

Narratiivinen katsaus avoimen dialogin mielenterveyshoitomallista

- Avoimen dialogin hoitomalli on perhe- ja verkostokeskeinen tapa uudelleenorganisoida mielenterveyspalvelut niin, että palveluissa kohdataan potilaat ja heidän läheisensä aiempaa vastavuoroisemmin ja tilanteenmukaisemmin.
- Avoimen dialogin hoitomalli on useissa toisistaan riippumattomissa tutkimuksissa ollut yhteydessä myönteisiin hoitotuloksiin ja kustannussäästöihin erityisesti akuutti- ja nuorisopsykiatrian palveluissa, mutta satunnaiskontrolloitu tutkimusnäyttö on puutteellista.
- Hoitomallin implementaatiota ja satunnaiskontrolloidun tutkimusnäytön tuottamista hankaloittaa se, että avoimen dialogin hoitomallissa on kyse enemmän hoitoparadigman muutoksesta kuin uudesta hoitomenetelmästä.
- Avoimen dialogin hoitomallin kokonaisvaltainen implementaatio nykyjärjestelmään voi olla mahdollista, mutta siihen liittyy monia huomioon otettavia haasteita.
- Yksittäisten työntekijöiden on mahdollista edistää dialogisempaa työskentelyotetta, vaikka hoitomallia ei olisikaan kokonaisvaltaisesti implementoitu.



TOMI BERGSTRÖM

PsT, tutkijatohtori,
kliinisen psykologian dosentti
Jyväskylän yliopisto,
Oulun yliopisto



Avoimen dialogin hoitomalli on Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 1980- ja 1990-luvuilla kehitetty perhe- ja verkostokeskeinen mielenterveyshoitomalli (Seikkula & Alakare, 2004). Hoitomallin juuret ovat valtakunnallisessa skitsofreniaprojektissa kehitetyssä tarpeenmukaisen hoidon mallissa (Alanen, 2009), jonka tavoitteena oli luoda psykoosien psykoteraapeuttisesti orientoitunut hoitosuuntaus julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Tarpeenmukaisen hoitomallin perusta-pahtuma oli hoitokokous, jossa psykiatrista hoitoa suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä potilaan ja hänen lähiverkostojensa kanssa.

Länsi-Pohjassa hoitokokouskäytäntöä hyödynnettiin perhe- ja psykoterapiatutkimuksessa. Tutkimusten mukaan ennalta määri-

tetty psykoterapia ei kuitenkaan vastannut kunnolla mielenterveyspalveluita käyttävien yksilöllisiin tilanteisiin (Seikkula & Olson, 2003). Sen sijaan onnistuneissa hoitoprosesseissa näyttivät toistuvan säännönmukaisesti samat asiat (Seikkula & Alakare, 2004): avunpyyntöihin reagoitiin välittömästi, henkilön sosiaaliset verkostot kutsuttiin hoidon osapuoliksi, hoito vietiin ihmisten omaan elinympäristöön, työntekijät ottivat ammattitautastaan riippumatta vastuun hoitoprosessista yli organisaatorajojen, tapaamisia järjestettiin hoidon alku- ja kriisivaiheissa tiiviisti ja vuorovaikutus oli dialogista siten, että siinä oli tilaa erilaisille näkökulmille.

”Avoimen dialogin hoitomalli on Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 1980- ja 1990-luvuilla kehitetty perhe- ja verkostokeskeinen mielenterveyshoitomalli.”

1980-luvulla Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin koko mielenterveyspalvelu uudelleenorganisointiin tukemaan edellä kuvatun hoitoprosessin toteutumista (Seikkula & Olson, 2004). Erottelu perus- ja erikoistason mielenterveyshoitoon hävytettiin, lähetekäytännöistä luovuttiin ja alueen mielenterveysyksiköt alkoivat tehdä liikkuvaa avohoitotyötä, joka vähensi osastohoitoa ja vapautti lisäresursseja muuhun hoitoon. Työntekijöiden ensisijaiseksi tehtäväksi muutettiin riittävän intensiivisen verkostokeskeisen avohoitoprosessin turvaaminen, mikä osallisti potilaiden lähiverkostot hoitoon ja auttoi

vastaamaan dialogisesti ja tarpeenmukaisesti haastaviin elämäntilanteisiin (Seikkula & Olson, 2003). Verkostopsykoterapeuttisten valmiuksien parantamiseksi kaikki alueen mielenterveystyöntekijät koulutettiin perhe- tai yksilöpsykoterapeuteiksi organisaation sisäisissä prosessikoulutuksissa.

Kehitystyön myötä Länsi-Pohjan alueelle muotoutui 1990-luvulla muusta Suomesta poikkeava mielenterveystoimintajärjestelmä, jossa perus- ja erikoistason mielenterveystoimintaresurssit oli valjastettu verkostopsykoterapeuttisen hoitoprosessin fasilitoimiseen, eikä läheteitä tai muita ennakoarviointeja enää tarvittu hoidon aloittamiseen (Seikkula & Alakare, 2004).

1990-luvun jälkeen avoimen dialogin hoitomallin kehitys- ja tutkimustyötä on jatkettu pääosin Suomen ulkopuolella. Hoitomalli on sisällytetty sekä Maailman terveysjärjestö WHO:n (2021) että Euroopan neuvoston (2021) ohjeistuksiin, jotka pyrkivät edistämään sellaisten vaihtoehtoisten hoitomallien kehitystä, joista toivotaan apua maailmanlaajuisesti pahenevaan mielenterveyspalveluiden kriisiin.

”Termillä viitataan tapaan uudelleenorganisoida koko mielenterveyspalvelujärjestelmän siten, että ihmiset tulevat hoidon alkua ja muutosvaiheissa tietyllä tavalla kohdatuksi demografisista ja kliinisistä taustatekijöistään riippumatta.”

Avoimen dialogin hoitomallin jatkokehittämistä vaikeuttaa kuitenkin se, ettei sen käytännön toteutuksesta, implementaatiosta ja tutkimustuloksista ole olemassa ajankohtaista kokonaiskuvausta. Hoitomallin vaikuttavuudesta ei ole myöskään voitu tehdä systemaattista kirjallisuuskatsausta, koska tutkimuksia on tehty eri toimintaympäristöissä ilman tarkkaa hoitomallin tai sen implementaation kuvausta (Freeman ym., 2019). Avoimen dialogin hoitomallin vaikuttavuuden arviointi satunnaiskontrolloidulla koeyhteöllä on niin ikään haastavaa, sillä hoitomalli ei ole eri hoitoja poissulkeva tai tietyille potilasryhmälle suunnattu menetelmä. Sen sijaan termillä viitataan tapaan uudelleenorganisoida koko mielenterveyspalvelujärjestelmän siten, että ihmiset tulevat hoidon alkua ja muutosvaiheissa tietyllä tavalla kohdatuksi demografisista ja kliinisistä taustatekijöistään riippumatta.

Avoimen dialogin hoitomalli voi tarjota esimerkin siitä, miten palvelujärjestelmän kehittämisellä alhaalta ylöspäin voidaan edistää sellaista vastavuoroisempaa kohtaamista, joka optimoisi mielenterveystoiminnan menetelmistä riippumattomia yhteisiä vaikuttavia tekijöitä (WHO, 2021). Tämä voidaan nähdä vaihtoehtona nykyiselle ja joiltakin osin ongelmalliselle lähestymistavalle, jossa keskitytään tutkimaan ennalta määritettyjen menetelmien oireita lievittäviä vaikutuksia, minkä jälkeen näitä menetelmiä pyritään ryhmätason ohjeistusten ja kehittämissuunnitelmien avulla implementoimaan järjestelmään ylhäältä alaspäin (van Os ym., 2019).

Avoimen dialogin hoitomallin jatkotutkimusten ja -kehittämissuunnitelmien tueksi tarvitaan ajankohtainen yleiskuva hoitomallista, jonka kautta voidaan hahmotella, miten hoitomalli olisi lähtökohdista toteutettavissa nykyisen palvelujärjestelmän kontekstissa. Tämän narratiivisen katsauksen tavoitteena on muodostaa yleis-

kuva avoimen dialogin hoitomallin teoreettisista lähtökohdista, hoitomallin käytännön toteutuksesta ja hoitomallin tuloksista. Näiden kautta pohditaan mahdollisuuksia ja haasteita suomalaisen mielenterveystoimintajärjestelmän uudelleenorganisoinnissa avoimen dialogin hoitomallin mukaisesti.

AINEISTO

Avoimen dialogin hoitomallin kuvaus pohjautuu pääosin Länsi-Pohjan hoitojärjestelmäkuvauksiin (Bergström ym., 2022a; Seikkula & Alakare, 2006; Seikkula & Arnkil, 2014) ja soveltuvin osin tuorempiin hoitomallikuvauksiin (Olsen ym., 2014; Putman & Martindale, 2022).

Hoitomallin tuloksista kuvataan ensin keskeisimmät tulokset Länsi-Pohjan psykoosi- ja nuorisopsykiatrian kohorttitutkimuksista. Katsausta täydennettiin niillä valtakunnallisilla psykoosipotilaiden seuranta tutkimuksilla, joissa on tehty alueellista vertailua.

Länsi-Pohjan ulkopuolisten tulosten kuvaamisessa hyödynnettiin HopenDialogue-yhteistyöverkoston tuloksia (Pocobello ym., 2023). Yhteistyöverkossa on maailmanlaajuisesti kartoitettu sellaisia implementaatiohankkeita, joissa on palveluiden uudelleenorganisoinnilla ja henkilöstön tietynlaisella koulutuksella pyritty edistämään avoimen dialogin hoitomallin mukaista työskentelykulttuuria eri konteksteissa. Ajankohtaisimpien tutkimusten löytämiseksi hakua täydennettiin Google scholar-, PubMed- ja PsycINFO-tietokantahaulla käyttämällä vapaamuotoisesti implementaatiohankkeiden, tekijöiden ja alueiden nimiä yhdistettynä ”open dialogue-”, ”need adapted-” ja ”mental health” -hakusanoihin. Abstraktien perusteella valikoitiin implementaatiohankkeiden tuloksia kuvaavat vertaisarvioituidet määrälliset ja laadulliset tutkimukset (taulukko 1). Katsauksen ulkopuolelle jätettiin ne implementaatiohankkeet, joista ei ollut lokakuussa 2023 saatavilla määrällistä ja vertailevaa tutkimustietoa hoitomallin tuloksista.

Avoimen dialogin implementaatiomahdollisuuksien pohdinnassa hyödynnettiin pääosin Länsi-Pohjasta saatuja kokemuksia. Lisäksi huomioitiin muualla raportoituja (Buus ym., 2021; Florence ym., 2022; Heumann ym., 2023; von Peter ym., 2023; Waters ym., 2021) kokemuksia avoimen dialogin hoitomallin implementaatiosta ja ylläpitämisestä.

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLIN TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tarpeenmukaisen hoidon mallissa mielenterveyshäiriöt nähdään taustoiltaan monitekijäisinä, minkä vuoksi niitä tulee hoitaa tapauskohtaisesti (Alanen, 2009). Tavoitteena on ongelman ja siihen soveltuvien auttamismuotojen määrittäminen yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa osana jatkuvaa psykoterapeuttista hoitoprosessia. Lähestymistapa eroaa jossain määrin vallalla olevasta oirekeskeisestä ja reduktionistisesta mielenterveystoimintamallista, jossa ennalta sovittujen diagnoosikriteerien avulla psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat operationalisoidaan häiriöluokkiin, joita hoidetaan häiriökohtaisten ryhmätason hoitosuosituksen mukaan (Alanen, 2009).

Avoimen dialogin hoitomallissa tarpeenmukaiseen hoitomalliin yhdistettiin sosiaalisen konstruktionismin ja dialogisen ihmiskäsityksen näkemyksiä (esim. Bakhtin, 1984). Niiden mukaan ihmisenä oleminen ja näin ollen myös mielenterveysongelmiksi kutsutut ilmiöt ovat perustavanlaatuisesti sidoksissa suhteisiin, joissa ihminen elää ja on elänyt (Seikkula & Olson, 2003; Seikkula, 2019). Tällöin dialogin ja verkosto-orientoitunut vastaus hankalaan elämäntilanteeseen eli siirtyminen yksilön psykopatologian hoitamisesta koko sosiaalisen verkoston ja ihmisuhteiden huomioimiseen nähdään mallissa itsessään hoidollisesti vaikuttavana (Seikkula, 2011). Huomioimalla

Avoimen dialogin narratiiviseen katsaukseen sisällytetyt implementaatiohankkeet ja niiden keskeisimmät tutkimustulokset

Implementaatiohanke	Keskeisimmät vaikuttavuustutkimukset	Keskeisimmät tulokset
Länsi-Pohjan psykoosi-kohorttitutkimukset Länsi-Pohjan alueen mielenterveyshoitojärjestelmä uudelleenorganisointiin avoimen dialogin hoitomallin mukaan 1980-luvun aikana. Hoitomallin vaikuttavuutta ensipsykoosin hoidossa arvioitiin naturalistisella tutkimusasetelmalla seuraamalla kaikkien 1992–1997 ensipsykoosin vuoksi hoitoon tulleiden selviytymistä. Tutkimusasetelma replikoitiin vuosina 2003–2005.	Seikkula ym., 2003: Skitsofreniapotilaiden kvasikokeellinen kaksivuotis-seuranta Seikkula ym., 2006: Ensipsykoosipotilaiden viidenvuoden kohorttiseuranta Seikkula ym., 2011: Tutkimusasetelman replikointi Bergström ym., 2018: Ensipsykoosikohortin 19 vuoden rekisteriseuranta Bergström ym., 2019; 2022d: Länsi-Pohjan psykoosikohortin elämäntapa-haastattelut	<ul style="list-style-type: none"> Avoimen dialogin hoitomallin mukaan hoidetuilla (n=55) oli seurannassa vertailuryhmää (n=14) vähemmän sairaalapäiviä, psykoosilääkekäyttöä, relapseja ja työkyvyttömyyttä 80 % potilaista (n=75) ei ollut viiden vuoden jälkeen psykoosioireita ja 73 % oli palannut töihin tai kouluun Skitsofreniapotilaiden ilmaantuvuus oli laskenut ja ensipsykoosipotilaiden (n=18) hoitotulokset toistuivat aiemman kaltaisina Kun taustatekijät vakioitiin, muualla Suomessa ensipsykoosin vuoksi hoidossa olleet potilaat (n=1763) olivat seurannan päättyessä avoimen dialogin hoidossa olleita potilaita (n=108) todennäköisemmin työkyvyttöminä (vakioitu vetosuhde (aOR): 2,6; 95%CI: 1,6-4,3) ja hoidon piirissä (aOR: 2,2, 95%CI: 1,3-3,7) Kuolleisuudessa ei tilastollisesti merkitsevää eroa (SMR: 2,9 vs. 3,4) Haastatellut potilaat (n=20) kokivat perhe- ja verkosto-orientaation pääosin myönteisenä Kolme potilasta koki kotikäynnit ja verkosto-orientaation hankalana etenkin tilanteissa, joissa tapaamisiin osallistui paljon ihmisiä
Riippumattomat valtakunnalliset psykoosipotilaiden seurannat	Karvonen ym., 2008; Kiviniemi, 2014: Valtakunnallinen 5 vuoden rekisteriseuranta vuosina 1995–2001 skitsofrenian vuoksi hoidossa olleista potilaista Karolaakso ym., 2022: Alueellinen vertailu mielenterveyseläköitymisistä Suomessa 2010–2015	<ul style="list-style-type: none"> Länsi-Pohjassa hoidetuilla potilailla (n=87) oli muuta maata vähemmän sairaalapäiviä (227 vs. 276 per potilas), psykoosilääkekäyttöä (58 % vs. 70 %), työkyvyttömyyseläköitymistä (35 % vs 50 %) ja hoitokustannuksia (ka: 37 639 € vs. 59 765 €) Kokonais- (SMR: 3.4 vs. 4.1) ja itsemurhakuolleisuus (SMR: 17.8 vs. 14.5) valtakunnan mediaanitasoa Länsi-Pohjassa muuta maata matalampi riski eläköityä psykoosin vuoksi (esiintyvyyssaste IRR: 0.74; 95 %CI: 0.55-0.99)
Länsi-Pohjan nuorisopsykiatrian kohortti Avoimen dialogin hoitomallin osaaminen keskittettiin 2000-luvun alussa Länsi-Pohjan nuorisopsykiatrian poliklinikalle, joka vastasi koko alueen 13–20-vuotiaiden avoimen dialogin periaatteiden mukaisesti mielenterveyshoidosta	Bergström ym., 2022c; 2023b: Suomessa vuosina 2003–2008 ensimmäistä kertaa 13–20-vuotiaana psykiatrista hoitoa saaneiden 10 vuoden valtakunnallinen rekisteriseuranta	<ul style="list-style-type: none"> Kun taustatekijät vakioitiin, avoimen dialogin mukaisesti hoidetuilla nuorisopsykiatrian potilailla (n=780) oli muualla Suomessa hoidettuja potilaita (n=44088) pienempi riski kodin ulkopuolisille interventioille (vakioitu vaarasuhde (aHR): 0,62, 95%CI: 0,52-0,72) Vertailuryhmän potilaat olivat todennäköisemmin työkyvyttöminä (aOR: 1,6, 95%CI: 1,2-2,1) ja hoidon piirissä (aOR: 1,4, 95%CI: 1,2-1,6) 10 vuoden seurannan päättyessä Kuolleisuudessa ei tilastollisesti merkitsevää eroa (SMR: 3,3 vs. 3,4) Sosiaali- ja terveyspalvelujen 10 vuoden kumulatiiviset kokonaiskustannukset per sisäänottovuosi olivat avoimen dialogin järjestelmässä matalammat (ka: 439e vs. 539e per asukas)
Etelä-Suomen implementaatio (JERI) HYKS Nuorisopsykiatriassa vuosina 2006–2013 sovellettiin avoimen dialogin hoitomallin mukaista verkostokeskeistä ja kotiin vietävää työskentelyotetta	Granö ym., 2016: Psykoosityyppisistä oireista kärsivien nuorten hoitovasteen vertailu tutkimusinterventio- ja standardihoitoa saaneen kaltaistetun verrokiryhmän välillä	<ul style="list-style-type: none"> Avoimen dialogin hoitomallin mukaisella verkostokeskeisellä interventiolla (n=28) oli 1 vuoden seurannassa standardihoitoa (n=28) parempi vaste nuorten toimintakykyyn (20 % vs. 6 % parantuminen GAF-M-pisteissä) masennusoireisiin (53 % vs. 14 % parantuminen BDI-II-pisteissä) ja toivottomuuteen (41 % vs. 3 % parantuminen BHS-pisteissä) Psykoosiriski- ja ahdistusoireissa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.
Etelä-Tanskan implementaatio 2000-luvun alussa osa Etelä-Tanskan nuorisopsykiatrian avohoitopalveluista uudelleenorganisointiin avoimen dialogin hoitomallin mukaan	Buus ym., 2019: Vuosina 2000–2015 avoimen dialogin järjestelmässä hoitonsa aloittaneiden nuorten hoitotuloksia verrattiin muualla Tanskassa hoitonsa aloittaneiden nuorten tuloksiin	<ul style="list-style-type: none"> Avoimen dialogin järjestelmässä hoidetuilla (n=503) oli 10 vuoden seurannassa kaltaistettua verrokiryhmää (n=1509) pienempi riski joutua työkyvyttömäksi (Riskisuhde RR: 0,77, 95%CI: 0,66-0,89) sekä akuuttipsykiatrian (riskisuhde (RR): 0,5; 95%CI: 0,3-0,8) ja perusterveydenhuollon palveluihin (RR: 0,85, 95%CI: 0,78-0,92) Itsemurhakuolleisuudessa, itsemurhayrityksissä ja sairaalahoitotapojen kokonaismäärässä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja

Implementaatiohanke	Keskeisimmät vaikuttavuustutkimukset	Keskeisimmät tulokset
Massachusettsin implementaatio (Collaborative pathway) 2011 alkaen Massachusettsin alueella ympärivuorokautisesti toimiva avohoitoyksikkö, joka on järjestänyt avoimen dialogin mukaista akuuttipsykiatrista hoitoa yli organisaatiörajojen	Gordon ym., 2016: naturalistinen 1 vuoden seurantatutkimus avoimen dialogin hoitomallin tuloksista psykoosin hoidossa Gidugu ym., 2021: Laadullinen analyysi ensipsykoosipotilaiden, heidän läheistensä ja työntekijöiden hoitokokemuksista	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaat (n=14) raportoivat korkeaa potilastyytyväisyyttä • Oirekuva lievittyi ja sairaalapäivät vähenivät seurannassa tilastollisesti merkitsevästi • 64 % potilaista oli palannut töihin tai kouluun vuoden seurannan aikana • Potilaat (n=6), läheiset ja työntekijät arvostivat hoitomallin verkosto-orientaatiota, työskentelyn läpinäkyvyyttä, toisia kunnioittavaa ja ei-patologisoivaa suhtautumista sekä tämän myötä kehittyneitä uudenlaista yhteistyösuhdetta • Yhden potilaan vanhemmat toivoivat, että ammattilaiset olisivat korostaneet enemmän lääkehoidon merkitystä • Ammattilaiset (n=9) kokivat työskentelytavan mielekkäänä ja nimesivät suurimmaksi ongelmaksi sen, että muu hoitojärjestelmä ja vallitseva hoitoparadigma eivät tue sen täysmittaista toteutusta
New Yorkin implementaatio (Parachute NYC) 2012 neljä New Yorkin akuuttipsykiatrian yksikköä uudelleenorganisoiitiin avoimen dialogin hoitomallin mukaisesti tarjoamaan ympärivuorokautista kotiin vietävää perhe- ja verkostokeskeistä kriisihoitoa	Bouchery ym., 2018: avoimen dialogin mukaan hoidettujen akuuttipsykiatrian potilaiden hoitotuloksia verrattiin kaltaistettuun standardihoitoa saaneiden ryhmään Wusinich ym., 2020: Laadullinen analyysi akuuttipsykiatrian potilaiden ja heidän läheistensä hoitokokemuksista	<ul style="list-style-type: none"> • 1 vuoden seurannassa avoimen dialogin mukaan hoidetuilla akuuttipsykiatrian potilailla (n=401) oli 3 per potilas vähemmän sairaalajaksoja kuin verrokkiryhmällä (n=1 796) • Avoimen dialogin hoidon hoitokustannukset olivat keskimäärin 2 138 \$ matalammat kuin verrokkiryhmän • Potilaat (n=8) ja heidän läheisensä arvostivat hoitomallin joustavuutta ja uudenlaista yhteistyösuhdetta, jonka koettiin mahdollistavan sekä itseymmärryksen että läheissuhteiden parantumisen • Yhden potilaan läheiset toivoivat verkostotapaamisiin enemmän struktuuria ja lääkehoidon merkityksen korostamista
Ison-Britannian implementaatio (ODESSI) Vuodesta 2019 alkaen Ison-Britannian julkisen terveydenhuollon (NHS) akuuttipsykiatrian yksiköitä on uudelleenorganisoitu avoimen dialogin hoitomallin mukaisesti osana satunnaiskontrolloitua klusterikoetta	Kinane ym., 2022: naturalistinen puolen vuoden seuranta avoimen dialogin mallin mukaan uudelleenorganisoidun avohoitoyksikön hoitotuloksista Tribe ym., 2019: Suntharajah ym., 2022: Laadullinen analyysi avoimen dialogin hoitomallin hoitokokemuksista standardihoitokokemuksiin verrattuna Hendy ym., 2020: Laadullinen analyysi potilaiden ja heidän läheistensä hoitokokemuksista	<ul style="list-style-type: none"> • Kuuden kuukauden seurannassa avoimen dialogin mukaisesti hoidettujen potilaiden (n=50) oireet lievittyivät ja itsearvioitu työkyky parani tilastollisesti merkitsevästi • Yksikön potilastyytyväisyys nousi implementaation jälkeen (9,2 vs. 6,5) ja oli NHS:n valtakunnallista keskiarvoa korkeampaa (9,2 vs. 7) • Potilaiden työllisyysaste kasvoi seurannan aikana 14 % • Potilaiden sairaalahoitajaksojen määrä oli avoimen dialogin hoitoyksikössä viisi kertaa matalampi NHS:n vastaaviin hoitoyksiköihin verrattuna (ka: 0,4 vs. 2,2) • 7/8 potilaista koki tulleen verkostotapaamisissa uudella tavalla ymmärretyksi ja kuulluksi • Laadullinen analyysi potilaiden ja työntekijöiden hoitokokemuksista • Yksi potilas koki verkostotapaamisen emotionaalisesti kuormittavana • Ammattilaiset (n=11) kokivat työskentelytavan pääosin mielekkäänä ja nimesivät suurimmaksi ongelmaksi sen, että muu hoitojärjestelmä ja vallitseva hoitoparadigma eivät tue sen täysmittaista toteutusta • Avoimen dialogin hoitomallin mukaan hoidetut potilaat (n=11) luottivat sekä palveluiden että heidän läheistensä saatavuuteen hankalissa elämäntilanteissa • Standardihoitoa (n=5) saaneiden kokemukset olivat päinvastaiset • Potilaat (n=7) ja heidän läheisensä kokivat verkostotapaamiset ja etenkin yhteistyösuhteen laadun myönteisenä • Hoitomallin tunnistettiin eroavan NHS:n vallitsevasta hoitoparadigmasta, joka muodosti haasteen dialogisen hoitoprosessin jatkuvuudelle yli organisaatiörajojen

verkoston eri näkökulmat kokonaistilanteesta voidaan myös rakentaa sellaista jaettua ymmärrystä, jota voidaan hyödyntää yksilöllisemmän mielenterveyshoitoprosessin tukena tarpeen vaatiessa (Bergström, 2020a). Jotta erilaiset näkökulmat saadaan huomioitua, tulee ihmisten kohtaamisen perustana olla avoin dialogi, jossa ammattilaiset eivät välittömästi määritä ongelmaa tai sen hoitoa vaan luovat turvallisen tilan erilaisten näkökulmien esiin ottamiseen (Seikkula & Alakare, 2004).

”Siirtyminen yksilön psykopatologian hoitamisesta koko sosiaalisen verkoston ja ihmissuhteiden huomioimiseen nähdään mallissa itsessään hoidollisesti vaikuttavana.”

Avoimen dialogin hoitomallin teoriataustassa on myöhemmin liikuttu ei-dogmaattisempaan suuntaan, ja hoitomallin vaikutusmekanismeja voidaan hahmottaa holistisen ihmiskäsityksen kautta (Bergström, 2023). Sen mukaan ihminen koostuu kehosta, tajunnallisuudesta ja elämäntilanteesta, jotka ovat erottamattomasti kietoutuneet toisiinsa (Rauhala, 1986). Vaikka ihmiskeho olisikin välttämätön edellytys psyykkisille ja sosiaalisille ilmiöille, eivät ne ole täysin palautettavissa biologisiin osatekijöihinsä, koska niiden ilmiäsu ja ilmiäsuille annettavat merkitykset ovat tilannesidonnaisia. Tällöin ongelmalliseksi koetut psyykkiset ja sosiaaliset ilmiöt eivät ole palautettavissa vain yksilön bio- tai psykopatologiaan (Bergström, 2023). Tästä näkökulmasta mielenterveyshoidossa tulisi siirtyä yksilön psykopatologian hoitamisesta enemmän yksilöllisten tilanteiden hoitamiseen.

Holistinen ihmiskäsitys auttaa ymmärtämään, miksi mielenterveyshäiriöiksi operationalisoituja ilmiöitä ei ole toistuvista yritykistä huolimatta pystytty redusoidaan psykologisiin tai biologisiin osatekijöihinsä siten, että ne voitaisiin universaalisti diagnosoida esimerkiksi laboratoriokokeilla tai muilla riippumattomilla menetelmillä (Bergström, 2023). Lähestymistapa tekee ymmärrettäväksi myös tutkimustulokset, joiden mukaan mielenterveyshoidossa ovat menetelmästä tai ongelmasta riippumatta vaikuttavia ei-spesifit yhteiset vaikuttavat tekijät (van Os ym., 2019; Wambold, 2015), kuten hoitosuhteen laatu ja tavoitteellisuus (Wambold, 2016; Bergström, 2023) sekä oireenmukaisen psyykenlääkehoidon yleisinhimillisiä ajatus- ja tunnetoimintoja muuntavat vaikutukset (Moncrieff ym., 2019). Esimerkiksi avoimen dialogin hoitomallissa palvelujärjestelmä on uudelleenorganisoitu siten, ettei diagnostinen tai muu ennakkomäärittely ole tilanteen ymmärtämisen ja ihmisten käytännön auttamisen kannalta lähtökohtaisesti tarpeen.

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI

Avoimen dialogin hoitomallissa mielenterveyshoidon palveluohjaus toteutetaan omana ympärivuorokautisena päivystystoimintana siten, että kaikkia mielenterveyspalveluita koordinoidaan alueellisesti keskitetystä yhdestä puhelinnumerosta. Länsi-Pohjassa päivystyspuhelimesta ovat vastanneet tehtävään erikseen nimetyt sairaanhoitajat. Päivystysnumeroon voi soittaa kuka tahansa, eikä ketään lähtökohtaisesti käännytetä pois. Varsinaisen avuntarvitsijan lisäksi soittaja voi olla esimerkiksi huolestunut läheinen tai työntekijä muista palveluista. Dialogisen hoitoprosessin alku- ja muutosvaiheissa toimitaan yleensä seuraavien vaiheiden mukaisesti.

Vaihe 1. Yhteydenotto

Yhteydenoton aikana selvitetään tilanne ja hoidon kiireellisyyssaste ensisijaisesti asianosaisten näkökulmasta. Samalla kartoitetaan, keitä olisi tärkeää kutsua tapaamiseen. Esimerkiksi sellaisissa vakavissa kriiseissä, joihin pelätään liittyvän psykoottista tai itsetuhoista oireilua, tapaaminen voidaan järjestää jo saman päivän aikana. Useimmiten ihmiset kuitenkin toivovat tapaamista yhden–kahden viikon sisällä yhteydenotosta.

Vaihe 2. Työparin kartoitus

Puhelun jälkeen päivystävä sairaanhoitaja kartoittaa palvelujärjestelmästä vähintään kaksi työntekijää, joiden olisi mahdollista tavata asianosaisia puhelussa sovitun aikaraamin puitteissa. Koska dialogisessa hoitojärjestelmässä kaikilla työntekijöillä on yhdenmukaisen täydennyskoulutuksen myötä valmiudet verkostopsykoterapeuttisen hoitoprosessin fasilitointiin, valikoituvat työntekijät hoitoprosessiin joko aiemman tuttuuden tai sen hetkisen kalenteritilanteen mukaan. Tiimi- ja työparityöskentely nähdään hoitomallissa keskeisenä reflektiivisen ja moniäänisen työotteen turvaamiseksi. Lisäksi sen katsotaan vähentävän sellaista työntekijöiden epävarmuuden tunnetta, joka voi johtaa hätiköityihin tulkintoihin ja hoitoratkaisuihin.

Vaihe 3. Koollekutsuminen

Kun työpari on valittu, siirtyy hoitoprosessin vetovastuu työparille. Työpari ottaa yhteyttä asianosaisiin ja selvittää, missä ja millä kokoonpanolla he toivovat ensimmäisen tapaamisen järjestettävän. Jos yhteydenoton aikana on herännyt ajatus, että nämä voisivat hyötyä myös muunlaisista palveluista, kutsutaan työntekijöitä muista palveluista mukaan joko ensimmäiselle tai tuleville verkostotapaamisille.

Dialogisessa hoitojärjestelmässä ei ole työpari- ja työryhmyöskentelyä lukuun ottamatta ehdotonta vaatimusta tapaamiskokoonpanon tai -paikan suhteen. Vakavissa kriiseissä tapaaminen pyritään järjestämään välittömästi ihmisen kotona ja siten, että kaikki tilanteesta huolestuneet läheiset olisivat koolla. Tapaaminen voi kuitenkin olla myös esimerkiksi poliklinikalla, ja avuntarvitsija voi tulla tapaamiseen yksin, jos hän itse niin haluaa. Näissäkin tilanteissa työntekijät pyrkivät kuitenkin aktiivisesti pitämään sosiaalista verkostoa keskustelussa muun muassa sirkulaaristen kysymysten avulla (taulukko 2) sekä pohtimalla, keitä voisi olla jatkossa hyvä kutsua tapaamisiin ja voisiko tapaamisia järjestää poliklinikan tai sairaalan ulkopuolella.

Vaihe 4. Hoitokokouksen kulku

Kokoonpanosta ja tapaamispaikasta riippumatta työntekijöiden tärkein tehtävä on fasilitoida moniääninen hoitokokous, jossa rakentuu uudenlaista ymmärrystä asianosaisten senhetkisestä elämäntilanteesta. Ensin työntekijät käyvät läpi tapaamisen taustat ja sen, miksi tapaamiseen on päädytty. Sen jälkeen he tiedustelevat asianosaisilta, mistä asioista olisi heidän mielestään tärkeintä aloittaa. Tämän jälkeen työntekijät alkavat aktiivisesti kuuntelemaan ja seuraamaan asianosaisten keskustelua muun muassa toistamalla omin sanoin äsken kuultua sekä tiedustelemalla verkoston eri jäseniltä, mitä he ajattelevat siitä ja millaisia tuntemuksia se heissä herättää. Tärkeää on, että kaikkien äänten on mahdollista tulla tapaamisessa tasa-arvoisesti kuulluksi, minkä vuoksi työntekijät voivat ohjata dialogin kulkua avoimien kysymysten avulla sekä tarvittaessa strukturoidummalla työskentelyotteella puheenvuoroja jakamalla tai keskustelua muulla tavoin rytmittämällä. Ketään ei painosteta puhumaan, ja asianosaiset saavat halutessaan olla vain kuulolla.

TAULUKKO 2.

Avoimen dialogin mukainen hoitokokous hoitoprosessin alku- ja muutosvaiheissa (mukailtu dialogisen hoitokäytännön adherenssimittarista (Lotmore ym., 2023))

Vaihe	Sisältö	Esimerkki
Aloitus	Keskustelu aloitetaan kertomalla tapaamisen taustat ja konteksti Asianomaisten annetaan itse määrittää, mistä he haluavat keskustella	”Hän oli yhteydessä ja kertoi, että on huolissaan...Siksi pyysimme mukaan myös...” ”Mistä teidän mielestänne olisi tärkeintä aloittaa/puhua/lähteä liikkeelle?”
Asianomaisten seuraaminen ja aiemmin sanottuun vastaaminen	Työntekijät suosivat avoimia kysymyksiä ja liittyvät niihin teemoihin, joita asianomaiset itse nostavat esille Jos työntekijät haluavat vaihtaa teemaa, se liitetään aiemmin puhuttuun	”Kun kuuntelin teitä, niin minulle tuli eräs ajatus mieleen. Voisiko olla niin, että...”
Kokonaisvaltainen osallistuminen	Työntekijät vastaavat ja validoivat asianomaisten ilmaisuja toistamalla tai tiivistämällä niitä omin sanoin Työntekijät kuuntelevat aktiivisesti ja vastaavat asianomaisten ilmaisuun myös ei-kielillisesti	”Kerroit, että sinulle tuli siitä olo, että... Jäin vielä miettimään, että mitähän hän siitä...” ”Mmm.. niin se tuntui sinusta... kyllä se kuulostaa aivan ymmärrettävältä. Mitä te muut...”
Huomio nykyhetkessä	Työntekijät keskittyvät tässä ja nyt -hetkeen vastaamalla aina siihen, mitä asianomaiset tuovat keskusteluun joko kielellisesti tai ei-kielillisesti	”Kun kuuntelen teitä, niin minulla tulee mieleen, että... mitähän tämä teissä...” ”Kun keskustelimme siitä, niin olin huomaavinani hänen... mitä te...”
Tilan antaminen kaikille äänille	Työntekijät antavat tilaa eri näkökulmille ja pyrkivät sirkulaaristen kysymysten avulla huomioimaan myös ne, jotka eivät sillä hetkellä ole läsnä Työntekijät huomioivat myös oman sisäinen puheensa ja keholliset reaktiot	”Mietin, että kun olet kuunnellut/jos hän olisi ollut kuuntelemassa tätä keskustelua, että mitähän sinä/hän tästä ajattelee/ajattelisi...” ”Kun tässä kuuntelen teitä, niin minulle tulee tunne, että...”
Hidas keskustelurytmi	Työntekijät pyrkivät tietoisesti rauhoittamaan ja hidastamaan keskustelunrytmiä Työntekijät suosivat taukoja, antavat tarvittaessa tilaa hiljaisille hetkille ja varmistavat, että kaikilla on mahdollisuus osallistua	”Jäin vielä miettimään, kun aiemmin sanoit, että...” ”Hän on ollut tapaamisella melko hiljaa ja minulla herää mielenkiinto, että millehän tämä keskustelu on hänestä kuulostanut. Jos nyt kuuntelisimme...”
Ongelmien luokittelun ja patologisoinnin välttäminen	Työntekijät seuraavat asianomaisten kieltä ja suhtautuvat heidän kertomaansa sellaisenaan, ilman sen tulkitsemista merkiksi jostakin muusta Työntekijät rohkaisevat asianomaisia tutkimaan erilaisia näkökulmia ongelmiansa hahmottamiseksi	”Hän kertoi kärsivänsä... mutta ymmärsinkö oikein, että sinä olet huolissasi enemmän...” ”Olisi kiinnostavaa kuulla vielä tarkemmin, mitä tarkoittit, kun sanoit...”
Yleistysten välttäminen	Työntekijät jakavat omat näkemyksensä tilanteesta ja hoidosta minä-position kautta niin, että asianomaiset voivat olla eri mieltä Työntekijät ylläpitävät moniäänisyyttä välttämällä yleistyksiä ja yhden totuuden määrittämistä	”Minulla tuli tuosta ajatus, että... mutta toisaalta voin olla väärässäkin. Mitähän te tästä ajattelette?” ”Kun kuuntelen teitä, niin asiasta voisi ajatella näin, mutta toisaalta kuulostaa myös...Millehän tämä teistä kuulostaa?”
Reflektio	Työntekijät refleктоivat toistensa kanssa omia ajatuksia ja tunteita tilanteesta Työntekijät keskustelevat avoimesti erilaisista näkökulmista hoidon suhteen ja pohtivat kriittisesti, miten eri ajatuksiin on päädytty	”He kertoivat, että hän on... minulla tuli siitä mieleen, että... Mitähän sinulla heräsi, kun kuuntelit heitä?” ”Mietit, että he voisivat hyötyä...Osaatko sanoa tarkemmin, että miksi ajattelet siitä olevan heille apua?”
Tapaamisen päätös	Työntekijät varmistavat, että asianomaiset kokevat tullessaan asiansa kanssa kuulluksi Työntekijät suosivat yksinkertaisia hoitosuunnitelmia ja käyvät tapaamisen lopussa vaihe vaiheelta läpi, miten hoito jatkuu ja miten mahdollisissa ongelmatilanteissa toimitaan	”Olemme nyt puhuneet... Jäikö jotain, josta olisi ollut vielä tässä kohtaa tärkeä puhua?” ”Sovimme, että tapaamme uudestaan ja jatkamme... jos on tarpeen tavata aiemmin tai jos teillä tulee kysyttävää, niin voitte olla suoraan yhteydessä...”

Dialogin turvaamiseksi työntekijät pyrkivät tapaamisella ottamaan ei-tietämisen position ja välttämään heistä lähtöisin olevia tulkintoja ja teemoja. Dialogisessa hoitomallissa työntekijät eivät kuitenkaan ole passiivisia kuuntelijoita, vaan he pyrkivät uteliaan perusasenteen ja aktiivisen kuuntelemisen avulla varmistamaan, että asianosaisten huoleen vastataan. Mikäli työntekijät kokevat tarpeelliseksi tulkita tilannetta, ottaa kantaa tai tuoda keskusteluun uusia teemoja tapaamisen aikana, tapahtuu tämä reflektiivisellä työotteella ja minä-position kautta (taulukko 2). Tällöin asianosaiset hahmottavat kyseessä olevan työntekijän subjektiivisen näkemyksen, ja sen kanssa voidaan olla eri mieltä. Työntekijä voi esimerkiksi todeta, että keskustelua kuunnellessa hänelle tuli tietynlainen olo tai tietynlainen ajatus mieleen, ja häntä kiinnostaisi kuulla, mitä muut tästä ajattelevat.

Dialogisessa hoitotapaamisessa on nähty tärkeäksi vähintään yhden sellaisen reflektion luominen, jossa asianosaiset saavat asettua kuuntelijaposition. Reflektioon siirryttäessä työntekijät tiedustelevat ensin asianosaisilta, sopiiko heille hetken kuunnella, mitä työntekijät tilanteesta ajattelevat. Mikäli tämä sopii, työntekijät kääntyvät toistensa puoleen ja alkavat keskustella keskenään siitä, millaisia tuntemuksia ja ajatuksia tapaamisessa siihen asti kuullut asiat ovat heissä herättäneet. Reflektiossa voidaan esittää erilaisia tulkintoja ja myös ajatuksia hoidon jatkumisen suhteen, mutta kaiken tämän on tapahduttava edellä kuvatulla tavalla niin, että asianosaisilla on mahdollisuus olla työntekijöiden tulkinnoista eri mieltä. Asianosaisten kuuntelijaposition turvaamiseksi reflektion aikana työntekijät keskittyvät vain toisiinsa ja käyvät keskustelua ikään kuin asianosaiset eivät olisi paikalla. Lisäksi reflektiossa tulisi keskittyä kyseiseen hetkeen eli tapaamisessa esiin nousseisiin asioihin. Reflektion jälkeen työntekijät kääntyvät takaisin asianomaisten puoleen ja antavat heille mahdollisuuden kommentoida kuulemaansa.

Dialoginen hoitotapaaminen kestää yleensä tunnin. Tapaamisen loppupuoliskolla työntekijät alkavat orientoida keskustelijoita tapaamisen päätökseen ja varmistavat, että tapaamisessa puhuttiin asioista, joista puhumisen asianosaiset kokivat tärkeäksi. Lopussa voidaan myös kysyä asianosaisten sen hetkisen hyvinvoinnin kannalta oleelliset asiat, jotka voivat liittyä muun muassa itsestä huolehtimiseen, oirekuvaan ja toimintakykyyn, mikäli nämä eivät tulleet avoimen dialogin aikana esille. Lisäksi tehdään yhteistyössä suunnitelmaa hoidon jatkosta. Työntekijät voivat reflektiivisellä otteella tuoda esille oman näkemyksensä tilanteesta, mutta ensisijaisesti pyritään kuulemaan ja vastaamaan asianosaisten omiin toiveisiin. Mikäli asianosaiset ovat epävarmoja selviytymisestään, erimielisiä hoitosuunnitelman suhteen tai tilanne jää muuten avoimeksi, voidaan seuraava tapaaminen sopia jo seuraavalle päivälle.

Vaihe 5. Hoitopäätökset ja -suunnitelmat

Lähtökohta on, että kaikki hoitopäätökset ja tulkinnot tehdään tapaamisen aikana asianosaisten läsnä ollessa, eivätkä työntekijät suunnittele hoitoa tai tulkitse asianosaisten tilannetta tapaamisten ulkopuolella. Toinen lähtökohta on, ettei lääke- ja sairaalahoidon kaltaisia suoria interventioita tarjota ensisijaisena hoitokeinona, sillä näihin liittyy etenkin matalan kynnyksen palveluissa medikalisoinnin ja muiden häiritsevien vaikutusten riski. Välittömän reagoinnin takia psykiatrihoito pystytään aloittamaan tavallista aiemmin, mutta vaikeimmatkin kriisitilanteet näyttävät usein helpottavan, kun niihin on heti alussa vastattu riittävän intensiivisellä dialogisella ja verkostokeskeisellä työotteella (Bergström, 2020). Mikäli tilanne ei kuitenkaan lähde helpottamaan, voidaan olemassa olevia oireenmukaisia hoitomenetelmiä soveltaa tapauskohtaisesti

dialogisessa vuorovaikutuksessa rakennetun ymmärryksen mukaisesti. Jotkut voivat esimerkiksi tarvita lääkettä tai muuta hoitoa ja kuntoutusta, jolloin verkoston osaksi voidaan kutsua lääkäriä tai työntekijöitä muista palveluista. Jotkut taas hyötyvät pidempiaikaisesta yksilöpsykoterapeuttisesta hoidosta, jolloin esimerkiksi toinen työparista voi tarjota yksilöpsykoterapeuttisia aikoja verkostotapaamisten rinnalla.

Vaikka hoidon painopiste muuttuisikin, hoitoprosessin fasilitoinnin aloittanut työpari jatkaa tarvittaessa verkostoyhteistyön koordinoimista yli sektorirajojen, ja asianosaiset voivat olla heihin suoraan yhteydessä käytännön asioiden sopimiseksi tai esimerkiksi hoitoprosessin uudelleenorganisoinniseksi ylläkkuvattujen vaiheiden mukaisesti. Avoimen dialogin hoitomallissa ei sovita etukäteen tapaamismäärästä, ja käytännössä hoito etenee käynti kerrallaan tapauskohtaisesti. Tästä syystä työntekijöillä on dialogisessa hoitojärjestelmässä yleensä kalenterissa väljyyttä ja mahdollisuus sovittaa tapaamisfrekvenssiä edellä kuvatulla tavalla joustavasti tilanteen mukaan. Tämä mahdollistaa myös responsiivisen työskentelyn siten, että asianosaiset voivat olla yhteydessä uusien aikojen sopimiseksi tarpeen mukaan, eikä uusia tapaamisia välttämättä tarvitse ennakoon sopia, jos asianosaiset kokevat sillä hetkellä pärjäävänsä tai hoidon painopiste on siirtynyt muualle.

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLIN TULOKSET

Avoimen dialogin hoitomallin vaikuttavuutta ensipsykoosin hoidossa tutkittiin naturalistisella ja kvantitatiivisella tutkimusotteella Länsi-Pohjan alueella 1980- ja 1990-luvuilla (Seikkula ym., 2011). Sekä alueella aiemmin alkaneeseen (Seikkula ym., 2011) että muualla Suomessa (Seikkula ym., 2003) toteutettuun ensipsykoosin hoitoon verrattuna avoimen dialogin malli oli yhteydessä potilaiden keskimääräistä paremmin säilyneeseen työkykyyn sekä vähäisempään sairaala- ja psykiatrihoitoon. Länsi-Pohjan alueella vuosina 1992–1997 tehdyssä kaikki ensipsykoosipotilaat käsitäneessä kohorttiseurannassa 80 prosentilla potilaista ei ollut viiden vuoden jälkeen psykoosioireita, ja 73 prosenttia oli palannut töihin tai kouluun (Seikkula ym., 2006). Tulokset replikoitiin samansuuntaisina vuosina 2003–2005 hoitoon tulleiden kohortilla (Seikkula ym., 2011). Historiallisessa vertailussa ensipsykoosin kroonistumisas-teen todettiin pienentyneen Länsi-Pohjan alueella sen jälkeen, kun hoitojärjestelmä oli uudelleenorganisoitu hoitomallin mukaan (Aaltonen ym., 2011).

Länsi-Pohjan kohorttitutkimusten tuloksiin on epäilty liittyneen tutkijoiden puolueellisuusharhaa, koska tutkimuksista on pääosin vastannut hoitomallia kehittänyt tiimi (Freeman ym., 2019). Tulokset ovat kuitenkin samansuuntaisia riippumattomien valtakunnallisten pitkäaikaistutkimusten kanssa. Esimerkiksi RETIRE-tutkimushankkeessa todettiin Länsi-Pohjassa olevan muuta Suomea pienempi riski eläköityä psykoosin vuoksi (Karolaakso ym., 2021). PERFECT-skitsofreniatutkimuksessa (Karvonen ym., 2008; Kiviniemi, 2014) Länsi-Pohjan alueella hoidetuilla skitsofreniapotilailla oli viiden vuoden seurannassa muihin sairaanhoitopiireihin verrattuna vähiten työkyvyttömyystukia, sairaalapäiviä ja lääkkeitä (Karvonen ym., 2008). Kuolleisuus oli valtakunnan mediaanitasoa (Kiviniemi, 2014). Kaikki Suomessa 1990-luvun puolivälin aikana hoitoon tulleet ensipsykoosipotilaat sisältäneessä rekisteriseurannassa muualla Suomessa hoitonsa aloittaneet ensipsykoosipotilaat olivat 19 vuoden seurannan päättyessä Länsi-Pohjan potilaita todennäköisemmin edelleen psykiatrisen hoidon piirissä tai työkyvyttöminä (Bergström ym., 2018). Kuolleisuudessa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.

”Avoimen dialogin malli oli yhteydessä potilaiden keskimääräistä paremmin säilyneeseen työkykyyn sekä vähäisempään sairaala- ja psyykenlääkehoitoon.”

1990-luvun jälkeen Länsi-Pohjan mielenterveyspalveluita kunnallistettiin ja hoitomallin osaamista keskitettiin nuorisopsykiatrian poliklinikalle (Bergström ym., 2022a). Keskeisenä tavoitteena oli mahdollisimman varhaisen perhe- ja verkostokeskeisen dialogisen vastauksen turvaaminen nuorten ja heidän perheidensä avunpyyntöihin, jotta tilanteet eivät lähtisi vaikeutumaan.

Nuorisopsykiatrisessa hoidossa vuosina 2003–2008 ensi kertaa olleiden rekisteriseurannassa Länsi-Pohjan ulkopuolella hoitonsa aloittaneet nuoret olivat todennäköisemmin edelleen psykiatrisen hoidon piirissä tai työkyvyttöminä 10 vuoden seurannan päätyttyä (Bergström ym., 2022c). Myös terveys- ja sosiaalipalveluiden käytöstä aiheutuneet kumulatiiviset kokonaiskustannukset olivat väestösuhteutettuna Länsi-Pohjassa hoitonsa aloittaneilla muuta Suomea pienemmät (Bergström ym., 2022c). Riski kodin ulkopuolisille interventioille ja kodin ulkopuolisten interventioiden uusiutumiselle oli Länsi-Pohjassa muuta Suomea pienempi (Bergström ym., 2023a). Kuolleisuudessa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja (Bergström ym., 2023b).

LÄNSI-POHJAN ULKOPUOLISET TUTKIMUSTULOKSET

Länsi-Pohjan ulkopuolella avoimen dialogin hoitomallia on tutkittu pääosin nuoriso- ja akuuttipsykiatrian palveluissa. Suomessa avoimen dialogin hoitomallia soveltanut hoito-ohjelma oli yhteydessä psykoosiriskissä olleiden nuorten parempaan toimintakykyyn ja mielialaoireiden lievittymiseen (Granö ym., 2016). Tanskalaisessa valtakunnallisessa rekisteriseurannassa avoimen dialogin hoito oli 10 vuoden seurannassa yhteydessä nuorten mielenterveyspotilaiden pienempään palveluiden käyttöasteeseen ja parempaan työkykyyn (Buus ym., 2019). Bostonissa avoimen dialogin mukainen hoito oli yhteydessä nuorten psykoosipotilaiden oireiden lievittymiseen, parantuneeseen toimintakykyyn ja suureen potilastyytyväisyyteen (Gidugu ym., 2021; Gordon ym., 2016).

New Yorkissa avoimen dialogin hoitomallin mukaan organisoitu akuuttihoito vähensi sairaalahoidon käyttöä ja hoidon kokonaiskustannuksia (Bouchery ym., 2018). Laadullisissa analyyseissa potilaat ja heidän läheisensä kokivat avoimen dialogin hoidon pääosin myönteisenä ja itseymmärrystä lisänneenä (Wusinich ym., 2020). Suurta potilas- ja läheistytyväisyyttä on raportoitu myös muilla alueilla, joissa hoitomalli on implementoitu, mutta joista ei ole vertailevaa vaikuttavuustietoa saatavilla (Buus ym., 2017; Lakeman, 2014).

Isossa-Britanniassa avoimen dialogin hoitomallin mukaisesti organisoitu julkinen mielenterveyspalvelu oli muihin alueisiin verrattuna yhteydessä sairaalahoidon vähenemiseen (Kinane ym., 2022) ja potilastyytyväisyyden parantumiseen (Hendy & Pearson, 2020; Kinanen ym., 2022; Sunthararajah ym., 2022; Tribe ym., 2019).

Pohdinta avoimen dialogin hoitomallin implementaatiomahdollisuuksista Suomessa

Avoimen dialogin hoitomallissa on kyse hoitoparadigmasta, jossa sekä tietynlaisen prosessikoulutuksen että palveluiden järjestämistä koskevien muutosten avulla pyritään turvaamaan sellainen

dialoginen ja tarvittaessa myös moniammatillinen kohtaaminen, joka optimoi mielenterveyshoidon yhteiset vaikuttavat tekijät ja pyrkii lisäämään avuntarvitsijoiden toimijuutta heidän oman arkielämänsä kontekstissa. Koska dialoginen hoitomalli ei ole menetelmä, sen käyttöönotto ei välttämättä onnistu sellaisten implementaatiostrategioiden avulla, joilla mielenterveysinterventioita pyritään yleensä ottamaan käyttöön. Länsi-Pohjan kehitystyö tarjoaa kuitenkin yhden esimerkin siitä, miten mielenterveyshoitojärjestelmä voidaan uudelleenorganisoida avoimen dialogin tai vastaavan holistisemman mielenterveyshoitomallin mukaan suomalaisen palvelujärjestelmän kontekstissa.

LÄNSI-POHJAN KEHITYSTYÖ

Lähtökohta Länsi-Pohjan kehitystyölle oli organisaation ja esihenkilöstön tuki. Käytännössä dialogista hoitomallia ei missään vaiheessa esitetty mielenterveyshoidon perustyöstä erillisenä mallina, vaan kyse oli itsessään mielenterveyspalvelusta koko alueen väestölle.

Länsi-Pohjassa psykiatrilta perustettiin oma ympärivuorokautinen palveluohjaus, joka vastasi alueen mielenterveyspalveluiden koordinoinnista siten, että ensimmäinen hoitokokous pystyttiin järjestämään tarvittaessa saman päivän aikana. Käytännössä henkilöstöresurssit valjastettiin verkostopsykoterapeuttisen hoitoprosessin fasilitointiin. Dialogisessa vuorovaikutuksessa syntyy myös runsaasti sellaista tietoa, jota perinteisillä tiedonkeruumenetelmillä ei välttämättä saada tavoitettua ja jota voidaan tarvittaessa käyttää aiempaa yksilöllisemmän mielenterveyshoidon suunnittelun ja toteutuksen tukena. Tässä mielessä dialoginen hoitomalli olisi mahdollisesti yhteensovitettavissa porrastetun hoitoajatuksen kanssa, mikäli ensiportailta olisi oirekyselyiden ja edukatiivisten hoito-ohjelmien sijasta määrämittäinen dialoginen hoitoprosessi, jonka pohjalta lähdettäisiin tarpeenmukaisesti räätälöimään ylempillä portailta toteutettavaa hoitoa.

KOULUTUS

Jotta edellä kuvattu hoitoonohjausprosessi onnistuu ilman lisäresursseja, mielenterveyspalveluissa työskentelevillä tulee olla riittävä koulutus verkostopsykoterapeuttiseen työhön. Länsi-Pohjassa pitkällä prosessikoulutuksella lisättiin myös työntekijöiden valmiuksia sietää ei-tietämisen positioista aiheutuvaa epävarmuuden tunnetta. Tämä nähdään mallissa välttämättömänä dialogiseen tilaan pääsemiseksi, koska ennalta tietäminen tai tilanteen yksisuuntainen määrittäminen hoitoprosessin alussa sulkee mahdollisuuden avoimeen dialogiin.

Länsi-Pohjassa säästöjä saatiin järjestämällä koulutukset ja potilastyönohjaukset organisaation omana toimintana, jolloin ne integroituivat myös tiiviisti arkityöhön. Muualla avoimen dialogin hoitomallia on implementoitu kouluttamalla työntekijä 1–3,5 vuoden prosessikoulutuksilla, jotka muistuttavat rakenteeltaan suomalaisia psykoterapeuttikoulutuksia. Koulutuksissa on kuitenkin painottunut yksittäisten menetelmien ja suuntausten sijaan psykoterapeuttisten työskentely- ja tiimien yhteistoimintavalmiuksien parantaminen. Tiimien työskentelykulttuuriin ja sen muutoksen seuraamiseen on viime aikoina kehitetty dialogisen hoitomallin adherenssi- ja fideliteettimittaristoja, joita voidaan jatkossa hyödyntää hoitomallin kehittämisen tukena (Alvarez-Monjaras ym., 2023; Lotmore ym., 2023).

Vaikka koulutuksilla onkin saatu yksittäisten tiimien hoitoparadigma muuttamaan dialogisempaan suuntaan siten, että myös työntekijät ovat kokeneet työn mielekkyyden parantuneen, eivät muut palvelujärjestelmärakenteet ole kunnolla tukeneet hoitokäytäntöä ja sen ylläpitämistä (Florence ym., 2020; Hendy ym., 2020; Hopper

ym., 2020; Wusinch ym., 2020). Koulutuksen lisäksi avoimen dialogin hoitomallin kehittämistä tulisikin edistää sellaisilla rakenteellisilla muutoksilla, jotka tukisivat dialogiseen vuorovaikutukseen pääsemistä tilanteesta riippumatta.

DIALOGISTA KOHTAAMISTA TUKEVAT RAKENTEET

Avoimen dialogin hoitomalli ei edellytä ennakkomäärittelyjä tai lähetitteitä, koska nämä eivät ole ainoastaan tarpeettomia dialogisen kohtaamisen näkökulmasta, vaan voivat itsessään estää avoimeen dialogiin pääsemisen hoitoprosessin alussa. Tämän myötä tarkkarajainen erottelu perus- ja erikoistason mielenterveyshoitoon tulee tarpeettomammaksi ja ihmisten avunpyyntöihin pystytään vastaamaan välittömästi kokoamalla asianomaiset yhteen ja kutsumalla aina tarvittaessa muuta asiantuntemusta hoitavan verkoston osaksi. Tällöin resursseja ei myöskään tarvitse käyttää erillisin arviointijaksoihin tai oikean hoitopolun määrittämiseen. Vastaavalla menetelyllä on saatu parannettua mielenterveyspalveluiden toimivuutta myös muualla Suomessa (THL, 2013).

Dialogiin pääsemiseksi sekä henkilökunnalla että palveluita käyttävillä on oltava riittävän turvallinen olo. Välittömän reagoimisen lisäksi turvallisuuden tunnetta edistää mahdollisuus tiiviiseen tapaamistiheyteen ja siihen, että samat työntekijät ottavat vastuun hoitoprosessin fasilitoimisesta yli organisaatorajojen. Tämä taas vaatii sen, että auttamisprosessista ja sen ylläpitämisestä vastaa selkeästi määritetty taho, jolloin verkostopsykoterapeuttinen työ on sekä strukturoitua että tavoitteellista.

Länsi-Pohjan alueella dialogisen hoitoprosessin fasilitaattorina toimi psykiatrian erikoissairaanhoidon, joka lopulta muodosti koko alueen kattavan mielenterveyssektorin ilman erittelyä perus- ja erikoistasoniin. On mahdollista, että fasilitaattorin roolissa toimisi myös jokin muu organisaatio, kuten sosiaalihuolto. Mielenterveyspalvelujen eri tasoilla olisi kuitenkin monella alueella jo valmiina sekä rakenteet että riittävät henkilöstöresurssit dialogisen auttamisjärjestelmän organisoimiseen, mikäli resursseja valjastettaisiin enemmän tähän tarkoitukseen arviointi- ja häiriökohtaisen interventiotyön sijasta.

ERITYISKYSYMYKSIÄ

Dialoginen hoitomalli ei poissulje jo olemassa olevia oireenmukaisia mielenterveyshoitomenetelmiä, mikäli nämä katsotaan dialogisen kohtaamisen jälkeen edelleen tarpeelliseksi vakava-asteisen oirekuvan lievittämiseksi tai tilanteen pitkittyessä. Erityistason psykiatrian palvelut voitaisiin dialogisessa hoitomallissa keskittää sairaaloihin, joiden kautta koordinoitaisiin akuuttiosastohoidon lisäksi muuta sairaalaympäristöä vaativaa mielenterveyshoitoa.

Länsi-Pohjassa myös psykiatrisen osaston hoitohenkilökunta koulutettiin hoitomallin mukaisesti, ja suuri osa osastohenkilöstöstä toimi avo- ja sairaalahoidon rajapinnassa osana hoitavaa verkostoa. Koska hoitomalli näyttää vähentävän sairaalahoidon tarvetta, vapauttaa tämä lisäresursseja rajapinnassa tehtävään työhön sekä siihen, että myös sairaalahoidon voidaan soveltaa nykyistä joustavammin pääasiassa hengenvaaraa tai merkittävää sosiaalista haittaa aiheuttavan akuutin oireilun lievittämiseen. Pidempiaikaisesta ympärivuorokautista tukea tarvitsevien hoidossa on mahdollista hyödyntää olemassa olevaa kuntoutuskeskustöryhteisöä, jota voitaisiin edelleen kehittää dialogisen hoitomallin suuntaan esimerkiksi Soteria-lähestymistavan avulla (Bergström, 2023).

”Erityistason psykiatrian palvelut voitaisiin dialogisessa hoitomallissa keskittää sairaaloihin, joiden kautta koordinoitaisiin akuuttiosastohoidon lisäksi muuta sairaalaympäristöä vaativaa mielenterveyshoitoa.”

Avoimen dialogin hoitomallissa mielenterveysdiagnoseja voidaan käyttää aiempaa tarkkarajaisempien hoitomenetelmien oireenmukaiseen kohdentamiseen sekä tukien hakemiseen, kunhan nämä eivät määritä hoitoprosessia eivätkä ammattilaiset tarjoa näitä ensisijaisiksi selityksiksi ihmisten elämänongelmille, sillä kyse on vain oirekuvauksista. Nykytilanteessa voisi olla mahdollista käyttää varsinaisten sairauskäsitteiden sijaan oireiden laatua ja vakavuusastetta kuvaavia diagnoosikoodeja. Tällöin historialliset sairauskäsitteet sekä niihin liittyvät stereotypiat eivät ohjaisi ihmisten käyttäytymistä ja ongelmatulkintaa. Samalla koodit tarjoaisivat lääkäreille tiedon siitä, millaisesta lääkete- tai muusta hoidosta voisi olla ihmiselle hyötyä tai haittaa akuutin oirekuvan lievittämisessä ja millaisella kiireellisyysasteella tietynlainen hoito olisi syytä aloittaa. Lääkehoidon osalta dialogisessa hoitomallissa pyritään pienimpään oireita lievittävään hoitoannokseen pääasiassa tilanteissa, joissa oireilu on vakava-asteista tai pitkittynyttä. Myös tällöin lääkehoidon tarpeellisuutta ja annoslaskun mahdollisuutta on arvioitava säännönmukaisesti esimerkiksi lääkehoidonohjauksen keinoin (Bergström ym., 2022b).

Nykyjärjestelmässä eläke- ja muut sosiaalivakuutusmaksuja ohjaavat lait johtavat herkästi yksilön ongelmien psykopatologisointiin ja ennalta määriteltyihin mielenterveyshoitoihin tilanteissa, joissa yksilön työ- ja opiskelukyky ovat eri syistä alentuneet. Tämä voi johtaa mekaaniseen hoitokäytäntöön, joka hankaloittaa dialogisen hoitomallin toteutusta. Dialogisen hoitomallin toteuttamista edistäisi se, että ihmiset saisivat asianmukaiset sosiaali- ja sairausvakuutus- tuet myös sellaisissa etiologialtaan avoimeksi jäävissä tilanteissa, joissa hoitava verkosto on yhdessä arvioinut ihmisen työ- tai opiskelukyvyn alentuneeksi. Käytäntö vähentäisi yksittäisille lääkäreille kasaantuvaa lausumiskuormaa, mutta on muuten lähes analoginen nykytilanteen kanssa, jossa tukia haetaan pääasiassa asianosaisten muodostaman tilannekuvauksen ja etiologialtaan avoimen oirediagnoositiikan avulla. Dialogisen hoitomallin laaja-alaisempi implementointi vaatisi tarkempaa arviointia siitä, mahdollistaako jo nykyinen laintulkinta yllä kuvatun menettelyn, vai edellyttäisikö se lainsäädännöllistä muutosta.

Dialogisessa hoitoprosessissa tapahtuva työ- ja toimintakyvyn aiempaa yksilöllisempi määrittäminen auttaisi huomioimaan paremmin tosiasialliset keinot, joilla työkyvyn palautumista voitaisiin tukea ihmisen oman arkielämän kontekstissa ja jotka osaltaan selittänevät hoitomallilla saatuja myönteisiä tuloksia mielenterveyspalveluita käyttäneiden pitkän aikavälin työ- ja toimintakyvyssä. On myös oletettavaa, että dialoginen hoitomalli vähentää palveluiden monikanavarahoitusta, mikä on Länsi-Pohjassa näkynyt muun muassa vähäisenä kuntoutuspsykoterapian käyttönä (Miettinen ym., 2023). Yksilöpsykoterapia ja muu kuntoutus kohdentuisivat tällöin niistä paremmin hyötyville.

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLIN KEHITTÄMISEN HAASTEET

Palvelujärjestelmän kehittäminen avoimen dialogin suuntaan ei välttämättä vaadi merkittäviä rakenteellisia uudistuksia, sillä hoitomallin mukainen hoitoonohjaus ja tapa kohdata mielenterveyspalveluista apua hakevia ihmisiä on mahdollista sisällyttää jo nykyisen mielenterveyshoitojärjestelmän perustehtäväksi tietynlaisen koulutuksen ja esihenkilötoiminnan avulla. Dialogisen kohtaamisen jälkeen voidaan myös soveltaa tarkkarajaisempia ja esimerkiksi julkiseen palveluvalikoimaan kuuluvia menetelmiä siten kuin niitä jo nyt sovelletaan, mikäli tämä on enää tarpeen.

Avoimen dialogin hoitomallin mukaisen toimintatavan omaksuminen voi kuitenkin vaatia poisoppimista joistakin totutuista ajattelutavoista, ammattirooleista ja hoitokäytännöistä. Tämä voi olla sekä palveluita käyttäville että työntekijöille raskasta. Etenkin korkeassa asiantuntija-asemassa työskenteleville avoimen dialogin hoitomallin mukainen palveluiden uudelleenorganisointi ja työskentelytapa edellyttäisivät kokonaisvaltaista muutosta ammatti-identiteetissä, mikä voidaan niin ikään kokea uhkaavana. Mikäli enemmistö esihenkilöistä ja työntekijöistä ei jaa dialogisen hoitomallin peruseriaatteita, on riskinä vastakkaisten koulukuntien muotoutuminen tiimien sisälle, mikä todennäköisesti heikentää sekä työhyvinvointia että hoidon laatua (esim. von Peters ym., 2023). Tästä syystä avoimen dialogin kehittämisessä olisi tärkeää pyrkiä lisäämään työntekijöiden toimijuutta ja turvallisuuden tunnetta heidän oman arkityönsä kontekstissa, minkä vuoksi kehittämistyötä olisi tehtävä paikallisesti ja huomioida sekä alueelliset että tiimikulttuuriin liittyvät tekijät.

”Palvelujärjestelmän kehittäminen avoimen dialogin suuntaan ei välttämättä vaadi merkittäviä rakenteellisia uudistuksia.”

Yksittäisen hoitomallin ylhäältä alaspäin tapahtuvan implementoinnin sijaan holistinen ihmiskäsitys tarjoaa raamin palvelujärjestelmän kehittymiselle alhaalta ylöspäin siten, että dialogisemman kohtaamisen todennäköisyys lisääntyy (Bergström, 2023). Käytännössä holistisessa auttamisprosessissa pyritään optimoimaan mielenterveyshoidon yhteiset vaikuttavat tekijät, jolloin yksittäistä menetelmää ja sen implementointia tärkeämpää on varmistaa, että ihmiset tulevat hätänsä kanssa nopeasti kohdatuiksi ja heidän kanssaan päästään välittömästi hyvään yhteistyösuhteeseen. Vasta tämän jälkeen on tarkempien menetelmien vuoro, mikäli nämä ovat enää tarpeen.

Avoimen dialogin hoitomallissa lääkärit ovat olleet edelleen virkavastuussa hoidosta, vaikka dialogisen hoitoprosessin käytännön toteutus ja fasiliteetivastuu olisikin enemmän muilla työntekijöillä (Seikkula & Alakare, 2004). Hoitomallin implementoinnissa on siksi varmistettava, ettei virkavastuu muodostu lääkärille kohtuuttomaksi esimerkiksi tilanteessa, jossa hoitojärjestelmään tehdään rakenteellisia muutoksia, mutta hoitohenkilöstö ei ole saanut riittävästi täydennyskoulutusta dialogisen hoitoprosessin turvalliseen kannatteluun. Dialogisen hoitomallin onnistunut implementaatio edellyttää myös suurta työntekijäpysyvyyttä, joka ei nykyjärjestelmässä välttämättä toteudu. Toisaalta sekä Länsi-Pohjassa että muualla on raportoitu huomattavan suurta työntekijäpysyvyyttä muunlaisiin mielenterveyspalveluihin verrattuna.

Dialogisessa hoitomallissa mielenterveyshoidon asiantuntijuus rakentuu holistisen ihmiskäsityksen ja kompleksisen ihmissuhdetöiden osaamisen ympärille. Vaikka dialogisen hoitomallin kokonaisvaltainen implementaatio voi olla nykytilanteessa haastavaa ja aikaa vievää, voivat yksittäiset työntekijät jo nyt kehittää omaa työskentelyään dialogisempaan suuntaan taulukon 2 mukaisesti.

LOPUKSI

Avoimen dialogin hoitomalli on vaihtoehtoinen tapa organisoida mielenterveyspalvelut siten, että palvelujärjestelmä keskittyy tukemaan mielenterveyspalveluita käyttävien entistä vastavuoroisempaa ja kontekstuaalisempaa kohtaamista. Etenkin akuutti- ja nuorisopsykiatriassa hoitomalli on useissa toisistaan riippumattomissa tutkimuksissa osoittanut sekä myönteisiä pitkän aikavälin hoitotuloksia että kustannussäästöjä, mutta satunnaiskontrolloitu näyttö on puutteellista. Satunnaiskontrolloidun koekasetelman rakentamista ja hoitomallin implementoimista on vaikeuttanut se, ettei avoimen dialogin hoitomallissa ole kyse hoitomenetelmästä vaan hoitoparadigman muutoksesta.

Vaikka tutkimustietoa tarvitaan lisää, on avoimen dialogin hoitomallissa monia elementtejä, joiden voidaan olettaa parantavan etenkin lasten ja nuorten palveluiden vaikuttavuutta. Ensinnäkin hoitomallissa ei ole tarpeen tarkkaan erotella varsinaista potilasta, vaan sen sijaan koko sosiaalinen verkosto kutsutaan hoitoprosessin osapuoleksi. Tämä voi tukea sosiaalisen verkoston omia voimavaroja ja auttaa näin ratkomaan niitä kontekstitekijöitä, joihin lasten ja nuorten psykososiaalinen oireilu yleensä kytketty.

Toiseksi avoimen dialogin holistisempi ihmiskäsitys lievittää psykiatristen diagnoosien ongelmallista reifikaatiota (Hyman, 2010) eli esineellistymistä, joka ilmenee siten, että yhä useampi ihminen selittää omia ja toisten elämänongelmia psykiatrisilla tai neuropsykiatrisilla diagnooseilla. Koska psykiatriset diagnoosit ovat sopimukseenvaraisia oirekuvauksia, jotka eivät ota kantaa havaittavan oireilun syihin, johtaa tällainen reifikoituminen herkästi itseään ylläpitävään kehäpäätelmään. Oletettavasti psykiatristen diagnoosien reifikoituminen myös patologisoi yleisinhimillisiä psyykkisiä ja sosiaalisia ilmiöitä, ja johtaa normaalin kaventumiseen ja mielenterveysalan asiantuntijavallan kasvuun. Tämä voi lisätä sekä palvelukysyntää että palveluiden epätarkoituksenmukaista siiloutumista eri häiriöluokkien hoitamiseen erikoistuneisiin yksiköihin (Bergström, 2023).

”Vaikka tutkimustietoa tarvitaan lisää, on avoimen dialogin hoitomallissa monia elementtejä, joiden voidaan olettaa parantavan etenkin lasten ja nuorten palveluiden vaikuttavuutta.”

Holistinen ihmiskäsitys ei sisällä olettamusta psyykkisten tai sosiaalisten ilmiöiden universaalista redusoitavasta luonteesta, minkä vuoksi se mahdollistaa paremmin sekä psyykkisen oireilun että muiden elämänongelmien tapauskohtaisen ymmärtämisen ja hoitamisen. Tämä vähentää yksilön ominaisuuksien patologisoinnista ja tutkimusten valossa myös pitkien psyykenlääke- ja muiden mielenterveyshoitojen tarvetta, mitä voidaan pitää tavoiteltavana etenkin lasten ja nuorten auttamisessa. ●

AVAINSANAT:

nuoret, mielenterveys, moniammatillinen verkostotyö, perheet, työparityö

SIDONNAISUUDET:

Ei sidonnaisuuksia

RAHOITTAJA:

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, Pohjoisen osaamis- ja tukikeskus

LÄHTEET:

Aaltonen, J., Seikkula, J. & Lehtinen, K. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3(3), 179–191. <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.601750>

Alanen, Y. O. (2009). Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis*, 1(2), 156–166. <https://doi.org/10.1080/17522430902795667>

Alvarez-Monjaras, M., Lotmore, M., Razzaque, R., Hopfenbeck, M. S. & Pilling, S. (2023). The community mental health team fidelity scale: A measure of program fidelity of social networks interventions for severe mental illness. *Frontiers in psychology*, 14, 1076791. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1076791>

Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostojevskij's poetics. Theory and history of literature (Vol 8)*. Manchester University Press.

Bergström, T. (2020a). Life after integrated and dialogical treatment of first-episode psychosis. Long-term outcomes at the group and individual level. *JYU Dissertations*, 207. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8119-8>

Bergström, T. (2020b). Näkökulma laajenee, mielenterveysstigma vähenee. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 57(1). <https://doi.org/10.23990/sa.8870>

Bergström, T. (2023). From treatment of mental disorders to the treatment of difficult life situations: A hypothesis and rationale. *Medical Hypotheses*, 176, 111099. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2023.111099>

Bergström, T., Savolainen, R., Näätsaari, A., Piipponen, U., Laakso, J., Valtanen, K., ... & Kurtti, M. (2022a). Many decades of dialogical work together with young people and their social networks in the mental health services of Finnish Western Lapland. In *Working with family and community resources in educational, social and mental health contexts*. <http://www.editura.ubbcluj.ro/www/en/ebook2.php?id=3143>

Bergström, T., Hulkko, A., Hartikainen, S., Koponen, H., Lieslehto, J., Jääskeläinen, E. & Isohanni, M. (2022b). Psykoosilääkehoidon ohjaus voi tehostaa skitsofrenian hoitoa. *Duodecim*, 138(9), 787–793. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16810>

Bergström, T., Kurtti, M., Miettunen, J., Yliruka, L. & Valtanen, K. (2023a). Out-of-home interventions for adolescents who were treated according to the Open Dialogue model for mental health care. *Child abuse & neglect*, 145, 106408. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106408>

Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Kurtti, M., Köngäs-Saviaro, P., Löhönen, E., ... & Valtanen, K. (2022c). The 10-year treatment outcome of open dialogue-based psychiatric services for adolescents: A nationwide longitudinal register-based study. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(12), 1368–1375. <https://doi.org/10.1111/eip.13286>

Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. 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, 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>

Bergström, T., Seikkula, J., Gaily-Luoma, S., Miettunen, J. & Kurtti, M. (2023b). A 5-Year Suicide Rate of Adolescents Who Enrolled to an Open Dialogue-Based Services: A Nationwide Longitudinal Register-Based Comparison. *Community mental health journal*, 59(6), 1043–1050. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01106-0>

Bergström, T., Seikkula, J., Holma, J., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J. & Alakare, B. (2022d). Retrospective experiences of first-episode psychosis treatment under Open Dialogue-based services: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 58(5), 887–894. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00895-6>

Bergström, T., Seikkula, J., Holma, J., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P. & Alakare, B. (2019). How do people talk decades later about their crisis that we call psychosis? A qualitative study of the personal meaning-making process. *Psychosis*, 11(2), 105–115. <https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1603320>

Bouchery, E. E., Barna, M., Babalola, E., Friend, D., Brown, J. D., Blyler, C. & Ireys, H. T. (2018). The effectiveness of a peer-staffed crisis respite program as an alternative to hospitalization. *Psychiatric Services*, 69(10), 1069–1074. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700451>

Buus, N., Bikic, A., Jacobsen, E. K., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J. & Rossen, C. B. (2017). Adapting and implementing Open Dialogue in the Scandinavian countries: A scoping review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(5), 391–401. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1269377>

LÄHTEET:

- Buus, N., Kragh Jacobsen, E., Bojesen, A. B., Bikic, A., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J. & Erlangsen, A. (2019). The association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.015>
- Buus, N., Ong, B., Einboden, R., Lennon, E., Mikes-Liu, K., Mayers, S. & McCloughen, A. (2021). Implementing Open Dialogue approaches: A scoping review. *Family process*, 60(4), 1117–1133. <https://doi.org/10.1111/famp.12695>
- Florence, A. C., Jordan, G., Yasui, S. & Davidson, L. (2020). Implanting Rhizomes in Vermont: a Qualitative Study of How the Open Dialogue Approach was Adapted and Implemented. *The Psychiatric quarterly*, 91(3), 681–693. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09732-7>
- Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C. H. & Pilling, S. (2019). Open Dialogue: A Review of the Evidence. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 70(1), 46–59. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800236>
- Gidugu, V., Rogers, E. S., Gordon, C., Elwy, A. R. & Drainoni, M. L. (2021). Client, family, and clinician experiences of Open Dialogue-based services. *Psychological Services*, 18(2), 154–163. <https://doi.org/10.1037/ser0000404>
- Gooding, P. (2021). Compendium report: Good practices in the Council of Europe to promote voluntary measures in mental health. Council of Europe. <https://rm.coe.int/inf-2021-9-compendium-final-e/1680b11f60>
- Gordon, C., Gidugu, V., Rogers, E. S., DeRonck, J. & Ziedonis, D. (2016). Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis Into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 67(11), 1166–1168. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600271>
- Granö, N., Karjalainen, M., Ranta, K., Lindgren, M., Roine, M. & Therman, S. (2016). Community-oriented family-based intervention superior to standard treatment in improving depression, hopelessness and functioning among adolescents with any psychosis-risk symptoms. *Psychiatry Research*, 237, 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.03>
- Hendy, C. & Pearson, M. (2020). Peer supported open dialogue in a UK NHS trust – a qualitative exploration of clients' and network members' experiences. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 15(2), 95–103. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-10-2019-0052>
- Heumann, K., Kuhlmann, M., Böning, M., Tülsner, H., Pocobello, R., Ignatyev, Y., Aderhold, V. & von Peter, S. (2023). Implementation of open dialogue in Germany: Efforts, challenges, and obstacles. *Frontiers in psychology*, 13, 1072719. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1072719>
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology*, 6, 155–179. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- Karolaakso, T., Autio, R., Näppilä, T., Leppänen, H., Rissanen, P., Tuomisto, M. T., Karvonen, S. & Pirkola, S. (2021). Contextual and mental health service factors in mental disorder-based disability pensioning in Finland - a regional comparison. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1081. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07099-4>
- Kinane, C., Osborne, J., Ishaq, Y., Colman, M. & MacInnes, D. (2022). Peer supported Open Dialogue in the National Health Service: Implementing and evaluating a new approach to Mental Health Care. *BMC Psychiatry*, 22(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03731-7>
- Karvonen, M., Peltola, M., Isohanni, M., Pirkola, S., Suvisaari, J., Lehtinen, K., Hella, P. & Häkkinen, U. (2008). PERFECT-Skitsofrenia. *Stakesin työpapereita* 8/2008. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193950>
- Kiviniemi, M. (2014). Mortality, disability, psychiatric treatment and medication in first-onset schizophrenia in Finland: The register linkage study. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica*, 1267. <https://urn.fi/URN:ISBN:9789526206325>
- Lakeman, R. (2014). The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review. *Psychotherapy in Australia*, 20(3), 26–33.
- Lotmore, M., Ziedonis, D., Alvarez Monjaras, M., Hopfenbeck, M., Razaque, R., Wilson, E. & Pilling, S. (2023). Development and refinement of the open dialog adherence protocol in complex mental health care. *Frontiers in psychology*, 13, 1041375. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1041375>
- Miettinen, S., Rinne, H., Pulkki, J., Heino, P. & Poikkeus, L. (2023). Alueelliset erot Kelan kuntoutukseen osallistumisessa mielen terveyden ja käytetytymisen häiriöissä. *Kuntoutus*, 46(2), 5–20. <https://doi.org/10.37451/kuntoutus.130986>
- Moncrieff, J. (2018). Research on a 'drug-centred' approach to psychiatric drug treatment: assessing the impact of mental and behavioural alterations produced by psychiatric drugs. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(2), 133–140. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000555>
- Olson, M. E., Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School.
- Pocobello, R., Camilli, F., Alvarez-Monjaras, M., Bergström, T., von Peter, S., Hopfenbeck, M., ... & el Sehity, T. J. (2023). Open Dialogue services around the world: a scoping survey exploring organizational characteristics in the implementation of the Open Dialogue approach in mental health services. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1241936. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1241936>
- Putman, N. & Martindale, B. (2022). *Open Dialogue for Psychosis: Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning*. London: Routledge.
- Rauhala, L. (1986). *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Gaudeamus.
- Seikkula, J. (2011). Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 179–193. <https://doi.org/10.1375/anft.32.3.179>

LÄHTEET:

- Seikkula, J. (2019). Psychosis is not illness but a survival strategy in severe stress: A proposal for an addition to a phenomenological point of view. *Psychopathology*, 52(2), 143–150. <https://doi.org/10.1159/000500162>
- 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(2), 214–218. <https://doi.org/10.1080/10503300500268490>
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3(3), 192–204. <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.595819>
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J. M., Rasikangas, A. & Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 5(3), 163–182.
- Seikkula, J. & Alakare, B. (2004). Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim*, 120(3), 289–296.
- Seikkula, J. & Olson, M. E. (2003). The Open Dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403–418. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x>
- Sunthararajah, S., Clarke, K., Razzaque, R., Chmielowska, M., Brandrett, B. & Pilling, S. (2022). Exploring patients' experience of peer-supported open dialogue and standard care following a mental health crisis: qualitative 3-month follow-up study. *BJPsych open*, 8(4), e139. <https://doi.org/10.1192/bjpo.2022.542>
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2013). Etelä-Karjalan aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelut vuonna 2012. Raportti, 24.2.2013.
- Tribe, R. H., Freeman, A. M., Livingstone, S., Stott, J. C. H. & Pilling, S. (2019). Open dialogue in the UK: Qualitative study. *BJPsych Open*, 5(4), e49. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.38>
- van Os, J., Guloksuz, S., Vijn, T. W., Hafkenscheid, A. & Delespaul, P. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: Time for change? *World Psychiatry*, 18(1), 88–96. <https://doi.org/10.1002/wps.20609>
- von Peter, S., Eissing, K. & Saliger, K. (2023). Open Dialogue as a cultural practice - critical perspectives on power obstacles when teaching and enabling this approach in current psychiatry. *Frontiers in psychology*, 13, 1063747. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1063747>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Waters, E., Ong, B., Mikes-Liu, K., McCloughen, A., Rosen, A., Mayers, S., ... & Buus, N. (2021). Open Dialogue, need-adapted mental health care, and implementation fidelity: A discussion paper. *International journal of mental health nursing*, 30(3), 811–816. <https://doi.org/10.1111/inm.12866>
- World Health Organization (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Haettu osoitteesta <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- Wusinich, C., Lindy, D. C., Russell, D., Pessin, N. & Friesen, P. (2020). Experiences of Parachute NYC: An Integration of Open Dialogue and Intentional Peer Support. *Community mental health journal*, 56(6), 1033–1043. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00556-0>

