana.

Kaikkiaan hoitosuhteita kertyi tutkimukseen 14, joista kaksi koostuu paritapaamisista ja kahdessa on mukana yhdellä tapaamisella joku potilaan läheinen (taulukko 1). Työryhmä pyrkii järjestämään perhe- ja verkostotapaamisia aina kun se on mahdollista, mutta tässä otoksessa läheisiä osallistui hoitoihin suhteellisen harvoin. Puolet potilaista tuli työryhmälle avohoidosta ja puolet osastohoidosta. Enemmistöllä oli taustalla aiempia kontakteja psykiatriseen hoitoon. Oireilun diagnoosi ICD-10-tautiluokituksen mukaan (Maailman terveysjärjestö, 2010) oli useimmiten tarkemmin määrittämätön ei-elimellinen psykoosi (F29). Joillakin potilailla kriisitilanne liittyi kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön (F31) tai masennukseen (F32). Suurin osa potilaista ohjattiin jatkohoitoon avohoidon muihin palveluihin, mutta kaksi potilasta on tullut kriisitilanteen vuoksi

työryhmälle hoitoon uudestaan tutkimusjakson jälkeen ja kahden potilaan hoidot ovat jatkuneet työryhmällä ainakin 12 kuukauden seuranta-ajankohtaan saakka, mahdollisesti pidempäänkin.

TAULUKKO 1. Potilaiden hoitopolut ja tulodiagnoosit hoitojakson keston mukaan järjestettynä

Potilas	Hoidon kesto	Läheisiä mukana	Lähettävä taho	Jatkohoito	Aiempaa psykiatrasta hoitoa	Dg	Uusi hoitojakso 12kk seurannassa
M	1vk		Avohoito	Avohoito	Ei	F32	Ei
N	2vk		Avohoito	Avohoito	Kyllä	F31	Ei
B	3 vk		Osasto	Avohoito	Kyllä	F29	Tarvittaessa
H	1kk		Avohoito	Avohoito	n/a	F29	Ei
K	1kk		Osasto	Avohoito	Kyllä	F31	On
L	1kk	3 kertaa	Avohoito	Avohoito	Kyllä	F22	Ei
C	1,5kk	Kerran	Osasto	Avohoito	Ei	F29	Ei
P	3kk		Osasto	Avohoito	Kyllä	F29	Ei
O	3,5kk		Osasto	Avohoito	Ei	F29	Ei
F	4kk		Avohoito	Avohoito	Kyllä	n/a	Ei
J	4kk	3 kertaa	Osasto	Avohoito	Kyllä	F29	On
E	5kk		Avohoito	Avohoito	Ei	F32	Ei
G	yli 1v	Kerran	Avohoito	Avohoito	n/a	n/a	Jatkuu
A	yli 1v		Osasto	Avo+Osasto	Kyllä	F29	Jatkuu

Työntekijöiden kokemusten selvittämiseksi järjestettiin noin puoli vuotta jatkuvan seurannan mittareiden käytön jälkeen fokusryhmähaastattelu. Mukaan saatiin kaikki seurantajakson aikana työryhmään kuuluneet henkilöt, eli osallistumisprosentti oli täydet sata. Tutkija osallistui keskusteluun ensisijaisesti keskustelun alustajana ja tutkijana, vaikka hän oli myös osallistunut tutkimukseen kuuluviin hoitosuhteisiin työntekijänä. Ryhmätapaamisessa keskusteltiin tutkijan alustamien kysymysten mukaisesti lomakeseurantaan ja yhteistyöhön liittyvistä teemoista (liite 6). Muistin virkistämiseksi taululle oli kirjoitettu tutkimukseen osallistuvien potilaiden nimet ja kullekin keskustelijalle jaettiin omat kappaleet ORS- ja SRS-lomakkeita. Ryhmähaastattelulle varattiin aikaa puolitoista tuntia ja suurin osa keskustelijoista oli paikalla koko ajan. Yksi työntekijä liittyi keskusteluun noin 10 minuuttia sen alkamisen jälkeen.

Tavoitteena oli saada aikaan haastattelun sijaan ennemmin ryhmäkeskustelu (Eskola & Suoranta, 2003, 97). Tutkija antoikin ryhmäläisten päättää itse puheenvuoroista ja pyrki osallistumaan keskusteluun myös työntekijänä eikä ainoastaan teoriaan perustuvia näkökohtia tai kysymyksiä esittävänä tutkijana. Pitkään yhdessä työskennelleen ryhmän vuorovaikutus oli tullut tutuksi tutkijalle yhtenä työryhmän jäsenenä. Työryhmä keskusteli tutkimustilanteessa tutkijan tuntuman mukaan ehkä totuttua verkkaisemmin, hiljaisemmalla äänellä ja pidempiä taukoja puheenvuorojen välillä pitäen. Kahdella työntekijällä oli ainoastaan yksi tutkimukseen osallistuva potilas, mutta useimmilla oli kokemusta useammasta potilaasta ja eri työpareista. Aineistosta erottuu kaksi työparia ja yksi kolmen työntekijän ryhmä, joilla oli useampia yhteisiä potilaita. Kaikkiaan työryhmä kuitenkin jakaantui hoitamaan tutkimusjakson potilaita siten, että useampia samoja potilaita hoitaneilla työpareilla oli kokemusta muistakin potilaista ja työpareista myös pilottitutkimuksen myötä. Ryhmäkeskustelu tallennettiin äänimuodossa ja tutkija litteroi sen sanatarkasti. Litteroituna ryhmähaastatteluaineisto oli pituudeltaan 21 sivua.

2.3 Analyysi

Tutkimusta voi kuvata lähestymistavaltaan iteratiiviseksi tai abduktiiviseksi, eli teoria ja empiria olivat vuorovaikutuksessa kaikissa tutkimuksen teon vaiheissa (Morrow, 2007). Määrällistä ja laadullista aineistoa myös analysoitiin rinnakkain siten, että määrällinen tieto edusti potilaan kokemusta käytettyjen mittareiden standardointiaineistojen näkökulmasta, kun taas laadullinen aineisto tarjosi ymmärrystä määrälliseen muutokseen johtaneista seikoista sekä työntekijöiden kokemuksista. Ajallisesti määrällisen ja laadullisen aineiston analyysi tapahtui yhtä aikaa, tutkijan vuorotellessa näiden ja myös aiemman tutkimuskirjallisuuden välillä. Määrällisen ja laadullisen aineiston vertailu teoriaan jatkui läpi tutkimusprosessin kunnes tutkija koki, että ne yhdessä tarjoavat vastauksia tutkimuskysymyksiin, ja päätelminä voidaan esittää uutta ymmärrystä tutkitusta ilmiöstä (Morrow, 2007).

Lomakeaineiston käsittelyn ensimmäinen vaihe oli laskea istuntokohtaiset pistemäärät potilaiden ja työntekijöiden täyttämistä ORS- ja SRS-lomakkeista. Nämä siirrettiin hoitosuhdekohtaisesti taulukkoon, jossa jokaisen tapaamisen arvioinnit voidaan nähdä yhdellä kertaa (ks. liitteet 3-5). Analyysin tilastoyksikkönä on hoitosuhde, johon kuuluvat potilas ja häntä hoitavat työntekijät eli työpari tai joissakin tapauksissa yksi työntekijä. Kunkin hoitosuhteen osalta

laskettiin sekä potilaiden että työntekijöiden arvioissa tapahtuneet muutokset hoidon aikana eli potilaan voinnin ja yhteistyösuhteen viimeisen ja ensimmäisen istunnon pistemäärien erotus. Samaten laskettiin potilaiden ja työntekijöiden arvioiden erotukset, mikä mahdollistaa potilaan ja työntekijän näkemysten yhtäläisyyden tai eriävyyden suuruuden tarkastelun. Seuraavaksi aineistoa tiivistettiin laskemalla keskiarvoja ja -hajontoja näille alku- ja lopputilannetta, muutosta ja arvioiden eroavaisuuksia kuvaaville pistemäärille.

Potilaan vointia kuvaavalle muutosarviointi- eli ORS-asteikolle on määritelty kliinisesti merkittävän muutoksen rajaksi viisi pistettä ja kliiniseksi rajaksi (clinical cut-off) pisteiden kokonaissumma 25 (Miller & Duncan, 2004). Mittariston arvot perustuvat kliinisesti merkittävän muutoksen käsitteeseen ja sen tilastolliseen laskentaan (Jacobson & Truax, 1991). Minkä tahansa kahden mittauskerran välistä ORS-pistesumman muutosta voidaan luotettavasti pitää nimenomaan hoidosta eikä muista tekijöistä johtuvana, mikäli ero on yli viisi pistettä ja vointi ylittää kriittisen rajan (Miller & Duncan, 2004). Termi ”clinical cut-off” on käännetty tähän tutkimukseen käsitteeksi ”kriittinen raja”, sillä kyseessä ei ole raja-arvo termin matemaattisessa merkityksessä, vaan luku, jonka on todettu olennaisesti eli kriittisesti erottelevan hyvää ja huonoa vointia sekä hyvää ja huonoa yhteistyösuhteen kokemusta. Alle 25 pistettä saavat henkilöt todennäköisemmin kuuluvat joukkoon, joka kokee normaalia suurempaa psyykkistä kuormitusta ja tarvetta saada apua tilanteeseensa kun taas yli 25 pistettä saavat potilaat taas todennäköisemmin kuuluvat voinniltaan normaaliin populaatioon (Miller & Duncan, 2004). Istuntoarvioiden osalta kriittisenä rajana on pidetty pistemäärää 36, jota heikommin istuntoja arvioivat potilaat todennäköisemmin jättäytyvät hoidosta pois tai kokevat hoidon aikana negatiivista kehitystä ennemmin kuin hyötyjä (Miller & Duncan, 2004). Pistemäärän 33 alittavat arviot ovat mittariston normiaineistossa harvinaisia. Nämä standardointiaineiston kriittiset arvot ohjasivat hoitosuhteiden tarkastelua ja ryhmittelyä potilaan voinnin ja yhteistyösuhteiden kehityksen näkökulmasta.

Lomakeaineistossa oli joitakin puuttuvia havaintoja. Voinnin alkuarvio puuttuu potilailta G ja H ja viimeisen tapaamisen arvio potilaalta G. Työntekijöiden lomakkeista puuttuvat alku- ja päätösistunnon vointiarviot potilailta H ja J. Hoitosuhteen kestäessä puuttuvia tietoja on seuraavasti: potilaiden E (työparin viidennen kerran arviot), F (työparin kahdeksannen kerran arviot), G (kaikkien toisen kerran arviot), K (työparin toisen kerran vointiarvio), P (kaikkien toisen kerran arviot). Puuttuvia tietoja ei yritetty täydentää, vaan esimerkiksi alku- ja loppupistemääristä laskettavissa keskiarvotarkasteluissa (voinnin ja yhteistyön muutos, potilaan ja työparin näkemysten erot) otettiin huomioon toisen tai toiseksi viimeisen kerran arvio potilaiden G, H ja J osalta.

Fokusryhmähaastattelun analyysimetodiksi valikoitui jo ennen haastattelun järjestämistä sisällönanalyysi, koska sillä voidaan parhaiten vastata tutkimuskysymykseen työntekijöiden kokemuksista suhteessa valittuun teoreettiseen esiympäristöön (Alasuutari, 1994, s. 73). Fokusryhmäaineistoon paneutuminen alkoi äänitallenteen litteroinnilla. Litteroinnin jälkeen tutkija siirtyi tarkastelemaan aineistoa kirjallisessa muodossa lukien tehden vain muistiinpanoja mieleen nousseista seikoista. Seuraavaksi tutkija luki aineiston läpi siten, että hän tiivisti jokaisen puheenvuoron sisällön lyhyeksi tulkinnaksi siitä, mistä puheenvuoro tai vuoropuhelu useamman ryhmän jäsenen välillä tutkijan mielestä kertoo. Jo ensimmäisissä aineiston läpiluvuissa nousi esiin teemoja, joita tutkija seurasi seuraavilla kerroilla aineistoa lukiessaan ja tiivistäviä tulkintoja tehdessään. Osin nämä teemat nousivat siitä etukäteisympäristöstä, minkä varassa tutkija oli ryhmähaastattelun alustanut ja toisaalta siitä kokemuksesta, mikä hänellä itsellään myös työntekijänä oli puheena olleista aiheista. Puhtaasti aineistolähtöistä koodausta ei tässä analyysissä ollut mielekästä suorittaa, koska tutkija oli myös väistämättä asennoitunut tekstin lukemiseen jo jossain määrin tulkintaa tehden ja tarkoitus oli etsiä vastauksia tiettyihin tutkimuskysymyksiin (Eskola & Suoranta, 2003, s. 152–156).

Kolmannella lukukerralla tutkija koodasi aineiston siten, että koko tekstiaineisto tuli koodatuksi yhden tai useamman teeman alle. Kaikkiaan teemoja kertyi 18 (liite 7). Teemoittelun jälkeen tutkija palasi lukemaan lähdeaineistoaan ja vertaamaan empiirisen aineiston teemoja aiempaan tutkimukseen. Lisäksi oli tarpeen etsiä lisää tietoa sellaisista aiheista, joita empiirinen aineisto nosti esiin uusina aiempaan tutkijan kokoamaan teorial tietoon nähden. Vähitellen teemoja oli mahdollista jäsentellä siten, että ne jäsentyivät toisiinsa selkeämmin teorialähtöisesti eli yhteistyön tavoitteiden, menetelmien, terapeutin sidoksen ja yhteistyön katkosten teemojen mukaisesti. Aineistosta oli mahdollista myös erotella tietyistä hoitosuhteista kertovia lausumia, joita voitiin hyödyntää lomakeaineiston hoitosuhdekohtaisessa tarkastelussa. Tuloksien raportointi sisältääkin lomittain paitsi aineiston kuvausta myös viittauksia aiempaan teorial tietoon, jotta nämä kaksi yhdistyisivät mielekkääksi, uudeksi kokonaisuudeksi, eikä aineisto jäisi raportoinnissa vain irralliseksi sitaattikokoelmaksi (Eskola & Suoranta, 2003, s. 175).

3. TULOKSET

3.1 Lomakeaineisto

Taulukossa 2 esitetään potilaiden ja työparien vointiarvioiden keskiarvot hajontoineen hoitojakson alussa ja lopussa, sekä kuinka suurta muutosta voinnissa hoitojakson aikana keskimäärin havaittiin. Aineiston lähtötaso muistutti ORS-standardiaineiston kliinistä populaatiota, jossa ORS-alkuarviot ovat keskimäärin 19,6 pistettä ja keskihajonta 8,7 (Miller & Duncan, 2004). Hoitosuhteissa koettiin kliinisesti merkittävää muutosta, mutta todelliset voinnin muutoksen pistemäärät vaihtelivat välillä (-16,7, 21,7). Joissakin hoitosuhteissa siis koettiin erittäin suuria muutoksia joko huonompaan tai parempaan, mutta nämä yksittäiset suuret muutokset eivät käy ilmi keskiarvoihin perustuvassa tarkastelussa. Lisäksi on laskettu työparin ja potilaan arvioiden keskimääräinen erotus, joka on hoitosuhteiden alussa negatiivinen. Tämä tarkoittaa, että työparit ovat arvioineet potilaidensa voinnin keskimäärin potilaiden omaa kokemusta heikommaksi. Hoitosuhteiden lopussa taas työparien arvio potilaidensa voinnista oli keskimäärin hiukan potilaiden omia arvioita korkeampi. Kaikkiaan potilaiden ja työntekijöiden kokemukset potilaiden voinnin kehityksestä olivat jokseenkin samansuuntaisia.

TAULUKKO 2. Potilaiden ja työparien hoidon alun ja lopun ORS-arvioiden keskiarvot ja keskihajonnat, keskimääräinen muutos, arvioiden erotukset sekä ORS-pisteiden frekvenssit

	Potilaat (P)			Työparit (TP)			Erotus (TP-P)	
	Alku	Loppu	Muutos	Alku	Loppu	Muutos	Alku	Loppu
Keskiarvo	20,0	29,1	8,9	19,1	29,0	10,5	-0,84	0,24
Keskihajonta	7,9	8,8	10,1	8,4	7,3	8,5	7,4	3,8
Pisteitä	Lkm	Lkm		Lkm	Lkm			
0–19,9	6	2		6	2			
20–24,9	6	3		4	2			
25–40	2	9		4	10			

Potilaiden ja työparien antamien ORS-pisteiden frekvenssijakaumat taulukossa 2 tarjoavat vertailukohdan keskiarvojen tuottamalle informaatiolle, sillä niistä voi nähdä todellisten pistemäärien jakaantumisen potilaiden ja asiakkaiden arvioimana hoidon alussa ja lopussa. Keskiarvojen perusteella työntekijät arvioivat potilaiden voinnin hoidon alussa heikommaksi kuin potilaat itse, mutta frekvenssien perusteella itse asiassa useampi potilas kuin työpari arvioi oman vointinsa 25 pisteen kriittistä rajaa heikommaksi. Hoidon lopussa taas työparien keskimääräinen arvio oli aavistuksen potilaiden arvioita korkeampi, vaikka frekvenssien perusteella potilaat arvioivat edelleen vointinsa useammin heikommaksi kuin työntekijät. Potilaiden loppuarvioihin sisältyi myös alkumittauksen keskiarvon 20,0 ja kriittisen rajan 25,0 välille jääviä kokemuksia voinnista.

Yksittäisten hoitosuhteiden mukaan tarkasteltuna työparit kokivat kaikissa hoitosuhteissa kliinisesti merkittävää, yli viiden pisteen suuruista muutosta potilaidensa voinnissa, mutta vain potilaan A kohdalla vointi nähtiin merkittävästi heikkenevänä. Aineistossa oli kolme potilasta (H, M, O), joiden oma kokemus voinnistaan koheni hoitosuhteen aikana alle viisi pistettä tai joiden kokema kliinisesti merkitsevä muutos jäi puuttuvien tietojen vuoksi havaitsematta. Potilas H:n vointiarvioita oli täytetty vasta toisesta tapaamisesta alkaen. Potilas M oli tutkimuspotilas, joka tapasi yhtä työntekijää kahdesti ja sikäli hänen hoitosuhteensa poikkesi jo tavoitteeltaan ja menetelmiltään aineiston muista potilaista. Potilas O koki vointinsa 35 pisteen suuruiseksi eli erittäin hyväksi jo hoidon alussa. Potilaiden A ja G itse koettu vointi heikkeni hoitojakson aikana ja he olivat työryhmän hoidossa edelleen 12 kuukautta tutkimusjaksosta.

Taulukosta 3 voidaan nähdä, että hoidon alussa potilaat arvioivat istuntoa ja yhteistyösuhdetta SRS-lomakkeella keskimäärin kriittisemmin kuin työntekijät. Kymmenen potilaan arviot olivat kriittistä rajaa 36 alhaisempia. Hoidon päättyessä potilaista suurin osa koki istunnot riittävän hyviksi, mutta viiden potilaan arviot jäivät edelleen alle 36:n. Työparien alkuistunnon keskiarvo jäi myös alle kriittisen rajan, eli yhteistyön ongelmat tunnistettiin molemminpuolisesti. Potilaiden arviot istunnoista nousivat hoidon aikana työparien arvioita enemmän, minkä seurauksena potilaiden ja työparien loppuarviot olivat keskimäärin samankaltaisia ja arvioiden keskihajonta pienempi kuin alkuarvioissa. Istuntoarvioiden osalta työpariarviot vaihtelevat alku- ja loppuarvioiden muutoksen tarkastelussa erittäin vähän.

TAULUKKO 3. Potilaiden ja työparien hoidon alun ja lopun SRS-arvioiden keskiarvot ja keskihajonnat, keskimääräinen muutos ja arvioiden erotus sekä SRS-pisteiden frekvenssit

	Potilaat (P)			Työparit (TP)			Erotus (TP-P)	
	Alku	Loppu	Muutos	Alku	Loppu	Muutos	Alku	Loppu
Keskiarvo	30,0	35,4	5,4	34,8	35,8	1,1	5,1	0,74
Keskihajonta	8,8	4,8	7,5	3,6	4,0	4,6	8,1	6,0
SRS-pisteet:	Lkm	Lkm		Lkm	Lkm			
0–33	7	4		5	2			
33,1–36	3	1		5	3			
36–40	4	9		4	9			

Hoitosuhteikohdasta tarkasteltuna potilaista neljä (A, G, M ja O) arvioi istunnot jatkuvasti pistemäärää 36 paremmiksi. Kolmessa hoitosuhteessa (E, N, P) potilaan SRS-arvioissa ei tapahtunut juurikaan muutosta missään vaiheessa hoitosuhdetta. Potilaan P istuntoarvio nousi yli 36 rajan, potilaan E arvio kävi kerran kriittisen rajan yläpuolella ja potilaan N arvio vaihteli välillä 30–35. Potilas F koki istunnot vaihtelevasti parempina ja heikompina välillä 26.5–34.

Hoitosuhteissa, joissa potilaat kokivat istunnot alusta asti hyviksi (A, G, M, O) myös työntekijät arvioivat istunnot onnistuneiksi; työntekijöiden SRS-arvio alussa oli melko lähellä potilaan arviota ja muutos loppua kohden vähäistä, lukuun ottamatta potilasta A, jonka työparin arvio yhteistyöstä laski 13 pistettä. Hoitosuhteessa O oli aineiston suurin ero siihen suuntaan, että työpari arvioi alkuistunnon potilasta heikommin (-5.7), mutta samassa hoitosuhteessa tapahtui myös työparin kokemana suurin SRS-nousu siten, että lopussa työparin ja potilaan arviot olivat käytännössä samat. Näissä tapauksista, joissa potilaan istuntoarvio oli alusta asti yli 36 ja vaihteli koko hoitosuhteen ajan vain vähän, ainoastaan O:n vointi oli yli 25 hoidon lopussa.

3.2 Kolme ryhmää esimerkkeineen

Potilaiden voinnin kehittymistä ja yhteistyökokemuksia samanaikaisesti tarkastellessa aineistosta erottui kolmenlaisia hoitosuhteita tai potilasryhmiä (taulukko 4). Suurimman ryhmän muodostivat hoidosta hyötyvät potilaat, joiden kokemus istunnoista oli joko alusta asti hyvä tai hoidon aikana riittävälle tasolle koheneva (P, L, B, K, C). Toisen ryhmän muodostivat hoidosta jossain määrin hyötyvät potilaat (E, F, H, J, N), joista osan vointi koheni yli kriittisen rajan kun taas osalla jäi alle 25:n, mutta kaikkien potilaiden kokemus istunnoista oli jatkuvasti kriittistä rajaa heikompi. Kolmas erottuva ryhmä muodostui niistä potilaista, joiden vointi heikkeni hoidon aikana, mutta kokemus yhteistyöstä oli kohtuullinen ja jopa työparia parempi (A ja G).

Potilas O:n sijoittaminen mihinkään ryhmään on hankalaa, sillä hän koki sekä oman vointinsa että istunnot jatkuvasti erittäin hyvinä. Työntekijöiden näkökulmasta O:n voinnissa ja myös yhteistyössä tapahtui kliinisesti merkittävää kohenemistä, eli hänet voitaisiin sijoittaa hoidosta hyötyvien joukkoon. Vuoden seurannassa kävi ilmi, että O:n vointi oli säilynyt hyvällä tasolla. Lääkitys oli lopetettu asteittain, minkä vuoksi O:lla oli vielä yksi lääkäriaika avohoidossa suunniteltuna, mutta ei tarvetta jatkuvalla psykiatriselle hoitokontaktille. ORS-standardiaineistossa hyvä koettu vointi hoidon alussa ennakoisi ennemmin voinnin heikkenemistä, mutta potilas O:n osalta tämä ennuste ei pitänyt paikkaansa. Potilas M oli työryhmällä psykologisessa tutkimuksessa ja hänen hoitojaksonsa pituus oli määrätysti vain kaksi tutkimuskertaa. Vuoden seurannassa potilas oli toipunut kriisivaiheesta avohoidon tuella siten, että vointi ja toimintakyky oli arvioitu hyväksi ja hoitosuhde päätetty. Alle 25 suuruinen ORS-arvio ja hyvä kokemus yhteistyöstä siis ennusti potilaan M avun tarvetta ja psykiatrisesta hoidosta hyötymistä. Seuraavassa esitellään esimerkkejä kustakin kolmesta aineistosta erottuvasta ryhmästä, ja tuetaan esimerkkejä ryhmähaastattelusta poimituin lainauksin. Esimerkit kunkin ryhmän potilaiden ORS- ja SRS-kehitystä kuvaavista taulukoista löytyy liitteistä 3, 4 ja 5.

TAULUKKO 4. Hoitosuhteet ORS-muutoksen suuruusjärjestyksessä potilaan kokeman voinnin ja yhteistyön muutoksen yhtäaikaaisessa tarkastelussa

Potilas	ORS alussa	ORS lopussa	ORS muutos	SRS muutos	Istuntoja
P	7.7	33,3	21.7	3.7 ^b	5
L	13.5	34	20.5	20.5 ^b	3
B	18.3	36	17.7	1.1	3
K	24.2	40	15.8	13.4 ^b	5
C	24.7	38,4	13.7	11.1 ^b	6
O	35	38,1	3.1	0.9	10
E	8.9	23,6	14.7 ^a	0.7 ^{bb}	7
F	23.1	34,2	11.1	5.1 ^{bb}	10
N	22.2	31,5	9,3	0,5 ^{bb}	4
J	12.2	21,4	9.2 ^a	1.9 ^{bb}	3
H	24.2	27,5	3.3	19.1 ^{bb}	6
M	13.7	15,9	2.2 ^a	-0.3	2
G	22.6	21,8	-0.8 ^{aa}	(-1.6)	6
A	29	12,3	-16.7 ^{aa}	-0.4	10

^a = vointi lopussa alle kriittisen rajan 25; ^{aa} = vointi heikkenee hoitojaksolla ja on lopussa alle kriittisen rajan 25

^b = istuntoarvio kohoa hoidon aikana yli kriittisen rajan 36; ^{bb} = istuntoarvio koko hoitojakson ajan alle 36

3.2.1 Onnistuneet hoitosuhteet

Ensimmäisen selkeän ryhmän aineistossa muodostivat onnistuneet hoitosuhteet (P, L, B, K, C, O), joissa vointi oli sekä potilaiden että työntekijöiden arvioimana hoidon lopussa hyvä ja jossa yhteistyö koettiin ainakin hoidon lopussa riittävän hyväksi. Näissä hoitosuhteissa voinnin koheneminen oli ollut huomattavaa erityisesti potilaan kokemana. Onnistuneiden hoitosuhteiden kiinnostava piirre on se, että niistä useassa potilaan kokemus yhteistyösuhteesta oli hoidon alkaessa ollut alle 36, mutta noussut hoitojakson aikana. Kliinisesti merkittävä muutos parempaan vointiin

näkyi kahdessa tapauksessa (C, L) ensimmäisen ja toisen tapaamisen välillä ja näissä sekä voinnin että istuntokokemuksen nousu ylitti raja-arvot samalla kertaa. Potilaan B vointi ja istuntokokemus ylittivät kriittiset rajat samaten yhtä aikaa, hänen tapauksessaan toisella tapaamisella ja erityisesti voinnin koheneminen oli merkittävää. Potilaan P kokemuksen koheneminen ei todennäköisesti ollut kliinisesti merkitsevän suuruista, mikäli puuttuvaa toista istuntoa arvioidaan ensimmäisen ja myöhempien arvioiden perusteella. P:n vointi ja istuntokokemus nousivat kriittisten rajojen yli myös yhtä aikaa neljännellä kerralla. Yhdessä tapauksessa (K) vointi koheni jo aiemmin kuin kokemus istunnoista, mutta merkittävä muutos voinnissa ja istunnoissa jatkui vielä seuraavilla kerroilla, joilla hän antoi sekä voinnilleen että istunnolle maksimipisteet.

Esimerkkinä tällaisesta erityisen onnistuneesta hoitosuhteesta oli potilas L, joka kolmen paritapaamisen aikana koki sekä voinnissaan että yhteistyösuhteessa parinkymmenen pisteen suuruisen nousun. Potilas L:n puoliso antoi ensitapaamiselle osallistujista korkeimmat pisteet, joten mahdollisesti tapaaminen palveli erityisesti hänen tarvettaan saada ulkopuolista tukea perheen tilanteeseen. Toinen onnistuneiden hoitosuhteiden esimerkkitapaus oli potilas K, jonka voinnissa tapahtui ensimmäisen tapaamisen jälkeen merkittävä heikkeneminen toisin kuin muissa tämän ryhmän tapauksissa (liite 3). Samalla tapaamisella K kuitenkin koki yhteistyön olevan ensimmäistä kertaa huomattavasti parempi ja hoitosuhteen kahdella viimeisellä kerralla hän antoi sekä voinnilleen että yhteistyölle täydet pisteet.

3.2.2 Katkonaiset hoitosuhteet

Toisen ryhmän hoitosuhteita muodostivat viisi potilastapausta (F, E, H, J, N), joissa potilas oli (lähtötiedoiltaan vaillinaista hoitosuhdetta H lukuun ottamatta) kokenut kliinisesti merkittävää kohenemista voinnissaan, eli hoitosuhteet voitiin määritellä onnistuneiksi. Kuitenkaan tämän ryhmän potilaiden kokemus yhteistyösuhteesta ei ylittänyt kriittistä rajaa 36, eli yhteistyössä oli hienovaraisia tai voimakkaammin julki tuotuja ongelmia. Tämän ryhmän kaikilla potilailla voinnin koheneminen oli heidän itsensä näkökulmasta vähäisempää kuin työparin arvioimana, ja kaikki potilaat olivat arvioineet vointinsa lopussa työpariarviota heikommin. Seuraavaksi esitellään kaikkien näiden potilaiden hoitajaksot sekä lomakeseurannan että työparien kokemusten tietoja yhdistäen.

Potilaan F hoitojakso muodostui kymmenestä noin viikon välein pidetystä tapaamisesta. Ensin hänellä oli kolmella tapaamisella sama työpari ja SRS nousi kerta kerralta. Kolmannella kerralla potilas koki vointinsa jo reilusti kriittistä rajaa paremmaksi. Neljännestä tapaamisesta alkaen työparin kokoonpano vaihteli istunnosta toiseen kolmen työntekijän kesken. Potilaan SRS lähti laskusuuntaan ja vointi oli myös edellisviikosta merkittävästi huonompi, joskin vointi myös koheni seuraavina viikkoina. Viidennellä tapaamisella potilaan ja työparin arviot lähenivät toisiaan. Kuudennella tapaamisella potilaan vointi ylitti uudelleen kriittisen rajan ja jatkoi kohoamistaan hoidon loppuun asti. Kuudennen tapaamisen aikana potilaan ja työparin kokemus istunnoista oli sekä alhaisin että yhtenäisin koko jaksolla. Tälle tapaamiselle oli osallistunut työparin merkintöjen mukaan lääkäri, mutta potilas oli suhtautunut lääketarjoukseen ennakkoluuloisesti. Työparin istuntoarviot olivat jatkuvasti potilaan arvioita joitakin pisteitä korkeammat. Alla olevasta ryhmähaastattelusitaatista käy ilmi, että työntekijöiden ja potilaiden kokemus istuntojen sisällöstä oli hyvin erilainen. T4 viittaa kommentissaan siihen, kuinka potilaalle tehtiin psykoosioirekartoitus, jossa olennaisena osana on mahdollisista aistiharhoista kysyminen, mutta kuitenkin potilas ei kokenut, että aihetta olisi käsitelty.

T2: ..hänellä oli ne äänet se asia minkä takia, mikä häntä niinku vaivas, ja niistä hän ois halunnut puhua mutta sitte niistä ei oo..häneltä kysytty. Mikä ei pitänyt paikkaansa koska häneltä oli kysytty useita kertoja niistä, niistä niinku äänistä [T4: tehty..] mutta jotenki se oli mennyt ihan että ikäänku hän ei ollut kuullu mitään kysyttiin tai me ei ollut kuultu mitään hän vastas tai. Jotenki se keskustelu oli mennyt ihan...

T1:...aidosti hämmästyneitä oltiin.

Potilas N arvioi vointinsa kolmen viikon mittaisella hoitojaksolla ensin heikkeneväksi mutta koki myös huomattavan suuruuden nousun kolmannen ja viimeisen tapaamisen välillä. Työpari kertoi ryhmähaastattelussa lomakkeiden tuomasta puheeksi tulon mahdollisuudesta, jonka he yhdistivät hoidon onnistuneeseen lopputulokseen. Ensimmäisellä istunnolla potilas koki työparin käyttämän menetelmän hänelle huonosti sopivaksi aiheen keskeisyydestä huolimatta, mistä syntyi keskustelua, jonka perusteella työpari pyrki muuttamaan työskentelytapaansa.

T1: vaikuttiko se että kun näiden lomakkeitten kautta yritettiin aina muistuttaa että puhuttiinko oikeasta asiasta niin sitten ihan niinku tavallaan halus kertoa meille aika isosta niinku päihteidenkäyttöongelmasta mitä ei ollut jakanut [T3: Mm] muille siinä yhteistyössä, jossa kuitenkin oli ollut jo pitkään. Et oliko se tämä vaikuttamassa siihen kun sitä niin moneen kertaan

T3: Nii vaikuttiko se siihen toimintatapaan mikä poikkes aika paljon hänen aikasemmastaan niinku [T1: Mm] tavastaan olla kontaktissa, sit ottaa puheekskin, hyvin hankala

T1: Mikä itse asiassa selitti aika paljon vanhojen traumojen lisäksi se päihdeongelma sitä jo vuosia kestänyttä vaihtelevaa mielialaa, nousua ja laskua..että kuka tietää.

Potilaan E (liite 4) seitsemästä hoitotapaamisesta viidellä työparin kokoonpano vaihtui siten, että kolme työntekijää vuorotteli työparina. Tapaamisten välillä oli ajoittain pitkiä taukoja. Potilaan ja työparin kokemus istunnoista ja voinnista oli kohtalaisen yhtenäinen neljän ensimmäisen kerran ajan. Potilaan vointi koheni merkittävästi toisen ja kolmannen tapaamisen jälkeisillä viikoilla. Tauon jälkeen neljännellä tapaamisella vointi oli kohonnut lähemmäs kriittistä rajaa, muttei enää kohentunut enempää vaan pysyi raja-arvon 25 alapuolella loppuajan. Hoidon jälkipuoliskolla tapaamisten välissä oli myös yksi kuukauden ja yksi kahden viikon tauko, mutta nämä eivät vaikuttaneet potilaan vointiin heikentävästi.

T4: Onhan se meistäkin lähtevää, mietin vaik ton E:n kohdalla joka, jonka jokainen käynti alko aina 35 minuuttia myöhässä ni kyllähän siinä joutu itteensä kasassa pitämään että sai jonkinlaisen yhteistyösuhteen pidettyä yllä, ei näytä sitä ärtymystä niin paljoo. Ja toisaalta puhuttiinhan siitä avoimestikin sit jossain vaiheessa [T2: mm] et miks tää niin menee. Se oli semmonen aika haastava kohta.

Potilas H:n hoito eroasi muista istuntoarvion suhteen vajaan jäävistä hoitosuhteista monella tapaa. Hän sai tiivistä hoitoa seitsemän istuntoa kuukauden sisällä ja työpari oli sama koko hoidon ajan. Potilaan alkuarvio voinnistaan puuttui, joten oli mahdoton sanoa kuinka paljon hänen vointinsa koheni juuri ensimmäisen tapaamisen jälkeen. Toisella tapaamisen alussa vointi läheni kriittistä rajaa ja nousi kolmannella kerralla sen yli. Kokemus istunnoista parani merkittävästi toisella ja kolmannella tapaamisella, mutta ei loppuilla istunnoilla noussut yli kriittisen rajan. Työparin istuntoarvio oli jatkuvasti yli kriittisen rajan, paitsi laskee lähemmäs potilaan arviota samalla kertaa kun potilaan arvio taas oli korkeimmillaan.

Potilas J:n kolmella paritapaamisella oli vaihtuva työparin kokoonpano ja työpari koki yhteistyön ongelmallisena, tosin potilaan kokemus oli vielä työpariakin heikompi. Potilas oli ollut työryhmän hoidossa aiemminkin ja työntekijät kuvasivat J:n kanssa koettua keinottomuutta voimakkaammin kuin missään muussa hoitosuhteessa. Potilaan puoliso on istuntoihin kaikkein tyytyväisin ja hän kokeekin oman vointinsa hyvänä täyttäessään toisella ja kolmannella kerralla ORS-lomakkeet oman vointinsa mukaan. Myös potilaan voinnissa tapahtuu merkittävä koheneminen erityisesti työparin havainnoimana, mutta potilas itsekin kokee vointinsa noususuuntaisena ensimmäisen ja toisen tapaamisen välillä. Työparin arviot viimeiseltä istunnolta puuttuvat.

T2: Mä en oikein muista, kuvittelisin että noista missä mä olin mukana niin se potilas jossa huonoimmat arvioinnit tuli ni siinä oltiin jotenki yhtä mieltä siitä että tää ei tää homma luista ja siinä oli useita jaksoja takana ja sit oli hyvin avuton olo sen suhteen että miten tätä pystyis muuttamaan että siitä jonkin verran puhuttiin mutta siinä oli kyllä varmaan semmonen olo että paukut on loppu. Että siitä sillä tavalla oltiin potilaan kanssa ihan yhtä mieltä siitä että perseelleen menee mutta sille ei osattu tehdä

T8: Ei muutakaa keksiny.

Edellä kuvattuja yhteistyön ja osin voinninkin kannalta heikommin sujuneita hoitosuhteita voisi kuvata katkonaisiksi monella tapaa. Ensinnäkin hoitosuhteissa oli pitkiä taukoja tapaamisten välillä. Toisekseen näissä hoitosuhteissa työparin kokoonpano vaihteli jatkuvasti, eli tiheissäkään tapaamisissa henkilötason jatkuvuus työryhmän periaatteena ei mahdollisesti käytännön syistä toteutunut. Käytännön seikkojen lisäksi hoitajaksojen katkonaisuus ilmeni myös yhteistyösuhteen tasolla SRS-arvioissa.

3.3.3 Voinniltaan heikentyneet

Aineistossa oli kaksi potilasta, jotka kehittyvät voinniltaan huonompaan suuntaan tai voinnin koheneminen ei ollut riittävää ORS-mittarin mukaan tarkasteltuna. Nämä molemmat hoitosuhteet alkoivat potilaan näkökulmasta suhteellisen hyvässä voinnissa, mikä standardiaineistossa ennustaa heikompa voinnin kehitystä jatkossa (Miller & Duncan, 2004). Lomakeseurannan aikana huonompaan vointiin menneet potilaat olivatkin vuoden seurannassa työryhmän potilaina edelleen. Potilas A (liite 5) tuli työryhmälle osastohoidosta, ja mahdollisesti tämän vuoksi koki voivansa erityisen hyvin hoitosuhteen alkaessa. Kolmannella hoitotapaamisella potilaan vointi oli kuitenkin jo heikentynyt kriittisen rajan alapuolelle, työparin arvioimana jopa potilasta enemmän. Hoidosta saadun avun vähäisyyttä heijasteli mahdollisesti myös työparin kokema yhteistyön heikkeneminen. Potilaan A hoitoon sisältyi seurantajakson aikana kaksi lyhyttä osastojaksoa itsetuhoisuuden vuoksi. A antoi kuitenkin istunnoille jatkuvasti erittäin hyvät arviot, vaikka hänen on usein hankala muistaa kotikäyntien aikoja ja toisinaan työparilla joutui soittamaan potilaan ovikelloa ja tavoittelemaan häntä matkapuhelimeen soittaen kauankin ennen kuin potilas avasi oven. Potilas ei välttämättä aina muistanut sovittuja käyntiaikoja ja työntekijöiden tuntuma hoitosuhteesta oli, että se pysyi yllä erityisesti siksi, että tapaamiset sovittiin potilaan kotiin.

T10: Toisaalta niistä ainakin yks tää A missä oltiin ni sitten taas hän ... Oli aina ihan siellä tota kymmissä sit taas se kokemus siitä yhteistyöstä että ehkä se sit on, on jotenkin näin että hän koki sen että on apua ja sit taas meidän tavoitteet oli jotenki erilaiset [T1: Mm] ja ehkä koettiin että [T1: Mm] ei me nyt oikein osata häntä auttaa vaikka hän kokeekin että [T1: 'Mm'] sit ei oikein kellään ois semmosta parempaa tietoo siitä että...

T1: Se yksittäinen tapaaminen saatto olla hyvä mutta se ei kantanu sitte että tossa [T10: Mm] pysyvämmiin ois muuttunu.

Potilas G:n lomaketiedoissa oli puutteita, mutta myös hänet luokiteltiin vuoden seurannassa huonosti hoidosta hyötyviin. Kolmannen tapaamiskerran arviot huonosta voinnista mutta hyvästä koetusta yhteistyöstä kuvasivat siis potilaan kokemusta myös jatkossa. Työntekijät arvioivat sekä potilaan vointia että yhteistyötä kriittisemmin kuin potilas itse.

T4: Ja kyllä mä mietin tän joka oli mulla ja T9 yhteinen et hänhän periaatteessa antaa aina ihan positiiviset palautteet ja periaatteessa ne itse kerratkin jollain lailla meni mutta onks se sit hänen voinnissaan että se ei oo oikein lähteny sujumaan miltään kantilta, G:sta puhun. [T9: Mm] Et se edelleen, junnaa vähän niinku siinä alkupisteessä se tilanne ja mitään ei oo oikein, et en tiä sit että oisko voinu tehdä jotain toisin niin sitä on hyvä kysyä.

3.3 Fokusrhythmähaastattelu

T4: Ja on kai se jos aatellaan ni eikö se oo se mielenterveyshoitotyön ydin, jos miettii yhteistyösuhdetta, siihenhän se kaikki perustuu.

Ryhmäkeskustelussa työparit jakoivat samankaltaisia kokemuksia hoitajaksoista, mikä kävi ilmi esimerkiksi siinä, kuinka työntekijät tunnistivat toistensa puheesta potilaita, vaikka heidän nimiään ei ollut ensin mainittu. Samanmielisyyttä ilmaistiin sujuvasti toisen lauseita täydentämällä tai hyväksyvin hymähdyksin sekä usein myös ei-kielellisesti nyökyttelemällä, mikä ei ilmene ainoastaan äänimuotoon tallennetusta aineistosta. Psykoosiryhmän kotikäynnit ja muut hoitotapaamiset perustuvat vapaaehtoisuuteen, mutta toisinaan yhteistyösuhteen alkuun liittyy osittaista velvoitetta potilaan suuntaan. Esimerkiksi osastohoidosta kotiutumisen yhtenä edellytyksenä voi olla potilaan suostuminen psykoosiryhmän kotikäynteihin. Työryhmä koki, että tämä asettaa omat haasteensa yhteistyön aloitukselle verrattuna sellaiseen auttamistyöhön, jossa potilas itse hakee apua ongelmiinsa. Kotikäyntejä pyritään yleensä pohjustamaan tapaamisella, jossa

potilas ja mahdolliset läheiset, lähettävä taho ja psykoosiryhmän työpari kokoontuvat keskustelemaan tarpeista, joihin psykoosiryhmää halutaan. Yhteistyösuhde hahmotetaan tässä vaiheessa hoitosuhdetta ensisijaisesti siitä näkökulmasta, että potilas on ylipäänsä halukas vastaanottamaan työparin kotikäynnille. Työntekijät kuvasivat haastattelussa potilaiden erilaisia suhtautumistapoja hoitoon ja yhteistyöhön:

T2: Tulee heti mieleen, noistakin tutkimuspotilaista esim toi B, joka tulee mulle mieleen sillä tavalla, että hän kokee hoidon kontrollina. Lähes pelkästään kontrollina.

T6: Mm, kyllä, se on juuri näin.

...

T6: Hänenki kohdallaan yhteistyö toimii erittäin hyvin, siis

T2: Niinku näennäisesti

T6: Näennäisesti, mut se mitä niinkun tavoitteet, toteutuuko ne, ne ei hänen puoleltaan toteudu. Kuiteskaan, vaikka hän antaa ymmärtää.

Työryhmä oli havainnut, että potilaiden aiemmat kokemukset psykiatrisesta hoidosta voivat vaikuttaa odotuksiin ja näkemykseen siitä, saavatko he psykoosiryhmältä apua tilanteeseensa. Osa ottaa avun helpottuneena vastaan kun taas osan näkemys hoidon hyödyllisyydestä on alusta alkaen heikko. Ensimmäistä kertaa hoidossa olevien osalta myöskään työntekijöillä ei ole minkäänlaista ennakkokäsitystä siitä, minkälaiseksi yhteistyö tulee muodostumaan kun taas tuttujen potilaiden kohdalla työntekijän voi olla hankala välttää aiemman kokemuksen vaikutusta uuteen hoitojaksoon. Onkin vaikea sanoa, missä määrin ennako-oletukset tuottavat etua siinä suhteessa, että työntekijät ja potilas tuntevat toisensa ja luottamus rakentuu nopeammin tai toisaalta ennakoasenne yhteistyön syntymiseen ja hoidon tuloksellisuudelle on epäileväinen aiempien kokemusten vuoksi:

T8: Ja nyt, tulee nyt ihan tästä hetkestä tutkimuksen ulkopuolelta mieleen että on pariki semmosta nuorta aikuista jotka jo pelkästään sen, että suhtaudutaan vakavasti ja ruvetaan tutkimaan tilannetta ovat kokeneet niinku helpottavaks. Että ei viikossa voi mitkään lääkkeet ruveta niin nopeesti vaikuttamaan ne sanoo että olo on muuten paljon parempi ja rauhallisempi.

Yleisesti: Mm.

Työntekijöitä yllätti se, kuinka varauksetta potilaat suhtautuivat tutkimukseen ja lomakkeiden täyttämiseen alusta asti. Potilaat kokivat lomakkeet tärkeiksi ja olivat työntekijöiden mukaan jopa valppaammin täyttämässä lomakkeita joka tapaamisella. Työntekijät eivät siis olleet osanneet täysin ennakoida, kuinka suuri merkitys potilaille voi olla sillä, että heidän kokemuksistaan oltiin kiinnostuneita sekä hoidon että tieteellisen tutkimuksen näkökulmasta:

T7: Kyllä mun mielestä he otti sen myönteisesti vastaan ensisijaisesti, että olivat jopa ylpeitä siitä huomiosta [Yleinen: Mm] tai semmonen tunne tuli että ”Minäkö tutkimuskohteena [T6: Juuri näin], että en ole ollutkaan koskaan”.

Akuuttihoidossa keskeistä on potilaan voinnin koheneminen. Psykoottisissa kriiseissä tämä tarkoittaa tyypillisesti positiivisten oireiden vähenemistä ja/tai potilaan todellisuudentajun eli realiteettitestauksen vahvistumista suhteessa oireisiin (esim. Malm ym., 2003). Lääketieteellisistä, diagnostisista kriteereistä tai lähettävän tahon toiveista kumpuavan hoidon tavoitteen kääntöpuolena on, että tapaamisten keskeiseksi sisällöksi muodostui tarve saada potilas ymmärtämään työntekijöiden näkökulmaa ennemmin kuin synnyttää uutta, yhteistä ymmärrystä potilaan kanssa. Haasteelliseksi yhteisten tavoitteiden muodostaminen koettiin silloin, kun potilaan ja työntekijöiden näkemyksissä potilaan voinnista oli eroja:

T5: Aika usein se viimeinen yhteinen tavote on se, että vältettäs sairaalahoito. Harva meidän potilaista sinne haluaa mut ei sekään aina toimi. Kyllähän se niinku jossain kohti väkisinkin pöydälle nostettava asia on se että jos yhteistyösuhte ei toimi ni kyllähän se täytyy puhua mut ei se..aina pelitä kauheen hyvin.

Työryhmälle lähetetään myös potilaita, joiden kohdalla lähettävä taho toivoi nimenomaan selvittelyjaksoa, jossa keskeisesti hyödynnettiin erilaisia tutkimusmenetelmiä. Kriisiryhmässä lähestymistapa yhteistyöhön voi siten monesta syystä melko asiantuntijalähtöinen, eli käsitys tavoitteista ja menetelmistä perustui ensisijaisesti auttajatahon käsityksiin. Tämä asetti työryhmän kokemuksissa haasteen sille, kuinka voidaan yhdistää potilaan omat tarpeet ja auttajatahon intressit:

T2: ... näissä tutkimuspotilaissakin on niitä joissa on SIPS-haastatteluja tehty ja se on musta jotenkin ongelmallinen, että ku tavallaa me aletaan määritellä sitä että mikä on sen keskustelun päämäärä ja sitte se struktuuri ohjaa sitä. Joka on toisaalta ihan ok mut toisaalta se ei välttämättä sit kuitenkaa oo sitä mitä se potilas haluais.

Työryhmä oli moniammatillinen ja käytetyt menetelmät vaihtelivat sen mukaan minkälaisia lähestymistapoja työntekijät suosivat ja kuinka heidän yksilölliset työtapansa yhdistyivät työparina suhteessa kuhunkin potilaaseen. Työryhmällä oli käytännön toimintaa koskevia periaatteita kuten perhetapaamisten järjestäminen, ja tapaamisilla myös toisinaan hyödynnettiin reflektointia, mutta työryhmä ei käyttänyt systemaattisesti mitään tiettyä työotetta:

T2: Ollaanhan me sitä muutenkin pohdittu mut nyt tuli niinku yksilöllisemmin mietittyä sitä jokaisen kohdalta erikseen et ehkä aikasemmin on mietitty yleisiä pelisääntöjä tai että millä tavalla niinkun ihmisiä puhutetaan tai millä tavalla ajatellaan näistä asioista niin nyt se niinku meni yksilötasolle enemmän, suhteessa potilaaseen tuli mietittyä mut et se kuitenkin oli yleisellä tasolla jo tuttua.

Seurannan käyttäminen toi esiin sen, kuinka hoitosuhde rakentui yhteisille tavoitteille, mutta myös tunnekokemus osana yhteistyösuhdetta tuli lomakkeiden myötä paremmin esiin:

T1: Mun mielestä tavoitetta on osotettu aikasemminkin mutta sit että tuliko se ymmärretyksi, tosiaan tämä korostu kuitenkin sen tavoitteen lisäksi että se niinku syventyy hetken aikaa kun oli näitä tutkimuspotilaita ja kaavakkeita. Se tavoite on ehkä jollain tavalla muistettu aina sillon tällön kysyä mutta sitä ymmärretyksi tulemista ei niinkään oo osattu antaa mitään..ja ihmetellä..ainakaan potilaan kuullen. Tunnetta tuli ehkä lisää sitte, sen palautteen muodossa.

Palautetta saattoi tulla myös liian tunnepitoisesta aiheiden käsittelystä, jos työntekijät olivat ottaneet jonkin asiakkaan esiin nostaman aiheen hoitotapaamisen sisällöksi, mutta potilas kokikin lopulta työskentelyn liian haastavana. Yhteistyön heikkeneminen tuli lomakepalautteella esiin siten, että työntekijät saattoivat korjata allianssia muokkaamalla työtapaansa vastaamaan potilaan odotuksia ja kokemusta:

T1: Saatto olla joku semmonen potilaalle ahdistava aihealue tai häntä alko ahdistaa joku meidän kysymys tai kysymykset ja se tuntu sitte, ehkä potilas ois halunnut sen jättää siihen mut ehkä me tehtiin liikaa kysymyksiä tai sitte sopivastiki mutta se tunnetasolla oli tuntunu liian voimakkaalta tai sitten että ohitettiin joku tärkeä aihe liian nopeesti, ehkä tää potilas ois halunnut pysähtyä pidemmästi.

Joissakin hoitosuhteissa nimenomaan näkemysten yhtenevyydestä tai eriävyydestä puhuminen nähtiin puheeksi oton mahdollistavana tekijänä, jolloin työskentelyn suuntausta tapahtui kohti parempaa yhteistyötä ja myös vointi saattoi kohentua.

T3: Siinähan kävi niin että koska se hämmensi niin otettiin sit seuraavalla kerralla aina sitä niinku, pyrittiin tarkentamaan enemmän koska se meidän oma tunne aina [[T2: [Mm] T6: Mm]] sen käynnin jälkeen täyttää sitä arviointiasteikkoo oli niin erilainen hänen henkilökohtasesta, siitä hänen voinnistaan.

Työntekijät oivalsivat lomakkeiden kautta sen, kuinka asiakkaan muutosteorian merkitys konkretisoitui hyvissä yhteistyöarvioissa. Myös psykiatrisessa sairaanhoidossa työntekijä voi antaa potilaan tarpeiden ohjata hoitotapaamista:

T1: Kumminki semmonen mielikuva on jääny noista palautteista että millon oli yhteistyösuhde onnistunu et se oli nimenomaan tätä et just sen potilaan tarpeisiin oli parhaiten pystytty vastaamaan vaikka ne ei ehkä vastannu sitä mitä ite aatteli et ois ollu hyvä sillä kerralla puhua.

Yleinen: Mmm.

Lukuunottamatta yhteistyön haasteiden herättämiä kielteisiä tunteita, joita kuvattiin jo tulososion katkonaisia hoitosuhteita esittelevässä luvussa, työntekijät puhuivat ryhmähaastattelussa vähemmän allianssin tunnepitoisemmasta ulottuvuudesta eli terapeuttisesta siteestä. Työskentely vaihtuvissa ympäristöissä ja olosuhteissa koettiin osin keskittymistä heikentävänä tekijänä, minkä työntekijät tunnistivat haasteena myös muutoksen mahdollistavalle läsnäololle:

T1: Ni sitten jotenki aidosti tuntee että potilaskin sen tavallaan oivalti ja tavotti sen saman asian, ni se kertoo jo paljon siitä että tämänkertanen keskustelu oli oikeissa asioissa. Mut sit jos sitä ymmärrystä ei tuu itellekään ni voi olla ettei o oltu läsnä, tai liian kiireesti menty siihen.

Työryhmän ammattitaidossa korostuu psykoosioireiden tunnistaminen ja akuuttien psykoosien hoito. Työryhmää pidetäänkin psykiatrisessa avohoidossa eräänlaisena asiantuntijatiiminä, joka tavoittaa ja arvioi nimenomaan niitä potilaita, joiden vointi on vaakalaudalla avohoidon ja osastolla tapahtuvan, usein tahdosta riippumattoman hoidon välillä. Siten yhteistyössä painottuvat väistämättä tavoitteiden ja menetelmien yhteisen ymmärryksen tavoittelu kriisiytyneessä tilanteessa. Yhteistyösuhteen merkitys hoidon tuloksellisuudelle ymmärrettiin, mutta voinnin seurantalomake tarjosi enemmän konkreettisia, totutun kaltaisia puheenaiheita ja puheeksi oton mahdollisuuksia. Siksi se koettiin yksinkertaisemmaksi hyödyntää hoitotapaamisissa, vaikka voinnin kysyminen on osa työskentelyä ilman lomakkeitakin:

T1: Mut siinä muutosasteikossa mun mielestä tuli enemmän hajontaa et se oli sit kuitenkin semmonen helppo, vähän konkreettisempia esimerkkejä oli ni siihen ne vastaukset anto enemmän hajontaa ja sitte tää hoitotapaamisen sisältö oli enempi semmonen tunnepitonen vastaus. Tunteella tulee ja sit tosiaan tää miten oot voinu verrattuna edelliseen tapaamiseen ni siitä sitten syntyy ehkä enemmän keskustelua keskimäärin

Potilaat eivät kyselleet lomakkeiden sisällöstä, vaan täyttivät niitä osin intuitiivisemmin kuin työntekijät. Vointiarvion eri ulottuvuudet ja niiden sisällön tulkinta askarruttivat kuitenkin työntekijöitä edelleen myös tutkimusjakson jälkeen:

T4: Mullakin on se kokemus että jonkun verran kysyttiin mutta yllättävän vähän mikä oli itse asiassa erittäin hyvä koska kaikista selityksistä ni muutostarvointiasteikossa en vielä tiedä mitä tarkoittaa yksilöllisesti ja yleisesti [Yleisiä naurahduksia] janat.

Lomakkeiden käyttö myös lisäsi toivottua keskustelua työparien välillä, mitä ei olisi yksin täytettävien lomakkeiden kautta välttämättä saavutettu:

T3: Tai siitä käynnistä, kun käyntiä arvioi itse niin sitäkin pohti eri tavalla kun [T8: Mm] palas siihen käyntiin. Muutakin kuin faktojen osalta.

Jatkuvan seurannan ottaminen osaksi työmenetelmiä ei kuitenkaan herättänyt työryhmässä varauksetonta hyväksyntää. Lomakkeiden jatkuvan käytön nähtiin aiheuttavan liiallista rutinoitumista, mikä ehkä kuvastaa reaktiivista lähestymistapaa yhteistyösuhteeseen ja siitä keskustelemiseen. SRS-mittaristo taas edellyttää yhteistyösuhteesta keskustelemista jo hyvin pienienkin puutteiden ilmetessä, eli yhteistyön seurantalomakkeiden kautta eksplisiittinen työskentely yhteistyösuhteen eteen tuli jo aiemmissa vaiheissa osaksi tapaamisia kuin vasta silloin, kun yhteistyössä havaittiin katkos molemminpuolisesti. Työntekijät myös ymmärsivät lomakkeiden kautta entistä selkeämmin, kuinka merkitsevää heidän työskentelynsä on suhteessa avun tarpeessa olevaan potilaaseen:

T1: Kyllä mulla niinku nosti ehkä semmosen yksittäisen tapaamisen merkitystä ja arvostusta niinku se niinku muistutti siitä tämä kaavakeisto, että kuinka siinä pystyy vaikuttamaan työntekijänäkin hyvään tai huonoon suuntaan, parhaimmillaan tai pahimmillaan et tavallaan se ei oo vaan semmonen hoitojakso vaan tämmönen yksilölliset tapaamiset nosti arvoonsa.

Yhteistyösuhteen jatkuva seuranta havahdutti työntekijöitä siihen, että yhteistyö ei ole alusta loppuun tietynlaisena pysyvä hoitosuhteen elementti. Työntekijät huomasivat lomakkeiden kautta mahdollisuuden tarkastella ja suunnata työskentelyä tapaamisesta toiseen hoitosuhteen kestäessä:

T4: Ja kyllä sitä huomasin itekin miettivänsä että miten toimia jotta potilas kokee tullessa kuulluksi tai ymmärretyksi tai jotenkin haki eri tavalla.

T3: Ja mahdollisuus siihen joka kerta on sitä tarkentaa ja korjata ja tehdä toisin.

4. POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka jatkuvan seurannan mittaristo soveltuu yhteistyön ja tuloksellisuuden tarkasteluun psykiatrisen erikoissairaanhoidon akuuttityössä, ja kuinka jatkuvan seurannan mittaristo vaikuttaa työntekijöiden tapaan työskennellä erityisesti psykoterapiassa keskeisiksi onnistuneen hoidon elementeiksi todettujen asiakaslähtöisyyden ja allianssityöskentelyn näkökulmasta (Martin ym., 2000; Miller & Duncan, 2000). Tutkimus toteutettiin toiminnallisella otteella, ja siinä hyödynnettiin sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä. Tutkijan rooli oli kahtalainen: hän sekä osallistui potilastyöhön osana työryhmää että vastasi tämän tutkimuksen toteutuksesta eli tutkimussuunnitelman ja –asetelman muotoilusta, tutkimuslupien hankinnasta, aineistonkeruun ohjeistuksesta, tulosten analysoinnista sekä tutkimuksen raportoinnista.

4.1 Teoreettiset johtopäätökset

Tutkimuksen aineistossa potilaiden voinnin lähtötaso muistutti ORS- ja SRS-mittaristojen standardiaineiston lähtötasoa ja hoitosuhteiden onnistuminen oli useimmissa tapauksissa ennustettavissa hoitosuhteen varhaisen vaiheen vointi- ja yhteistyöarvioiden yhtäaikaisella tarkastelulla (Miller & Duncan, 2004). Valtaosa potilaista hyötyi akuutista hoidosta ja jatkoi kriisitilanteen selvittyä hoitoaan muissa perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon palveluissa. Suotuisat hoitotulokset saavutettiin nopeimmillaan muutamassa viikossa, hoidosta jonkin verran hyötävien kohdalla joissakin kuukausissa.

Hoidon alussa kriittistä rajaa paremmin voivat potilaat saavuttavat useammin heikompia hoitotuloksia, kun taas heikommin voivat kokevat voinnissaan paranemista hoidon aikana (Miller & Duncan, 2004). Hyvän voinnin saavuttaneiden potilaiden ja työparien istuntoarviot hoidon alussa erosivat toisistaan monissa tapauksissa, eli työntekijöiden potilaita myönteisemmät alkuarviot eivät olleet yhteydessä potilaan kokemaan hoitotuloksen heikkouteen. Hyvä yhteistyösuhde hoidon alusta alkaen yhdistettynä hyvään vointiin ei ennustanut suotuisaa lopputulosta, kuten ei myöskään hyvä yhteistyösuhde yksistään tarkasteltuna. Sen sijaan merkittäväksi onnistuneen hoidon eli potilaan voinnin paranemisen ennustajaksi muodostui potilaan hoitosuhteen alkuvaiheissa kokema yhteistyön koheneminen. Alusta alkaen istunnot työparia parempina kokeneet potilaat sijoittuivat

useammin voinniltaan vähemmän kohentuneiden tai jopa heikenneeseen joukkoon. Nämä tulokset ovat yhteneviä aiempiin seurantalomakkeiden käytöstä tehtyihin päätelmiin (Anker ym., 2010; Miller ym., 2006).

Pariterapiaa tutkittaessa kolmannella ja viimeisellä kerralla paremman allianssin raportoineet asiakkaat saavuttivat parempia tuloksia ja allianssi ennusti hoidon onnistumista paremmin kuin nopea hyötyminen (Anker ym., 2010). Allianssin vointia parempi ennustavuus päti tämän tutkimuksen aineistossa ainoastaan niillä, kellä tapahtuu myös nopea voinnin koheneminen, sillä osa parhaita allianssin kokemuksia kolmannella ja viimeisellä kerralla kuului voinniltaan heikenneiden ryhmään. Siten Ankerin ym. (2010) tulos, että allianssi ennustaa tulosta enemmän kuin aikainen muutos ei pitänyt tämän tutkimuksen aineistossa paikkaansa. Osa potilaista saavutti hyvän tuloksen heikommasta, jopa heikenevästä allianssista huolimatta ja osa taas jäi voinniltaan kriittisen rajan alapuolelle tai jopa heikkeni, vaikka allianssi olisi kolmannella ja/tai viimeisellä kerralla ollut hyvä. Heikommin sujuneille, katkonaisiksi kuvatuille hoitajaksoille oli tyypillistä työparin myönteisempi arvio sekä potilaan voinnista että yhteistyöstä, kun taas onnistuneiden hoitosuhteiden päättyessä työpari arvioi sekä potilaan voinnin että yhteistyön ennemmin potilasta maltillisemmin.

Ongelmaksi lomakkeiden käytössä hoitotulosten ennustamistarkoituksessa muodostuu se, kuinka alkuarvioiden perusteella ennusteeltaan todennäköisesti huonompaan suuntaan kehittyvien potilaiden kanssa tulisi työskennellä. Tässä tutkimuksessa työntekijät eivät käyttäneet seurantalomakkeita ennusteiden tekemiseen, joten ei voida sanoa kuinka alun ”liian hyvä” vointi vaikutti työntekijöiden suhtautumiseen potilaaseen tai yhteistyön rakentumiseen. Toisaalta työryhmässä mainittiin, että heikosti hoidosta hyötävien potilaiden osalta tulosta on voitu usein ennustaa kokemuksen perusteella syntyvän tuntuman perusteella. Lisäksi työntekijät kokivat ongelmallisena sen, että ORS-lomakkeen alaskaaloista yksilöllinen ja yleinen vointi ovat osin päällekkäisiä, ja niiden merkitystä on vaikea selkiyttää työskentelyä palvelemaan. Tämä päällekkäisyys on havaittu myös aiemmissa jatkuvan seurannan menetelmää koskevissa tutkimuksissa (Campbell & Hemsley, 2009). Joidenkin potilaiden kokema hyvä vointi hoidon alussa yhdistettynä kuitenkin hoidosta hyötymiseen vuoden seurannassa tarkasteltuna viittaisi myös siihen, että ORS-lomake ei välttämättä tavoita kaikkea sitä psyykkistä kärsimystä, jonka vuoksi hoitoon hakeudutaan.

Seurantamittareiden täyttö työparina edisti työntekijöiden kokemuksissa hoitotapaamisten systemaattista reflektointia sekä potilaiden kanssa että työntekijöiden kesken. Työntekijät tunnistivat yhteistyösuhteen keskeisyyden onnistuneelle hoidolle, mutta toisinaan yhteistyötä

lähestyttiin erityisesti tavoitteiden ja menetelmien osalta psykiatrialle tyypillisestä asiantuntijanäkökulmasta (Lasalvia & Ruggeri, 2007). Tällöin asiakkaan oma näkemys muutoksista saattaa jäädä vähemmälle huomiolle ja potilaan kokemus yhteistyöstä on heikompi (Johansson & Eklund, 2003). Työntekijät arvioivat yhteistyön useammin paremmaksi kuin potilaat. Myönteisemmät arviot kertovat mahdollisesti siitä, että sairaanhoidon kontekstissa yhteistyösuhde rinnastetaan hoitosuhteeseen, ja yhteistyön onnistuneisuutta arvioidaan ensisijaisesti sen ulkoisen eheyden eli esimerkiksi hoitotapaamisten toteutumisen kautta. Hoitosuhteella ja yhteistyösuhteella on kuitenkin selkeä ero siinä, että hoitosuhde on tosiasiallisesti määriteltävä suhde potilaan ja hoitavan tahon välillä kun taas yhteistyösuhteen tai allianssin käsitteellä tarkoitetaan hoitosuhteen sisällä henkilöiden välille syntyvää, subjektiivisesti koettua yhteistyön kokemusta, joka pitää sisällään tavoitteiden ja keinojen lisäksi tunnepitoisemman ulottuvuuden (Bordin, 1979).

Keskeiseksi pohdinnan aiheeksi ryhmäkeskustelussa nousivat yhteistyön ongelmat, ja yksittäiset, huonommin sujuneet ja katkonaiset hoitosuhteet olivat jääneet jatkuvasta seurannasta erityisesti työntekijöiden mieleen. Allianssin katkoksia tunnistettiin työntekijöissä heräävien, kielteisten tunnekokemusten kautta. Näissä yhteistyösuhteissa ongelmat olivat molemminpuolisesti tunnistettuja ja hoidon tulokset usein heikkoja tai keskinkertaisia. Tutkimus osoittaa, että vakavimpia allianssin katkoksia ei useinkaan kyetä korjaamaan vaan seurauksena on hoitosuhteen katkeaminen (Safran ym. 2005). Katkonaisissa yhteistyösuhteissa istuntojen välillä olleiden taukojen merkitys ei näissä tapauksissa ollut ainakaan heikentävä potilaan voinnille eikä työparin jatkuva vaihtuminen välttämättä johtanut huonoihin kokemuksiin istunnoista. Mahdollinen selitys on se, että kun työparin toinen jäsen vaihtui kerrasta toiseen, eivät käsitykset yhteistyöstä päässeet vakiintumaan kielteisiksi, vaan jokainen tapaaminen oli uusi mahdollisuus tavoitella yhteistä ymmärrystä. Avoimuus yhteisessä neuvottelussa syntyville merkityksille on esimerkiksi psykoosien hoidossa menestyksekkäästi käytetyn, avoimen dialogin hoitomallin keskeisiä periaatteita (Seikkula, Arnkil, & Eriksson, 2003). Avoimen dialogin hoitomallin (Seikkula ym., 2003) ja myös tutkitun työryhmän toiminnan ihanteena on psykologinen jatkuvuus, mutta mahdollisesti haastavampien yhteistyösuhteiden tapauksessa useamman työntekijän mukanaolo lievittää molemminpuolisesti koettuja kielteisiä tunteita, ja siksi ylläpitää yhteistyötä hoitosuhteen ylläpitävällä tasolla (Safran ym., 2005). On siis vaikea sanoa, johtuivatko huonommat hoitotulokset siitä, että hoitosuhde oli ulkonaisesti katkonainen, mikä turhauttaa työntekijöitä ja edelleen heikentää koettua yhteistyösuhdetta, vai onko edellytyksiä hedelmälliselle yhteistyösuhteelle alun pitäenkin liian vähän siksi, että potilas ei koe tarjottua hoitoa tarpeelliseksi tai työntekijöiden ennakko-oletukset haittaavat yhteistyösuhteen rakentamista. Allianssityöskentelyn korostaminen

häivyttää taka-alalle sen tosiasian, että potilaan ja terapeutin ominaisuudet ovat yhtä lailla merkittäviä tekijöitä yhteistyön synnylle ja hoidon onnistumiselle, ja joidenkin potilaiden kanssa allianssin luominen on erityisen haastavaa (Safran ym., 2005).

Yhteistyösuhteen osalta toivomisen varaa jättäneessä, voinniltaan kuitenkin kohentuneiden potilaiden ryhmässä työparit kuvasivat monia haasteita: potilaan kanssa yhtäläisesti tiedostetut yhteistyön ongelmat, keinottomuus yhteistyön kehittämisessä sekä työparin hämmennys potilaan kanssa erilaisesta kokemuksesta siitä, mitä istunnoilla on käsitelty. Yhteistyön ongelmat ilmenevät kuitenkin myös paljon hienovaraisempina kokemuksina kuin suoranaisine hoitosuhteen katkoksina. Seurantamittaristoja käyttämällä potilaan tyytymättömyyden tunteet tulivat esiin myös työntekijöille riittävän varhaisessa vaiheessa ja niistä voitiin keskustella, mikä puoltaa yhteistyön mittareiden käyttöä verrattuna pelkkään työntekijän tuntumaan perustuvaan arvioon - huolimatta työntekijöiden kokemasta lomakeseurannan vähäisestä hyödystä tässä ja aiemmissa tutkimuksissa sekä psykoterapian että psykiatrian kontekstissa (Anker ym., 2009; Lasalvia & Ruggeri, 2007).

Työntekijät kokivat saaneensa pilottitutkimukseen verrattuna heikompia arvioita yhteistyösuhteesta, mitä selitettiin osin sattumalla ottaen huomioon aineiston pienen koon. Toisaalta työntekijöiden kokema istuntoarvioiden heikkous suhteessa onnistuneiden hoitosuhteiden runsaaseen määrään voi kertoa siitä, että itse asiassa työntekijät edistivät yhteistyötä tarjoamalla lomakkeiden kautta potilaille mahdollisuuden jo vähäisenkin tyytymättömyyden ilmaisemiseen (Hatcher & Barends, 1996). Yhteistyösuhteesta keskusteleminen koettiin kuitenkin haastavaksi ja ongelmien tiedostaminen vailla niiden kielellisiä muotoiluja ja keinoja keskustella niistä nousi jatkuvan allianssityöskentelyn suurimmaksi hankaluudeksi. Myös Sundetin (2010) tutkimissa hoitosuhteissa osa potilaista koki vaikeaksi kuvata sanallisesti, miksi arvio istunnosta oli asetettu tiettyyn kohtaan janalla. Yhteistyön koheneminen liittyi Sundetin (2010) tutkimuksessa yleiseen keskusteluun muutoksesta. Tämän tutkimuksen hoitosuhteissa yhteistyötä pyrittiin parantamaan keskustelemalla tavoitteista ja työskentelytavoista. Keskeinen kysymys siitä, kuinka heikompia alliansseja itse asiassa vahvistetaan (esim. Dinger ym., 2008), näyttäisi siis liittyvän muun muassa keskustelun painopisteen muuttamiseen kohti asiakkaan näkemystä ja hänen omaa muutosteoriaansa (Duncan & Miller, 2000), ei niinkään siihen kuinka työntekijät toteuttavat työtään asiantuntija- tai teorialähtöisistä tavoitteista käsin. Työryhmän keskustelussa asiantuntijuutta ja asiakaslähtöisyyttä painottavat näkökulmat vuorottelivat siten, että ymmärryksen syntyminen nähtiin jommankumman näkökulman tulemisena ymmärretyksi ja yhteiseksi hyväksytyksi sen sijaan, että tavoitteena olisi ollut luoda kokonaan uutta, yhteistä merkitystä (Gergen, 1985).

Asiakkaiden kokema vaikeus verbalisoida yhteistyön puutteita ja työntekijöiden keinottomuus edesauttaa yhteistyön kohenemista voi liittyä myös siihen, että yhteisymmärrys tai aito dialogi ei välttämättä aina tarkoita keskustelua, vaan se voidaan saavuttaa muutoinkin vuorovaikutuksen kautta (Adame & Leitner, 2011; Seikkula & Trimble, 2005). Aina hyvässä yhteistyössä ei ole kyse ainoastaan tavoitteiden ja menetelmien neuvottelusta vaan mukana on myös kokemuksellisempia, joidenkin allianssimääritelmien mukaan tiedostamattomiakin elementtejä (Safran & Muran, 2006). Psykiatrian kontekstissa ei useinkaan painoteta tätä allianssin tunnepitoisempaa ulottuvuutta, joka psykoterapiassa taas nähdään haastavammissa vaiheissa potilaan ja terapeutin yhteen liittävä tekijänä (Bordin, 1979). Tunnetilan voimistuminen voi olla merkki siitä, että jotakin merkittävää tapahtuu, ja moniammatillisessa työskentelyssä voimakkaat tunteet saattavat tuntua myös joistakin työntekijöistä epämiellyttäviltä siinä missä potilas kokee nämä hetket terapeuttisina (Seikkula & Trimble, 2005). Toisaalta eräässä tämän tutkimuksen hoitosuhteessa tunnepitoisempi tapaaminen oli nimenomaan potilaan näkökulmasta ollut ahdistava, vaikka sillä käsiteltiin hänen itse toivomaansa aihetta. Voi olla, että työntekijöiden tavoitteet ja menetelmät vastasivat potilaan tarvetta, mutta olivat tunnetasolla liian voimakkaita suhteessa terapeutin siteen vahvuuteen. Yhteistyötä ei useinkaan akuuttityöryhmän toiminnassa pyritty vahvistamaan keskittymällä yhteistyösuhteen tunne-elementteihin, joita ovat työntekijöiden potilaalle viestimät empatia, lämpö ja aitous (Patterson, 1984), vaan ennemmin puheeksi otettiin tavoitteet ja menetelmät.

Yhteistyösuhteen tunne-elementin ottaminen osaksi tietoista työskentelyä psykiatrisessa sairaanhoidossa vaatii rohkeutta luopua asiantuntijanäkökulmasta, mikä koettiin haastavana myös siksi, että hoidon tavoitteet määrittyvät jo esimerkiksi lähettävän tahon kautta ennen kuin työpari ja potilas ryhtyvät rakentamaan yhteistyötään. Erityisesti psykoottisissa kriiseissä terapeutin läsnäolo vaatii työntekijöiltä kykyä sietää epävarmuutta (Reed, 2011), eli työntekijän ei aina myöskään tarvitse olla nopeita ratkaisuja tarjoava asiantuntija vaikka lähettävä taho tai työryhmä itse toivoisikin epäselvän tilanteen nopeaa selvitystä. Vuorovaikutukseen perustuvassa työskentelyssä työntekijä on itsekin ”riskissä” muuttua prosessin myötä (Anderson, 2001). Psykiatrian kontekstissa, erityisesti akuuttien psykoosien osalta, oman ja potilaan näkökulman erottaminen sekä potilaan tunnekokemuksista etäämmällä pysyttely voi olla paitsi yleinen tapa asettua vuorovaikutukseen ja suojata itseä äärimmäisen psyykkisen kärsimyksen parissa tehtävän auttamistyön liialliselta kuormittavuudelta, myös jossain määrin itsen suojelua tällaiselta muutokselta.

Jatkuvan seurannan mittariston käyttö vaikutti erikoissairaanhoidon työntekijöihin siten, että yhteistyön merkitys hoitosuhteissa koettiin konkreettisemmin ja allianssityöskentelyyn kiinnitettiin

enemmän huomiota potilaan vointiin liittyvien sisältöjen ohella. Jatkuva seuranta työmenetelmänä ei kuitenkaan jatkunut tämän tutkimuksen aineistonkeruun jälkeen. Lomakkeiden koettua hyödyllisyyttä olisi voinut lisätä tarjoamalla työskentelyn tueksi tietoa siitä, kuinka allianssityöskentelyä voidaan toteuttaa erikoissairaanhoidon moniammatillisessa työssä, jossa työskentely ei määrity mistään tietystä teoriasuuntauksesta käsin. Esimerkiksi teoreettinen tietämys allianssin eri osa-alueiden tärkeyden mahdollisesta vaihtelusta hoitosuhteen eri vaiheissa voisi auttaa työntekijöitä motivoitumaan yhteistyön systemaattiseen tarkasteluun jatkossakin, sillä ilman riittävää työntekijöiden sitoutumista jatkuva seuranta jo itsessään tuloksia kohentavana menetelmänä jää todennäköisemmin käyttämättä.

4.2 Käytännölliset johtopäätökset

Erityisesti vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsiville keskeinen hoidon tavoite on elämänlaadun ja toimintakyvyn ylläpitäminen tai kohentaminen (esim. Malm, ym. 2003). Potilaan näkemys tilanteestaan ja tarpeistaan voi olennaisesti täydentää auttajatahon asiantuntija-arvioita, mikä helpottaa käytössä olevien resurssien kohdentamista siten, että tarjottu hoito ja siitä saatu hyöty ovat tasapainossa (Lasalvia & Ruggeri, 2007). Psykiatrisen sairaanhoidon potilaiden käsityksillä hyvästä hoidosta (Johansson & Eklund, 2003) on huomattavia yhtäläisyyksiä siihen, kuinka psykoterapiatutkimuksessa määritellään yhteistyösuhde eli allianssi (Bordin, 1979). Hyvä yhteistyösuhde puolestaan ennakoi suotuisampia hoidollisia tuloksia (Martin ym., 2000).

On tärkeä erottaa toisistaan käsitteiden tasolla hoitosuhde ja yhteistyösuhde. Hoitosuhteen olemassaolo voidaan määritellä objektiivisesti kun taas yhteistyösuhde on potilaan ja hänen työntekijöidensä subjektiivinen kokemus. Erikoissairaanhoidossa hoitosuhde on tyypillisesti hoitojärjestelmän aloitteesta syntynyt, ja hoidon tavoitteet lähettävän tahon asiantuntija-arvioon perustuvia. Hoitosuhteen sisällä taas yhteistyösuhteen keskeisten elementtien eli tavoitteiden ja menetelmien tulisi määrittää hoitosuhteen osapuolien yhteisessä neuvottelussa, jotta potilas kokee hyötyvänsä hoidosta.

Jatkuva lomakeseuranta SRS- ja ORS-lomakkeilla on yksinkertainen keino tuoda psykiatriseen avohoitoon asiakasnäkökulmaa, joka psykoterapiatutkimuksessa on vahvistettu hoidon tuloksellisuuden ensisijaiseksi ennustajaksi suhteessa asiantuntija-arvioon. Tämän psykiatrisen avohoidon akuuttityöryhmässä toteutetun tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että myös

erikoissairaanhoidon työskentelyssä voinnin ja istuntojen seurantalomakkeilla voidaan ennustaa hoidon tuloksellisuutta ja tuottaa potilaille kokemus kuulluksi tulemisen mahdollisuudesta.

Ensimmäinen askel lomakeseurannan käyttöön otossa on tiedostaa systemaattisuuden merkitys. Lomakkeita on käytettävä jatkuvasti, jotta niiden hyöty saadaan esiin. Esimerkiksi hoidon alussa ja lopussa tehtävät mittaukset eivät mahdollista sen havaitsemista, onko hoidon keskeyttämisriski lisääntynyt tai voinnissa tapahtunut muutoksia. Jotta lomakkeiden tarjoama tieto voidaan hyödyntää pelkän seurannan lisäksi, työntekijöiden on koettava yhteistyösuhteesta keskusteleminen arvokkaana hoitotapaamisen sisältönä. Keskeistä onkin perehdyttää työntekijät siihen mitä lomakkeilla on tarkoitus mitata ja kuinka mittaustuloksia voidaan hyödyntää hoidon tuloksellisuuden parantamiseen. Esimerkiksi niissä tapauksissa, joissa potilaan kokemus voinnistaan on kriittisen pisterajan 25 yläpuolella jo hoidon alussa ja ennuste sen vuoksi voinnin kohenemiselle heikko, ei hoitosuhdetta tulisi nähdä turhana vaan työntekijät voivat pyrkiä voimavarakeskeiseen tai ongelmanratkaisua painottavaan näkökulmaan.

Jo pelkällä yhteistyösuhteen jatkuvalla seurannalla on todettuja myönteisiä vaikutuksia hoidon tuloksellisuudelle, mutta erityisesti niissä hoitosuhteissa, joissa potilas ei koe yhteistyön olevan riittävän hyvällä tasolla muutaman tapaamisen jälkeen, on työntekijöillä oltava myös välineitä keskustella siitä, miten tilannetta voitaisiin parantaa. Yhtenä vaihtoehtona yhteistyösuhteen ongelmien purkamiselle ovat reflektiiviset käytännöt (Andersen, 1987), jotka sopivat monenkeskiseen auttamistyöhön, ja ovat erityisesti kriisityössä käyttökelpoisia (Reed, 2011). Reflektiiviseen työotteeseen kuuluu kyky sietää epävarmuutta, uskallus tuoda omaa keinottomuuden kokemusta esiin sekä herkkyys keskustella yhteistyösuhteen ongelmista siten, että potilas ei koe tulevansa syylistetyksi tai kyseenalaistetuksi (Andersen, 1987).

4.3 Tutkimuksen arviointia

Tutkimuksen määrällisen aineiston keruu toteutettiin empiirisesti päteviksi ja luotettaviksi todetuin mittarein, mikä lisää tutkimuksen validiteettia suhteessa teoriataustaan ja vähentää systemaattista mittavirhettä. SRS-lomakkeiden sanamuotoja kuitenkin muutettiin hieman vastaamaan työparityöskentelyä (monikkomuoto työparin lomakkeessa) ja auttamistyön kontekstia (terapiaistunto-termi korvattiin tapaaminen-sanalla), mutta näillä muutoksilla pyrittiin erityisesti motivoimaan työntekijät mahdollisimman ehjän aineiston tuottamiseen ja menetelmän

omaksumiseen systemaattiseksi osaksi työskentelyään. SRS-lomakkeen ensimmäisessä alaskaalassa sanan ”terapiasuhte” korvannut termi ”hoitosuhte” osaltaan saattoi tehdä hoito- ja yhteistyösuhteen käsitteiden erottamisen hankalaksi. Toisaalta myös alkuperäinen suomennos ”terapiasuhte” on Bordinin (1979) terapeutin siteen operationalisointina moniselitteinen, sekä käytännön potilas-terapeutti-suhteeseen että abstraktiin, allianssin käsitteeseen viittaava termi. Työntekijät täyttivät lomakearvionsa pareina, eli yksittäisen työntekijän kokemus ei tule lomakeaineistosta ilmi. Vastaavasti yksi tutkimuksen toiminnallisista tavoitteista oli saada työparit keskustelemaan enemmän, ja yhteinen lomakkeiden täyttö nähtiin aikatauluihin nähden mahdollisesti ainoana tapana. Satunnaista mittavirhettä pyrittiin minimoimaan siten, että tutkija suoritti koko aineistolle mittaamisen ja summien laskennan sen sijaan, että työparit olisivat tehneet sen itse.

Analyysin luotettavuutta tutkija lisäsi suorittamalla lomakeaineiston laskutoimituksia useampia kertoja analyysin eri vaiheissa, sekä vertailemalla saatuja tuloksia toisiinsa ja visuaalisessa muodossa olevaan tietoon. Lomakeaineisto on kokonaisaineisto yhden työryhmän tiettyä ajanjaksona hoitamista potilaista, joten se on määrällisesti niukka ja heterogeeninen. Lomakeaineiston pienen koon vuoksi tilastollinen tarkastelu rajoittui keskiarvojen laskemiseen, eikä otantamenetelmän vuoksi ole mielekästä yleistää päätelmiä esimerkiksi kaikkeen psykiatriseen hoitoon. Osa tutkimuksen tuloksista poikkesi suuremmilla aineistoilla tehdyn tilastollisen päättelyn tuloksista. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kuitenkin osaltaan painottaa myös sitä näkökulmaa, että yksilön tasolla kyse on aina ainutkertaisesta hoitosuhteesta, joka tilastollisessa analyysissä peittyi keskilukujen taakse. Pienen otoskoon myötä mahdollistui jokaisen hoitosuhteen tarkastelu omana tapauksenaan ja ymmärryksen lisääminen laadullisen aineiston avulla siten, että myös tilastollisesta näkökulmasta poikkeaville havainnoille pyrittiin löytämään selitys niiden analyysistä poistamisen sijaan.

Tutkijan kahtalainen rooli sekä tutkimuksen toteuttajana että osana tutkittavaa ilmiötä kontekstissaan on sekä etu että rajoite tutkimuksen ja tehtyjen päätelmien pätevyyttä ja luotettavuutta arvioidessa. Tutkija oli seurantajakson aikana osa työryhmää, mikä mahdollisti kokonaisvaltaisen käsityksen ilmiöstä luontaisessa ympäristössään. Osallisuus ilmiöön työntekijänä voi vaikuttaa siihen, minkälaiseksi fokusryhmäkeskustelu muotoutui ja minkälaisia päätelmiä aineistoista on tehty. Toisaalta laadullisen tutkimuksen yhtenä keskeisenä piirteenä on se, että tutkija on väistämättä jonkinlaisten tulkintojen tekijä ja tutkimuksen toteutus sisältää aina subjektiivisia valintoja (Morrow, 2007). Ryhmäkeskustelussa oli mahdollista tavoittaa kaikkien lomakeseurantaa tehneiden työntekijöiden näkökulmat, sillä keskusteluun osallistuivat kaikki lomakeseurantaa käyttäneet työntekijät. Lisäksi oli tärkeää, että tutkimuskohteet tunnistavat itsensä

tehdystä tulkinnasta, eivätkä tutkijan omat kokemukset ja näkökulmat nousisi liian suureen osaan. Tutkimukseen osallistuneella työryhmällä oli mahdollisuus tutustua tutkimusraporttiin ja kommentoida sitä käsikirjoitusvaiheessa. Haastatteluaineistosta esitettyjen päätelmien uskottavuutta tutkimusraportin lukija voi arvioida aineistosta poimittujen lainausten avulla.

Tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää sitä, että kokemuksia lomakkeiden käytöstä ei kysytty potilailta suoraan vaan heidän kokemuksensa välittyvät ainoastaan välillisesti työntekijöiden tulkitsemina ryhmähaastattelussa. Lisäksi lomakeseurannan ja ryhmäkeskustelun järjestämisen välillä kului aikaa noin puoli vuotta, mistä johtuen kokemukset lomakkeiden käytöstä olivat ehkä erilaisia kuin mikäli keskustelu olisi käyty aiemmin. Toisaalta ajallinen etäisyys mahdollisti sen tarkastelemisen, missä määrin tutkimuksen toiminnallinen tavoite, eli mahdollisesti uuden työmenetelmän ja lähestymistapojen omaksuminen oli onnistunut. Lomakeaineiston perusteella havaittujen hoitotulosten pysyvyyttä oli mahdollista arvioida noin vuosi lomakkeiden käytön jälkeen.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että erikoissairaanhoidon työntekijät tunnistivat yhteistyösuhteen tärkeyden, mutta samalla koettiin keinottomuutta tunnistettujen yhteistyön ongelmien korjaamisessa. Tarvitaan lisää tietoa siitä, kuinka heikkoja alliansseja kohennetaan silloin kun kontekstina ei ole mikään tietty, yhteisesti käytössä oleva psykoterapian suuntaus tai menetelmä. Yksi haaste auttamistyön ja sen tuloksien mittaamisessa on työntekijöiden motivointi seurantatyöhön, ja tämän vuoksi tarvitaan lisää tutkimusnäyttöä asiakaslähtöisen, jatkuvan seurannan merkityksestä hyville hoitotuloksille.

LÄHTEET

- Adame, A. L., & Leitner, L. M. (2011). Dialogical constructivism: Martin Buber's enduring relevance to psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology, 51*, 41–60.
- Alasuutari, P. (1994). *Laadullinen tutkimus*, 2. painos. Jyväskylä: Vastapaino.
- Andersen, T. (1987). The reflecting team: dialogue and metadialogue in clinical work. *Family Process, 26*, 415–428.
- Anderson, H. (2001). Postmodern collaborative and person-centred therapies: what would Carl Rogers say? *Journal of Family Therapy, 23*, 339–360.
- Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: a randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 693–704.
- Anker, M. G., Owen, J., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2010). The alliance in couple therapy: partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 635–645.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. Teoksessa M. A. Hubble, B. L. Duncan, B.L., & S. D. Miller (toim.), *The heart & soul of change: what works in therapy* (s. 133–178). Washington D. C.: American Psychological Association.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252–260.
- Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome rating scale and session rating scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical Psychologist, 13*(1), 1–9.
- Catty, J., Winfield, H., & Clement, S. (2007). The therapeutic relationship in secondary mental health care: a conceptual review of measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*, 238–252.
- Cecero, J. J., Fenton, L. R., Frankforter, T. L., Nich, C., & Carroll, K. M. (2001). Focus on therapeutic alliance: the psychometric properties of six measures across three treatments. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(1), 1–11.
- Dinger, U., Strack, M., Leichenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64*(3), 344–354.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). The client's theory of change: consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*(2), 169–187.

- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Reynolds, J., Claud, D. A., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The session rating scale: psychometric properties of a “working” alliance scale. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3–12.
- Drozd, J. F., & Goldfried, M. R. (1996). A critical evaluation of the state-of-the-art in psychotherapy outcome research. *Psychotherapy*, 33(2), 171–180.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2003). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*, 6. painos. Jyväskylä: Vastapaino.
- Freud, S. (1964). Johdatus psykoanalyysiin. K. J. Gummerus Osakeyhtiö: Jyväskylä.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27(2), 143–153.
- Gaston, L., & Marmar, C. R. (1989). Quantitative and qualitative analyses for psychotherapy research: integration through time-series designs. *Psychotherapy*, 26(2), 169–176.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266–275.
- Hatcher & Barends (1996). Patients’ view of psychotherapy: exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1326–1336.
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L. F., Cecero, J. J., & Liddle, H. A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 121–129.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Consulting Psychology*, 36(2), 223–233.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients’ opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 339–346.
- Kidd, S. A., & Kral, M. J. (2005). Practicing participatory action research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 187–195.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249–258.

- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 159–172.
- Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2007). Assessing the outcome of community-based psychiatric care: building a feedback loop from `real world' health services research into clinical practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(Suppl. 437), 6–15.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rääköläinen, 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.
- Malm, U., Ivarsson, B., Allebeck, P., & Falloon, I. R. H. (2003). Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 415–423.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). Paradigm lost: from model-driven to client-directed, outcome-informed clinical work. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1), 20–34.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2004). The outcome and session rating scales. Administration and scoring manual. Institute for the Study of Therapeutic Change. Chicago, IL.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J., & Claud, D. (2003). The outcome-rating scale: a preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91–100.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, L., & Chalk, M. B. (2006). Using outcome to inform and improve treatment outcomes. *Journal of Brief Therapy*, 5, 5–22.
- Monk, G., & Gehart, D. R. (2003). Sociopolitical activist or conversational partner? Distinguishing the position of the therapist in narrative and collaborative therapies. *Family Process*, 42, 19–30.
- Morrow, S. L. (2007). Qualitative research in counseling psychology: conceptual foundations. *The counseling Psychologist*, 35(2), 209–235.
- Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: a review of reviews. *Psychotherapy*, 21(4), 431–438.

- Phillips, S. D., Burns, B. J., Edgar, E. R., Mueser, K. T., Linkins, K. W., Rosenheck, R. A., Drake, R. E., & McDonel Herr, E. C. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52(6), 771–779.
- Reed, A. (2011). Therapist attentiveness and negative capability in dialogical family meetings for psychosis. *Journal of Family Therapy*. doi: 10.1111/j.1467-6427.2011.00580.x
- Rogers, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286–291.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating alliance-focused intervention for potential treatment failures: a feasibility study and descriptive analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(4), 512–531.
- Seikkula, J., Arnkil, T., Eriksson, E. (2003). Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings. *Family Process*, 42, 185–203.
- Seikkula, J., & Trimble, D. (2005). Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Family Process*, 44, 461–475.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all therapies equivalent? *American Psychologist*, 41(2), 165–180.
- Sundet, R. (2010). Therapeutic collaboration and formalized feedback: using perspectives from Vygotsky and Bakhtin to shed light on practices in a family therapy unit. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 81–95.
- Valbak, K., Rosenbaum, B., & Hougaard, E. (2004). Suitability for psychoanalytic psychotherapy: validation of the Dynamic Assessment Interview (DAI). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 179–186.
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: the use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 59–68.
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. (2010) Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: effects of maladjustment and self-criticism. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 681–697.

Verkkolähteet:

Maailman terveysjärjestö (2010). International statistical classification of diseases and health related problems 10th revision. [verkkosivu]. [viitattu 12.5.2012]. Saatavissa <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/e>

LIITE 1: Istunnon arviointiasteikko SRS

Terapiaistunnon arviointiasteikko (SRS V.3.0)

Nimi: _____	Ikä (Vuosia): _____	Sukupuoli: M / N
Istunto # _____	Päivämäärä: _____	

Arvioisitko tämänkertaisen keskustelumme seuraavien asteikkojen osalta. Aseta merkki sille kohdalle, joka parhaiten kuvaa Sinun kokemustasi.

Terapiasuhde

En kokenut
tulevani
kuulluksi,
ymmärretyksi ja

I-----

Tulin kuulluksi,
minua
ymmärrettiin ja
kunnioitettiin.

Me emme
työstäneet niitä
aiheita, joita
olisin halunnut,
emmekä
keskustelleet
niistä aiheista

I-----

Me
työskentelimme
ja keskustelimme
toivomistani
aiheista.

Terapeutin
työtapa ei
sopinut minulle.

I-----

Terapeutin
työtapa sopi
minulle hyvin.

Päämäärä ja keskustelun aiheet

Työskentelytapa tai menetelmä

Yleisesti

Tämän päivän
istunnosta
puuttui jotain.

I-----

Yleisesti ottaen päivän
istunto oli hyvä.

Heart and Soul of Change Project

www.heartandsoulofchange.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson
Suomennos: Jaako Seikkula (jaakko.seikkula@psyka.jyu.fi)
Tapio Ikonen (otikonen@dnainternet.net)
Ilpo Kuhlman (ilpo.kuhlman@kuh.fi)

LIITE 2: Muutosarviointiasteikko ORS

Muutosarviointiasteikko (ORS)

Nimi: _____ Ikä (Vuosia): _____ Sukupuoli: M / N

Istunto # _____ Päivämäärä: _____

Auta meitä ymmärtämään, miten olet voinut kuluneen viikon aikana, tämä päivä mukaan lukien. Mieti alla olevia elämäalueita ja laita merkki sille kohdalle, millä tunnet olevasi. Janan vasen reuna merkitsee alempaa ja oikea reuna korkeampaa tasoa.

Yksilöllisesti

(Henkilökohtainen hyvinvointi)

I-----I

Läheisten ihmissuhteiden osalta

(Perhe ja muut läheiset ihmissuhteet)

I-----I

Sosiaalisesti

(Työ, koulu, ystävyysuhteet)

I-----I

Yleisesti

(Yleinen tunne hyvinvoinnista)

I-----I

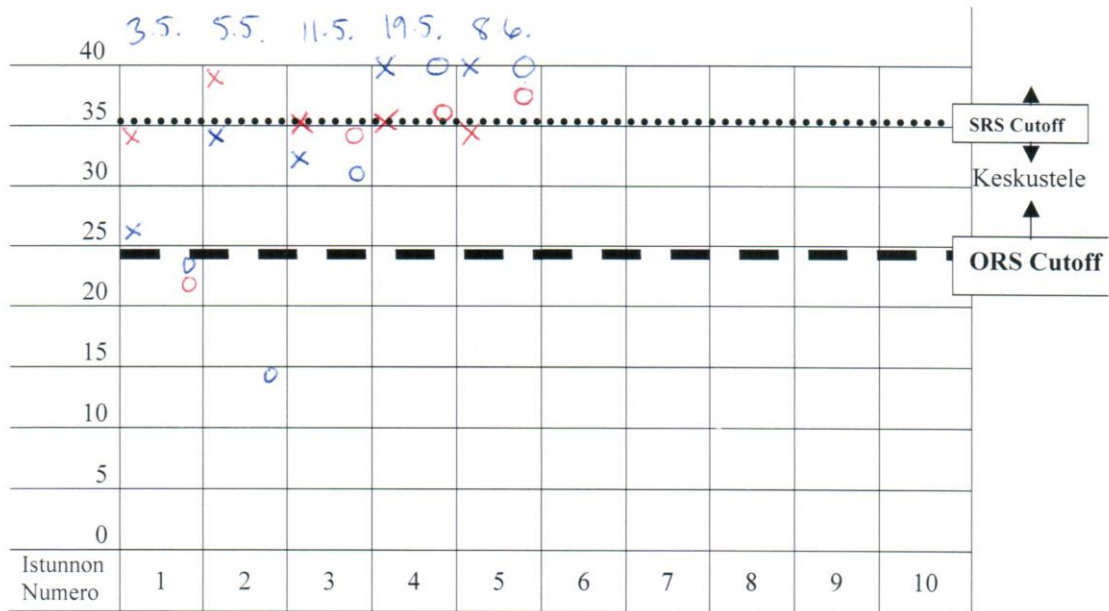
Heart and Soul of Change Project

www.heartandsoulofchange.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan
Suomennos: Jaako Seikkula (jaakko.seikkula@psyka.jyu.fi)
Tapio Ikonen (otikonen@dnainternet.net)
Ilpo Kuhlman (ilpo.kuhlman@kuh.fi)

LIITE 3. Esimerkki onnistuneen yhteistyösuhteen ORS- ja SRS-kehityksestä

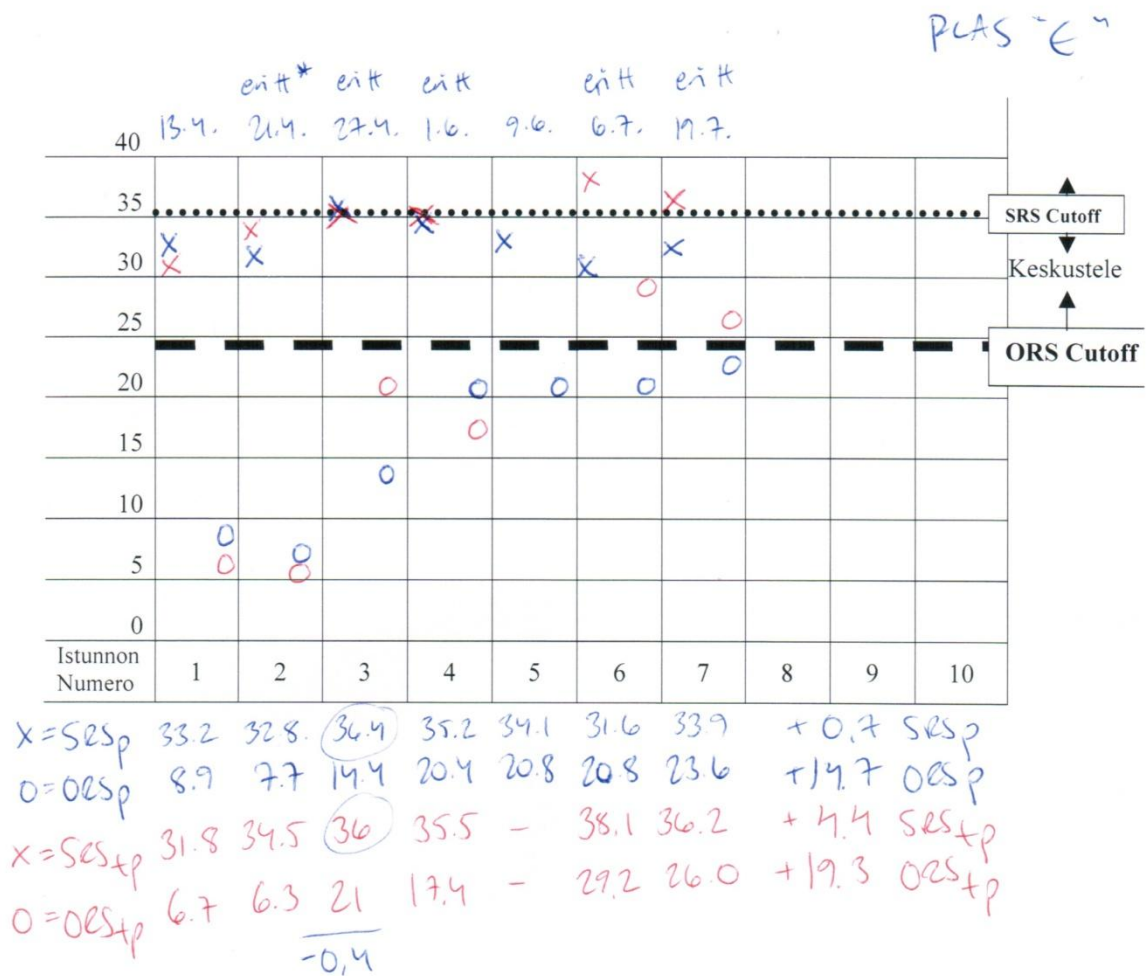
PLAS^u K^m



$x = SRS_p$ 26.6 34.9 33.9 40 40 +13.7 OES_p
 $o = OES_p$ 24.2 14.5 31.3 40 40 +15.8 SRS_p
 $x = SRS_{+p}$ 34.5 39.0 35.1 35.4 34.4 -0.1 SRS_{+p}
 $o = OES_{+p}$ 23.3 - 34.6 36.2 37.6 +17.3 OES_{+p}
 1.2 ero

Suomennos: Jaako Seikkula (jaakko.seikkula@psyka.jyu.fi),
 Tapio Ikonen (otikonen@dnainternet.net),
 Ilpo Kuhlman (ilpo.kuhlman@kuh.fi)

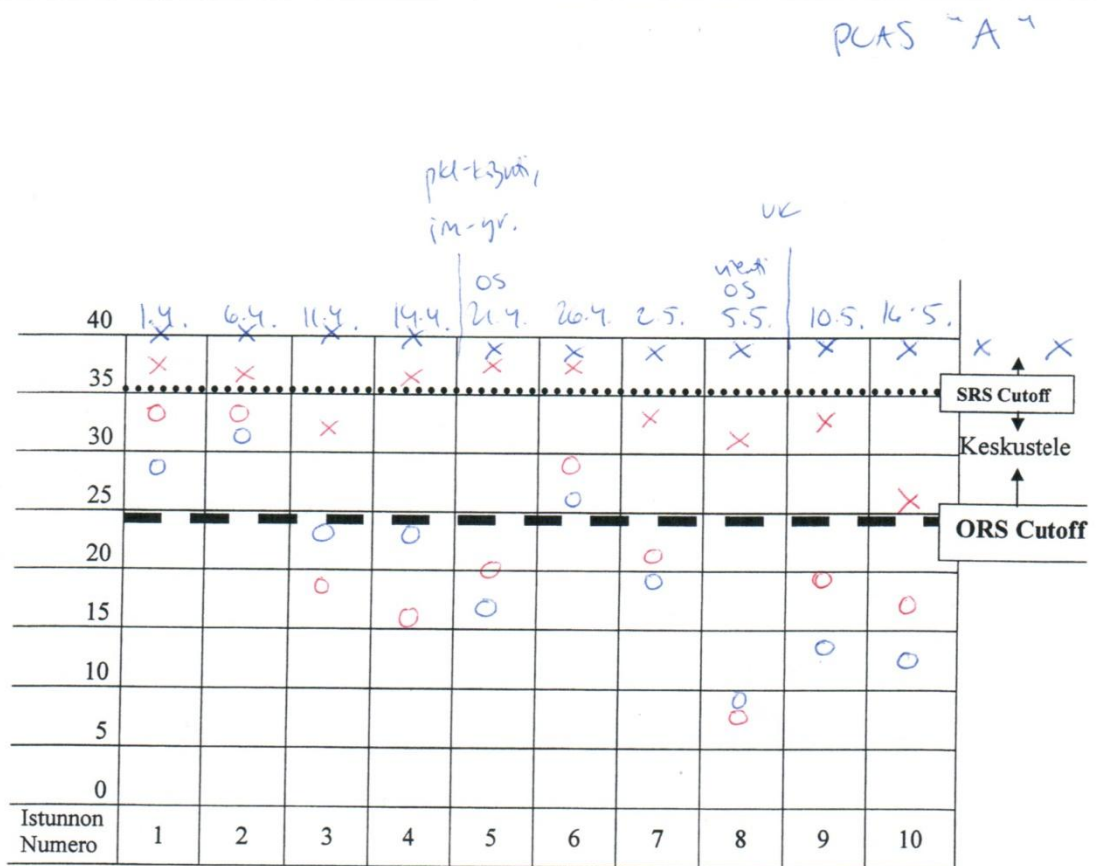
LIITE 4. Esimerkki katkonaisen yhteistyösuhteen ORS- ja SRS-kehityksestä



* ei harkittu 17. ed. kertaan, 3 harkittuun vaihteluun

Suomennos: Jaako Seikkula (jaako.seikkula@psyka.jyu.fi),
 Tapio Ikonen (otikonen@dnainternet.net),
 Ilpo Kuhlman (ilpo.kuhlman@kuh.fi)

LIITE 5. Esimerkki heikentyneen voinnin ORS- ja SRS-kehityksestä



SRS _p = X	40	40	40	40	39.5	39.4	39.4	39.4	39.4	39.6	-0.4
ORS _p = 0	29	31.2	23.4	23.6	17	25.3	19.8	9.9	13.6	12.3	-16.1
SRS _# = X	38.7	36.2	31.6	35.2	37.1	37.3	32.5	30.4	32.6	25.2	-13
ORS _# = 0	33.2	32.7	18.5	15.5	20.1	29.5	21.7	9.5	17.0	17.1	-16.1
											-8.4

Suomennos: Jaako Seikkula (jaako.seikkula@psyka.jyu.fi),
 Tapio Ikonen (otikonen@dnainternet.net),
 Ilpo Kuhlman (ilpo.kuhlman@kuh.fi)

LIITE 6. Fokusryhmähaastattelun kysymys- ja muistilista

YHTEISTYÖSUHDE

Työntekijöiden ja asiakkaiden välille syntyvä kokemus jonka osia ovat

Kuulluksi tuleminen

Yhteisymmärrys päämääristä,

Yhteisymmärrys menetelmistä,

Käsitys siitä, miten muutosta tapahtuu

Millä tavalla kuvailisitte omaa työskentelyänne yhteistyösuhteen näkökulmasta?

Millä tavoin yhteistyösuhdetta rakennetaan, tarkastellaan sen kehittymistä, korjataan?

Työparityöskentelyn erityiset vaikutukset yhteistyösuhteelle?

SEURANTALOMAKKEET

Mitä lomakkeiden käyttäminen merkitsi työntekijälle?

Parityöskentely, työskentelystä keskustelu, yhteistyö työparin välillä?

Kuinka lomakkeita hyödynnettiin istunnosta toiseen?

Seurannan vaikutukset yhteistyösuhteille?

Mitä lomakkeiden käyttäminen mahdollisesti merkitsi asiakkaille?

Seurannan merkitys asiakkaan voinnille?

Seurannan hyvät puolet? Huonot puolet?

TUTKIMUKSESSA MUKANA OLEMINEN

Jatkuvan mittaamisen merkitys omalle työlle?

Miten tutkimuksessa mukanaolo vaikutti omaan työhön?

Onko joitakin vaikutuksia työparityöskentelylle lomakeseurannan myötä?

LIITE 7. Aineiston ensimmäisen koodauksen teemalista

Hoitosuhde

Yhteistyösuhde

Tavoitteet

Katkokset

Huonommat palautteet

Eriävät kokemukset

Avuttomuus

Läsnäolo

Moniäänisyys

Reflektio

Monenkeskisyys

Potilaiden kokemukset

Työntekijöiden kokemukset

Käytännön haasteet

ORS – ulottuvuudet ja sisältö

SRS – ulottuvuudet ja sisältö

Lomakkeiden käytöstä jatkossa

Merkitys omalle työlle