

Tasa-arvoinen ja moniääninen yhdessä tekemisen malli

TEKSTI: AAPO PÄÄKKÖ JA LAURI HEIKKILÄ

Keroputaan sairaala on Torniossa sijaitseva psykiatrinen sairaala, jossa on kehitetty suurta kansainvälistä kiinnostusta herättänyt avoimen dialogin hoitomalli. Mallia pidetään maailmalla yhtenä tehokkaimmista ja lupaavimmista psykiatrisen hoidon ja mielenterveystyön malleista.

KEROPUTAAN MALLIN keskeisiä periaatteita:

- hoidon nopea aloittaminen (oikea-aikaisuus)
- tarpeenmukaisuus
- perheen ja verkostojen mukaan ottaminen työskentelyyn, sekä ongelmien määrittelyyn että hoidon suunnitteluun.



Keroputaan entinen ylilääkäri **Birgitta Alakare** oli Lauri Heikkilän ja Aapo Pääkön haastateltavana syksyllä 2016 Dialogic Oy:n tiloissa Espoossa. Artikkelin on kirjoitettu haastattelun pohjalta.



Birgitta Alakare kertoo:

Alkuvaiheita - oppimista ja kehittämistä

Kun menin Keroputaan sairaalaan 80-luvun alussa töihin, se oli entinen B-mielisairaala. Niin kuin entisaikaan kutsuttiin pitkäaikaiseen hoitoon tarkoitettuja psykiatrisia sairaaloita. Suurin osa potilaista oli ollut siellä jo vuosia, ja etupäässä heillä oli skitsofrenia-diagnoosi. Heidät oli siirretty muista sairaaloista Keroputaalle ”ikuisuushoitoon”.

Olin nuori kuten monet muutkin työryhmämme jäsenet. En aluksi tiennyt yhtään mitään psykiatriasta. On muistettava, että kokeneet hoitajat osaavat kertoa ja opastaa toisia, myös lääkäreitä. Aloimme keskenämme opiskelemaan kirjoista sitä, mitä mielisairaus on. Opiskelimme skitsofrenian hoitoa sekä psykoosin merkitystä. Luimme muun muassa Bertram Karonin ja Gary Vandenbosin kirjaa *Psychotherapy of Schizophrenia: The Treatment of Choice*.

POTILAAN
PITÄÄ OLLA
LÄSNÄ
KAIKISSA
TILANTEISSA,
JOISSA
KÄSITELLÄÄN
HÄNTÄ
KOSKEVIA
ASIOITA.

Meillä oli halu ymmärtää mikä näiden psykoottisista oireista kärsivien ihmisten oma kokemus on. Mielestäni on viisasta yrittää kuunnella, mitä nämä ihmiset yrittävät ilmaista, mitä he haluavat kertoa ja mitä merkityksiä he antavat asioille. Kun ihminen on psykoosissa, kyseessä voi olla syvä kuolemanpelko. Tällainen ymmärrys minulle ja meille syntyi. Myöhemmin mm. Pirkko Siltala toimi työnohjaajanamme ja auttoi meitä ymmärtämään paremmin psykoottisia ihmisiä ja heidän ajatteluaan.

Meillä oli joka kesä viikon seminaari koko henkilökunnalle. Tutustuimme Turussa professori Yrjö Alasen ja hänen tiiminsä kehittämään tarpeenmukaisen hoidon malliin. Siitä tuli meidän hoitokokouksiemme lähtökohta. Tällaisen koulutusviikon jälkeen vuonna 1984 päätimme yhdessä palaverissa, että **potilaan pitää olla läsnä kaikissa tilanteissa, joissa käsitellään häntä koskevia asioita**. Panimme päätöksen saman tien toimeksi. Tämä oli yksi käänteentekevä juttu, selkeästi ensimmäinen askel nykyisen Keroputaan mallin kehittämisessä. Eräs hoitaja sanoikin silloin, että kaikki oli muuttunut, kun hän oli tullut vapaapäiviltä. Olimme innostuneita kaikesta uudesta ja opettelimme yhdessä tekemistä.

1980-luvun alkupuolella sairaalaan sisäänkirjoitettiin paljon potilaita. Usein kävi kuitenkin niin, että potilas kirjattiin jo seuraavana päivänä ulos. Tähän liittyen seuraava askel mallin kehittämisessä perustui huomioon, että oli tärkeää **kehittää vastaanottokokouksia ja -käytäntöjä**. Halusimme kutsua perheenjäseniä mukaan jo ennen sairaalaan sisäänkirjoitusta miettimään yhdessä, onko sairaalahoido välttämätön vai voidaanko potilasta ja muita asianosaisia auttaa muilla tavoilla. Jos potilasta ei oteta sairaalaan, silloin on tärkeää järjestää **kriisihoito**. Tämän seurauksena perustettiin kriisipoliklinikka 1987, ensin Keroputaalle ja myöhemmin jokaiseen kuntaan kuuden kunnan alueellemme. Paikallinen mielenterveystoimisto tai kriisipoliklinikka mahdollistivat sen, että avun saa nopeasti **ilman lähetettä**. Apua saa kuka tahansa, joka apua hakee.

Tutkimus oli seuraava askel. Työn rinnalla tapahtuva tutkimus on ollut meille tärkeää, mm. Seikkulan Jaakon ja Keräsen Jyrkin väitöskirjat. Jyrki tutki, miten potilaat valikoituvat osastolle ja avohoitoon. Tutkimus ja siihen liittyvä yhteistyö oli lääkäriä minulle merkityksellistä. Tultiin mukaan API-tutkimukseen paikkana, jossa pyrittiin välttämään sairaalahoidoita ja neurolepti-lääkitystä. Se oli mielenkiintoista. Tehdyn työn tutkiminen lisäsi luottamusta siihen, mitä tehdään ja auttoi näkemään selviytymistarinoita.

Kriisihoitoa ja kotikäyntejä

Keroputaan malli alkoi hoitokokouksikäytännöistä ja kriisiryhmien perustamisesta. Niillä pyrittiin nopeasti alkavaan kriisiapuun, ja se edellytti **kotikäyntejä**. Tärkeää mallin kehittämisessä on myös **joustavuus** ja kaikkia työskentelyssä mukana olevia koskettava **yhteistyö**. Tämä on tärkeää myös potilaiden perheille.

Todennäköisesti ja useimmiten ihmiset haluavat olla mieluummin kotona kuin osastolla, jos hoito voidaan järjestää kotiin. Toisinaan tästä seuraa haasteita hoitojärjestelmän sisälle. Joskus toisesta työntekijästä tuntui loukkaukselta, kun hän oli lähettänyt ihmisen sairaalaan ja poliklinikan työryhmä olikin päätynyt avohoitoon. Yhteistyötä kuitenkin jatkettiin, sillä prosessi oli lähtenyt käyntiin. Keroputaan mallissa pyritään siihen, että **hoitoprosessista tulee kaikille yhteinen ja yhtenäinen**. Potilaasta ei siis pääse eroon edes lähettämällä hänet sairaalaan vaan työskentely jatkuu. On tärkeää saada käyntiin prosessi, joka luo yhteistä puhetta ja kieltä, jolla voidaan yhteisesti ymmärtää ihmisten tilanteita ja hoitoa

Kriisihoidossa meille oli tärkeää **hoidon tiiviys** ja se, että voitiin tavata aluksi useampikin kerta viikossa. Ihmisiä ei jätetty yksin. Kotikäyntejä voitiin tehdä myös viikonlopun



Kuva: Martti Pääkkö

**KOULUTUS
ON OLLUT
TOSI TÄRKEÄ
JUTTU
TYÖTAPAMME
KEHITTÄMISEN
KANNALTA.**

aikana, koska osastolla on aina henkilökuntaa. Erityisesti perheenjäsenet tarvitsevat tätä turvaa ja tietoa siitä, että heitä ei jätetä yksin.

Kotikäynti on tärkeää tehdä, jos potilaalla on psykoottinen kriisi tai vakava masennus. Kotikäynnillä keskustelu on vieläkin tasa-arvoisempaa ja kunnioittavampaa, kun ollaan ikään kuin vieraina toisten kotona. Asiakkailta on silloin eri tavoin tilaa. Perheen ja potilaan toimintakyky tulee samalla paremmin näkyväksi ja työntekijät havaitsevat ihmisten tarpeita, esimerkiksi kodinhoitoapua. ”Joku siinä keskustelussa muuttuu erilaiseksi, sitä on vaikeaa kuvata mikä. Silloin on myös pakko asettua eri tavoin kuuntelemaan.” Kun potilas ja perhe pääsivät avun piiriin helposti ja nopeasti, jonottamatta, monessa kriisissä selvittiin noin viidellä käyntikerralla tai jopa vähemmällä.

Perheterapiakoulutettu työryhmä

Koulutus on ollut tosi tärkeä juttu työtapamme kehittämisen kannalta. Perheterapia valikoitui jo 1980-luvun alkupuolella Keroputaan työryhmän terapeuttiseksi näkökulmaksi. Professori Jukka Aaltosen panos on ollut meille merkittävä. Hän koulutti meitä perheiden kohtaamisessa ja perheterapiassa. Hän vieraili vuodesta 1981 lähtien kahdesti vuodessa kouluttamassa meitä useiden vuosien ajan. Siihen aikaan myös laitosapulaisetkin olivat mukana koulutuksissa. Nykyisin he toimivat erillään eivätkä voi olla mukana koulutuksissa tai työnohjauksissa, vaikka heidän merkityksensä on tärkeä.

Mielisairaalan kuntainliiton liittohallitus ymmärsi koulutuksen merkityksen ja osasi tukea sen kehittämistä. Kun koulutukset järjestettiin Torniossa, samalla rahalla saatiin koulutettua viiskymmentä ihmistä kahden päivän aikana, sen sijaan että kaksi olisi lähetetty Helsinkiin. Tavoite oli silloin ja on edelleen, että koko henkilökunta koulutetaan perheterapeuteiksi. Vuonna 1989 järjestettiin ensimmäinen erityistason koulutus työpaikkakoulutuksena Torniossa ja samaan aikaan koulutettiin myös omasta henkilöstöstä kouluttajat Helsingissä Suomen Mielenterveysseuran kouluttajakoulutuksessa.

Keroputaalla työskenteli useita innostuneita ihmisiä. Työtavan kehittämisen kannalta merkittäviä on monia muitakin Jaakko Seikkulan ja Jyrki Keräsen lisäksi, kuten psykologit Markku Sutela, Kauko Haarakangas ja Tapio Salo, osastohoitajat Telma Hihnala, ylihoitaja Ilkka Vehkaperä ja lääkäri Pirjo Saastamoinen monen muun ohella.

Ensimmäisinä perheterapiakoulutukseen lähtivät Haarakankaan Kauko, Sutelan Markku ja Seikkulan Jaakko, ja vuosi oli 1983. Myöhemmin he olivat ensin meidän muutaman kouluttajia, ja sitten lähdimme Suomen Mielenterveysseuran sekä Oulun yliopiston kouluttajakoulutukseen. 1990-luvun alkupuolella meitä kouluttajia oli omassa organisaatiossa jo kahdeksan. Ensimmäinen oma koulutus järjestettiin 1989.

Ruotsalaiset Johan Klefbeck ja Kerstin Marklund toivat meille **verkostoterapian ideoita**. He kävivät kouluttamassa myös Helsingissä verkostokeskeisen työn ajatuksiin. Verkostoterapian ideana on yhdessä laajemman verkoston kanssa pyrkiä löytämään ratkaisuja vaikeissa tilanteissa. Otimme niitä käyttöömmme.



Kuva: Martti Pääkkö

**OLI TÄRKEÄÄ,
ETTÄ
KOULUTUKSIIN
PÄÄSI
MUKAAN
SUURIN OSA
HENKILÖKUNTA.**

Jaakko Seikkula oli tiimimme psykologi, ja hän oli hyvin aktiivinen luomaan yhteisiä ulkomaalaisiin guruihin. Yksi näistä guruista, Tom Andersen Tromssasta, kävi usein kouluttamassa meitä ja kävi joitakin kertoja myös ilmaiseksi. Meillä kävi muitakin ulkomaalaisia kouluttajia, mm. Harry Goolishian, Harlene Anderson ja Lynn Hoffman. Bertram Karon vieraili myös Keroputaalla. Oli tärkeää, että he kävivät meillä Torniossa, jolloin mukaan **pääsi suurin osa henkilökuntaa**. Ajattelen, että se oli oleellinen juttu. Narratiivisia tai ratkaisukeskeisiä kouluttajia ei tainnut liiemmästi käydä, paitsi muistaakseni Ben Furman työnohjasi jonkin aikaa yhtä osastoa, samoin Tapani Ahola. Sitä oliko heillä koulutuspäiviä, en muista tarkemmin.

Kokeilimme monenlaista, eikä kaikki lähtenyt elämään. Esimerkiksi peilihuone ei jäänyt käyttöön, vaan siirryttiin samaan huoneeseen refleктоimaan, aluksi huoneen nurkkaan ja melko pian asiakkaiden viereen. Otimme käyttöön reflektiiviset ryhmät joko vuonna 1988 tai 1989.

Meillä koulutettavat ja kouluttajat työskentelevät samassa työryhmässä, mikä auttaa kunnioittamaan toista. Se myös lisää rohkeutta ja vahvistaa keskinäistä luottamusta.

Haarakankaan Kauko sanoi, että kun puhutaan Keroputaan mallista, tärkeää on mainita **koulutus, koulutus ja koulutus** merkittävänä asiana. Myös minusta yhteinen koulutus on tärkeää. Oleellista on, että samassa koulutuksessa on eri ammattiryhmien edustajia sen sijaan, että koulutettaisiin psykiatriaan erikoistuvat lääkärit omassa perheterapiakoulutuksessaan. Sellaisessa mallissa ei opita yhdessä tekemistä niin paljon.

Kaikkien yhteinen koulutus tuottaa tasa-arvoisuutta myös hoitokokouksissa. Sillä on iso merkitys, että on oltu samoissa omaterapiaryhmissä tai pitäisikö sanoa hoidossa. Se auttaa kunnioittamaan toista enemmän ja antaa rohkeutta reflektiivisissä keskusteluissa ja lisää luottamusta. Luottamus on varmaan se oikea sana tässä yhteydessä. Koska ei ole haitannut, että olen ollut kouluttajana ja lääkärinä tiimeissä, joissa työkaverit ovat olleet opiskelijoina.

Meillä on ensin perheterapiakoulutus peruskoulutuksena ja pohjana. Sen jälkeen tulee muita koulutuksia. Joillakin on kaksivuotinen yksilöterapiakoulutus ja/tai vuoden mittainen traumakoulutus, joita on myös järjestetty työpaikkakoulutuksena. Yleensä perheterapia on potilaan hoidossa ensijainen, ja erikseen päätetään, onko yksilöterapiaa. Meillä tehdään edelleenkin pitkää yksilöterapiaa. Viimeisissä perheterapiakoulutuksissa meillä on ollut mukana vaativan erityistason psykodynaamisesti koulutettuja yksilöterapeutteja. Olemme yrittäneet integroida heidän osaamistaan mukaan perheterapiakoulutuksiimme. Heillähän on hyvää ymmärrystä erityisesti kuuntelemisesta.

Jossain järjestetään kahden vuoden koulutuksia. Meillä on päädytty siihen, että terapiakoulutuksista saa erityispätevyyden. Se on ammattitaidon arvostuksen merkki ja sitouttaa ihmisiä. Tässä mallissa myös työntekijöiden oman työn arvostus lisääntyy.

LÄÄKKEIDEN
MÄÄRÄÄMISEN
TULEE TAPAHTUA
YHDESSÄ
POTILAAN,
PERHEEN JA
HOITAVAN
TYÖRYHMÄN
VÄLISESSÄ
KESKUSTELUSSA.

Olemme aloittamassa uutta perheterapiakoulutusta työpaikkakoulutuksena yhteistyössä Jyväskylän yliopiston kanssa. Ongelma on mielenterveyshoitajien koulutukseen pääseminen. Mielestä olisi tärkeää, että he pääsisivät mukaan koulutuksiin, mutta se ei vaan nyt ole nykyisen asetuksen vuoksi mahdollista.

Ajatuksia lääkityksestä

Paine lääkityksen aloittamiseen ei tule vain lääkärinkoulutuksesta. Potilaan perhe toivo nopeaa helpotusta. Se ei riitä, että lääkäri yksin sanoo, että haluaa kuulla enemmän. Siihen tarvitaan työryhmän tukea. Toki osastolla hoitajilta tulee painetta aloittaa lääkitys, sillä he näkevät potilaan ”hankalimman” käyttäytymisen. Ihminenhän käyttäytyy joskus hankalammin juuri osastolla, kun ei pääse ulkoilemaan, – ja on siinä toki monia muitakin tekijöitä. Lääkityksen määrääminen ei ole pelkästään lääkäristä kiinni.

Nyt kun on psykiatreista pula, Kalevassa kirjoitti oululainen, meilläkin kauan sitten työskennellyt lastenpsykiatri Niemen Mauri, että sairaanhoitajia pitäisi kouluttaa niin, että heillä voisi myös olla oikeus määrätä lyhytaikaisesti käytettäviä lääkkeitä. Minusta se olisi ihan viisastakin.

Mutta vielä enemmän minusta lääkäreiden oikeutta kirjoittaa pitkäaikaisia psyykenlääkityksiä pitäisi rajoittaa. Jos lääkäri kirjoittaa pitkäaikaisemmän masennuslääkkeen tai psykoosilääkkeen, ei lääkärin tulisi yksin tavata potilasta ja sen perusteella kirjoittaa lääkkeitä. Hoidossa ja lääkkeen kirjoittamisessa pitäisi olla mukana joku henkilö, joka tiiviisti tapaa potilasta. Potilaalla ei muutenkaan saa olla pelkästään lääkitystä, vaan tarvitaan tueksi muutakin, kuten keskusteluapua.

Meillä lääkityskäytännöt alkoivat muotoutua tällaisiksi muistakseni silloin, kun hoitokokouskäytännöt alkoivat vuonna 1984. Lääkitys piti määrätä hoitokokouksessa. Aluksi perhe ja hoitajat olivat keskustelussa mukana vähemmän, mutta vähitellen yhä enemmän.

Lääkkeiden määräämisen tulee tapahtua yhdessä potilaan, perheen ja hoitavan työryhmän välisessä keskustelussa. Lääkärinä ajattelen, että hoitajien tehtävänä olisi kysyä lääkityksistä näissä keskusteluissa, vaikka tietävät vastaukset kysymättäkin. Se on merkki potilaalle ja omaisille, että näistä asioista voi kysyä, myös sivuvaikutuksista. Se on paljon viisaampaa keskustelua, kuin että minä lääkärinä pitäisin pitkän monologin lääkkeitä ja niiden vaikutuksesta.

Perheen tulisi olla myös mukana lääkkeitä määrättäessä, ja näin ihmiset voivat yhdessä keskustella siitä, miten niiden vaikutukset kunkin mielestä ja mielessä näkyvät yhdessäolon arjessa. Silloin potilas uskaltaa kertoa myös sen, ettei ehkä ole syönyt lääkkeitä; siitäkin voidaan keskustella eikä hoito katkea siihen. Näin myös lääkkeiden määrääminen vahvistaa perheen yhteisyyttä ja lisää jo itsessään parantavaa moniäänisyyttä ja yhteistyötä.

Aina on syytä olla työryhmä mukana, kun keskustellaan lääkityksestä. Haluaisin tehdä määräyksen, että lääkärit eivät voisi terveystieteissaksakaan määrätä pitempiaikaista psyykenlääkitystä. Tiedän, että se on mahdotonta Suomessa. Aluksi kuitenkin pitäisi olla muutama tiivis hoitokäynti ja mietittäisiin, mistä on kysymys ennen kuin määrätään yhtään mitään. Lääkemääräykset voisi tarkistaa aluksi vähintään kahden viikon välein. Harvoin lääkäri voi näin tiiviisti tavata potilasta, jolloin tarvitaan toinenkin hoitava ihminen mukaan.

Tasa-arvoista ja yhteisöllistä olemista

80-luvulla koulutukset olivat kaikille avoimia, ja varmaan osastonhoitajat huolehtivat silloin, että kaikki pääsivät mukaan, laitosapulaisetkin. Mahdollisimman **tasa-arvoisen keskustelu** oli ehkä siitä lähtöisin.

Keräsen Jyrki oli tuolloin ylilääkärinä. Hän on hyvin joviaali ihminen eikä nostanut itseään auktoriteettiasemaan. Työryhmässä oli sekä nuoria että kokeneita ihmisiä. Sanon myös nyt nuorille lääkäreille, että kokeneet hoitajat osaavat kertoa paljon esimerkiksi lääkityksistä. Heiltä voi kysyä, mikä on ollut viisasta aikaisemmin, vaikka lääkäri tekeekin lopullisen päätöksen. Yhteinen kokemus lisää luottamusta hoitokokouksissa ja muutenkin hoidon aikana. Potilaat ja heidän läheisensä sekä muut verkostoissa mukana olevat saavat myös kysyä, ja heille vastataan. He voivat kertoa toiveistaan, jotka pyrittiin ottamaan huomioon. Meille oli tärkeää painottaa tasavertaisuutta, jossa ihminen muuttuu objektista subjektiksi.

Aaltosen Jukka on puhunut, että kun on pitkään tehty verkostokeskeistä työtä, myös paikalliset ihmiset tietävät, että perhe kutsutaan mukaan hoitoon, ja keskustelu on välitöntä.

Yhteisöllisyys on osa tätä kulttuuria. On harvinaista, että hoitokokouksissa on joku, joka ei tunne ketään tai jota kukaan ei tunne. Länsipohjan alueella on 140 ihmistä, jotka tekevät mielenterveystyötä. Vaihtuvuus on vähäistä. Kun ihmiset saavat työpaikan, he yleensä pysyvät siinä. Samoin on sosiaaloimessa ja kouluissa. Kun työntekijät ovat pysyviä ja tuttuja, on helpompaa pyytää heitä mukaan työskentelyyn, ja he haluavat tulla mukaan, kun pyydetään.

Oleellista on **tasavertaisuus** ja se, että hoito on **verkostokeskeistä**. Kuka tahansa voi pyytää apua, kun sitä tarvitsee. Samat ihmiset ovat mukana hoitoprosessin alusta loppuun. Aina työskennellään vähintäänkin työparina. Kukaan työntekijä ei kohdtaa potilasta yksin, vaan potilas tavataan vähintään yhdessä työparin kanssa. Sen merkitys on paljon isompi, kuin olen osannut ajatella. Nyt eläkkeellä on aikaa ajatella. Jos työntekijä on aloitustilanteessa yksin, hänelle saattaa tulla, ainakin ensimmäisessä tapaamisessa paine, mitä osaa tehdä ja voiko kuunnella rauhassa ja miten voi kestää ahdistavan tilanteen, kun joutuu ratkaisemaan sen yksin.

Yhteisissä hoitokokouksissa ilmapiiri on tasa-arvoinen. Pyritään siihen, että kaikki tulevat kuulluiksi. Työntekijöitä on läsnä vähintään kaksi, ja kaikilla työntekijöillä on velvollisuus puhua, mutta kukaan ei saa johtaa puhetta. On erittäin poikkeuksellista, että sovitaan, kuka aloittaa puheen. Yleensä mennään istumaan ja kysytään, mistä meidän tänä päivänä pitäisi puhua. Tavallisesti varaamme hoitokokouksiin aikaa puolitoista tuntia, koska yleensä ”puhe alkaa luonnostaan loppumaan” puolentoista tunnin kuluttua. Hoitokokouksiin käytetty aika tuo pitkällä tähtäimellä säästöä hoidon kokonaisajassa.

Avoimen dialogin hoitomalli

Sana dialogi alkoi 90-luvulla olla meillä käytössä. Mutta tiedän, että ensimmäisen kerran Seikkulan Jaakko on käyttänyt käsitettä avoimen dialogin hoitomalli vuonna 1995. Keroputaan malli on varmaan vieläkin monelle tutumpi ja Länsipohjan malli päättäjillekin tutumpi.

Keroputaan avoimen dialogin hoitomallissa pyritään siihen, että

- **ongelma yhdistää ihmisiä eikä erota heitä toisistaan**
- **Keroputaan malli on tavallista ja arkista yhdessä tekemistä ja**
- **se on yhdessä vaikuttamista.**

Se on ihmisten luoma virtaus, joka luo uusia mahdollisuuksia.



Aapo Pääkkö
perheterapeutti, työnohjaaja
perheterapiakouluttaja VET
työnohjaajakouluttaja
Dialogic Oy
aapo.paakko@dialogic.fi
050 305 7476



Lauri Heikkilä
kouluttaja, konsultti
työnohjaaja, terapeutti
lauri.heikkila@dlc.fi
040 541 5893