

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI – KEROPUTAAN MALLI

TEKSTI: **BIRGITTA ALAKARE, MIA KURTTI JA MARIANNE KARTTUNEN**

Avoimen dialogin hoitomalli on ohjannut pitkään psykiatrian hoitotyön käytäntöjä ja luonut arvoperustaa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella kaikelle toiminnalle. Hoitomallissa on perusteet hoidon järjestämiseen sekä ihmisten ja verkostojen kohtaamiseen dialogisesti. Dialogisuus on peruseriaate kaikessa toiminnassa ja tavoitteena myös johtamisessa. Hoitoa ja tukea pyritään rakentamaan yhdessä asiakkaan ja perheen kanssa heidän tarpeidensa mukaan. Hoitomalli on vaikuttanut myös ympäröivään toimintaympäristöön luoden käytäntöjä perusterveydenhuollon, sosiaalityön, kouluterveys- ja kolmannen sektorin kanssa tehtävälle yhteistyölle. (Karttunen 2012.) Pyrkimyksenä on, että yhdessä tekeminen yli sektorirajojen olisi luontevaa ja asiakaslähtöistä. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri koostuu kuudesta kunnasta (Tornio, Kemi, Keminmaa, Tervola, Ylitornio ja Simo), ja asukkaita alueella on noin 62 000. Psykiatrian tulosalueella työntekijöitä on noin 150.

Keroputaan sairaalan henkilökunnan perustehtävä on vuosikymmenien aikana käynyt läpi valtavan muutos- ja kehittämisprosessin. Se kehittyi psykiatrisesta pitkäaikaissairaala- ja verkostokeskeisen hoitomallin edelläkävijäksi. Sairaalan toiminnan kehitys johti avohoitopainotteisen palvelujärjestelmän syntymiseen. Yhtenä oleellisena kehityksen lähtökohdista oli Suomessa 1980-luvulla toteutettu valtakunnallinen skitsofreniaprojekti (Skitsofreniaprojekti 1988), jonka tavoitteena oli kehittää vaikeasti psykoottisten potilaiden hoitoa ja miettiä vaihtoehtoja laitoshoidolle. Skitsofreniaprojektin suosituksissa akuuttien psykoottisten kriisien hoidosta painotettiin potilaan perheen ottamista mukaan hoitokeskusteluihin ja hoidon suunnitteluun heti hoitoprosessin alussa. (Seikkula & Alakare 2004, 289–96.)

Keroputaan sairaalan kehitystyön tärkeimpiä elementtejä 1980-luvun alkuvaiheissa on ollut professori Yrjö Alasen ja hänen tiiminsä Turussa kehittämän tarpeenmukaisen hoidon

ydinkohdat, joihin avoimen dialogin periaatteetkin pohjautuvat. Professori Jukka Aaltonen kävi kouluttamassa ja työnohjaamassa Keroputaalla 1980-luvun alusta lähtien lähes kahdenkymmenen vuoden ajan säännöllisesti tuoden tutuksi perheterapiaa ja tarpeenmukaista hoitokäytäntöä.

Avoimen dialogin toimintamalli perustuu periaatteille, jotka ovat muotoutuneet toiminnan pohjaksi 1980- ja 1990-luvulla tehdyn työn kehittämisen ja tutkimisen pohjalta (Bergström ym. 2018, Haarakangas 1997, Keränen 1992, Seikkula 1991, Seikkula ym. 2006). Periaatteita pyritään kehittämään työn käytännössä jatkuvasti koulutuksen ja arjen toiminnan tutkimisen kautta. Psykiatrian tulosalueen palvelujärjestelmä on tällä hetkellä rakennettu seuraavien periaatteiden ympärille:

1. Välitysapu kriisitilanteissa

Keroputaan sairaalan yhteydessä on poliklinikka, joka vastaa polikliinisen toiminnan lisäksi ympärivuorokautisesta puhelinpäivystyksestä. 1980-luvulla psykiatrian organisaatiossa tehtiin päätös, joka mahdollistaa ihmisten pääsyn erikoissairaanhoidon palvelujen piiriin ilman perusterveydenhuollosta saatua lähetystä. Puhelinsoitto riittää, ja yhteyttä voivat ottaa asiakkaan itsensä lisäksi perheenjäsenet ja yhteistyökumppanit. Puhelimeen vastaa sairaanhoitaja, jolla on koulutus verkostokeskeiseen työotteeseen ja tuntemusta alueen toimijoista. Ensimmäinen puhelu nähdään potentiaalisena terapeuttisena interventiona, joka aloittaa hoitoprosessin. Tietojen keräämisen sijaan ja/tai lisäksi puhelimesta käydyssä keskustelussa pohditaan huolenaiheita ja sitä, missä ja milloin ensimmäisen tapaamisen olisi hyvä olla. Yhdessä päätetään myös se, ketä ensimmäiseen tapaamiseen on syytä kutsua ja kenen toimesta. Mikäli soittaja on läheinen tai yhteistyökumppani, esimerkiksi kouluterveys- ja hoitaja, pidetään tärkeänä hänen osallistumistaan ensimmäiseen tapaamiseen.

Kriisi voi olla mahdollisuus, jossa ihmisen ja verkoston omat resurssit aktivoituvat voimaannuttavalla ja tilannetta eteenpäin vievällä tavalla. Kriisi voi olla mikä tahansa huolenaihe, ja tärkeää on, että soittaja tulee kuulluksi ja avuntarpeeseen aletaan vastata tarpeenmukaisen ajan sisällä.

2. Perhe- ja verkostokeskeisyys

Ihminen on osa perhettä ja sosiaalista verkostoa. Elämme suhteissa, ja merkitykset itsestämme ja ympäröivästä maailmasta syntyvät näiden suhteiden kautta. Dialogisessa hoitomallissa pidetään tärkeänä perheenjäsenten ja/tai merkityksellisten verkoston jäsenten mukanaoloa hoitokokouksissa. Perheen voimavarojen hyödyntäminen ja ottaminen osaksi hoitoa on toipumisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Myös perheen elämässä olemassa olevien mahdollisten ammatillisten verkostojen kanssa (lastensuojelu, koulu) tehtävä yhteistyö on tärkeää. Mielen ja ihmisyyden kriisit nähdään heijasteina ihmisten välisistä suhteista ja niiden vaikutuksista ihmisen henkilökohtaiseen merkityksen antoon enemmän kuin biologisina häiriöinä, joihin löytyy ratkaisu lääketieteellisistä toimenpiteistä. Sen sijaan, että ihmisen tilannetta määriteltäisiin psykiatriassa olevan asiantuntijuuden kautta, pyritään ymmärrystä synnyttämään yhdessä ihmisen ja hänen verkostonsa kanssa. Ihmiset ovat aina osa jotain yhteisöä. Joskus voi olla vaikea kutsua perheenjäseniä keskusteluun mukaan, tällöin pohditaan mahdollisuutta pyytää mukaan ystävä tai vaikkapa opettaja, jolla voi olla tärkeä rooli ihmisen elämässä.

Jotta julkisen sektorin palvelujärjestelmä voi vastata palvelun käyttäjien tarpeisiin joustavalla ja tarpeenmukaisella tavalla, toimijuuden on oltava yhteistoiminnallista ja dialogista.

3. Joustavuus ja liikkuvuus

Asiakkaan ja perheiden tarpeisiin pyritään vastaamaan joustavasti ja tarpeenmukaisesti. Joustavuutta tarvitaan erityisesti työntekijöiden ajattelussa sekä käytännön työn järjestämisessä, kuten päivien suunnittelussa ja liikkumisessa. Tilanteet voivat muuttua nopeasti ja niihin tulee reagoida tarpeenmukaisesti. Myös tapaamisia tulee muuttaa joustavasti; esimerkiksi uudessa kriisitilanteessa tapaamisia voi olla useammin viikossa, vaikka niitä olisi jo harvennettu. Myös hoitomuotoja sovitetaan yhdessä pohtien, sovitaan esimerkiksi yksilöterapiasta perhekäyntien lisäksi tai voidaan päätyä lyhytaikaiseen sairaalahoitoon. Koko ajan hoitoa suunnitellaan ja muutetaan tarpeen mukaan yhdessä asiakkaan ja/tai potilaan ja hänen

lähiverkostonsa kanssa, ja samalla työntekijöiden tulee tuoda esille kokemuksensa samankaltaisista tilanteista Näin voidaan osaltaan synnyttää luottamusta hoitoprosessiin.

Psykiatrian työntekijät liikkuvat paljon alueella tuoden asiantuntemuksensa lähelle perusterveydenhuoltoa ja asiakkaita. Tapaamisia järjestetään siellä, missä parhaiten saadaan huolen keskellä olevat ihmiset yhteen. Tapaamisia on kouluilla, nuorisotiloissa ja kahviloissa. Kotikäyntien merkitystä ei voi korostaa liikaa. Vaikeissa ongelmissa tapaaminen kotona on erittäin tärkeä. Kotona yhteistyösuhde ja keskustelu on aina erilaista kuin esimerkiksi poliklinikalla. Työntekijät ovat asiakkaan kotona aina vieraana saaden uutta ymmärrystä asiakkaan ja perheen elämästä ja tilanteesta. Kokemuksen mukaan keskustelu saa uusia tasoja ja ulottuvuuksia, kun ihmiset voivat pohtia tilannettaan kotonaan yhdessä hoitavan työryhmän kanssa.

4. Psykologinen jatkuvuus

On tärkeää, että samat työntekijät ovat ihmisen ja perheen hoidossa koko hoitoprosessin ajan. Tarpeenmukaisesti hoitoon voidaan kutsua uusia toimijoita; tämä tapahtuu yhdessä tilannetta pohtien. Ymmärrys vaikeissa tilanteissa synnytetään yhdessä ja toimijuus rakennetaan tämän ymmärryksen pohjalta. Yhdessä synnytettyä (kannattelevaa) ymmärrystä on vaikea siirtää uudelle hoitotiimille. Hoitavan työryhmän kokonaisuudessaan vaihtuessa olemassa oleva hoitoprosessi katkeaa, ja mahdollisesta ymmärryksestä syntynyt toimijuus ja toipuminen voi pysähtyä. Tästä periaatteesta asiakkaat antavat paljon palautetta: kuinka tärkeää voi olla se, että hoitoprosessissa ovat samat ihmiset riippumatta siitä, onko ihminen kotona vai esimerkiksi sairaalahoidossa.

5. Vastuullisuus

Työryhmä ottaa vastuun asiakkaan hoitoprosessista. Ensimmäiseen tapaamiseen osallistuvat psykiatrian työntekijät muodostavat työryhmän, joka sitoutuu olemaan asiakkaan ja perheen hoidossa prosessin loppuun asti. Työryhmä koordinoi yhdessä päätettyjen hoitotoimien toteutumisen, esimerkiksi verkostokokouksen järjestämisen työvoimatoimiston kanssa, ja toimii yhteistyössä ympäröivien toimijoiden kanssa. Vastuullisuutta on myös toimijuuden läpinäkyvyys, jolloin esimerkiksi lääkehoidosta keskusteltaessa työryhmä huolehtii siitä, että asiakkaan kanssa käydään tarpeeksi keskustelua lääkehoidon toivotuista vaikutuksista ja mahdollisista sivuvaikutuksista.

*On tärkeää,
että samat
työntekijät ovat
ihmisen ja perheen
hoidossa koko
hoitoprosessin ajan.*



6. Epävarmuuden sietäminen

Kriisitilanteessa voi olla paljon pelkoa läsnä. Ihmisillä on ymmärrettävästi toive ongelmien nopeasta ratkaisemisesta ja siten toive siitä, että työntekijät asiantuntijoina osaavat antaa pikaisiakin vastauksia vaikeissa tilanteissa. Joskus myös työntekijöillä voi olla tunne siitä, että heidän tulee tarjota ratkaisuja, vaikka he eivät vielä tunne ihmisiä tai heidän elämäntilannettaan.

Epävarmuuden sietämisen peruslähtökohdaksi on yhteisen dialogin synnyttäminen siten, että ihmisten omat voimavarat tulevat näkyviksi ja käyttöön. Tämä vaatii työryhmätyöskentelyä ja hoitokeskustelujen tiivistä toteuttamista. Työskentelyssä on tärkeää asettaa kuuntelemaan positioon, olla aidosti kiinnostunut siitä, mitä ihmisen ja hänen verkostonsa elämässä on tapahtunut ja millaisia merkityksiä nämä tapahtumat ovat saaneet. Toivon ylläpitäminen ja vaaliminen auttavat epävarmassa tilanteessa. Asiakkaan ja perheen usko toipumisesta voi olla koetuksella, ja silloin työntekijöiden rooli on tärkeä.

On tärkeää, että kokemattomalla työntekijällä on kokenut työpari, jolloin epävarmuuden sietäminen on helpompaa. Työntekijöiden keskinäinen luottamus toisiinsa auttaa sietämään epävarmuutta ja välttämään äkkinäisiä harkitsemattomia päätöksiä. Asioista tulee pystyä keskustelemaan ennen päätösten tekemistä, esimerkiksi lääkehoidon aloittamisesta tai mahdollisesta sairaalahoidosta. Psykiatrisessa toimittamisessa mielenterveyslaki antaa mahdollisuuden puuttua ihmisen itsemääräämisoikeuteen ja koskemattomuuteen tavoilla, jotka asettavat työntekijän miettimään eettisiä ja moraalisia lähtökohtia toiminnoilleen. Nämä erityisolosuhteet korostavat tiimityön ja luottamuksen merkitystä.

7. Dialogisuus

Dialogisuus syntyy ihmisten välillä. Länsi-Pohjan psykiatrisen palvelujärjestelmän tärkeimpiä lähtökohtia on työparityöskentely. Työryhmä tuo tilanteeseen moniäänisyyttä, joka voi auttaa ihmisiä löytämään uusia näkökulmia vaikeisiin tilanteisiin. Olemalla kiinnostunut ihmisen, verkoston ja kollegoiden ajatuksista luodaan yhdessä dialogia, jossa ihmisillä on tilaa

luoda uutta ymmärrystä omaan tilanteeseensa. Dialogiseen orientaatioon kuuluu olennaisena osana reflektiivinen työote, joka osaltaan auttaa epävarmuuden sietämisessä ja tukee työntekijöiden horisontaalista asiantuntijuutta.

Sairaanhoidopiirissä tehtiin 1980-luvulla päätös perheterapiakoulutuksen tarjoamisesta koko henkilökunnalle maksuttomana työpaikkakoulutuksena. Koulutuskokonaisuus muotoutui vuosien saatossa dialogiseksi prosessiksi, jossa työntekijät tarkastelevat työtään myös avoimen dialogin periaatteiden valossa. Tärkeä työparityöskentelyä ylläpitävä tekijä on ollut perheterapiakoulutukseen kuulunut koulutuspsykoterapia, joka on toteutettu pienryhmissä. Kollegoiden kanssa tapahtuva oman

taustan terapeuttiivinen tutkiminen asettaa ihmiset tutkimaan myös työtään uudella tavalla. Työn arjessa tiimin sisällä oleva luottamus ja toisten tunteminen on ensisijaisen tärkeää kriisityötä tehtäessä.

Tarpeenmukaisuus on pysynyt organisaation toimintaa ohjaavana periaatteena siten, että henkilöstölle on järjestetty myös kognitiivisia opintokokonaisuuksia, traumaterapian perusopintoja sekä yksilöpsykoterapian eriasteisia opintokokonaisuuksia. On pyritty myös huomioimaan ihmisyyden monimuotoisuutta tarjoamalla työntekijöille mahdollisuuksia kuvallisen ja toiminnallisen terapian koulutukseen. Tällä

*Dialogiseen
orientaatioon
kuuluu
olennaisena
osana
reflektiivinen
työote.*

pyritään siihen, että hoidossa voisi aidosti toteutua terapeutin, toisiaan tukeva moniäänisyys ja laaja ammatillisuus.

Hoidon periaatteet ovat luoneet toiminnan ja käyttäytymisen malleja myös työyhteisöihin. Työryhmänä työskentely asettaa työntekijät jatkuvaan vuorovaikutukseen toistensa kanssa, jolloin toisen jaksamiseen ja ammatilliseen orientautioon syntyy kiinnostus yhteisen työn kautta.

Perhe- ja verkostokeskeinen lähestymistapa voi lisätä ihmisen toimijuuden kokemusta. Terveydenhuollon henkilökunnalla tulee olla valmius kohdata ja ymmärtää ihminen osana omaa perhettään ja verkostoaan. Kutsumalla heitä mukaan tarpeenmukaisesti elämäntilanteiden moninaiset haasteet saavat mahdollisuuden ilmentyä niin ihmisuhteissa kuin ihmisen sisäisessä kokemusmaailmassa ja siten olla terapeutista ja dialogisesti lähestyttävissä. Mikäli tarpeenmukaisuus

ja yhteistoiminnallisuus on terveydenhuollon toiminnan lähtökohtana, myös lääketieteellisestä ihmiskuvasta ja siihen liittyvistä tukevista hoitotoimenpiteistä voidaan puhua ilman leimaavaa ja joskus mystifioivaa kieltä.

Länsi-Pohjassa avoimen dialogin hoitomallin kehittäminen alkoi 1980-luvun poliittisessa, kulttuurisessa sekä hoidollisessa kontekstissa. Eri ihmiset kohtasivat kukin oman historiansa kera ja synnyttivät yhdessä jotain uutta. Tämä vaatii dialogisuutta ja halua olla yhdessä luomassa, ymmärtämässä sekä toimimassa. Jos ajatellaan, että dialogi perustuu ihmisten avoimuuteen ja keskinäiseen luottamukseen, voi ajatella myös, että sitä ei voi pakottaa eikä tuoda ulkoa käsin työyhteisön toimintatavaksi. Dialogia voi edistää vain dialogisesti. (Alhanen ym. 2015, 4.)

Lähteet

- Alhanen, K., Soini, T. & Kangas, M. (2015). Dialoginen johtaminen ja vallankäyttö. Artikkelit. www.aretai.org
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., König-Saviraro, P., Taskila, J., Tolvanen, A., Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research* 270 (2018)168–175.
- Haarakangas, K. (1997). *Hoitokokouksen äänet: dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokoukseskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta*. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Karttunen, M. (2012). *Nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijöiden ja terveydenhoitajien välinen yhteistoiminta Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä*. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Terveyden edistämisen koulutusohjelman opinnäytetyö. Kemi-Tornio ammattikorkeakoulu.
- Keränen, J. (1992). *Avohoitoon ja sairaalahoitoon valikoituminen perhekeskeisessä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä*. Väitöskirja. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 1992:93.

- Seikkula, J. (1991). *Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa*. Väitöskirja. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 1991:80.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*. 16, 214–228.
- Seikkula, J. & Alakare, B. (2004). Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* 120:289–96.
- Skitsofreniaprojekti 1981–1987. *Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman loppuraportti*. Lääkintähallituksen opaskirja nro 4, Helsinki: Valtion painatuskeskus 1988.



Mia Kurtti
sairaanhoitaja (YAMK)
perheterapiakouluttaja



Birgitta Alakare
psykiatrian erikoislääkäri
perheterapeutti (VET)



Marianne Karttunen
sairaanhoitaja (YAMK)
perheterapeutti
vs. osastonhoitaja

Mia Kurtti: Olen työskennellyt Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä vuodesta 2002 lähtien ja tätä nykyä perustyöni ohessa koulutan lähinnä ulkomailta dialogista työtettä ja avoimen dialogin periaatteita.