Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry toimii edunvalvontaorganisaationa ja palvelujen tuottajana perheille, joissa perheenjäsen on sairastunut psyykkisesti. Palvelutoiminnan lisäksi yhdistys tutkii, kehittää ja implementoi uudenlaisia, näyttöön perustuvia työmenetelmiä terveys- ja sosiaalialan toimipisteisiin ja alueille. Yhdistyksen toimintaa rahoittaa Raha-automaattiyhdistys.

Tämä tutkimus on osa Helsingin terveyskeskuksen psykiatriaosaston ja Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry:n vuosina 2000-2006 yhteistyössä toteuttamaa perhekeskeisen hoitotyön kehittämishanketta. Kyseessä on Kotisoite –projekti, jonka tarkoituksena oli juurruttaa hoitotyön käytäntöihin psykoedukatiiviset perheinterventiot avohoitotoiminnan ja sairaalatoiminnan yksiköissä. Kehittämishankkeeseen liitettiin henkilöstön menetelmäkoulutus.

Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliiniseen työhön. Helsingin terveyskeskuksen psykiatriaosaston perhetyön menetelmäkoulutukseen osallistuneita sekä ylihoitajia haastateltiin. Tutkimusaineisto antaa kattavasti tietoa ilmiöistä, jotka vaikuttavat uuden perhetyön menetelmän käyttöön; omassa työpisteessä, menetelmäkoulutuksessa, perhetyön mallissa sekä omissa ammatillisissa tai henkilökohtaisissa ominaisuuksissa. Tutkimustulokset tukevat organisaatioiden kehittämistehtävää perhetyön alueella antaen tietoa yhdentymistä edistävistä tekijöistä. Tulokset tukevat myös menetelmäkoulutuksen kehittämistä koulutusorganisaatiossa niin, että uusien perhetyön menetelmien yhdentyminen omaan kliiniseen työhön on kitkattomampaa.

Tutkimusraportti on tarkoitettu kaikille heille, jotka ovat kiinnostuneita perhetyöstä sosiaali- ja terveysalalla – toimijoille, päättäjille ja opiskelijoille.

OMAISET
MIELENTERVEYSTYÖN TUKENA
UUDENMAAN YHDISTYS RY

RAY TUKEE ray RAY STÖDER

Tutkimusraportti 2009
Monica Johansson

Monica Johansson Psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentyminen kliiniseen työhön

Psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentyminen kliiniseen työhön

Psykiatrian ammattilaisten
kokemuksia menetelmäkoulutuksen jälkeen

Tutkimusraportti 2009
Monica Johansson

Psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentyminen kliiniseen työhön

Psykiatrian ammattilaisten kokemuksia menetelmäkoulutuksen jälkeen

Julkaisija: Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry.
Taitto: Savumerkki, Helsinki
Kannen kuva: Jari Peltomäki, www.lintukuva.fi
Kirjapaino: Oriental xPress Oy, Espoo 2009.

Omaiset mielenterveystyön tukena,
Uudenmaan yhdistys ry.
Tukholmankatu 2, 7. krs
00250 Helsinki
www.otu.fi

Kiitos Helsingin terveyskeskuksen psykiatriaosastolle ja Uudenmaan omaisyhdistykselle luottamuksesta ja pitkäjänteisyydestä. Suurkiitos psykiatriaosaston menetelmäkoulutuksiin osallistuneille työntekijöille arvokkaasta tiedosta ja sitoutumisestanne tutkimukseen. Kiitos Anneli ja Leena, kun avustitte monipuolisesti tutkimuksen toteutuksessa. Ilman Teidän työpanostanne ei tutkimuksen toteutus olisi onnistunut. Kiitos Raha-automaattiyhdistykselle kumppanuudesta ja uskomisesta monivuotiseen hankkeeseen. Kiitos sidosryhmille ja erityisesti opettajalleni Tytti Solantaukselle osallisuudesta ja tuesta. Tutkimuksen ohjausryhmän jäsenten kiinnostuneisuus ja innostuneisuus ovat kannatelleet läpi tutkimuksen – kiitos upeasta yhteisestä matkasta. Erityiskiitokset perheelleni kärsivällisyydestä ja ymmärryksestä tutkimusprosessin vaikeimpina aikoina.

Sisällysluettelo

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ 7

2. PSYKOEDUKATIIVISET PERHEINTERVENTIOT 13
2.1. Psykoedukaatio käsitteenä 13
2.2. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden kehitys 14

3. AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET PERHEINTERVENTIOIDEN YHDENTYMISESTÄ KLIINISEEN TYÖHÖN 21

4. AIEMMAT YHDENTYMISTÄ EDISTÄVÄT TOIMENPITEET KOHDEYHTEISÖSSÄ 26
4.1. Luentosarja perhepsykoedukaatiosta henkilöstölle 27
4.2. Psykoedukaation työkirja 28
4.3. Perheinterventioiden toteutus työparina 29
4.4. Hoitoyksiköiden perhetyön kehittämispäivät 30

5. PSYKOEDUKATIIVISTEN PERHEINTERVENTIOIDEN MENETELMÄKOULUTUS KOHDEYHTEISÖSSÄ 31
5.1. Psykoedukatiivinen perheohjaus aikuisperheessä 33
5.1.1. Intervention tarkoitus ja rakenne 33
5.1.2. Teoreettinen viitekehys 35
5.2. Lapset puheeksi –työmenetelmä 39
5.2.1.Intervention tarkoitus ja rakenne 39
5.3 Berdsleen perheinterventio lapsiperheessä 41
5.3.1. Intervention tarkoitus ja rakenne 41
5.3.2. Intervention periaatteet 42
5.4. Koulutuksen jälkeinen menetelmätyönohjaus henkilöstölle 43
5.5. Menetelmäkoulutuksen jatkuvuus psykiatriaosastolla 44

6. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET 46

7. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS 47

8. KOHDERYHMÄ 49

9. AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI 54

10. HAASTATTELUJEN TULOKSET 60
10.1. Yhdentymiseen vaikuttavat tekijät terveyskeskuksen aikuispsykiatrian toimipisteessä 61
10.1.1. Perheintervention toteutus omassa toimipisteessä ja hyöty palvelujärjestelmälle 61
10.1.2. Työntekijän kokemus tuesta perheintervention toteutuksessa 69
10.2. Yhdentymiseen vaikuttavat tekijät menetelmäkoulutuksessa 83
10.2.1. Työntekijän kokemus menetelmäkoulutuksesta 83
10.2.2. Menetelmäkoulutuksen vaikuttavuus yhteistyöhön ja hoitoyksikön perhetyön käytäntöihin 89
10.3. Yhdentymiseen vaikuttavat tekijät perhetyön mallissa 98
10.3.1. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden toteutus ja sovellukset 99
10.3.2. Perheintervention vaikutukset perheen hyvinvointiin 106
10.4. Yhdentymiseen vaikuttavat ammatilliset tai henkilökohtaiset ominaisuudet 109
10.4.1. Perheiden kanssa yhteistyöhön motivoivat tekijät 110
10.4.2. Perhetyössä kuormittavat tekijät 114
10.5. Ylihoitajien ryhmähaastattelu 115

11. TOIMINTATUTKIMUKSELLISET TULOKSET 121
11.1. Muutokset kohdeyhteisön Pegasos-tietojärjestelmässä 121
11.2. Perhetyön suositus 122

12. POHDINTA JA PÄÄTELMÄT 124
12.1. Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset 124
12.2. Tutkimustulosten tarkastelu ja jatkotutkimushaasteet 130

LÄHTEET 136

LIITTEET 149

1. Tutkimuksen tausta ja tutkimustehtävä

Tämä tutkimus on osa Helsingin terveyskeskuksen psykiatriaosaston ja Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry:n yhteistyönä toteuttamaa perhekeskeisen hoitotyön kehittämishanketta. Hankkeen tarkoituksena oli juurruttaa hoitotyön käytäntöihin uudenlainen perhetyön menetelmä eli psykoedukatiiviset perheinterventiot. Hanke oli nimeltään Kotiosoite-projekti. Hanke toteutettiin vuosina 2000–2006 Helsingissä. Tämän keväällä 2007 käynnistyneen kaksivuotisen tutkimuksen tehtävänä oli nimetä niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliiniseen työhön Helsingin psykiatriaosastolla. Psykiatriaosasto muodostuu avohoitotoiminnan tulosyksiköstä ja sairaalatoiminnan tulosyksiköstä. Kehittämis- ja tutkimustoimintaa on rahoittanut Raha-automaattiyhdistys. Helsingin terveyskeskus on osallistunut hankkeiden toimintakustannuksiin ja resurssoinut henkilökuntaa koulutukseen sekä yhteistyöhön.

Perheen ja läheisten sekä erityisesti lasten huomioiminen osana psykiatrista hoitoa on vahvistunut hyvän hoitokäytännön mukaiseksi tavoitteeksi. Käytännössä kuitenkin psykiatrisen erikoissairaanhoidon työntekijöiden työ suuntautuu usein akuuttien tarpeiden mukaisesti painottuen, eikä sairaalahoidon ja avohoidon rajat ylittävään pitkäjänteiseen perhetyöhön tai sairastuneen kotiin vietyyn toimintaan löydy riittävästi resursseja, eikä myöskään käytäntöön juurtuneita työmalleja. Saumaton siirtyminen sairaalahoidosta avohoitoon on

todennäköisesti erittäin tärkeää itsemurhien ehkäisyssä ja tutkijoiden mukaan hoitokäytäntöjä tulisi kehittää (Pirkola ym. 2007).

Kotiosoite-hankkeessa tarjottiin aikuispsykiatrian asiakasperheille pitkäjänteinen psykoedukatiivinen interventio tukemaan perheen selviytymiskeinoja. Interventiot toteutettiin perheen kotona asiakkaan hoitoketjussa. Työskentelyssä korostui preventiivinen näkökulma. Sen lisäksi, että pyrittiin perhetyön keinoin edistämään sairastuneen toipumista, kiinnitettiin erityishuomio aikuis- ja lapsiomaisten hyvinvointiin ja jaksamiseen näissä perheissä. Asiakasperheissä, joissa oli alaikäisiä lapsia, toteutettiin Toimiva lapsi&perhe –hankkeen perhetyön menetelmiä. Loppuraportti hankkeesta julkaistiin keväällä 2007 nimellä ”Varhaisen perheohjauksen malli” (Johansson 2007).

Erityisesti Kotisoite 3 –hankkeessa vuosina 2003–2006 perheinterventioiden yhdentymistä kliiniseen työhön pyrittiin kohdeyhteisössä edistämään teoreettisella ja empiirisellä tasolla. Henkilöstölle tarjottiin luentosarja perhepsykoedukaatiosta ja perheinterventioiden toteutuksen ja koulutuksen tueksi julkaistiin vuonna 2003 Psykoedukaation työkirja (Berg & Johansson). Asiakasperheissä interventiot toteutettiin kunnan työntekijän ja projektityöntekijän parityönä ja yksittäisille hoitoyksiköille tarjottiin psykoedukatiivisen perhetyön alueelta kehittämispäiviä.

Kehittämishankkeessa yksi työmenetelmän juurtumiseen tähtäävä interventio oli henkilöstön menetelmäkoulutukset vuosina 2004–2006. Koulutusryhmiä oli yhteensä kolme. Menetelmäkoulutukset sisälsivät viisi teoriapäivää ja menetelmätyönohjauksen.

Koulutuksista ensimmäinen oli Beardsleen perheintervention kliinikkokoulutus. Koulutusohjelmaan kuului työmenetelmistä Lapset puheeksi (Solantaus 2005) ja Beardsleen perheinterventio (Berdslee, Solantaus 2001). Myöhemmin vuonna 2005 aloitettiin kaksi Psykoedukatiivisen perheohjauksen ohjaajakoulutusta. Ohjaajakoulutus-ohjelma sisälsi työmenetelmistä psykoedukatiivisen intervention aikuisperheessä (Berg, Johansson 2003), Lapset puheeksi –työmenetelmän ja Beardsleen perheintervention esittelyn. Koulutetuilla oli mahdollisuus osallistua koulutuksen jälkeiseen menetelmätyönohjaukseen vuosina 2006-2007. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden menetelmäkoulutukset jatkuvat psykiatriaosastolla säännöllisesti edelleen. Koulutukseen osallistuneita oli vuonna 2009 psykiatriaosastolla yhteensä 136. Psykiatriaosaston hoitohenkilökunnan vakanssien määrä oli vuonna 2006 yhteensä 578.

Käytän tässä tutkimuksessa edellä mainituista työmenetelmistä yhteisnimitystä *psykoedukatiiviset perheinterventiot*. Työmenetelmät on kehitetty työskentelyyn joko aikuisperheissä tai perheissä, joissa on alaikäisiä lapsia. Menetelmiä yhdistää samankaltainen viitekehys ja preventiivinen työote. Työmenetelmät ovat joustavasti yhteen sovitettavissa perheen tarpeiden mukaan. Työmenetelmien toteuttajan ammattikoulutus ja työtehtävä voivat vaihdella, eikä työskentelyyn tarvita terapiakoulutusta. Työmenetelmät perustuvat näyttöön (Evidence Based). Psykoedukatiivisia työmenetelmiä voi toteuttaa kaikissa perheissä, missä on mielenterveydellisiä, päihteiden käyttöön tai somaattiseen sairauteen liittyviä ongelmia ja kysymyksiä.

Psykoedukatiivisten perheinterventioiden menetelmäkoulutuksiin osallistui vuosina 2004-2006 Helsingin terveyskeskuksen psykiatriaosaston työntekijöitä yhteensä 62. Heistä 49 toimivat akuuttihoidon yksiköissä, kuntoutustoiminnassa työskenteli 13 työntekijää. Ryhmästä 36 työntekijää osallistui tähän tutkimukseen aikuispsykiatrian eri toiminta-alueilta. Aineistonkeruumenetelmänä oli yksilölliset teemahaastattelut ja ylihoitajien ryhmähaastattelu. Tutkimuksen tehtävänä oli etsiä, täsmentää ja määrittää ilmiöitä psykoedukatiivisen perhetyön (substantiivinen alue) toteutuksen ja yhdentymisen alueelta, joten tutkimuksessa käytettiin Grounded Theory –menetelmää. Kuvauksen muodostamisen tavoitteena oli jäsentää käytännön toimintaa, käytännössä toimivien ihmisten tietoisuutta toiminnastaan sekä helpottaa suunnittelua ja vaikuttamista kohdeyhteisössä osoittamalla perheinterventioiden yhdentymistä edistäviä ja estäviä tekijöitä. Tutkimuksen edetessä kohdeyhteisössä toteutettiin yhteistyössä interventioiden yhdentymistä edistäviä praktisia toimenpiteitä.

Tämä tutkimushanke tutki psykoedukatiivisten perheinterventioiden toteutusta yksittäisen perheen kanssa ja työmenetelmän yhdentymistä kliiniseen työhön. Kyseessä ovat interventiot, jotka käsittävät vähintään kaksi, keskimäärin kuusi istuntoa perheen kanssa sekä seurantatapaamisen. Kiinnostuksen kohteena on menetelmäkoulutusten mukaisten interventioiden toteutuminen aikuisperheessä ja/tai lapsiperheessä.

Psyykkinen sairastuminen on enemmän kriisi tai katastrofiluonteinen tapahtuma perheen elämässä, kuin osoitusta perheen tai perheenjäsenten välisestä ”viallisesta toiminnasta” tai epäterveistä tavoista olla vuorovaikutuksessa. Sairastuminen muuttaa perheen elämää, arkea ja elämäntarinaa. Kuten kaikissa elämäämme koskettavissa kriiseissä, me toisaalta ammennamme läheisistämme

voimaa toipua, mutta samalla meidän ongelmamme eivät voi olla vaikuttamatta ihmisiin ympärillämme (Koskisuu, Kulola 2005).

Aikuisomaisten hyvinvointia kartoittaneessa tutkimuksessa voitiin todeta omaisista 38% masentuvan itse läheisen sairastuessa psyykkisesti (Nyman, Stengård 2001). Ruotsissa (2002) tutkittiin vakavasta psyykkisestä sairaudesta toipuneiden kokemuksia siitä, miten omaiset ovat voineet olla avuksi sekä omaisten kokemuksia kyvystään auttaa toipujaa. Tutkimuksessa todettiin huomattavia yhtäläisyyksiä omaisen kuormittuvuudessa riippumatta siitä, onko kyseessä affektihäiriö vai psykoosisairaus, kuten skitsofrenia. (Denhov, 2002).

Yhteistä aikuisperheissä toteutetuille *psykoedukatiivisille perhetyön* tutkimustuloksille on sairastuneen oireiden lieventyminen, toipumisen edistyminen, sairaalahoitokertojen vähentyminen, tiedon lisääntyminen, omaisten kuormittuvuuden vähentyminen, sairastuneen sosiaalisten taitojen lisääntyminen, kommunikaation kehittyminen kotona. Tutkimukset osoittavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden olevan lääkehoidon jälkeen tärkein toimenpide asiakkaan kuntoutumisessa (Schaub 2002). Perhepsykoedukaatio -ohjelmat edustavat näyttöön perustuvaa psykososiaalista hoitoa, kun kyseessä on vakava ja sitkeä tai toistuva mielenterveyden ongelma (Murray-Swank & Dixon 2004).

Psyykkisesti sairastuneiden vanhempien lasten riski sairastua diagnostisoitaviin psykiatrisiin häiriöihin vaihtelee viime vuosikymmenten aikaisissa tutkimuksissa 10-80 prosentin välillä (Turner ym. 1987, Downey, Coyne 1990, Hammen ym. 1990, Greenfield ym. 1993, Sholevar 1994, Beardslee ym. 1993a ja 1998, Merikangas ym. 1998, Weissman ym. 2006). On arvioitu, että vakavaa masennusta sairastavien vanhempien lapsista noin 60 prosenttia kärsii psykiatrisesta häiriöstä ennen 25 ikävuottaan (Solantaus 2001). Lasten vaara sairastua on kohonnut, vaikka vanhempi olisi hoidossa (Beardslee ym. 1998), mikä luultavasti kertoo sekä biologisesta alttiudesta että siitä, ettei hoitoon ole kuulunut vanhemmuuden tukemista. Sen lisäksi, että huolehditaan hoivasta, turvallisuudesta ja psykiatrisesta hoidosta, on tärkeää tukea lapsia niin, etteivät he kuormitu liikaa ja sairastu myöhemmin elämässään. (Solantaus, Beardslee 2001).

Yhdysvalloissa lastenpsykiatrisessa hoitoyksikössä Bostonissa professori Beardslee työryhmineen tutki lasten kokemuksia ja pärjäävyyttä perheissä, joissa vanhemmalla on affektihäiriö tai muu psyykkinen häiriö (Beardslee ym. 1993a, Beardslee & Podorefsky 1998, Beardslee ym. 1998, Beardslee & Focht-Birkerts 2000). Työryhmissä kiinnostuttiin erityisesti lasta suojaavista tekijöistä ja kehi-

tettiin preventiivinen ja opastava perheinterventio koko perheelle (Beardslee ym. 1993b, 1996, 1999, 2001). Beardslee vertasi seurantatutkimuksessa kollegoineen (1997, 2003) kahden preventiivisen intervention vaikutusta lapsiperheissä, joissa vanhempi on masentunut. Toinen oli kliinikon ohjaama perheinterventio (6-8 tapaamista), toinen lyhyt luentomainen ryhmäinterventio (2 luentoa). Molempien interventioiden voitiin todeta vaikuttaneen perheessä positiivisesti. Ne olivat aktivoineet vuorovaikutusta perheessä ja lisänneet perheenjäsenten välistä ymmärrystä. Kliinikon ohjaama interventio oli johtanut merkittävämpään muutokseen perheen toimintakyvyssä, koska tapaamisia oli prosessimaisesti ja yksittäisen perheen kanssa työskentelyssä omien kokemusten liittäminen asiatietoon mahdollistui perheelle.

Aikaisempia tutkimuksia uusien työmenetelmien implementaatiosta on Suomessa niukasti. Suomessa toteutetut tutkimukset ovat keskittyneet perhekeskeisen työskentelyn merkitykseen psykiatrisessa preventiossa, työn haasteisiin ja työnohjaukseen sekä koulutukseen (Laiho & Romo 2002, Kuusinen 1984, Aaltonen 1984). Toimiva lapsi & perhe –hankkeessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) on kehitetty työmallien koulutuskokonaisuuksia ja juurruttamistapoja sekä tutkittu työmallien vaikuttavuutta (Solantaus, Toikka 2006). Hankkeen tarkoituksena on tuottaa palvelujen käyttöön työmenetelmiä perheiden ja lasten tukemiseksi, kun vanhempi kärsii mielenterveyden ongelmista tai muista vanhemmuutta kuormittavista tekijöistä, kuten esimerkiksi vakavasta somaattisesta sairaudesta. Menetelmien avulla tuetaan vanhemmuutta ja lasten kehitystä. Työmallien tarkoituksena on yhteistyössä koko perheen kanssa auttaa perhettä jatkamaan elämäänsä vanhemman häiriöstä huolimatta. (Solantaus 2001)

Kansainvälisiä tutkimuksia on löydettävissä liittyen psykoedukatiivisen perhetyön menetelmän koulutukseen ja implementaatioon (Magliano ym. 2006, Gleeson & McGorry 2005, Bailey ym. 2003, Zipple ym. 1990). Kaikki em. raportoivat työntekijöiden suurista ongelmista koskien interventioiden integroimista työvaatimusten rinnalle ja omaan rutiinityöhön. Lisäksi mainitaan, että syvään juurtuneita käytäntöjä on vaikea muuttaa. Toisaalta suuri joukko työntekijöistä raportoi interventioiden positiivisista vaikutuksista sairastuneen ja perheenjäsenten välisiin suhteisiin (96%, Magliano ym. 2006). Edellä mainittuihin perheinterventioihin on usein liitetty yksittäisen perheen tapaamisen rinnalle moniperheryhmä tai ”opintopiirit” omaisille. Lisäksi ohjelmien kesto on puolesta vuodesta kahteen vuoteen. Näin ollen niiden toteutus vaatii runsaasti henkilöstö- ja aikaresursseja.

Monivuotisen Kotiosoite-hankkeen päätyttyä ja Helsingin terveyskeskuksen psykiatriaosaston resurssoitua voimakkaasti sekä perheinterventioiden toteutukseen että koulutukseen, oli luonnollista lähteä yhdessä kehittämään henkilöstön keinoja toteuttaa ja soveltaa oppimaansa käytäntöön. Tutkimus selvittää, mitkä tekijät työyhteisössä, menetelmäkoulutuksessa, perhetyön mallissa ja työntekijän ammatillisissa tai henkilökohtaisissa ominaisuuksissa vaikuttavat työmenetelmän käyttöön. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa psykoedukatiivisten perheinterventioiden teoriamallin soveltuvuudesta ja käyttöönotosta käytännön hoitotyössä aikuispsykiatriassa koulutettujen ryhmässä sekä yhdentymiseen vaikuttavista tekijöistä. Tiedon avulla voidaan edistää uusien työmenetelmien implementoitumista työyhteisöön sekä kehittää itse työmenetelmää, menetelmäkoulutusta ja siihen osallistuvien valintaa.

2. Psykoedukatiiviset perheinterventiot

2.1. Psykoedukaatio käsitteenä

Termille psykoedukaatio ei toistaiseksi ole olemassa vakiintunutta suomenkielistä vastinetta. Psykoedukaatio-käsitteestä on esitetty varsin vähän määritelmiä, vaikka sitä käytetään paljon. Käsite psykoedukaatio on suora käännös englanninkielisestä termistä ”psychoeducation” ja on suomenkielen sanakirjalle tuntematon. Englanninkielen sanakirja ei tunne käsiteyhdistelmää ”psychoeducation”. Englanninkielen sanakirjoissa (1996, 2003) käsite psycho-” määritellään: mielen yhdistelmämuoto tai psykologia. Käsite “-education” on käännetty: kasvatus, koulutus, opetus, sivistys tai kasvatusoppi. Tarkemmassa määrityksessä em. teoksissa ”education” tarkoittaa: 1) systemaattista ohjeistamista 2) tietynlaista opetuksen vaihetta, esim. klassinen tai syventävä opetus tai 3) luonteen tai mielenvoimien kehitystä. (Thompson 1996). Myös edukaatio on siis suorana käännöksenä vakiintunut sanastoomme. Monet yhdistävät edukaation tarkoittamaan tiedon antamista, opettamista tai oppimista. Nämä ovat tärkeitä edukaation osioita, mutta eivät kata sitä käsitteenä. Edukaatio on suunniteltu, systemaattinen prosessi, jota käytetään pyrittäessä vaikuttamaan toisen käyttäytymiseen. Tähän tarvitaan muutoksia heidän tiedoissaan, asenteissaan ja taidoissaan (Kemm & Close, 1995).

Psykoedukaatio voidaan ymmärtää osaksi yleistä terveyskasvatusta, jonka tavoitteena on joko somaattisesti tai psyykkisesti sairaiden potilaiden terveyskäyttäy-

tymiseen vaikuttaminen (Bernier 1992). Psykoedukaatio-käsitteellä viitataan usein potilaiden opettamisen lisäksi laajempiin interventioihin, joissa myös omaisten ohjaaminen on keskeisellä sijalla. Tietojen oppimisen lisäksi potilaita ja heidän perheitään autetaan oppimaan rakentavia selviytymiskeinoja (Daley ym. 1992).

Psykoedukaation käyttökelpoiselta käännökseltä vaikutti aiemmin käsite ”koulutuksellinen” perhetyö (Stengård 1995), koska se painotti työskentelytavan opetuksellista luonnetta. Asetelma interventioissa olikin vielä 90-luvulla direktiivinen eli ”opettaja – oppilas” –suhde. Työskentelytavassa korostuu tänä päivänä tasa-arvoisuus ja avoin dialogisuus, joten käsitteenä koulutuksellinen on harhaanjohtava. Psykoedukaatio tarkoittaa tiedollisen ja emotionaalisen tuen tarjoamista kaikille perheen jäsenille sekä perheen ohjausta arjen ongelmatilanteissa ja tarvittaessa erityisavun piiriin.

2.2. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden kehitys

Interventiolla tarkoitetaan hoito- tai ennaltaehkäisyn toimia kuluttajatasolla (Fixsen ym. 2005). Sosiaalisten interventioiden tasoja on kaksi. Yksilötasolla interventio voi kohdistua pelkästään yksilöön, jolloin sen tarkoituksena on parantaa hänen sopeutumiskeinojaan ja sosiaalisia taitojaan. Primaariryhmän tasolla intervention tarkoituksena voi olla henkilön välittömän sosiaalisen ympäristön ja vuorovaikutuksen tapojen muuttaminen (Heikkinen 2003).

Sosiaali- ja terveysalalla perheinterventiona voidaan pitää ammatillisen työntekijän tekemää interventiota, jolla on tavoite. Perheinterventiot ovat monimuotoisia ja sisältävät erilaisia palveluita tai hoitoja asiakkaalle. Westman työryhmineen (2005) jakaa kirjallisuuskatsauksessaan perheinterventiot seitsemään luokkaan: 1. Koulutus ja tiedottaminen (esim. tietopaketit, taitokoulutusryhmät). 2. Ohjaus ja neuvonta (esim. kotikäynnit, puhelinneuvonta, voimaistaminen). 3. Tilannearviointi ja tiedonkeruu (esim. motivointihaastattelu). 4. Hoito, kuntoutus ja terapia (esim. kognitiivis-behavioristinen ryhmäperhetyö, vuorovaikutusterapia, ongelmanratkaisuryhmät). 5. Ryhmätyö ja vertaistuki (esim. tukiryhmät, ohjatut vertaisryhmät). 6. Monimuotoinen palvelu (esim. lapsi- ja perhepalvelut). 7. Arkinen apu.

Lefley ja Johnson (2002) kuvaavat psykoedukatiivisen perheintervention olevan terapeuttinen psykososiaalinen interventio aikuisille perheessä, jossa on vakavaa mielenterveydellistä ongelmaa sairastava perheenjäsen. Psykoedukatiivinen perheinterventio on psykososiaalisena interventiona empiirisesti vahvistettu lähestymistapa opetettaessa perheitä läheisen sairauden luonteesta ja hoidosta, käyttäytymistaidoissa ja ongelmanratkaisutekniikoissa sekä varmistettaessa strategioita, jotka tukevat perheen selviytymistä. (Lefley & Johnson 2002).

Psykoedukatiiviset perheinterventiot eivät ole perheterapiaa, mutta niissä on kuitenkin mukana hoidollisia ja terapeuttisia elementtejä. Mallissa ei katsota koko perheen tarvitsevan terapiaa. Psykoedukatiivisissa perheinterventioissa arvostetaan perheen ihmissuhteiden psykodynaamista ymmärtämistä, mutta ei tehdä perheelle tulkintoja muutoksen aikaansaamiseksi. Analyyttisiä ja tulkitsevia kannanottoja vältetään. (Kuipers ym. 1998). Psykoedukatiivisten perheinterventioiden toteutus ei vaadi toteuttajaltaan erityisiä perheterapeuttisia taitoja. Työntekijällä tulee olla kokemusta ja tietoa psyykkisistä sairauksista sekä kykyä käsitellä perheen stressiä ja emotionaalisia reaktioita.

Kahden viime vuosikymmenen aikana yli 30 satunnaistettua kliinistä tutkimusta ovat osoittaneet että perhepsykoedukaatio on erittäin tehokasta erityisesti vähentäen skitsofreniaa ja skitsoaffektiivista häiriötä sairastavien relapseja. Perheinterventiot ovat tehokkaita myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa ja muita lupaavia ohjelmia kehitetään liitettäväksi eri sairauksien hoitoon. Perheinterventiot ja vertaisryhmät lisäävät perheenjäsenten tietoa ja selviytymistaitoja läheisen sairauden kanssa. Näyttöön perustuvat käytännöt vastaavat perheenjäsenten tarpeisiin edukaatiosta, opastuksesta ja tuesta. Monipuolisia kliinisiä perhepsykoedukaatio-ohjelmia on kehitetty ja toteutettu. Näitä ohjelmia tarjotaan osana hoito-ohjelmaa ja niiden pääasiallinen tavoite on ollut parantaa potilaan hyvinvointia ja toimintakykyä (tosin perheenjäsenet voivat myös kokea merkittävää hyötyä ohjelmista). (Murray-Swank & Dixon 2004).

Yksi avainmuuttuja perhepsykoedukaation kehityksessä on ollut perheen tunneilmapiiri eli Expressed Emotion (EE), joka viittaa perheenjäsenten osoittaman kritiikin ja ylikietoutuneisuuden tasoon sairastuneen ympäristössä. Useissa tutkimuksissa on voitu todeta, että perheen korkea tunneilmapiiri on yhteydessä sairastuneen korkeampiin relapsimääriin. Alkujaan perhepsykoedukaatio perustui tutkimuskirjallisuuteen EE:stä. Perhepsykoedukaatiota tarjottiin vain korkean EE:n perheille ja tavoitteena oli vähentää EE -tasoa (Anderson ym 1986, Randolph ym. 1994). Kuitenkin tutkimukset jatkuvasti epäonnistuvat

tukemaan hypoteesia siitä, että perhepsykoedukaatio –ohjelmat vaikuttavat ainoastaan sen vuoksi, että ne vähentävät EE -tasoa perheessä. EE –tutkimukset kuvaavat selkeästi optimaalista toipumista tukevaa psykososiaalista ympäristöä (alhainen tunteikkuus, kriittisyys ja vihamielisyys), mutta se ei kuitenkaan täysin selitä perheinterventioiden menestystä. Sen vuoksi EBP (Evidence-Based Practices) on suositellut, että perheelle tarjotaan psykoedukaatiota perheen EE-tasosta riippumatta (Murray-Swank & Dixon 2004).

Perhepsykoedukaatio

Falloon kollegoineen (Falloon ym. 1984, Falloon & Graham-Hole 1995) kehitti perhekeskeisen lähestymistavan (BFM, Behavioral Family Management), joka sisältää edukaation skitsofreniasairaudesta, strukturoidun harjoittelun ongelmanratkaisussa sekä tehokkaan vuorovaikutuksen harjoittelun. Intervention aktiivijakso jatkuu tavallisesti 1-2 vuotta. Istunnot toteutetaan usein kotona vastaanottamisen helpottamisen, hoitoon kiinnittymisen sekä taitojen käytäntöön yleistämisen vuoksi.

Anderson ja kollegansa (Anderson ym. 1986) ovat kehittäneet psykoedukaatiomallin, joka painottaa liittoutumista perheen kanssa, tarjoamalla edukaatiota sairaudesta (skitsofrenia ja skitsoaffektiivinen häiriö) ja jatkuvaa tukea sekä kriisi-interventioita kuntoutumisprosessissa. Tutkimuksissa (mm. Falloon ym. 1984, Tarrier ym. 1989, Zastowny ym. 1992) on voitu todeta perhepsykoedukaation vaikuttavan tärkeisiin toipumista tukeviin tekijöihin (oireiden ja relapsien vähentyminen) sekä lisäävän perheenjäsenten tietoutta ja hyvinvointia. Lisäksi perheinterventio tuki sairastuneiden työelämään paluuta (Hogarty ym. 1986, 1991).

Psykoedukaatio kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaville ja heidän perheilleen

Miklowitz ja kollegat (Miklowitz ym. 1997) kehittivät terapiamuodon, jossa fokus on perheessä (Family Focused Therapy, FFT). Tässä ohjelmassa on samankaltaisuuksia ohjelmien kanssa, jotka on luotu skitsofrenian hoitoon (edukaatio sairaudesta, vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaidot). Ohjelman tavoitteena on, että omaiset tukevat, monitoroivat, valvovat ja motivoivat sairastunutta lääkehoidon ja kuntouttavien terapioiden käytössä ja kodista tulee ilmapiiriltään toipumista suojaavampi. Istuntoja sairastuneen ja perheenjäsenten kanssa (”lapset mukana joillakin kerroilla”) on yhteensä 21 yhdeksän kuukauden aikana 1–2

viikon välein. Perheiltä odotetaan sitoutumista, läsnäoloa ja osallistumista sekä aktiivista rooliharjoittelua ja kotitehtävien tekemistä. Interventio on manualisoitu ja on tarkoitettu bipolaaria sairastaville ja heidän perheilleen akuutin episodin jälkeen. Satunnaistetut kliiniset tutkimukset (Miklowitz ym. 2003, Rea ym. 2003) tukevat intervention vaikuttavuutta relapsien vähentymisessä ja lääkemyöntyvyyden lisääntymisessä.

Psykoedukatiiviset perheryhmät

Leff (Leff 1994, Kuipers ym. 1998) kehitti Englannissa perheinterventio-mallin, joka käsitti yksittäisen perheen kanssa toteutettujen istuntojen lisäksi erillisen ryhmän potilaan omaisille. Kuten muissakin malleissa, fokus on voimakkaasti edukaatiossa ja potilaan sekä perheenjäsenten auttamisessa kehittämään taitoja selvitä sairauden kanssa. Ainutlaatuinen osio tässä on siis omaisten (ei potilaita mukana) viikoittainen ryhmä, jonka fokus on tukemisessa ja ongelmanratkaisussa perheessä. Tutkimuksissa (Leff ym. 1985, 1989, 1990) mallin komponentteja testattiin erillään. Tutkimustulosten mukaan sekä tapaamiset yksittäisen perheen kanssa että kuuluminen omaisryhmään ovat yhtä tehokkaita skitsofrenian hoidossa mitattaessa relapsien määrää kahden vuoden aikana.

Wynne ja kollegat (1994) ovat esittäneet ohjelman, jossa yksittäiset perheet tapaavat kausittain ammattilaisen, joka on yhteydessä potilaan hoitoon. Tämä joustava malli voi olla erityisen sopiva perheille, joilla on vaikeuksia osallistua pidempiin interventioihin tai perheille jotka selviytyvät suhteellisen hyvin tai vaihtoehtoisesti perheille kriisissä.

Sherman ym. (2003) kehitti edukatiivisen intervention, Support and Family Education (SAFE), hoidossa olevien potilaiden perheenjäsenille. Ohjelma sisältää sarjan kuukausittaisia opintopiirejä (workshops), joihin perheenjäsenet voivat osallistua. Fokus on perheenjäsenten kohtaamissa haasteissa. Ohjelma ei ole kohdennettu tietylle diagnoosille, vaan sisältää teemojen lisäksi myös posttraumaattisen stressin käsittelyn. Tutkimustulosten mukaan ohjelmaan osallistuvien tieto lisääntyy sairaudesta, itsehoidosta ja hoitomahdollisuuksista.

Psykoedukatiiviset moniperhe –ryhmät

PMFG-malli eli Psychoeducational Multi-Family -group suunniteltiin integroimaan kaikki edellä mainitut komponentit (esim. McFarlane ym. 1995). Kuten aiemmissa ohjelmissa perusajatuksena on liittyminen perheen kanssa ja

edukaation tarjoaminen. Mallin ydin on moniperhe -ryhmä, johon osallistuvat sekä potilas että perheenjäseniä. Ryhmässä korostuu ongelmanratkaisu ja selviytymistaidot. Ryhmä on suunniteltu lisäksi tarjoamaan tukiverkosto potilaille ja perheenjäsenille. Tutkimukset (McFarlane ym. 1995, Dyck ym. 2000, McFarlane ym. 2000) osoittavat selkeästi, että moniperhe-ryhmällä (PMFG) on merkittäviä vaikutuksia skitsofreniapotilaan kliiniseen ja psykososiaaliseen toimintakykyyn.

Edellisten ohjelmien lisäksi kliiniset tutkijat ovat kehittäneet perheinterventioita useisiin eri psykiatrisiin sairausryhmiin, kuten vaikea depressio (Emanuels-Zuurveen 1997), jossa erityisesti puolisot ovat mukana työskentelyssä, pakkooireinen ahdistuneisuushäiriö (Van Noppen 1999), posttraumaattinen stressireaktio (Glynn 1999) ja epävakaan persoonallisuuden häiriö (Gunderson ym 1997). Näiden ohjelmien vaikuttavuustutkimukset tukevat ja suosittelevat interventioita yksittäisen perheen kanssa sekä moniperheryhmiä. Tosin lisätutkimuksia alueelta tarvitaan ymmärtääkseen käytäntöä ja lähestymistapojen tehokkuutta (Murray-Swank & Dixon 2004).

Koulutusohjelmien pituus on puolesta vuodesta usein kahteen tai useampaan vuoteen ja vaativat henkilöstöltä sitoutumista, jolloin resurssit mahdollistavat vain harvan perheen samanaikaisen palvelun. Paljon on ollut keskustelua siitä, kumpi hyödyttää perhettä eniten: moniperhe -ryhmät vai yksittäisen perheen kanssa työskentely. Moniperhe -ryhmien etu on yhteisen kulttuurin syntyminen perheiden välille. Ohjattaessa yksittäistä perhettä etuna on mahdollisuus käyttää enemmän aikaa perheen sisäisiin yksittäisiin ongelmiin. Toisekseen perheet, joissa sairaus on vastikään puhjennut ja hoito on alkuvaiheessa, eivät koe liittymistä ryhmään miellyttäväksi. (Fjell 2006)

Läheisten omaa jaksamista, subjektiivista kokemustaan tai tilanteen herättämiä negativiisia tunteita ei edellä esitetyissä psykoedukaatio-ohjelmissa ole juurikaan huomioitu. Tuki omaisten omalle jaksamiselle ja ennaltaehkäisyn näkökulma jäi vuosikymmeniksi puuttumaan työskentelystä niin aikuisomaisten kuin lapsiomaisten osalta (vanhemmuuden tukeminen ja lasten kuuleminen). Opetellut toimintastrategiat ongelmanratkaisussa, stressin säätelyssä ja vuorovaikutusrakenteiden muuttamisessa ovat tähdänneet sairastuneen hyvinvoinnin tukemiseen tai relapsien estoon. Vasta myöhemmin 2000-luvulla rinnalle on vahvistunut toinenkin tavoite eli omaisten omien, kuormittavasta tilanteesta johtuvien, ongelmien ennaltaehkäisy. Aikuisten sekä lapsiomaisten hyvinvointiin kiinnitetään aktiivisesti huomiota ohjattaessa perheitä yksittäisissä tapaami-

sissa ja/tai ryhmissä. Ennaltaehkäisevä työote mielenterveyden tukemiseksi tarkoittaa yksilöiden voimavarojen kartoittamista ja vahvistamista ja psyykkisen hyvinvoinnin lisääntymistä. Tavoitteena on katkaista negatiivinen kierre ja ennaltaehkäistä tilanteen huononeminen (Iija 2009).

Preventiivisiä työmenetelmiä lapsiperheille on kehitetty Suomessa vuodesta 2001 ja tutkittu niiden vaikuttavuutta Toimiva lapsi&perhe –hankkeessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos). Tutkimuksessa (Solantaus, Toikka 2006) oltiin kiinnostuneita työmenetelmien vaikuttavuudesta sekä koulutettujen työntekijöiden kokemuksista uusien työmenetelmien käyttöön otossa. Kyseessä olivat lapsiperheet (n=119), joissa vanhempi oli sairastunut mielialahäiriöön (depressio tai kaksisuuntainen mielialahäiriö). Tutkimuksessa verrattiin Beardsleen perheintervention eli Bp:n (6–8 tapaamista perheen kanssa) ja lyhyen Lapset Puheeksi – intervention eli Lp:n (1–2 tapaamista vanhemman/vanhempien kanssa) vaikuttavuutta. Aineisto kerättiin kyselylomakkein sairastuneilta vanhemmilta (n=119), puolisoilta (n=69) ja perheen 8-16 -vuotiailta perheinterventioon osallistuneilta lapsilta (n=167). Ensimmäinen osa-aineistolla tehty analyysi osoitti merkittäviä positiivisia tuloksia sairastuneiden vanhempien voinnissa, hoitomotivaatiossa, kokemuksissa itsestään (syyllisyys, häpeä, itsensä hyväksyminen) sekä perheen sisäisessä vuorovaikutuksessa (lasten ja puolison ymmärrys, luottamus omaan vanhemmuuteen).

Yhdysvalloissa Beardslee vertasi seurantatutkimuksessa kollegoineen (1997, 2003) kahden erilaisen preventiivisen intervention vaikutusta lapsiperheissä, joissa vanhempi on masentunut. Toinen oli kliinikon ohjaama perheinterventio (6–8 tapaamista), toinen lyhyt luentomainen ryhmäinterventio (2 luentoa). Molemmissa tavoitteena oli lisätä perheen selviytymiskeinoja ja vähentää sairauden negatiivisia vaikutuksia perheen toimintakykyyn. Molempien interventioiden voitiin todeta vaikuttaneen positiivisesti. Kliinikon ohjaama interventio oli johtanut merkittävämpään muutokseen perheen toimintakyvyssä. Muutokset näkyivät perheen aktiivisempana keskusteluna sairaudesta, vanhempien lisääntyneenä ymmärryksenä lasten tilanteesta sekä lapsen lisääntyneenä ymmärryksenä vanhemman sairaudesta (Beardslee ym. 1997 ja 1998, Solantaus & Beardslee 2001). Yli kahden vuoden seurannassa voitiin todeta, että muutokset perheessä pysyivät ja vahvistuivat pitkällä aikavälillä. Molempien interventioiden seurauksena vanhempien käyttäytyminen ja asenne suhteessa lapseen muuttui positiiviseen suuntaan. Työskentely kliinikon kanssa tuotti tutkijoiden mukaan merkittävämpiä tuloksia, koska työskentelyssä oli prosessimaisuutta (interventio

kesti pidemmän aikaa) ja siinä perheellä oli mahdollisuus liittää asiatieto omiin kokemuksiinsa sairaudesta.

Valtakunnallisissa Käypä hoito –suosituksissa Skitsofrenian (2008), kaksisuuntaisen mielialahäiriön (2008) ja epävakaan persoonallisuuden (2008) hoidossa suositellaan psykoedukatiivisia perheinterventioita osaksi potilaan ja hänen perheenjäsentensä hoidon kokonaisuutta, ja ne tulee saada osaksi hoitokäytäntöjä. Depression Käypä hoito -suositus vuodelta 2004 on hyvin yksilöhoito keskeinen. Kuitenkin suosituksessa psykososiaalisen tuen tarjoaminen mainitaan kuuluvan hoidon keskeisiin tehtäviin spesifisten hoitomuotojen ohella (www.kaypahoito.fi).

3. Aikaisemmat tutkimukset perheinterventioiden yhdentymisestä kliiniseen työhön

Tutkimuksen työnimessä käytän käsitettä yhdentyminen kuvaamaan uuden työmenetelmän käyttöön ottoa ja toteutusta kohdeyhteisössä. Implementaatio on johdettu suoraan englannin kielestä implementation, joka tarkoittaa toimeenpano, toteutus, käyttöön otto (Hurme ym 2003). Implementointi tarkoittaa tarkoin määritettyä sarjaa toimintoja, jotka on suunniteltu saattamaan käytäntöön toiminto tai ohjelma tietyssä laajuudessa. Implementointiprosessit ovat tarkoituksenmukaisia ja ne on kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti niin, että itsenäiset havainnoijat voivat huomata implementaatioon yhteydessä olevien toimintojen olemassaolon. Implementaatiossa tulee huomioida kaksi aktiivisuuden tasoa; interventio-tason aktiivisuus ja implementaatio-tason aktiivisuus sekä kaksi tulostasoa; intervention tulokset ja implementaation tulokset. Implementoinnilla tarkoitetaan toimia, jotka tähtäävät ohjelman tai menetelmän sisällyttämiseen kunnassa, laitoksessa tai työntekijätasolla (Fixsen ym. 2005).

Yksi korkealaatuisen kliinisen palvelun tarkoitus on, että he jotka käyttävät palvelua, vastaanottavat tehokkainta hoitoa. Jotta näin tapahtuisi, työntekijöiden täytyy nopeasti sisällyttää terapeuttiseen valikoimaansa interventiot, jotka on osoitettu tutkimuksin tehokkaiksi. On suuri haaste välittää työntekijöille tietoa tutkimustuloksista niin, että niitä käytetään myös käytännön työssä. Tämä on myös alue, jota on tutkittu liian vähän. On olemassa lukuisia tutkimuksia perheinterventioiden tehokkuudesta, mutta strategiat niiden juurruttamisesta käytäntöön puuttuivat (Dixon & Lehman 1995; Goldstein & Miklowitz 1995; Mari ym. 1996; Penn & Mueser 1996). Ensimmäisten vaikuttavuustutkimusten jälkeen saattoi kulua lähes kaksi vuosikymmentä, ennen kuin interventiot kuuluivat mielenterveyspalveluiden valikoimaan Yhdysvalloissa, Englannissa tai muissa Euroopan maissa. (Fadden & Birchwood 2002).

Fadden ja Birchwood (2002) kuvaavat pitkään kokemukseensa perustuen tekijöitä, jotka vähentävät työntekijän kapasiteettia tarjota psykoedukatiivisia interventioita perheille. Ensimmäisenä he mainitsevat historialliset vaikuttajat. Mielenterveystyön historiassa sairastuneet eristettiin perheestään ja perheet suljettiin usein sairastuneen hoidon ulkopuolelle. Henkilöstön asenteet muuttuvat hitaasti. Perheenjäsenten osallisuutta vähensi lisäksi heidän epävarmuutensa ja haluttomuutensa kysyä apua, jos kukaan ei sitä tarjonnut. Ei koettu olevan oikeutta vastaanottaa tukea tai saada tietoa palveluista. Lisäksi aikuisille suunnatut terapeuttiset hoitomallit ovat yksilökeskeisiä, joko biologisia tai psykoterapeuttisia. Monet terapeutit kiinnittävät vain vähän huomiota ihmissuhdeseikkoihin tai sairastuneen tukiverkostojen tärkeyteen.

Toiseksi Fadden ja Birchwood nimeävät hoidon pelkistymisen ja priorisoitumisen lääkkeelliseksi hoidoksi – erityisesti Englannissa. Kolmantena esteenä on henkilöstön koulutus. Työntekijät harvoin osallistuvat perhetyön koulutuksiin, jolloin heiltä puuttuu itseluottamus jopa keskusteltaessa perheen kanssa perusasioista sekä kyky sietää perheen ahdistuksen ja vihan tunteita. Itseluottamuksen puute projisoituu usein perheisiin, joita kuvataan ”ei oikeanlaiseksi perheeksi” tai ”epäsopivaksi perheeksi.” Henkilöstöllä, joka Englannissa osallistui psykoedukatiivisten perheinterventioiden koulutuksiin, oli taipumusta joutua hoitotiimin eristämäksi ”kurittomina” eikä tiimikulttuuri tukenut interventioiden toteutusta. Lisäksi ammatillinen työnohjaus puuttui. Viimeiseksi Fadden ja Birchwood toteavat esteeksi palvelujen tarjonnan rakenteet ja niistä erityisesti kunnan työntekijöiden virka-ajat, koska perhetyö toteutetaan usein työajan ulkopuolella. Perhetyöstä ei myöskään saa palkintoja tai kannustimia. Muita palveluun liittyviä esteitä ovat hallinnon lyhytnäköisyys, reagoiminen kriiseihin,

kiire suuren asiakasmäärän hoidossa, monet muut prioriteetit ja yhteentörmäykset koulutusta koskevien aloitteiden välillä. (Fadden & Birchwood 2002).

Seuraavassa kuvataan tutkimuksia, joissa on seurattu psykoedukatiivisisten perheinterventioiden käytön juurtumista kliiniseen työhön. Ongelmana tutkimuksia verrattaessa on perhetyön menetelmien moninaisuus, perhetyön koulutuksen sisältökysymykset ja kesto sekä koulutettavan henkilöstön tehtävä- ja toimenkuvan eriävyydet. Lisäksi tarvitaan lisää tietoa kulttuuri-faktoreiden vaikutuksista perheinterventioiden implementointiin.

Italiassa tutkittiin (Magliano ym. 2006) psykoedukatiivisen intervention implementoitumista skitsofreniaa sairastavien potilaiden ja heidän perheidensä kanssa tehtävään hoitotyöhön. Tutkimus tuki oletusta siitä, että lyhyenkin henkilöstön koulutuksen jälkeen on mahdollista sisällyttää psykoedukatiivinen työtapa mielenterveyspalveluihin. Mielenterveyspalvelujen henkilöstön koulutuspäiviä oli kolme. Koulutusryhmä (yht. 46) perehtyi puolivuotisen psykoedukatiivisen perheintervention toteuttamisen lisäksi ohjaamaan psykoedukatiivista ”opintopiiriä” perheille. Koulutetuista 29 toteuttivat sekä perheintervention että informatiivisen opintopiirin (kolme tapaamista) perheille. Koulutetuista 91 % raportoi ongelmista integroida interventio omien työvaatimusten rinnalle. Kuitenkin 96 % heistä raportoi intervention positiivisesta vaikutuksesta sairastuneen ja perheenjäsenten välisiin suhteisiin.

Tohtori Grainne Faddenin kehittämä ja johtama perhetyön täydennyskoulutusohjelma (”Meriden”) sekä mielenterveyden avohoidon palveluihin keskittyvä yliopistollinen koulutus (”Recover”) käynnistettiin v. 1997 Iso-Britanniassa. Ohjelmien kunnianhimoisena tavoitteena oli kouluttaa alueen kaikki mielenterveysalan työntekijät psykososiaalisten perheinterventioiden käyttäjiksi. Koulutus oli ilmaista, alueellisten rahastojen rahoittaessa sitä. Toisena tavoitteena oli saada eri yksiköt toimimaan yhteistyössä, jotta psykoedukatiivisten perheinterventioiden soveltaminen osana tavanomaisia hoitokäytäntöjä olisi mahdollisimman helppoa. Kaikkiaan 43 eri aloja edustavaa terveysalan ammattilaista osallistui koulutuksen ensimmäiseen vaiheeseen vuonna 1998. Koulutukseen liittyi työnohjaus. Heistä 35 osallistui kouluttajakoulutukseen vuoden 1998 syksyllä. Kolmen vuoden kuluttua koulutuksesta ensimmäisen koulutusryhmän terapeutit olivat tavanneet keskimäärin 4,6 perhettä. Seuraavissa koulutusryhmissä tavattujen perheiden lukumäärä vaihteli keskiarvojen 1,2 – 2,8 välillä.

Raportissa voitiin todeta ongelmia soveltaa oppimiaan asioita käytäntöön. Hankaluudet johtuvat tutkimustulosten mukaan suuresta työtaakasta, vaikeudesta yhdistää perhetyö kliiniseen käytäntöön ja omia terapiataitoja koskevista huolista. Ongelmat liittyivät siis ennen kaikkea palvelujärjestelmään ja perhetyötaitoihin ja perhetyön kokemukseen. Lisäksi kyselyssä tuli esille joitakin seikkoja liittyen terapeuttien asenteisiin ja työn ristiriitoihin yksityiselämän vaatimusten kanssa. Työntekijöiden näkemät ongelmakohdat muuttuivat hyvin vähän ohjelman edetessä. Tutkijaryhmä toteaa olevan hyvin vaikea muuttaa ajan myötä syvään juurtuneita asenteita ja työkäytäntöjä. (Gleeson & McGorry 2005)

Englantilaistutkimus (Bailey ym. 2003) raportoi koulutetun henkilöstön kokemista monista ongelmista liittyen perheintervention sisällyttämiseen omaan rutiinityöhön mielenterveyspalveluissa. Organisatoriset esteet, kuten ajan puute, suuri työmäärä tai muut velvollisuudet, nimettiin yleisimmiksi esteiksi perheiden kanssa työskentelylle. Yhdysvalloissa (Zipple ym. 1990) verrattiin perheiden tukemiseen koulutetun henkilöstöryhmän asenteita ja heidän, jotka eivät pitäneet perheinterventiota tehokkaana. Koulutetut olivat positiivisemmin asennoituneet palvelujen ja tiedon tarjontaan perheille ja käyttivät enemmän edukatiivisia ja perheelle tukea antavia keinoja työssään.

Suomessa toteutetut tutkimukset tutkivat perhekeskeisen työskentelyn merkitystä psykiatrisessa preventiossa, työn haasteita ja siihen liittyvää työnohjausta sekä koulutusta (Laiho & Romo 2002, Kuusinen 1984, Aaltonen 1984). Toimiva lapsi&perhe –hanke on tutkinut perheenjäsenten kokemuksia preventiivisiin interventioihin osallistumisesta sekä koulutettujen työntekijöiden kokemuksia uusien työmenetelmien käytöstä. (Solantaus & Toikka 2006). Alustavasti on voitu raportoida positiivisista muutoksista työyksiköiden käytännöissä ja menetelmän käyttöönotossa. Työmenetelmät ovat Lapset puheeksi (kappale 5.2) ja Beardsleen perheinterventio (kappale 5.3). Vastanneista 88% kertoi, että työyksikössään on otettu käyttöön LP–menetelmä. Työkäytännöt ovat muuttuneet työyksikössä paljon ilmoitti 35% vastaajista ja jonkin verran 65%. Työyksikössä on riittävästi resursseja käyttää uusia työmenetelmiä (73%) ja jopa 77% vastaajista on alkanut kouluttaa muita. (Solantaus & Toikka 2006)

Hyvönen julkaisi vuonna 2004 väitöskirjansa ”Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä – tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä”. Tutkimus koostui 29 hoitajan ja lääkärin haastatteluista, jotka toteutettiin vuosina 1999–2000. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla ja ymmärtää perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä perusterveydenhuol-

lon mielenterveystyöstä. Tutkimuksen tuloksena muodostui kokonaiskuva niistä työvälineistä, joita perusterveydenhuollon mielenterveystyössä käytetään. Tutkija totesi, että työntekijä itse on yksi keskeinen elementti työvälineistössä. Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon työntekijän ammattitaidon perustana ovat kiinnostus ihmistyöhön, ammatillinen yhteistyö, elämänkokemukset, työkokemukset, koulutukset ja harrastukset. Perusterveydenhuollon työntekijän vahvuuksia mielenterveystyössä ovat asenteet, ammatillisen itsetuntemuksen taidot, vuorovaikutustaidot, elämisen taidot sekä ihmissuhdetaidot. (Hyvönen 2004)

E.M. Rogers (1931–2004) teki 25 vuoden ajan tutkimusta siitä, miten tutkimus ja käytäntö yhdistetään. Rogers'n malli ja teoria ovat synteesi hänen ja muiden asiaa tutkineiden löydöksistä. Teoriassa käytetään viittä kategoriaa kuvailemaan tiedon omaksujia ja heidän innovaationsa astetta:

Uudistajat (innovator) ovat aktiivisia uuden tiedon etsijöitä. He käyttävät hyväkseen tiedotusvälineitä ja ihmissuhdeverkostojaan. Näistä lähteistä he saavat aikaisin tietoa tutkimukseen perustuvasta toiminnosta. Uudistajat ovat muutosagentteja, jotka työskentelevät terveydenhuollon yksikössä tai ovat vuokrattuja yksikön puolesta tehdäkseen muutoksia käytännössä.

Tiedon aikaiset omaksujat (early adopter) saattavat olla mielipidejohtajia yksikössä. He oppivat uudet ideat nopeasti ja hyödyntävät niitä sekä toimivat roolimalleina uusien toimintatapojen käytössä. Sairaalassa tiedon aikaiset omaksujat toimivat usein kehitystehtävissä, johtotehtävissä, hoitotyön asiantuntijasairaanhoitajina ja kouluttajina.

Aikaisessa enemmistössä (early majority), on harvoin johtajia, mutta he ovat aktiivisia seuraajia ja ovat valmiita ottamaan uuden toiminnon käyttöön.

Myöhäisen enemmistön (late majority) hoitajat ovat epäileviä uuden tiedon suhteen ja omaksuvat uuden tiedon tai käytännön vain jos ryhmän painostus on suuri.

Vitkastelijat (laggard) ovat turvallisuuteen orientoituneita, takertuvat menneeseen ja ovat usein syrjäytyneitä ilman vahvaa kannattajaryhmää. Kun he omaksuvat uuden idean, sen katsotaan suurimman osan mielestä olevan vanha idea. (Burns & Grove 2005)

4. Aiemmat yhdentymistä edistävät toimenpiteet kohdeyhteisössä

Helsingin psykiatriaosastolla alueellisia perhetyön kehittämishankkeita toteutettiin kaksi. Näistä ensimmäinen (Kotiosoite 2) toteutettiin Helsingin läntisellä alueella. Hanke päättyi vuonna 2002. Seuraavana vuonna kehittämishanke (Kotiosoite 3) juurtui alun perin Helsingin koilliselle ja kaakkoiselle alueelle, laajentuen keväällä 2005 palvelemaan koko Helsingin aikuispsykiatrian asiakkaita ja henkilöstöä. Yhteistyöyksiköitä psykiatriaosastolta hankkeessa oli tällöin 34. Projektissa työskenteli omaisyhdistyksestä neljä projektityöntekijää, joilla oli terveysalan koulutus. Hankkeet tavoittivat 120 helsinkiläistä asiakasperhettä. Suomen perheterapiayhdistys myönsi hankkeelle Innovaatiopalkinnon vuonna 2005 perhetyön kehittämisestä ja yli organisaatiorajojen ulottuvasta yhteistyöstä.

4.1. Luentosarja perhepsykoedukaatiosta henkilöstölle

Huhtikuusta 2003 alkaen hanke tarjosi Helsingin koillisen ja kaakkoisen alueen hoitoyksiköiden henkilöstölle puolipäiväisiä perehdytysluentoja ensimmäisen hankkeen toimintavuoden ajan. Tarkoituksena oli esitellä ja tehdä henkilöstölle tutuksi psykoedukatiivisten työmenetelmien viitekehys, käsitteistö ja tavoitteet. Luennoitsijat olivat Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry:n työntekijöitä ja yhdistyksen ulkopuolisia asiantuntijoita. Koulutusiltapäiviä (12.00–15.30) tarjottiin henkilöstölle molemmilla alueilla kaksi samansisältöistä, jotta osallistuminen kuormittaisi mahdollisimman vähän hoitoyksikköä ja runsas osanotto mahdollistuu. Samoin koulutuspaikat vaihtelivat, jotta työntekijän osallistuminen helpottuu. Luentotilaisuudet toteutettiin Laakson ja Auroran sairaalassa sekä Malmitalolla. Luentosarja alkoi psykoedukatiivisen perheohjauksen perusteista, sen lähtökohdista ja tavoitteista, edeten käytännön toteutukseen. Lapsiomaisen kokemus perheessä nostettiin esiin ja tiedotettiin olemassa olevista perhetyönmenetelmistä sekä tukimuodoista lapselle ja koko perheelle.

Ajankohta	Luento	Luennoitsija	Osallistujat yhteensä
4/2003	Psykoedukatiivinen perhetyö	Leif Berg, VTM, VE psykoterapeutti	84
5/2003	Kotona tehtävä perheohjaus	Monica Johansson, projektivastaava, sh amk	73
9/2003	Lapsi Omaisena	Matti Inkinen, sostt., perheterapeutti Bitta Söderblom, VTM, sos.psykologi	63
10-11/2003	Perheinterventio lapsiperheissä	Tytti Solantaus, dosentti, lastenpsykiatri, koulutus- ja kehittämispäällikkö. Stakes	66
4/2004	Lapsen kohtaaminen perheessä	Eija Keränen, kehityspsykologi. Ensi- ja turvakotienliitto	26

TAULUKKO 1: *Terveyskeskuksen henkilöstön perehdytysluennot, luennoitsijat ja osallistujamäärä vuonna 2004.*

Joulukuussa 2005 Kotiosoite –projekti kutsui Toimiva lapsi&perhe –hankkeen koulutus- ja kehittämispäällikkö Solantauksen luennoimaan sairaalalääkäreiden kokoukseen aiheesta ”Vanhemman mielenterveydenhäiriö ja lapsi” Auroran sairaalaan. Osallistujia oli yhteensä 12. Avohoidon lääkäreille vastaava tilaisuus oli toukokuussa 2006 psykiatrian poliklinikalla. Tilaisuuteen osallistui viisi lääkäriä. Terveyskeskuksen psykiatriaosaston henkilöstölle ja HUS:n lasten- ja nuorisopsykiatrian ammattilaisille luento tarjottiin helmikuussa 2006 Auroran sairaalassa. Osallistujia oli yhteensä 53.

4.2. Psykoedukaation työkirja

Psykoedukaation työkirja – psyykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus (Berg, Johansson 2003) on laadittu työntekijöiden avuksi ja työvälineeksi psykoedukatiivisen perheohjauksen toteutuksessa ja perheen kohtaamisessa. Työkirja on tarkoitettu kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, jotka ovat kiinnostuneita työskentelemään asiakkaan perheen/tukiryhmän kanssa sekä alan opiskelijoille. Kehittämishankkeessa työkirja annettiin yhteistyöyksiköiden (n = 34) käyttöön ja se liitettiin myöhemmin henkilöstön psykoedukatiivisen perheohjauksen menetelmäkoulutukseen.

Projektin ensimmäiset yhteistyöyksiköt Helsingin koillisella ja kaakkoisella alueella testasivat työssään ja arvioivat työkirjaa sisällöllisesti kuuden kuukauden aikana vuonna 2003. Tarvittavat muutokset tehtiin palautteen ja henkilöstön toiveiden mukaan ennen työkirjan julkaisemista. Työkirjan peruslähteet ovat Resursgrupps- och familjestöd (Berglund, Borell, Kärräng 1998) sekä Early Psychosis Training Pack eli EPPIC-ohjelma (McGorry, Edwards 1997). Työkirja edustaa kirjoittajien näkemystä psykoedukatiivisesta perhetyöstä. Kirja etenee tutustumisvaiheesta perheessä toteutettavaan interventioon. Kirjaan on koottu psykoedukaatiolle tyypilliset auttamisalueet. Vuosina 2000-2002 Helsingin läntisen mielenterveysyksikön kanssa toteutetusta Kotiosoite 2 -projektista saatu kokemus työskentelystä asiakasperheiden kanssa, asiakaspalaute sekä henkilöstön viesti ”työvälineiden” tarpeellisuudesta perheitä kohdattaessa tukivat työkirjan laatimista.

4.3. Perheinterventioiden toteutus työparina

Kotiosoite 3-projektin tarkoitus oli tarjota psykiatriaosaston työntekijälle käytännön kokemus psykoedukatiivisen perheohjauksen toteutuksesta asiakasperheen kanssa heidän kotonaan tai muualla. Perhetapaamiset toteutettiin työparina projektityöntekijän ja terveyskeskuksen psykiatriaosaston työntekijän kanssa. Psykiatriaosaston työntekijällä oli hoitokontakti sairastuneeseen sairaalaosastolla tai avohoidossa. Projektityöntekijän parina saattoi olla hoitaja, erityistyöntekijä tai sosiaalialan ammattilainen, joka oli perheelle jo aiemmin tuttu.

Projektityöntekijä pysyi samana asiakkaan hoitoketjussa koko intervention ajan. Tarkoitus oli tavoittaa perheet mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoitoa ja tarvittaessa jatkaa perheohjausta avohoidossa sen alettua akuutilla sairaalaosastolla. Perheen kanssa työskentelevien uusien työntekijöiden määrä pyrittiin minimoimaan. Perhetapaamiseen varattiin 1–1,5 tuntia. Perhetapaamisia toteutettiin myös virka-ajan ulkopuolella (klo 8.00–19.00), jotta kaikki ohjaukseen halukkaat perheenjäsenet tavoitettiin. Tapaamisista 75 % toteutui virka-ajan sisällä. Kotikäynnit toteutettiin käyttäen taksia ja kiireettömät käynnit julkisilla liikennevälineillä. Kunnan työntekijän matkakulut korvattiin projektista. Projektityöntekijällä oli perhetapaamisissa ”vetovastuu”. Erityisesti hankkeen alussa työparin kesken saatettiin sopia suunnittelutapaaminen ja perhetapaaminen kirjattiin yhdessä. Psykiatriaosaston työntekijä kirjasi perhetapaamisen asiakkaan sairaskertomukseen, projektityöntekijä teki yhteenvedon perheinterventiosta liitettäväksi asiakkaan hoitokertomukseen.

Psykoedukatiivisia perheinterventioita toteutti projektityöntekijän parina 80 psykiatriaosaston työntekijää eri hoitoyksiköistä (vähintään kaksi perhetapaamista). Projektityöntekijän työparina olivat ammattiryhmistä apulaisylilääkäri, avohoidon lääkäri, osastonhoitaja, psykologi, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti, sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja tai lähihoitaja. Osalla työntekijöistä oli perhetyöntai perheterapeutti -koulutus. Projektityöntekijän tehtävää tuettiin kuukausittain ”metodityönohjauksessa”, jossa psykoedukatiivisen perheohjauksen periaatteita vahvistettiin ja ylläpidettiin. Alueelliset projektityöntekijät ylläpitivät yhteistyötä hoitoyksiköihin hoitoneuvotteluin, puhelimitse, kirjeitse sekä osallistumalla tarvittaessa yksikön sisäiseen koulutukseen, työnohjaukseen tai kehittämispäiville.

Projektin edetessä psykoedukatiivisen perheohjauksen mahdollisuutta tarjottiin perheelle monessa hoitoyksikössä yhä useammin osana sairastuneen hoitoa.

Samoin työntekijän ja projektityöntekijän parimuodostus muuttui kitkattomammaksi – tosin oli myös tilanteita, joissa paria oli vaikea löytää, hoitovastuu oli juuri ”jakautumassa” tai perheen tilanne vaati nopeaa reagointia ja perhetapaamista. Tällöin projektityöntekijä saattoi aloittaa perheohjauksen yksin ja kunnan työntekijä liittyi ohjaukseen myöhemmin. Menetelmäkoulutuksiin osallistuneen henkilöstön määrän kasvaessa perheohjausta toteuttavat työparit muodostettiin hoitoyksikön sisällä niin, että molemmat tai toinen heistä oli osallistunut koulutukseen. Työpareja muodostettiin myös yli osasto- ja työryhmärajojen.

Vieraan ihmisen kanssa parityöskentely oli haastavaa ja vaati psykiatriaosaston työntekijältä joustavuutta, rohkeutta sekä uteliaisuutta. Monet terveyskeskuksen työntekijät kokivat hoitoyksikön ulkopuolisen projektityöntekijän osallistumisen hoitoon perhetyön osalta uusia näkökulmia avaavana, se lisäsi työntekijän ymmärrystä asiakkaan tilanteesta ja vähensi henkilökohtaista kuormittuneisuutta hoitovastuussa. Moni projektityöntekijän parina toiminut halusi toteuttaa perheen kanssa intervention kokonaisuudessaan. Tämä vaati erityisesti akuutilla vuodeosastolla joustavuutta työaikojen järjestelyssä sekä osastonhoitajan hyväksynnän ja tuen. Työntekijöiden motivaatiota piti yllä kokemus mahdollisuudestaan vaikuttaa ja seurata sairastuneen toipumisprosessia perheen rinnalla. Perhetapaamisia oli hankkeessa yhteensä 1200, joista 998 toteutettiin asiakasperheen kotona.

4.4. Hoitoyksiköiden perhetyön kehittämispäivät

Joulukuussa 2005 jokaiselta aikuispsykiatrian hoitoyksiköltä (34) tiedusteltiin halukkuutta kehittää perhekeskeistä hoitoa yksikössään. Hoitoyksiköille tarjottiin kokonaista tai puolipäiväistä maksutonta kehittämis- tai teemapäivää. Luennoitsijana oli projektivastaava Monica Johansson. Tavoitteena oli esitellä ja sovittaa psykoedukatiivisia työmenetelmiä hoitoyksikön käytäntöihin yksikön resurssit ja tarpeet huomioiden. Kehittämispäivien aiheena olivat vaihtoehtoisesti psykoedukatiiviset perheinterventiot aikuisperheessä ja/tai Lapset puheeksi aikuispsykiatriassa. Kehittämispäivän tilasi 12 hoitoyksikköä, joista avohoidon yksiköitä oli kuusi, akuutin sairaalatoiminnan yksiköitä neljä ja kaksi kuntoutustoiminnan hoitoyksikköä. Tilaisuudet tavoittivat 161 työntekijää. Kehittämispäivät toteutettiin ajalla 4/2006–11/2006.

5. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden menetelmäkoulutus kohdeyhteisössä

Osana perhetyön kehittämishanketta (Kotiosoite 3) Helsingin terveyskeskuksen psykiatriaosaston työntekijöitä eri ammattiryhmistä koulutettiin vuosien 2004-2006 aikana 62 akuuttihoidon ja kuntoutustoiminnan alueilta. Kyseessä on kaksi erilaista menetelmäkoulutusta; Beardsleen perheintervention kliinikkokoulutus ja psykoedukatiivisen perheohjauksen ohjaajakoulutus. Koulutukset olivat maksuttomia. Näistä koulutusryhmistä valikoitui tutkimuksen kohderyhmä.

Henkilöstön menetelmäkoulutuksista ensimmäinen toteutettiin ajalla 10/2004–12/2005. Kyseessä oli Beardsleen perheintervention kliinikkokoulutus (Beardslee ym. 1993, 1999; Focht & Beardslee 1996). Koulutus toteutettiin yhteistyössä Lapsi Omaisena –hankkeen kanssa (Omaiset mt.työn tukena, Uudenmaan yhdistys ry). Kliinikkokoulutuksen (Stakes) ohjelmassa oli Lapset puheeksi –menetelmä ja Beardsleen perheinterventio kokonaisuutena. Toimiva lapsi&perhe -hanke koordinoi Suomessa sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden lapsiperheissä toteuttavien työmenetelmien koulutusta. Peruslähteenä koulutuk-

sessa oli Toimiva lapsi&perhe –hankkeen tuottama koulutusmateriaali, Beardsleen perheintervention manuaali (Beardslee ym. 2001) sekä Lapset puheeksi -työmalli ja siitä laadittu manuaali (Solantaus 2005). Kouluttajina olivat Toimiva lapsi&perhe –kouluttajat Matti Inkinen (sostt, perheterapeutti) ja Monica Johansson (sh amk).

Kliinikkokoulutus oli 10-päiväinen ja sisälsi ryhmätyönohjuksen. Koulutuspäivät sekä ryhmätyönohjauspäivät olivat kerran kuukaudessa. Koulutus kohdennettiin silloisille hankkeen yhteistyöyksiköiden henkilöstölle Helsingin koillisella ja kaakkoisella alueella. Ryhmän koko oli 12, joista Helsingin aikuispsykiatrian akuuttiyksiköiden työntekijöitä oli seitsemän. Työntekijät saivat koulutuksesta kliinikkopätevyyden ja todistuksen. Aiemmin kliinikkokoulutukseen (Stakes) osallistuneita työskenteli terveyskeskuksen psykiatriaosastolla kuusi työntekijää.

Joulukuussa 2004 kunkin yhteistyöyksikön 1-2:lle työntekijälle tarjottiin mahdollisuus osallistua puolivuotiseen Psykoedukatiivisen perheohjauksen ohjaajakoulutukseen. Koulutukseen liitettiin ryhmätyönohjaus, jossa seurattiin ja vahvistettiin työntekijän perheen kanssa toteuttamaa psykoedukatiivista perheohjaus -menetelmää. Koulutus sisälsi perhetyön menetelmistä: psykoedukatiivinen perheohjaus aikuisperheessä, Lapset Puheeksi –työmenetelmä, Beardsleen perheintervention esittely. Kouluttajina olivat Leif Berg (VTM, VE psykoterapeutti), Monica Johansson, Matti Inkinen ja Bitta Söderblom (VTM, sosiaalipsykologi).

Osallistujat valittiin henkilökohtaisen hakemuksen perusteella. Valintaan osallistuivat kouluttajien lisäksi hoitoyksiköiden osastonhoitajat sekä ylihoitajat. Hakemuksessa kysyttiin hakijan aiempaa kokemusta perhetyöstä, mahdollisuuksistaan toteuttaa psykoedukatiivista perhetyötä yksikössään, miten hakija on ottanut hoidossa olevan asiakkaan lapset huomioon työssään ja odotuksiaan koulutukselta. Hakijoita oli yhteensä 73. Koulutukseen valittiin 55 työntekijää. Koulutus edellytti osallistujalta läsnäoloa ja osallistumista ryhmätyönohjaukseen, jossa osallistujat esittelivät intervention toteutusta asiakasperheessä. Poissaolot teoriapäivältä korvattiin kirjallisella tehtävällä. Koulutetut saivat todistuksen osallistumisestaan koulutukseen. Palautelomakkeella arvioitiin koulutusta kokonaisuutena, sen tiedollista antia, tiedon käyttökelpoisuutta omassa työssään, koulutuksen vastaamista omiin odotuksiinsa, opetusmateriaalia, käytännön järjestelyitä ja oppimista estäviä/edistäviä seikkoja.

Koulutus toteutettiin Auroran sairaalassa kahdessa ryhmässä: akuuttisairaalatoiminta ja avohoito, yhteensä 38 osallistujaa (28.4.2005-8.12.2005) ja päiväsairaala- sekä kuntoutustoiminta, yhteensä 17 osallistujaa (8.9.2005-12.1.2006). Koulutuspäivät sekä ryhmätyönohjauspäivät olivat kerran kuukaudessa. Psykoedukaation työkirja (Berg & Johansson 2003) liitettiin henkilöstön psykoedukatiivisen perheohjauksen ohjaajakoulutukseen.

Kirjallisessa palautteessa näistä kolmesta koulutusryhmästä 26/62 työntekijää arvioi koulutuksen kokonaisuutena erinomaiseksi, 35/62 arvioi kokonaisuuden hyväksi ja yksi heistä tyydyttäväksi. Psykoedukatiivisen perheohjauksen ohjaajakoulutukseen osallistuneiden ryhmästä 33/55 ilmoittivat halukkuutensa jatkaa koulutuksen jälkeisessä ryhmätyönohjauksessa vuoden 2006 aikana. Vuonna 2007 menetelmätyönohjaus –ryhmään liittyivät myös kliinikkokoulutukseen osallistuneet.

5.1. Psykoedukatiivinen perheohjaus aikuisperheessä

Psykoedukatiivinen perheohjaus –malli on kehitetty aikuisperheisiin, joissa perheenjäsen on sairastunut psyykkisesti (Berg, Johansson 2003). Perheohjausta voidaan toteuttaa kaikissa diagnoosiryhmissä. Tarkoituksena oli luoda työntekijöiden ja perheiden tarpeisiin vastaava lyhyt ja preventiivinen perheinterventio perheterapian rinnalle. Mallissa huomioidaan kaikki sairastuneen perheenjäsenet ja siinä korostuu sairastuneen kokemuksen rinnalla omaisten subjektiivinen kokemus. Malliin on integroitu ajatuksia sekä tekniikoita muista vaikuttavista psykoedukatiivisista malleista. Perheohjaus –menetelmän peruslähteitä ovat Resurssgrupps- och familjestöd (Berglund ym. 1998), Koulutuksellinen perhetyö (Kuipers ym. 1998), Integrerad Psykiatri (Falloon ym. 1997), Early Psychosis Training Pack eli EPPIC –ohjelma (McGorry & Edwards 1997) sekä Beardsleen perhenterventio –manuaali (Beardslee & Solantaus 2001).

5.1.1. Intervention tarkoitus ja rakenne

Psykoedukatiivisen perheohjauksen tarkoituksena on helpottaa perhettä sopeutumaan uuteen tilanteeseen perheenjäsenen sairastuttua psyykkisesti, vähentää perheenjäsenten kuormittuvuutta ja tukea sairastunutta toipumisessa. Päämääränä on vähentää asiakkaan sairaalahoidon tarvetta ja helpottaa hänen paluu-

taan opiskelu- tai työelämään Pyrkimyksenä on vaikuttaa kodin ilmapiiriin niin, että se tukee sairastuneen toipumista ja läheisten hyvinvointia. Perheohjauksessa jaetun tarpeenmukaisen ja ajankohtaisen tiedon kautta pyritään lisäämään perheenjäsenten ymmärrystä ja saavuttamaan keskinäinen konsensus tapahtumista perheenjäsenten sekä perheenjäsenten ja työntekijöiden välillä. Tavoitteena on lievittää perheen traumaattista kokemista ja tehdä arjesta sujuva ja turvallinen. Perhe-/tukiryhmäohjaus on tuloksellisinta, jos sairastuneelle ja hänen läheisilleen tarjotaan perheintervention mahdollisuutta jo sairauden alkuvaiheessa. Psykoedukatiivista perheohjausta ei tule sekoittaa kriisityöhön ja kriisiapuun, joka perheenjäsenen sairastuttua psyykkisesti on välitöntä ja nopeaa.

Perheistuntoihin osallistuvien ryhmää koottaessa kunnioitetaan sairastuneen kokemusta ja toiveita. Ryhmä pidetään jatkuvasti pienenä. Ryhmään voi liittyä myöhemmin yksittäisissä tapaamisissa ja intervention loppuvaiheessa sairastuneen tai perheen toiveesta myös muita läheisiä. Psykoedukatiivisessa perheohjauksessa interventio suositellaan aloitettavaksi sairastuneen yksilöllisellä tapaamisella. Sairastuneen tapaamisen jälkeen suositellaan perheistuntoihin liittyvien aikuisomaisten yksilöllisiä tapaamisia (enintään 1-2 aikuisomaista). Tapaamisiin on laadittu kysymysehdotuksia (Psykoedukaation työkirja, 2003). Sairastuneen ja aikuisomaisten subjektiivista kokemusta kunnioitetaan ja siitä ollaan kiinnostuneita. Työntekijä tekee yksilöllisissä tapaamisissa puhutusta yhteenvedon perheen ensimmäiseen yhteistapaamiseen.

Perheohjauksessa on kyse vähintään neljästä yhteistapaamisesta sairastuneen ja aikuisten perheenjäsenten tai muiden läheisten kanssa. Tapaamisilla on päämäärä, fokus ja tehtävä. Perheen tapaamiskertojen vähimmäismäärä ei ole ehdoton. Perheohjauksessa tapaamiskerrat määrittelee yhdessä asetetut tavoitteet, sairaushistorian pituus, perheenjäsenten lukumäärä, heidän odotuksensa, tarpeensa sekä luonnollisesti perheen selvittämistä vaativat akuutit kriisit tai konfliktit.

Perheohjauksessa ei edetä strukturoidun ohjelman mukaisesti eikä käytössä ole tehtävälomakkeita, joita istunnoissa tai perheessä intervention aikana täytetään. Psykoedukaatiolle tyypillisiä auttamisalueita käsitellään joustavasti perheen tarpeiden ja toiveiden mukaan. Auttamisalueet ovat: tiedon jakaminen ja jaettu ymmärrys, vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaidot, stressin säätely ja kriisiväliintulo. Perheohjaus alkaa siitä, mistä perheellä on suurin huoli ja tarve keskustella. Seurantatapaamista perheen kanssa suositellaan 3-6 kuukauden kuluttua intervention päättymisestä. Tarvittaessa perheen puolesta toimitaan aktiivisesti

neuvoteltaessa eri palveluista perheen käyttöön ja ohjataan osallistumaan alueellisiin psykoedukatiivisiin vertaisryhmiin. (Berg, Johansson 2003)

Perheohjauksessa tiedon, neuvojen ja ohjauksen antaminen on keskeistä. Perheellä on kuitenkin merkittävä osuus päätöksenteossa; kaikki perheenjäsenet tulevat kuulluiksi, perheenjäsenten ehdotukset ongelmanratkaisussa huomioidaan ja päätökset tehdään yhteisymmärryksessä perheen kanssa. Perheohjaukseen osallistuvien asiantuntijuutta, kokemuksia, rooleja ja yksilöllisiä voimavaroja kunnioitetaan. Yksittäisen perheen kanssa toteutettu perheohjaus perustuu avoimuuden ja tasa-arvoisuuden periaatteille. Työskentely on eteenpäin pyrkivää ja ratkaisukeskeistä asiakkaan ja läheisten hyvinvointia tukevaa ohjausta.

5.1.2. Teoreettinen viitekehys

Perheohjauksessa työskennellään usean eri viitekehyksen pohjalta. Psykoedukatiivisessa perheohjauksessa ihmistä ja perhettä tarkastellaan systeemiteoreettisesta ja sosiaaliekologisesta näkökulmasta. Sosiaalisen konstruktivismin ideologian mukaisesti painotetaan työntekijän osuutta perheen muutosprosessissa, yhteistyösuhdetta, ei–hierarkkista ajattelutapaa ja asiakkaiden subjektiivisuutta (Kogan & Gale 1997).

Perheen systeemiteoriassa ongelmia ei tarkastella pelkästään yhden perheenjäsenen vaikeuksina, vaan tilanteina ja käyttäytymismalleina, joiden tuottamiseen, ylläpitämiseen ja ratkaisemiseen koko perhe tavalla tai toisella osallistuu (Tikkanen 2008). Perheenjäsenten ei kuitenkaan ajatella aiheuttaneen käyttäytymisellään sairautta, vaan että heillä on merkitystä erityisesti sairauden kulun kannalta. Uskotaan, että jaettu ymmärrys auttaa perhettä sopeutumaan uuteen tilanteeseen ja vähentää traumatisoitumista. Toiseksi pidetään luonnollisena, että läheisen sairastuminen muuttaa perheenjäsenten käyttäytymistä. Ahdistus, neuvottomuus ja pelko saavat läheiset usein käyttäytymään itselleen epätyypillisellä tavalla. Tämä johtaa vääränlaisiin tulkintoihin ja väärinkäsityksiin ja saattaa vaikuttaa yhteistyösuhteessa molemminpuoliseen torjuntaan ja defensiivisyyteen. Ääritapauksena hoitotyössä on päädytty suojelemaan asiakasta ”hullulta” perheeltä.

Vuorovaikutus ja perheen kieli

Perheenjäsenten käyttöön ottamat hallintakeinot (Birchwood & Smith 1987, Birchwood & Cochrane 1990) kehittyvät sairastuneen muuttuneen ja hämmentävän käytöksen myötä. Vaikka hallintakeinojen tavoitteena on tasapainon ja hyvinvoinnin ylläpito perheessä sekä ajatus toipumista tukevasta toiminnasta, niistä monet altistavat perheenjäsenet uupumukselle ja masentuneisuudelle. Hallintakeinoista eräät ilmenevät kriittisyytenä, aggressiivisuutena tai ylikietoutuneisuutena. Myös läheiset syyllistävät itsensä ”vääristä” hallintakeinoista ja ne aiheuttavat paljon ristiriitoja perheen ihmissuhteissa. Työskentelyssä esiin nostetaan perheen käyttöön ottamat hallintakeinot ja pyritään yhdessä perheen kanssa muuttamaan niitä rakentavimmiksi ja perhettä vähemmän kuormittaviksi (Berg, Johansson 2003).

Sosiaaliekologisen teorian mukaan jotta käyttäytymistä voisi ymmärtää, asiakasta on tarkasteltava hänen jokapäiväisessä elinympäristössään (Bronfenbrenner 1979). Käyttäytymistä tarkasteltaessa huomioidaan kaikki ne tekijät, jotka osaltaan vaikuttavat kuormittuneisuuteen tai hyvinvointiin, esimerkiksi taloudellinen ahdinko, läheisten tai omaisen oma somaattinen tai psyykkinen sairastavuus tai työttömyys. Työskentelyn fokus ei siis ole yksinomaan psyykkisesti sairastuneen perheenjäsenen ongelmassa, vaan tilannetta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti. Perheen elämänlaatuun vaikuttavat tekijät otetaan kohteliaasti mukaan keskusteluun osoittamalla kiinnostuneisuutta ja ymmärrystä.

Perheohjauksessa pyritään lisäämään keskinäistä ymmärrystä ja vaikuttamaan perheenjäsenten käyttäytymiseen niin, että se ylläpitää kunkin terveyttä ja ennaltaehkäisee psyykkistä pahoinvointia. Tähän tarvitaan muutoksia heidän tiedoissaan, asenteissaan ja taidoissaan (Kemm & Close, 1995). Tietoa prosessoidaan, pohditaan ja reflektoidaan yhdessä perheenjäsenten kanssa. Lähtökohtana voi olla perheen arkitilanne, josta käsin uutta oppimista lähdetään rakentamaan. Perheenjäsenten sekä sairastuneen asenteet, ennakkoluulot ja pelot vaikuttavat siihen, miten sairastunut omaksuu sairauden osaksi omaa persoonallisuuttaan (insight) ja miten perhe selviytyy tulevaisuudessa sekä arjessa perheenjäsenen ongelman kanssa. Vaikeiden, aiemmin puhumattomien kokemusten, esille ottaminen perhetapaamisessa korjaa väärinkäsityksiä ja hälventää pelkoja (Berg, Johansson 2003).

Jotta sairastuneen tarpeet tulevat huomioiduiksi tukitoimien tulee tapahtua turvallisessa ja ei - stigmatisoivassa ilmapiirissä, joka korostaa sairastuneen persoo-

naa ja rooleja, potilasroolin sijaan. Tämä lisää sairastuneen kokemusta vastuusta ja itseymmärryksestä (insight) ja rohkaisee häntä osallistumaan kuntoutumisprosessiin. (Jonsson, Malm 2002). Se, miten sairastunut hyväksyy psyykkisen sairauden osaksi omaa persoonallisuuttaan, sitoutuu vastaanottamaan hoitoa tai kokemuksena vaikutusmahdollisuuksistaan sairauden kulussa, määräytyvät myös sosiaalisten ja taloudellisten vaatimusten vaihtelevassa paineessa, kotona, työssä ja koulussa. Perheohjaus korostaa ja kunnioittaa sairastuneen roolia nykyhetkessä – äitinä, opiskelijana tai puolisona. Myös muiden perheenjäsenten roolivaatimukset, tehtävät ja mahdollisuudet huomioidaan perheohjauksessa.

Psykoedukatiivinen perheohjaus suositellaan toteutettaviksi asiakasperheen kotona, perheen omassa kontekstissa. Perheohjauksessa huomioidaan asiakkaan ja hänen perheensä/läheistensä koulutus-, kokemus- ja kulttuuritausta. (Berg, Johansson 2003)

Psykoedukatiivisessa perheohjauksessa vuorovaikutus perustuu narratiivisuuteen ja avoimen dialogin periaatteille. Jokaisella yksilöllä ja perheellä on oma tarinansa. Sairaudesta kuntoutuva tai sen kanssa elämään opetteleva ihminen rakentaa uudelleen elämäntarinaansa, jonka sairastuminen on katkaissut. Toipumisen kannalta on tärkeää muodostaa elämän tarinasta uudelleen yhtenäinen, saada sairastuminen osaksi elämäntarinaa. Myös perheen olemassaololle on tärkeää perheen tarina, joka rakentuu sen historiasta, elämäntapahtumista ja kokemuksista (Valkonen 2002). Yhteisen tarinan uudelleen rakentaminen ja kunkin perheenjäsenen yksilöllisen kokemuksen kuuleminen ovat oleellinen osa psykoedukatiivista perheohjausta.

Avoin dialogisuus perustuu työntekijän, sairastuneen ja perheenjäsenten väliseen yhteistyösuhteeseen, jonka elementtejä ovat tasa-arvoisuus, avoimuus ja demokraattisuus. Dialoginen tietäminen rakennetaan perheen kanssa yhdessä. Työntekijät ”heittäytyvät” keskustelun vietäväksi reagoiden perheen toiveisiin ja opastaen ajankohtaisissa kysymyksissä. (Seikkula & Arnkil 2005). Ohjaajapari ei valmistele perheistuntoja etukäteen. Perheen tarpeisiin ja tilanteisiin reagoidaan istunnossa ”spontaanisti”. Perheenjäsenten asiantuntijuutta ja kokemusta käytetään hyväksi perhettä tyydyttävän ratkaisun aikaansaamiseksi. Arviointi tapaamisista on jatkuvaa: hyödyttävätkö tapaamiset teitä? Puhutaanko oikeista asioista? Mitä toivotte? Puhunko ymmärrettävästi?

Hoitojärjestelmään ohjautuvien perheiden merkitysalue tulee helposti indikatiiviseksi (konkreettiseksi), koska niiden jäsenet ovat menettäneet mahdollisuuttaan

ohjata omaa toimintaa. Indikatiiviseen alueeseen sisältyvät sellaiset merkitykset, joilla on suora vastaavuus todellisuuteen. Perheelle vastataan heidän omalla kielialueellaan ja vältetään kehittelemästä dialogia, jolla ei ole kosketusta perheen elämän todellisuuteen (Heikkinen & Seikkula 1995). Perheohjauksessa keskustelua perheen kanssa käydään konkreettisella tasolla. Analyyttisia tulkintoja vältetään ja lääketieteellistä terminologiaa. Perheohjauksessa pyritään tavoittamaan vuorovaikutuksen edistämiseksi perheen kanssa yhteinen kieli, jonka perhe tuntee omakseen. Perheen käyttämiä nimityksiä tai heille
tuttuja "omia" termejä käytetään tapaamisissa läpi intervention.

Psyykkisen sairauden etiologia

Psykoedukatiivisen perhetyön lähtökohtana on alttius-stressi-teoria. Tämän teorian mukaan yksilöllä on biologinen alttius sairastua psyykkiseen sairauteen ja sairaus puhkeaa tämän alttiuden ja ympäristön aiheuttaman stressin vuorovaikutuksena. Stressiä voivat aiheuttaa yksittäiset stressaavat elämäntapahtumat tai jatkuva, hitaasti kasautuva stressi eri elämänalueilla. Usein myös ajatellaan, että mitä alttiimpi ihminen on sairastumaan psyykkisesti, sitä vähemmän stressiä tarvitaan laukaisemaan sairausepisodi (Sautter ja McDermott 1990, Falloon ym. 1997). Keskeiseksi muodostuvat ihmisen omat tulkinnat elämäntapahtumista ja niiden merkityksestä (Sariola, Ojanen 1997). Stressitekijöiden vaikutusta vähentävät puolestaan erilaiset suojaavat tekijät kuten selviytymisstrategiat, potilaan ja hänen perheensä sosiaalinen kyvykkyys ja sosiaalinen tukiverkosto sekä hoitojärjestelmä (Sautter ja McDermott 1990, Falloon ym. 1997). Perheohjauksessa yhdessä perheenjäsenten kanssa pohditaan ja haetaan konsensusta sairastumiseen vaikuttavista ja altistavista tekijöistä integroimalla perheen kokemus ja tieto tieteellisen tietoon.

Perheenjäsenet pyrkivät löytämään selityksen sairastuneen henkilön käyttäytymiselle ja tekevät siitä erilaisia tulkintoja. Perhe voi yrittää selittää psyykkistä sairautta monin eri tavoin. Selitykset vaihtelevat ulkoisista vaikuttajista ("ystäväpiiri on vaikuttanut häneen") sisäisiin vaikuttajiin ("hän on vain taiteellinen"). Ongelman luonteesta voidaan olla eri mieltä niin perheenjäsenten kesken kuin perheen ja työntekijän kesken. Samoin perheenjäsenet tekevät tulkintoja muiden perheenjäsenten toiminnasta ja reaktioista, jotka eivät välttämättä tue vuorovaikutusta ja yhteistyötä perheessä. Psykoedukatiivisessa perheohjauksessa nämä tulkinnat nostetaan esiin, korjataan niitä toipumista ja perheen välistä kommunikaatiota edistäviksi.

5.2. Lapset puheeksi -työmenetelmä (Lähde: Interventiomanuaali, Solantaus 2005)

Lapset puheeksi -työmalli on lastenpsykiatri, tutkimusprofessori Solantauksen vuonna 2005 kehittämä lyhyt preventiivinen psykoedukatiivinen interventio. Lapset puheeksi -työmalli kuuluu Toimiva lapsi&perhe -työmenetelmäperheeseen (Toimiva lapsi&perhe -hanke, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos). Työmenetelmät pohjautuvat kokemukseen työskentelystä sekä perheiden että vertaisryhmien parissa, professori William Beardsleen kehittämiin ajatuksiin työskentelystä perheiden kanssa ja hänen kehittämäänsä perheinterventioon sekä alan tutkimukseen. Työmenetelmä kuuluu terveyden edistämisen (promootion) ja häiriöiden ehkäisemisen (prevention) piiriin. Promotiivisen työn lähtökohta on suojaavien tekijöiden, vahvuuksien ja mahdollisuuksien tukeminen.

Lapset puheeksi -työmalli perustuu ymmärrykseen mielenterveyden häiriön vaikutuksista vanhemmuuteen ja lapsiin sekä tietoon tekijöistä, joiden avulla vanhemmat voivat tukea lapsen ja nuoren kehitystä. Lapset puheeksi -työmenetelmä on alun alkaen kehitetty terveydenhuoltoa ja sitä työntekijää ajatellen, joka hoitaa psyykkisesti sairasta vanhempaa. Vanhempi voi olla avo- tai osastohoidossa perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Työntekijän koulutus ja työtehtävä voivat vaihdella, eikä työskentelyyn tarvita terapiakoulutusta. Työmenetelmää voidaan soveltaa myös sosiaali- ja koulutoimeen.

Lastensuojelulaki velvoittaa vanhempaa hoitavaa tahoa ottamaan huomioon potilaan lasten hoidon ja tuen tarve (Lastensuojelulaki, 2. luku, pykälä 10). Sitä ei voi tehdä muuten kuin puhumalla lapsista potilaan kanssa. Lapset puheeksi –työmenetelmä on kehitetty täyttämään lainsäätäjän terveydenhuollolle antama velvoite ja auttamaan työntekijää ottamaan lapset puheeksi rakentavasti ja vanhempia ja lapsia kunnioittaen.

5.2.1. Intervention tarkoitus ja rakenne

Pyrkimyksenä on tukea lapsen kehitystä ja ehkäistä häiriöitä yhteistyössä vanhempien kanssa. Lapset puheeksi - keskustelun tarkoituksena on myös avata keskustelu lapsista ja vanhemmuudesta osaksi vanhemman ehkä pitkääkin

hoitoprosessia. Päämääränä on, että vanhempi tai työntekijä voivat ensi vaiheen jälkeen palata lasten asiaan avoimesti ja välittömästi, kun siihen on halua ja tarvetta sekä ilonaiheiden että ongelmien suhteen. Keskusteluja lapsista ehdotetaan kaikille perheille, riippumatta siitä, onko perheessä ongelmia vai ei. Vanhemmilla voi olla huolia ja kysymyksiä, vaikka mitään ongelmia ei olisikaan. Lapsilla on vaara saada itsekin mielenterveyden ongelmia, mutta on myös asioita, joita vanhemmat voivat tehdä tukeakseen lapsiaan ja ehkäistäkseen ongelmien syntyä.

Lapset puheeksi -työmenetelmän tarkoitus on

1. Tukea vanhemmuutta ja lasten kehitystä. Keskustelun päämääränä on auttaa vanhempia tukemaan omia lapsiaan ja vahvistaa lasten kehitystä tukevia ja lasta suojaavia prosesseja perheessä ja lapsen muissa elämänpiireissä.

2. Arvioida lasten ja perheen tarve muiden palveluiden tukeen, kuten lastenneuvolan, koulun oppilashuollon, perheneuvolan tai lasten / nuorisopsykiatrian tarjoamiin palveluihin.

3. Arvioida lastensuojelutoimenpiteiden ja/tai muiden sosiaalipalvelujen tarve.
Perhe voi tarvita lastensuojelutoimenpiteitä, hyötyä erilaisista sosiaalitoimen perhetukimuodoista ja tarvita toimeentulotukea.

4. Saattaa lapsi ja perhe tarvittavien lisäpalvelujen äärelle. Vanhempaa hoitavalla taholla ei ole hoitovastuuta lapsesta, mutta on vastuu saattaa lapset ja perhe tarvittavan avun äärelle.

Lapset puheeksi -työmenetelmässä on esitetty teemoitettu tapa käydä keskustelua lapsista vanhemman/vanhempien kanssa kahden tapaamisen puitteissa. Keskustelu voi kuitenkin laajentua moneen tapaamiseen tai rajoittua yhteen, aina tarpeen mukaan. Monilapsisissa perheissä voidaan tarvita useampia tapaamisia. Lapsista voidaan myös keskustella monella tavalla, ei ole yhtä oikeaa. Tapaamisten sisällöt voivat limittyä ja vanhemmat voivat heti aluksi haluta keskustella mielenterveyden häiriön vaikutuksista perheeseen. Keskustelujärjestys ei ole tärkeä, tärkeätä on, että kaikki asiat tulevat puhutuksi. Parhaimmillaan Lapset puheeksi -työskentely on rakentavaa ja luovaa keskustelua lasten ja perheen hyväksi. Keskustelun sisällöt ovat lapsen elämäntilanteen kartoitus, tarjotaan van-

hemmille eväitä lapsen kehityksen tukemiseksi sekä tarvittaessa lisäavun järjestäminen perheelle.

Keskustelun tukena ovat "Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia" (Solantaus & Ringbom 2002) ja "Mikä meidän vanhempia vaivaa? Käsikirja lapsille ja nuorille, joiden äiti tai isä kärsii mielenterveyden ongelmista."(Solantaus & Ringbom 2004). On olemassa myös muita hyödyllisiä opaskirjoja. Samoin voidaan perheelle ehdottaa perhekursseja ja lasten ja vanhempien vertaisryhmiä, jos mahdollista. Jos vanhemmilla on selvä tarve ja halu syventää keskustelua lapsista, tai työntekijä kokee siihen tarvetta, ehdotetaan perheelle Beardsleen perheinterventiota, jos siihen on mahdollisuus.

5.3 Beardsleen perheinterventio lapsiperheessä

Ennaltaehkäisevä perheinterventio (Beardslee, Solantaus 1996) on kehitetty perheitä varten, joissa toisella tai molemmilla vanhemmilla on kaksisuuntainen mielialahäiriö tai masennusta sekä 7 -18 -vuotiaita lapsia. Ennaltaehkäisevän intervention käyttö ja sovellutukset ovat laajentuneet viime vuosina palvelemaan affektihäiriötä sairastavien henkilöiden perheiden lisäksi heitä, joilla on psykoottistasoinen sairaus, päihdeongelma tai vakava somaattinen sairaus.

5.3.1. Intervention tarkoitus ja rakenne

Perheintervention tarkoituksena on vahvistaa lasta suojaavia tekijöitä vanhemman mielenterveysongelmista huolimatta. Tavoitteena on luoda perheenjäsenten välille vuorovaikutusta, jonka avulla ymmärrys vanhemman ongelmista, niiden heijastumisesta perheenjäsenten kokemukseen ja tapaan olla yhdessä mahdollistuu sekä intervention aikana että sen päätyttyä. Interventio pyrkii olemaan avaus keskusteluille, jotka jatkuvat perheen omana prosessina. Tämä on yksi perheen lasten psyykkistä kehitystä suojaava tekijä. Lasten kehitystä suojaavat mm. perheen ulkopuoliset ikätasoiset suhteet lapsiin ja aikuisiin sekä mahdollisuus ikätasoiseen toimintaan. (Solantaus 2001)

Interventio tähtää lapsuusajan psyykkisen häiriötilan preventioon primaarisella, sekundaarisella ja tertiaarisella tasolla. Primaarisessa preventiossa lasten

joustavuuden ja perheen ymmärtämyksen kasvun odotetaan tulevaisuudessa vähentävän depression esiintyvyyttä näissä lapsissa. Sekundaarisessa preventiossa kognitiivisen, ja erityisesti lasten depression varoitusmerkkejä koskevan tiedon odotetaan lisäävän oireilevien lasten tunnistamista. Tertiaarinen preventio saadaan aikaan vanhempien tietoisuutta lisäämällä; tämän odotetaan johtavan aikaisemmin huomaamatta jääneen lapsuusiän depression tunnistamiseen ja hoitoon. (Beardslee, Solantaus 2001)

Intervention päämääränä on lähentää lasta ja vanhempaa toisiinsa sekä auttaa perhettä saavuttamaan yhteinen tapa ymmärtää sairautta ja mitä sen on merkinnyt perheelle. Sairastuneen vanhemman/vanhempien kanssa keskustellaan huolenaiheista, vanhemmuudesta, lasten elämätilanteesta, huostaanoton pelosta, lasten vahvuuksista, lasten reaktioista ja kokemuksista sekä arvioidaan lasten tuen/hoidon tarve (Solantaus 2001).

Intervention formaatti on lyhytkestoinen, intensiivinen, psykologis-opetuksellinen perhettä koskeva interventio ja pitkäkestoinen ajoittainen seuranta. Interventio käsittää 6-8 tapaamista riippuen lasten määrästä. Jokaista perheen lasta tavataan erikseen ja koko perhettä yhdessä. Interventio etenee vaiheittain. Ensimmäisessä vaiheessa työntekijä tapaa vanhempia, toisessa jokaista perheen lapsista, kolmannessa suunnitellaan vanhempien ja lasten kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta perheen yhteistä tapaamista. Perhetapaamisen jälkeen työntekijä tapaa vielä vanhemmat (Beardslee & Solantaus 1996). Istunnot pidetään joko vanhempien asunnossa tai vastaanotolla.

5.3.2. Intervention periaatteet

Ensimmäisenä periaatteena lapsen tai nuoren kanssa keskustelussa on huomioida sen päämäärät. Tarkoitus on lähentää lasta vanhempaa toisiinsa, realisoida lapsen kuva itsestään ja vanhemmastaan sekä tehdä ongelmien ratkaisu perheessä mahdolliseksi. Tähän pyritään lisäämällä tiedon avulla perheenjäsenten keskinäistä ymmärrystä sairaudesta ja tapahtumista, jotka ovat lapsen kokemusmaailmassa. Toinen periaate on kunnioittaa ja huomioida, että kyseessä on vanhemman ja lapsen yhteinen prosessi. Vanhemman kunnioitus tarkoittaa sitä, että edetään vanhemman vauhdilla – kokemuksen, voinnin ja toiveiden mukaan. Vanhemman mahdolliset vanhemmuuteen liittyvät pelot kuullaan ja käsitellään. Myös lapsen oma kokemus ja käsitys asioista kuullaan. Tarkoituksena on, että vanhempi itse kertoo lapselle – ei lapselle vieras työntekijä. Jos vanhempi ei sii-

hen itse pysty tai toivoo tukea, otetaan interventioon mukaan lapsesta huolehtiva aikuinen.

Kolmantena intervention periaatteena on, että puhutaan asioista, jotka ovat lapsen/nuoren kokemuspiirissä eli niistä mitä lapsi on kokenut, tietää, ajattelee tai kuvittelee. On tärkeää, että lapsi saa selityksen kokemilleen asioille. Esimerkiksi vanhemman omia salaisuuksia tai ahdistavia ajatuksia ei paljasteta lapselle, jos ne eivät ole millään lailla lapsen kokemuspiirissä. Neljäs periaate on, kun lapselle puhutaan ongelmista, on esitettävä myös ratkaisu eli avattava ovi tulevaisuuteen. (Solantaus, Beardslee 2001)

5.4. Koulutuksen jälkeinen menetelmätyönohjaus henkilöstölle

Psykoedukatiivisen perheohjaus -koulutuksen päätyttyä terveyskeskuksen johto koki edelleen tuen henkilöstölle tärkeäksi psykoedukatiivisen perheohjauksen toteutuksessa. Ohjaajakoulutusryhmiin osallistuneista 33/55 ilmoitti halukkuutensa jatkaa maaliskuussa 2006 aloittavassa ryhmässä. Heistä 26 työntekijää aloitti ryhmässä. Työntekijät jaettiin alueellisesti kahteen työnohjausryhmään, niin että työntekijät akuutilta sairaalaosastolta, alueen psykiatrianpoliklinikalta, päiväosastolta ja kuntoutuskodista olivat samassa ryhmässä. Näin perhe huomioitiin sairastuneen hoitoketjussa, vältettiin päällekkäisyyttä työskentelyssä perheen kanssa ja työparin muodostus mahdollistui joustavammin.

Työnohjausryhmät kokoontuivat Auroran sairaalassa vuoden 2006 aikana yhteensä kuusi kertaa. Kummallekin ryhmälle oli varattu kolme tuntia/päivä (yhteensä 18 t). Ohjaus oli perhetapauskohtaista. Menetelmätyönohjaajina olivat Leif Berg ja Monica Johansson. Psykoedukatiivisen perheohjauksen toteutus perheessä esiteltiin ohjaajaparina. Parityö oli saatettu toteuttaa yli osasto- ja hoitoyksikkörajojen niin, että sairaalaosaston työntekijä oli parina avohoidon työntekijälle koko perheintervention ajan. Menetelmäkoulutuksiin osallistuneiden ryhmätyönohjaus jatkui ostopalveluna (Profami Oy) vuodesta 2007. Ryhmään liittyivät myös kliinikkokoulutuksesta vuonna 2005 valmistuneita. Ryhmään osallistuneet 25 työntekijää jaettiin edelleen kahteen alueelliseen ryhmään. Ryhmätapaamisia oli vuoden aikana kaksi. Kummallekin ryhmälle oli varattu 3 tuntia/päivä (yhteensä 6 t).

Menetelmäkoulutuksiin osallistuneiden tapaamiset ovat harventuneet vuosittain. Vuodesta 2008 yksittäiset hoitoyksiköt ovat tilanneet (profami Oy) säännöllisen perhekeskeisen työnohjauksen työryhmälleen. Työnohjauksessa korostuu psykoedukatiivinen lähestymistapa ja menetelmällisyys. Hoitoyksiköt ovat sairaalatoiminnan akuutteja vuodeosastoja, avohoidon yksiköitä (psykiatrian poliklinikat ja avokuntoutus) sekä kuntoutustoiminnan yksiköitä.

5.5. Menetelmäkoulutuksen jatkuvuus psykiatriaosastolla

Psykoedukatiivisten perheinterventioiden ohjaajakoulutus on vakiintunut Helsingissä psykiatriaosaston koulutustarjontaan ja uusia koulutusryhmiä aloittaa vuosittain 1-2. Koulutuksen pituus on kahdeksan koulutuspäivää lisättäessä työnohjausaikoja koulutukseen. Kouluttajia on koulutuspäivällä yksi tai kaksi. Ryhmän koko on 14-16 henkilöä. Psykiatriaosastolla menetelmäkoulutuksiin osallistuneita oli vuonna 2009 yhteensä 136 työntekijää. Heistä 16 ovat kliinikoita. Kaikkien menetelmäkoulutuksiin osallistuneiden yhteystiedot liitettiin vuonna 2007 psykiatriaosaston tietojärjestelmään y-asemalle. Tarkoituksena oli edistää parityöskentelyä koulutuksiin osallistuneiden kesken ja muiden perhetyöhön työparia tarvitsevien työntekijöiden kesken. Tavoitteena on myös edistää hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä asiakkaan hoitoketjussa ennakoimalla jatkohoitoa ja työpariutta perheen tueksi.

Kiinnostuneisuus menetelmäkoulutusta kohtaan on kasvanut vuosittain myös muualla Suomessa sairaanhoitopiireissä. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden ohjaajakoulutukseen osallistuneita oli vuonna 2009 muualla Suomessa yhteensä 124. Osallistujat ovat eri ammattiryhmistä aikuis-, nuoriso- ja lastenpsykiatriasta. Tavallisesti osallistujat ovat samasta sairaanhoitopiiristä, jotta perheintervention jatkuvuus sairastuneen hoitoketjussa toteutuu. Koulutuksella on ammattikorkeakoulu –status. Psykoedukatiivinen perhetyö on liitetty eräissä Suomen oppilaitoksissa koulutusohjelmaan vaihtoehtoisena opintokokonaisuutena (esim. Kajaanin amk) tai terveys- ja sosiaalialan opiskelijoiden pakollisiin teoriaopintoihin ammattikorkeakoulussa. Vuonna 2007 kuusi sosiaali- ja terveysalan lehtoria osallistui psykoedukatiivisten perheinterventioiden perusteet –koulutukseen (profami Oy). Toiveena oli edistää yhteistyötä oppilaitosten (Metropolia ja DIAK) kanssa ja tarjota uutta näkökulmaa ja teoriatietoa opetukseen perhetyöstä.

Preventiivisten perheinterventioiden toteuttajia eli kliinikoita on Toimiva lapsi&perhe työn puitteissa koulutettu Suomessa vuosina 2001-2009 jo toista tuhatta. Vuonna 2008 Lapset Puheeksi –koulutukseen oli osallistunut yli 2000 ammattilaista (Solantaus 2008). Työmenetelmät on otettu käyttöön myös muissa Pohjoismaissa.

6. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoitus oli saada tietoa valmiin perhetyön teoriamallin soveltuvuudesta ja käyttöönotosta käytännön hoitotyössä Helsingin terveyskeskuksen psykiatriosastolla menetelmäkoulutuksiin osallistuneiden ryhmässä. Tutkimuksen tavoitteena oli nimetä ja tuottaa tietoa niistä ilmiöistä, jotka vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden käyttöön ottoon ja toteutukseen omassa kliinisessä työssä kohdeyhteisössä. Tiedon tuella pyritään vahvistamaan ja kehittämään kohdeyhteisössä intervention toteutusta edistäviä toimenpiteitä, menetelmäkoulutusta ja opiskelijavalintaa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä tekijät terveyskeskuksen aikuispsykiatrian toimipisteessä kohderyhmän mukaan vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliinisen hoitotyön kanssa?

2. Mitkä tekijät menetelmäkoulutuksissa kohderyhmän mukaan vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliinisen hoitotyön kanssa?

3. Mitkä tekijät perhetyön mallissa kohderyhmän mukaan vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliinisen hoitotyön kanssa?

4. Mitkä ammatilliset tai henkilökohtaiset tekijät vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliinisen hoitotyön kanssa?

7. Tutkimuksen toteutus

Tutkimus oli kaksivuotinen. Tutkimuksen toteutti Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry yhteistyössä Helsingin terveyskeskuksen psykiatriaosaston kanssa. Psykiatriaosaston yhteyshenkilö tutkimuksessa oli johtava ylihoitaja Päivi Sjöblom. Terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä myönsi tutkimusluvan 8.5.2007. Tutkimus päättyi 31.5.2009. Tutkimustoimintaa rahoitti Raha-automaattiyhdistys. Tutkimuksen kokonaisbudjetti oli 140 000 euroa. Budjetti kattoi palkat ja palkkiot, työvälineet, tarvittavan kirjallisuuden ja opinnot, tiedotustilaisuuksien ja loppuseminaarin kulut sekä tutkimusraportin taitto- ja painotyön.

Hankkeeseen kuului päätutkijan lisäksi määräaikainen avustava tutkija, sairaanhoitaja amk Anneli Noroma. Avustavan tutkijan tehtäviin kuului kohderyhmän yksilö- ja ryhmähaastatteluiden toteutus, yksilöhaastatteluista kertyneen aineiston litterointi sekä osallistuminen tutkimuksen arviointiin ja ohjausryhmään. Hankkeen päätutkija koordinoi tutkimuksen toteutusta, vastasi tutkimusaineiston analysoinnista, raportoinnista, tiedottamisesta sekä yhteistyöstä kohdeyhteisön kanssa. Päätutkija suoritti hankkeen aikana hoitotieteen aineopintoja (Kuopion avoin yliopisto), jotta tutkimus toteutuu hyvän tutkimuskäytännön mukaisesti.

Tutkimukselle nimettiin ohjausryhmä. Jäsenet olivat: osastonhoitaja Terttu Leinonen, Auroran sairaala, psykiatriaosasto Helsinki; lehtori Tuula Hyppönen, Metropolia, sosiaaliala, Helsinki; toiminnanjohtaja Brita Kunelius-Määttä, Omaiset mielenterveystyön tukena, Päijät-Hämeen yhdistys ry, Lahti; tutkimusapulainen sh amk Anneli Noroma sekä tutkimuksesta vastaava sh amk Monica Johansson. Ohjausryhmän tehtävänä oli seurata ja valvoa tutkimuksen etenemistä hyvien tutkimuskäytäntöjen mukaisesti sekä toimia konsulttina niin eettisissä kuin rakenteellisissakin kysymyksissä. Ohjausryhmä kokoontui vuoden 2007 aikana kaksi kertaa (25.9., 3.12.2007). Vuonna 2008 tapaamisia oli kolme (4.3., 12.8., 25.11.2008). Tutkimushankkeen viimeisenä vuotena tapaamisia oli yksi (28.4.2009).

Alkavasta tutkimushankkeesta tiedotettiin Helsingin terveyskeskuksen psykiatriaosaston johtoryhmälle, ylihoitajille ja osastonhoitajille. Psykiatriaosaston johto ja hoitoyksiköiden esimiehet mahdollistivat ajallisesti työntekijöiden osallistumisen haastattelutilaisuuteen. Tutkimuksen etenemisestä raportoitiin kohdeyhteisölle (ylihoitajat, osastonhoitajat, henkilöstö ja yhteyshenkilö), toteuttajaorganisaatioille (RAY ja Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry:n hallitus), ohjausryhmälle ja sidosryhmille. Tutkimuksen sidosryhmät olivat: Toimiva lapsi& perhe – hanke, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos sekä Kuopion avoin yliopisto (hoitotieteen aineopinnot vuosina 2007-2009).

8. Kohderyhmä

Kohderyhmä valikoitui Helsingin terveyskeskuksen psykiatriaosaston työntekijöistä, jotka olivat osallistuneet Beardsleen perheintervention kliinikkokoulutukseen tai psykoedukatiivisen perheohjauksen ohjaajakoulutukseen vuosina 2004–2006. Koulutukseen osallistuneita oli yhteensä 62.

Keväällä 2007 kaikille (N = 62) menetelmäkoulutuksiin osallistuneille Helsingin psykiatriaosastolla lähetettiin sähköpostilla tiedote alkavasta tutkimuksesta (Liite 1) sekä tiivistelmä tutkimussuunnitelmasta. Tiedotteessa (21.5.2007) selvitettiin selkeästi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä työntekijän mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. Tiedotteen tavoittaminen varmistettiin työntekijän vastaanotto –kuittauksella. Työntekijän tavoitettavuutta seurattiin, kunnes kaikki olivat saaneet tiedon ja kirjallisesti ilmoittaneet osallistumishalukkuudestaan. Haastateltavalta edellytettiin, että hän on saattanut koulutuksen loppuun ja oli edelleen työsuhteessa Helsingin kaupungin terveyskeskuksen psykiatriaosastolla. Alkuperäisestä kohderyhmästä 36 työntekijää osallistui tutkimukseen. Tutkimukseen kieltäytyi osallistumasta kuusi työntekijää. Työntekijöistä 20 oli vaihtanut työnantajaa, työvapaalla tai muulla lomalla.

Tutkimukseen liitettiin strukturoitu kyselylomake (liite 2), joka kartoitti missä hoitoyksikössä työntekijä toimii, mihin koulutukseen ja jatkotyönohjauksiin työntekijä on osallistunut sekä otantaryhmän ikä- ja ammattijakaumaa. Kyselylomakkein saatu aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Työntekijät koodattiin

haastatteluvuoron (1-36) ja oman toimipisteen mukaisesti (1-9). Kohderyhmässä ei ollut edustajia akuuttityöryhmästä eikä pienkodeista (avohoitotoiminta; koodit 6 ja 8). Työntekijän anonymiteettiä kunnioitettiin.

Tutkimuksen kyselyssä ei kartoitettu osallistujien sukupuolta, koska valtaosa osallistujista olivat naisia. Tutkimukseen osallistuneiden ryhmästä selkeästi suurin osa oli 35 vuotta täyttäneiden ryhmässä.

Ikä	Määrä	%
22-34	6	16,7
35-45	14	38,9
> 46	16	44,4
Yhteensä	36	100,0

TAULUKKO 2: Kohderyhmän ikäjakauma

Avohoitotoiminnasta eli psykiatrian poliklinikoilta, avokuntoutuksesta ja päiväsairaaloista oli ryhmässä suurilukuisin edustus (15/36) johtuen myös kiintiöpaikoista koulutusryhmissä, jotka oli varattu avohoidon työntekijöille. Kiintiötä tuki ajatus perheinterventioiden jatkuvuudesta asiakkaan hoitoketjussa. Akuutit vuodeosastot tarkoittavat akuutteja avo- ja suljettuja osastoja Auroran ja Laakson sairaaloissa. Edustajia näistä yksiköistä oli yhteensä 12 työntekijää. Kuntoutustoiminta käsittää lyhyempää ja pitkäaikaiskuntoutusta toteuttavat vuodeosastot ja kuntoutuskodit. Edustajia kuntoutustoiminnasta ryhmässä oli yhteensä yhdeksän työntekijää.

Toiminta-alue	Määrä	%
Akuutti vuodeosasto	12	33,4
Kuntoutustoiminta	9	25
Avohoitotoiminta	15	41,6
Yhteensä	36	100,0

TAULUKKO 3: Kohderyhmän työntekijöiden toiminta-alue psykiatriosastolla

Kohderyhmässä joka kolmannella oli toisen asteen ammattitutkinto (mielisairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja, lähihoitaja). Korkea-asteen ammattitutkinto oli yli puolella (esh, sh, sh (amk), sosionomi amk, toimintaterapeutti (amk). Ylempi korkea-asteen tutkinto oli harvalla työntekijöistä (psykologi, sosiaalityöntekijä tai muu). Työntekijöistä vain neljä oli osallistunut aiemmin muuhun perhetyön koulutukseen ennen kliinikko- tai ohjaajakoulutusta. Näitä olivat perhe- ja verkostotyön koulutus, psykoedukatiivisen perhetyön koulutus, perheterapeuttikoulutus (ET) ja perheterapia opinnot (ei tutkintoa).

Ammattitutkinto	Määrä	%
toisen asteen	10	27,8
korkea-asteen	22	61,1
ylempi korkea-asteen	4	11,1
Yhteensä	36	100,0

TAULUKKO 4: *Kohderyhmän työntekijöiden ammattitutkinto*

Kohderyhmästä yli puolet olivat suorittaneet ammattitutkintonsa (viimeisin) 1990- luvulla. Joka neljäs heistä oli valmistunut vuosina 2000-2004. Lähes kahdenkymmenen vuoden työkokemus oli työntekijöistä joka viidennellä.

Viimeisin tutkinto, vuodet	Määrä	%
1979-1989	8	22
1990-1999	19	53
2000-2004	9	25
Yhteensä	36	100

TAULUKKO 5: *Kohderyhmän työntekijöiden tutkintovuodet kymmenvuosittain*

Työntekijöiltä kysyttiin olivatko he olleet vuosina 2005-2007 yli kuuden kuukauden yhtäjaksoisella opinto-, virkavapaalla tai muulla lomalla. Hypoteesina oli, että em. vapaat voisivat olla tyypillisiä aikakautena ja tutkimuksen kohteena oli työntekijän koulutuksen jälkeiset kokemukset ja mahdollisuudet toteuttaa perheinterventioita omassa työssä. Kuitenkin vain yksi työntekijöistä ilmoitti olleensa yli kuuden kuukauden yhtäjaksoisella vapaalla.

Kohderyhmässä kliinikkokoulutukseen pienryhmään vuosina 2004-2005 oli osallistunut kuusi työntekijää. Yli puolet työntekijöistä olivat osallistuneet vuonna 2005 toteutettuun ja kooltaan suureen (38 työntekijää) Psykoedukatiivisen perheohjauksen ohjaajakoulutukseen. Toiseen ohjaajakoulutukseen, kooltaan pienempään ryhmään, vuosina 2005-2006 oli osallistunut 11 työntekijää.

Menetelmäkoulutus, osallistuminen	Määrä	%
Kliinikkokoulutus	6	16,7
Ohjaajakoulutus 1	19	52,8
Ohjaajakoulutus 2	11	30,5
Yhteensä	36	100,0

TAULUKKO 6: *Kohderyhmän jakautuminen menetelmäkoulutuksissa*

Työntekijöistä enemmistö oli osallistunut molempiin vuosina 2006-2007 tarjottuihin perhekeskeisiin menetelmätyönohjauksiin (yhteensä 24 tuntia). Näistä 13 työntekijästä 10 kertoo yksilöhaastatteluissa toteuttavansa perheinterventioita, juuri sellaisina kuin ne on kehitetty tai soveltaen (kysymys nro 21, s. 99). Joka kolmas työntekijöistä ei ollut osallistunut työnohjaukseen lainkaan. Näistä 12 työntekijästä 10 kertoo yksilöhaastatteluissa toetuttavansa interventioita, juuri sellaisina kuin ne on kehitetty tai soveltaen (kysymys nro 21, s. 99). Työntekijöistä vähemmistö oli osallistunut menetelmätyönohjaukseen joko vuonna 2006 (yhteensä 18 tuntia) tai vuonna 2007 (yhteensä 6 tuntia). Tilastoa saattaa vääristää kliinikoiden kutsuminen vasta vuonna 2007 ohjaajakoulutukseen osallistuneiden työnohjausryhmään.

Ryhmätyönohjaus, osallistuminen	Määrä	%
v. 2006 (18 tuntia)	7	19,4
v. 2007 (6 tuntia)	4	11,1
Kumpaankin edelliseen	13	36,2
Ei lainkaan	12	33,3
Yhteensä	36	100,0

TAULUKKO 7: *Kohderyhmän työntekijöiden osallistuminen ryhmätyönohjaukseen v. 2006–2007*

Menetelmäkoulutukseen osallistuneiden työntekijöiden kuvauksen ja kehittämisen tueksi haastateltiin lisäksi psykiatriaosaston ylihoitajat ryhmänä (n = 5). Haastatteluun osallistuivat kaikki viisi ylihoitajaa, jotka edustivat eri toimintaalueita niin, että sairaalatoimintaa edusti kolme ylihoitajaa. Heistä kahdelle on jaettu vastuualueet akuuteilta vuodeosastoilta, lisäksi kummallakin on vastuu joko päivystyspoliklinikasta tai eräistä kuntouttavista vuodeosastoista. Kolmas ylihoitaja vastaa kuntoutuskodeista sekä joistakin kuntouttavista vuodeosastoista ja perhehoidosta (Sipoo). Avohoitotoimintaa edusti kaksi ylihoitajaa. Heistä toinen (johtava, koordinoiva ylihoitaja) vastaa avohoidon psykiatrian poliklinikoista ja avokuntoutuksesta. Toisella on vastuualueenaan päiväsairaalat, kuntoutuspoliklinikka, fysioterapia ja opiskelijoiden ohjaus. Heistä kolme oli virassa psykoedukatiivisten perheinterventioiden koulutuksen alkaessa vuonna 2004.

9. Aineiston keruu ja analysointi

Kyseessä on tutkimus, jonka tiedonkeruumenetelmä oli kvalitatiivinen. Tutkimuksessa kuvataan kohderyhmän keskeisiä kokemuksia menetelmien käytöstä aikuispsykiatrian toimipisteessä, kokemuksia perhetyön menetelmäkoulutuksista ja perhetyön mallin käytöstä kliinisessä työssä sekä heidän näkemyksiään ammatillisten tai henkilökohtaisten ominaisuuksien vaikuttavuudesta interventioiden toteutuksessa. Kvalitatiivisia menetelmiä käytettäessä oletetaan, että todellisuus tavoitetaan kokemuksen kautta, halutaan ymmärtää ja tulkita ihmisten kokemuksia ja todellisuutta (Isola 1998). Kyseessä on kuvaava ja ennustava tutkimus, joka pyrkii kehittämään terveys- tai sosiaalialan yksikön mahdollisuuksia implementoida perhetyön menetelmiä käytännön työhön.

Tiedonkeruumenetelmänä oli puolistrukturoitu työntekijöiden yksilöllinen teemahaastattelu (liite 3) ja ylihoitajien ryhmähaastattelu. Yksilöhaastattelujen aihepiirit eli teema-alueet perustuvat tutkimuksen viitekehykseen sekä tutkimustehtävään ja tarkentavia kysymyksiä lisättiin kuhunkin aihepiiriin. Metodologisesti teemahaastattelussa korostetaan ihmisen tulkintoja asioista, heidän asioille antamiaan merkityksiä sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa (Hirsjärvi & Hurme 2001). Kysymykset laadittiin perustuen kokemuksiini henkilöstön kouluttajana ja menetelmätyönohjaajana vuosina 2004–2007 sekä kokemuksiin kohdeyhteisön työntekijän parina perheinterventioiden toteutuksessa asiakasperheissä ja perhetyön kehittämishankkeiden vastaavana vuosina

2001-2006. Teemahaastattelun kysymykset testattiin syyskuussa 2007 kahden menetelmäkoulutukseen vuonna 2005 osallistuneen haastattelussa. Koehaastattelujen litteroinnin jälkeen kysymyksiä korjattiin ja täsmennettiin. Kohderyhmän yksilöhaastattelut toteutettiin ajalla 9–12/2007. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin nauhalta.

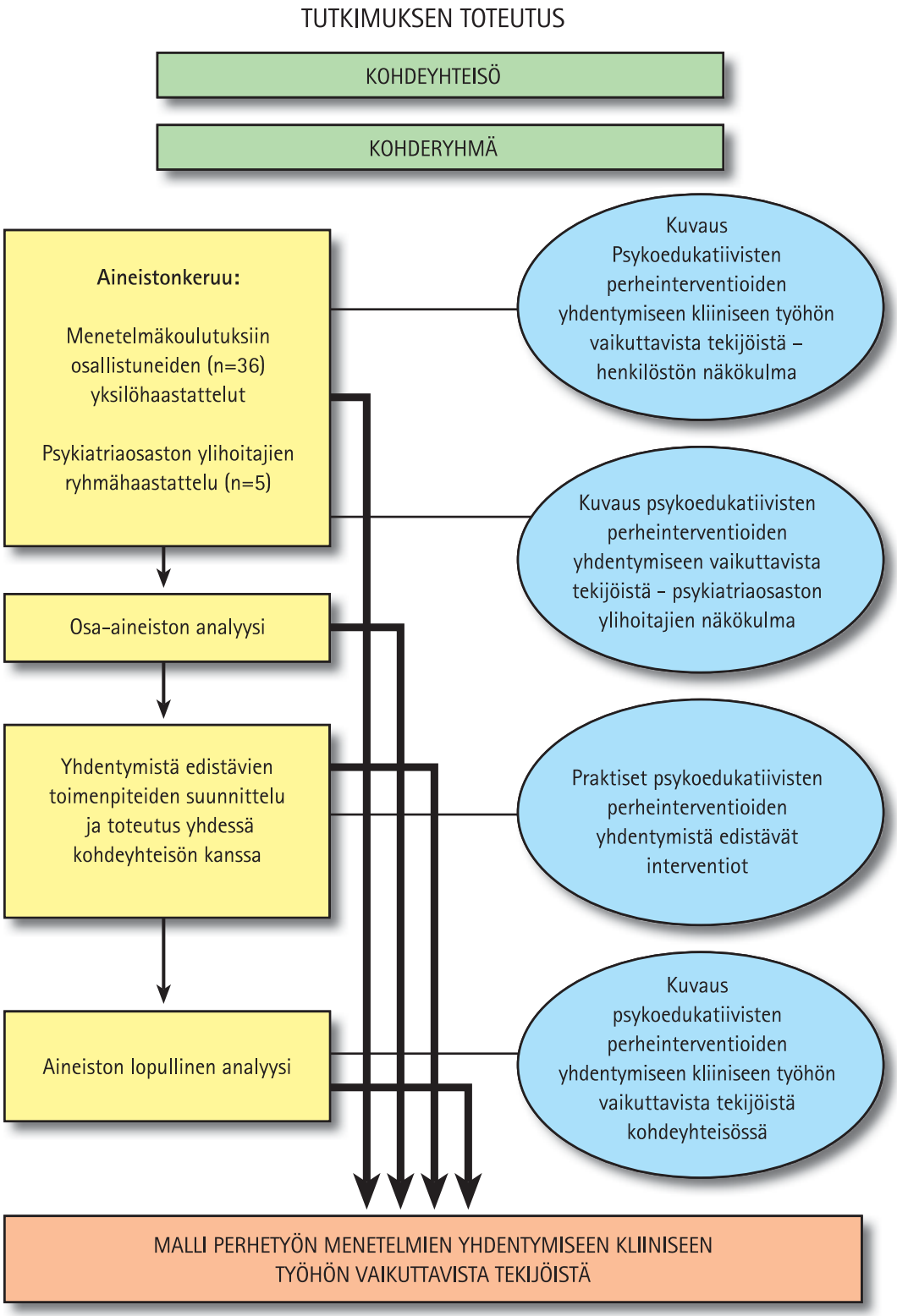
Yksilöhaastatteluissa kysymysten järjestystä tai tarkkaa muotoa ei ollut välttämätöntä noudattaa, vaan pyrkimyksenä oli luoda haastattelutilanteesta joustava ja luonnollinen. Tarkentavien kysymysten tarkoitus oli saada kokemuksellista tietoa kattavasti eri näkökulmista. Kysymyksiä oli yhteensä 36 jakautuen neljään eri teemaan. Tarkentavien kysymysten laatimista tuki aikaviive koulutuksen päättymisen ja tutkimuksen toteutuksen välillä. Toisekseen haastattelut toteutti tutkimusapulainen, jolla ei ollut kokemusta ko. kehittämishankkeista tai menetelmäkoulutuksista ja käsitteistö oli vierasta. Haastattelijan tehtävään valittiin kehittämistoiminnasta ulkopuolinen henkilö tutkimuksen validiteetin tueksi.

Menetelmän mukaisesti toteutetut perheinterventiot määriteltiin tutkimuksessa ja haastatteluissa niiden määrän ja sisällön mukaan. Tapaamisia perheen kanssa tuli olla vähintään kaksi lyhyen ajanjakson sisällä ja niissä tuli olla tunnistettavissa psykoedukaatiolle tyypillisiä auttamisalueita (tietoa sairaudesta, vuorovaikutus, stressin säätely, ongelmanratkaisutaidot). Työntekijä on voinut toteuttaa psykoedukatiivisia perhetyön menetelmiä lapsi- tai aikuisperheessä tai sairastuneen tukiryhmässä, johon kuului muita kuin sairastuneen varsinaisia perheenjäseniä. Perhetapaamiset on voitu toteuttaa asiakkaan kotona, hoitoyksikössä tai muualla. Työntekijä on voinut toteuttaa psykoedukatiivisia perhetyön menetelmiä yksin, parina hoitoyksikkönsä koulutetun tai kouluttamattoman työntekijän kanssa, parina muun hoitoyksikön tai työryhmän koulutetun tai kouluttamattoman työntekijän kanssa tai parina Kotiosoite 3-projektin työntekijän kanssa.

Ylihoitajat koordinoivat psykiatriaosastolla henkilöstön koulutusta ja kantavat vastuun hoitotyön laadusta. Haastatteluun valittiin henkilöt, joilla oli kokemusta tutkittavasta ilmiöstä ja tietoa aiheesta. Ryhmähaastattelu toteutettiin tammikuussa 2008. Teemahaastattelun kesto oli kaksi tuntia. Kysymykset käsittelivät ylihoitajaryhmän odotuksia menetelmäkoulutusten vaikuttavuudesta käytännön hoitotyöhön sekä näkemyksiään mahdollisuuksista toteuttaa perheinterventioita eri toiminta-alueilla; toteutuksen esteet, tuki toiminnalle ja edistävät tekijät. Koska kyseessä oli substantiivinen osa-alue monimuotoisen perhetyön kentältä, teemakysymykset lähetettiin ylihoitajille ennakkoon. Lisäksi heille saatteessa selvitettiin, mitä psykoedukatiivisella perhetyöllä tutkimuksessa

tarkoitetaan sekä menetelmäkoulutusten kesto ja sisältö. Tutkimustiivistelmä ja perheinterventiokoulutuksiin psykiatriaosastolla osallistuneiden nimilista liitettiin saatteeseen. Ryhmähaastattelu nauhoitettiin, videoitiin ja litteroitiin kirjalliseen muotoon.

Ylihoitajien ryhmähaastattelu toteutettiin työntekijöiden yksilöhaastattelujen rinnalla, jotta saadaan ylihoitajien kuvaus psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen vaikuttavista tekijöistä psykiatriaosastolla. Yksilöhaastatteluista ja ylihoitajien ryhmähaastattelusta saatua tutkimusaineistoa verrattiin keskenään ja osa-aineiston analyysin tulosten perusteella kohdeyhteisössä suunniteltiin perheinterventioiden yhdentymistä edistäviä toimia (kuvio 1). Ryhmähaastattelut tuottavat yleensä erilaista aineistoa yksilöhaastatteluun verrattuna. Aineiston tulkinnassa tarkoituksena oli ryhmän keskustelusta löytää organisaatiosta kehittämisalueet, jotka tukevat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymistä eri toiminta-alueilla ja ovat yhdensuuntaiset työntekijöiden kokemusten kanssa. Tulkinnassa kiinnitettiin huomiota ylihoitajien väliseen yksimielisyyteen, ristiriitaisuuksiin ja esitettyihin vasta-argumentteihin.



Kuvio 1: Tutkimuksen toteutuskaavio

Tutkimusaineiston analyysi

Koska aihetta on tutkittu hyvin vähän Suomessa ja kyseessä oli valmis teoreettinen perhetyön mallin, jonka soveltuvuutta käytäntöön tutkittiin, oli perusteltua käyttää tutkimusmenetelmänä Grounded Theory -menetelmää. Sternin (1980) mukaan menetelmä soveltuu käytettäväksi alueilla, joita on tutkittu vähän, ja sellaisilla paljonkin tutkituilla alueilla, joilla kaivataan ”tuoretta” näkökulmaa. (Isola 1998).

Grounded Theory –menetelmän kehittäjinä pidetään Glaseria ja Strausssia (1967). He määrittelevät sen teorian löytämiseksi systemaattisesti kerätystä aineistosta. Sen avulla voidaan muodostaa uusia käsitteitä ja käsitejärjestelmiä, täsmentää aikaisempia käsitteitä ja määrittää ydinkäsitteitä jollakin tietyllä substantiivisella alueella tai yleensä inhimillisessä toiminnassa. (Isola 1998)

Grounded Theory –menetelmällä toteutettava tutkimus on induktiivista. Menetelmän avulla pyritään muodostamaan teoriaa. Tässä yhteydessä käsite painottuu praktiseen teoriaan, ja teorian muodostumisen tavoitteena on jäsentää käytännön toimintaa ja käytännössä toimivien ihmisten tietoisuutta toiminnastaan. Induktiivinen päättely ei kuitenkaan ole tutkimuksen aikana ainoa päättelyn muoto. Deduktiivinen päättely on aineiston analyysin jossakin vaiheissa välttämätöntä (Glaser 1978). Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli luoda malli perhetyön menetelmien yhdentymiseen kliiniseen työhön vaikuttavista tekijöistä.

Symbolisessa interaktionismissa kiinnostuksen kohteena ovat ihmisten väliset vuorovaikutusprosessit ja niiden kehittyminen (Blumer 1969). Toimintaa tulee siis tutkia vuorovaikutuksellisena. Tutkijan on oltava siinä määrin ”sisällä” tutkittavassa alueessa, että hän ymmärtää käytettävän kielen keskeiset symbolit. Symbolien ymmärtäminen on välttämätöntä tulkintojen tekemisessä (Blumer 1969, Leino-Kilpi 1990). Analyysissa ja tutkimusraportissa pyrin tavoittamaan ja kuvauksissa säilyttämään ”kielen”, jota työntekijät käyttävät työskentelyssä asiakasperheiden kanssa ja työskenneltäessä menetelmällisesti.

Aineisto kirjoitettiin ensin tekstinkäsittelyohjelmalla. Tutkimusaineistoa haastatteluista kertyi yhteensä 520 sivua. Tämän jälkeen se luettiin useaan kertaan, jotta aineistosta saatiin kokonaiskuva. Aineiston analyysia ohjasi abduktiivinen päättely. Ajatteluprosessissa vaihtelevat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit

(Isola 1998). Aineistolähtöisen analyysin mukaisesti ja teoreettisen kokonaisuuden luomiseksi analyysiyksiköt valittiin aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Teoriasidonnaisessa analyysissa on tiettyjä teoreettisia kytkentöjä, jotka eivät pohjaudu suoraan teoriaan. Teoria voi kuitenkin toimia apuna analyysin etenemisessä. Analyysiyksiköt valittiin aineistosta myös niin, että sitä ohjasi aikaisempi tieto.

Sisällön analyysia ohjaava luokittelurunko muodostettiin haastattelussa olleiden kysymysten pohjalta. Aineistosta poimittiin luokittelurungon ja kysymysten mukaisia lausumia, jotka pelkistettiin luokittelua varten. Analyysiyksiköt muodostuivat aineiston alkuperäisilmauksista pelkistetyistä lausumista. Aineistoa abstrahoitiin yhdistämällä samansisältöisiä analyysiyksiköitä, jolloin saatiin ilmiötä kuvaavia alaluokkia (liite 4). Tutkija käyttää tulkintaansa päättäen, mitkä asiat yhdistetään samaan luokkaan (Kyngäs & Vanhanen 1999, Cutliffe & McKenna 2004). Alaluokkia verrattiin alkuperäiseen tekstiin ja tarkistettiin tulkinnan johdonmukaisuus. Alaluokista muodostettiin edelleen yläluokkia kuvaamaan ilmiötä. Lopuksi yläluokat yhdistettiin pääluokiksi. Tutkimusaineistosta haettiin samuutta ja toiminnan logiikkaa. Sisällönanalyysissa kvantifioitiin aineistoa samanaikaisesti. Aineistosta laskettiin kuinka monta kertaa samaa asia esiintyy haastateltujen kuvauksissa ja kuinka moni tutkittava ilmaisee saman asian (Catanzaro 1988, Burns & Grove 1997). Kvantifioinnin toivottiin tuovan laadullisen aineiston tulkintaan uudenlaista näkökulmaa ja lisätietoa.

10. Haastattelujen tulokset

Tässä kuvataan yksilöhaastattelujen tuloksia eri tutkimusteemoissa. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen vaikuttavien tekijöiden alueelta teemoja on neljä: tekijät terveyskeskuksen aikuispsykiatrian toimipisteessä, menetelmäkoulutuksessa, perhetyön mallissa sekä työntekijän ammatillisissa tai henkilökohtaisissa ominaisuuksissa. Tekstissä kuvataan aineiston pääluokat ja selitetään niiden sisältöä ylä- ja alaluokkien avulla sekä esimerkein alkuperäisistä lausumista.

Analysoitu aineisto raportoidaan tässä kertomuksen muodossa luettavuuden helpottamiseksi. Kertomus ei noudata kysymysten suoraa järjestystä teemojen sisällä. Aineisto esitetään teemojen sisällä aihealueina, kuten ”työntekijän kokemus tuesta”. Aihealueet ovat rakentuneet yhdistämällä kysymyksiä loogisesti teeman sisällä. Aineiston kvantifiointi näyttäytyy kertomuksissa niin, että pääluokista esitetään ensimmäisenä se, josta kohderyhmässä oli yleisimmin kokemusta. Tarkoitus on kiinnittää huomio ensisijaisesti vaikuttaviin tekijöihin. Pääluokkien yhteydessä esitetään suluissa pelkistettyjen lausumien määrä. Samoin pääluokkia selittävistä yläluokista esitetään ensimmäisenä se, johon liittyy määrällisesti eniten työntekijöiden lausumia.

Tulkinnan helpottamiseksi työntekijät eri toimipisteistä (koodit) yhdistettiin analyysissä edustamaan kolmea toiminta-aluetta: akuutit vuodeosastot (suljetut

ja avo-osastot), kuntoutustoiminta (kuntoutusosastot, kuntoutuskodit) ja avohoitotoiminta (psykiatrian poliklinikoiden vastaanotto, avokuntoutus, päiväsairaalat). Haastateltujen kokemukset raportoidaan siis toiminta-alueittain, ei hoitoyksiköittäin, työntekijän tunnistettavuuden välttämiseksi. Ainoastaan, jos kokemukset samalla toiminta-alueella olivat huomattavan samankaltaisia tai niitä ei ollut lainkaan, on siitä mainittu raportissa erikseen.

10.1. Yhdentymiseen vaikuttavat tekijät terveyskeskuksen aikuispsykiatrian toimipisteessä

Ensimmäisessä teemassa oltiin kiinnostuneita siitä, mitkä tekijät vaikuttavat psykoedukatiivisten perhetyön menetelmien yhdentymiseen kliinisen hoitotyön kanssa terveyskeskuksen aikuispsykiatrian toimipisteessä. Teeman sisällä kysymyksiä oli yhdeksän. Kysymykset käsittelivät intervention toteutuksen vaatimuksia, miten toteutus on mahdollistettu ja toteutuksen esteitä omassa toimipisteessä sekä perheintervention hyötyä palvelujärjestelmälle. Lisäksi kysyttiin työntekijän kokemusta tuesta, parityöskentelyn mahdollisuuksista asiakasperheen verkostossa, yhteistyöstä ja ohjaus- sekä konsultointi mahdollisuuksista perhetyön osalta (liite 3/1). Haastatteluista kertyi teemaan pelkistettyjä lausumia yhteensä 1098.

10.1.1. Perheintervention toteutus omassa toimipisteessä ja hyöty palvelujärjestelmälle

Kysymys nro 1: Mitä pidempiaikaisen perheintervention toteuttaminen vaatii toimipisteessäsi?

Erityisesti haastatellut nimesivät perheinterventioiden toteutuksen vaativan toimipisteessä **työntekijäkohtaisia vaatimuksia (28)**. Näitä vaatimuksia olivat joustavuus, motivaatio ja aktiivisuus (yläluokka) sekä kyky intervention toteutuksen suunnitteluun ja organisointiin (yläluokka). Joustavuutta vaati perhetapaamisten ja omien työaikojen järjestelyt. Motivaatiota, sitoutumista ja aktiivisuutta vaadittiin perheen koolle kutsumisessa ja työparin löytämiseksi. Myös oma innokkuus ja rohkeus mainittiin. Työntekijän suunnitelmallisuudella

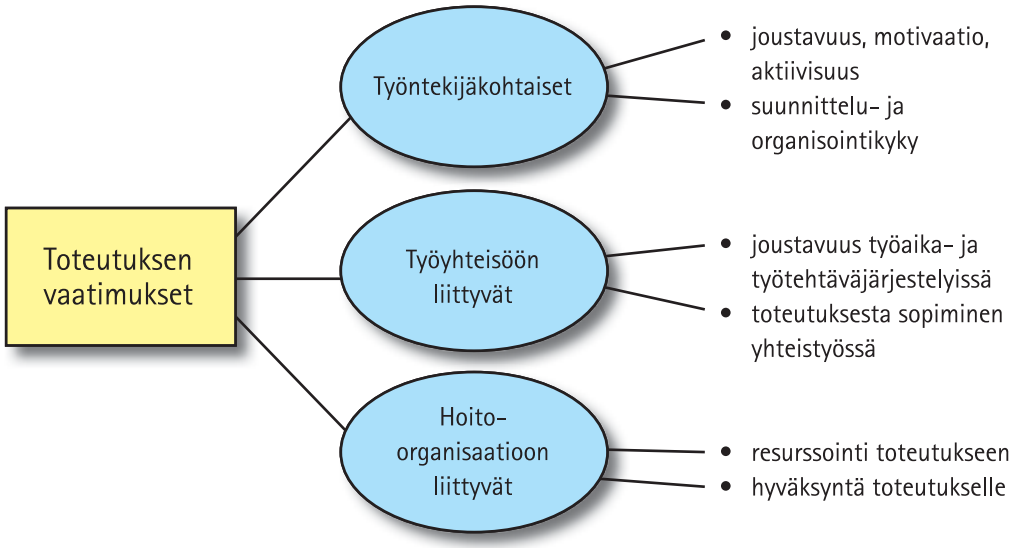
tarkoitettiin intervention toteutusajankohdan suunnittelua, perhetapaamisten ajallista organisointia ja aikaa perheen motivointiin sekä intervention toteutukseen. Työntekijäkohtaisia vaatimuksia esitettiin kaikilta toiminta-alueilta; akuutit vuodeosastot, kuntoutustoiminta ja avohoito.

Intervention toteutuksesta oli tasapuolisesti kokemuksia **työyhteisöön (15)** ja **hoito-organisaatioon (15)** liittyvistä vaatimuksista. Työyhteisöön liittyviä vaatimuksia olivat työyhteisön joustavuus työaika- ja työtehtäväjärjestelyissä (yläluokka). Tämä tarkoitti työpaikan joustavuutta työvuorojen vaihdossa, pidemmän ajan varaamista perhetapaamisille kotona, töiden uudelleen järjestelyä hoidon lyhytaikaisuus huomioiden sekä työryhmän hyväksyntää jälkipolikliiniselle työlle. Lisäksi vaatimukseksi nimettiin perheintervention toteutuksesta sopiminen yhteistyössä (yläluokka) esim. hoitokokouksessa, työryhmässä tai muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Kokemuksia työyhteisöön liittyvistä vaatimuksista esittivät erityisesti akuuttien vuodeosastojen työntekijät. Hoito-organisaatioon liittyviin vaatimuksiin nimettiin resurssointi intervention toteutuksessa aikaan ja henkilöstöön sekä työnantajan hyväksyntä toteutukselle (yläluokka). Aikaa toivottiin enemmän paneutua yksittäisen potilaan tilanteeseen sekä suosituksia vastaavia resursseja. Resursseja toivottiin jälkipolikliiniseen työhön ja asiakkaan kotona tehtävään työhön. Myös perhetapaamistiloja toivottiin ja koulutettujen määrän lisäämisestä mainittiin.

”Tarttuis heti kiinni, et meillä ei oo kauheesti aikaa miettiä siinä, et melkeempä pitäisi tulovaiheessa jo ruveta miettimään, et tehdäänkö tälle perheinterventio tälle perheelle ja onko sille tarvetta…”

$H_{24,\ akuuttitoiminta}$

Viimeisinä pääluokkina olivat toimipisteen **asiakasperheeseen (6)** ja **hoitokulttuuriin liittyvät vaatimukset (6)**. Asiakasperhekohtaisia vaatimuksia olivat motivoitunut perhe ja sairastuneen suostumus intervention toteutukseen ts. perheen tapaamisiin. Hoitokulttuuriin liittyvistä vaatimuksista nousi ainoana akuuttihoidon asennemuutos perhekeskeiseen hoitoon. Akuuttihoidolta toivottiin aloitteellisuutta perheintervention toteutuksessa ja orientaatiota perhekeskeiseen hoitoon.



Kuvio 2: Perheintervention toteutuksen vaatimukset toimipisteessä

Kysymys nro 3: Miten toimipisteessäsi on mahdollistettu pidempiaikaisen perheintervention toteuttaminen?

Perheinterventioiden toteutus on toimipisteessä mahdollistettu **suunnittelemalla perheintervention toteutus työyhteisössä yhdessä (45)**. Tämä nousi aineistosta selkeästi ja yleisesti. Tällä tarkoitettiin ajan järjestämistä tapaamisille työjärjestelyin (yläluokka). Interventioita toteutettiin jälkipolikliinisesti ja asiakkaan kotona. Myös hyvien perhetapaamistilojen olemassa olosta mainittiin. Toimipisteessä sai työparin työryhmästä (yläluokka) tai toisesta toimipisteestä; yleisimmin avohoidosta. Lisäksi toimipisteessä joustettiin työajoissa (yläluokka); työvuoroja voi vaihtaa ja toivoa.

"…tää joustaminen on tämmönen niinku sisäänrakennettu systeemi meillä, että vaihdellaan vuoroja tai venytellään vuoroja tai tullaan aikaisemmin tai lähetään myöhemmin, että ihan tilanteen mukaan…"

$H_{31,\ akuuttitoiminta}$

Toisena nousi **hoidon perhekeskeisyys ja tähän liittyen työyhteisön kannustus toteutuksessa (18).** Hoidon perhekeskeisyyttä kuvattiin perhetyöskentelyn suunnitteluna yhdessä työryhmässä (yläluokka). Suunniteltiin, mikä perhe hyötyy interventiosta, sovitaan montako kertaa perhettä tavataan ja aikataulutetaan interventio. Perhetyöskentelyn mainittiin olevan osa hoitoa, itsestään selvyys, osa perustehtävää tai perhetyö katsotaan tärkeäksi. Akuuttien vuodeosastojen työntekijöillä ei ollut edellisestä kokemusta. Työyhteisön kannustus (yläluokka) intervention toteutuksessa koettiin yhtä lailla merkitykselliseksi. Kannustavaa oli työyhteisön tai esimiehen myönteisyys, palaute tai innostuneisuus.

Viimeisenä pääluokkana on **työntekijän mahdollisuus itsenäiseen työn suunnitteluun työyhteisössä ja oma aktiivisuus (18)**. Kun työntekijällä oli mahdollisuus itsenäiseen työn suunnitteluun, hän voi itsenäisesti varata aikoja perhetapaamisille, muokata itse työnkuvaansa eikä työyhteisö vastusta interventioiden toteuttamista. Toteutusmahdollisuuksien mainittiin olevan riippuvaisia myös omasta aktiivisuudesta, innokkuudesta ja tahdosta.

Ongelmia liittyen intervention toteuttamisen mahdollisuuksiin hoitoyksiköissä mainittiin yksikön tyypilliset yksittäiset perhetapaamiset (informatiivinen tai käytännön järjestelyihin liittyvä tapaaminen) tai aika- ja henkilöstöresurssien puute toteutukselle. Resursseihin vaikuttivat vuorotyö, liiallinen työmäärä, lyhyet hoitoajat, henkilöstön vaihtuvuus tai menetelmäkoulutukseen osallistunutta ei saa työpariksi.. Muutama ehdotus ja toive esitettiin: profiloituminen yksikössä perhetyöntekijäksi, pidempiaikaisen intervention arvottaminen suoritteissa ja lisäresussointi toteutukseen.

Kysymys nro 4: Mitkä ovat mielestäsi esteet pidempiaikaisen perheintervention toteutukselle toimipisteessäsi?

Esteitä pidempiaikaisten (tapaamisia kaksi tai useampi) perheinterventioiden toteutukselle löytyi kuvaamaan neljä pääluokkaa. Ensimmäisenä on **työyhteisöön (40) liittyvät esteet**. Näitä esteitä kuvasi ajan vähäisyys perhetapaamisille (yläluokka), aikataulujen yhteensovittaminen (yläluokka) ja näkemyserot perhetyöstä (yläluokka). Aikaa koettiin olevan liian vähän ja potilaita liian paljon. Akuutilla hoito-osastolla hoitoajat ovat lyhyitä. Työntekijällä oli mahdollisuus työskennellä vain yhden perheen kanssa muun työn ohessa. Aikataulujen yhteensovittaminen työparin (toinen koulutettu, sairaalan tai avohoidon työntekijä) ja perheen kanssa koettiin esteeksi. Kolmivuorotyö hankaloitti ajansopimista. Näkemyserot hoitoyksikössä perhetyöstä koskivat perhetyönmenetelmiä (perheterapia vai perheinterventio), hoitoyksikön tapaa tavata perhettä vain yhden kerran tai liian vähäistä keskustelua ja kiinnostuneisuutta perhetyötä kohtaan. Aikataulutuksen ongelmista oli kokemusta erityisesti akuuttien vuodeosastojen ja avohoidon työntekijöillä, perhetyön näkemyseroista akuuttien vuodeosastojen työntekijöillä. Akuuteilla vuodeosastoilla mainittiin lisäksi esteeksi perheterapiaopiskelijoiden ottavan kaikki perheet.

Toisena pääluokkana kuvataan **organisaatioon (26) liittyviä esteitä**. Esteenä esitetään henkilökunnan vaihtuvuus (yläluokka) eli ennakoimattomat henkilöstömuutokset ja ajallisesti interventioon sitoutuneen työntekijän löytäminen pariksi. Esteenä pidetään myös menetelmäkoulutukseen osallistuneiden vähäisyyttä (yläluokka) ja kokeneiden työparien puuttumista – erityisesti akuuteilla vuodeosastoilla. Harvoja mainintoja oli perhetapaamistilojen puuttumisesta.

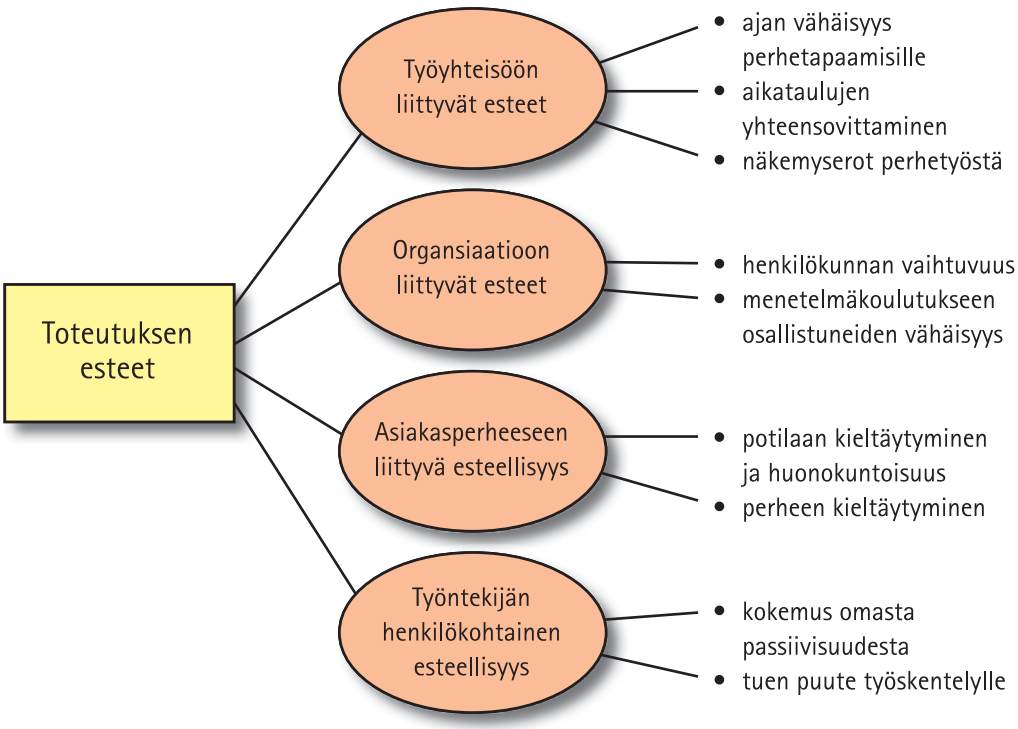
Kolmas pääluokka on **asiakasperheeseen liittyvä esteellisyys (13)**. Tähän liittyi potilaan kieltäytyminen ja huonokuntoisuus (yläluokka). Potilaan vointi ei salli intervention aloitusta tai potilas suhtautuu tapaamisiin epäluuloisesti. Esteenä on vielä perheen kieltäytyminen interventiosta (yläluokka). Perheen kieltäytyminen oli näkynyt samoin epäluuloisuutena tai tavoitteiden väärinymmärryksenä. Perheellisiä potilaita saattoi olla hoitoyksikössä vähän.

Viimeisenä pääluokkana on **työntekijän henkilökohtainen esteellisyys (12)**. Tätä kuvaa työntekijän kokemus omasta passiivisuudesta ja tuen puutteesta työskentelylle (yläluokka). Kokemukseen vaikuttivat oma selektiivisyys, suoritteiden kerääminen, epävarmuus, uupuminen, työnohjauksen puuttuminen, hoitoyksikön muutokset tai ristiriidat.

"… mua ehkä ois jossain mielessä vielä niinku viime keväänäki kiinnostanu enemmänkin, mutta ihan selvästi niinku työryhmässä ei kiinnosta…Jotenki tuntu niinku hirveen turhauttavalta yrittää puskee sitte itsekseen siinä läpi. Sit taas löytää se työpari…se on hirveen työlästä lähtee kyselemään, siellä on niin kiireisiä ihmisiä, et pitäisi jotenkin siitä läheltä löytyy se työkaveri."

$H_{9,\ avohoitotoiminta}$

Muutaman työntekijän kokemuksen mukaan minkäänlaisia esteitä intervention toteutukselle ei toimipisteessään ole. Haastateltujen mukaan esteitä voidaan ylittää, jos tapaamisia perheen kanssa on määrällisesti vähemmän (1-2 tapaamista) tai ilman perheenjäsenten yksilöllisiä tapaamisia. Interventio ehdotetaan toteutettavaksi jälkipolikliinisesti ja työpari on avohoidosta. Hoitoyksiköihin toivotaan lisää koulutettuja ja heitä työpareiksi. Hoitoyksiköihin toivotaan lisää keskustelua perhetyöstä ja yhteistyöstä. Myös omaan aktiivisuuteen kiinnitetään haastattelussa jonkin verran huomiota ja harvalukuisesti lisäresursseihin (ajallinen resurssointi, työnohjaus, tilat, potilasmäärä).



Kuvio 3: Esteitä pidempiaikaisen perheintervention toteutukselle toimipisteessä

Kysymys nro 5: Mitä hyötyä arvelet olevan aikuispsykiatrian palvelujärjestelmälle pidempiaikaisten perheinterventioiden toteuttamisesta?

Pidempiaikaisten perheinterventioiden toteutuksen hyödyistä aikuispsykiatrian palvelujärjestelmälle muotoutui neljä pääluokkaa. Niistä ensimmäisenä sairastuneen ja omaisten **hoito- ja tukipalveluiden käyttötarpeen vähentyminen (36)**. Sairastuneen hoito- ja tukipalveluiden käyttötarpeen vähentymisellä tarkoitettiin sairastuneen akuuttihoidonpalvelujen tarpeen vähentymistä (yläluokka). Sairastuneen sairaalakäynnit vähenevät ja lyhentyvät. Sairastuneen selviäminen avohoidossa ja kotona parantuu. Aikuis- ja lapsiomaisten hoidon ja tukitoimien tarpeen vähentymiseen (yläluokka) uskottiin vaikuttavan ennaltaehkäisevän työn. Preventiivinen työote vähentää palvelujärjestelmän kuormittumista tulevaisuudessa, uusien potilaiden syntymistä sekä perheenjäsenten yksilöllistä hoidon tarvetta tai hoitokäyntejä terveysasemalla ja työterveyshuollossa. Lapsiperheissä uskottiin ehkäistävän sukupolvien ja lasten sairastumista, pelastetaan lapsen tulevaisuus. Tarjotun tuen lapselle esitettiin vähentävän perheen tarvetta muihin tukitoimiin.

”Pääsin seuraamaan ihan kotiin asti…vaikka oli äärimmäisen vakavasta sairaudesta kysymys, niin hänellä ei ole ollut sairaalahoitoja, että tavallaan ikään kuin loppuivat siihen…jotenkin se perheyhteisö tiivisty sillä tavalla, että sieltä löytyi keinoja tukea sitten vanhemman pärjäämistä ja puolin ja toisin…jotkut on jopa soittaneet ihan vaan kertoakseen hyviä kuulumisia, että pärjäilevät ja kokivat hyötyneensä ja ei tarvii pelätä et ois joutunut uudestaan sairaalaan.”

$H_{31,\ akuuttitoiminta}$

Hyödyksi koettiin **osapuolten kuormittuneisuuden vähentyminen, kun interventio toteutetaan yhteistyössä (21)**. Tällä tarkoitettiin perheintervention jatkuvuutta ja hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä (yläluokka) sairastuneen hoitoketjussa. Yhteistyön koettiin vaikuttavan sekä hoitoyksikön että perheen kuormittuneisuutta vähentävästi. Interventioiden katsottiin olevan sairaalan ja avohoidon yhteinen tehtävä. Intervention jatkuvuus hoitoketjussa koettiin tärkeäksi. Perheinterventio esitettiin aloitettavaksi missä hoitoyksikössä tahansa. Akuuttiosastolla aloitettua interventiota voidaan avohoidossa jatkaa harvakseltaan. Jatkuvuuden periaatteen katsottiin varmistuvan, kun hoitoyksiköissä on koulutettuja. Tarpeen verkostotapaamisille uskottiin vähenevän, mistä hyötyi

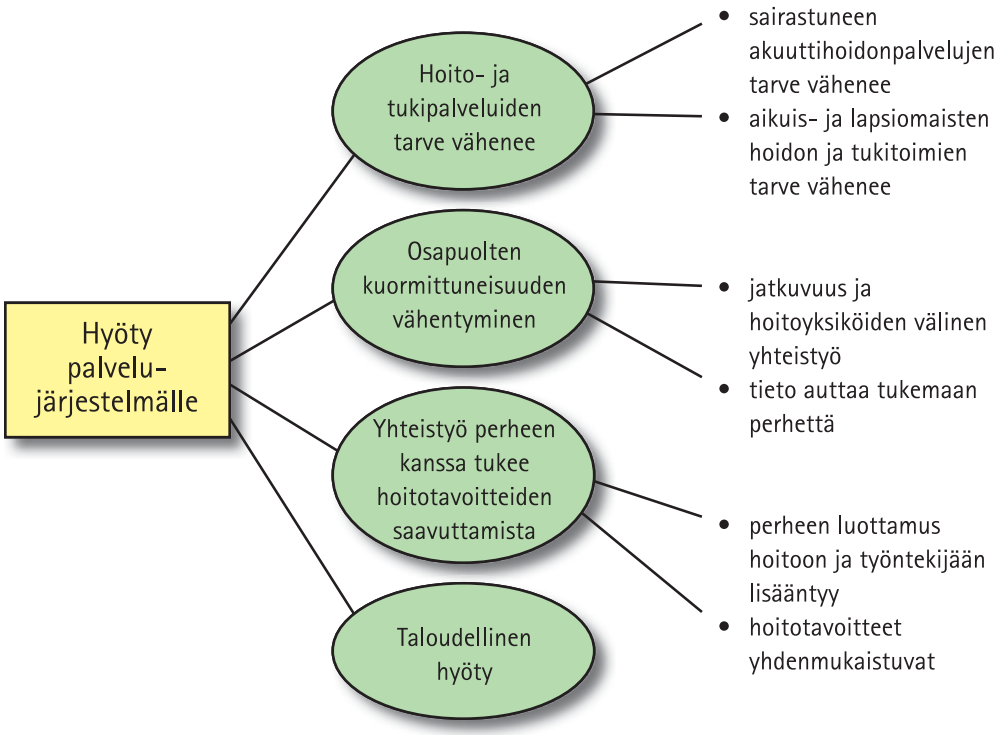
myös perhe. Perhetapaamisten jatkuvuus hoitoketjussa ehkäisi perheen turhautuneisuutta. Työntekijän tieto intervention toteutuksesta ja perheestä auttoi tukemaan perhettä (yläluokka). Edellytys on, että tieto kulkee eri hoitoyksiköiden välillä, tiedetään interventiosta ja mitä perheohjaus on. Tieto helpottaa vastaanottavan työntekijän keinoja tukea perhettä ja sairastunutta, kuten perheenjäsenten roolit ja toiminta erityistilanteissa sekä milloin ohjata heitä tarvittavan avun äärelle. Intervention toteutus helpottaa työntekijän kannalta asioiden käsittelyä jatkossa sairastuneen tai perheen kanssa.

Palvelujärjestelmän katsottiin hyötyvän interventioiden toteutuksesta, kun **yhteistyö perheen kanssa tukee hoitotavoitteiden saavuttamista (19)**. Interventiossa perheen luottamus hoitoon ja työntekijään lisääntyy ja yhteistyö vahvistuu (yläluokka). Perheen tilannetta voidaan tällöin kartoittaa realistisemmin, byrokratia vähenee ja avoimuus lisääntyy hoidon ja perheen välillä. Omaisten epäluulot hälvenevät hoitoa kohtaan ja heidän on helpompi tulla osaksi hoitojärjestelmää. Yhteistyötä perheen kanssa vahvistaa jaettu yhteinen tieto. Interventiossa hoitotavoitteiden yhdenmukaistumisen uskottiin tukevan sairastuneen sitoutumista hoitoon (yläluokka). Perheelle annettu tieto ja jaettu ymmärrys sekä perheen ja työntekijöiden yhteiset ja yhdenmukaistuvat tavoitteet hoidossa tukevat sairastuneen hoitokomplianssia. Yhteistyö perheen kanssa tukee sairastuneen hoitoa ja kannattelee hoitotulosta.

”Mä uskon, että myös niinku vanhemman tai sen potilaan hoito, et se saattaa myöskin olla se kohta, missä se hoito lähtee paremmin liikkeelle, koska näistä asioista on saatu puhuttua.”

$H_{32,\ avohoitotoiminta}$

Viimeisenä pääluokkana on **taloudellinen hyöty (7)** palvelujärjestelmälle perheinterventioiden toteutuksesta. Todetaan olevan yhteiskunnallisesti tärkeää, kun perheet voivat hyvin. Rahallista säästöä on varhainen puuttuminen ja, jos lapsi ei sairastu.



Kuvio 4: Hyöty aikuispsykiatrian palvelujärjestelmälle pidempiaikaisten perheinterventioiden toteuttamisesta

10.1.2. Työntekijän kokemus tuesta perheintervention toteutuksessa

Tähän on koottu työntekijöiden kokemukset tuesta perheintervention toteutukselle ja toiveistaan tuesta. Parityöskentelyn mahdollisuuksia intervention toteutuksessa kuvataan oman toimipisteen sisällä, eri hoitoyksiköiden välillä tai niin, että pari on sosiaalialan tai muun auttamisalan toimija esim. lastensuojelusta, kotipalvelusta, A-klinikalta tai seurakunnasta. Lisäksi ollaan kiinnostuneita tekijöistä, jotka ovat esteenä parityöskentelylle ja mitkä tekijät taas voisivat sen mahdollistaa. Tässä kuvataan perhetyön erilaisiin koulutuksiin osallistuneiden yhteistyötä akuuteilla vuodeosastoilla sekä kuntoutus- ja avohoitotoiminnassa. Lopuksi kartoitetaan toimipisteiden tilaisuuksia, joissa työntekijä voi pohtia perhetyöhön liittyviä ongelmia tai onnistumisia sekä työntekijän kokemuksia niistä. Eräissä kysymyksissä alkuperäiset lausumat on ryhmitelty ja koodattu likertin asteikkoon tulkinnan helpottamiseksi.

Kysymys nro 2: Minkälaista tukea olet saanut pidempiaikaisen perheintervention toteuttamiseen toimipisteessäsi?

Tukimuodoista muodostui kolme pääluokkaa: **tuki työyhteisössä (82), tuki esimieheltä (38) ja tuki johdolta (17)**. Vain harva kokee jääneensä interven-

tioiden toteutuksessa täysin ilman tukea työyhteisössä, esimiehen tai johdon taholta. *Työyhteisössä tueksi* koettiin hoitoyksikön hoidon perhekeskeisyys (yläluokka) eli perhetyö nähdään tärkeänä eikä perheen mukaan ottamista hoitoon kyseenalaisteta. Työtovereiden asenne perhetyötä kohtaan on positiivinen ja perhetyötä arvostetaan. Työyhteisön pyrkimykset ovat yhtenäiset ja perhetyötä toteutetaan tai perheinterventiot ovat juurtuneet hoitoyksikön rakenteisiin. Lisäksi hoitoyksikössä oli perhetyön koulutuksiin osallistuneita (yläluokka) enemmän kuin yksi. Perhetyönkoulutukset olivat menetelmäkoulutus, perheterapeuttikoulutus tai muu. Koulutuksiin suhtauduttiin myönteisesti ja siinä tuettiin. Tueksi koettiin myös mahdollisuus perhekeskeiseen työnohjaukseen (yläluokka). Tällä tarkoitettiin ryhmätyönohjausta hoitoyksikössä ja menetelmäkoulutuksen jälkeistä ryhmätyönohjausta. Edellä mainittuja voidaan kutsua rakenteelliseksi tueksi työyhteisössä.

Työyhteisössä koettu konkreettinen tuki määriteltiin työryhmän ja työtovereiden tueksi perheintervention toteutuksessa ja joustavuudessa työjärjestelyissä (yläluokka). Perheinterventiota suunniteltiin työryhmässä yhdessä ja pohdittiin työpariutta. Työtoverit tukevat ja joustavat työajoissa ja työjärjestelyissä. Jälkipolikliinisiin perhekäynteihin suhtauduttiin myönteisesti. Hoitoyksiköstä sai parin intervention toteutukseen (yläluokka). Työpari löytyi ongelmitta tai helposti. Pari oli työtoveri, joka oli tai ei ollut osallistunut menetelmäkoulutukseen. Tueksi koettiin myös se, kun työntekijää ei estetä toteuttamasta interventiota (yläluokka) tai vastusteta - työyhteisö, lääkäri tai esimies eivät estä.

Henkinen tuki työyhteisössä muotoutui mahdollisuudesta jakaa kokemuksia työtoverin tai työryhmän kanssa (yläluokka). Perhetapaamisia purettiin työparin kanssa ja työparien välillä oli keskinäistä kannustusta ja parilta sai tukea. Keskusteluja ja pohdintaa on perhetyöstä muiden menetelmäkoulutukseen osallistuneiden kanssa. Työryhmässä käytiin keskustelua perhetapaamisista raporteilla tai perhetyön tavoitekeskusteluissa. Työyhteisössä on mahdollisuus konsultointiin. Intervention toteutuksessa työryhmän myönteinen suhtautuminen ja kannustus (yläluokka) koettiin tueksi. Menetelmä koettiin työryhmässä hyödylliseksi ja tärkeäksi. Työryhmältä sai myönteistä palautetta ja menetelmästä oltiin innostuneita.

"Mä koen, että he myös niinkun arvostaa myös tätä ja ymmärtää tän asian tärkeyden et sinänsä niinku, ei sielt tuu niinku semmosta kieltoo"

$H_{32,\ avohoitotoiminta}$

Työyhteisön tarjoama tuki perheinterventioiden toteutukselle

RAKENTEELLINEN TUKI	KONKREETTINEN TUKI	HENKINEN TUKI
HOIDON PERHEKESKEISYYS Perhetyö tärkeää Positiivinen asenne Yhtenäiset pyrkimykset	TYÖTOVEREIDEN TUKI TOTEUTUKSESSA Intervention yhteinen suunnittelu Joustavuus työajoissa ja -järjestelyissä Saa työparin	MAHDOLLISUUS JAKAA KOKEMUKSIA Työtoverin tai työryhmän kanssa Pohdinta muiden menetelmäkoulutukseen osallistuneiden kanssa Keskustelut raporteilla
PERHETYÖN KOULUTUS Koulutuksiin osallistuneita on Myönteinen suhtautuminen koulutukseen	EI ESTETÄ TOTEUTTAMISTA Työyhteisö Lääkäri Esimies	MYÖNTEINEN SUHTAUTUMINEN JA KANNUSTUS Menetelmä koetaan hyödylliseksi Myönteinen palaute
MAHDOLLISUUS TYÖNOHJAUKSEEN		

TAULUKKO 8: Työntekijöiden kokemus työyhteisön tarjoamasta tuesta perheinterventioiden toteutuksessa

Tuki esimieheltä oli esimiehen osoittama myönteisyys ja luottamus (yläluokka) intervention toteutusta kohtaan. Toimintamenetelmä on hyväksytty ja sitä pidetään tärkeänä. Työtä arvostetaan ja ymmärretään. Tätä tuki esimiehen oma suuntatutuneisuus perhetyöhön. Myönteisyys ja luottamus koettiin esimiehen taholta tukimuodoista merkittävämmäksi akuuteilla vuodeosastoilla. Haastatellut kokivat saaneensa tukea esimieheltä kannustuksena ja palautteena (yläluokka). Esimies kannusti toteuttamaan interventioita, antoi myönteistä tai positiivista palautetta ja rohkaisi työntekijää. Esimiehen joustavuus (yläluokka) tukimuotona oli joustavuutta työvuoroissa ja työjärjestelyissä. Esimies mahdollistaa ja antaa mahdollisuuden toteuttaa interventioita sekä tukee toteutuksen suunnittelussa. Tukea pidempiaikaisen perheintervention toteutukseen koettiin olevan esimiehen kiinnostuneisuus (yläluokka). Kiinnostusta osoitettiin kehityskeskusteluissa, tilastollisesti tai toteutusvaiheita kohtaan. Myös esimiehen innostuneisuus mainittiin. Lisäksi esimiehen koettiin kannustavan yleisesti (yläluokka). Harvoja mainintoja oli siitä, ettei työntekijällä ole tarvetta tukeen esimiehen taholta.

"Ihan et jos vaan jos halutaan, niin hän on niinkun ihan innoissaan (esimies), et tehdään tällasta, et se on ihan vaan omasta aikataulutuksesta kiinni."

$H_{7,\ kuntoutustoiminta}$

Tuki johdolta oli työntekijöiden kokemuksen mukaan johdon positiivinen suhtautuminen (yläluokka) eli kannustetaan toteuttamaan interventioita ja annetaan positiivista palautetta. Palautetta sai mm. johtoryhmältä tai kehittämisryhmässä. Perheiden tapaamisia toivotaan ja niihin suhtaudutaan myönteisesti. Koetaan, että palaute johdolta ei ole negatiivistakaan eikä estetä toteuttamasta perheinterventioita. Kokemusta johdon positiivisesta suhtautumisesta oli yleisimmin avohoidon työntekijöillä. Mainintoja tuesta johdon taholta oli lisäksi perhetyön koulutuksen järjestämisestä (yläluokka) eli priorisointi koulutukseen, ihmisiä on koulutettu psykiatriaosastolla ja koulutuksiin pääsee osallistumaan. Vain harva työntekijöistä kokee, ettei ole tarvetta johdon taholta tukeen.

Haastateltujen toiveita tukimuodoista työyhteisössä (24) olivat keskustelu perheinterventiosta ja toteutuksen yhteinen suunnittelu (yläluokka). Tällä tarkoitettiin yhteistä keskustelua perheestä, lapsista, perhetyön ja interventioiden päämääristä ja hyödystä sekä perhetyön tarpeesta ja kokemuksista. Enemmän

toivottiin intervention toteutuksen yhteistä suunnittelua ja mahdollistamista. Toiseksi työyhteisöstä toivottiin työparia ja työyhteisöjen välistä yhteistyötä (yläluokka) poliklinikoiden kanssa ja eri perhetyön koulutuksen saaneiden kesken. Toiveita esitettiin erityisesti akuuteilta vuodeosastoilta.

"..se on selkeesti yks semmonen osa mikä mun työstä on jäänyt vähemmälle tällä hetkellä ja semmonen myös, mitä on omissa kehityskeskusteluissa tuonu esiin, että se on ehdottomasti semmonen malli ja työtapa, mitä mä haluaisin jatkaa, ettei se jäisi unholaan"

$H_{25,\ kuntoutustoiminta}$

"Mä puhuin tästä koulutuksesta ja kerroin siitä hyötyneeni ja saaneeni uutta niinku otetta tai yhden uuden työkalun siihen työhöni, niin tota hän kuunteli sitä niinkun kiinnostuneen olosena ja piti sitä hyvänä, mut oikeesti en oo siihen mitään tukee saanu."

$H_{11,\ akuuttitoiminta}$

Johdolta toivottiin tueksi (21) mahdollisuutta perhetyön ohjaukseen ja koulutukseen (yläluokka) sekä aikaa intervention toteutukselle (yläluokka). Perhekeskeistä ryhmätyönohjausta toivottiin yleisesti, menetelmäkoulutusryhmän tapaamisten jatkumista tai "vertais-työnohjausta", jossa on kaikki perhetyötä toteuttavat. Toiveita oli lisäkoulutuksesta pitkäkestoiseen perhetyöhön ja työskentelyyn maahanmuuttajaperheissä. mahdollisuudesta päästä koulutukseen ilman rajoituksia. Aikaa toivottiin perhetapaamisille kotona, vähemmän potilaita, joustoa työajoissa ja työtehtävissä.

"…esimerkiksi kun oltiin siellä viimesessä palaverissa (menetelmätyönohjaus)…oli mahottoman mukava nähä niitä ihmisiä…oli tosi kiva kuulla heidän niinku mitä he on tehny ja sitten niistä heidän keisseistä. Siinä virkisty ja silleen innostu, kun välillä lässähtää ja uupuu ja sillä tavoin niinku rutinoituu, niin tämmönen kaikki tekee hyvää et saa niinku uusia virikkeitä…"

$H_{32,\ avohoitotoiminta}$

Kysymys nro 6: Mitkä ovat mielestäsi mahdollisuudet parityöskentelyyn toteutettaessa pidempiaikaista perheinterventiota omassa toimipisteessä?

Haastateltujen kokemukset parityöskentelyn mahdollisuuksista oman toimipisteen sisällä koodattiin vastamaan vaihtoehtoja 1 = Huonot mahdollisuudet, 2 = Melko hyvät mahdollisuudet ja 3 = Hyvät mahdollisuudet. Vastaajista 27/36 koki mahdollisuudet toteuttaa pidempiaikaista perheinterventiota parityönä hyväksi. Akuuttien vuodeosastojen työntekijöistä enemmistö koki parityön mahdollisuudet hyviksi tai melko hyviksi (9/12). Kuntoutustoiminnan hoitoyksiköistä kaikki (9/9) kokivat mahdollisuudet hyviksi. Avohoitotoiminnasta samoin enemmistö koki mahdollisuudet hyviksi tai melko hyviksi (12/15). Haastatelluista 31/36 kertoi hoitoyksikössään olevan muita menetelmäkoulutukseen osallistuneita. Eniten heitä oli avohoitotoiminnassa ja vähiten akuuteilla vuodeosastoilla.

	Huonot mahdollisuudet	Melko hyvät mahdollisuudet	Hyvät mahdollisuudet	Yhteensä
Akuutit vuodeosastot	3	2	7	12
Kuntoutustoiminta	0	0	9	9
Avohoitotoiminta	3	1	11	15
Yhteensä	6	3	27	36

TAULUKKO 9: *Parityöskentelyn mahdollisuudet pidempiaikaisen perheintervention toteutuksessa omassa työpisteessä*

Parityöskentelyn mahdollisuuksia huononsi vaikeus löytää sitoutunutta tai kokenutta työparia. Työparityöskentelyä vierastettiin tai menetelmäkoulutukseen osallistumattomat suhtautuivat siihen epäluuloisesti. Ongelmia oli eniten akuuteilla vuodeosastoilla. Mahdollisuuksia parityöhön huononsi myös hoitoyksikössä käytäntönä oleva hoitoryhmätyöskentely tai jokaisella työntekijällä oli vastuupotilaansa.

Työntekijän mahdollisuudet parityöskentelyyn toteutettaessa pidempiaikaista perheinterventiota toisen aikuispsykiatrian toimipisteen työntekijän kanssa?

Enemmistö haastatelluista (n=31) kokivat mahdollisuudet parityöskentelyyn perheintervention toteutuksessa työparin ollessa toisesta aikuispsykiatrian toimipisteestä hyviksi. Kolmas osa työntekijöistä kertoi toteuttaneensa perheinterventioita parina avohoidon tai sairaalaosaston työntekijän kanssa oman hoitoyksikön tai toisen hoitoyksikön asiakasperheessä. Toiveita esitettiin yhteistyöstä avohoidon kanssa intervention toteutuksessa. Parilta toivottiin ymmärrystä tai kokemusta interventiosta tai menetelmäkoulutukseen osallistumista. Parityöskentelyn mahdollisuuksia huononsi aikojen yhteensovittamisen hankaluus ja käytännönjärjestelty koettiin työlääksi. Oman työyksikön työntekijän kanssa työskentely koettiin helpommaksi, kun parilla on sama tieto asiakkaasta.

> *"Kun on yhteiset potilaat, niin sillon se ei oo niin tarkkarajasta, että kuka sitä työtä ja missäkin tekee. Et sillä tavalla meillä se on mahdollista kyllä. Et työyhteisö ja esimies eivät pistä kapuloita rattaisiin…"*
>
> $H_{3,\ akuuttitoiminta}$

Työntekijän mahdollisuudet parityöskentelyyn toteutettaessa pidempiaikaista perheinterventiota, kun pari on sosiaalialan tai muun auttamisalan toimija?

Haastatelluista suurin osa, 32/36 työntekijää, esitti mahdollisuuksien parityöskentelyyn intervention toteutuksessa olevan hyvät, kun pari on sosiaalialan tai muun auttamisalan toimija (esim. lastensuojelusta, kotipalvelusta, A-klinikalta tai seurakunnasta). Perusteluissa haastatellut kokivat **yhteistyön hyödyttävän asiakasperhettä ja työntekijää (19)**. Asiakasperheen katsottiin hyötyvän, kun tilanteeseen saadaan uusia näkökulmia (yläluokka) ja erityisosaaminen yhdistyy. Yhteistyön uskottiin olevan rikastuttava kokemus, koska omaan työhön saa uusia näkökulmia (yläluokka). Ajatusta yhteistyöstä pidetään järkevänä, mukavana vaihteluna, virkistävänä ja mielenkiintoisena. Aiemmat kokemukset yhteistyöstä olivat hyviä. Parityöskentelyä tuki olemassa oleva monimuotoinen yhteistyö psykiatriaosaston ja muiden auttajatahojen välillä (yläluokka). Työntekijällä tai työyhteisöllä on yhteistyötä tai yhteyksiä sosiaalialan tai muun auttamisalan toimijoihin. Erityisesti kokemusta on yhteistyöstä lastensuojelun kanssa. Yhteistyö on yhteistapaamisia, ryhmän ohjaamista tai intervention

toteutus parina. Parilta toivottiin hoitotyöhön liittyvää koulutusta, ajattelun samanlinjaisuutta ja käytännönläheisyyttä.

Joka kolmas haastatelluista koki, ettei intervention toteutukseen parityönä ole mitään esteitä. Parityöskentelyä eri organisaatioiden välillä arvioitiin vaikeuttavan **toimintakulttuuriin liittyvät esteet (43)**. Yhteinen toimintakulttuuri puuttuu organisaatioiden välillä (yläluokka). Interventioiden toteuttaminen ei ole käytännössä toimintatapana eri organisaatioiden välillä tai sitä ei ole ajateltu vaihtoehtona, vaan toimitaan perinteisen tehtäväjaon mukaisesti. Organisaatioiden väliltä puuttuu yhteinen työskentelykulttuuri, ideologia ja kieli. Ennakkoasenteita ja epäilyjä on auttajatahojen toimintaa ja yhteistyöhalukkuutta kohtaan. Kokemusta on epäonnistuneesta yhteistyöstä myös eri hoitoyksiköiden välillä. Työparia vierastetaan ja esteenä on myös tiedon tai kokemuksen puute intervention toteutuksessa (yläluokka). Parin tietämättömyys interventiosta lisää vastuuta eikä ei-koulutettuja jakseta opettaa. Näkemykset perhetyöstä poikkeavat parin kanssa toisistaan. Toimintakulttuuriin liittyvä este on lisäksi tiedonkulku ja vastuukysymykset (yläluokka). Tiedon kulun ongelmat ovat tietosuojassa ja erilaisissa potilastietojärjestelmissä. Kysymyksiä on hoitovastuusta ja vastuunjaosta. Parin ulkopuolisuus hoito-organisaatiosta lisää työntekijän vastuuta.

Ajankäyttöön liittyviä esteitä (34) ovat aikataulujen yhteensovittaminen parin kanssa ja vuorotyö (yläluokka), ajanpuute ja poissaolo henkilöstövahvuudesta (yläluokka) sekä henkilökunnan vaihtuvuus (yläluokka). Aikataulujen yhteensovittaminen on vaikeaa eri yksiköiden työntekijöiden kanssa. Vuorotyö ja akuutit muutokset aikatauluissa hankaloittavat aikataulutusta. Aikataulutus koettiin ongelmaksi erityisesti akuuteilla vuodeosastoilla. Aikaa on vähän toteuttaa interventioita yhteistyönä ja hoitoajat ovat lyhyitä. Ajankäyttö vaatii järjestelyjä. Aikaa vievät matkat ja jälkipolikliiniset tapaamiset. Työntekijä on pois henkilöstövahvuudesta hoitoyksiköstä. Esteenä on vielä henkilökunnan vaihtuvuus ja koulutettujen vähäisyys erityisesti avohoidossa.

Mitkä tekijät mielestäsi voivat mahdollistaa parityöskentelyn edellä mainituilla tavoilla?

Haastatellut kokivat parityöskentelyn mahdollistuvan huomioimalla ensisijaisesti **työntekijäkohtaisia tekijöitä (31)**. Näitä ovat työparin osallistuminen menetelmäkoulutukseen (yläluokka), työntekijän oma aktiivisuus (yläluokka) ja

työparin mahdollisuus liikkuvuuteen (yläluokka). Lisää menetelmäkoulutukseen osallistuneita toivottiin avohoitoon ja eri alojen työntekijöihin, kuten lastensuojeluun. Koulutukseen osallistuneita on hoitoyksiköissä ja alueella. Yhteinen viitekehys parin kanssa perhetyössä tukee parityötä. Työntekijän kokemus intervention toteutuksesta lisää yhteistyötä. Parityöskentelyn mahdollistaa osaltaan työntekijän oma aktiivisuus, asennemuutos omissa työtavoissa sekä toimintamallin sisäistämistä itse. Työparilla toivottiin olevan mahdollisuus liikkuvuuteen, päästä hoito-osastolle yksiköstään ja valmiutta parityöskentelyyn.

Lisäksi ehdotettiin **auttajatahojen välisen yhteistyön lisääntymistä (26)** niin, että enemmän olisi yhteydenpitoa ja keskustelua (yläluokka) sekä yhteistapaamisia eri organisaatioiden kanssa. Enemmän yhteistyötä toivottiin eri organisaatioiden kanssa ja jatkuvaa yhteistyötä alueellisen hoitoyksikön kanssa. Keskustelu interventiosta ja sen jatkuvuudesta hoitoketjussa mahdollistaisi parityön. Uuden toimintakulttuurin luominen ja yhteinen näkemys tasa-arvoisina toimijoina on mahdollistava tekijä. Intervention toteutusta tulee suunnitella ja aikatauluttaa etukäteen (yläluokka). Tämä vaatii selkeää tehtäväjakoa, riittävästi aikaa järjestelyihin ja aikataulujen yhteensovittamista. Yhteistyön lisääntyminen vaatii myös tutustumista toisiinsa (yläluokka) sekä toistensa toimintatapoihin. Yhteyshenkilöä yksikössä ehdotetaan.

”…siinä vaiheessa kun perheessä on useampia sairastuneita. Elikkä vanhemmat tulee meille ja sit kuulee, että lapset käy naapuritalossa, eli nuorisopsykiatrian puolella, niin siinä vaiheessa sen huomaa, että se kynnys kyllä heti nousee. Eli tämmösen perhetapaamisen järjestäminen esim. täällä meillä, ettei heti ala miettimään, ettei nyt vaan astu toisen tontille tai lähde sotkemaan kuvioita… Sillon sitä tietysti kaipaisi sitä, tai tarvittais sitä yhteistyötä lasten hoitopaikkaan.”

$H_{16,\ avohoitotoiminta}$

Hoito-organisaatioon liittyvät mahdollistavat tekijät (10) ovat työtavan hyväksyminen ja panostus yhteistyöhön (yläluokka). Esimiehen ja työryhmän tulee hyväksyä työtapa ja panostaa siihen hoitoyksikössä. Hoitoyksikköön tulisi saada korvaava työntekijä perhetapaamisen ajaksi. Muutoksia tarvitaan byrokratiaan ja hoidon rajaamiseen. Yksiköiden läheisyys mahdollistaa yhteistyötä. Työtapaa kehittämään ehdotetaan projektityöntekijää. Lopuksi esitetään mahdollistajaksi **asiakasperheeseen liittyviä tekijöitä (6)**, kuten asiakkaan tarve ja

perheen kontaktit, perheen hyvä suhde auttajatahoon ja työntekijän tuttuus perheelle.

Kysymys nro 7: Minkälaista yhteistyötä erilaisiin perhetyön koulutuksiin osallistuneilla on toimipisteessäsi?

Kysymyksellä haettiin selvyyttä siihen, miten eri perhetyön koulutuksiin osallistunet ovat jakautuneet eri toiminta-alueilla psykiatriaosastolla (akuutit vuodeosastot, kuntoutus- ja avohoitotoiminta). Toiseksi haluttiin tietää minkälaista yhteistyötä eri perhetyön koulutuksiin osallistuneilla on hoitoyksiköissä. Kohderyhmä ei luonnollisestikaan kata kaikkia hoitoyksiköitä ja joistain hoitoyksiköistä on kahden työntekijän edustus. Tieto onkin suuntaa antava ja selittää menetelmäkoulutukseen osallistuneen parityön mahdollisuuksia perheinterventioiden toteutuksessa syksyllä 2007. Tässä koulutukset ovat perheterapeuttikoulutus, perhe- ja verkostotyön koulutukset ja hoitoryhmäkeskeinen perhetyön koulutus.

	Perheterapeutteja ja muihin perhetyön koulutuksiin osallistuneita	Perheterapeutteja, ei muihin perhetyön koulutuksiin osallistuneita	Ei perheterapeutteja, mutta muihin perhetyön koulutuksiin osallistuneita	Ei perheterapeutteja, eikä muihin perhetyön koulutuksiin osallistuneita	Yhteensä
Akuutit vuodeosastot	3	5	3	1	12
Kuntoutustoiminta	0	2	1	6	9
Avohoitotoiminta	1	9	1	4	15
Yhteensä	4	16	5	11	36

TAULUKKO 10: *Perheterapiakoulutukseen ja muihin perhetyön koulutuksiin osallistuneiden jakautuminen eri toiminta-alueilla psykiatriaosastolla.*

Akuuteilla vuodeosastoilla ja avohoitotoiminnassa on panostettu kuntoutustoimintaa enemmän erityisesti perheterapeuttien koulutukseen. Kuntoutustoiminnassa on päinvastoin panostettu psykoedukatiivisten perheinterventioiden menetelmäkoulutuksiin. Lähes joka kolmannen työntekijän yksikössä ei ole perheterapeutteja eikä muita perhetyön koulutukseen osallistuneita, ainoastaan menetelmäkoulutukseen osallistuneita. Puolet haastatelluista kertovat hoitoyksikössään olevan vain perheterapeutteja ja psykoeduktiivisten perheinterventioiden menetelmäkoulutukseen osallistuneita.

Akuuteilla vuodeosastoilla perhetyötä suunnitellaan yhdessä erilaisiin perhetyön koulutuksiin osallistuneiden kanssa ja toteutetaan tapaamiset parina. Perheen tarpeet kartoitetaan yhdessä. Työryhmässä pohditaan ja suunnitellaan lähestymistapoja perheeseen. Keskustelua on perheen auttamis- ja lähestymistavoista ja koulutuksista. Perhetapaamiset toteutetaan työpareina yhdistäen eri perhetyön menetelmiä. Perhetyössä on sama päämäärä hoitajina. Perhetapaamisia suunnitellaan yhdessä. Tapaamisissa käytetään perheterapeuttisia ja psykoedukatiivisia menetelmiä. Suurin osa työntekijöistä kertoo yhteistyöstä, neljä mainitsee ettei yhteistyötä ole tai yksikössä ei ole muita perhetyön koulukseen osallistuneita.

”On voitu tavata niinku vaikka jotakin potilasta ja hänen puolisoa pitkäänkin ja on käytetty sekä psykoedukatiivisia että perheterapeuttisia menetelmiä…puhutaan, on annettu tietoa ja mietitty, miten se näkyy taas heidän arjessaan ne asiat. Kun se on kuitenkin sitä samaa työtä ja on samat päämäärät, niin voi mun mielestä käyttää erilaisia menetelmiä… et ihan tämmöstä yhteistyötä on ihan, et pelaa ihan hyvin…ei meillä ole mitään eturistiriitoja tai tämmösiä.”

$H_{3,\ akuuttitoiminta}$

Kuntoutustoiminnassa yhteistyö eri perhetyön koulutuksiin osallistuneiden välillä on satunnaista eikä keskustelua perhetyön menetelmistä ole tai tietoa ei ole muiden lisäkoulutuksista. Kaikki kuntoutuskotien työntekijät kertovat, ettei yksikössä ole muihin kuin menetelmäkoulutukseen osallistuneita.

Avohoitotoiminnan työntekijöistä puolet kertovat yhteistyön olevan perheiden tapaamista työpareina ja lähestymistapoja perheeseen suunnitellaan yhdessä. Toisella puolella on kokemus yhteistyön vähäisyydestä. Keskustelu perhetyön menetelmistä on vähäistä. Työparina ei työskennellä ajan tai rohkeuden

puutteen tai eriävien käsitysten vuoksi. Perhetyön koulutuksiin osallistuneilta toivotaan enemmän aloitteellisuutta perheen mukaan ottamisessa hoitoon ja tarjoutumista perhetyöhön. Keskustelua ja yhdessä kehittämistä voisi olla enemmän.

Kysymys nro 8: Minkälaisissa työpisteesi tilaisuuksissa voitte pohtia nimenomaan perhetyöhön liittyviä ongelmia tai onnistumisia?

Tähän on koottu hoitoyksikössä kuukausittain toistuvat tilaisuudet sekä ne tilaisuudet, joihin osallistuu koko työryhmä tai suurin osa heistä. Tarkoitus ei ole tässä tutkimuksessa yleisesti kartoittaa psykiatriaosaston tukimuotoja työntekijöille perhetyön toteutuksessa, vaan selvittää minkälaista ryhmämuotoista tukea kohderyhmän työntekijöille oli olemassa osallistuessaan haastatteluun sekä kokemuksiaan ryhmämuotoisen tuen hyödyistä. Lähes puolet (n=15) kohderyhmän työntekijöistä kertoi, ettei heillä ollut olemassa koko työyhteisön säännöllistä ryhmätilaisuutta perhetyön tueksi tai sen kehittämiseksi. Heistä 12 kokivat tilaisuudet tarpeellisiksi ja hyödyllisiksi. Tilanne oli erityisen tuttu lähes kaikille akuuttien vuodeosastojen työntekijöille. Avohoitotoiminnasta joka neljäs työntekijöistä mainitsi puutteesta, kuntoutustoiminnasta joka viides. Erityisesti toivottiin ryhmätyönohjausta. Tilaisuudet koettiin turhiksi, jos hoitoyksikössä perhetyö koetaan liian haastavana tai työntekijät ovat yksilöhoitokeskeisiä.

	Ryhmätyön-ohjaus	Henkilöstö-palaverit	Hoitotyön kehittämis-ryhmät	Raportti	Ei ryhmä-tilaisuuksia
Akuutit vuodeosastot	3	1	0	1	9
Kuntoutustoiminta	3	1	1	7	2
Avohoitotoiminta	6	5	4	2	4
Yhteensä	12	7	5	10	15

TAULUKKO 11: *Ryhmätilaisuudet, joissa voi pohtia perhetyöhön liittyviä ongelmia ja onnistumisia. Jakautuminen toiminta-alueittain.*

Joka kolmas (n=36) haastatelluista mainitsi **ryhmätyönohjauksen**. Akuuttien vuodeosastojen työntekijöillä ryhmätyönohjausta oli yksikössään vain joka neljännellä, kuntoutustoiminnassa joka kolmannella. Avohoitotoiminnassa lähes puolella työntekijöistä oli mahdollisuus ryhmätyönohjaukseen. Joka viides kohderyhmästä kertoi hoitoyksikössä olevan säännöllisiä **henkilöstöpalavereja**, kuten tiimipalaverit, henkilökunnan tunti, hoitajien kokous tai perjantaivartti. Kuntoutustoiminnassa kuntoutuskodeissa ei ollut tämän kaltaisia tilaisuuksia. **Kehittämisryhmistä**, joissa oli mahdollisuus kehittää yhdessä perhe- tai hoitotyötä, mainitsi vain harva. Tämän kaltaisia tilaisuuksia olivat kehittämisryhmä, osastotunnit, talon yhteistyökokous ja johdon kierto. Akuuttien vuodeosastojen ja kuntoutustoiminnan vuodeosastoilta ei ollut näistä ryhmistä mainintaa. Harvemmin järjestettävistä kehittämispäivistä koko hoitoyksikölle oli sen sijaan harvoja mainintoja em. hoitoyksiköiden työntekijöiltä. Lähes joka neljäs kohderyhmässä mainitsi päivittäisen **raportin** tai perusteellisemman pitkän raportin tilaisuudeksi, jossa voi pohtia perhetyöhön liittyviä kysymyksiä. Käytäntönä tämä oli tavallisin kuntoutustoiminnan hoitoyksiköissä.

Perhetyökeskeisistä ryhmätilaisuuksista kerrottiin olevan hyötyä työntekijöille, koska niissä **saa tietoa ja kehittyy perhetyössä (13)**. Tieto jaetaan eri perhetyön koulutuksiin osallistuneiden kesken. Tieto perheen asioista jaetaan. Kaikkien näkökulmat tulevat kuulluiksi. Tilaisuuksissa on yhteistä pohdintaa eri näkökulmista. Tilaisuudet ohjaavat oman työn ja työtavan kehittymistä. Toisekseen niissä **suunnitellaan perhetyön toteutusta (9)**. Perhetyön suunnittelu, tarkastelu ja neuvot tukevat toteutusta. Tilaisuudet innostavat ja antavat voimia. Tilaisuuksissa voi hakea työparin perhetapaamisiin.

Kokemukset tilaisuuksista ovat positiivisia, koska keskustelu on tasa-arvoista ja niissä saa tukea perhetyön toteutukseen. Ryhmätyönohjaus on koettu hyödylliseksi ja antoisaksi. Yhteinen keskustelu avaa tilanteita eri tavalla. Lapsiperheet puhuttavat enemmän kuin aikuisperheet. Työryhmässä saa uusia ideoita, tukea omille ajatuksilleen ja tulee kuulluksi. Kokemukset käytetään hyödyksi ja päästään yhteisymmärrykseen perhetyön päämäärästä. Työryhmän havainnot perheestä ja kannustus aktivoivat työntekijää toteuttamaan perheinterventioita. Tyytymättömyyttä tilaisuuksissa herätti liian vähäinen keskustelu perhetyöstä. Keskustelua oli liian vähän lähestymistavoista perheeseen ja perhetyöstä yleisesti. Yhteinen sävel ei löydy työryhmässä, kun on paljon erilaisia näkemyksiä perhetyöstä. Tilanteet koettiin pinnallisiksi ja suunnittelemattomiksi.

Kysymys nro 9: Minkälaiset ovat mahdollisuutesi välittömästi jakaa kokemuksiasi perheistunnon jälkeen työntekijän kanssa?

Työntekijöiden mahdollisuudet jakaa kokemuksia välittömästi perheen tapaamisen jälkeen olivat hyvät tai aika hyvät 32 työntekijällä. Kokemuksia jaettiin ensisijaisesti työparin kanssa, jonka kanssa asiakasperhettä tavattiin. Lisäksi tapaamista purettiin heti kaikkien työyhteisössä olevien, työtoverin, perhetapaamisessa läsnä olleiden kanssa tai pienryhmissä (pienhoitoryhmä, perhetyötä tekevät).

10.2. Yhdentymiseen vaikuttavat tekijät menetelmäkoulutuksessa

Toisessa teemassa oli tarkoitus kuvata tekijöitä menetelmäkoulutuksessa, jotka kohderyhmän kokemuksen mukaan vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliiniseen työhön. Teema sisälsi 11 kysymystä (liite 3/2). Menetelmäkoulutuksen kehittämiseksi kysyttiin työntekijöiden odotuksia menetelmäkoulutukselta, kouluttajien vaikuttavuutta perhetyön menetelmän käyttöön ottoon sekä koulutusmateriaalin käyttökelpoisuudesta. Lisäksi oltiin kiinnostuneita siitä, miten koulutus on vaikuttanut työntekijän yhteistyöhön perheen ja sosiaalialan ammattilaisten kanssa sekä ammatillisesti ja työtyytyväisyyteen. Viimeisenä haluttiin tietää, mitä vaikutuksia koulutukseen osallistumisella on ollut oman hoitoyksikön perhetyön käytäntöihin. Pelkistettyjä lausumia kertyi teemaan yhteensä 786.

10.2.1. Työntekijän kokemus menetelmäkoulutuksesta

Kysymys nro 10: Mitä odotit menetelmäkoulutukselta?

Psykeodukatiivisten perheinterventioiden menetelmäkoulutukselta odotettiin **menetelmällisyyttä perhetapaamisiin (35)**. Työntekijät odottivat työvälineitä perheiden kanssa työskentelyyn (yläluokka). Niiden tuli olla selkeitä, konkreettisia sekä käyttökelpoisia työkaluja, työvälineitä ja keinoja perheiden kanssa työskentelyyn ja perheiden kohtaamiseen. Lisäksi odotettiin tietoa perhetapaamisten kulusta ja mistä puhua perheiden kanssa (yläluokka). Tietoa toivottiin siitä, miten aloittaa perhetyötä ja miten perheiden kanssa edetään ja työskennellään. Perhetapaamisiin haettiin sisältöä ja tietoa siitä, mistä ja miten asioista puhutaan perheen kanssa. Konkretiaa, kokemuksia ja esimerkkejä käytännöstä toivottiin. Odotettiin menetelmiä ja mallia perhetyöhön (yläluokka) eli sovellettavissa olevaa mallia, rakennetta ja tekniikkaa perheiden tapaamiseen ja perhetyöhön.

Lisäksi haettiin **tietotaitoa ja rohkaistumista (26)** perhetyössä. Odotuksena oli saada teoriatietoa ja uusia taitoja perhetyöhön (yläluokka). Käytännönläheistä teoriaa, tietoa, oppia, uusia taitoja, uusia eväitä, uutta näkökulmaa sekä ymmärryksen lisääntymistä perheistä ja lapsista. Rohkeutta ja työskentelyvarmuutta

perheiden kohtaamiseen (yläluokka) toivottiin. Rohkaisua, rohkeutta ja aktivoitumista perheiden tapaamiseen ja kohtaamiseen sekä työskentelyvarmuutta ja valmiuksia kohdata perheitä, joissa on alaikäisiä lapsia. Lisäksi koulutukselta toivottiin vahvistusta toteuttamalleen perhetyölle (yläluokka) ja ammattitaidolle. Olemassa olevan tiedon perhetyöstä toivottiin selkeytyvän, jäsentyvän ja laajentuvan.

Kysymys nro 11: Vastasiko menetelmäkoulutus odotuksiasi?

Työntekijöistä 34/36 kertoi menetelmäkoulutuksen vastanneen sisällöllisesti odotuksiinsa. Koulutuksen kerrottiin **lisänneen tietoa ja se on rohkaissut kohtaamaan perheitä (23)**. Kokemuksiensa mukaan tieto ja ymmärrys lisääntyivät ja sai uusia näkökulmia perhetyöhön (yläluokka). Koulutus sisälsi paljon tietoa ja uutta tietoa lapsista. Tieto on tuonut syvyyttä lasten kohtaamiseen ja auttanut jäsentämään olemassa olevaa tietoa. On koettu oivalluksia ja työntekijän ymmärrys on lisääntynyt perheen kokemuksesta. Työntekijät kokivat koulutuksen tuoneen rohkeutta ja valmiuksia kohdata perheitä (yläluokka). Koulutuksen koettiin antaneen varmuutta, innostanut, antanut valmiuksia kohdata perheitä ja rohkaissut puhumaan vaikeista asioista perheen kanssa. Koulutukseen liittyneen menetelmätyönohjauksen todettiin tukeneen työtä. Siinä kuuli toisten kokemuksia ja eri yksiköiden näkemyksiä perhetyöstä.

> *”Mikä mulle oli semmonen oikeen suuri oivallus tän koulutuksen myötä, et se jokainen tuo sen oman tarinansa, tämmönen narratiivinen ote vähä että niinku kaikilla on se oma tarinansa siitä samasta koetusta asiasta ja se pitäisi jotenki osata niinku kaikkien kertomus kuunnella ja löytää sieltä se, eikä lähteä tulkitsemaan sitä mitenkään.”*
>
> $H_{26,\ avohoitotoiminta}$

Työntekijät kokivat oppineensa **sovellettavan työmenetelmän ja saaneensa apuvälineitä perhetyöhön (17)**. Koulutuksen todettiin kehystäneen perhetyötä. Koulutuksesta sai käytännönläheisen ja sovellettavan työmenetelmän (yläluokka). Koulutus antoi struktuuria, kehykset perhetyöhön ja lasten puheeksi ottamiseen. Käytännönläheinen ja yksinkertainen malli. Työmenetelmä, jota voi soveltaen käyttää ja hyödyntää yksilö- ja ryhmätyössä. Apuvälineitä sai perheen tapaamiseen (yläluokka). Näitä olivat kysymyslomakkeet ja työkirja. Koulutusta

pidettiin arvokkaana, käytännönläheisenä ja hyvänä. Tyytyväisyyttä oli ilmapiiriin ja avoimeen keskusteluun.

Tyytymättömyys koulutukseen liittyi käytännön harjoittelun viivästymiseen tai harjoituksia koulutuksessa oli liian vähän. Työnohjaus koettiin turhana. Sisältö oli tuttua tai työmalli ei jäsentynyt selkeästi. Pitkäaikaiseen perhetyöhön ei koettu saaneen apuja.

Ajallisesti menetelmäkoulutus vastasi 28 työntekijän odotuksiin. Kokopäiväistä koulutusta pidettiin hyvänä. Pitkän aikavälin koulutus loi prosessin ja koulutuspäivien välillä oli aikaa sulatella asioita ja toteuttaa menetelmää. Intensiivinen, sopivan tiivis paketti. Jatkotyönohjaukset koettiin tarpeellisiksi ja hyviksi. Toiveena oli enemmän työnohjausta ja säännölliset ryhmän jatkotapaamiset. Joka neljäs toivoi koulutuspäiviä tiheämmin ja pidempää koulutusta, koska paljon asiaa, paljon omaksuttavaa ja sulateltavaa.

Eniten tyytymättömyyttä oli koulutusryhmien kokoon ja luonnollisesti 38 hengen ryhmään. Toiset koulutusryhmät olivat 12 ja 18 hengen ryhmiä. Ryhmän kokoa piti sopivana 26 työntekijää. Erityisen hyvänä pidettiin sitä, että koulutusryhmät oli jaettu pienempiin työnohjausryhmiin.

Kysymys nro 12: Mielipiteesi kouluttajista?

Kouluttajia oli menetelmäkoulutuksissa 2–4. Koulutuspäivät toteutettiin kouluttajaparina tai yksin. Kouluttajilla katsottiin olevan **asiantuntijuutta, kokemusta ja paneutuneisuutta (39)**. Kouluttajia pidettiin asiansa osaavina ja asiantuntijoina (yläluokka). Mainintoja oli pätevyydestä ja ajan tasaisuudesta perhetyössä. Kouluttajilla arvioitiin olleen paljon käytännön kokemusta perhetyöstä (yläluokka), joka näkyi opetuksessa. Lisäksi mainittiin kouluttajien paneutuneisuus asiaan (yläluokka). Heidän arvioitiin tekevän työtä sydämellä ja he ovat vakuuttavia.

Kouluttajien esitystapaa pidettiin **selkeänä, mielenkiintoisena ja käytännönläheisenä (25)**. Kouluttajien puhetta pidettiin selkeänä ja esityksiä mielenkiintoisina (yläluokka). Asiat esitettiin mielenkiintoisesti, keskustelevalla tyylillä ja kertomalla esimerkkejä. Kouluttajien lähestymistapaa pidettiin käytännönläheisenä (yläluokka) ja konkreettisena, ei analyyttisena. Tieto oli selkeää ja sitä oli helppo jakaa eteenpäin.

Kouluttajia pidettiin esiintyjinä helposti **lähestyttävinä ja innostuneina (16)**. Eli eivät turhantärkeitä vaan avoimia, mukavia ja räväköitä. Innostuneita asiasta, innostavia ja mukaansa tempaavia.

"Mun mielestä hyviä, siis hyvin niinkun mielenkiintosel taval, et on sitä omaa kokemusta ja niinku kaikkien kans tulin hyvin toimeen ja se oli tosi hyvää just se et se oli niin innostavaa, et ajatteli et vois vaihtaa työpaikkaa."

$H_{12,\ akuuttitoiminta}$

Kysymys nro 13: Mitkä tekijät kouluttajissa mielestäsi voivat vaikuttaa perhetyön menetelmän käyttöön ottoon myönteisesti tai kielteisesti?

Vaikuttavimmiksi kouluttajan ominaisuuksiksi uuden perhetyömenetelmän käyttöön otossa koettiin kouluttajan **innostuneisuus, kannustaminen ja tyyli (32)**. Tällä tarkoitettiin kouluttajan innostuneisuuden (yläluokka) lisäksi innostavuutta, aktiivisuutta ja tarmoa. Osallistujien kannustamista ja kunnioitusta (yläluokka) koettiin olleen rohkaisu ja kouluttajalta uskalsi kysyä. Osallistujien ammattitaito huomioitiin koulutuksessa eikä sitä kyseenalaistettu. Vaikuttajiksi koettiin myös kouluttajan tyyli esitellä asioita (yläluokka), kuten rentous, rauhallisuus, huumori, rempseys, positiivisuus ja mukaansa tempaavuus.

Menetelmän käyttöön ottoon vaikutti lisäksi **esimerkit ja kouluttajan kokemus (30)**. Käyttöön ottoa tukee annetut esimerkit elävästä elämästä (yläluokka) eli miten ottaa asiat puheeksi, esimerkit epäonnistumisista ja kotikäynneistä. Esimerkit ja kouluttajien käytännönläheisyys koettiin kannustavina. Kouluttajan omat kokemukset toteutuksesta (yläluokka), menetelmän toimivuudesta arjessa, "toivottomista" perheistä ja tuloksista edistivät käyttöön ottoa.

"…semmonen hyvin käytännönläheisyys, mikä niinku välittyy heidän sanomisistaan..sen tavottaa niinku hyvin herkästi se ei oo mitään semmosta kauheen korkeelentosta, semmosta akateemista niinku teoriaa ja just jää miettimään, et jaa-a mites tätä nyt sitten veisi tonne kentälle…ja sit tuli tietysti niitten keissienkin kautta miten teorian vie sitten käytäntöön ja esimerkkien kautta…"

$H_{31,\ akuuttitoiminta}$

Viimeisinä vaikuttavina tekijöinä mainittiin **kouluttajan oma usko työhön ja yhteinen kehittäminen (10)**. Tällä tarkoitettiin kouluttajan uskoa menetelmään (yläluokka) ja perhetyön merkittävyyteen sekä kouluttajan vakuuttavuuteen ja asian sisäistämiseen. Yhteinen kehittäminen (yläluokka) tarkoitti koulutuksen aikana samanaikaista parityötä psykiatriaosaston asiakasperheissä kouluttajan tai projektityöntekijän kanssa kehittämishankkeessa (Kotiosoite) sekä hankkeeseen liittyviä hoitoyksiköiden perhetyön kehittämispäiviä.

"…miten he esittelivät asioitaan, se kävi…jotenkin niinkun luonnollisesti se tuli ihan tuolta selkäytimestä ja kokemuksesta…tuli just semmonen fiilis, et tää on ihan tällasta tavallista juttuu…kun noikin tollee puhuu tosta, ni kyl tätä voi tehdä….Et sitä ei nostettu hienoksi isoksi asiaksi, vaan…se on jotenki niin tähän arkipäivään sidottua."

$H_{7,\ kuntoutustoiminta}$

Menetelmän käyttöön ottoon negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä esitettiin niukasti. Näitä olivat kouluttajan liian nopea esitystyyli tai puhuminen, jos asiat esitetään liian ehdottomina kysymättä toisten mielipiteitä tai keskustelulle ei ole aikaa koulutuksessa. Kouluttajalla tulisi olla käytännön kokemusta opettamastaan aiheesta, eikä visionääri. Lisäksi tulisi huomioida uuden työtavan nostattama epävarmuus työntekijässä.

Kysymys nro 17: Koulutusmateriaalin käyttökelpoisuus?

Menetelmäkoulutuksiin liitetty materiaali oli tarkoitettu työntekijälle tueksi työskentelyssä asiakasperheiden kanssa. Materiaaliin kuului luentotiivistelmät, Psykoedukaation työkirja, Lapset Puheeksi –menetelmän manuaali ja lokikirja, oppaat vanhemmille ja nuorille sekä Beardsleen perheinterventio –manuaali ja lokikirja (vain kliinikkokoulutus). Työssään asiakkaan tai hänen perheensä kanssa haastatelluista enemmistö oli käyttänyt materiaalia paljon (n=25). Joka neljäs oli käyttänyt materiaalia asiakastyössä jonkin verran (n=8). Akuuttien vuodeosastojen työntekijät (n=3) kertoivat, ettei käyttöä ole ollut lainkaan.

Työntekijöistä 22 kertoi käyttäneensä Psykoedukaation työkirjaa. Sitä käytettiin omana työvälineenä ja se koettiin tärkeäksi apuvälineeksi. Työkirjaan palattiin tarvittaessa, siitä haettiin vinkkejä, tietoa sairaudesta ja apuja perhetapaamisiin. Työkirja mainittiin selkokieliseksi ja sen antaneen "raamit" perhetapaamiselle.

Välittömässä asiakasperhetyössä joka kolmas työntekijöistä mainitsi käyttäneensä työkirjan liitteenä olevia kysymysehdotuksia sairastuneelle ja aikuisomaiselle. Kysymysehdotukset on tarkoitettu avuksi perheenjäsenten yksilötapaamisiin, joissa kartoitetaan perheen kokemusta, reaktioita ja käsityksiään läheisen sairaudesta. Lisäksi ne antavat yhteisille alkuistunnoille suunnan ja auttavat työntekijää määrittelemään ja ymmärtämään perheen avuntarvetta. Yleisintä niiden käyttö oli kuntoutus- ja avohoitotoiminnan yksiköissä. Joka neljäs kertoi käyttäneensä haavoittuvuus-stressi –lomakkeiden käyttöä perhetapaamisissa.

”Mulla esim. on jatkuvasti työkirja siinä esillä… sitte esim. tää haavottuvuus-stressimalli. Mä käytän vallan niitä malleja, mitä siinä koulutuksessa…must ne on niinku parhaat. Ja sitten niitä haastattelukysymyksiä, ni hyvin paljo käytän niitä sitte myös yksilö-alkuhaastatteluissa”

$H_{26,\ avohoitotoiminta}$

Hyvin vähäistä oli Lapset puheeksi –manuaalin käyttö, mikä selittynee sillä, että manuaali julkaistiin vuonna 2005, eikä sitä näin ollen liitetty materiaalina täysipainoisesti kaikkiin koulutuksiin. Kaikki kliinikkokoulutukseen osallistuneet olivat käyttäneet Beardsleen perheinterventiomanuaalia. Oppaita vanhemmille (”Miten autan lastani? – opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden häiriö”) ja nuorille (”Opas nuorille, joiden äidillä tai isällä on mielenterveyden ongelmia”) kertoi käyttäneensä perhetyössä samoin joka kolmas työntekijöistä.

Kun työntekijöiltä kysyttiin koulutusmateriaalin käytöstä työmenetelmien esittelyssä omassa toimipisteessään, moni vastasi työmenetelmien ja materiaalin tulleen jo vuosien varrella tutuksi työntekijöille ja koulutettuja on jo paljon. Luentotiivistelmiä on kuitenkin esitelty työkavereille, uusille työntekijöille ja opiskelijoille. Psykoedukaation työkirjaa on esitelty työryhmässä ja opiskelijoille. Osa kliinikkokoulutukseen osallistuneista on kouluttanut Lapset puheeksi –menetelmää yksikössään tai esitellyt perheinterventiota työmenetelmänä lapsiperheessä työkavereille. Koulutukseen osallistuneet ovat tehneet perhetyön menetelmiä tutuiksi monessa erilaisessa ryhmätapaamisessa. Yleisimmin perhetyön menetelmiä esiteltiin hoitoyksikön osastotunneilla – erityisesti kuntoutuskodeissa. Toiseksi nousi hoitoyksikön kehittämispäivä – erityisesti akuuteilla vuodeosastoilla. Mainintoja oli myös esittelystä yhteistyö- ja hoitajienkokouksissa,

teemailtapäivässä, opiskelijoiden ohjauksessa, alustuksesta sosiaalityöntekijöille ja omaisten illoissa. Liittyen omaan terveysalan koulutukseen menetelmää oli esitelty koulutusryhmälle ja opettajalle.

10.2.2. Menetelmäkoulutuksen vaikuttavuus yhteistyöhön ja hoitoyksikön perhetyön käytäntöihin

Kysymys nro 14: Miten menetelmäkoulutukseen osallistumisesi on vaikuttanut yhteistyöhön perheiden kanssa?

Kysymykseen koulutukseen osallistumisen vaikuttavuudesta yhteistyöhön perheiden kanssa muodostui tutkimusaineistosta viisi pääluokkaa. Työntekijöistä kaksi eivät kokeneet koulutuksen vaikuttaneen yhteistyöhön perheen kanssa lainkaan. Pääluokista ensimmäisenä nousi työntekijöiden **lisääntynyt kiinnostuneisuus ja ymmärrys perheen kokemusta kohtaan (35)**. Kiinnostuneisuuden lisääntyminen perhettä kohtaan (yläluokka) tarkoitti myös kiinnostuneisuuden vahvistumista. Työntekijä huomioi enemmän omaisia ja perhettä, myös omahoitajakeskusteluissa. Enemmän kiinnitetään huomiota perhetilanteeseen sekä tarjotaan tapaamismahdollisuutta perheelle ja muille läheisille. Kuntoutustoiminnan työntekijöiltä ei ole tästä mainintoja.

> *"…sellasta ihan erilaista näkökulmaa ja se niinku sitä se on alottanu niinku keskustelussa ja omahoitajakeskustelussa niin semmosia erilaisia lähestymistapoja, että tietenki ottaa hyvin paljo niinku huomioon sitä perhettä ja lapsia…"*
>
> $H_{22,\ avohoitotoiminta}$

Koulutuksen kerrottiin lisänneen ymmärrystä perheen kokemuksesta (yläluokka) ja avanneen uusia näkökulmia perheen tilanteesta, tarpeistaan, kuormittuneisuudestaan ja reaktioistaan.

"…tajuaa ehkä vähä paremmin sen vielä., että se koskettaa koko perhettä jos yks sairastuu nii että joutuu sairaalaan ja tulee tänne. Ja mitä kaikkee se sit siel herättääki niinku syyllisyyksiä ja mahdollisesti kaikenlaist niinku kaikissa niissä perheenjäsenissä."

$H_{33,\ akuuttitoiminta}$

"…koulutus siinä mielessä auttaa enemmän niinku ymmärtämään omaisia tai sitä hätää tai kiukkua tai kaiken näköstä. eli ymmärtää paremmin mistä on kysymys eikä ota sitä mitenkään henkilökohtaisena sitä asiaa. jos ei oo tarvis."

$H_{30,\ akuuttitoiminta}$

Toinen pääluokka on **rohkeuden lisääntyminen ja yhteistyön helpottuminen perheiden kanssa (28)**. Työntekijät kokivat koulutuksen lisänneen rohkeuttaan tavata perheitä ja ottaa asioita puheeksi (yläluokka). Koulutus on rohkaissut tapaamaan perheitä, myös asiakasperheiden kotona asti. Koulutus on antanut lisävarmuutta ja tuonut rohkeutta kysyä omaisten vointia ja heidän ajatuksista. Kynnys on madaltunut ja rohkeus on lisääntynyt ottaa asioita esille perheen kanssa ja puhua. Yhteistyö perheiden kanssa on helpottunut ja tapaamiset ovat muuttuneet luontevimmiksi (yläluokka). Koulutus on muuttanut positiivisesti yhteistyötä ja antanut avoimuutta sekä luontevuutta perhetapaamisiin. Työntekijän osallistuminen koulutukseen on poistanut jäykkyyttä tapaamisista.

"…ehkä se on tuonu just sitä rohkeutta, että kysyä myös sitä omaisten vointia. No, se on ihan tämmönen konkreettinen juttu, mitä mä en oo koskaan aikasemmin kysynyt, kun tän koulutuksen rohkasemana, et kuinka he jaksaa."

$H_{4,\ kuntoutustoiminta}$

”Se (koulutus) on jotenkin niinkun antanut luvan tavata sitä perhettä, kun aikasemmin oli …vallalla ajatus, et me hoidetaan potilasta, me ei hoideta perhettä…Eikä mun tarvii olla siltä alalta mikään korkea-koulun käynyt. Mulla on ne tiedot siihen. Ehkä myöskin alentanut sitä rimaa, mikä sillon joskus 80-90 luvulla synty just tän perheterapian tiimoilta…mä aina jännitinki sitä tapaamista, et en vaan riko mitään… edelleen perheet on herkkiä ja täytyy miettiä, et mitä siinä sanoo, mutta se on jotenkin helpompaa, kun se jäykkyys on pois siitä.”

$H_{13,kuntoutustoiminta}$

”Onhan se antanut ihan valtavasti siis semmosta luontevuutta…tää oli niin semmonen käytännönläheinen malli, et mulle se anto ainaki varmuutta tosi paljon toimia siinä perheen kanssa. Semmosta luontevaa kanssakäymistä…vaikka onki se asetelma, et on hoitaja, potilas ja hänen omaisensa, mutta mä haluan, et se ei oo semmonen hierarkinen juttu, vaan kaikki on siinä samalla tasolla.”

$H_{26,\ avohoitotoiminta}$

Kolmantena pääluokkana on **oman työn kiinnostavuuden lisääntyminen (18)**. Työntekijät kokivat osaamisen tehneen omasta työstä mielenkiintoista. Perhetyötä pystyy paremmin kehittämään. Koulutusta hyödynnetään eri osa-alueilla. Tietoa ja keinoja on enemmän. Tiedetään miten ja milloin jakaa perheelle tietoa. Koulutus on oikeuttanut ja velvoittanut tapaamaan perheitä. Koulutus on tuonut perhetyöhön raamit.

”…mä olin innoissani ja muistan sillon, kun meillä oli tää perhe sen koulutuksen aikana, kun me tavattiin, niin mä ajattelin jotenki sillä tavalla, et vitsi et työtki voi olla näin mielenkiintosta ja haastavaa, nimenomaan haastavaa.”

$H_{28,\ akuuttitoiminta}$

Neljänneksi pääluokaksi muodostui työntekijöiden kokemus siitä, että koulutuksen jälkeen **perheen lapsia huomioidaan enemmän (17)**, rohkeammin ja

tapaamiset ovat lapsilähtöisempiä. Sairastuneen alaikäiset lapset otetaan enemmän huomioon hoidossa ja tarkistetaan onko sairastuneella lapsia. Lapset ovat hoidon alusta saakka mukana keskusteluissa. Rohkeus puhua lasten asioista on lisääntynyt. Koulutus on muuttanut perhetapaamisia lapsilähtöisemmiksi ja nyt vanhemmat ovat tapaamisissa asiantuntijoita. Kuntoutustoiminnan työntekijöiltä ei tästä ole mainintoja.

"…must siinä on ratkasevaa se, että kun on saanu itse sitä tietoa enemmän niinku kaikista näistä miten sairaus vaikuttaa lapsiin ja kaikki muut tällaset … sitä tietää että mistä puhuu, ni tota on niitä helpompi ottaa puheeksi."

$H_{29,\ akuuttitoiminta}$

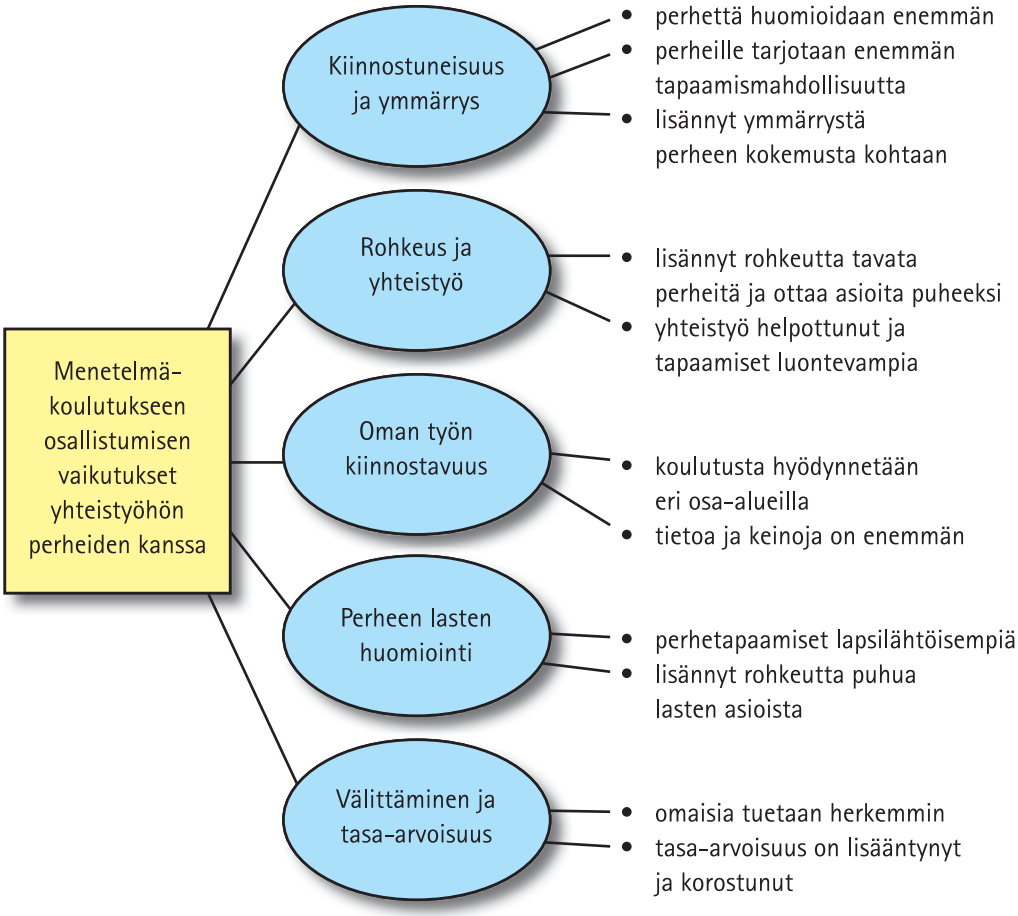
"…ihan tämmönen tiedon jakaminen perheille…siihen tuli ihan semmosta käytännön oppia. Semmonen karkee esimerkki että… jos on eri-ikäsiä lapsia, niin sä et voi kaikkia istuttaa tohon ja antaa palaa, että sun pitää niinku kohdata nää oman ikäsensä tasolla… tämmösiin asioihin on sitten enenevässä määrin pystynyt kiinnittää huomiota..."

$H_{31,\ akuuttitoiminta}$

Viimeisenä pääluokkana esitetään **välittämisen ja tasa-arvoisuuden lisääntyminen (16)**. Omaisia tuetaan herkemmin, ollaan käytettävissä ja halutaan tähdentää välittämistä. Omaisille annetaan tietoa. Tasa-arvoisuus on lisääntynyt ja korostunut, edetään perheen ehdoilla. Ihmisen oma kokemus kuullaan ja pohditaan yhdessä. Ei tarjota valmista tietoa tai ratkaisumalleja perheelle.

"…tää on niin toisentyyppinen, kun tässä mennään perheen ehdoilla, et siinä rakennetaan luottamus ja kuitenkin siellä perheen vanhemmat on se lastensa asiantuntija, niin se näkökulma on niin toisenlainen…"

$H_{6,\ akuuttitoiminta}$



Kuvio 5: Menetelmäkoulutukseen osallistuneiden kokemuksia sen vaikutuksista yhteistyöhön perheiden kanssa.

Lisäksi tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita siitä (kysymys nro 15), miten työntekijän osallistuminen menetelmäkoulutukseen on vaikuttanut yhteistyöhön sosiaalialan perhettä tukevien tahojen kanssa? Ongelmaksi kysymyksen asettelussa nousi ”yhteistyön” liian vähäinen määrittely haastattelutilanteessa. Tässä haluttiin tietää oliko parityöskentely perheissä sosiaalialan ammattilaisten kanssa lisääntynyt koulutuksen jälkeen. Työntekijät käsittivät kysymyksen tarkoittavan verkostotyöskentelyä, joka kohderyhmän mukaan on aina toteutunut hoitoyksikössään ja sitä pidetään tärkeänä. Toiseksi yhteistyö sosiaalialan ammattilaisen kanssa on ymmärretty yhteistyöksi samassa hoitoyksikössä työskentelevän sosiaalityöntekijän tai sosionomin kanssa. Moni mainitsi ”sosiaalialan” kuuluvan sosiaalityöntekijälle tai kohdalleen ei ole sattunut perhettä, jossa olisi tarvetta yhteistyölle. Työntekijöistä 28 esitti, ettei koulutus ole vaikuttanut yhteistyöhön lainkaan.

Työntekijöistä kahdeksan kertoi koulutuksen vaikuttaneen yhteistyöhön sosiaalialan perhettä tukevien tahojen kanssa jonkin verran. Koulutus oli tuottanut yhteistyöhalukkuutta, tiedon ja tiedottamisen halua, avoimuutta ja rohkeutta yhteydenpitoon sekä osallistumiseen verkostotapaamisiin. Auttajatahot huomioidaan paremmin ja keskinäinen vuorovaikutus on muuttunut positiivisemmaksi.

Kysymys nro 16. Millä tavoin menetelmäkoulutukseen osallistuminen on vaikuttanut sinuun ammatillisesti? Entä työtyytyväisyyteen?

Pääluokkia aineiston analyysissä muodostui neljä. Näistä työntekijöiden ensisijaisena kokemuksena oli **tiedon, ammatillisuuden ja osaamisen lisääntyminen (34)**. Tieto oli lisääntynyt ja koulutus oli nostanut ammatillista identiteettiä (yläluokka). Tällä tarkoitettiin myös ammattitaidon lisääntymistä. Koulutus on tukenut ammatillista kehittymistä ja ammatillista identiteettiä. Työyhteisö luottaa työntekijään perhetyön asiantuntijana. Lisäksi työntekijöiden osaaminen oli lisääntynyt perhetapaamisissa (yläluokka). Osaamista ja taitavuutta perhetapaamisissa kuvattiin selkokielen käyttämisellä, kyvyllä kuunnella perhettä, vanhemmuuden ja lasten kokemusten huomioinnilla. Koettiin, että on saanut uusia työmenetelmiä, osaamisalueen lisää ja enemmän eväitä perheiden kohtaamiseen. Kokemus oli rohkaissut soveltamaan ja yhdistämään eri perhetyön menetelmiä.

Toiseksi työntekijät esittivät **rohkeuden ja itseluottamuksen lisääntyneen (22)**. Rohkeus on lisääntynyt kohdata perheitä ja perhetyöntekijänä. On roh-

kaistuttu tarttumaan asioihin, toimimaan ja ohjaamaan omaisia. Perhetapaamisissa ollaan varmempia, vahvempia ja luontevampia. Itseen luotetaan perhetapaamisissa ja uskalletaan olla oma itsensä. Kolmas pääluokka kuvaa, miten **potilaan sosiaalisten suhteiden merkitys nähdään aikaisempaa laajemmin (19)**. Merkitys nähdään erilailla ja perheenjäseniä huomioidaan enemmän (yläluokka). Koulutus on avannut tai muuttanut näkökulmaa perhetyöhön. Perheenjäseniä huomioidaan enemmän tai automaattisesti. Työntekijän oma ehdottomuus on loiventunut. Viimeisenä pääluokkana on työntekijöiden kokemus koulutukseen osallistumisen **tukeneen omaa jaksamista ja lisänneen toivoa (6)**. Omia rajoja tunnistetaan. Osallistuminen on tukenut omaa työskentelyä ja toivoa hoidon kantamisesta.

"…mielenterveyspotilaan omainen ei oo vaan joku, jota kutsutaan hoitokokoukseen, et tavallaan psykoedukaatio on antanu kasvot mielenterveyspotilaan omaisille. Että tota jollakin tavalla niinkun tehny ehkä tän hoidon kokonaisvaltaisemmaksi ja tukevammaksi."

$H_{24,\ akuuttitoiminta}$

Työntekijöiden alkuperäiset lausumat ryhmiteltiin likertin asteikkoon kysyttäessä koulutuksen osallistumisen vaikutuksista työtyytyväisyyteensä. Enemmistö kertoi osallistumisen vaikuttaneen työtyytyväisyyteen paljon eli 19 työntekijää. Jonkin verran vaikutusta oli kymmenen työntekijän kokemuksen mukaan. Ryhmästä viisi työntekijää kertoi, ettei vaikutusta ole ollut. Arvioita ei osannut antaa kaksi työntekijää.

Perhetapaamisten koettiin monipuolistavan työnkuvaa (16), tapaamiset rikastuttavat sitä ja tuovat työhön uutta sisältöä. Perhetyön toteutus on mielekästä. Eri työmenetelmien yhdistäminen innostaa ja vapaus suunnitella interventiota. Työntekijöillä on kokemuksia onnistumisesta hoitosuhteessa ja perheen kanssa. **Koulutus ja uuden oppiminen on innostanut (13)**. Tyytyväisyyttä loi se, että on saanut koulutusta ja oppinut uutta. Koulutus ja uusi oppi on innostanut, ilahduttanut ja voimaannuttanut työntekijää. Boosterit (koulutukseen osallistuneiden menetelmätyönohjaukset) koettiin virkistävinä ja innostavina. Vertaistuki (muut koulutukseen osallistuneet) koetaan tärkeäksi. Työtyytyväisyyttä lisäsi myös **lisääntyneet taidot ja asiantuntijuus (13)**. Koettiin, että taidot ja varmuus perhetyössä on kasvanut. Työntekijän asiantuntijuus on lisääntynyt

työyhteisössä eli työntekijällä on uusi osaamisalue ja luottamus työntekijää kohtaan perhetyössä on lisääntynyt.

"…myöskin työyhteisö, työtoverit luottaa näiltä osin siihen osaamiseen ja pyytävät apua ja järjestetään tapaamiset niin, että sä oot työvuoroissa niin se semmonen tavallaan luottamuksen kasvu siinä mielessä…"

$H_{31,\ akuuttitoiminta}$

"Joo, mä aloin miettimään, et kyl se niinkun, kun on ymmärtäny sen perheen tärkeyden, sen on ottanu esiin ja huomannu myös, et sitten tämä asiakaspotilaskin siitä hyötyy. Joo, et todellakin on vaikuttanu."

$H_{27,\ avohoitotoiminta}$

Mainintoja negatiivisista vaikutuksista on niukasti. Nämä liittyivät työntekijän kokemukseen moraalisesta paineesta ja ajan puutteesta, kun perhetyötä haluaisi tehdä enemmän. Erilaiset työtehtävät vievät energiaa enemmän ja interventioiden toteutukseen liittyy haasteita parin löytämisessä.

Kysymys nro 18: Oletko ohjannut aikuis- tai lapsiperhettä työntekijän kanssa, joka ei ole osallistunut menetelmäkoulutuksiin?

Puolet haastatelluista oli toteuttanut perheintervention työntekijän kanssa, joka ei ollut osallistunut menetelmäkoulutukseen. Parityöskentelyn kerrottiin vaativan yhteistä keskustelua menetelmästä, tavoitteesta ja pyrkimyksistä. Lokikirjaa käytetään apuna ohjattaessa lapsiperheitä. Työskentely vaatii reflektointia parin kanssa perhetapaamisessa. Roolit on jaettu työntekijöille (esim. kommentoija) tai työnjakoa on tehty niin, että toinen informoi hoidosta ja toinen kiinnittää huomion omaisen jaksamiseen ja muuhun. Menetelmäkoulukseen osallistunut on ohjannut, koordinoinut, ollut vetovastuussa tai kantanut vastuun perhetapaamisesta. Monet työntekijät pitivät parityöskentelyä hyvänä kokemuksena. Tapaamista kuvattiin luontevaksi ja raikkaaksi tuulahdukseksi. Hyvänä pidettiin myös työparin rohkaistumista, innostuneisuutta ja kokemustaan selkeästä työot-

teesta. Positiivista kokemusta tuki tuttu ja ammatillisesti tasa-arvoinen työryhmä.

Parityöskentely koettiin negatiivisena, jos perhetyössä on erilaiset tekniikat, eri päämäärät tai eri käsikirjoitus, jolloin tapaaminen ”rönsyilee”. Hämmennystä parissa arvioitiin herättävän, kun psykoedukaatio on lähempänä ihmistä kuin perheterapia.

Kysymys nro 19: Miten perhetyön menetelmäkoulutuksiin osallistuminen on vaikuttanut toimipisteesi hoitotyön käytäntöihin?

Työntekijöistä 16 kertoi menetelmäkoulutuksiin osallistumisensa vaikuttaneen oman toimipisteen hoitotyön käytäntöihin. **Perhekeskeinen ajattelu ja tietoisuus perheen tilanteesta on lisääntynyt (17)**. Perhetyö on vahvistunut, tehostunut tai lisääntynyt hoitoyksikössä. Työntekijät ovat rohkaistuneet perhetyöhön. Perhettä ja lapsia huomioidaan paremmin. Omaisten hätä nähdään paremmin ja kiinnostuneisuus on lisääntynyt tilannettaan kohtaan. Potilaan verkoston merkitys on enemmän itsestäänselvyys ja perhetapaamisia esitetään herkemmin. Potilaan hoito käsittää myös tuen omaisille. **Perhetapaamisten sisältö on muuttunut ja perheen tukikeinot ovat laajentuneet (9)**. Perhetapaamisten sisältöön on hoitoyksikössä tullut uutta ja keinot tukea perhettä ovat laajentuneet. Perhetapaamiset ovat ohjauksellisempia, omaisten tukeminen on jäsentyneempää ja tavoitteet lapsiperheissä ovat selkeytyneet.

> *”…tehostanut entisestään tätä perhetyön osuutta…perheintervention osalta se on tuonut jotain uutta siihen. Ja tää muu työryhmä, ni heidät me olemme saaneet tähän sillä tavalla mukaan, että perheiden lapset puheeksi otto on koko työryhmän harteilla.”*
>
> $H_{6,\ akuuttitoiminta}$

Kysymys nro 20: Voitko suositella koulutusta muille työntekijöille?

Ilahduttavasti tähän kysymykseen kaikki haastatteluun osallistuneet vastasivat voivansa suositella koulutusta myös muille työntekijöille. Puolet heistä suosittelivat koulutusta yleensä kaikille tai kaikille heille, jotka ovat kiinnostuneita perhetyöstä. Ammattikoulutuksella ei heidän mielestään ole merkitystä. Joka

kolmas suositteli menetelmäkoulutusta kaikille hoitoalan työntekijöille ja mielenterveystyötä tekeville. Harvempi työntekijä suositteli koulutusta sosiaalialan tai seurakunnan työntekijöille ja alan opiskelijoille.

"…et näit jatkettais näit koulutuksia, et ei päättyis tähän, vaan ne ois aina niinku et vois mennä siihen myöhemmin. Sitä mä toivon, et niit järjestettäis vielä kymmenenkin vuoden päästä. Ettei se ois tämmönen yks buumi ja loppuu sitten."

$H_{21,\ avohoitotoiminta}$

10.3. Yhdentymiseen vaikuttavat tekijät perhetyön mallissa

Tässä teemassa (liitteet 3/2-3/3) haetaan selvitystä siitä, millä eri tavoin menetelmäkoulutuksiin osallistuneet työntekijät ovat omassa toimipisteessään pystyneet toteuttamaan tai soveltamaan pidempiaikaisia perheinterventioita aikuis- tai lapsiperheissä. Minkälaiset perheinterventiomalliin liittyvät asiat tai tehtävät työntekijät kokevat erityisen haastavina? Teema sisältää myös kysymykset siitä, miten perhetyön malliin perehtyminen on muuttanut aikuispsykiatrian ammattilaisen tapaa kohdata perheitä, joissa on alaikäisiä lapsia. Työntekijöiltä kysytään kokemuksiaan siitä, mikä perheinterventiossa vaikuttaa sairastuneen ja perheen hyvinvointiin sekä minkälaista haittaa interventiosta voi työntekijän kokemuksen mukaan olla perheelle. Kysymyksiä oli teemassa yhteensä yhdeksän. Haastatteluista kertyi teemaan pelkistettyjä lausumia yhteensä 508.

10.3.1. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden toteutus ja sovellutukset

Kysymys nro 21: Miten olet pystynyt toteuttamaan omassa toimipisteessä ***pidempiaikaisia*** *perheinterventioita?*

Haastattelija määritteli jokaisessa yksilöhaastattelussa (intro) pidempiaikaisen perheintervention tarkoittavan tutkimuksessa vähintään kahta tapaamista perheen kanssa, joissa oli tunnistettavissa psykoedukaatiolle tyypillisiä auttamisalueita. Vastauksissaan kliinikot (interventiot lapsiperheessä) ovat mieltäneet pidemmäksi interventioksi Beardsleen perheintervention toteutuksen ja lyhyemmäksi interventioksi Lapset puheeksi –menetelmän käytön. Ohjaajakoulutukseen osallistuneet työntekijät puolestaan ovat mieltäneet pidemmän perheintervention sisältävän sairastuneen ja aikuisomaisen alkuhaastattelut – lyhyempi taas tarkoitti intervention toteutusta ilman alkuhaastatteluita. Työntekijöiden lausumat on tässä ryhmitelty kolmeen eri ryhmään.

1. Suora sovellus käytäntöön. Tämä tarkoittaa, että pidempiaikaista perheinterventiota on kliinisessä työssä toteutettu juuri sellaisina kuin se on kehitetty. Puolet (n=18) työntekijöistä kertovat toteuttaneensa interventioita hoitoyksikössään esteittä. Suhteellisesti vähiten lausumia on akuuttien vuodeosastojen työntekijöiltä. Lapset puheeksi –menetelmän kerrottiin usein lapsiperheissä pohjustaneen yhteistyötä ja perheen tarpeen mukaan on toteutettu myös Beardsleen perheinterventio. Alkuhaastatteluista aikuisille on ollut toteutuksessa hyviä kokemuksia. Tässä ryhmässä perheille tarjotaan perheohjauksen mahdollisuutta heidän tarpeensa mukaan. Tosin kaikkien perheiden tarpeisiin ei voida vastata. Muutamia mainintoja on siitä, miten perheillä on tuen tarvetta enemmän kuin apua voidaan intervention muodossa tarjota. Tämä vaatii työntekijältä ja työryhmältä arviointia kenelle interventio ”kannattaa” tarjota ja pohdintaa sen ajoittamisessa niin omaan työtilanteeseen kuin myös perheen tilanteeseen.

2. Interventiota muokataan omiin ammatillisiin tarpeisiin sopivaksi ja perheen tarpeiden mukaiseksi. Joka kolmas (n=12) työntekijöistä kertoo soveltaneensa interventiota ilman sairastuneen ja aikuisomaisen alkuhaastatteluja tai ”työkirjan mukainen” interventio on viimeksi toteutettu menetelmäkoulutuksen aikana. Alkuhaastattelut on jätetty pois interventiosta tapauskohtaisesti, ne eivät sovi omaan työtapaan tai sairastuneen kanssa on ollut pitkä hoitosuhde, jolloin tie-

toa on työntekijällä jo paljon. Vastaajista kaikki ovat osallistuneet ohjaajakoulutukseen. Psykoedukaation auttamisalueet huomioidaan perhetapaamisissa (esim. tiedon jakaminen, omaisten huolen aiheet ja kuulluksi tuleminen, perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta pyritään lisäämään, esitetään kysymyksiä perheelle työkirjasta).

3. Intervention toteutus ei ole mahdollistunut. Joka kuudes (n=6) haastatteluun osallistuneista työntekijöistä – erityisesti akuuteilta vuodeosastoilta – kertoo, ettei hoitoyksikössä ole ollut mahdollisuutta toteuttaa pidempiaikaisia perheinterventioita. Perheen tuen tarve havaitaan liian myöhään hoidon loppu vaiheessa tai toteutukseen ei ole aika- tai henkilökohtaisia resursseja.

> *"…siinä on just se et ollaan herätty hoidon puoles välissä, et täs pitäis vähä enemmänki tukee antaa ja vähä enemmänki asioita keskustella ja näin. Se että ollaan niinku herätty tavallaan liian myöhäsessä ajankohdassa…"*
>
> $H_{24,\ akuuttitoiminta}$

Jos työntekijällä ei ollut toteutettuja pidempiaikaisia interventioita tai kokemusta niistä, kiinnostuttiin siitä, oliko perhetyön mallissa tai perheiden kanssa työskentelyssä jotain sellaista, mikä koettiin erityisen haasteelliseksi. Lisäksi kysyttiin työntekijän näkemystä siitä, miksi pidempiaikaisten perheinterventioiden toteutus ei sovellu hoitoyksikköönsä. *Perhetyön malliin* liittyviä esteitä olivat koulutuksesta jääneet käsitykset siitä, että interventiossa tulee edetä psykoedukaation työkirjan vaiheiden mukaisesti, esimerkiksi omaisten yksilöllisen tapaamisen toteutus automaattisesti kysymättä asiaa potilaalta. Perhetapaamisia on interventiossa liian monta (8–10 tapaamista) tai mallia ei muistettu.

Perheiden kanssa työskentelyssä haasteeksi koettiin huono yhteistyö perheen kanssa; ei päästä yhteiseen sopimukseen, eriävät näkemykset omaisten ja työntekijän välillä potilaan itsenäistymisestä, tuentarpeesta tai perheen epärealistiset odotukset hoidolta. Tai se, ettei asiakas halua omaisten tietävän hoidosta ja kieltää kaiken yhteydenoton omaisin. Haasteelliseksi mainittiin vielä ensipsykoosiin sairastuneen vanhemman perheen ja lasten hätä sekä leikki-ikäisten lasten kohtaaminen ja lasten haastattelu. Perheitä ei haluttu tavata yksin ja siihen saattoi liittyä jännittämistä.

Syitä, miksi pidempiaikaiset perheinterventiot eivät sovi hoitoyksikköön liittyivät aikaan; lyhyet hoitoajat (n. 2–3 kk), hoito on akuuttia akuutilla vuodeosastolla ja perheet pitäisi tavata jälkipolikliinisesti. Monien tapaamisten sopimista vaikeuttaa aikaresurssit (muut asiat ja muut potilaat) ja kolmivuorotyö. Tapaamispaikan järjestäminen oli ongelma akuuttiosaston levottomuuden vuoksi ja oli varmistettava henkilöstövahvuus osastolla tapaamisten aikana. Työntekijällä oli kokemus, että interventiolla ei ole jatkuvuutta hoitoketjussa tai omassa yksikössä oli jääty asian kanssa yksin; ei ole saanut tukea tai työparia työyhteisöstä.

Kysymys nro 22: Miten olet mahdollisesti soveltanut perheohjauksen menetelmiä?

Työntekijöiden lausumista muodostui selkeästi kaksi pääluokkaa: **sovellutukset yksittäisissä perhetapaamisissa (40)**. Yksittäisissä ja ”muissa” perhetapaamisissa toteutetaan psykoedukaatiota (yläluokka) tai viitekehyksenä niissä on psykoedukaatio. Perheelle annetaan tietoa sairaudesta ja pyritään lisäämään perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta käyttämällä perheen omaa nimeä sairaudelle, omia termejä ja vastuuttamalla perhettä ongelman ratkaisussa. Perhetapaamisissa huomioidaan alaikäiset lapset (yläluokka). Perhetapaamisissa huomioidaan lapset ja lapset otetaan puheeksi tapaamisissa. Tapaamisissa on käyty keskustelua tapahtumista ja sairauden vaikutuksesta lapsiin. Lasten kanssa on käsitelty vanhemman sairautta ja on jaettu oppaita. Alaikäisiä lapsia on tavattu myös yhdessä. Yksittäisissä perhetapaamisissa edetään perheen tarpeiden mukaan ja omaisia kuullaan (yläluokka). Yksittäisiä perhetapaamisissa myös suunnitellaan yhdessä perheen kanssa. Omaisia kuullaan ja heidän huolen aiheitaan. Tapaamisissa painotetaan omaisten jaksamista ja vertaistukea.

Toisena pääluokkana on **sovellukset potilaan yksilötapaamisissa (18)**. Yksilötapaamisissa potilaan perhesuhteet kiinnostavat ja annetaan tietoa (yläluokka). Potilaan perhesuhteista kysellään ja huomioidaan lapset. Yksilötapaamisissa keskustellaan läheisten suhtautumisesta ja miten oireet näyttäytyvät kotona. Tietoa annetaan sairaudesta, oireista sekä lasta suojaavista ja kuormittavista tekijöistä. Potilasta kannustetaan itse puhumaan perheelle (yläluokka). Potilasta kannustetaan kertomaan perheelle sairaudestaan omin sanoin ja itse. Potilaan yksilötapaamisessa mietitään ja neuvotaan mitä ja miten vanhempana voisi kertoa lapselle.

Lisäksi harvoja mainintoja oli perheohjauksen menetelmien soveltamisesta keskustelu- ja sosiaalisten taitojen ryhmässä sekä perheintervention menetelmälli-

sistä sovelluksista. Näitä olivat tapaamismäärän vähentäminen niin, että kertatapaamiset olivat pidempiä istuntoja. Näin oli toimittu mm. silloin, kun perhe oli muuttamassa toiselle paikkakunnalle. Seurantatapaamisia on jatkettu perheen tarpeen mukaan. Interventioon on yhdistetty muita terapeuttisia menetelmiä. Ajan säästämiseksi perheen alaikäiset lapset on tavattu yhdessä, eikä mallin mukaisesti erikseen. Omaisia on ohjattu puhelimitse, jos he olivat estyneitä osallistumaan tapaamiseen (pitkät välimatkat).

Kysymys nro 23: Millä eri tavoin olet toteuttanut pidempiaikaista perheohjausta?

Tarkoitus oli selvittää kysymyksellä, miten työparit on muodostettu perheinterventioita toteutettaessa. Enemmistö työntekijöistä oli toteuttanut interventioita parina oman hoitoyksikön työntekijän kanssa (28/36). Osana kohdeyhteisön perhetyön kehittämishanketta (Kotiosoite) lähes joka kolmannella (11/36) työntekijällä parina intervention toteutuksessa oli ollut projektityöntekijä. Joka viides työntekijöistä oli toteuttanut intervention toisen työpisteen työntekijän kanssa tai interventio oli toteutettu yksin (7/36). Ainoastaan yhdellä työntekijällä pari oli ollut toisesta terveysalan toimipisteestä.

Heillä, joilla oli kokemusta perheinterventioiden toteutuksesta, kertoivat toteuttaneensa interventioita asiakasperheen kotona tai omassa työpisteessään (kysymys nro 24). Joka kolmas heistä oli pääasiallisesti sopinut tapaamiset asiakasperheen kotiin. Erityisesti mainittiin alaikäisten lasten tapaamiset, jotka sovitaan lähes poikkeuksetta asiakasperheen kotiin. Toimintatapa oli tavallisin avohoidon työntekijöillä. Kuntoutustoiminnan työntekijöiltä ei toimintatavasta ole mainintaa, vaan selkeä enemmistö toteuttaa interventiot hoitoyksikössä.

> *"… perheintervention alku siinä vaiheessa, kun tätä esitellään perheelle ja pariskunnalle, niin nää tapaamiset on tapahtunut suurimmaksi osaksi täällä. Ja samoin ihan tää suunnittelu, ennen kuin lähetään perheeseen. Ja sitten ollaan oltu perheessä ja… melkeen siitä alkaen me ollaan kyl sit työskennelty nimenomaan kotona."*
>
> *$H_{6,\ akuuttitoiminta}$*

Työntekijöistä 23 mainitsee mahdollisuuksien olevan hyvät toteuttaa interventiot asiakasperheen kotona (kysymys nro 25). Monella oli myönteisiä kokemuksia kotona toteutetuista interventioista. Kotona toteutus koettiin luontevaksi,

jos asiakkaan kotona työskentely oli aiemmin tuttua. Alussa on saatettu kokea epävarmuutta ja jännittämistä. Hankaluutena on ollut reviiriajattelu ja keskustelutilan järjestäminen kotona.

Työntekijöiden kokemusten mukaan **perhe on avoimempi ja lapset ovat rennompia (21)** tavattaessa perhettä kotona. Perhe on avoimempi ja rennompi (yläluokka). Kotona kerrotaan asioista, joita ei aiemmin ole paljastunut ja rohkeammin. Kotona ihmiset ovat rennompia ja käyttäytyvät erilailla. He, joilla oli kokemusta lasten tapaamisista kuvasivat tapaamisen kotona olevan lapsille mielekkäämpää (yläluokka). Koti on lapselle turvallinen. Lapset tulevat mielellään mukaan tapaamiseen ja ovat rennompia.

"…perheet on avoimempia siellä kotona. Ollaan heidän omassa ympäristössään ja toisaalta he on sillon se keskipiste ja missä on fokus nimenomaan…täälläkin (hoitoyksikössä) on toteutettu…he tulee tänne vähän sitten niinkun ensin varpaisillaan. Et kotona…he on siinä ne, jotka vähän päättääkin jo mistä puhutaan, et tuo niinku rohkeemmin asioit esiin. Selkeesti rohkeemmin."

H_{27}, avohoitotoiminta

Toinen pääluokka on **hoitajan aseman muuttuminen (15)** kohdattaessa perheenjäsenet kotona. Lähestymistapa perheeseen muuttuu tasa-arvoisemmaksi. Kotona ollaan perheen ehdoilla – on tärkeää kertoa miksi tullaan kotiin. Perhe päättää tapaamispaikasta ja mistä kotona puhutaan. Työskentely vaatii luottamuksellisen suhteen ja varovaisuutta työntekijältä. Kolmanneksi työntekijä saa ihmisestä ja **perheen tilanteesta paljon tietoa (13)**. Normaaliympäristö kertoo ihmisen toimintakyvystä ja pärjäämisestä. Työntekijä saa paremman kuvan kokonaistilanteesta ja perheen välisestä vuorovaikutuksesta.

"Kotona saa terveellisen muistutuksen siitä, miten tavallisia jotkut ihmiset ovat."

H_{30}, akuuttitoiminta

Kysymys nro 26: Miten perhetyön malliin perehtyminen on muuttanut tapaasi kohdata perheitä, joissa on alaikäinen lapsi?

Kysymyksessä oltiin kiinnostuneita siitä, onko työmenetelmiin perehtyminen ja tiedon lisääntyminen alaikäisten lasten kokemuksista muuttanut työntekijän tapaa kohdata alaikäinen lapsi aikuisen hoidossa. Haastateltujen lausumat muodostivat kaksi pääluokkaa: **lapset otetaan puheeksi perheen kanssa (34)** ja **vanhempia kannustetaan puhumaan sairaudesta (17)**. Työntekijät kertovat, että lapset otetaan perheen kanssa puheeksi rohkeammin ja aikaisemmin (yläluokka). Lapset otetaan puheeksi potilaan ja perheen aikuisten kanssa. Työntekijän rohkeus on lisääntynyt puheeksi ottamisessa. Lapset otetaan puheeksi aikaisemmin. Lapsista puhuminen koetaan tärkeämmäksi kuin aiemmin. Lapsia huomioidaan hoidossa enemmän (yläluokka). Lapsen näkökulmaa, kokemuksia, reaktioita, ymmärrystä ja oikeuksia mietitään aikuisen hoidossa. Perhetapaamiset ovat muuttuneet lapsilähtöisemmiksi. Lasta tavataan rohkeammin (yläluokka). Työntekijöiden kokemuksen mukaan rohkeus on lisääntynyt tavata ja kohdata alaikäistä lasta.

”Ne lasten asiat ottaa aikasemmin puheeksi. Varmaan se, että se on korostanut vielä sitä tärkeyttä. Et aikasemmin ei niin. Oli keskittynyt sen aikuisen, sen potilaan hoitamiseen ja on ehkä sitä aikuisperhettä tavattu ja pidetty tärkeenä, mutta nyt on jotenki ymmärtäny, et vaik ei niitä lapsia aina välttämättä tapaisikaan, silti ne täytyy olla olemassa ja keskusteluissa mukana.

$H_{3,\ akuuttitoiminta}$

”…on kaks perhettä, missä on ollu alaikäisiä lapsia, haastateltu nää lapset erikseen. On ollu hyvin positiivisia kokemuksia. Mä oon ollu oikeestaan ihan positiivisesti yllättynyt. On ollu semmoset lapsetki, että hyvin tämmösiä hyvin niinkun ihan uskomattomia lapsi ollu, että ne ovat pystyneet keskittymään ja pystyneet kertomaan…”

$H_{19,\ kuntoutustoiminta}$

Toinen muutos on tapahtunut suhteessa alaikäisten lasten vanhempiin psykiatrisessa hoidossa. Vanhempia kannustetaan ja valmistetaan puhumaan sairaudes-

taan lapselle (yläluokka). Työntekijän ei tarvitse kantaa asiantuntijan roolia ja kannustetaan vanhempia itse puhumaan. Vanhemman kanssa keskustellaan sairaudesta kertomisesta ja annetaan vanhemman kertoa. Tilanteet on koettu luontevampina, kun vanhempi itse on kertonut lapselle. Lisäksi lapsiperheissä keskustelu on jäsentyneempää (yläluokka) ja työtapa on tehostunut. Tiedetään, mistä voi perheen kanssa puhua ja mitä heiltä voi kysyä.

> *"…semmonen mikä oli kiva siellä koulutuksessa, mikä huomioitiin, on se että sä et oo sellanen ohjeiden antaja tai päällepäsmäri, vaan sä oot enempi niinkun rinnalla kulkija… et me ollaan niinku tämmöisellä yhteisellä tutkimusmatkalla, et tämmönen kannustava ja myönteinen suhde niihin asioihin…Ja mä tykkään itse niinkun semmosesta työskentelytavasta sillon sä voit olla itse paljon niinku rennommin ja tavallisemmin ja puhuu niinku silleen luontevammin"*
>
> $H_{32,\ avohoitotoiminta}$

Kysymys nro 27: Minkälaiset perheinterventiomalliin liittyvät asiat koet erityisen haasteellisina?

Kysymykseen siitä, mitkä seikat työntekijä kokee interventiomallissa erityisen haasteellisiksi, vastasivat luonnollisesti vain he, joilla oli kokemusta menetelmällisyydestä. Joka neljäs työntekijöistä kertoo, ettei erityishaasteita ole. Mallia on helppo käyttää, se on selkeä ja käytännönläheinen. Käyttö helpottuu toistettaessa ja jos se on sisäistetty. Alussa on ollut stressaantumista ja opettelua. Haasteellisimmaksi koettiin **koko perheen huomiointi, tapaamisen jäsentäminen ja keskustelu sairaudesta (24)**. Kaikkien perheenjäsenten huomiointi ja kuuleminen (yläluokka) oli haaste sekä koko perheen huomiointi. Miten saada kaikkien perheenjäsenten tarinat esiin tapaamisissa? Aikuisten alkuhaastatteluista mainittiin niiden vievän aikaa ja ne poikkeavat normaalikäytännöstä. Perheen ohjaaminen löytämään itse ratkaisu ongelmaan koettiin vaikeaksi. Ongelmia oli myös perhetapaamisen jäsentämisessä (yläluokka) eli kyvyssä säilyttää tapaamisissa punainen lanka ja siihen palauttaminen. Usean tapaamisen jäsentäminen oli haaste. Interventiotapaaminen vaatii työntekijältä paneutumista ja keskittymistä. Keskustelun sairaudesta (yläluokka) vaikeutti sairauden sanoittaminen ja perheen yhtenäisen ymmärryksen tavoittelu.

Haasteelliseksi koettiin lisäksi **alaikäisen lapsen kohtaaminen (15)** ja lapsen kanssa puhuminen. Lapsen tapaaminen, kohtaaminen ja heidän kanssa puhuminen yksilöllisessä tai perheen tapaamisessa oli työntekijöiden kokemuksen mukaan vaativaa. Tapaamiset oli koettu yllätyksellisinä tai tunnepitoisina. Lapsen uskallus puhua vieraalle puhutti työntekijöitä.

"…huomasin, että kommunikaation aikaan saaminen 9–vuotiaan kanssa ei välttämättä ole mitenkään helppoa, vaikka oltas kotona…kyl se on varmaan suurin osa on semmosta omaa epävarmuutta, kun on vähän kokemuksia lapsista, et on tottunut tekemään aikuisten kanssa… joku 9–vuotias,…josta ei tiedä mitä sen päässä liikkuu, niin tota ei niinku löydy kieltä tai ei tiedä keinoa millä osottais olevansa luotettava ihminen tai semmonen, että kannattas keskustella."

^{H}*30, akuuttitoiminta*

Yksittäisiä mainintoja haasteista, jotka eivät liity niinkään menetelmällisyyteen vaan yleensä perheiden kanssa työskentelyyn, olivat potilaan sairauden luonne (persoonallisuuden epävakaus, mielialahäiriöt, sairaudentunnottomuus), muut perheen ongelmat, kuten päihteiden käyttö sekä sairastuneen vanhemman motivointi ja kykynsä puhua lapsen kanssa. Yhteistyön sosiaalipuolen kanssa epäiltiin vaikuttavan perheen ja työntekijän väliseen suhteeseen negatiivisesti, toisaalta tarvittavat järjestelyt sosiaalipuolen kanssa tai auttajatahojen resurssien vähäisyys saattoivat pitkittää interventiota.

10.3.2. Perheintervention vaikutukset perheen hyvinvointiin

Kysymys nro 28: Minkä koet perheinterventiomallissa vaikuttavan perheen ja sairastuneen hyvinvointiin?

Perheinterventiomallissa vaikuttavimmaksi tekijäksi työntekijät kokivat **avoimen puheen yhdessä ja jokaisen kuulluksi tulemisen (53)**. Asioista puhutaan yhdessä perheessä ja avoimesti (yläluokka). Puhutaan asioista kaikkien perheenjäsenten kanssa yhdessä. Perheessä puhutaan ehkä ensi kertaa. Keskustellaan avoimesti ja sovitaan miten puhutaan (kieli). Tietynlainen yhteistyö korostuu. Ongelmia pohditaan ja ratkotaan perheenjäsenten kanssa yhdessä. Jokainen perheenjäsen tulee kuulluksi (yläluokka). Jokainen saa kertoa oman tarinansa,

näkemyksensä, ajatuksensa, asiansa, huolensa. Perheelle annetaan mahdollisuus kysyä ja vastataan heidän kysymyksiinsä.

"…sairastuneet ei jotenkin haluakkaan kuormittaa sitä perhettään niinku omilla asioillaan. Ei uskalla puhua omista ajatuksistaan, tunteistaan, peloistaan. Et pitää sen vaan itsellään, et nyt jotenkin kun niistä avoimesti puhutaan ja sitten myös tulee sen toisen osapuolenkin näkemykset siihen. Et se on kyl merkittävää."

H27, avohoitotoiminta

Toiseksi pääluokaksi ja vaikuttajaksi perheen hyvinvoinnissa nousi **tiedon jakaminen perheelle ja keskinäinen ymmärrys (34)**. Jaetaan yhdessä ja annetaan tietoa (yläluokka) sairastuneelle sekä perheenjäsenille sairauden synnystä, etenemisestä ja hoidosta. Sairastunut ja omaiset saavat tietoa läheisten reaktioista. Perheenjäsenten välinen ymmärrys lisääntyy (yläluokka). Perhe ymmärtää sairautta ja sairastunutta paremmin. Sairastunut ymmärtää lapsen kokemusta ja vastuusta. Lapset ymmärtävät kokemuksiaan.

"..saa esittää kysymyksiä. Se on kanssa sen perheen hyvinvoinnille tärkee juttu, et monet sanoo sitä et nykypäivänä noi sairaalahoidot on hirveen lyhkäsiä ja se on shokkitilanne kun omainen joutuu sairaalaan, psykiatriseen sairaalaan. Ei siinä osaa välttämättä kysyy niit kysymyksii. Ne tulee sit mieleen myöhemmin. Nää tapaamiset on mahdollistanu sen."

H26, avohoitotoiminta

"…se on tärkeetä, et heitä kuunnellaan ja annetaan heille se mahdollisuus kysyä ja sit myös mahdollisuus vastata…ja just se aika myös, että kun voidaan sanoa, et tavataan näin monta kertaa…Sen on nyt huomannu tässä ihan vanhemmankin porukan kanssa…vaikka on jo pyöriny kuvioissa vaikka kuinka kauan, ni kyllä kummallisia asioita kysytään, minkä luulis et he on ensimmäiseksi kysyny, kun on sairastunut."

H7, kuntoutustoiminta

Kolmantena esitetään **menetelmän rakenne ja lähestymistapa (20)** vaikuttajana. Rakenteellisia vaikuttajia interventiossa oli työntekijöiden kokemuksen mukaan perheenjäsenten yksilölliset tapaamiset ja menetelmän struktuuri (yläluokka). Aikuisomaisia ja lasta kuullaan myös erikseen. Yksilötapaamisten yhteenvedossa perheen kanssa perheenjäsenille tulee kokemus kuulluksi tulemisesta. Tapaamisia perheen kanssa on monta. Seurantatapaaminen motivoi perhettä. Interventio on avoin jokaiselle. Työtapa koetaan rakentavana ja se lisää perheen toivoa. Interventiossa perheelle tarjotaan ja autetaan perhettä itse löytämään selviytymiskeinoja (yläluokka). Tällä tarkoitetaan sitä, että tilanne kartoitetaan monipuolisesti ja autetaan perhettä itse löytämään keinoja selvitä. Perhe löytää keinoja sairastuneen tukemiseksi ja arkeen. Tapaamisia ei koeta liian terapeuttisiksi ja asiat tehdään luonnolliseksi.

Intervention aikana tai sen jälkeen kehittyneitä perheen hyvinvointia tukevia tekijöitä, työntekijät kuvaat **vuorovaikutuksellisina muutoksina perheessä sekä kodin ilmapiirissä (28)**. Lisäksi työntekijöillä on kokemusta **perheen selviytymiskeinojen lisääntymisestä interventiossa (13)**. Perheenjäsenten väliset suhteet muuttuvat interventiossa positiiviseen suuntaan (yläluokka) ja perheen yhteiselo helpottuu. Perheessä puhutaan rohkeammin ja perheyhteisö tiivistyy suhteessa sairastuneeseen, puolisoon ja lapseen. Ymmärrys tukee parisuhdetta, sairastunut vahvistuu vanhempana ja suhde lapseen lähentyy. Sairastunut saa omaisilta toisenlaista tukea ja keinoja tukea on enemmän. Ahdistus vähenee perheessä (yläluokka). Avoimuuden ja tiedon uskotaan perheessä vähentävän ahdistusta, pelkoja ja syyllisyyttä. Perheenjäsenten välisen ymmärryksen koetaan lisäävän perheen selviytymiskeinoja (yläluokka). Avoimuus ja ymmärrys auttavat perhettä pyytämään apua ja tarttumaan vaikeuksiin. Lapsen toivo kasvaa, kun hänellä on tieto vanhemman hoidosta ja ympäristöstään tulee turvallisempi. Tieto perheenjäsenten tunteista parantaa sairastuneen hoitomotivaatiota.

"…perheitten kannalta varmaan se, että se parhaimmillaan toisi sinne perheeseen lisää semmosta avointa keskusteluilmapiiriä….kun ollaan jälkikäteen käyty näissä perheissä, niin jotenkin sen on ihan huomannutkin, et siihen se on vaikuttanu, et ihmiset jotenki rohkeemmin puhuu ja lapset uskaltaa myös sitten kysyä vanhemmiltaan…et ne pääsee keskinäiseen vuorovaikutukseen, et se lisääntyy…sitten nää peittelyt ja salailut jotenkin vähenee, kun niistä puhutaan"

H32, avohoitotoiminta

Kysymys nro 29: Minkälaista haittaa perheinterventiosta voi mielestäsi olla perheelle?

Työntekijöistä 29/30 (kuudella haastatelluista ei ollut kokemusta intervention toteutuksesta) kokivat, ettei interventiosta voi olla haittaa perheelle Harvoja ehtoja mainittiin haitan välttämiseksi, kuten työntekijän rehellisyys ja perheen kunnioitus. Vahinkoa saatettiin tehdä, jos interventio toteutetaan huolimattomasti, valmistautumatta tai kantamatta siitä kokonaisvastuuta. Työntekijä ei tuo julki tai ei pohdi asioita, joita tulisi ottaa keskusteluun perheenjäsenten kanssa. Työntekijä käyttäytyy loukkaavasti tai sooloilee. Perheelle saattaa olla enemmän haittaa kun hyötyä istunnoista, jos perhe on interventiossa mukana vastentahtoisesti tai sairaudesta ei haluta puhuttavan. Perheellä ei ole luottamusta työntekijään tai interventiossa syntyy päinvastoin riippuvuussuhde ohjaajaan. Työntekijä puhuu liian hienoilla termeillä tai olennaisia asioita ei oteta istunnoissa esille lainkaan. Intervention ajoitukseen tulee kiinnittää huomiota haitan välttämiseksi. Vahinkoa voi olla perheelle, jos interventio tehdään väärään aikaan tai väärässä tilanteessa eli akuuttivaiheessa tai akuutissa kriisissä.

"Jos tätä perheinterventiota lähdetään viemään vastentahtoisesti. Tai jos tää tilanne akutisoituu ja jos ei osatakkaan puhaltaa peliä poikki…tässä mä tarkoitan nimenomaan sitä, et sä olet muutakin kun vaan opiskellu, et sä osaat myös arvioida tätä."

$H_{6,\ akuuttitoiminta}$

10.4. Yhdentymiseen vaikuttavat ammatilliset tai henkilökohtaiset ominaisuudet

Tässä teemassa (liite 3/3) kuvataan niitä ammatillisia ja työntekijän henkilökohtaisia ominaisuuksia, jotka vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliinisen työhön. Kysymyksiä oli teeman sisällä yhteensä seitsemän. Teemassa ollaan kiinnostuneita siitä, mikä motivoi työntekijää yhteistyöhön sairastuneen perheen kanssa ja mitä henkilökohtaisia ominaisuuksia perhetyö aikuispsykiatriassa vaatii toteuttajaltaan. Teema sisältää myös kysymykset siitä, mikä perheiden kanssa työskentelyssä kuormittaa. Lopuksi tarkastellaan työntekijän kokemusta vastaanottamastaan palautteesta toteuttamansa perhetyön osalta työyhteisöltä, esimieheltä ja perheeltä. Hypoteesina on palautteen toimiminen kannustimena. Pelkistettyjä lausumia kertyi teemaan yhteensä 504.

10.4.1. Perheiden kanssa yhteistyöhön motivoivat tekijät

Kysymys nro 30: Miksi osallistuit perheinterventioiden menetelmäkoulutukseen?

Syitä, miksi nimenomainen työntekijä hakeutui perhetyön menetelmäkoulutukseen oli ensisijaisesti **henkilökohtainen tarve saada enemmän tietotaitoa perhetyöhön (37)**. Haluttiin enemmän valmiuksia ja keinoja tukea perheitä (yläluokka). Haluttiin lisäeväitä, työkaluja ja keinoja. Haettiin mallia, työmenetelmää ja luontevaa tapaa tehdä perhetyötä. Haluttiin kehittää itseään ja tehdä itse perhetyötä. Haluttiin lisää tietoa, taitoa ja kokemusta. Haluttiin lisää rohkeutta perheiden tapaamiseen. Haluttiin tarjota perheelle tukea ja kokonaisvaltaista hoitoa sairastuneelle. Syyksi esitetään myös se, ettei työntekijällä ollut aiempaa perhetyön koulutusta (yläluokka). Perheterapiakoulutus oli koettu vieraaksi työtavaksi ja perheterapiatapaamiset jäykiksi.

Toiseksi nousi **perhetyön kiinnostavuus (20)**. Perhetyö kiinnostaa työntekijää ja lasten osa perheessä. Perhetyö koetaan läheiseksi ja tärkeäksi. Oma kokemus motivoi tukemaan perheitä. Perhetyön menetelmät kiinnostivat. Osalla työntekijöistä koulutukseen oli motivoinut se, että **koulutus tai työntekijä vastasi hoitoyksikön tarpeisiin (12)**. Kun koulutus vastasi hoitoyksikön tarpeisiin (yläluokka) sillä tarkoitettiin sitä, että koulutus vastasi osaston, avokuntoutusryhmien ja varhaiskuntoutuksen hoitotyön tarpeisiin. Perhetyötä edellytettiin ja perhetyön osuus oli niissä suuri. Nuoria potilaita oli tulossa hoitoyksikköön perheineen. Akuuteilta vuodeosastoilta ei hoitoyksikön tarpeista ole mainintaa. Sen sijaan työntekijä saattoi vastata hoitoyksikön tarpeisiin (yläluokka). Eli työntekijällä ei ollut henkilökohtaista motivaatiota osallistumiseen. Osastonhoitaja ilmoitti koulutukseen, vähän pakottamalla osallistuttiin tai vaihtelun vuoksi.

Yhteistyöhön sairastuneen perheen kanssa työntekijää motivoi (kysymys nro 31) kokemus **perhetyön vaikuttavuudesta potilaan ja perheen hyvinvointiin (27)**. Perhetyön katsottiin vaikuttavan potilaan kuntoutumiseen (yläluokka) ja lisäävän perheen hyvinvointia (yläluokka). Perhetyöllä ja perheellä on vaikutusta ja merkitystä potilaan parantumisessa ja hyvinvoinnissa. Potilas kuntoutuu, pärjää avohoidossa ja palaa yhteiskuntaan. Perhetyö ja yhteistyö tukee hoitoa. Perhetyö auttaa kaikkia ja yhdistää perhettä. Omaiset hyötyvät, kun kärsimys, häpeä ja tietämättömyys vähenee. **Tietoisuus perheen tarpeista ja kokemuksista (24)** motivoi työtekijää kohtaamaan sairastuneen perheenjäseniä. Tiedetään perheen tuen (yläluokka) ja avun tarpeesta ja tiedetään sairauden vaikutuksista perheessä (yläluokka). Perheenjäsenten tukeminen ja ennaltaehkäisy koe-

taan tärkeäksi. On tärkeää antaa perheelle tietoa ja antaa perheen tulla kuulluksi. Oma kokemus on osoittanut perhetyön tärkeyden. Perheen koetaaan olevan keskeinen hoidossa. Lisäksi tiedetään, että sairaus vaikuttaa perheessä ja lähipiirissä. Oma kokemus lähipiiristä vahvistaa tietoa. Työntekijä on nähnyt omaisen tuskan ja sairastumisen merkityksen perheelle.

Yhteistyöhön asiakkaan perheen kanssa motivoi myös **perhetyön mielekkyys (23)**. Perhetyö on haasteellista ja antaa työntekijälle itselleen tietoa sekä ymmärrystä potilaan tilanteesta. Kokemukset ja perheiden palaute ovat hyviä. Työntekijöillä on **halu helpottaa perheen tilannetta (20)**. Tätä kuvattiin haluna helpottaa perheen ja lapsen elämää ja tilannetta. Halutaan jakaa perheelle tietoa, lisätä perheen ymmärrystä, avoimuutta ja molemminpuolista luottamusta. Huoli lapsesta tai perheen huoli omaisesta motivoi yhteistyöhön.

"… sen täytyy kuulua tähän hoitoon jollain lailla ja tarjota se mahdollisuus, jos sitä tarvitaan…ja varsinkin jos se perhe haluaa, se pitää järjestää siitä lähtökohdasta kaikista ensimmäisenä. Ja sitten on se oma halu tehdä sitä perhetyötä...Mä oon ehkä silleen henkeen ja vereen hoitaja, että mä oon jo pikku tytöstä asti haaveillut ja hoitanut toisia ihmisiä niin mä jotenkin nään sen semmosena mun persoonana myöskin… siis se on kauhea tunne, kun se potilas ei saa apua ja perhe huutaa siinä sivussa ja hakee apua…onko se sitten sitä empaattisuutta tai mitä se nyt sitten on, mutta näin se vaan on."

H5, avohoitotoiminta

Työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet, joiden koetaan edesauttavan työskentelyä sairastuneen perheen kanssa (kysymys nro 34), olivat ensisijaisesti vuorovaikutusta ja tapaamisilmapiiriä tukevat ominaisuudet (51). Näitä olivat kyky kuunnella (yläluokka) eli empaattisuus, kiinnostuneisuus, ymmärtäväisyys ja työntekijän eläytymiskyky. Lisäksi kuvattiin kyky huomioida muita ja kaikki perheenjäsenet. Ominaisuuksina avoimuus ja tasavertaisuus (yläluokka) kuvattiin taitona puhua selkeästi, suoraan ja rohkeasti asiasta. Työntekijä kohtaa perheen tasavertaisina. Tapaamisilmapiiriin positiivisesti vaikuttavina koettiin omista luonteenpiirteistä lisäksi huumorintaju ja positiivisuus (yläluokka) samoin kuin kärsivällisyys ja rauhallisuus (yläluokka). Huumori, iloisuus, ystävällisyys, positiivisuus, luontevuus, kannustavuus ja kyky välittää perheelle toivoa olivat tärkeitä ominaisuuksia.

Työntekijän **ominaisuudet, jotka tukevat yhteistyötä perheenjäsenten kanssa (40)** ovat työntekijän helppo lähestyttävyys (yläluokka) eli ollaan helposti lähestyttäviä ja yhteistyökykyisiä. Ihmisten ja perheiden kanssa tullaan hyvin toimeen ja herätetään luottamusta. Ihmisistä ollaan kiinnostuneita ja kohtaaminen on työntekijälle helppoa. Työntekijän omat elämänkokemukset (yläluokka) herkistävät ja auttavat suhtautumaan ihmisiin. Omat lapset ja oma perhe auttaa ymmärtämään asiakasperheen kokemuksia ja tarpeita. Joustavuudella (yläluokka) tarkoitetaan myös luovuutta, kykyä sovitella ja kyky soveltaa. **Omaa ammattitaitoa arvostettiin (17)**. On työkokemusta, ammattitaitoa ja osaamista. Kouluttaudutaan ja tiedetään sairauksista jaa hoidosta paljon. Perhetyö koetaan tärkeäksi, ollaan motivoituneita ja innostuneita toteuttamaan perhetapaamisia.

"…mä uskon, että tällä tavalla työskenneltäessä ihmisten kanssa me voimme jopa tehdä jotain hyvää. Mulla on usko siihen ja varsinkin, kun mä tiedän, että … eivät ihmiset pahaksi ole panneet sitä, että heidän asioihinsa on hyvässä puututtu. Ja puhutaan psykoedukaatiosta ja ymmärryksestä ja oivalluksesta."

$H_{6,\ akuuttitoiminta}$

Pidempiaikaisen perheintervention toteutuksen koettiin vaativan itseltään työntekijänä (kysymys nro 35) **suunnitelmallisuutta (27)**. Tällä tarkoitetaan ajallista suunnittelua, joustavuutta ja sitoutumista (yläluokka). Intervention toteutus vaatii aikaa ja ajan järjestämistä muilta töiltä tapaamisille. Työajoissa on oltava joustava. Intervention toteutus vaatii pitkäjänteisyyttä ja sitoutumista työntekijältä. Lisäksi se on tapaamisten suunnittelua (yläluokka) eli etukäteen suunnittelua ennen tapaamisia sekä suunnittelua ja tavoitteiden asettelua perheen kanssa.

Intervention toteutus vaatii työntekijältä **varmuutta, jaksamista ja valmiuksia (13)**. Toivotaan lisää varmuutta, rohkeutta ja oma-aloitteisuutta intervention aloitukseen. Vaatimuksena on rohkeus tavata ihmisiä hoidon jälkeenkin. Tarvitaan kykyä motivoida perhe mukaan ja valmiutta vastata perheen kysymyksiin. Tarvitaan stressin sietokykyä ja jaksamista sekä kykyä joustavuuteen menetelmässä ja erilaisissa rooleissa perhetyössä. Viimeisenä vaatimuksena esitetään **oma kiinnostuneisuus perhetyötä kohtaan (8)**. Perhetyössä vaaditaan välittä-

mistä ja paneutumista perheen asioihin. Perhetyöhön tulee suhtautua mielenkiinnolla ja olla itse innostunut perhetyöstä.

Haastatteluun osallistuneista 24/36 oli saanut myönteistä palautetta työyhteisöltään (kysymys nro 36) toteuttamansa perhetyön osalta. Työyhteisöltä saa kannustusta ja rakentavaa palautetta. Se on tukenut jaksamisessa ja työntekijän osaaminen huomioidaan esim. ohjaamalla perheitä interventioon. Työyhteisössä on tyytyväisyyttä työtapaan ja uuden menetelmän tuomiseen työyhteisöön. Positiivista palautetta saa erityisesti työparilta, jonka kanssa interventio on toteutettu. Työntekijöistä 12/36 koki palautteen olleen ns. neutraalia tai sitä ei ole annettu lainkaan liittyen myös hoitoyksikön kulttuuriin eli palautteen antaminen ei ole tapana yksikössä. Kukaan työntekijöistä ei ollut saanut negatiivista palautetta.

Lähiesimieheltään työntekijöistä 15/36 olivat saaneet perhetyön osalta myönteistä palautetta. Esimies kannustaa ja rohkaisee työntekijää. Menetelmän käyttöön ja sen soveltamisesta käytäntöön ollaan tyytyväisiä. Palautteen esimieheltä koettiin olleen minimaalista, yleisellä tasolla tai ainoastaan intervention mahdollistamista 21/36 työntekijän kokemuksen mukaan. Perhetapaamisten määrällistä seurantaa ei koettu positiiviseksi palautteeksi. Kukaan työntekijöistä ei ollut saanut lähiesimieheltään negatiivista palautetta.

Suhteellisesti eniten kokemusta kannustavan palautteen puutteesta oli akuuttien vuodeosastojen työntekijöillä, mikä voisi selittyä sillä, että mahdollisuudet toteuttaa interventioita ovat näissä hoitoyksiköissä heikoimmat, jolloin palautekin on vähäistä. Perhetyötä kuitenkin näissä yksiköissä toteutetaan, mistä kertoo työntekijöiden vastaanottama palaute perheiltä. Haastatelluista 34/36 kertoo palautteen asiakasperheiltä olleen pääosin positiivista. Enemmistö heistä kertoo palautteen perheiltä olleen positiivista, hyvää, myönteistä ja kiitollisuutta. Työskentelytapa perheen kanssa on koettu hyväksi. Perheen toivo on lisääntynyt ja elämä on mennyt eteenpäin. Perheen luottamus hoitoon on lisääntynyt. Negatiivisesta palautteesta ei mainitse kukaan.

10.4.2. Perhetyössä kuormittavat tekijät

Asiakasperheiden kanssa työskentelyssä kuormittavimmaksi (kysymys nro 32) koetaan **huomion jakaminen monelle ja kokemus keinottomuudesta (19)**. Tätä kuvataan vaikeutena jakaa perhetapaamisessa huomiota monelle tasavertaisesti. Työntekijällä saattaa olla kokemus keinottomuudesta auttaa perhettä hankalassa tilanteessa tai yhteistyö auttajatahojen kanssa ei suju. Myös vaatimukset itseltä tai oma epävarmuus kuormittavat. **Oma ahdistuminen (19)** perheen asioista kuormittaa. Raskaat asiat tai istunnot jäävät mietityttämään työntekijää ja herättävät tunteita. Puhuminen vaikeista asioista ja niiden esiin ottaminen perheen kanssa on raskasta. Ahdistusta saattaa herättää perheen tai lasten tilanne, ihmisten huolet, tunteet ja käyttäytyminen. Kuormittavana perhetyössä koettaan myös **erimielisyydet ja tunteet perheessä (15)**. Hoidosta eri mieltä olevat tai vaativat omaiset. Omaisten tunteet, kuten järkytys tai ahdistus sekä sairastuneen hyökkäävyys koetaan raskaana. Asiakasperheen vaikeat perhesuhteet ovat ongelmallisia ja perheen luottamuksen puute työntekijää kohtaan – esimerkiksi, jos perhe ei puhu totta. Perheen vaikeat kysymykset kuormittavat. Viimeisenä kuormittavana tekijänä on aikakysymykset eli **perhetapaaminen vie aikaa tai sitä ei ole antaa (9)**. Aikoja tarvitsee yhteen sovittaa kaikkien kanssa. Perhetapaamiset vievät paljon aikaa. Riittämättömyyttä tunnetaan, jos perhetapaamisille ei ole antaa aikaa. Joitain mainintoja on myös siitä, ettei perhetyössä kuormita mikään, vaan se on antoisaa ja tärkeää.

Erityisen haasteelliseksi perhetapaamisissa (kysymys nro 33) työntekijät kokevat **perhetapaamistilanteen hallinnan (21)**. Työskentelyssä koetaan epävarmuutta ja arkuutta. Kokemuksen uskotaan lisäävän omaa varmuutta. Haastavana pidetään perhetapaamisen hallintaa niin, että kaikki tulevat kuulluksi, keskustelun ohjaamista jämäkästi tai vastuun kantamista tapaamisessa yksin. Haastetta perhetapaamiseen tuo myös **alaikäisten lasten tapaaminen ja kriisi perheessä (10)**. Vaativana koetaan perheen alaikäisten lasten tapaaminen ja heitä lähestyminen. Kriisi perheessä ja parisuhdeongelmat vaativat työntekijältä kykyä kohdata kriisissä oleva ihminen, mutta ongelmat ovat haaste myös, jos työntekijällä on vain vähän tietoa eri palveluista tai omaista ei osata ohjata tarvittavan avun äärelle. **Perheiden herättämät tunteet (9)** mainitaan perhetyössä haastavina. Tässä tarkoitetaan tunteita, jotka asiakasperhe tai oma perhetilanne herättää. On siedettävä surua ja kärsimystä sekä jännitteitä hoidossa ja oltava kärsivällinen perheen kanssa.

10.5. Ylihoitajien ryhmähaastattelu

Ylihoitajilla (n = 5) oli kullakin erilainen taustatieto ja kokemus psykoedukatiivisesta perhetyöstä osallistuessaan haastatteluun. Haastattelukutsun kerrottiin ”aktivoineen” ylihoitajia tiedustelemaan osastonhoitajilta ennen tilaisuutta perhetyön toteutumisesta vastuualueensa hoitoyksiköissä. Toinen ylihoitaja taas oli seurannut mahdollisuuksia ja tilanteen kehittymistä jo vuosia ja visiot olivat selkeät.

1. Miten psykoedukatiivisen perheohjauksen ohjaajakoulutuksen toivottiin ja odotettiin vaikuttavan käytännön hoitotyöhön?

Menetelmäkoulutusten toivottiin vahvistavan perhekeskeistä hoitoprosessia psykiatriaosastolla. Yhtenä kehittymisalueena esitettiin lisääntyvä yhteistyö hoitoyksiköiden välillä parityöskentelyn ja tiedottamisen osalta. Odotuksena oli, että perheiden osallisuus lisääntyy sairastuneen hoidon alkuvaiheessa ja avohoidossa. Perhetyötä toivottiin toteutettavan niin, että siihen osallistuu työntekijöitä eri hoitoyksiköistä. Tavoitteena on sairastuneelle kokemus hoitoprosessin jatkuvuudesta. Edellytyksenä on tiedon kulku hoitavien yksiköiden välillä. Vastaanottavalla hoitajalla on oltava tieto siitä, mitä potilaalle on tapahtunut hoidon alkuvaiheesta lähtien ja avohoidon on tiedettävä mistä jatkaa, kun potilas tulee sairaalasta. Parityöskentelyn mahdollisuuksia yli hoitoyksikkörajojen katsottiin tukevan koulutus- ja työnohjausryhmien muodostaminen työntekijöistä eri hoitoyksiköistä, jotta ryhmässä tutustutaan toisiinsa. Toivottiin, että yhteistyökumppania etsitään eri hoitoyksiköistä. Sairaalan ja avohoidon yhteistyö perhetyössä ja parityöskentelynä ei kuitenkaan ole toteutunut toivotussa määrin. Sen todettiin vaativan järjestelyä ja organisointia, mutta kaikkien yhteinen näkemys oli työntekijän ”turvallisuudenhakuisuus” eli halutaan pariksi lähityötoveri, jonka työskentelytavatkin ovat entuudestaan tuttuja. Seitsemän eri terveyskeskuksen yhdistyminen yhdeksi psykiatriaosastoksi oli toivottu kaatavan yhteistyön esteitä.

Jotta perhekeskeinen ote lisääntyy psykiatriaosastolla, menetelmäkoulutusten odotettiin vaikuttavan henkilökunnan asenteisiin ja laajentavan yksilökeskeistä hoitosuhdetta perhekeskeisemmäksi. Työntekijöille toivottiin välineitä perheiden kohtaamiseen ja perhetapaamiseen. Samoin heille toivottiin koulutuksesta rohkeutta ja uskallusta tavata perheitä. Ohjaajakoulutuksen todettiin rohkais-

seen työntekijöitä perhetyöhön ja antaneen ”täsmätyökaluja” henkilöstölle sen struktuurin ja työvälineiden (esim. psykoedukaation työkirja) tukemana. Lisäksi henkilöstön koulutus psykoedukatiivisten ryhmien ohjaajina vahvistaa menetelmällisyyttä.

Käytännön työssä oli ollut nähtävissä, että työntekijältä saattoi puuttua rohkeus tehdä ”arkista” työtä perheen kanssa ja todettiin, ettei perheiden kohtaaminen hoitotyössä edellytä terapeuttikoulutusta. Tämä on, erityisesti akuuteilla vuodeosastoilla, missä perheterapiakoulutukseen osallistuneita on paljon, johtanut arvotuseroihin perheterapeuttien ja menetelmäkoulutuksiin osallistuneiden välillä – ”mikä on se arkisempi, normaali työtapa perheen kanssa ja mitä välineitä siihen tarvitaan?” Toisaalta mainittiin, ettei julkisessa terveydenhuollossa ole missään vaiheessa tehty perheterapiaa sen pitkäaikaisen prosessimaisuuden vuoksi. Kuitenkin terveysvirasto ja -keskus on järjestänyt vuosien varrella useita lyhyempiä ja pidempiä pätevyyden antavia terapiakoulutuksia. Ylihoitajien kesken vallitsi asiasta yksimielisyys.

2. Miten omissa hoitoyksiköissänne on toteutettu psykoedukatiivista perheohjausta?

Akuuteilla vuodeosastoilla järjestetään ainakin kertatapaaminen läheisten kanssa. Perheen kriisikokemuksen arvioidaan olevan tiedon vastaanottamisen esteenä. Lisäksi käsitykset vaihtelevat siitä, milloin potilas on siinä kunnossa, että perhetapaaminen kannattaa järjestää. Perhetyötä tehdään, mutta ylihoitajilla ei ollut tietoa tapaamisten menetelmällisyydestä tai sisällöstä; minkälaisilla menetelmillä perhetyötä tehdään, toteutuuko psykoedukaatio tai mikä kurssitus perhetyön toteuttajalla on? Ongelmia on perhetyön jatkuvuuden suunnittelussa. Onko tarpeen kutsua avohoidon työntekijä osastolle neuvotteluun tai perhetapaamiseen vai mennäänkö osastolta mukaan perheen ensitapaamiseen avohoidossa? Suunnittelua vaikeuttaa myös potilaan tilanteen nopea muuttuminen ja ennakoimaton uloskirjoitus.

Kuntoutustoiminnan vuodeosastoilla ja kuntoutuskodeissa on pyrkimys tavata kaikkien asiakkaiden perheitä. Ongelmana on nähty sairastuneen tai perheen yhteistapaamisen vastustus. Omaisille annetaan kuitenkin yleistietoa sairaudesta, jos asiakas ei hyväksy perhetapaamista. Menetelmällisyyttä on toteutettu suhteellisen hyvin. Perheinterventiota on jatkettu joissakin tapauksissa asiakkaan siirryttyä kotiin. Työntekijät ovat kuntoutustoiminnan yksiköissä kokeneet tyytymättömyyttä, koska aiemmasta hoitoyksiköstä ei ole kutsuttu työntekijää hoi-

toneuvotteluun tai perhetapaamiseen ennen sairastuneen siirtymistä kuntoutustoiminnan puolelle.

Avohoidossa käyntien kokonaismäärätilastoissa perhekäyntejä on 2-2,5%, joka on tulostavoitteisiin nähden liian vähän. Syyksi arvellaan hoitokulttuurin hidasta muuttumista, koska osaamista, koulutusta ja työnohjausta on tarjolla. Avohoidon moniammatillisissa työryhmissä lääkäreiden asenteella on merkitystä perhetyön toteutuksessa; jos lääkärillä on jonkinlainen perhetyön koulutus tai hän katsoo, että omaiset kuuluvat mukaan hoitoon, toteutetaan perhetyötä työryhmässä hyvin paljon.

Päiväsairaaloissa perhetapaamisissa ei ole käytetty menetelmällisyyttä systemaattisesti kaikissa perheissä, vaan perhekohtaisesti. Menetelmiä on käytetty sellaisenaan sekä soveltuvin osin. Lapset puheeksi –menetelmää on käytetty päiväsairaalapotilaiden ryhmässä. Perhetapaamiset toteutetaan pääosin päiväsairaalan tiloissa. Työntekijät ovat pohtineet parityöskentelyn mahdollisuuksia eri päiväsairaalan työntekijöiden kanssa.

3. Mitä esteitä on olemassa psykoedukatiivisen perheohjauksen toteutukselle eri hoitoyksiköissä?

Organisaatioon liittyviksi esteiksi nimettiin organisaatiomuutos, joka ei edistänyt yhteistyötä henkilöstön kesken. Psykiatriaosasto on kooltaan suuri, jossa myös muutokset ovat hitaita. Hoitotyön ohjeistuksiin reagoidaan hitaasti eli vie aikaa ennen kuin hallinnollisella tasolla kirjatut tulostavoitteet siirtyvät yksikkötasolle ja omaan toimintasuunnitelmaan. Ohjeistuksissa todetaan myös olevan tilaa työntekijän omalle tulkinnalle. Ylihoitajien hallinnollinen vastuu on korostunut ja tuottanut heille kokemuksen etäisyydestä käytännön hoitotyöhön. Sairaala- ja avohoitotoiminnan ylihoitajien välistä keskustelua perheinterventioiden toteutuksesta hoitoketjussa ei ole ollut. Osastonhoitajien tiedetään tätä keskustelua käyneen erityisesti kuntoutustoiminnan alueella. Esteeksi nähdään myös sijaisten suuri lukumäärä, vuorotyö ja koulutukseen osallistuneiden työnantajan vaihto. Lääkäreiden vaihtuvuus niin sairaalaosastoilla kuin avohoidossa nähdään esteeksi.

Ylihoitajien kokemuksen mukaan *työyhteisöllisiä esteitä* on epäselvä tehtävä- ja työnjako sairaalan ja avohoidon välillä sekä puutteellinen tiedonkulku. Tehtäväkuvaus toiminta-alueiden kesken on selkeästi kirjattu ja tehtävät jakautuvat eri-

tyisesti diagnoosin mukaan. Toiveita oli kuitenkin henkilöstön väliseen ”syvällisempään” yhteistyöhön ja yhtenäiseen hoitoprosessiin. Ilman yhtenäisyyttä ja tiedon kitkatonta kulkua hoitoketjussa tuotetaan yksittäisiä interventioita. Toiveena oli perheintervention toteutus ja ennakointi niin, että jo akuutilta vuodeosastolta ollaan yhteydessä poliklinikalle, kuntoutusyksikköön tai päiväsairaalaan ja sovitaan työpari perheinterventioon. Tiedonkulun ongelmia sairaala- ja avohoitotoiminnan välillä ovat tiedottamisen vähäisyys lyhyiden akuuttivaiheiden hoidosta ja eri sairaalaosastojen toimintatavoista. Alueellisia eroja on toiminnassa. Pitkien ja toistuvien päivittäisraporttien katsotaan rajoittavan varsinaista käytännön toimintaa.

Hoitokulttuuriin liittyvät esteitä oli vanhakantainen asenne perhekeskeiseen työhön. Ryhmä pohti niin lääkärin ammatillisuutta, kulttuurikysymyksiä ja asenteita kuin myös muiden hoitotyöntekijöiden asenteita ja vääristyneitä käsityksiä perheestä sairauden aiheuttajana ja näin olleen esteellisinä vaikuttajina perheohjauksen toteutukselle.

Työntekijään liittyväksi henkilökohtaiseksi esteelliseksi tekijäksi toteutuksessa ylihoitajien ryhmä nimesi työntekijän heikon motivaation. Tähän vaikuttivat asennoituminen perhetyötä kohtaan eli jos perhetyötä ei koeta tärkeäksi esteet kasvavat ja toisaalta, jos työ koetaan merkittävänä joustavuutta ja suunnitelmallisuutta käytetään. Toisena vaikuttajana oli työntekijän kuormittuminen oman tai asiakasperheen elämäntilanteesta tai kiireen ja uupumuksen kokemuksesta työssä. Tietynlaisia perheitä uskottiin välteltävän hoitoyksiköissä. Selektiivisyyteen vaikutti ryhmän mielestä perheen korkea sosiaalinen asema ja ”pelottavat” perheenjäsenet. Työntekijät saattavat kokea epävarmuutta työskentelyssä ja jättävät perheen vähemmälle huomiolle. Selektiivisyyttä oli myös yksipuolinen päätöksenteko siitä, ketä kuuluu asiakkaan perheeseen ja ketä perhetapaamiseen kutsutaan eli potilas jää kuulematta.

Työntekijän motivaatio osallistua koulutukseen saattoi ryhmän mukaan johtua omasta mielenkiinnosta aihetta kohtaan, mutta menetelmiä ei kuitenkaan käytetä työssä. Tämä koskee ryhmän mukaan kaikkia henkilöstökoulutuksia. Perheinterventioiden juurruttaminen käytäntöön koulutuksen jälkeen oli epävarmaa myös silloin, jos työntekijä oli ainoa koulutukseen osallistunut hoitoyksikössä tai työparin löytämisessä on vaikeuksia.

Asiakasperheeseen liittyvä esteellisyys oli perheen motivaatio. Asiakas ei halua perhettä tavattavan tai saattaa syyllistää perheenjäseniään. Toisekseen omaiset eivät

mahdollisesti ole valmiita perhetapaamiseen tai pelkäävät edelleen syyllistämistä.

4. Miten eri hoitoyksiköissä on käytännössä tuettu psykoedukatiivisen perheohjauksen toteutusta? Oma rooli siinä?

Ylihoitajien suhtautumista perheinterventioiden toteutukseen kliinisessä työssä ja heidän rooliaan päätöksen teossa pidettiin merkityksellisenä. Psykiatriaosaston johtoryhmä päättää vuosittain psykoedukatiivisten perheinterventioiden ohjaajakoulutuksen tarpeesta ja tilauksesta. Ylihoitajat päättävät minkälaisia koulutuksia henkilöstölle tarjotaan, jotta työn vaatimukset ja osaaminen kohtaavat toisensa. Tämän katsotaan vaikuttavan voimakkaasti henkilökunnan hyvinvointiin. Ylihoitajat valitsevat työntekijät ohjaajakoulutukseen.

Toiminta-alueiden ja hoitoyksiköiden tulostavoitteiden arvioinnissa osastonhoitajan ja ylihoitajan kanssa myös perhetyö on aina keskustelussa. Työntekijä saa palautteen osastonhoitajalta henkilökohtaisessa kehityskeskustelussa. Avohoidossa kierrolla joka kuukausi keskustellaan käytännön asioista ja perheinterventioiden toteutuksesta.

5. Mikä edistää psykoedukatiivisen perheohjauksen yhdentymistä kliiniseen työhön?

Hoito-organisaatiossa edistäviksi tekijöiksi ryhmä esitti ohjeistuksen ja seurannan. Perheiden tapaamisen katsotaan kuuluvan hyvän hoidon malliin. Sairaalatoiminnan toimintasuunnitelmaan on kirjattu perhekeskeinen työote hoitotyössä. Avohoidon prosessikuvauksissa on kirjattu perheen tapaaminen mahdollisuuksien ja tarpeen mukaisesti. Avohoidossa tavoitteena on laajentaa palveluntarjontaa, joten perhe- ja kotikäyntien frekvenssiä seurataan. Tavattaessa perhettä työparina on kummankin osallisuus tilastollisesti tasa-arvoinen. Ylihoitajien myönteinen suhtautuminen ja tuki perheinterventioiden toteuttajille sekä mahdollistajille todetaan yhdentymistä edistäväksi. Lisäksi ylihoitajilla tulee olla tieto perheinterventiokoulutuksiin osallistuneista eri toiminta-alueilla psykiatriaosastolla. Yksityiskohtaista tutkimusta implementaation alueelta toivottiin.

Edistäväksi tekijäksi todettiin yksimielisesti perheinterventiokoulutuksiin osallistuneiden määrän lisääntyminen niin, että työskentelymallin käyttö lisääntyy

ja työparin saanti mahdollistuu. Ryhmässä todettiin, että yleensä perhetyön alueelta koulutuksiin osallistuneita on niin runsaasti, että parinmuodostus on mahdollista. Perhekeskeistä työnohjausta ja jatkuvaa ohjausta menetelmien käytössä esitettiin. Jatkuva jonkinlainen tuki työntekijöille perhetyössä koetaan tärkeäksi.

Työyhteisöissä interventioiden toteutuksen uskottiin edistyvän, jos sairaalan ja avohoidon välillä on yhteistyötä ja yhtenäinen prosessi, jotta hoidossa on jatkumoa sekä potilaalla turvallisuuden kokemus. Osastonhoitajien toivotaan seuraavan ja kannustavan koulutukseen osallistuneita perheinterventioiden toteutuksessa. Osastonhoitajien toivotaan myös käyvän työntekijän kanssa keskustelua motivaatiostaan ja sitoutumisesta hakiessaan menetelmäkoulutukseen. Työyhteisön näkemys perhetyön tarpeellisuudesta edistää luonnollisesti toteutusta yksikössä. Ryhmässä arvioidaan, että perheinterventiokoulutuksiin osallistuneiden lukumäärä (4-5 työntekijää) vaikuttaa hoitoyksikön toimintakulttuuriin ja työskentelymallin käyttöönottoon. Lääkäreiden perehtyneisyys, tietoisuus ja arvostus perhetyötä kohtaan edistävät interventioiden toteutusta. Huomiota tulisi tarvittaessa kiinnittää lääkäreiden ohjauksessa (ayl) sekä kierrolla tai hoitosuunnitelmassa.

Edelleen työntekijän henkilökohtaisen asenteen ja motivaation arvioidaan edistävän yhdentymistä kliiniseen työhön. Työntekijä kokee perhetyön tärkeäksi, on aidosti kiinnostunut potilaan asioista ja joustava työaikojen suhteen. Motivaatiota ylläpitää perheiden positiivinen palaute tapaamisista. Työntekijältä toivotaan kykyä tunnistaa motivaatiotaan toteuttaa perhetyötä hakeutuessaan perhetyön koulutukseen.

11. Toimintatutkimuksellisen tulokset

Yksilöhaastatteluista ja ylihoitajien ryhmähaastattelusta saatua tutkimusaineistoa verrattiin keskenään ja osa-aineiston analyysin tulosten perusteella kohdeyhteisössä koottiin keväällä 2008 muutostyöryhmä. Ryhmän tehtävänä oli vahvistaa perhetyön toteutusta ja jatkuvuutta sairastuneen hoitoketjussa sekä tiedonkulkua sairaala-, avohoito- sekä kuntoutustoiminnan välillä. Ryhmä kokoontui viisi kertaa (a 3h). Tapaamiset toteutettiin ajalla 5–10/2008. Jäseniä ryhmässä on 12. Moniammatillisessa ryhmässä on edustus psykiatriaosaston hallinnosta (yksi yh), akuuteilta vuodeosastoilta (kaksi työntekijää), avohoidosta (neljä työntekijää), kuntoutustoiminnasta (kolme työntekijää) ja Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry:stä (toiminnanjohtaja ja ak.). Ryhmän työntekijöitä yhdistää osallistuminen psykoedukatiivisten perheinterventioiden menetelmäkoulutuksiin vuosina 2002–2008. Yksi ryhmän jäsen on koulutukseltaan perheterapeutti. Muutostyöryhmän tapaamiset jatkuvat puolivuosittain vuonna 2009.

11.1. Muutokset kohdeyhteisön Pegasos-tietojärjestelmässä

Terveyskeskuksen psykiatriaosastolla tiedon kulun ongelmat perhetyön osalta liittyivät perhetapaamisen kirjaamiseen ja tiedon kulkuun sairastuneen hoito-

ketjussa. Perhetapaamisen kirjaamiseen ei ollut olemassa selkeitä ohjeita ja kirjaukset olivat vaikeasti löydettävissä sähköisestä Pegasos -hoitokertomuksesta. Muutostyöryhmässä laadittiin Pegasos-työryhmän tuella perhetapaamisen kirjaamisohje (liite 5), jonka tarkoitus on jäsentää kirjaamista niin, että kertomus on selkeä ja se hyödyttää tiedollisesti sekä asiakkaan vastaanottavan työntekijän työtä että asiakasta ja hänen perhettään. Tavoitteena on työntekijän sekä perheen kuormittuneisuuden vähentyminen hoitoketjussa, kun päällekkäisiä interventioita voidaan välttää hoidon aikana. Kirjaamisohje on jaettu kuuteen osioon: tapaamispaikka ja osallistujat, perhetapaamisen luonne ja tavoitteet, käytetty perhetyön menetelmä, perheen selviytymiskyvyn arviointi ja tukeminen, tavoitteiden saavuttamisen arviointi ja osallistujien palaute, perheen tarpeiden ja toiveiden ohjaamat jatkosuunnitelmat. Kirjaamisohje liitettiin Pegasos –tietojärjestelmään huhtikuussa 2009. Ohje noudattaa valtakunnallisen HoiData -hankkeen terminologiaa (www.vsshp.fi). HoiData on kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke (2005-2008). Käyttäjätyöntekijöiden palautteen mukaan ohje tukee muistia, selkeyttää, jäsentää ja yhtenäistää kirjaamista.

Lisäksi Pegasos –tietojärjestelmään avattiin muutostyöryhmän aloitteesta uusi otsikko ”perhetapaaminen”, jonka alle kirjataan kaikki perhetapaamiset. Myös vastaanottavan hoitoyksikön (psykiatriaosaston sisällä) tiedon saanti perheen aiemmista tapaamisista mahdollistui, kun otsikko avautuu aiemmasta poiketen kaikkien toiminta-alueiden (sairaala-, avohoito-, kuntoutustoiminta) työntekijöille sairastuneen hoitoketjussa.

11.2. Perhetyön suositus

Muutostyöryhmässä laadittu Perhetyön suositus (liite 6) perustuu Käypä Hoito –suosituksiin vuodelta 2008 erikoissairaanhoidossa sekä Toimiva lapsi&perhe –toiminnan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) ohjeisiin ja suosituksiin preventiivisten toimintamallien käytöstä aikuispsykiatriassa lapsiperheissä (Solantaus, 2005). Lapsiperheiden osalta suositusta kommentoi lastenpsykiatri, tutkimusprofessori T. Solantaus, Toimiva lapsi&perhe –hanke. Suositus on nelisivuinen ohje, joka koskee kaikkia sairastuneen hoitoon ja perhetyöhön osallistuvia työntekijöitä psykiatriaosastolla.

Suosituksen tavoitteena on: tasa-arvoistaa palvelut perhetyön osalta hoitoyksiköissä, mahdollistaa perhetyön jatkuvuus hoitoketjussa, vahvistaa preventiivistä

työotetta, vahvistaa vanhemmuuden tukemista sekä alaikäisten lasten tarpeiden huomiointia hoidossa. Suosituksessa tuetaan perheintervention toteutusta asiakkaan hoitoketjussa niin, että työpari voidaan valita hoitoketjua ennakoiden, esimerkiksi sairaalan ja avohoidon työntekijöiden yhteistyönä. Työparin löytämisessä tuetaan ohjaamalla työntekijä yhteiseen tietojärjestelmän sivustolle (y-asema), jolle on koottu yhteystiedot psykoedukatiivisten perheinterventioden menetelmäkoulutuksiin osallistuneista.

Perhetyön suosituksen työntekijäkohtainen tavoite oli tukea ja rohkaista hoitoon osallistujia kohtaamaan sairastuneen perhe, vaikka perheterapeuttisia taitoja ei olisikaan tai omaa osaamistaan epäillään. Tämän vuoksi suositukseen on kirjattu perhetyön muodoksi ”Opastava yhteistyö perheen kanssa”, jonka konkreettisia auttamisalueita ovat tiedollinen ja emotionaalinen tuki perheelle, perheen ohjaus arjen ongelmatilanteissa ja tarvittaessa perheen ohjaus terveys- tai sosiaalipalveluiden piiriin. Suosituksessa selvitetään opastavan yhteistyön periaatteet sekä em. auttamisalueiden sisällöt. Kriisitapaamista potilaan ja perheen aikuisten/potilaan läheisten kanssa suositellaan järjestettäväksi mahdollisimman nopeasti potilaan saavuttua sairaalahoitoon sekä muissa kriisitilanteissa. Suosituksessa on kirjattu erikseen ohjeet tiedollisen tuen tarjoamisesta alaikäisille lapsille sekä työmenetelmät lapsiperheessä.

Opastava yhteistyö perheen kanssa ei ole terapiaa. Näin ollen se ei korvaa perheenjäsenen hoitoa. Jos jollakulla perheenjäsenellä todetaan hoitotarve, hänet ohjataan vaadittaviin tutkimuksiin ja hoitoon. Näin toimitaan sekä aikuisten että lasten ja nuorten kohdalla. Myös pariterapia tai perheterapia järjestetään tarvittaessa mahdollisuuksien mukaan.

Perhetyön suositus esiteltiin psykiatriaosaston johtoryhmälle 18.11.2008 ja se hyväksyttiin liitettäväksi psykiatriaosaston kaikkien toiminta-alueiden prosessi- ja toimintakuvauksiin. Tätä edelsi kaikkien prosessin omistajien tapaamiset ja suosituksen esittely heille lokakuussa 2008. Suositusta on käsitelty osastonhoitajien kokouksessa, hoitoyksiköissä ja toiminta-alueiden kehittämisryhmissä. Osastonhoitajien palautteen mukaan suositus on ollut tervetullut sekä tarpeellinen. Suositus on liitetty opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytykseen. Perhetyön suositus lähetettiin tiedoksi ja perhetyön kehittämisen tueksi myös muille hoitotyön kehittämisestä vastaaville eri sairaanhoitopiireissä Suomessa. Suosituksesta tiedotettiin Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry:n jäsenkirjeessä 3/09 sekä alueellisten omaisyhdistysten toiminnasta vastaaville.

12. Pohdinta ja päätelmät

12.1. Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tutkimuksen kohde ja tarkoitus

Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliiniseen työhön Helsingin terveyskeskuksen psykiatriaosastolla. Tutkimusaineisto antaa kattavasti tietoa ilmiöistä, jotka työntekijöiden kokemuksen mukaan neljällä eri alueella hoitotyössä vaikuttavat implementointiin; omassa työpisteessä, menetelmäkoulutuksessa, perhetyön mallissa sekä omissa ammatillisissa tai henkilökohtaisissa ominaisuuksissa. Vaikka kyseessä on tietty perhetyön koulutus ja menetelmä tietyssä hoito-organisaatiossa, tutkimustulokset tukevat myös muiden hoito-organisaatioiden kehittämistehtävää perhetyön sektorilla. Kohdeyhteisölle ja henkilöstön kouluttajaorganisaatiolle tulokset antavat runsaasti tietoa yhdentymistä edistävistä tekijöistä ja konkreettisilla interventioilla voidaan tukea sekä motivoida henkilöstöä.

Omat sitoumukset tutkijana

Helsingin psykiatriaosaston henkilöstölle vuonna 2005 tarjottu psykoedukatiivisen perheohjauksen ohjaajakoulutus oli menetelmäkoulutuksista ensimmäinen. Koulutus käynnistettiin myös henkilöstön toiveesta ja se rakennettiin perustuen tutkimus- ja kokemustietoon perheiden kanssa työskentelystä. Koulutusryhmistä yhdessä oli lähes 40 työntekijää. Kyseessä oli siis massiivinen luento teoriaosuudesta, jossa keskustelulle ei juurikaan jäänyt tilaa. Opiskelu suuressa juhlasalissa ei myöskään tukenut ryhmäytymistä, eikä rohkaissut osallistujia esiintymään kysymyksin. Tämä ensimmäinen ”pilotti” - koulutusryhmä on jäänyt ikimuistoisena kokemuksena mieleen. Jännitys, joka edelsi jokaista koulutuspäivää, päässä risteilevät kysymykset siitä, mitä henkilöstö tarvitsee tässä ajassa perhetyössä ja mikä on koulutuksen vastaanotto.

Haluan tässä verrata E. Rogersin teorian mukaisesti ensimmäisiin koulutusryhmiin osallistuneita työntekijöitä Tiedon aikaisiksi omaksujiksi (early adopter), jotka ovat yksiköissään toimineet roolimalleina uusien toimintatapojen käytössä. Oletin tutkimusta aloittaessani, että tällä joukolla olisi ollut paljon enemmän vaikeuksia tavoittaa työyhteisön luottamus ja ennen kaikkea uskomisessa menetelmään ja itseensä. Totta onkin, että jotkut jäivät asiansa kanssa yksin tai kokivat palvelevansa enemmän työyhteisön tarpeita kuin omia koulutuksellisia tarpeitaan osallistuessaan koulutukseen. Uudet ideat on kuitenkin opittu nopeasti ja hyödynnetty niitä yksilö- ja ryhmien hoitotyössä. Ilahduttavaa on todeta tutkimustuloksista, että perhetyössä aikuis- ja lapsiomaisten subjektiivinen kokemus on huomioitu. Preventiivinen työote on juurtumassa ajatteluun ja asettanut perhetyölle uudenlaisia tavoitteita aikuispsykiatriassa.

Henkilöstön kouluttajana koen tutkimustulokset niin kannustimena kuin myös suunnan näyttäjänä. Ohjaajakoulutus on kehittynyt monimuotoisemmaksi ja koulutusmateriaali on luonnollisesti lisääntynyt viimeisten vuosien aikana. Koulutuspäiviä on enemmän (kahdeksan) ja koulutusryhmätkin ovat pienentyneet 14-16:een. Myöhemmiltä koulutusryhmiltä saadut palautteet koulutuksesta osoittavat suunnan olevan oikea.

Aineistonkeruu

Tutkimukseen osallistui 36 kohdeyhteisön työntekijää. Menetelmäkoulutukseen vuosina 2004-2006 osallistuneista 62 työntekijästä tavoitettiin sähköpostilla tai

kirjeitse kaikki, jotka olivat edelleen työsuhteessa kohdeyhteisössä vuonna 2007. Heistä, jotka olivat vaihtaneet työnantajaa tai olivat pitkillä vapailla, saatiin tieto osastonhoitajilta yksikössään. Tutkimukseen osallistumasta kieltäytyneiden pieni joukko (kuusi) kertonee siitä, että kohderyhmän työntekijöillä oli motivaatiota ja voimakas halu kertoa kokemuksistaan. He olivat myös sitoutuneita ja halukkaita osallistumaan perhetyön kehittämiseen ja kehittymiseen. Työntekijöillä oli kokemusta yli kahden vuoden ajalta perhetyön menetelmien käytöstä, joten heillä oli paljon tietoa ja se vastasi tutkimuskysymyksiä. Saturaatio toteutui aineistossa.

Yksilöhaastattelut koettiin parhaaksi vaihtoehdoksi kohderyhmän työntekijöiden ”kirjavuuden” vuoksi. Edustettiin eri ammattiryhmiä, eri toiminta-alueita ja eri koulutusryhmää. Kullakin kohderyhmässä oli oma skeemansa ja työtapansa. Ongelmana haastattelujen toteutuksessa oli, ettei tutkimuksesta vastaava voinut kouluttajana haastatella koulutukseen osallistuneita, saati litteroida aineistoa. Uhkana oli haastateltavan pyrkimys miellyttää eikä negatiivista lausumaa olisi uskallettu ilmaista. Tarkoitus oli myös kunnioittaa haastatteluun osallistuneiden yksityisyyttä. Sen vuoksi haastattelut ja aineiston litteroinnin toteutti tutkimusavustaja, mikä osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tunnistettavuuden välttämiseksi on haastattelujen tulokset ryhmitelty raportissa toiminta-alueittain (akuutti-, kuntoutus- ja avohoitotoiminta), ei hoitoyksiköittäin.

Aineistoa analysoitaessa oli helppo huomata, että kysymyksiä oli puolistrukturoidussa yksilöhaastattelussa liian paljon ja päällekkäisyyttäkin. Koska haastattelija oli kehittämishankkeista ulkopuolinen ja aikaviive koulutuksesta saattoi hämärtää muistikuvia, oli kysymyksiä tarkennettu ”lisäkysymyksin”. Kunnianhimoinen tavoite oli saada tietoa kattavasti monelta eri alueelta. Avustava tutkija on kuitenkin itsenäisessä tehtävässään onnistunut loistavasti. Tutkimusaineistoa (litteroidut haastattelut) kertyi 520 sivua. Havaintomatriiseja kertyi 160 sivua. Matriisien suuren määrän vuoksi niitä oli mahdoton liittää raportin tekstiin, mikä vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Sen sijaan esimerkkimatriisi luokittelun etenemisestä on liitteenä raportissa (liite 4). Kaikki aineiston luokittelun vaiheet on tallennettu ja säästetty.

Ylihoitajien ryhmähaastattelu toteutettiin työntekijöiden yksilöhaastattelujen rinnalla, jotta saadaan ylihoitajien kuvaus psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen vaikuttavista tekijöistä psykiatriaosastolla. Ylihoitajat olivat ryhmänä yllättävän yksimielisiä, kun otetaan huomioon, että keskustelua psykoedukatiivisista perheinterventioista käytiin yhdessä ensi kertaa. Konsen-

suksen löytymistä ei helpota perhetyön diverisiteetti ja sen tarpeellisuus psykiatrisessa hoitotyössä. Tilaisuus toteutui hyvässä ilmapiirissä, keskustelu oli vilkasta ja ylihoitajien näkemykset ohjasivat osaltaan yhdentymiseen tähtäävien toimenpiteiden toteutusta.

Tutkimuksen kesto

Kyseessä oli kaksivuotinen tutkimus. Kun otetaan huomioon tutkimuksen toteutukseen varattu aika, oli tutkittava alue liian laaja ja vaarana oli niin ajan riittämättömyys kuin aineiston analyysin jääminen ohueksi ja pintapuoliseksi. Aineistoon on kuitenkin suhtauduttu kunnioituksella ja paneuduttu siihen hyvien tutkimuskäytäntöjen mukaisesti. Tutkijan osallistuminen muutostyöryhmän tehtävään kohdeyhteisössä sekä tiedottaminen ryhmässä laadituista ohjeista ja suosituksista lohkaisi aikataulusta suuren osan. Katson kuitenkin muutostyöryhmän tuotosten tukevan parhaalla mahdollisella tavalla, myös tulevaisuudessa, henkilöstön mahdollisuuksia ulottaa perhetapaaminen yhteiseksi prosessiksi perheen kanssa. Prosessiksi, jossa huomioidaan kaikki sairastuneen perheenjäsenet ja preventiivisellä työotteella pyritään katkaisemaan negatiivinen kierre ja ennaltaehkäisemään tilanteen huononemista perheessä.

Tutkimuksen toteutunut aikataulu:

Toukokuu 2006

Aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen tutustuminen.

Haastattelumenetelmien valinta ja sisällön luominen.

Tutkimussuunnitelman laatiminen ja hakemus Raha-automaattiyhdistykselle.

Huhtikuu–heinäkuu 2007

Tutkimuslupahakemus, Helsingin terveyskeskuksen tutkimusten koordinointiryhmä.

Tiedotus kohdeyhteisölle alkavasta tutkimuksesta.

Kohderyhmän tavoittaminen tiedottein.

Avustavan tutkijan ja tutkimuksen ohjausryhmän nimeäminen.

Elokuu–joulukuu 2007

Kohderyhmän työntekijöiden yksilöhaastattelut.

Haastattelujen litterointi.

Ohjausryhmän tapaamiset.

Tammikuu–heinäkuu 2008

Ylihoitajien ryhmähaastattelu.

Yksilö- ja ryhmähaastattelujen litterointi.

Osa-aineiston analysointi.

Tiedottaminen alustavista tuloksista kohdeyhteisölle ja muutostyöryhmän kokoaminen.

Muutostyöryhmän ensitapaaminen.

Ohjausryhmän tapaaminen.

Elokuu–joulukuu 2008

Muutostyöryhmän tapaamiset ja tehtävät.

Aineiston analysointi.

Ohjausryhmän tapaaminen.

Tammikuu–toukokuu 2009

Aineiston analysointi.

Tutkimusraportin kirjoitus alkaa.

Tutkimusprojekti päättyy.

Tutkimusraportin julkistaminen 24.11.2009.

Aineiston analysointi

Koska aihetta on tutkittu hyvin vähän Suomessa ja kyseessä oli valmis teoreettinen perhetyön mallin, jonka soveltuvuutta käytäntöön tutkittiin, oli perusteltua käyttää tutkimusmenetelmänä Grounded Theory -menetelmää. Aineiston analyysia ohjasi abduktiivinen päättely. Ajatteluprosessissa vaihtelivat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. Mallin tai praktisen teorian muodostamisen tavoitteena on ollut jäsentää käytännön toimintaa ja käytännössä toimivien ihmisten tietoisuutta toiminnastaan. Tarkoitus oli kuvata ilmiöitä, jotka vaikuttavat uuden perhetyömenetelmän yhdentymiseen kliiniseen työhön.

Tutkijan kokemattomuus saattaa näkyä aineiston luokittelussa. Luokittelussa ja tutkimusraportissa pyrin tavoittamaan ja säilyttämään ”kielen”, jota työntekijät käyttävät työskentelyssä asiakasperheiden kanssa ja työskenneltäessä menetelmällisesti. Vältin siis ”tutkimuskieltä”. Aineiston analyysia ohjasi käytännönläheisyys, rehellisyys ja autenttisuuden säilyttäminen pelkistetyissä lausumissa sekä luokittelussa.

Tutkimusaineistoon liittyvää triangulaatiota tukee tiedon keruu eri tiedonantajaryhmiltä; hoitotyöntekijöiltä, erityistyöntekijöiltä ja ylihoitajilta. Tutkijaan liittyvää triangulaatiota tukee avustavan tutkijan liittyminen tutkimukseen. Aineiston analyysin toteutusta ja etenemistä seurasivat ohjausryhmä sekä avustava tutkija. Pyrkimyksenä oli välttää tutkijan henkilökohtaisia oletuksia ja ennakkoluuloja sekä olla sitoutumatta vain yhteen näkökulmaan. Tutkija on tehnyt paljon yhteistyötä kohderyhmän kanssa perhetapaamisissa ja kouluttajana. Aineiston kvantifioinnin toivottiin tuovan laadullisen aineiston tulkintaan uudenlaista näkökulmaa ja lisätietoa.

Tutkimuksen raportointi

Tutkimusraportissa selostetaan psykoedukatiivisen perhetyön kehitys ja lukijan mielestä ehkä liiankin yksityiskohtaisesti perheinterventioiden viitekehys ja rakenne. Halusin kuvata lukijalle psykoedukatiivisten menetelmien omaisten subjektiivista kokemusta painottavaa kehityssuuntaa – niin perheen aikuisten kuin lastenkin. Toisekseen tutkimuksen kohteena olevien menetelmäkoulutusten perheinterventiot poikkeavat perinteisistä strukturoiduista psykoedukatiivisista malleista erityisesti kestoltaan sekä rakenteeltaan. Edellä mainituista syistä raportin fokus saattaa risteillä menetelmien sekä implementoinnin välimaastossa.

Raportoinnin suurimmat ongelmat liittyivät tutkimustulosten ilmaisuun. Toiveena oli niiden helppolukuisuus ja selkeä, johdonmukainen esitystyyli. Vaikeudet johtuivat suuresta tutkimusaineistosta. Kattavan yhteenvedon laatiminen massiivisesta aineistosta oli vaikeaa. Toivon, että lukija tutustuu raporttiin kokonaisuudessaan, jotta on mahdollisuus rakentaa myös omia johtopäätöksiä sekä pohtia, miten raportissa kuvattu ilmiö näyttäytyy omassa työpisteessään. Raportissa tutkimustuloksista luodut kuviot on on tarkoitettu jäsentämään päättelyä ja osoittamaan oleellinen. Seuraavassa luvussa tutkimustuloksia tarkastellaan ylihoitajien ryhmälle esitettyjen kysymysten kautta.

12.2. Tutkimustulosten tarkastelu ja jatkotutkimushaasteet

Tässä kuvataan haastattelujen tuloksista ylihoitajien ja työntekijöiden kokemuksia menetelmäkoulutuksen vaikuttavuudesta, perheinterventioiden yhdentymistä kliiniseen työhön tukevasta toiminnasta sekä sitä estävistä tekijöistä. Yhteenveto on luotu näiden ylihoitajille esitettyjen ”täsmäkysymysten” mukaisesti. Ne yksinkertaisesti auttoivat fokuksen löytymisessä laajasta aineistosta. Tarkoitus ei ollut väheksyä työntekijöiden esittämiä arvokkaita kokemuksia muissa kysymyksissä. Yksilö- ja ryhmähaastatteluista saatu tieto ohjasi toimintatutkimuksellisia toimenpiteitä kohdeyhteisössä. Aineistosta haettiin samuutta ylihoitajien ja työntekijöiden näkemyksistä.

Yhteenveto painottuu ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ”Mitkä tekijät terveyskeskuksen aikuispsykiatrian toimipisteessä kohderyhmän mukaan vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliinisen hoitotyön kanssa?” Toivon tulosten antavan suuntaa kohdeyhteisön suunnitelmille ja kehittämistoimenpiteille tulevaisuudessa. Tutkimuskysymykset menetelmäkoulutuksen, perhetyön mallin ja työntekijän henkilökohtaisten ja ammatillisten vaikuttimien alueelta kiinnostavat erityisesti tutkijaa ja tulokset ohjaavat menetelmäkoulutuksen, psykoedukatiivisen perheohjaus mallin sekä koulutukseen hakevien työntekijöiden valintaprosessin kehittämistä.

Taulukko 12: *Kooste ylihoitajien ja työntekijöiden (pääluokat) kokemuksista menetelmäkoulutuksesta ja perheinterventioiden yhdentymiseen vaikuttavista tekijöistä.*

Ylihoitajat	Työntekijät
Menetelmäkoulutuksen toivottavat vaikutukset / toteutuneet vaikutukset	
Perhekeskeisen hoitoprosessin vahvistuminen *- hoitoyksiköiden välinen parityöskentely* *- tiedon kulku hoitavien yksiköiden välillä* Henkilökunnan asenteet *- yksilöhoitokeskeisyydestä perhekeskeisyyteen* Rohkeutta tavata perheitä	Tieto ja ymmärrys lisääntynyt perheen kokemuksesta Rohkeus ja valmiudet kohdata perheitä ovat lisääntyneet Käytännönläheinen ja sovellettava työmenetelmä Saanut apuvälineitä perheiden tapaamiseen
Perheinterventioiden yhdentymistä tukee / työntekijöiden toiveet tuesta	
Organisaatiossa *- ohjeistus ja seuranta* *- ylihoitajien myönteinen suhtautuminen ja tuki* *- jatkuva ohjauksellinen tuki perhetyössä* *- menetelmäkoulutukseen osallistuneiden määrän lisääntyminen* * Koulutus- ja työnohjausryhmien muodostaminen eri hoitoyksiköiden työntekijöistä Työyhteisössä *- yhteistyö sairaalan ja avohoidon välillä* Työntekijän *- henkilökohtainen asenne* *- motivaatio*	Työyhteisössä *- keskustelu perheinterventiosta ja toteutuksen yhteinen suunnittelu* *- työpari työyhteisöstä* *- hoitoyksiköiden välinen yhteistyö* Johdolta *- perhetyön ohjaus ja koulutus* *- aikaa intervention toteutukselle*
Esteitä perheinterventioiden toteutukselle	
Organisaatiomuutos Työyhteisöön liittyvät *- epäselvä tehtävä- ja työnjako* *- tiedonkulun ongelmat mm. toimintatavoista* Hoitokulttuuriin liittyvät *- vanhakantainen asenne perhekeskeistä hoitoa kohtaan* Työntekijän esteellisyys *- heikko motivaatio* *- kuormittuneisuus* *- selektiivisyys*	Työyhteisöön liittyvät *- ajan vähäisyys perhetapaamisille* *- aikataulujen yhteensovittaminen* *- näkemyserot perhetyöstä* Organisaatioon liittyvät *- henkilökunnan vaihtuvuus* *- menetelmäkoulutukseen osallistuneiden vähäisyys* Työntekijän henkilökohtainen esteellisyys *- kokemus omasta passiivisuudesta* *- tuen puute työskentelylle*

Tämän yhteenvedon mukaan menetelmäkoulutuksissa ollaan pystytty vastaamaan kohdeyhteisön ja henkilöstön tarpeisiin hyvin. Työntekijöiden ymmärryksen lisäännyttyä perheen kokemuksesta on saatettu vaikuttaa asenteisiin ja lisätä perhekeskeisyyttä hoidossa. Tieto ja apuvälineet ovat lisänneet rohkeutta ja valmiuksiaan kohdata perheitä.

Vaikka koulutusryhmiin osallistujat ovat eri hoitoyksiköistä sairastuneen hoitoketjusta, ei koulutuksen kautta ole toivotulla tavalla onnistuttu lisäämään yksiköiden välistä yhteistyötä. Kuitenkin haastatelluista 31/36 esittää (s. 74), että mahdollisuudet yhteistyöhön ovat hyvät – myös eri auttajatahojen välinen parityö (32/36). Toiveita yksiköiden välisestä yhteistyöstä on sekä ylihoitajilla että työntekijöillä. Kohdeyhteisössä laaditun Perhetyön suosituksen toivotaan edelleen mahdollistavan ja antavan ”luvan” yhteistyölle. Aktivoisiko perhetyön jatkuvuutta hoitoketjussa alueellisten, hoitoyksiköiden välisten perhetyöntekijöiden uudet vakanssit, nimikkeet? Perhetyöntekijät liittyisivät hoitokokouksiin, saattaisivat perhettä uloskirjoitusvaiheessa sairaalasta ja sen jälkeen, toimisivat perhetyön koulutuksiin osallistuneille työparina jne.
Kyseessä olisi liikkuva perhetyön ammattilainen, jonka tehtävän fokus on asiakkaan perheessä. Perhetyön suosituksen toivotaan lisäksi avaavan ja lisäävän keskustelua hoitoyksiköissä perheinterventioista ja perhetyön menetelmien valinnasta sekä toteutuksesta.

Ylihoitajat ovat hyvin oivaltaneet työntekijöiden tarpeet ohjaukselliseen ja koulutukselliseen tukeen perhetyön toteuttajina. Toiveet ovat yhtenäiset työntekijöiden kanssa. Suoritteiden seurannan tarkoitus lienee tilastoinnin lisäksi motivoida työntekijää liittämään perheet asiakkaan hoitoon. Tämä vaatii luonnollisesti aikaa toteutukselle ja ottaa suuren palan muilta työtehtäviltä. Olen vakuuttunut, että kukin työntekijä voi perheitä tavata – interventiossa yksi tai kaksi perhettä kerrallaan. Perhetyön ei kuitenkaan tulisi tuottaa syyllisyyttä muiden työtehtävien tai työryhmän ”kärsiessä” työntekijän ”poissaolosta”. Päinvastoin, miten suoritteilla osoittaa arvostus työntekijän sitoutumisesta ja monipuolisuudesta? Kannattaako perhetyön koulutuksiin osallistuneet profiloida perhetyön toteuttajiksi ja huomioida se tehtävän kuvassaan?

Työntekijät esittävät perheintervention toteutuksen esteeksi erityisesti aikaongelmat työyhteisössä. Ylihoitajien arvion mukaan työyhteisöllisiä esteitä luovat epäselvä tehtävä- ja työnjako sekä tiedonkulun ongelmat hoitoyksiköiden välillä. Tiedottamista toimintatavoista, tutustumista toisiinsa ja tiedon kulun tehostamista siis kaivataan. Perhetapaamisen kirjaamisohje pyrkii kehittämään tie-

don kulkua perhetyön osalta ja vähentämään yksittäisen työntekijän ja perheen kuormittumista. Perhetyön suosituksen tavoitteena taas on ollut yhtenäistää ja tasa-arvottaa palveluita perheelle hoitoketjussa.

Perhetyön menetelmäkoulutukseen osallistuu harvoin työntekijä, jolla on vanhakantainen asenne perhekeskeistä hoitoa kohtaan, päinvastoin perhetyö koetaan tärkeäksi ja siihen haetaan vahvistusta. Mielenkiintoista olisikin valita koulutusryhmään ammattilaisia, jotka suhtautuvat perhetyöhön negatiivisesti. Koulutuksen jälkeen voisi tutkia, miten koulutuksella voitiin vaikuttaa työntekijän asenteisiin ja näkemyksiin.

Työntekijöiden kokemukset tuesta perheinterventioiden toteutuksessa, kuten myös esteistä, liittyvät selkeästi työyhteisöön, jossa työntekijä työskentelee. Ylihoitajien myönteisyys ja tuki interventioiden toteutukselle ei aina tavoita työntekijää. Ylihoitajan ja osastonhoitajan välisessä tulostavoitteiden arvioinnissa myös perhetyö on keskusteluissa. Työntekijä saa palautteen osastonhoitajalta henkilökohtaisessa kehityskeskustelussa. Osastonhoitajat ovat siis hoitoyksiköissä todellisia kannustajia ja mahdollistajia. Työntekijän motivaatiota pitää yllä lisäksi työtovereiden ja perheiden myönteinen palaute ja suhtautuminen sekä muiden menetelmäkoulutuksiin osallistuneiden kokemukset. Ongelmia tai haasteita on kaikessa perhetyössä. Ylihoitajien mahdollistaessa perhetyönkoulutuksen, tarvittaessa työnohjauksen ja koulutuksiin osallistuneiden yhteistapaamiset tuetaan työntekijän jaksamista. Työntekijät saattavat kokea keinottomuutta tai ahdistuneisuutta (kysymys nro 32, s. 114) kohdatessaan perheen ongelmia. Perhetyön tulisi olla mielekästä ja varmaa.

Analysoidessani tutkimustuloksia akuuttiosastojen rajalliset mahdollisuudet toteuttaa perheterapiaa tai perheinterventiota nousivat aineistosta selkeästi. Tämä näyttäytynee myös lukijalle. Useat akuuttien vuodeosastojen työntekijät esittävät olevan mahdollista tavata perhettä 1-2 kertaa. Tämän oletuksen mukaisesti ei siis ole mahdollista toteuttaa perheterapiaa prosessina (useita tapaamisia) perheen kanssa. Mikä on perheterapeuttisen yksittäisen tapaamisen fokus ja päämäärä? Esteitä esitettiin myös perheintervention toteutuksessa (vähintään kaksi tapaamista).

Pohdittaessa perheen todellisia tarpeita ja myös perhekohtaisia esteitä perhetyölle hoidon akuuttivaiheessa, tuleeko perhetyön koulutuksen painoaluetta siirtää? Soveltuuko esimerkiksi perheen kriisiin tai traumaan keskittyvä koulutus erityisesti akuuttien vuodeosastojen työntekijöille ja perheterapia avohoidon ja

kuntoutuksen työntekijöille? Vastaako psykoedukatiivisen perheintervention aloitus perheiden akuutteihin tarpeisiin; aikuisomaisten kuuleminen, tuki vanhemmuuteen, lasten kokemusten huomiointi? Kriisitapaamisen tavoitteena on mm. luottamuksellinen hoitosuhde, potilaan palautumisen edistyminen ja perheen arjen turvallisuus ja sujuvuus. Tapaamisessa kerrotaan perhetyön mahdollisuuksista jatkossa hoidon aikana. Kriisitapaamisen tulisi siis olla ehdoton interventio perheeseen, jossa voidaan yhdessä pohtia perheen tuen tarvetta jatkossa, sitoutumistaan perhetapaamisiin ja suunnitella tuen toteutumista sairastuneen hoitoketjussa. Merkittävää ei ole tapaamisen nimi tai kuka sen toteuttaa. Oleellinen elementti tapaamisessa on avoin puhe ja jokaisen kuulluksi tuleminen, kuten haastatellut työntekijät esittävät (kysymys nro 28, s. 106). Pidettäköön kaikessa perhetyössä tavoitteena perheen hyvinvointi ja tilanteen huononemisen ennaltaehkäisy.

Huolimatta siitä, että yksilöhaastatteluiden introssa määriteltiin psykoedukatiivinen perheinterventio, väärinkäsityksiä syntyi tai niitä oli olemassa intervention pituudesta ja rakenteesta. Kuusi työntekijää ilmoitti, ettei perheintervention toteutusta ole mahdollistettu omassa hoitoyksikössä tai sitä ei ole otettu ”käyttöön”. Perhetapaamisten määräksi epäiltiin ”ainakin 10 tapaamista” tai sairastuneen ja aikuisomaisten haastattelut ymmärrettiin pakolliseksi intervention osaksi, johon ei vaikuta perheen toiveet tai työntekijän arviointikyky. Menetelmää ei siis koettu näissä tapauksissa omaksi tai intervention katsottiin olevan aivan liian pitkä eikä sitoutumis- tai toteutusmahdollisuuksia ollut. Ilahduttavaa oli kuitenkin työntekijöiden esittämät sovellukset ja psykoedukaation käyttö yksilötapaamisissa ja perheiden yksittäisissä, ”muissa” tapaamisissa. Tutkimustuloksissa on lisäksi nähtävissä muiden työmallien yhdistelmistä perheinterventioihin. Tämä on väistämätöntä ja tarkoitus onkin, että työntekijät ottavat kaiken tietotaitonsa käyttöön työskennellessään perheen, yksilön tai ryhmän kanssa.

Tutkimuskysymyksistä neljäs eli yhdentymiseen vaikuttavat ammatilliset tai henkilökohtaiset ominaisuudet (s. 109), osoittautui työntekijöille vaativimmaksi. Oli vaikea nimetä omia ominaisuuksiaan, mitkä tukevat perhetyössä – ”minähän olen hoitaja”. Oli vaikea tunnistaa positiivisen palautteen motivoiva vaikutus tai omaa työpanostaan vähäteltiin – ”ei meillä ole tapana antaa palautetta työyhteisössä”. Edellinen näyttäytyy nauhoilta litteroiduissa teksteissä, ei haastattelujen tuloksissa. Jos psykiatrian ammattilaisille on ominaista oman ammattitaidon tai kuormittumisen vähättely, osataanko tukea pyytää vaativaan tehtävään usein moniongelmaisten perheiden kanssa. Vai onko se omasta mielestä

osoitus heikkoudesta työntekijänä? Ammatillisuutta sekä yhteistyötä tukevia tilaisuuksia voisi tarjota hoito-organisaatiossa säännöllisesti. Työntekijä voisi osallistua niihin spontaanisti ilman pidempiaikaista sitoutumista sen hetkisen tilanteen ja tarpeen mukaan.

Jatkotutkimushaasteena voisi olla psykiatrian ammattilaisten omien kokemusten vaikutukset perhetyön toteutukseen. Jos työntekijällä on omakohtainen kokemus läheisen sairastumisesta psyykkisesti onko se edistävä vai estävä tekijä? Tuoko se työskentelyyn erilaista viisautta ja rikkautta vai lisääkö kokemus ahdistuneisuutta? On korkea aika demystifioida psyykkistä sairautta myös ammattilaisten kesken, jotta siitä voi puhua häpeilemättä ääneen. Psyykkisten ongelmien lisääntyessä Suomessa on todennäköisempää, että työntekijällä on jonkinlainen kokemus läheisen tai ystävän sairastumisesta, kuin ettei sitä olisi. Häpeä tai pelko vaientaa niin ammattilaisen kuin perheenjäsentenkin puheen.

Toisena jatkotutkimushaasteena on kokemustiedon keruu psykiatriaosaston asiakkailta ja heidän läheisiltään sekä työntekijöiltä. Tutkimuskysymyksenä, miten perhetyön suositus ja perhetapaamisen kirjaamisohje on vaikuttanut perhetyön toteutukseen ja tiedon kulkuun. Tavoitteena olisi selvittää ohjeiden kehittämistarpeet, vastaavuus ja käyttö kliinisessä työssä.

Tässä tutkimuksessa ei ollut tarkoitus numeerisesti arvioida, kuinka monen perheen kanssa työntekijä on toteuttanut perheinterventioita, vaan selvittää toteutukseen vaikuttavia ilmiöitä ja kehittää näitä alueita kohdeyhteisössä. Toivon, että toimintatutkimukselliset toimenpiteet kantavat kohdeyhteisössä ja niistä, kuten myös haastattelujen tutkimustuloksista, on hyötyä muillekin perhetyötä kehittäville yhteisöille.

Lähteet

Aaltonen J. 1984. Perhekeskeisen työskentelyn merkitys psykiatrisessa preventiossa. Psychiatrica Fennican julkaisusarja 1984: 54, 1–13.

Anderson CM., Reiss DJ, Hogarty GE. 1986. Schizophrenia and the Family. New York, NY Guildford.

Bailey, R., Burbach, F., Lea, S. The ability of staff trained in family interventions to implement the approach in routine clinical practice. Journal of Mental Health (UK), Vol 12(2), Apr. 2003, 131-141.

Beardslee W.R, Gladstone T, Wright E, Cooper A. 2003. A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. Pediatrics 112: 119–131.

Beardslee W.R., Hoke B., Swatling S., van de Velde P., Podorefsky D., Focht-Birkets L. 2001. Käännös: Solantaus T. Beardsleen perheintervention manuaali (Beardslee Preventive Family Intervention). Toimiva lapsi & perhe –hanke, Stakes.

Beardslee W.R. & Focht-Birkerts 2000. A Child Experience of Parental Depression: Encouraging Relational Resilience in Families with Affective illness. Family Process vol 39, No 4:417–434.

Beardslee W.R., Versage E., Salt E., Wright L.1999. The development and evaluation of two preventive intervention strategies for children of depressed parents. Teoksessa: Cicchetti D. & Toth S.L. (toim.) Developmental Approaches to Prevention and intervention. University of Rochester Press. Rochester, New York.

Beardslee, W.R., Versage E.M & Gladstone T.R.G 1998a. Children of Affectively Ill Parents: A review of the past 10 years. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37 (11), 1134–1141.

Beardslee W.R & Podorefsky D. 1998b. Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: The importance of self understanding and relationships. American Journal of Psychiatry 145:63–69.

Beardslee W.R, Versage E.M., Wright E., Salt P., Rothberg P.C., Drezner K. 1997. Examination of Preventive Interventions for Families with Depression: Evidence of Change. Development and Psychopathology 9: 109–130.

Beardslee W.R.& Solantaus T. 1996. Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. Duodecim 112(18), 1647–1656.

Beardslee W.R, Right E, Rothberg P.C. ym. 1996. Responses of families to two preventive intervention strategies: Long-term differences in behaviour and attitude change, Journal of American Academy of Child and Adolescenmt Psychiatry 35:774–782

Beardslee WR, Keller MB, Lavori PW, Staley JE, Sacks N. 1993a. The impact of parental affective disorder on depression in offspring: A longitudinal follow-up in a nonreferred sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993;32:723–730.

Beardslee W.R., Salt P., Porterfield K., Clarke Rothberg P., Van de Velde P., Swatling S., Hoke E., Moilanen D, Wheelock I. 1993b. Comparison of Preventive Interventions for Families with Parental Affective Disorders. Journal of the American Academy: Child and Adolescent Psychiatry 32, 254–63.

Berg L., Johansson M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry. Helsinki: profami oy.

Berglund N., Borell P., Kärräng L. 1998. Resursgrupps- och familjestöd. En svensk bearbetning av Ian Falloon's Beteendeinriktad familjeterapi (BFT).

Bernier, M. J. 1992. Psychoeducation: subset or prototype of the health education model? Patient Education and Counseling, 19, (2), 125-127.

Birchwood, M. & Cochrane, R. 1990. Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. Psychological Medicine, 20, 857-865.

Birchwood M. & Smith J. 1987. Schizophrenia and the Family. Teoksessa Oxford J. (toim.) Coping with the Disorder in the Family. Croom Helm. Lontoo.

Blumer H. 1969. Symbolic Interaction: Perspective and Method. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Bronfenbrenner U. 1979. The Ecology of Human Development: Experiments by Design and Nature. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Burns N. & Grove S.K. 1997. The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Catanzaro M. 1988. Using qualitative analytic techniques. Teoksessa Woods P. & Catanzaro M. (toim.) Nursing Research: Theory and Practice. St.Louis, New York: C.V. Mosby Company.

Cutliffe J. & McKenna H. 2004. Expert qualitative researchers and the use af audit trails. Journal of Advanced Nursing 45, 126-133.

Daley, D.C., Bowler, K. & Cahalane, H. 1992. Approaches to patient and family education with affective disorders. Patient education and Counseling, 19, 163-174.

Denhov A. 2002. Finns kvar och ställer upp. Hur anhöriga kan bidra till återhämtning från allvarlig psykisk störning, ur de återhämtades och de anhöri-

gas perspektiv. Sosiaalihallituksen julkaisuja; Anhörig 300. Tukholma: Norstedts Tryckeri.

Dixon L.B., Lehman A.F. 1995. Family Interventions for Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 21:631–643.

Downey G., Coyne C. 1991. Children of Depressed Parents: An Integrative Review. Psychol Bull 108: 50–76

Dyck DG, Short RA, Hendryx MS et al. 2000. Management of Negative Symptoms Among Patients with Schizophrenia Attending Multiple-Family Groups. Psychiatric Serv., 51:513–519.

Emanuels-Zuurveen L, Emmelkamp PM. 1997. Spouse-aided Therapy with Depressed Patients. Behav. Modif., 21:62–77.

Fadden G, Birchwood M. 2002. British Models for Expanding Family Psychoeducation in Routine Practice. Teoksessa Lefley, Johnson; Family Interventions in Mental Illness – International Perspectives. Westport, Connecticut. London.

Falloon I., Fadden G., Borell P., Kärräng L., Ivarsson B., Malm U. 1997. Integrerad psykiatri. Göteborg: TK grafiska Mölndal, Novum Grafiska AB.

Falloon I., Graham-Hole V. 1995. Mielenterveyshäiriöiden kokonaisvaltainen hoito - vakavien mielenterveyshäiriöiden hoidon ja hallinnan koulutusohjelma. Aylesbury Valen terveyspalvelut, Buckinghamin Mielenterveysyksikkö.

Falloon I.R, Boyd J., McGill C.W. 1984. Family Care of Schizophrenia. A Problem Solving Approach to the Treatment of Mental Illness. New York: Guilford Press.

Fixsen D.L, Naoom S.F., Blase K.A., Friedman R.M., Wallace F. 2005. Implementation Research: A Synthesis of the Literature. National Implementation Research Network, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida.

Fjell A. 2006. Teoksessa: Family and Multi-Family Work with Psychosis. Routledge. New York

Focht L, Beardslee W.R. 1996. Speech After Long Silence: The Use of Narrative Therapy in a Preventive Intervention for Children of Parents with Affective Disorder. Family Process,35(4):407–22.

Glaser B. 1978. Theoretical Sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory. Sosiology Press, Mill Walley, CA.

Gleeson J.F.M., McGorry P.D. 2005. (toim.) Varhaisen psykoosin psykoterapeuttinen hoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Glynn SM, Eth S, Randolph ET et al. 1999. test of Behavioral Family Therapy to Augment Exposure for Combat-related Posttraumatic Stress Disorder. J Consul Clin Psychol, 67:243–251.

Goldstein M.J., Miklowitz D.J. 1995. The Effectiveness of Psychoeducational Family Therapy in The Treatment of Schizophrenic Disorders. Journal of Marital and Family Therapy, 21:361–376.

Greenfield S.F, Swartz M.S., Landerman L.R., George L.K. 1993. Longterm Psychosocial Effects of Childhood Exposure to Parental Problem Drinking: American Journal of Psychiatry 150: 608–613.

Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A. 1997. Families of Borderline Patients: a psychoeducational Approach. Bull Menninger Clin., 61:446–457.

Hammen C., Burge D., Burney E, Adrien C. 1990. Longitudinal Study of Diagnoses in Children of Women with Unipolar and Bipolar Affective Disorder. Arch Gen Psychiatry 47: 1112-1117

Heikkinen R & Seikkula J. 1995. Indikatiivinen ja symbolinen merkitysalue verkostokeskeisessä psykiatrisessa hoidossa. Perheterapia 4/1995.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö, Helsinki: Gaudeamus.

Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J., Kornblith S., Greenwald D., Javna C., Madonia M. 1986. Family Psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia.

One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. Archives of General Psychiatry, 43: 633–642.

Hogarty G., Anderson C., Reiss D., Kornblith s., Greenwald D., Ulrich R., Carter M. 1991. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. Arch.Gen Psychiatry 1991:48: 340-347.

Hurme R., Pesonen M., Syväoja O. 2003. WS Bookwell Oy, Juva.

Hyvönen S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä – tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Tampereen yliopiston Hoitotieteen laitos. Tampere University Press.

Iija A. 2009. Mielenterveyden edistäminen sosiaalisen kestävyyden näkökulmasta. Teoksessa Hentinen K, Iija A, Mattila E. (toim.) Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Kariston kirjapaino Oy, Hämeenlinna.

Isola A. 1998. Grounded Theory –menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.

Johansson M. 2007. Varhaisen perheohjauksen malli. Kotiosoite 3 –projektin loppuraportti 2003–2006. Esa Print Oy, Lahti.

Jonsson J, Malm U. 2002. Teoksessa Lefley, Johnson; Family Interventions in Mental Illness – International Perspectives. Westport, Connecticut. London.

Kemm J. & Close A. 1995. Health Promotion. Theory & Practice. McMillan Press Ltd, Lontoo.

Kogan S.M, Gale J.E. 1997. Decentering Therapy: textual analysis of a narrative therapy session. Family Process, 36(2):101–126

Koskisuu J. & Kulola T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Edita, Helsinki.

Kuipers L., Leff J., Lam D. 1998. Koulutuksellinen perhetyö. Käytännön opas. The Royal College of Psychiatrists, Lontoo. Käännös: Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry. ER–paino Ky.

Kuusinen K-L. 1984. Perhekeskeisen työn koulutusprojekti. Mielenterveys 1984: 6.vol. 24, 30–32.

Kyngäs H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 3–12.

Laiho M-L., Romo, S. 2002. Perhekeskeinen työ ja työnohjaus. Perheterapia 2002: 18(1), 24–41.

Leff J. 1994. Working with Families Schizophrenic Patients. BR J Psychiatry, 164: 71–76.

Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. 1990. A Trial of Family Therapy v. a Relatives Group for Schizophrenia. Two-year follow-up. BR J Psychiatry, 157:571–577.

Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. 1989. A Trial of Family Therapy v. a Relatives Group for Schizophrenia. BR J Psychiatry, 154:58–66.

Leff J, Kuipers L., Berkowitz R., Sturgeon D. 1985. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. British Journal of Psychiatry 146: 594–600.

Lefley H.P., Johnson D.L. (toim.) 2002. Family Interventions in Mental Illness: International Perspectives. Westport, Connecticut. London.

Leino-Kilpi H. 1990. Good Nursing Care. On What Basis? Annales Universitatis Turkuensis, D 49. Turun yliopisto, Turku.

Magliano L., Fiorillo A., Malangone C., De Rosa C., Maj M. 2006. Implementing psychoeducational interventions in Italy for patients with schizophrenia and their families. The Family Intervention Working Group. Department of psychiatry, University on Naples SUN. Psychiatric Services, Vol 57(2), Feb. 2006, 266–269. US: American psychiatric Assn.

Mari J.J, Adams C.E, Streiner D. 1996. Family Interventions for Those with Schizophrenia. In Adams, De Jesus, White (toim.), Schizophrenia Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3. Oxford: The Cochrane Collaboration.

McGorry P.D., Edwars J. 1997. Early Psychosis Training Pack (EPPIC). Gardiner Communications Limited, UK

McFarlane WR, Dushay RA, Deakins SM et al. 2000. Employment Outcomes in Family-Aided Assertive Community Treatment. Am J Orthopsychiatry, 70:203–214.

McFarlane, W.R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J. & Grilly, J. 1995. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. Family process, 34, 934–938.

McFarlane WR, Lukens E, Link B, et al. 1995. Multiple-Family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 52:679–688.

Merikangas K.R. Dierker L.C. Szatmari P. 1998. Psychopathology Among Offspring of Parents with Substance Abuse and/or Anxiety Disorder: A High-risk Study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39: 711–720.

Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. 2003. A Randomized Study of Family-Focused Psychoeducation and Pharmacotherapy in the Outpatient Management of Bipolar Disorder. Arch Gen Psychiatry, 60: 904–912.

Miklowitz DJ, Goldstein MJ. 1997. Bipolar Disorder: A Family Focused Approach. New York, NY: Guildford Press.

Murray-Swank A.B & Dixon L. 2004. Family-Psychoeducation as an Evidence-Based Practice. CNS Spectrums, vol. 9 (12): 905–912.

Nyman, M., Stengård, E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Penn D.L, Mueser K.T 1996. Research Update on the Psychosocial Treatment of Schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 153:607–617.

Pirkola S, Sohlman B, Heilä H, Wahlbeck K. 2007. Reductions in post-discharge suicide after deinstitutionalization and decentralization – a nationwide register study. Psychiatric Services 58:221–226.

Randolph ET., Eth S. Glynn SM. et al. 1994. Behavioural Management in Schizophrenia. Outcome of Clinical-Based Intervention. Br J Psychiatry, 164:501–506.

Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. 2003. Family-focused Treatment Versus Individual Treatment for Bipolar Disorder: Results of a Randomized Clinical Trial. J Consult Clin Psychol., 71:482–492.

Sariola E., Ojanen M. 1997. Hoito vai pakkohoito. Otava, Keuruu.

Sautter, F.J. & McDermott, B.E. (1990) Current concepts in the psychosocial management of schizophrenia. Psychiatric Medicine, 8, (1), 125–144.

Schaub A. (toim.) 2002. New family interventions and associated research in psychiatric disorders. Wien: Springer-Verlag.

Seikkula J, Arnkil T. 2005. Dialoginen verkostotyö. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Sherman MD. 2003. The Support and Family Education (SAFE) Program: Mental Health Facts for Families. Psychiatr Serv, 54:35–37.

Sholevar G.P. 1994. The Transmission of Depression in Families and Children. Assessment and intervention. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.

Solantaus T. 2008. Training and implementation in Finland. Effective Family Programme, 2008. Luentomateriaali.

Solantaus T. & Toikka S. 2006. The Effective Family Programme: Preventative Services for the Children of Mentally Ill Parents in Finland. International Journal of Mental Health Promotion. Vol 8, issue 3.

Solantaus, T. 2005. Lapset puheeksi - kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. Manuaali ja lokikirja. Toimiva lapsi&perhe, Stakes.

Solantaus T., Ringbom A. 2004. Mikä meidän vanhempia vaivaa? –käsikirja lapsille ja nuorille, joiden äidillä tai isällä on mielenterveyden ongelmia. Toimiva Lapsi & perhe –hanke, Stakes ja Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry. Julkaisija Eli Lilly Oy Finland.

Solantaus T. 2004. Kliinikkokoulutusmateriaali. Stakes, Toimiva lapsi & perhe –hanke. Helsinki.

Solantaus T., Ringbom A. 2002. Miten autan lastani? – opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Toimiva Lapsi & perhe –hanke, Stakes ja Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry. Julkaisija Eli Lilly Oy Finland.

Solantaus, T. 2001. Lapset ja vanhemman mielenterveyden häiriö. Teoksessa Inkinen M. (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Solantaus T. Beardslee WR. 2001. Kun isä tai äiti sairastaa depressiota: Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. Teoksessa Inkinen (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tampere, Tammi.

Stengård, E. 1995. Omaisen merkitys pitkäaikaispotilaan kuntoutuksessa. Teoksessa T. Haapoja, E. Nordling, V. & V. Somppi (toim.) Eväitä elämään. Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen 10-vuotisjuhlakirja (s. 88–98), Vaasa: Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys.

Tarrier N., Barrowclough C., Vaughn C., Bamrah J., Porceddu K., Watts S., Freeman H. 1989. Community management of schizophrenia. A two year follow-up of a behavioral intervention with families. British Journal of Psychiatry 153: 532–542.

Thompson D. (toim.) 1996. Dictionary of Current English. Oxford University Press Inc., New York.

Tikkanen E. Asiakkaan koti perheterapian haasteena. Perheterapia 3/2008.

Tuomi J, Sarajärvi A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Turner S.M., Beidel D.C., Anthony C. 1987. Psychopathology in the Offspring of Anxiety Disorder Patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55(2), 229–235.

Valkonen J. 2002. Kuntoutus, tarinat ja soveltava sosiaalipsykologia. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 70/2002.

Van Noppen P. 1999. Multi-family Behavioral Treatment for OCD Crisis Intervention and Time-limited Treatment. Crisis intervention and Time-limited treatment, 5:3–24.

Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, Hughes CW, Garber J, Malloy E, King C, Cerda G, Sood B, Alpert JE, Trivedi MH, Rush J. : Remission of Maternal Depression is Associated with Reductions in Psychopathology in their Children: A Star*D-Child Report. JAMA 2006;295 (12): 1389–1398

Westman R., Haverinen R., Ristikartano V., Koivisto J., Malmivaara A. 2005. Perheinterventioiden vaikuttavuus. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Stakes, Finsoc Arviointiraportteja 5/2005. Helsinki 2005. ISBN 951–33–1831. ISSN 1458–1833,

Wynne LC 1994. The Rationale for Consultation with the Families of Schizophrenic Patients. Acta Psychiatr Scan. 90:125–132.

Zastowny TR, Lehman AF, Cole RE, Kane C. 1992. Family Management of Schizophrenia: A Comparison of Behavioral and Supportive Family treatment. Psychiatr. 1992; 63:159–186.

Zipple A., Spaniol L., Rogers, S. 1990. Training mental health practioners to assist families of persons who have a psychiatric disability. Rehabilitation Psychology, Vol 35(2), Sum 1990, 121–129.

Internet-lähteet

Heikkinen M. 2003. www.terveyskirjasto.fi. Sairauksien ehkäisy – sosiaalisten interventioiden tasot. 24.10.2003.

HoiData, kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke v. 2005-2008. www.vsshp.fi.

Käypä hoito-suositus; skitsofrenia 2008, kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008, depressio 2004, epävakaa persoonallisuus 2008. www.kaypahoito.fi

Toimiva lapsi&perhe hankkeesta: www.thl.fi/mielenterveys

Liitteet

Liite 1/1 - 1/2	Tiedote alkavasta tutkimuksesta menetelmä-koulutukseen osallistuneille
Liite 2/1 - 2/2	Kohderyhmän tietoja kartoittava kyselylomake
Liite 3/1 - 3/3	Yksilöhaastattelujen kysymykset
Liite 4/1 - 4/5	Esimerkkimatriisi tutkimusaineiston luokittelusta
Liite 5/1 - 5/2	Perhetapaamisen kirjaamisohje / Terveyskeskus, psykiatriaosasto
Liite 6/1 - 6/4	Perhetyön suositus / Terveyskeskus, psykiatriaosasto

OMAISET
MIELENTERVEYSTYÖN TUKENA
UUDENMAAN YHDISTYS RY

Hei kaikki,

toukokuussa 2007 käynnistyy Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry:n toteuttama kaksivuotinen toimintatutkimus: *Psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentyminen kliiniseen työhön – psykiatrian ammattilaisten kokemuksia menetelmäkoulutuksen jälkeen*

Kohderyhmä koostuu siis teistä, jotka osallistuitte vuosina 2004-2006 menetelmäkoulutuksiin eli Beardsleen perheintervention kliinikkokoulutukseen tai Psykoedukatiivisen perheohjauksen ohjaajakoulutukseen. Teitä työntekijöitä on yhteensä 62 akuutin sairaala- ja avohoitotoiminnan sekä kuntoutustoiminnan yksiköistä.

Tutkimuksessa halutaan tietää, miten menetelmät ovat palvelleet teitä ja asiakkaitanne. Jos et ole pystynyt toteuttamaan mitään menetelmistä perheen kanssa - on myös se tieto meille tärkeä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä tekijät *terveyskeskuksen aikuispsykiatrian toimipisteessä* kohderyhmän mukaan vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliinisen hoitotyön kanssa?

2. Mitkä tekijät *menetelmäkoulutuksissa* kohderyhmän mukaan vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliinisen hoitotyön kanssa?

3. Mitkä tekijät *perhetyön mallissa* kohderyhmän mukaan vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliinisen hoitotyön kanssa?

4. Mitkä *ammatilliset tai henkilökohtaiset* tekijät vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymiseen kliinisen hoitotyön kanssa?

Työntekijät haastatellaan yksilöllisesti. Jos kohderyhmän koko on yli 50, ryhmähaastattelu on mahdollinen. Haastattelukierros toteutetaan ajalla syys-joulukuu 2007. Haastattelun kesto on enintään 2 h ja se toteutetaan työajalla terveyskeskuksen tiloissa. Pyrimme minimoimaan tässä sekä Sinun että hoitoyksikön kuormittumisen. Haastattelut toteuttaa Anneli Noroma, sh amk, joka on teihin henkilökohtaisesti syys-lokakuun aikana yhteydessä. Vastaava tutkija on Monica Johansson sh amk.

Omaiset mielenterveystyön tukena,
Uudenmaan yhdistys ry.
Tukholmankatu 2, 7 krs.
00250 Helsinki
P. 09-686 02620

www.otu.fi
otu@otu.fi

Sinulla on oikeus kieltäytyä osallistumasta haastatteluun ja sinulla on lupa keskeyttää osallistumisesi. Toivomme kuitenkin suurta osallistujajoukkoa, koska ryhmässä on myös monia, joiden työnantaja on vaihtunut. Pidemmät äitiys- tai sairauslomat, määräaikaiset virkavapaat tai samanaikainen koulutus eivät ole este tutkimukseen osallistumiselle. Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistunutta henkilöä.

Jos haluat mukaan tutkimukseen, riittää kun saan tiedon siitä, että tämä tiedote on tavoittanut Sinut. Tällöin Anneli Noroma on siis sinuun syyskuussa yhteydessä, jotta voitte sopia tapaamisajan sinulle sopivaan aikaan ja paikkaan.

Jos haluat kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen ilmoita siitä ystävällisesti monica.johansson@omaisetpsyuusimaa.fi tai puhelimitse puh. 050-4329910.

Helsingin tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä myönsi hankkeelle tutkimusluvan 8.5.2007 johtajapsykiatri Tuula Saarelan puoltaessa. Hankkeen yhteyshenkilö terveyskeskuksessa on johtava ylihoitaja Päivi Sjöblom.

Tiedote ja tiivistelmä tutkimuksesta on lähetetty kaikille psykiatriaosaston osastonhoitajille ja ylihoitajille. Osastonhoitajilta toivottiin tukea kaikille teille haastattelun mahdollistamiseksi. Liitteenä on tässä myös teille tiivistelmä tutkimuksesta (3s.).

Vastaan mielelläni mahdollisiin tutkimusta koskeviin kysymyksiin – yhteystiedot myös alla. Olen vuosilomalla 2.6.- 8.7.2007.

Helsingissä 21.5.2007

Yhteistyöterveisin:

Monica Johansson
Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry.
Tukholmankatu 2, 7. krs
00250 Helsinki
Puh. 050-4329910
monica.johansson@omaisetpsyuusimaa.fi

Omaiset mielenterveystyön tukena,
Uudenmaan yhdistys ry.
Tukholmankatu 2, 7 krs.
00250 Helsinki
P. 09-686 02620

www.otu.fi
otu@otu.fi

Helsingin terveyskeskus/psykiatriaosasto
Kohderyhmä: Perhetyön menetelmäkoulutuksiin vuosina 2004-2006 osallistunut henkilökunta

PERUSTIEDOT

1. Ikä:
   - ☐ 22 – 34 vuotta
   - ☐ 35 – 45 vuotta
   - ☐ > 46 vuotta

2. Nykyinen työpiste:
   - ☐ Suljettu vuodeosasto / akuuttitoiminta
   - ☐ Avoin vuodeosasto / akuuttitoiminta
   - ☐ Vuodeosasto / kuntoutustoiminta
   - ☐ Kuntoutuskoti / kuntoutustoiminta
   - ☐ Psykiatrian poliklinikka / avohoitotoiminta
   - ☐ Akuuttityöryhmä / avohoitotoiminta
   - ☐ Avokuntoutus / avohoitotoiminta
   - ☐ Pienkodit / avohoitotoiminta
   - ☐ Päiväsairaala / psykiatrian yhteiset palvelut
   - ☐ Muu: _____

4 a. Sosiaali- ja terveysalan ammattitutkinto (valitse vain viimeisin ammattitutkintosi):
   - ☐ Toisen asteen ammattitutkinto (msh, mth, lähih.)
   - ☐ Korkea-asteen ammattitutkinto (esh, sh, sh amk, sosionomi amk, toimintaterapeutti)
   - ☐ Ylempi korkea-asteen tutkinto (sosiaalityöntekijä, psykologi tai muu)
   - ☐ Lisäksi minulla on perhe-/psykoterapeuttikoulutus
   - ☐ Muu: _____

4 b. Vuosi, jolloin viimeisin ammattitutkinto suoritettu: _____

4 c. Oletko vuosina 2005-2007 ollut yli kuuden kuukauden yhtäjaksoisella opinto-, virkavapaalla tai muulla lomalla?

☐ Kyllä ☐ En

5. Valitse alla olevista vaihtoehdoista menetelmäkoulutus, johon osallistuit:
   - ☐ Ennaltaehkäisevä perheinterventio, kliinikkokoulutus ajalla 10/2004 -10/2005
   - ☐ Psykoedukatiivisen perheohjauksen ohjaajakoulutus ajalla 4/2005 – 12/2005 (akuutti- ja avohoitotoiminta)
   - ☐ Psykoedukatiivisen perheohjauksen ohjaajakoulutus ajalla 9/2005 – 1/2006 (psykiatrian yhteiset palvelut ja kuntoutustoiminta)

6. Osallistuitko menetelmäkoulutuksen jälkeiseen ryhmätyönohjaukseen vuosina 2006-2007?

☐ Kyllä ☐ En

☐ Osallistuin vuonna 2006 (tapaamisia 6 x 3 tuntia)

☐ Osallistuin vuonna 2007 (tapaamisia 2 x 3 tuntia)

☐ Osallistuin kumpaankin yllä mainittuun

7. Oliko sinulla aiempaa perhetyön koulutusta ennen osallistumistasi (tai sen aikana) kliinikko- tai ohjaajakoulutukseen?

☐ Kyllä: _____

☐ Ei

Kiitos vastauksistasi ja osallistumisestasi tutkimukseen.

TEEMA 1. MITKÄ TEKIJÄT VAIKUTTAVAT PSYKOEDUKATIIVISEN PERHETYÖN MENETELMIEN YHDENTYMISEEN KLIINISEN HOITOTYÖN KANSSA **terveyskeskuksen aikuispsykiatrian toimipisteessä?**

1. Mitä pidempiaikaisen perheintervention toteuttaminen vaatii toimipisteessäsi?
2. Minkälaista tukea olet saanut toimipisteessäsi pidempiaikaisen perheintervention toteuttamiseen toimipisteessäsi
    a. minkälaista tukea olisit toivonut?
3. Miten toimipisteessäsi on mahdollistettu pidempiaikaisen perheintervention toteuttaminen?
4. Mitkä ovat mielestäsi esteet pidempiaikaisen perheintervention toteutukseen toimipisteessäsi?
    a. Mitä esteille mielestäsi voisi tehdä?
5. Mitä hyötyä arvelet olevan aikuispsykiatrian palvelujärjestelmälle pidempiaikaisten perheinterventioiden toteuttamisesta?

6. Mitkä ovat mielestäsi mahdollisuudet parityöskentelyyn toteutettaessa pidempiaikaista perheinterventiota omassa toimipisteessä
    a. oman toimipisteesi sisällä?
    b. työparisi on toisesta aikuispsykiatrian toimipisteestä?
    c. työparisi on sosiaalialan tai muun auttamisalan toimija (kotipalvelu, lastensuojelu, A-klinikka, seurakunta)?
    d. Mitkä tekijät ovat mielestäsi esteenä parityöskentelylle?
    e. Mitkä tekijät mielestäsi voivat mahdollistaa parityöskentelyn em. tavoin
7. Minkälaista yhteistyötä erilaisiin perhetyön koulutuksiin osallistuneilla on toimipisteessäsi?
8. Minkälaisissa työpisteesi tilaisuuksissa voitte pohtia nimenomaan perhetyöhön liittyviä ongelmia tai onnistumisia?
    a. tilaisuuksien säännöllisyys?
    b. hyöty työntekijöille?
    c. oma kokemuksesi tilaisuuksista?
        i. <u>Jos työpisteessäsi ei ole</u> tämän kaltaisia tilaisuuksia, olisivatko ne mielestäsi tarpeellisia?
        ii. Mitä hyötyä niistä olisi työntekijöille?
9. Minkälaiset ovat mahdollisuutesi välittömästi jakaa kokemuksiasi perheistunnon jälkeen työntekijän kanssa?
    a. Kenen kanssa?
    b. Jos ei ole mahdollisuutta, mitä ehdotat?

TEEMA 2. MITKÄ TEKIJÄT VAIKUTTAVAT PSYKOEDUKATIIVISEN PERHETYÖN YHDENTYMISEEN KLIINISEN HOITOTYÖN KANSSA **menetelmäkoulutuksessa?**

10. Mitä odotit menetelmäkoulutukselta?
11. Vastasiko menetelmäkoulutus odotuksiasi
    a. sisällöllisesti?
    b. ajallisesti?
    c. ryhmän koon puolesta?
    d. Mikä oli koulutusryhmäsi koko?
12. Mielipiteesi kouluttajista?
13. Mitkä tekijät kouluttajissa mielestäsi voivat vaikuttaa perhetyön menetelmän käyttöön ottoon
    a. myönteisesti?
    b. kielteisesti?
14. Miten menetelmäkoulutukseen osallistumisesi on vaikuttanut yhteistyöhön sairastuneen perheiden kanssa?
15. Miten menetelmäkoulutukseen osallistumisesi on vaikuttanut yhteistyöhön sosiaalialan perhettä tukevien tahojen kanssa?
16. Millä tavoin menetelmäkoulutukseen osallistuminen on vaikuttanut sinuun
    a. ammatillisesti perhetyön toteuttajana?
    b. työtyytyväisyyteesi?
17. Menetelmäkoulutukseen liitetyn materiaalin käyttökelpoisuus
    a. työssäsi asiakkaan tai hänen perheensä kanssa
    b. työmenetelmien esittelyssä muille työntekijöille työpisteessäsi tai muualla
    c. Minkälaisissa tilaisuuksissa olet esittelyt menetelmää?
18. Oletko ohjannut aikuis- tai lapsiperhettä työntekijän kanssa, joka ei ole osallistunut menetelmäkoulutuksiin?
    a. jos olet, millainen kokemus se oli sinulle / parillesi?
19. Miten perhetyön menetelmäkoulutuksiin osallistuminen on vaikuttanut *toimipisteesi* hoitotyön käytäntöihin?
20. Voitko suositella koulutusta muille työntekijöille?

TEEMA 3. MITKÄ TEKIJÄT VAIKUTTAVAT PSYKOEDUKATIIVISEN PERHETYÖN YHDENTYMISEEN KÄYTÄNNÖN HOITOTYÖN KANSSA **perhetyön mallissa?**

21. Miten olet pystynyt toteuttamaan omassa toimipisteessäsi pidempiaikaisia perheinterventioita?
22. Miten olet mahdollisesti soveltanut perheintervention menetelmiä?
23. Millä eri tavoin olet toteuttanut pidempiaikaisia perheinterventioita
    a. yksin?
    b. parina oman työpisteen työntekijä?

c. parina toisen työpisteen työntekijä?
d. parina sosiaalialan tai muun alan työntekijä?
e. parina Kotiosoite –projektin työntekijä?
f. Jos ei toteutettuja interventioita yhtään, siirrytään + **kysymykseen**

24. Missä olet pääasiallisesti toteuttanut perheinterventioita?
25. Minkälaiset mahdollisuudet työpisteessäsi on toteuttaa perheinterventio perheen kotona?
    a. Kokemuksesi perheintervention toteutuksesta perheen kotona?
26. Miten perhetyön malliin perehtyminen on muuttanut tapaasi kohdata lapsiperheitä, joissa on alaikäinen lapsi?
27. Minkälaiset perheinterventiomalliin liittyvät asiat koet erityisen haasteellisina?
28. Minkä koet perheinterventiomallissa vaikuttavan perheen ja sairastuneen hyvinvointiin?
29. Minkälaista haittaa perheinterventiosta voi mielestäsi olla perheelle?

\+ - Onko perheinterventiomallissa jotain, minkä koet erityisen haasteelliseksi?
- Onko perheiden kanssa työskentelyssä jotain, jonka koet erityisen haasteelliseksi?
- Mitä syitä näet siihen, että pidempiaikaisten perheinterventioiden toteutus ei mielestäsi sovellu työpisteeseesi?

TEEMA 4.

MITKÄ TEKIJÄT VAIKUTTAVAT PSYKOEDUKATIIVISEN PERHETYÖN YHDENTYMISEEN KÄYTÄNNÖN HOITOTYÖN KANSSA

<u>työntekijän ammatillisissa tai henkilökohtaisissa ominaisuuksissa?</u>

30. Miksi osallistuit perheintervention menetelmäkoulutukseen?
31. Mikä motivoi sinua yhteistyöhön sairastuneen perheen kanssa?
32. Mikä perheiden kanssa työskentelyssä kuormittaa sinua?
33. Onko jotain minkä koet erityisen haasteelliseksi perhetapaamisissa? (tässä tarkoitetaan usko itseen, ammatillisuus, ahdistuneisuuden sieto ym.)
34. Mitkä sinun henkilökohtaiset ominaisuudet koet edesauttavan työskentelyä sairastuneen perheen kanssa?
35. Mitä pidempiaikaisen perheintervention toteutus vaatii sinulta?
36. Minkälaista palautetta toteuttamasi perhetyön osalta olet saanut
    a. työyhteisöltä?
    b. lähiesimieheltä?
    c. perheeltä?

Esimerkki -matriisi aineiston luokittelusta tutkimuksessa

1 = akuutti suljettu/avoin osasto, 3 = vuodeosasto, kuntoutustoiminta, 4 = kuntoutuskoti, kuntoutustoiminta, 5 = psyk.pkl, avohoitotoiminta
7 = avokuntoutus, avohoitotoiminta, 9 = päiväsairaala, yhteiset toiminnat.

14. Miten menetelmäkoulutukseen osallistumisesi on vaikuttanut yhteistyöhön sairastuneen perheiden kanssa?			
	ALALUOKKA	**YLÄLUOKKA**	**PÄÄLUOKKA**
1,1,1,1,5,5,5,5,9,9,9,9 lisännyt kiinnostuneisuutta perhettä kohtaan 11.1 vahvisti omaa kiinnostuneisuutta perheen hyvinvoinnista 15.9 enemmän kiinnittää huomiota perhetilanteeseen 32.9 huomioi perheet ensitapaamisesta lähtien 23.5 herkemmin huomioi omaisia osastolla 24.1 enemmän huomioi perheitä 12.1 perhettä miettii laajemmin 21.9 näkee asiakkaan oman sosiaalisen ympäristön voimavarat paremmin 30.1 perhettä muistaa paremmin 21.9 lisännyt perhetilanteen kartoitusta 11.1 vahvistanut tapaa tehdä verkostokartta 21.9 omahoitajakeskusteluihin tullut erilainen lähestymistapa 22.9 omahoitajakeskusteluissa ottaa huomioon perhettä 22.9 sovellan yksilötapaamisiin 34.5 pyrkii tarjoamaan mahdollisuuden kaikille potilaille 23.5 on hanakampi ottamaan yhteyttä omaisiin 30.1 enemmän tarjoaa perheille mahdollisuutta tapaamiseen 16.5 lisännyt omaa aktiivisuutta saada perhe mukaan 27.5 enemmän ottaa perheitä mukaan vastaanottokäynneille 16.5 tarjoaa tapaamismahdollisuutta myös ystäville ja läheisille 16.5	Lisännyt ja vahvistanut kiinnostuneisuutta perhettä kohtaan. Enemmän huomioi omaisia ja perhettä, myös omahoitajakeskusteluissa. Enemmän kiinnittää huomiota perhetilanteeseen sekä tarjoaa tapaamismahdollisuutta perheelle ja muille. 20,12	**Lisännyt kiinnostuneisuutta perhettä kohtaan 20,12**	**Lisännyt kiinnostuneisuutta ja ymmärrystä perheen kokemusta kohtaan. 35**

1,1,1,1,1,3,3,3,4,9,9,9 tietää että sairaus koskee koko perhettä 21.9 tajuaa paremmin, että sairastuminen on koko perheen yhteinen juttu 33.1 avannut silmiä perheiden tilanteille 11.1 uusia näkökulmia omaisten kuormittuneisuuteen 4.3 ymmärtää paremmin omaisen hätää 30.1 ymmärtää paremmin mitä sairastuminen alkuvaiheessaan merkitsee ympäristölle 30.1 avannut uusia näkökulmia perheen tarpeista 1.3 tietoisuus siitä, että vanhat asiat voivat olla omaisille uusia 7.4 perheen tietämättömyys asioista mielessä 28.1 herättänyt erilaista näkökulmaa 22.9 näkökulma on toisenlainen 6.1 ymmärrys lisääntynyt perheenjäsenten reaktiosta 14.9 ”hankalia perheitä” ymmärtää perheen näkökulmasta 20.3 ymmärtää paremmin omaisen kiukkua 30.1 ei ota omaisen kiukkua henkilökohtaisesti, vaan ymmärtää paremmin mistä on kysymys 30.1	Ymmärrys lisääntynyt ja auennut uusia näkökulmia perheen kokemuksesta, tilanteesta, tarpeistaan, kuormittuneisuudestaan ja reaktioistaan. 15,12	**Lisännyt ymmärrystä perheen kokemuksesta 15,12**	
1,1,1,3,3,3,4,4,4,5,5,5,5,7,9 lisännyt rohkeutta tavata perheitä 27.5 ja 23.5 rohkeus lisääntynyt tehdä yhteistyötä perheiden kanssa 27.5 ei ole pelkoa kohdata perheitä 20.3 rohkaissut tapaamaan perheitä 12.1 madaltanut kynnystä tavata perheitä 24.1 alentanut perheterapiakoulutuksen nostamaa rimaa 13.4 malli antoi varmuutta toimia perheen kanssa 26.5 rohkeus lisääntynyt lähteä kotiin asti 27.5 antanut lisävarmuutta työskentelyyn 25.3 helpottanut omaisten kohtaamista 12.1 tuonut rohkeutta kysyä myös omaisten vointia 4.3. uskaltaa kysyä omaisten ajatuksista 12.1 uskallan kysyä perheeltä suoremmin 19.4 rohkeammin ottaa asioita esille 36.7	Lisännyt rohkeutta ja rohkaissut tapaamaan perheitä, myös kotiin asti. Antanut lisävarmuutta ja tuonut rohkeutta kysyä omaisten vointia ja ajatuksista. Lisännyt rohkeutta ottaa asioita puheeksi ja puhua. 19,14	**Lisännyt rohkeutta tavata perheitä ja ottaa asioita puheeksi 19,14**	**Lisännyt rohkeutta tavata perheitä ja helpottanut yhteistyötä perheiden kanssa. 28**

saanut tukea siihen miten kertoa omaiselle 14.9 helpottanut asioiden esille nostamista 12.1 madaltanut kynnystä ottaa asioita puheeksi perheen kanssa 16.5 lisääntynyt rohkeus ottaa asioita esille, vaikka sairastumisesta kulunut vuosia 7.4 uskallan puhua varsinaisesta ongelmasta 19.4			
1,1,1,4,4,5,5,7 Helpottanut yhteistyötä perheiden kanssa 11.1 vain positiivisia vaikutuksia 8.4 muuttanut yhteistyötä perheiden kanssa 6.1. laajentanut perhetyötä 36.7 pystyy ottamaan perheen avoimemmin vastaan 12.1 antanut luontevuutta perhetapaamisiin 26.5 poistanut jäykkyyden perhetapaamisista 13.4 uusi tyyli: keskustelun perheen kanssa ei tarvitse olla hienoa ja terapeuttista 16.5 pystyy ottamaan perheen rennommin vastaan 12.1	Muuttanut positiivisesti ja helpottanut yhteistyötä perheiden kanssa. Antanut avoimuutta ja luontevuutta perhetapaamisiin. Poistanut jäykkyyttä tapaamisista. 9,8	**Helpottanut yhteistyötä perheiden kanssa ja muuttanut tapaamisia luontevimmiksi 9,8**	
1,1,3,4,4,4,4,5,7,7 tehnyt omasta työstä mielenkiintoista 27.5 tehnyt omasta työstä positiivisella tavalla haastavaa 27.5 pystyy paremmin kehittämään perhetyön sisältöä 1.3 hyödynnän koulutusta monella osa-alueella 31.1 sisältö tuonut tukea perhetyöhön, ei menetelmällisyys 14.9 vaikuttanut minun hoitotyöhön 12.1 perhetyö potilaslähtöisempää (tarve) 1.3 tietoa ja keinoja on enemmän 36.7 haluaa tarjota perheelle keinoja 8.4 itsellä on enemmän tarjota perheille 36.7 tiedot ovat riittävät perhetapaamisiin 13.4 tiedän miten jakaa tietoa perheelle 31.1 tiedän milloin jakaa tietoa perheelle 31.1 antanut luvan tavata perhettä yksilöhoitokeskeisyyden sijaan 13.4 oikeuttanut tapaamaan perheitä 13.4	Tehnyt omasta työstä mielenkiintoista. Pystyy paremmin kehittämään perhetyötä. Koulutusta hyödynnetään eri osa-alueilla. Tietoa ja keinoja on enemmän. Tiedetään miten ja milloin jakaa perheelle tietoa. Koulutus on oikeuttanut ja velvoittanut tapaamaan perheitä. Tuonut perhetyöhön raamit. 18,10	**Osaaminen on lisännyt oman työn kiinnostavuutta 18.10**	**Lisännyt oman työn kiinnostavuutta** **18**

velvoittanut tapaamaan perheitä 13.4 tuonut perhetyöhön raamit 35.4 entistä enemmän tekee menetelmällisesti 9.7 tapaamisajan rajaaminen on helpompaa 19.4			
1,1,1,1,1,1,5,5,9,9 lapset otetaan paljon enemmän huomioon 29.1 uusien potilaiden tullessa tarkistaa onko lapsia 32.9 vaistomaisesti tarkistaa onko sairastuneella lapsia 11.1 lapset ovat hoidon alusta asti mukana puheissa 29.1 Huomioi lapset ensitapaamisesta lähtien 23.5 Omahoitaja keskusteluissa ottaa huomioon lapsia 22.9 ottaa lapset puheeksi herkemmin 3.1 lasten huomioonottaminen aikuispsykiatriassa tärkeää 3.1 rohkeutta tullut puhua lasten asioista 3.1 tietää mitä asioita kysyä lapsiperheessä 3.1 lapset helpompi ottaa puheeksi, kun tietoa on enemmän 29.1 opin kohtaamaan lapsia ikätason mukaisesti 31.1 muuttanut perhetapaamisia lapsilähtöisemmiksi 29.1 tärkeää poistaa syyllisyyttä lapselta 2.5 toisentyyppistä, kun vanhemmat lastensa asiantuntijoita 6.1 ensi kertaa potilaan kanssa miettii, miten kertoa lapselle sairastumisesta 18.1 helpottanut perheisiin pääsyä (kun fokus lapsessa) 6.1	Alaikäiset lapset otetaan enemmän huomioon ja tarkistetaan onko sairastuneella lapsia. Lapset ovat hoidon alusta mukana keskusteluissa. Rohkeus puhua lasten asioista lisääntynyt. Muuttanut perhetapaamisia lapsilähtöisemmiksi ja nyt vanhemmat asiantuntijoita. 17,10	**Perheen (alaikäiset) lapsia huomioidaan enemmän, rohkeammin ja tapaamiset lapsilähtöisempiä** **17,10**	**Perheen lapsia huomioidaan enemmän 17**
1,1,1,3,3,4,4,5,5,9 herkemmin tukee omaisia osastolla 24.1 haluaa olla perheelle käytettävissä epäselvyyksien vähenemiseksi 8.4 ensi kertaa perhetyössä olen kysynyt kuinka omaiset jaksaa 4.3 haluaa tähdentää välittämistä 8.4 tarjoan tietoa perheelle, perustietoakin 28.1 olen jakanut omaisille tietoa 4.3 olen jakanut omaisille esitteitä 4.3	Herkemmin tukee omaisia, on käytettävissä ja halutaan tähdentää välittämistä. Annetaan tietoa. Tasa-arvoisuus on korostunut, edetään perheen ehdoilla. Ihmisen oma kokemus kuullaan ja pohditaan yhdessä. Ei tarjota valmista tietoa tai ratkaisumalleja. 16,10	**Omaisia tuetaan herkemmin, välitetään, annetaan tietoa. Tasa-arvoisuus lisääntynyt tapaamisissa. 16.10**	**Välittäminen ja tasa-arvoisuus lisääntyneet 16,10**

informaation antamisen näen tärkeänä syyllisyyden poistamiseksi 2.5 ensikertaa ohjannut omaisia omaisyhdistykseen 4.3 tasa-arvoisuus korostunut 26.5 toisentyyppistä, kun mennään perheen ehdoilla 6.1 ote perhetapaamisissa on muuttunut 19.4 potilas itse kertoo omaiselle (vuorovaikutus lisääntyy) 14.9 ihmisen oma kokemus tapahtumista kuulluksi 14.9 osaa laittaa perheet itse pohtimaan asioita 1.3 ei tarvitse tuoda perheelle valmiita ratkaisumalleja 1.3			

PERHETAPAAMINEN – kirjaamisohje, Pegasos

Tähän ohjeeseen on yhdistetty Perhetyön suosituksen kirjaamisohje ja Pegasoksessa käytettävissä olevat fraasit. Perhetapaaminen otsikko ja siihen liittyvät fraasit ovat käytettävissä Pegasoksessa psykiatrian sairauskertomuksen lomakkeilla: PSYAVO, PSPÄIS JA PSYSAI.

Perhetapaaminen -otsikko

Fraasi

Tapaamisen kesto ja paikka:
Tapaamisen läsnäolijat:
Perhe (omaiset/läheiset):
Työntekijät:

- Tapaamisen päivämäärä, kesto ja paikka (hoitoyksikkö, koti, muu).
- Osallistujat. Kirjataan omaisen/läheisen suhde potilaaseen sekä osallistuneet työntekijät ja työpiste.

Fraasi

Perhetapaamisen tarve ja tavoitteet
Tapaamisen tarve:
Aloitteen tapaamisen järjestämiselle:
Tapaaminen oli:
Tapaamisen tavoitteet:

- Tapaamisen lähtökohdat. Kirjataan miksi perhettä/läheisiä tavattiin ja kenen aloitteesta tapaaminen oli järjestetty. Mikä oli tapaamisen tavoite? Kirjataan tapaamisen luonne, esimerkiksi kriisi-, motivointi- tai informatiivinen tapaaminen perheen/läheisten kanssa.
- Tapaamisen sisältö. Kirjataan lyhyesti, mitkä olivat perheen/läheisten toiveet tapaamisen suhteen ja pääasialliset keskustelun teemat.

Fraasi

Perhetyön menetelmä: Psykoedukatiivinen perheinterventio
Perhetyön menetelmä: Lapset puheeksi -työmenetelmä
Perhetyön menetelmä: Pariterapiaistunto
Perhetyön menetelmä: Perheterapiaistunto
Perhetyön menetelmä:

- Käytettiinkö jotain perhetyön menetelmää? Kirjataan oliko kyseessä psykoedukatiivinen perheinterventio aikuis- tai lapsiperheessä (Beardsleen perheinterventio), Lapset puheeksi –työmenetelmä, pari- tai perheterapiaistunto tai muu.

Fraasi

Perheen selviytymiskyvyn arviointi
Perheen selviytymiskeinoja:
Perheenjäsenten kokemuksia:
Perheenjäsenten kuormittuneisuus:
Perheenjäsenten voimavaroja:
Perheenjäsenten odotuksia:
Perheen tukena olevat auttajatahot:

- Perheen selviytymiskyvyn arviointi. Arvioidaan yhdessä perheen/läheisten kanssa heidän kykyään selviytyä ja kirjataan perheenjäsenten kokemukset ja kuormittuneisuus (myös alaikäisten lasten) sekä voimavarat ja odotukset.

Fraasi

Perheen selviytymiskeinojen tukeminen ja uusien selviytymiskeinojen etsiminen
Perheen selviytymiskeinojen tuettiin:
Perhettä ohjattiin:
Perheen kanssa sovittiin:
Perheen kanssa suunniteltiin:
Perheen uusia selviytymiskeinoja:

- Perheen selviytymiskeinojen tukeminen. Miten perheen selviytymistä tuetaan? Löydettiinkö uusia selviytymiskeinoja? Miten perhettä ohjattiin? Tehtiinkö sopimuksia tai suunnitelmia? Onko perheellä tukena muita auttajatahoja (sosiaali- tai terveysala, kolmas sektori, järjestöt), sovittiinko niiden mukaantulosta tai vahvistamisesta?

Fraasi

Tavoitteiden saavuttamisen arviointia yhdessä perheen kanssa ja perheen palaute tapaamisesta
Tavoitteiden saavuttamisen arviointi:
Perheen palaute:

- Tavoitteiden saavuttaminen. Arvioidaan yhdessä perheen/läheisten kanssa, miten tapaamisessa onnistuttiin saavuttamaan tavoitteita ja kirjataan perheen/läheisten palaute tapaamisesta.

Fraasi

Suunnitelma:
Perheen tarpeet:
Perheen tavoitteet ja suunnitellut toiminnot/keinot:
Perheen toiveet:
Seuraavan tapaamisen aika ja paikka: fraasi
Seuraavan tapaamisen osallistuu:
Lisätietoja antaa työntekijä(t):

- Jatkosuunnitelmat. Kirjataan, mitkä ovat jatkossa perheen/läheisten tarpeet ja toiveet tuesta. Onko jotain, mikä vaatii seurantaa tai erikoishuomion jatkossa? Kuka työntekijöistä jatkaa perheen kanssa hoitoyksikön vaihtuessa ja keneltä saa tarvittaessa lisätietoa?

- Muuta huomioitavaa

Huomaa Pegasoksella Perhetyön menetelmä fraasista: jokainen kohta on oma erillinen fraasi ja neljä viimeistä vaihtoehtoa ovat fraasien lopussa. Toteutettu erillisinä, jotta valittavissa vain tarpeellinen eikä tarvetta poistaa muita vaihtoehtoja tekstistä.

Huomaa Tapaamisen päivämäärän kirjaamisessa: kirjauksen (lomakkeen) päivämäärä vaihdettavissa tarvittaessa. Näin ei tarpeen erikseen kirjata tapaamisen päivämäärää tekstiin.

Kaikki yllä luetelmaviivoilla (ranskalaisilla viivoilla) olevat tekstit ovat alkuperäisessä muodossaan perhetyön suosituksen kirjaamisohjeesta. Paikoitellen kirjaamisohjeen ja fraasien jaottelu poikkeaa.

PERHETYÖN SUOSITUS

Suositus perustuu Käypä Hoito –suosituksiin vuodelta 2008 erikoissairaanhoidossa sekä Stakesin (Toimiva lapsi&perhe –toiminta) ohjeisiin ja suosituksiin preventiivisten toimintamallien käytöstä aikuispsykiatriassa lapsiperheissä (Solantaus, 2005). Suositus koskee kaikkia hoitoon ja perhetyöhön osallistuvia työntekijöitä. Perhetapaamista/perhetapaamisia tarjotaan perheen tarpeen mukaan hoitoyksikössä, johon potilas tulee ensi kertaa tai toistuvasti hoitoon. Perhetapaamiset toteutetaan yksin tai työpareina potilaan perheen tarpeiden mukaisesti. Työpari voidaan valita hoitoketjua ennakoiden, esimerkiksi sairaalan ja avohoidon työntekijöiden yhteistyönä.

OPASTAVAN YHTEISTYÖN PERIAATTEET

Perhetyön tavoitteena on sairastuneen ja läheisten keskinäisten suhteiden ja perhe-elämän tukeminen. Tämä tapahtuu lisäämällä ymmärrystä sairaudesta, sen seurauksista ja hoidosta, ja tukemalla ongelmanratkaisua sekä perheen sisällä että työntekijöiden ja perheen välillä. Pyrkimyksenä on edistää sairastuneen toipumista, ehkäistä aikuisomaisten uupumista ja tukea lasten elämää – eli tukea potilaan ja perheen selviytymistä.

Psykiatriaosaston potilaiden ja heidän perheidensä/läheistensä kanssa pyritään pitkäjänteiseen opastavaan yhteistyöhön hoitoyksikössä ja hoitoketjussa. Työskentely on ratkaisukeskeistä, tavoitteellista ja opastavaa yhteistyötä perheen kanssa. Perheelle tarjotaan tiedollista ja emotionaalista tukea sekä ohjataan selviytymään perheenä. Perhetyön lähtökohtana on potilaan ja perheenjäsenten/läheisten kokemus ja kertomus sairastumiseen vaikuttaneista tekijöistä, heidän huomioistaan, odotuksistaan, tunteistaan, reaktioistaan sekä voimavaroistaan.

Perheen lasten tarpeet ja tapa puhua heidän kanssaan ja heidän läsnä ollessaan riippuvat lapsen tai nuoren iästä ja kehitystasosta. Perheessä, jossa potilaalla on alaikäisiä lapsia, toteutetaan työmenetelmiä, jotka tukevat vanhemmuutta ja lasten tervettä kasvua ja kehitystä. Työmenetelmät ovat Lapset puheeksi ja Beardsleen perheinterventio (ks. s. 4).

Opastava yhteistyö perheen kanssa ei ole terapiaa. Näin ollen se ei korvaa perheenjäsenen hoitoa. Jos jollakulla perheenjäsenellä todetaan hoitotarve, hänet ohjataan vaadittaviin tutkimuksiin ja hoitoon. Näin toimitaan sekä aikuisten että lasten ja nuorten kohdalla. Myös pariterapia tai perheterapia järjestetään tarvittaessa mahdollisuuksien mukaan.

Perheen/läheisten tapaamiset kirjataan Pegasokseen otsikon ”Perhetapaaminen” alle. Ks. perhetapaamisen kirjaamisohje Y:\terke\Psykiatria\sairaalatoiminta\Pegaos-ohjeet TAI Y:\terke\Psykiatria\ avohoito\Psykiatrian poliklinikat\ (poliklinikan nimi)\Pegasos - ohjeet

PERHEEN AIKUISOMAISTEN / LÄHEISTEN KRIISITAPAAMINEN

Kriisitapaaminen potilaan ja perheen aikuisten/potilaan läheisten kanssa järjestetään mahdollisimman nopeasti potilaan saavuttua sairaalahoitoon sekä muissa kriisitilanteissa. Tapaamisen tavoitteena on luottamuksellinen hoitosuhde, potilaan palautumisen edistyminen ja perheen arjen turvallisuus ja sujuvuus.

Kriisitapaamisessa perheen tilanteen mukaan:

- annetaan konkreettista ja selkeää tietoa sairaudesta, sen syistä, ennusteesta, hoitomahdollisuuksista ja kuntoutumisesta sekä toipumiseen vaikuttavista tekijöistä
- tarjotaan tukea perheen tunteille ja niiden tunnistamiseen (trauman käsittely)
- arvioidaan perheen selviytymiskykyä ja tuetaan siinä

- kerrotaan perhetyön mahdollisuuksista jatkossa
- perheet, joissa on alaikäisiä lapsia
    - tarjotaan konkreettista tukea vanhemmuuteen; sairastuneen ja puolison jaksaminen sekä kodin- ja lastenhoidon järjestelyt kotona. Arvioidaan perheen luonnollisen verkoston resurssit tarvittaessa tukea perhettä ja mahdollisesti viranomaisilta tarvittavan tuen tarve
    - keskustellaan siitä, mitä kotona oleva omainen voi kertoa lapsille perheenjäsenen äkillisestä sairastumisesta / sairaalaan menosta
    - pohditaan, miten perheessä tukea lasta ja keskustellaan lasta suojaavista tekijöistä (ks. Lapset puheeksi -manuaali, ohjeet s. 4)
    - jos potilaan kyky huolehtia lapsen kasvatuksesta ja hoidosta on huomattavasti alentunut tai lapsi on jäänyt yksin, tulee asiasta keskustella potilaan kanssa rakentavasti ja ottaa yhteys lastensuojeluun (lastensuojeluilmoitus), jotta lapset saavat tarvitsemansa avun

KRIISITAPAAMISEN JÄLKEEN lähdetään työskentelemään perheen/läheisten kanssa alla olevan ohjeistuksen mukaisesti. Aloitettaessa yhteistyötä potilaan ja hänen perheensä/läheistensä kanssa huomioidaan:

- potilaan oma toive siitä, ketä ensisijaisesti tavataan
- alaikäisiä lapsia (alle 18-vuotiaat) ei kutsuta perheen ensitapaamiseen eikä hoitoneuvotteluun
- potilaan yksilöllinen haastattelu (Psykoedukaation työkirjassa liite 1) auttaa löytämään työskentelylle yhteiset tavoitteet ja motivoi potilasta yhteistyöhön
- ryhmä pyritään pitämään jatkuvasti pienenä, jotta tapaamiset eivät kuormita osallistujia kohtuuttomasti

TIEDOLLINEN TUKI AIKUISOMAISILLE / LÄHEISILLE

Tiedon tarkoitus on tukea perheenjäsenten välisiä suhteita lisäämällä keskinäistä ymmärrystä. Tietoa annetaan potilaan kanssa yhteistyössä ja potilaan läsnä ollessa. Jos potilas ei oman vointinsa vuoksi tähän pysty, on hänelle kerrottava, mitä hänestä puhuttiin heti, kun hänen vointinsa sen sallii. Tieto annetaan keskustelun muodossa ja se liitetään potilaan ja läheisten kokemuksiin. Tiedon tulee olla selkeää, konkreettista, rehellistä ja tilanteeseen sopivaa sekä potilasta ja perhettä kunnioittavaa. Keskustelussa selvitetään, mitä tietoa potilaalla/perheellä/läheisillä on ja varmistetaan, miten he ovat tiedon ymmärtäneet väärinkäsitysten välttämiseksi.

Tietoa annetaan
- sairauden etiologiasta
- diagnoosista, oireista sekä oireiden lievityksestä
- toipumisesta ja ennusteesta
- lääkityksestä ja mahdollisista sivuvaikutuksista
- hoitomuodoista ja hoidon tavoitteesta
- jatkohoidosta ja kuntoutuksesta
- perhetyön muodoista (esim. psykoedukatiivinen perheinterventio)
- alaikäisten lasten tyypillisistä reaktioista ja suojaavista tekijöistä (ks. A. Lapset puheeksi, s.4)
- mistä saa lisätietoa ja lisäapua
- oppaiden käyttö ja jakelu

Tiedollinen tuki alaikäisille lapsille

Vanhemman ongelmat heijastuvat nopeasti perhe-elämään ja kanssakäymiseen lasten kanssa. Lapsia helpottaa, kun he tietävät tietyt perusasiat, jotka voidaan kiteyttää seuraavaan kolmeen, sinänsä laajaan teemaan: mistä on kysymys, mistä vanhempi saa apua ja miten oma ja perheen elämä voi jatkua eteenpäin. Tiedon tarkoitus on lähentää perheenjäseniä toisiinsa ja helpottaa lasten huolia.

Tieto annetaan aina yhteistyössä vanhemman/vanhempien kanssa ja ensisijaisesti vanhemman itsensä toimesta. Periaatteena on, että lapsen ja nuoren omassa elämässä tulee olla joku, jonka kanssa hän voi saamansa tiedon jakaa, parhaassa tapauksessa siis oma vanhempi. Näin ollen lasta ei tule ottaa vastaanottohuoneeseen ja kertoa, mikä vanhemmalla on. Näin annettua tietoa lapsen voi olla mahdotonta jakaa kenenkään kanssa, ei edes potilasvanhemman. Asia jää silloin lapsen itsensä kannettavaksi, mikä voi lisätä lapsen taakkaa. Myös murrosikäinen voi jäädä pelkän tiedon kanssa liian yksin. Pelkän tiedon jakamiseen liittyy myös suuria väärinkäsitysten vaaroja.

EMOTIONAALINEN TUKI PERHEELLE / LÄHEISILLE

Psyykkinen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen ja läheisiin. Sairastuminen muuttaa aina perheen elämää, arkea ja elämäntarinaa. Tavoitteena on tarjota tukea perheen tunteille ja niiden tunnistamiseen (järkytys, syyllisyys, suru, pelko, ahdistus, häpeä, leimautumisen pelko, huostaanoton pelko).

- ylläpidetään toivoa ja suhtaudutaan perheeseen/läheisiin kunnioittavasti
- tuetaan omaisia jaksamisessa
- tuetaan vanhemmuudessa ja kuullaan perheen mahdollinen huoli lapsista (ks. A. Lapset puheeksi, s. 4)

PERHEEN / LÄHEISTEN OHJAUS

Ohjauksen tavoitteena on kehittää potilaan ja perheen/läheisten omia kykyjä ja taitoja selviytyä sekä ratkaista ongelmia. Perheenjäsenten/läheisten oikeanlainen suhtautuminen (kriittisyyden ja huolenpidon tasapaino) potilaaseen ja tuki edesauttaa toipumisessa. Perheen arjesta pyritään luomaan sujuva ja turvallinen. Ohjauksen painopiste on nykyhetkessä ja tulevaisuudessa.

- perheenjäsenten välinen vuorovaikutus ja muutokset siinä
- perheenjäsenten käyttämät hallintakeinot selviytyäkseen oireiden aiheuttamista ongelmatilanteista
- potilaan ja perheenjäsenten/läheisten kyky säädellä stressiä
- potilaan ja perheenjäsenten/läheisten taidot ratkaista ongelmia
- potilaan ja perheenjäsenten/läheisten kriisin hallintataidot. Laaditaan tarvittaessa kirjallinen toimintasuunnitelma
- tuetaan kotiutumisessa kotikäynnein
- asiakasperheen ohjaus pidempiaikaiseen perheinterventioon tai pari-/perheterapiaan
- aikuisomaisen tai lapsiperheen ohjaus vertaisryhmätoimintaan hoitoyksikössä tai alueellaan. (Lisätietoa ryhmistä mm. www.otu.fi)
- tarvittaessa perheen ohjaus terveys- tai sosiaalipalveluiden piiriin esim. aikuis- tai lapsiomaisen voinnin vaatima hoidon tarpeen arviointi tai kotiin tarvittava tuki

TYÖMENETELMÄT PERHEESSÄ, JOSSA ON ALAIKÄINEN LAPSI / LAPSIA

Lastensuojelulaki luku 2, 10§ / **Lapsen huomioon ottaminen aikuisille suunnatuissa palveluissa:** ”Kun aikuiselle annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, erityisesti päihdehuolto- ja mielenterveyspalveluja, ja kun aikuisen kyvyn täysipainoisesti huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan tällöin heikentyneen, on selvitettävä ja turvattava myös hänen hoidossaan ja kasvatuksessaan olevan lapsen hoidon tarve.”

A. **”Lapset Puheeksi” (Lp)** on psykoedukatiivinen keskustelu lapsista potilaan ja puolison tai muun perheelle läheisen aikuisen kanssa. Lp käsittää kaksi tapaamista, mutta monilapsisissa perheissä tai hyvin ongelmallisissa tilanteissa keskusteluja voidaan käydä enemmän. Keskusteluja lapsista ehdotetaan kaikille riippumatta siitä, onko perheessä ongelmia vai ei. Vanhemmilla voi olla huolia ja kysymyksiä, vaikka mitään ongelmia ei olisikaan ja kaikille vanhemmille kuuluu tieto siitä, miten he voivat itse tukea lapsiaan. Keskustelu käydään kunnioittaen vanhemmuutta ja perheen sisäistä prosessia. Työmenetelmän tarkoituksena on tukea vanhemmuutta ja lasten kehitystä sekä arvioida lasten ja perheen tarve muiden palveluiden tukeen. Keskustelun sisällöt ovat: lapsen elämäntilanteen kartoitus, tarjotaan vanhemmille eväitä lapsen kehityksen tukemiseksi sekä perheen ja lasten saattaminen tarvittaessa lisäavun äärelle.
   - Käytä keskustelun apuna ”Miten autan lastani? -opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia” (Solantaus & Ringbom 2004). Tilaus: www.otu.fi
   - Työmenetelmän manuaali työntekijälle: www.stakes.fi -> mielenterveys -> hankkeista: Toimiva lapsi&perhe -> työmenetelmät -> lapset puheeksi –manuaali (pdf)
   - Nuoruusikäisille, yli 12-vuotialle, on oma opas ”Mikä meidän vanhempia vaivaa? Käsikirja nuorille, joiden äidillä tai isällä on mielenterveyden ongelmia” (Solantaus & Ringbom, 2005) Tilaus: www.otu.fi

Jos perheellä on tarve syventää keskustelua lapsista, tai työntekijä kokee siihen tarvetta, ehdotetaan perheelle Beardsleen perheinterventiota. Työmenetelmää toteuttavat koulutetut kliinikot perheissä, joissa on alaikäisiä lapsia (potilaalla on alle 18 –vuotias lapsi/lapsia tai sisar/sisaruksia). Psykoedukatiivisten perheinterventioiden menetelmäkoulutuksiin osallistuneiden perheohjaajien ja kliinikoiden yhteystiedot löytyvät Y-hakemistosta / sairaalan ja avohoidon yhteiset kansiot.

B. **Beardsleen perheinterventio (Bp)** on ennaltaehkäisevä, fokusoitu perhetyön muoto, jossa tuetaan suojaavia prosesseja perheessä, rakennetaan yhteistä keskustelua ja ymmärrystä sekä tuetaan lapsen sosiaalista elämää perheen ulkopuolella. Interventio käsittää vähintään kuusi istuntoa perheen kanssa. Istuntojen määrä vaihtelee perheen tarpeiden ja lasten lukumäärän mukaan. Lasten yksilölliset tapaamiset ovat osa interventiota.

Perhetyön suositus on laadittu 10/2008 muutostyöryhmässä, jossa on edustus avohoito-, sairaala- ja kuntoutustoiminnan yksiköistä sekä Omaiset mt.työn tukena Uudenmaan yhdistys ry:stä. Lapsiperheiden osalta suositusta on kommentoinut lastenpsykiatri, tutkimusprofessori T. Solantaus, Toimiva lapsi&perhe –hanke, Stakes.

Profami oy julkaisee mielenterveysalan kirjallisuutta ja tuottaa koulutus- sekä työnohjauspalveluja sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselle sekä alan opiskelijoille. Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry omistaa profami oy:n ja toimii sen kanssa kiinteässä yhteistyössä.

www.profami.com