

# Avoim dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä

*Jaakko Seikkula ja Birgitta Alakare*

Avoimen dialogin hoitomallissa keskeisiä seikkoja ovat välitön reagointi avunpyyntöön, ryhmätyöskentely ja verkoston mukaan ottaminen hoidon voimavaraksi. Muita tärkeitä periaatteita ovat joustavuus ja liikkuvuus, vastuullisuus, psykologinen jatkuvuus, epävarmuuden sietäminen ja dialogi kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Hoidon perustapah-tuma on hoitokokous, johon kutsutaan potilaan lisäksi hänen läheisensä, asiaan osallistuneet viranomaiset ja hoitava työryhmä. Tavoitteena hoitokokouksissa on avoin keskustelu, jossa luodaan uutta ymmärrystä. Hoitokokouksessa pyritään integroimaan yhteen kaikki käytettävissä olevat hoitomuodot lääkitys mukaan luettuna. Yhteisenä tavoitteena on potilaan ja hänen läheistensä voimavarojen ottaminen käyttöön akuutista kriisistä selviämiseksi. Hoitomalli luo mahdollisuuden psykiatrisen potilaan tasa-arvoisempaan kohtaamiseen. Kahden vuoden seurantatutkimuksen todettiin vähentäneen sairaalahoiton ja pitkäaikaisen lääkityksen tarvetta psykooseissa. Potilaiden sosiaalinen selviytyminen parani siten, että vain 16 % oli eläkkeellä tai sairauslomalla.

**T**orniossa sijaitsevan Keroputaan sairaalan noin 70 000 asukkaan toiminta-alueella on kehitetty systemaattisesti perhe- ja verkostokeskeistä hoitoajatusta 1980-luvun alusta lähtien. Sen periaatteet ovat tulleet käyttöön myös muissa palveluissa, erityisesti sosiaalitoimen alueella. Tässä artikkelissa kuvataan avoimen dialogin hoitomalliksi kutsutun toimintatavan taustaa ja keskeisiä periaatteita, joita voidaan soveltaa erilaisissa psykiatrian, terveydenhuollon ja sosiaalityön olosuhteissa. Mallia on kehitetty erityisesti psykoosin ja skitsofrenian hoidossa, koska julkisessa terveydenhuollossa juuri nämä ongelmat ovat keskeisiä ja vaikeita. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella avoimen dialogin periaatteita sovelletaan kuitenkin kaikissa psykiatrisissa kriisitilanteissa.

## **Tarpeenmukaisen hoidon lähtökohdat taustalla**

Suomessa toteutettiin 1980-luvulla valtakunnallinen skitsofreniaprojekti (Skitsofreniaprojekti 1988, Salokangas ym. 1991), jonka tavoitteen oli kehittää vaikeasti psykoottisten potilaiden hoitoa ja vähentää laitoseskeisyyttä. Skitsofreniaprojektin suosituksissa akuuttien psykoottisten kriisien hoidosta painotettiin potilaan perheen ottamista mukaan ongelman analysointiin ja hoidon suunnitteluun heti alussa. Tämän projektin yhtenä lähtökohtana oli Turussa kehitetty tarpeenmukaisen hoidon malli (Alanen ym. 1991, Lehtinen 1993), jossa keskeisiä periaatteita olivat 1) hoidon välitön järjestäminen kriisin ilmettyä, 2) hoidon suunnittelu vastaamaan

kunkin potilaan ja hänen perheensä erityisiä ja muuttuvia tarpeita, 3) kaikkeen hoitoon liittyvän psykoterapeuttisen asenteen korostaminen sekä 4) hoidon suunnittelun ja toteuttamisen prosessiluonne (Alanen 1993). Tarpeenmukaisen hoidon ajatus on osoittautunut tehokkaaksi ensimmäisen psykoosin aikana sairaalahoidon tarpeen vähentämisessä. Ongelmia on ilmennyt hoidon psykologisessa jatkuvuudessa potilaan siirtyessä sairaalahoidosta avohoitoon (Lehtinen 1993). Avoimen dialogin hoitomalli on yksi askel eteenpäin tarpeenmukaisen hoidon kehittämisessä. Siinä painottuu erityisesti avo- ja sairaalahoidon integraatio.

Skitsofreniaprojektissa ja myös 1990-luvulla toteutetussa API-projektissa (akuutin psykoosin integroitu hoito) suositeltiin erityisten psykoosiryöryhmien muodostamista kuhunkin sairaanhoitopiiriin tai psykiatriselle vastualueelle turvaamaan hoidon välitön aloittaminen (Aaltonen ym. 2000). Samaa asiaa on sittemmin suositeltu myös Suomen psykiatriyhdistyksen (2001) raportissa Skitsofrenian käypä hoito.

Keroputaan sairaalassa kehitystyö alkoi skitsofreniaprojektin aikana 1980-luvun alkupuolella. Keskeinen tapahtuma oli hoitokokouskäytännön aloittaminen v. 1984 kaikkien sairaalaan tulleiden potilaiden hoidossa. Jokaisen sairaalaan tulleen potilaan omaiset ja potilasta avohoidossa hoitaneet kutsuttiin yhteiseen keskusteluun. Tavoitteena oli tehostaa ja nopeuttaa hoidon aloitusta sairaalassa. Usein jo tässä kokouksessa päädyttiin kotiuttamiseen ja avohoidon järjestämiseen. Hoitokokouksessa kaikista potilaan ongelmaan, sen analyysiin, hoidon suunnitteluun ja hoitopäätöksiin liittyvistä asioista keskustellaan alusta lähtien kaikkien asianosaisten ollessa läsnä. Keroputaan sairaalassa tämä merkitsi henkilökunnan keskinäisten hoitosuunnittelukokosten lopettamista ja siirtymistä sellaiseen käytäntöön, jonka mukaan potilas on aina mukana, kun hänen asioistaan puhutaan. Samoin potilaan perhe kutsutaan mukaan kaikissa tapauksissa riippumatta siitä, onko perheterapeuttisille keskusteluille havaittu jotain erityistä syytä. Tässä prosessissa perhe muuttuu hoitotoimenpiteiden kohteesta yhteistyökumppaniksi ja yhteisen prosessin osapuoleksi.

Seuraava tärkeä muutos Keroputaan sairaalassa tapahtui v. 1987, jolloin perustettiin kriisipoliklinikka huolehtimaan sairaalaan tulevien potilaiden vastaanottokokouksen järjestämisestä. Tehtävänä oli arvioida tarkkaan sairaalahoidon tarvetta, ja painopiste oli nopean kriisihoidon järjestäminen sairaalahoidon vaihtoehdoksi. Kokousten pitäminen ennen sairaalaan ottamista vähensi sairaalaan otettujen potilaiden määrää noin 40 % (Seikkula 1991, Keränen 1992). Samoin tapahtui esim. Turussa sisäänkirjoituspoliklinikan perustamisen yhteydessä (Virtanen ym. 1985).

Myöhemmin v. 1990 kaikki Länsipohjan sairaanhoitopiirin alueen mielenterveystoimistot (Tornion, Kemin, Ylitornion, Keminmaan ja Tervolan) alkoivat organisoida liikkuvia kriisiryhmiä. Keskeinen ajatus oli psykoterapeuttisen hoidon toteuttaminen potilaiden omassa elinympäristössä. Hoitojärjestelmä kehittyi niin, että perhe- ja verkostokeskeinen kriisi-interventio on voitu toteuttaa kaikissa tapauksissa ja alueella toimii tapauskohtaisesti muodostettavien liikkuvien kriisiryhmien verkosto. Periaatteessa kaikki hoitotyötä tekevät voivat tulla mukaan näihin ryöryhmiin tarpeen mukaisesti.

Keskeiset toimintatavat kiteytyivät 1990-luvulla psykiatrisen hoidon kehittämistyön ja erityisesti useiden tutkimusprojektien aikana (Seikkula 1991, Keränen 1992, Seikkula ym. 1995, Aaltonen ym. 1997, Haarakangas 1997). Nämä hoitoa ohjaavat periaatteet ovat päätelmiä optimaalisten hoitoprosessien analyysistä.

## **Kriisi hoidon lähtökohtana**

Hoidon järjestämisessä pidetään tärkeänä kriisin kohtaamista. Hoitomallia ei ole suunniteltu erityisesti psykoottisiin ongelmiin, vaan kaikenlaiset kriisitilanteet kohdataan periaatteessa samalla tavalla. Asiakkaan – joka voi olla potilas, hänen omaisensa tai lähettävä viranomainen – ottaessa yhteyttä muodostetaan tapauskohtainen hoitava ryöryhmä, jonka tehtävänä on järjestää hoito sekä kriisitilanteessa että sen jälkeen. Jos on kyse mahdollisesta vapaaehtoisesta sairaalaan tulosta, poliklinikka järjestää ensimmäisen hoitokokouksen ennen tätä. Jos kyseessä on tah-

donvastainen hoito, tällaisen kokouksen järjestää osasto ensimmäisen vuorokauden kuluessa. Hoitavaan työryhmään kuuluu tavallisesti kaksi tai kolme jäsentä (esim. kriisipoliklinikan lääkäri, osaston sairaanhoitaja ja mielenterveystoimiston psykologi). Ensimmäisessä kokouksessa työntekijöitä voi olla useampia, koska silloin päätetään myös hoitavan työryhmän kokoonpano. Tämä moniammatillinen työryhmä vastaa hoidosta koko ajan riippumatta siitä, onko potilas välillä sairaalassa. Muissa kriisitalanteissa mielenterveystoimisto huolehtii tapauskohtaisen työryhmän kokoamisesta. Moniasiakkuustapauksissa hoitavaan työryhmään pyydetään mukaan jäseniä eri organisaatioista, esimerkiksi sosiaalitoimistosta tai A-klinikasta. Tällä tavoin alun perin psykiatrisissa kriiseissä noudatetut periaatteet ovat levinneet myös muihin alueen auttajajärjestelmiin.

### **Avoimen dialogin periaatteet**

Hoitoprosessia ohjaavat seuraavat keskeiset periaatteet: 1) välitön apu kriisissä, 2) sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisuissa, 3) joustavuus ja liikkuvuus, 4) työntekijöiden vastuullisuus, 5) työn psykologisen jatkuvuuden turvaaminen, 6) epävarmuuden sietäminen ja 7) dialogisuus keskustelun muotona. (Seikkula ym. 1999). Nämä periaatteet kuvaavat hoitoa kaikissa kriisitalanteissa.

**Välitön apu.** Hädässä olevat ihmiset on paras kohdata 24 tunnin kuluessa yhteydenotosta eikä odottaa esimerkiksi psykoottisen potilaan koostumista ennen kuin perhe voidaan tavata. Saman periaatteen mukaista on järjestää koko vuorokauden toimiva kriisipalvelu siten, että joku työntekijä on aina sekä asiakkaiden että päivystävien tai kriisityöntekijöiden tavoitettavissa.

Asiakkaiden välitön kohtaaminen toteutetaan järjestä-

mällä hoitokokous siten, että kaikki osallistuvat keskusteluun alusta lähtien. Psykoosipotilas näyttää psykoottisessa kokemuksessaan tavoitettavan jotain sanomatta jäänyttä sekä omasta että läheistensä elämästä. Hallusinaation kautta potilas usein ilmaisee jotain todella tapahtuneista vaikeista asioista. On tärkeää, että ne ihmiset, joita nämä kokemukset myös koskettavat, ovat paikalla jakamassa potilaan tarinaa ja aloittamassa uuden kielen rakentamista. Hoidon tehtäväksi tulee sanojen rakentaminen näille kokemuksille yhteisissä avoimissa keskusteluissa. Vaikeat asiat tulevat helpoimmin keskusteltavaksi heti yhteydenoton jälkeen, kun kaikilla on suurin hätä ja siten halu osallistua hoitokokouksiin. Riittävän turvallisessa keskustelussa psykoottinen potilas usein koostuu ja alkaa puhua tapahtumista ilman psykoottista kieltä.

**Sosiaalisen verkoston huomiointi.** Ongelma määrittyy ongelmaksi niissä keskusteluissa, joita ihminen käy omassa mielessään tai läheistensä kanssa, kun hänen käyttäytymisensä ei enää vastaa hänen odotuksiaan tai hänen läheisen sosiaalisen verkostonsa odotuksia. Kaikki tämän verkoston ihmiset tulisi huomioida kriisin kohtaamisessa, koska ongelma lakkaa olemasta vain, jos kaikki sen havainneet voivat todeta sen hävinneen.

### **YDINASIAT**

- **Avoimessa dialogissa luovutaan henkilökunnan hoidonsuunnittelukokouksista ja keskustellaan sekä hoidettavaan ongelmaan että hoidon suunnitteluun liittyvistä asioista kaikkien asianosaisten läsnäollessa. Tämä lisää potilaan ja hänen läheistensä psyykkisiä voimavaroja, jotka auttavat selviytymään kriisistä.**
- **Hoitomallia on tutkittu erityisesti vaikeimmissa psyykkisissä kriiseissä, kuten skitsofreniassa, mutta se toimii yleisenä hoitoajatuksena kaikissa kriisitalanteissa, joista julkinen terveydenhuoltojärjestelmä vastaa.**
- **Sairaalahoidon ja neuroleptilääkityksen tarve näyttää vähenevän ja hoidon tulos paranevan verrattuna totunaiseen hoitomalliin.**

Yleensä hoitoon osallistuvat potilaalle läheisimmät ihmiset. Heidän tapaamisissaan on hyvä huomioida myös ne, jotka eivät ole voineet osallistua keskusteluun. On hyvä kysyä esimerkiksi, »ketkä muut tietävät ongelmasta», »voisiko Matti-setä olla avuksi tässä tilanteessa» tai »mitähän työnantaja sanoisi, jos hän osallistuisi tähän keskusteluun?» Hoitokokouksen loppupuolella on myös hyvä selvittää, »kenen olisi parasta soittaa Matti-sedälle ja kertoa, mitä olemme täällä puhuneet.» Huomio kiinnittyy ennen

**Hoidon ensimmäinen tavoite on dialogin synnyttäminen sekä eri ihmisten välille että potilaan erilaisten sisäisten äänten välille.**

naapurit tai työtoverit. Potilaan ihmissuhteet nähdään hoidon voimavarana, eikä niistä etsitä syyllistä sairauteen. Tällä tavalla pidetään avoimena perheen yhteyksiä omaan sosiaaliseen verkostoonsa. Yleensä kriisitilanteissa on vaarana, että perheen yhteydet ulospäin vähenevät. Tällöin perhe ei enää saa sitä sosiaalista tukea, jota se juuri silloin erityisesti tarvitsisi (Gutstein 1987). Myös potilaan sairauden ennustetta ajatellen sosiaalisen verkoston pitäminen mukana on tärkeä. Becker ym. (1997) totesivat, että vaikka potilas ei enää ole psykoottinen, hänellä on suuri vaara joutua uudelleen sairaalaan, jos hänellä ei ole sosiaalisia kontakteja tai merkittäviä ihmissuhteita.

**Joustavuus ja liikkuvuus.** Jokainen potilas tarvitsee juuri hänelle parhaiten soveltuvan lähestymistavan, sopivan keskustelutavan, parhaiten soveltuvat terapeutit ja sopivan pituisen hoidon. Useimmiten perheelle turvallisin tapaamispaikka on potilaan koti. Tämä näyttää myös vähentävän sairaalahoidon tarvetta. Tapaamispaikka voi tietysti olla muukin, esimerkiksi poliklinikka, jos perhe haluaa niin. Akuutissa kriisivaiheessa voidaan tarvita päivittäisiä kokoontumisia. Tämän vaiheen jälkeen yleensä perhe itse sanoo, kuinka pitkä aikaväli on sopiva seuraavaan tapaamiseen. Nämä peri-

kaikkea ajan-kohtaisiin tarkeisiin ihmissuhteisiin. Perheen lisäksi tärkeitä voivat olla esimerkiksi muu suku, ystävät,

aatteet vastaavat tarpeenmukaisen hoidon periaatteita (Alanen 1993). Kukin potilas tulisi kohdata yksilönä huomioiden ne erityiset tarpeet, joita kriisi tuo tullessaan. Joskus tarvitaan sosiaalisten taitojen harjoitusta ja eristäytymisen torjumista, joskus sosioekonomisen tilanteen tukemista, ja toiset potilaat taas tarvitsevat enemmän psykoterapeuttista keskustelua.

Useissa ns. psykoedukatiivisen ajattelutavan mukaan toimivissa tutkimuskeskuksissa pyritään rakentamaan tietty terapeuttilinen ohjelma, jota toistetaan tapauksesta toiseen. Tällä tavalla saadaan tutkimusasetelmaan sopiva toimintatapa, mutta vaikeudeksi tulee kunkin potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen. Tarpeenmukainen hoitojärjestelmä näyttää soveltuvan paremmin pohjoismaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään.

Usein kriisin rauhoituttua voidaan suunnitella muita hoitomuotoja, kuten yksilöpsykoterapiaa, tai joissakin tapauksissa ammatillisen kuntoutuksen työtapoja. Samoin lääkehoito valitaan yksilöllisesti, ei jonkin yleisen kaavan mukaan. Vaikeimmissa kriiseissä, kuten vaikeassa masennuksessa tai psykoosissa, ei voida ajatella käytettävän vain yhtä menetelmää, vaan hoito rakennetaan eri menetelmiä yhdistämällä ja soveltamalla.

**Vastuullisuus.** Se työntekijä, johon otetaan yhteyttä, on vastuussa ensimmäisen tapaamisen järjestämisestä ja hoitavan työryhmän organisoimisesta. Ryhmän jäsenet tietävät olevansa vastuullisia hoitoprosessista tämän jälkeen. Puhelimeen vastaava työntekijä tai mielenterveys-toimistoon tulevan asiakkaan vastaanottava työntekijä ei voi sanoa, että »tämä tapaus ei kuulu meille, teidän on otettava yhteys A-kliinikkaan». Epäselvissä kysymyksissä on parempi ehdottaa, että kutsutaan esimerkiksi joku A-klinikasta mukaan kriisikokoukseen. Tässä kokouksessa suunnitellaan hoidosta vastaava työryhmä, joka voi koostua eri toimipisteiden työntekijöistä.

Vastuullisuus sisältää myös ajatuksen, että kokoukseen tuleva työryhmä ottaa keskustelussa vastuun tilanteesta, tekee tarvittavan analyysin ongelmasta, keskustelee ja päättää hoitosuunnitelmasta ja tekee hoitopäätökset yhdessä

potilaan ja perheen kanssa. Suunnitelma ja päätökset on parasta tehdä heti kokouksessa. Olisi tärkeää, että vastuullinen lääkäri osallistuisi tähän kokoukseen, koska hänellä on vastuu hoitoratkaisuista kuten muissakin hoitojärjestelmissä. Jos hän ei kuitenkaan pääse mukaan, häntä pitää konsultoida puhelimitse tehdyistä päätöksistä. Jos vastuullinen lääkäri on eri mieltä tehdystä päätöksestä (jos hän esimerkiksi näkee turvallisemmaksi ottaa potilaan sairaalaan vastoin työryhmän suunnitelmaa), pitää järjestää heti uusi kokous, jossa lääkärin ja työryhmän erilaisista käsityksistä keskustellaan avoimesti potilaan ja perheen läsnäollessa. Jos keskustelu tapahtuu dialogisesti, erilaisten näkemysten ja erimielisyyksien avoin käsittely perheen kuullen lisää perheen ja potilaan mahdollisuuksia palauttaa elämänsä hallintaa itselleen. Lääkärin aseman kiistäminen tai yleensä kiistely siitä, mikä on paras hoitoratkaisu, ei vie prosessia eteenpäin. Kenenkään ammattitaitoa ei saa kyseenalaistaa, vaan keskustelu tulee käydä kaikkien mielipiteitä kunnioittavassa ilmapiirissä, vaikka erilaisia näkemyksiä tulee esille. Lääkäri on aina vastuullisessa asemassa; hänen on hyväksyttävä kokouksessa tehdyt päätökset tai käytettävä omaa päätösvaltaansa, jos hän on eri mieltä muiden työryhmän jäsenten kanssa.

**Psykologinen jatkuvuus.** Parasta olisi, jos ensimmäisen vuorokauden aikana voitaisiin koota hoitava työryhmä, joka ottaa vastuun koko prosessista, tapahtuipa se pääosin potilaan kotona tai sairaalassa. Työryhmää olisi myös hyvä saada jäseniä sekä mielenterveystoimistosta että sairaalasta, jolloin psykologinen jatkuvuus voidaan turvata, vaikka välillä tarvittaisiin sairaalahoitoa.

Kriisin alkaessa ei koskaan tiedetä, kuinka pitkään se kestää. Kriisi voi olla ohi kahden hoitokokouksen jälkeen, mutta se saattaa myös edellyttää viiden vuoden intensiivistä hoitoa. Jos kriisityöryhmällä on periaatteena tavata vain esimerkiksi viisi kertaa kriisin alussa, hoidon jatkuvuus tulee ongelmalliseksi, kun potilas lähetetään seuraavalle hoitotaholle (Linszen ym. 1998). Hoidon lopettamisen arvioinnissa erityiskoulutetuilla ja kokeneilla työntekijöillä on tärkeä rooli. Lehtisen (1993) mukaan joissakin psykoositapauksissa nopea ja lyhyt hoito riit-

tää, toisissa taas liian nopeasti lopetettu hoito lisää relapsien ja kroonistumisen vaaraa. Täten työskentelyssä korostuu työntekijöiden ammattitaito ja vastuun ottaminen.

**Epävarmuuden sietäminen.** Hoidon tavoitteena on luoda turvallinen ympäristö ja keskusteluilmasto potilaalle ja hänen perheelleen. Sitä luodaan tarpeeksi tiheästi toistuvissa, jopa päivittäisissä tapaamisissa. Kriisitilanteessa pyritään lisäämään potilaan ja hänen läheistensä voimavaroja kuuntelemalla heidän tarpeitaan tarkkaan. Nämä psykologiset voimavarat tarakoittavat ensisijaisesti mahdollisuutta pukea sanoiksi vaikeimpia elämäntilanteita. Tämä tarkoittaa sellaisen yhteistyösuhteen rakentamista, jossa hoitoprosessi voidaan elää yhdessä sen sijaan, että koko ajan vastataan äkkitoimenpiteillä esimerkiksi potilaan lisääntyviin oireisiin. Hyvässä suhteessa voidaan nähdä prosessin kokonaisuus pelkästään oireisiin tuijottamisen sijasta.

Joissakin tilanteissa antidepressiivinen tai antipsykoottinen lääkitys tulee aloittaa heti, mutta on olemassa vaara, että viedään pois niitä psyykkisiä voimavaroja, joita hän tarvitsisi käsitelläkseen asioitaan. Tärkeintä on löytää prosessi, joka lisää turvallisuutta mutta huomioi myös potilaan omien resurssien lisäämisen. Useissa tutkimuksissa (Barnes ym. 2000, Hoff ym. 2000, Norman ym. 2001) on todettu, että psykoottiset harhat eivät vahingoita neurokognitiivista toimintaa tavalla, joka edellyttäisi lääkityksen aloittamista ensimmäisenä hoitotoimenpiteenä. Niinpä pitempiaikaisen lääkityksen aloittamista kannattaisi pohtia useassa hoitokokouksessa. Alasen (1993) mukaan vakiintunut terapiasuhte lisää potilaan turvallisuuden tunnetta siinä määrin, että hänen tarvitsemaansa lääkeannosta voidaan vähentää tavallisesta. API-projektin aikana tuli esille myös se, että suuri osa potilaita selvisi hyvin kahden vuoden seuranta-aikana ilman neuroleptilääkitystä hy-

**Potilaan hoito tulee sitä moniäänisemmäksi ja sitä rikkaammaksi, mitä enemmän erilaisia näkökulmia esitetään.**

vän psykososiaalisen hoidon turvin (Lehtinen ym. 2000, Seikkula ym. 2003). Sama ilmiö on havaittu Soteria-projektissa (Bola ja Mosher 2002).

**Dialogisuus.** Hoidon ensimmäinen tavoite on dialogin synnyttäminen sekä eri ihmisten välille että potilaan erilaisten sisäisten äänten välille. Ongelman ymmärtäminen uudella tavalla edellyttää aina dialogista pohdintaa monologisen sijasta. Ammatti-ihmisillä tulisi olla taitoa dialogisen keskustelun synnyttämiseen. Kaikki muu asiantuntemus saa parhaan merkityksen dialogisessa prosessissa. Muutos potilaan oireissa ja käyttäytymisessä samoin kuin perheessä tapahtuu väistämättä tämän prosessin aikana.

Dialogisessa työskentelyssä ei pyritä tulkitsemaan potilaan ja perheen käyttäytymistä. Sen sijaan, että jonkin havaitsemamme ilmiön perusteella sanoisimme, mistä on kysymys, pyritään perheen kielen kuuntelemiseen ja seuraamiseen sellaisenaan.

Ymmärryksen etsiminen on kielen perustettava, se on aktiivista lausumista ja vastaamista, ei passiivista vastaanottamista. Ymmärrys alkaa asioiden tunnistamisesta, mutta tämä pelkästään ei ole ymmärrystä, se edellyttää aina keskustelua tehdystä havainnosta. Pukemalla kuulemaansa sanoiksi kuuntelija luo aktiivisesti yhteistä ymmärrystä. Skitsofrenia- tai depressiodiagnoosit ovat joidenkin asioiden ja ilmiöiden tunnistamista, mutta niiden välittäminen ymmärryksen lisäämiseksi edellyttää dialogista keskustelua, joka voi tapahtua sisäisessä tai sosiaalisessa dialogissa (Wertsch 1991).

Dialoginen keskustelu edellyttää erilaisuutta, eri näkökulmia. Potilaan hoito tulee sitä moniäänisemmäksi ja sitä rikkaammaksi, mitä enemmän erilaisia näkökulmia esitetään. Moniäänisyydessä asuvan voimavaran käyttö edellyttää sitä, että hoitava työryhmä pystyy kuulemaan nämä eri äänet osana samaa kertomusta ja rakentamaan siltaa eri näkökulmien rajojen yli (Bahtin 1990). Potilas ja hänen läheisensä saavat enemmän vaihtoehtoja ja voimaa omaan elämänsä keskustelemalla ongelmista. Jokaisen mielipide on yhtä arvokas ja yhtä oikea.

Ne potilaat, jotka pystyvät integroimaan psyykköiset kokemuksensa, ovat myös halukkaam-

pia tai kykenevämpiä kohtaamaan kokemuksensa niin positiiviset kuin negatiivisetkin puolet (McGlashan 1984). Samalla he yrittävät ymmärtää sen. McGlashan (1984) on todennut, että tällaiset potilaat selviävät pitkällä aikavälillä paremmin. Toisaalta he voivat kokea pahemmin traumaperäisen stressireaktion, ja heidän ahdistuksensa saattaa olla alkuvaiheessa suurempi (McGorry ym. 1991). Hoitavan työryhmän tehtävä on olla tukemassa ja auttaa keskustelun syntymistä. Keskusteluissa on tärkeä myös tutkia potilaan harhoja ja ymmärtää se merkitys, minkä potilas itse antaa kokemuksillaan.

## Psykiatrinen käytäntö muuttuu

Verkostokeskeisen toimintatavan omaksuminen muuttaa psykiatrasta hoitoa osittain hyvinkin toisenlaiseksi. Esimerkiksi Keroputaan sairaalan toiminta-alueella tämä on havaittu useissa eri tutkimuksissa, joita on tehty systemaattisesti vuodesta 1988 lähtien (Seikkula 2002). Näissä tutkimuksissa on todettu esimerkiksi se, että noin 40 % sairaalaan lähetetyistä potilaista voidaan hoitaa kotona yhdessä heidän lähiverkostonsa kanssa (Seikkula 1991, Keränen 1992). Intensiivisellä alkuinterventiolla voitiin pakko-hoidosta luopua 15 %:ssa tapauksista. Erityisesti ensimmäistä kertaa sairaalaan lähetettyjen potilaiden osuus näyttää pienenevän olennaisesti: vain noin 20 % sairaalaan lähetetyistä potilaista tarvitsi sairaalahoitoa. Lopuissa tapauksista hoitava työryhmä löysi yhdessä lähiverkoston kanssa vaihtoehtoisen ratkaisun. Näissä tapauksissa perheen suuri hätä ja voimakas tunteenomainen reagointi kertovat usein suurista voimavaroista ja yhteenkuuluvuuden tunteesta (Seikkula 1991, Keränen 1992). Yleensäkin todettiin, että sairaalaan ei enää kroonistu uusia potilaita (Tuori 1994). On myös saatu alustavia viitteitä siitä, että skitsofrenian ilmaantuvuus pienenee (Aaltonen ym. 1997).

Erityisen mielenkiintoisilta näyttävät ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneiden hoitoprosessit. API-projektin osassa (Lehtinen ym. 2000) tuli esiin, että kontrolliin perustuvien hoitomenetelmien tarve väheni olennaisesti. Ensimmäisessä alustavassa vertailussa skitsofrenia-

potilaiden hoitoa verrattiin tavanomaiseen hoitojärjestelmään. Perhekeskusteluja käytiin merkittävästi enemmän Länsipohjan alueella, potilaat olivat merkittävästi vähemmän sairaalassa ja vain 30 % käytti neuroleptilääkitystä (verrokeilla osuus oli 100 %) (Seikkula ym. 2003). Seurannassa Länsipohjan potilailla esiintyi vähemmän psykoottisia oireita ja heillä oli vähemmän relapseja (26 %, verrokeilla 71 %) ja heillä oli parempi työtilanne (23 % sairauslomalla tai eläkkeellä, osuus vertailuryhmässä 55 %). Tutkimusryhmien pienuuden vuoksi tuloksia voidaan pitää vain viitteellisinä mutta kuitenkin rohkaisevina, koska tulokset näyttivät pysyvän Länsipohjan alueella samalla tasolla historiallisessa vertailussa. Samansuuntaisia tuloksia on saatu jo aiemmin tarpeenmukaisen hoidon seurannassa (Lehtinen 1993) ja API-projektissa (Lehtinen ym. 2000).

Suhteellisen hyviin mahdollisuuksiin palata aktiiviseen sosiaaliseen elämään psykoottisen kriisin jälkeen on ilmeisesti vaikuttanut ratkaisevasti se, että hoitamattoman psykoosin kesto ennen ensimmäistä hoitokontaktia on lyhentynyt noin neljään kuukauteen (Seikkula ym. 2001, Kalla ym. 2002). Ulkomaisissa tutkimuksissa sen on arvioitu vaihtelevan keskimäärin vuodesta kolmeen vuoteen. Tämä kertonee siitä, että Torniossa psykiatrisen kriisihoidon kynys on poistunut ja yhteydenotto kriisipalveluun tullut niin helpoksi, että sairastamisaika ennen hoitoa lyhenee.

Nämä alustavat tulokset eivät kuitenkaan

merkitse sitä, että kaikki hoidon ongelmat olisi ratkaistu. Esimerkiksi psykoottisten potilaiden itsemurhien ilmaantuvuuteen uusi toimintatapa ei näytä vaikuttavan merkittävästi (Seikkula ym. 2001, Seikkula 2002a). Joissakin tapauksissa hoito myös alkaa edelleen aivan liian myöhään. Joskus keskusteluilla ei löydetä tapaa käsitellä perheen vaikeita ihmissuhdeongelmia, jolloin paranemisprosessi ei käynnisty (Seikkula 2002b).

Hoitomallin toteutumisen edellytyksenä on koko henkilökunnan hyvä ammattitaito. Länsipohjan alueella onkin kehitetty yhtäaikaaisesti koulutusta ja hoitokäytäntöä. Aluksi luotiin mahdollisuudet koko henkilökunnan koulutukseen. Koulutustilaisuudet järjestettiin Torniossa, ja siten koko sairaalan ja myös alueen avohoitopisteiden henkilökunnalla oli mahdollisuus osallistua.

Toiminnan sisällön kehittämiseksi ja henkilökunnan valmiuksien turvaamiseksi sairaanhoitopiiri on vuodesta 1989 lähtien järjestänyt työpaikoilla erityistason perheterapiakoulutusta. Näin noin sata alueen työntekijää on saanut psykoterapeutin pätevyyden. Koska terapiakouluttajat ovat omasta työyhteisöstä, koulutus on voitu suunnitella tarkkaan omia tarpeita varten. Koulutuksessa onkin painottunut vaikeiden psykoottisten potilaiden ja itsemurhavaarassa olevien kriisihoito. Koulutuksen avulla alueelle on syntynyt tiivis yhteistyö sairaalan ja avohoidon välillä ja yhteinen viitekehys. Ilman koulutusta ei olisi pystytty vastaamaan uuden tilanteen aiheuttamiin haasteisiin.

\* \* \*

Kiitämme Keroputaan sairaalan ja alueen avohoidon henkilökuntaa yhteistyöstä uuden hoitoajatuksen pitkäjänteisessä kehittämisessä ja tutkimuksessa sekä professori Jukka Aaltonesta, jonka panos työnohjaajana on ollut merkittävä.

## Kirjallisuutta

Aaltonen J, Koffert T, Ahonen J, Lehtinen V. Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. *Stakes, Raportteja* 2000:257.  
Aaltonen J, Seikkula J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Sutela, M. Western Lapland project: A comprehensive family- and network centered community psychiatric project. *ISPS. Abstracts and lectures* 12–16 October 1997. Lontoo, s. 124.

Alakare B. Neuroleptilääkitys ja dialoginen hoitomalli akuutin psykoosin hoidossa. Kirjassa: Haarakangas K, Seikkula J, toim. *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön*. Helsinki: Kirjayhtymä, 1999, s.123–45.  
Alanen Y, Lehtinen K, Rökköläinen V, Aaltonen J. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:363–72.

- Alanen Y. Skitsofrenia – syyt ja tarpeenmukainen hoito. Juva: WSOY, 1993.
- Andersen T. Reflecting processes. Acts of informing and forming. Kirjassa: Friedman S, toim. The reflective team in action. New York: Guilford Publication, 1995, s. 11–37.
- Anderson H, Goolishian H. Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Fam Process* 1988;27:371–93.
- Bahtin M. Dostojevskin poetiikan ongelmia. Keuruu: WSOY, 1990.
- Barnes T, Hutton S, Chaoman M, Mutsatsa S, Puri B, Joyce E. West-London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis. *Br J Psychiatry* 2000;177:207–11.
- Becker T, Thornicroft G, Leese M, ym. Social networks and service use among representative cases of psychosis in South London. *Br J Psychiatry* 1997;171:15–9.
- Bola JR, Mosher LR. Predicting drug-free treatment response in acute psychosis from the Soteria Project. *Schizophr Bull* 2002;28(4):559–75.
- Gutstein S. Family reconciliation as a response to adolescent crisis. *Fam Process* 1987;26:475–91.
- Haarakangas K. Hoitokokouksen äänet. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 1997:130.
- Hoff A, Sakuma M, Razi K, Heydebrand G, Csernansky J, DeLisi L. Lack of association between duration of untreated illness and severity of cognitive and structural brain deficits at the first episode of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:1824–8.
- Keränen J. Avohoittoon ja sairaalahoitoon valikoituminen perhekeskeisessä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 1992:93.
- Lehtinen K. Family therapy and schizophrenia in public mental health care. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D, 106/1993.
- Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T, Rökköläinen V, Syvälahti E. Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *Eur Psychiatry*. 2000;15:312–20.
- Linszen DH, Lenior M, De Haan L, Dingemans P, Gersons B. Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl 33):84–9.
- McGlashan T. The Chestnut Lodge follow-up study: II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:586–601.
- McGorry PD, Chanan A, McCarthy E, Van Riel R, Mc Kenzie D, Singh BS. Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis: an unrecognized postpsychotic syndrome. *J Nerv Men Dis* 1991; 179:253–8.
- Norman R, Townsend L, Malla A. Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *Br J Psychiatry* 2001;179:340–5.
- Salokangas R, Rökköläinen V, Stengård E. Uusien skitsofreniapotilaiden hoito ja ennuste V: Viiden vuoden seuranta. Reports of Psychiatrica Fennica, 1991:96.
- Seikkula J. Perheen ja sairaalan rajajärjestelmä potilaan sosiaalisessa verkostossa. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 1991:80.
- Seikkula J. Keroputaan mallista avoimeen dialogiin: Keroputaan pitkä kokemus psykiatrian yleiseksi malliksi? Kirjassa: Haarakangas K, toim. Mielisairaala muuttuu. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 2002(a): s. 88–96.
- Seikkula J. Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crisis. Examples from families with violence. *J Marital Fam Ther* 2002(b):28:263–74.
- Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Sutela M. Treating psychosis by means of open dialogue. Kirjassa: Friedman S, toim. The reflective team in action. New York: Guilford Publication, 1995, s. 62–80.
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *J Constr Psychol* 2001; 14:267–84.
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Holma J, Rasinkangas A, Lehtinen V. Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Hum Services Sci* 2003 (painossa).
- Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. Potilaat sosiaalisissa verkostoissaan – kahden vuoden seuranta tutkimus akuutin psykoosin kotihoidosta. Kirjassa: Haarakangas K, Seikkula J, toim. Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön. Helsinki: Kirjayhtymä, 1999: s. 107–22.
- Skitsofreniaprojekti 1981–1987. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman loppuraportti. Lääkintähallituksen opaskirja nro 4, Helsinki: Valtio painatuskeskus 1988.
- Suomen Psykiatriyhdistys ry. Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. *Duodecim* 2001;117(24):2640–57.
- Tuori T. Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian, tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman 10-vuotisarviointista. Helsinki: Stakesin raportteja 1994:1432.
- Wertsch J. Voices of the mind. A sociocultural approach to mediated action. London: Harvester Wheatsheaf, 1991.
- Virtanen H, Karpainen T, Ilola V, Moussa U, Wiklund E, Rökköläinen V. Kokemuksia Turun psykiatristen sairaaloiden sisäänottopoliklinikan toiminnasta. *Suom Lääkäril* 1985;21(40):2020–3.

**JAAKKO SEIKKULA, PsT, dosentti**  
 seikkula@psyka.jyu.fi  
 Jyväskylän yliopiston psykologian laitos  
 PL 35, 40014 Jyväskylä  
 ja  
 Universitetet i Tromsø,  
 Institutt för samfunnsmedisin

**BIRGITTA ALAKARE, LL, yllilääkäri, tulosalueen johtaja**  
 Länsipohjan sairaanhoitopiiri  
 Keroputaan sairaala  
 95410 Kiviranta