

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Kati Hassinen
Sonja Uski

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI JA SILLÄ HOIDETTAVAT MIELENTERVEYDEN
HÄIRIÖT–Tietopaketti Nuorisokoti Messi Oy:n henkilökunnalle

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2020



OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2020
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijät
Kati Hassinen, Sonja Uski

Nimeke
Avoimen dialogin hoitomalli ja sillä hoidettavat mielenterveyden häiriöt–Tietopaketti
Nuorisokoti Messi Oy:n henkilökunnalle

Toimeksiantaja
Nuorisokoti Messi Oy

Tiivistelmä

Ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta mielenterveydellä on merkittävä rooli. Meistä jokainen kohtaa elämänsä aikana ohi meneviä kriisejä ja toiset meistä myös vaikeampia mielenterveyden ongelmia. Psykiatria tarjoaa apua mielenterveysongelmista kärsiville asiakkaille silloin, kun omat keinot ja voimat eivät riitä niistä selviytymiseen. Yleisesti käytettävän psykiatrisen hoitomallin lisäksi Suomessa on kehitetty erilaisia psykiatrian hoitomalleja, joista yksi on Torniossa 1980-luvulla kehitetty Avoimen dialogin hoitomalli. Tämän hoitomallin keskiössä korostuu välitön reagointi apua tarvitsevan tilanteeseen, perhekeskeisyys sekä eri ammattilaisten saumaton yhteistyö.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä ja työn tarkoituksena oli lisätä nuorisokoti Messi Oy:n henkilöstön tietoa Avoimen dialogin hoitomallista yhtenä psykiatrisen hoitotyön toteutustapana. Opinnäytetyön tehtävänä oli koota tietopaketti avoimen dialogin hoitomallista ja järjestää esittelytuokio aiheesta nuorisokoti Messi Oy:n henkilöstölle. Opinnäytetyömme teoriaosuudessa esittelimme Avoimen dialogin hoitomallin syn-tyhistoriaa sekä hoitomallin seitsemän periaatetta. Lisäksi kokosimme tietoa hoitomallilla hoidettavista mielenterveyden häiriöistä.

Opinnäytetyömme jatkokehitysideana olisi tutkia, mihin maihin hoitomallia on viety ja missä muodossa. Myös hoitomallin tuloksia eri maiden välillä olisi mielenkiintoista tarkastella. Nämä tutkimusten tulokset antaisivat laajempaa tietoa aiheesta jo tietävälle sekä konkretisoisivat hoitomallin mahdollista toimivuutta ja tehokkuutta.

Kieli
suomi

Sivuja 36
Liitteet 4
Liitesivumäärä 25

Asiasanat

mielenterveys, Avoimen dialogin hoitomalli, psykiatrisen hoitotyö



THESIS
April 2020
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 13 260 600

Authors

Kati Hassinen, Sonja Uski

Title

Open Dialogue Approach and Mental Disorders Treated with It—An information Package for the Staff of Youth Home Messi Ltd.

Commissioned by

Youth Home Messi Ltd.

Abstract

Mental health has a significant role in the comprehensive well-being of a human. Each one of us faces transitory crises and some of us face more serious mental health problems. Psychiatry offers help to people when their own means and strength are insufficient for coping with problems. In addition to the commonly used psychiatric treatment model, different psychiatric treatment models have been developed in Finland. One of them is the Open Dialogue approach, which was developed in Tornio in the 1980's. The key points in this approach are an immediate response to the situation of the one in need of help, family-centeredness and seamless co-operation between various professionals.

The purpose of this practice-based thesis was to increase knowledge among the personnel of the youth home Messi Ltd about the Open Dialogue approach as one way of implementing psychiatric nursing. The thesis objective was to gather an information package about the Open Dialogue approach. In the theoretical part of the thesis, the origin of the Open Dialogue approach and its seven principles were introduced. In addition, information was gathered on mental health disorders treated by using this approach.

A further development idea for this thesis would be to explore in which countries this approach has been exported to and in what form. Also, it would be interesting to compare the achieved treatment results between different countries. This would provide more extensive information for those who already are familiar with the method and concretize how functional and efficient the approach is.

Language

Finnish

Pages 36

Appendices 4

Pages of Appendices 25

Keywords

mental health, open dialogue approach, psychiatric nursing

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Mielenterveyden häiriöt ja kriisit	6
2.1	Psykoosi.....	6
2.2	Skitsofrenia.....	7
2.3	Depressio	8
2.4	Unettomuus.....	9
2.5	Psyykkiset kriisit	10
3	Mielenterveyshoitotyö Suomessa	11
4	Avoimen dialogin hoitomalli.....	12
4.1	Hoitomallin synty ja kehittyminen	13
4.2	Periaatteet	14
4.2.1	Nopea hoitoon pääsy	15
4.2.2	Perhe ja muut läheiset osallistuvat hoitoon	15
4.2.3	Kokeneen työryhmän vastuu hoidosta.....	16
4.2.4	Epävarmuuden sietäminen.....	17
4.2.5	Hoidon asiakaslähtöisyys	18
4.2.6	Verkostokeskeinen työskentely	18
4.2.7	Hoitokokousten avoin dialogisuus	19
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä	20
6	Opinnäytetyön prosessi	20
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	21
6.2	Toimintaympäristö Nuorisokoti Messi Oy:n esittely	21
6.3	Tuotoksen esittely.....	22
6.4	Tietopaketin suunnittelu ja toteutus.....	22
6.5	Tietopaketista saatu palaute.....	24
7	Pohdinta	25
8.1	Tuotoksen tarkastelu.....	26
8.2	Luotettavuus ja eettisyys	27
8.2.1	Opinnäytetyön luotettavuus.....	27
8.2.2	Eettisyys opinnäytetyössä.....	28
8.3	Ammatillinen kasvu.....	29
8.4	Jatkohyödynnettävyys ja -tutkimus	30
	Lähteet.....	32

Liitteet

Liite 1	Avoimen dialogin hoitomalli, diaesitys
Liite 2	Kahoot!-kysymykset
Liite 3	Tiivistelmälehtinen
Liite 4	Palautelappu

1 Johdanto

Mielenterveysongelmat ovat yleisiä koko Suomessa (Riihonen, Oulasmaa & Laru 2020). Väestöliiton (2020) sivujen mukaan mielenterveysongelmien yleisyyttä on maassamme kuitenkin hankala tarkalleen tietää. Tämä johtuu siitä, että kaikki sairastuneet eivät tiedä sairastavansa mielenterveyden häiriötä tai eivät hakeudu avun piiriin.

Ihmisen hyvinvoinnin kannalta mielenterveydellä on tärkeä rooli. Omasta mielenterveydestä kannattaa pitää huolta ja omia mielenterveyttä ylläpitäviä voimavaroja vahvistaa. Kun puhutaan mielenterveydestä, liitetään siihen usein käsitteitä kuten onnellisuus, psyykinen hyvinvointi, mielen tasapaino ja kaikin puolin hyvä elämä. Mielenterveys ei siltikään tarkoita sitä, ettei elämässä voisi kohdata ahdistusta, alakuloisuutta, riittämättömyyden tunnetta tai jopa mielenterveyden häiriötä. Jokaisen elämään kuuluu ylä- ja alamäkiä, joilta kukaan ei voi välttyä. Kun kohdataan edellä mainittuja asioita, ne voivat horjuttaa mielenterveyttä, mutta eivät suinkaan poista sitä. Ne ovat vain syitä pitää itsestään parempaa huolta. (Nuortenmielenterveystalo.fi 2020.)

Yleisesti käytössä olevan psykiatrisen hoitotyön toteutustavan lisäksi Suomessa on käytössä erilaisia psykiatrisia hoitomalleja, joista opinnäytetyössämme esittelemme Torniossa kehitetyn Avoimen dialogin hoitomallin. Hoitomallin kehittäminen alkoi Keroputaan psykiatrisessa sairaalassa 1980-luvulla. Tämän hoitomallin keskiössä on välitön reagointi asiakkaan avunpyyntöön, verkoston hyödyntäminen hoidon voimavarana sekä ryhmätyöskentely (Suomen Mielenterveys ry 2020a).

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena ja toimeksiannon saimme työelämästä, nuorisokoti Messi Oy:stä. Opinnäytetyön tehtävänä on koota tietoa Avoimen dialogin hoitomallista ja yleisimmistä hoitomallilla hoidettavista mielenterveyden häiriöistä. Tavoitteena on antaa tietoa Suomessa kehitetystä verkostokeskeisestä, psykiatrisesta hoitomallista. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin helmikuussa 2020.

2 Mielenterveyden häiriöt ja kriisit

Mielenterveys on hyvinvointitila, jossa ihminen ymmärtää mahdollisuutensa ja voimavaransa, selviytyy normaalista elämän stressistä, voi työskennellä tuottavasti ja on kykeneväinen olemaan osallisena yhteisönsä toiminnassa (World Health Organization 2014). Erilaisia psykiatrisia ongelmia kuvataan yleiskäsitteellä mielenterveyden häiriö. Mielenterveyden häiriöt ovat oireyhtymiä, joiden psyykkisiin oireisiin liittyy haittaa tai kärsimystä, ja jotka heikentävät toimintakykyä ja elämänlaatua. Kun mielenterveys järkkyy, on tärkeää tunnistaa häiriö, jotta siihen voidaan antaa sopivaa hoitoa. Vaikeastakin mielenterveyden häiriöstä kärsivä henkilö voi hyvän hoidon avulla elää tyydyttävää elämää. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a.)

Kriisi voi olla seurausta hyvin monenlaisista tapahtumista ja vaiheista elämässä. Kriisin taustalla saattaa olla mieltä järkyttänyt tapahtuma tai äkillisesti syntynyt muutos elämässä. Kriisin keskellä ihminen tuntee olevansa avuton ja hädissään, tunne perusturvallisuudesta heikkenee ja elämästä tuntuu häviävän ote. Jokainen ihminen sietää erilaisia elämäntilanteita eri tavalla; joku selviää vähälläkin oireilulla, kun toinen taas tarvitsee enemmän apua ja pidemmän ajan toipuakseen. (Suomen Mielenterveys ry 2019a.)

2.1 Psykoosi

Psykoosi on yleistermi tiloille, joille ominaista on todellisuudentajun heikkeneminen. Psykoosisairauksiin kuuluvat skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö ja harhaluuloisuus-häiriö. (Pavlovic, Pavlovic & Donaldson 2016.) Toisaalta on olemassa myös lyhytkestoisia ja reaktiivisia psykooseja (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b). Psykoosin synnylle ei ole yksiselitteistä syytä, vaan siihen vaikuttavat useat tekijät. On todettu, että muun muassa raskauden ja syntymän aikaiset vammat ja kehityshäiriöt ovat yhteydessä psykoosin esiintymiseen. (Mielenterveystalo.fi 2019a.) Psykoosisairauksia sairastaa elämänsä aikana noin 3,5 % suomalaisista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019c).

Riskitekijöinä psykoosin sairastumiselle ovat perinnölliset tekijät sekä kasvuperheen ilmapiiri. Kuormittavan elämäntilanteen aiheuttama stressi voi laukaista psykoosin.

(Mielenterveystalo.fi 2019a.) Psykoottiseen oireiluun voi johtaa myös kannabiksen käyttö. Se voi myös laukaista itse psykoosin. Riskiä sairauden puhkeamiselle lisäävät kannabiksen käytön aloittaminen nuorella iällä, kannabiksen korkea THC-pitoisuus (kannabiksen psykoaktiivisin aine) traumatausta sekä perinnöllinen alttius. (Päihdelinkki.fi 2019.)

Psykoottiset oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat oireet, jotka ovat normaaliin psyykkiseen toimintaan nähden ylimääräisiä. Esimerkiksi aistiharhat, hajanainen puhe ja harhaluulot ovat positiivisia oireita. Negatiivisilla eli puutosoireilla tarkoitetaan niitä oireita, jotka normaaliin psyykkiseen toimintaan nähden ovat heikentyneitä tai kokonaan puuttuvia. Negatiiviset oireet ilmenevät muun muassa apaattisuutena, mielihyvän kokemisen puutteena sekä puheen tuoton köyhtymisenä. (Mielenterveystalo.fi 2019a.)

Ohimenevät harha-aistimukset eivät välttämättä ole merkki hoitoa vaativasta psykoosisairaudesta, mutta ne voivat silti olla sairauden esioireita (Huttunen 2018). Psykooseja on tärkeää hoitaa moniammatillisesti. Yksilöidyn kuntoutuksen lisäksi tulee käyttää lääkehoitoa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019c.)

2.2 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vakava, psyykkinen sairaus, joka tyypillisesti alkaa varhaisessa aikuisiässä (Marshall & Rathbone 2011). Sen puhkeaminen usein linkittyy elämän merkittäviin muutoksiin. Näitä voivat olla esimerkiksi opintojen alkaminen ja parisuhteen syntymiseen tai muuhun normaaliin aikuistumiseen liittyvät kehitys- tai kuormitustekijät. Myös toksinen syy, eli huumausaineiden käyttö, voi altistaa skitsofrenian puhkeamiselle. (Käypä hoito 2015; Mielenterveyden keskusliitto 2019.) Skitsofrenia sairautena voidaan jakaa neljään eri muotoon: paranoidinen, hebefreeninen, katatoninen sekä erilaistumaton skitsofrenia. Jako tapahtuu oireiden mukaan. (Käypä hoito 2013.) Suomessa skitsofreniaa sairastaa noin 0,5–1,5 % kokonaisväestöstä. Tämä tarkoittaa, että Suomessa skitsofreniaa sairastavia henkilöitä on suunnilleen 50 000. (Käypä hoito 2015.) Maailmanlaajuisesti skitsofreniaa sairastaa noin 1 % väestöstä riippumatta sosiaalisesta luokasta, rodusta tai kulttuurista (Xia, Merinder & Belgamwar 2013).

Suurimpana riskitekijänä skitsofrenian puhkeamisessa on ensiasteen sukulaisella esiintyvä skitsofrenia. Tämä lisää sairastumisriskiä jopa kymmenkertaiseksi verrattuna normaaliväestöön. Tästä syystä raskaana olevan äidin tulee pitää erityistä huolta itsestään raskauden aikana, sillä muun muassa äidin kokema stressi, aliravitsemus tai infektio raskauden aikana voivat lisätä syntyvän lapsen riskiä sairastua skitsofreniaan. Myös lapsuuden aikaiset traumaattiset kokemukset voivat suurentaa myöhempää sairastumisriskiä. (Käypä hoito 2015; Huttunen 2018a.)

Vähintään 75 % skitsofreniaan ensikertaa sairastuneista kärsii prodromaali- eli ennakko-oireista. Näitä oireita ilmenee kuukausia, jopa vuosia ennen sairauden puhkeamista. Ennakko-oireita ovat esimerkiksi harhaluulot, masentuneisuus, univaikeudet, huono stressinsietokyky, keskittymisvaikeudet, vetäytyminen ihmissuhteista sekä oudot ajatukset, käytös tai teot. Skitsofrenian oireisto vaihtelee suuresti sekä sairastuneiden välillä että sairastuneella sairautensa eri vaiheissa. Skitsofrenian varsinaiset oireet voidaan jakaa viiteen oireytyppiin, joita ovat aistiharhat, harhaluulot, hajanaisuus puheessa, niin sanotut negatiiviset oireet sekä motorinen kiihtyneisyys, jäykkyys tai pahasti hajanainen tai outo käytös. (Huttunen 2018a.)

Skitsofreniaa hoidetaan lääkityksellä, terapialla ja psykososiaalisella hoidolla. Useimmat sairastuneista hyötyvät psykoosilääkityksestä, mutta tarve on yksilöllinen ja osa pärjää ilman lääkitystä. (Mielenterveyden keskusliitto 2019.) Sähköhoidosta voi olla hyötyä skitsofrenian hoidossa, mutta se on tehottomampaa kuin psykoosilääkitys (Käypä hoito 2015).

2.3 Depressio

Depressio eli masennustila on mieliala- ja mielenterveyden häiriö. Masennustilan kesto on vähintään kaksi viikkoa ja se vaikuttaa toimintakykyyn työ- ja arkielämässä. Lisäksi se vaikeuttaa myös merkittävien ihmissuhteiden ylläpitämistä. (Kitchener, Jorm, Kelly, Lassander & Karila-Hietala 2018, 5–6) Vuositasolla depressiosta kärsii noin 5 % suomalaisesta aikuisväestöstä ja masennustilojen on todettu olevan 1,5–2 kertaa yleisempiä naisilla kuin miehillä. Depressio on sairaus, jonka syntyyn vaikuttavat moninaiset teki-

jät; sosiaalisia, biologisia ja psykologisia vaaratekijöitä. Riskiä sairastua depression lisäävät geneettinen taipumus, kielteiset elämäntapahtumat ja depressionille altistavat persoonallisuuden piirteet. (Käypä hoito 2016.)

Depression oireita on lukuisia. Yleisimmät oireet ovat masentunut mieliala ja mielenkiinnon menetys asioihin, jotka aiemmin ovat olleet kiinnostavia ja tuottaneet mielihyvää. Muita oireita ovat unihäiriöt, energian puute tai vähentyneet voimavarat, aiheettomat ja ylettömät itsesyytökset ja omanarvontunnon väheneminen, keskittymisvaikeudet, ruokahalun muutokset, psykomotorinen kiihtyminen tai hidastuminen sekä toistuvat itsemurha-ajatukset ja itsetuhoisuus. (van Marwijk, Allick, Wegman, Bax & Riphagen 2012; Käypä hoito 2016.)

Yleensä depressionia hoidetaan masennuslääkkeillä, psykoterapialla tai näiden yhdistelmällä (Cooney, Dwan, Greig, Lawlor, Rimer, Waugh, McMurdo & Mead 2013). Pelkkä psykoterapia tai masennuslääkitys ovat lievissä tai keskivaikeissa masennustiloissa yhtä tehokkaita oireiden lievittäjiä, mutta tehokkainta hoito on käytettäessä näitä molempia hoitoja yhdistelmänä. Joissakin tapauksissa depression akuuttihoitossa voidaan kokeilla sähkö-, kirkasvalo- tai transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa. Depression hoitoon kuuluu aina sairauteen ja sen hoitoon liittyvää potilasopetusta eli psykoedukaatiota. (Käypä hoito 2016.) Liikunnan vaikutusta depression on tutkittu vuosikymmenien ajan. Useat lääkärit ja tutkijat ovat sitä mieltä, että depressionista kärsivät henkilöt saattavat hyötyä ryhmäliikunnasta, joten liikuntaa voidaan suositella osaksi kokonaisvaltaista hoitoa. Sillä ei kuitenkaan voi korvata depression lääke- tai terapiahoitoa. (Cooney ym. 2013; Käypä hoito 2016.)

2.4 Unettomuus

Tilapäinen unettomuus on hyvin tavallista ja sitä ilmenee jokaisella jossain vaiheessa elämää. Se voi johtua stressaavasta elämäntilanteesta, aikaerosta, surusta tai sairaudesta, jotka ovat kuitenkin ohimeneviä tekijöitä. Unettomuus on kyvyttömyyttä nukkua riittävästi. Se voi ilmetä nukahtamisvaikeutena, unessa pysymisen hankaluutena tai liian varhaisena heräämisenä. Unettomuudesta voidaan puhua silloin, kun asiakkaalla on vaikeuksia saada unta tai pysyä unessa kolmena yönä viikossa vähintään yhden kuukauden

ajan. (Käypä hoito 2018; Huttunen 2018b; Mielenterveystalo.fi 2019b.) Pitkittyneen unettomuuden syitä voivat olla esimerkiksi jatkuvasti stressaava elämä, depressio tai jokin muu psyykkinen sairaus, alkoholin liikkakäyttö, lääkkeiden tai huumeiden käyttö tai joku ruumiillinen sairaus. Pitkittyneestä unettomuudesta kärsii Suomessa noin 12 % aikuisväestöstä. (Käypä hoito 2018; Huttunen 2018b.) Länsimaalaisista aikuisista unettomuudesta kärsii 6–10 % (Rösner, Englbrecht, Wehrle, Hajak & Soyka 2018).

Unettomuudella on useita riskitekijöitä, kuten naissukupuoli, perinnölliset tekijät, terveydentila ja sen muutokset, persoonallisuushäiriöt ja persoonallisuuden piirteet, huonot nukkumisolosuhteet, työhön liittyvät tekijät sekä elämäntavat ja nukkumistottumukset. Unettomuuden hoito koostuu monesta eri osa-alueesta. Omahoito, lääkehoito, kognitiivis-behavioraalisten ja muiden lääkkeettömien menetelmien soveltaminen sekä ympäristötekijät tulee ottaa huomioon suunniteltaessa monipuolista unettomuuden hoitoa. (Käypä hoito 2018.)

2.5 Psyykkiset kriisit

Normaaliin elämään ja kehitykseen kuuluu kriisejä, jotka voivat olla peräisin positiivisista tai negatiivisista elämäntapahtumista (Mielenterveystalo.fi 2019c). Kriisejä esiintyy kaikilla iästä riippumatta (Terveyskylä.fi 2018). Puhuttaessa psyykkisestä kriisistä tarkoitetaan sillä yleiskäsitettä, joka kuvaa mielenterveyden epätasapainotilaa. Kriisi voidaan luonnehtia tilaksi, joka pitää sisällään psyykkistä tuskaa ja elämän jatkumisen kyseenalaistamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Kriisejä on erilaisia: traumaattisia eli äkillisiä kriisejä tai kehitys- eli elämänkriisejä. Elämänkriisi voi syntyä tapahtumasta, joka kuuluu normaaliin elämään mutta syystä tai toisesta henkilö kokee tapahtuman ylivoimaisena. Tällaisia elämäntapahtumia voivat olla esimerkiksi lapsen syntymä, työttömyys tai eläkkeelle jääminen. (Suomen Mielenterveysseuran SOS-kriisikeskuksen työryhmä 2019.) Äkillinen kriisi ilmaantuu odottamattomasti ilman ennakkovaroitusta aiheuttaen sen, etteivät henkilön omat toimintamallit ja keinot enää ole riittäviä normaalin arjen jatkamiseen ja kriisistä selviämiseen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019d.) Esimerkkeinä äkillisen kriisin mahdollisista aiheuttajista mainittakoon läheisen odottamaton kuolema, väkivallan kohteeksi joutu-

minen, keskenmeno, luonnonkatastrofin tai suuronnettomuuden kokeminen tai niin sanottu läheltä piti -tilanne, jossa henkilön oma tai läheisen terveys tai henki on ollut uhatuna (Nuortenmielenterveystalo.fi 2019b; Suomen Mielenterveys ry 2019b).

3 Mielenterveystyö Suomessa

Mielenterveysongelmista aiheutuu raskas ja yhä kasvava taakka, joka on omiaan aiheuttamaan huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle. Niistä aiheutuu myös mittavaa inhimillistä kärsimystä, pitkäkestoista toimintakyvyn alentumista ja jopa kuolleisuuden lisääntymistä. Lisäksi esimerkiksi depressio on jatkuvasti yleistyvä mielenterveyden häiriö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Mielenterveystyön tarkoituksena on vähentää mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä ja vahvistaa mielenterveyttä. Mielenterveystyö pitää sisällään mielenterveyttä edistävää työtä, mielenterveyshäiriöiden ehkäisyä ja mielenterveyspalveluja. Mielenterveyttä edistävän työn tavoitteena on suojella, ylläpitää ja kohentaa kaikkien kansalaisten mielenterveyttä. Mielenterveyshäiriöiden ehkäisyä tavoitellaan erityisesti riskiryhmiin kohdistetulla mielenterveystyöllä. (Haravuori, Muinonen, Kanste & Marttunen 2016.) Mielenterveysongelmiin palveluja tarjoavat perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, sosiaalipalvelut ja vapaaehtoisjärjestöt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004).

Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on mielenterveyspalveluiden ohjaava lainsäädäntö, hoitoon pääsyä koskevat määräykset ja muu viranomaistyö (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019e). Mielenterveystyön yleistä suunnittelua, ohjausta ja valvontaa hoitaa sosiaali- ja terveysministeriö. Kunnan tai kuntayhtymän tulee järjestää osana kansanterveystyötä mielenterveyspalveluja siinä laajuudessa ja sillä sisällöllä, kuin kunnassa on tarve. Ensisijaisesti mielenterveyspalvelut tulisi järjestää avopalveluina ja niin, että oma-aloitteinen hoitoon hakeutuminen on mahdollista. Näin tuetaan itsenäistä suoriutumista. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee järjestää erikoissairaanhoitona annettavat palvelut. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Yleisesti mielenterveyshäiriöiden hoito koostuu keskusteluavusta ja lääkityksestä. Joskus myös erilaisia ryhmätoimintoja tai toiminnallisia hoitomuotoja, kuten musiikki- tai taideterapiaa käytetään mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Myös vaikeita ja pitkäkestoisia mielenterveysongelmia hoidetaan useimmiten niin kutsutusti avohoitona. Avohoitto käsittää asiakkaan tuen tarpeen mukaan erilaisia tuettuja palveluja, kuten tuetut asumispalvelut tai kuntouttava päivätoiminta. Vasta jos psykiatrisen avohoidon tukipalvelut eivät ole riittäviä, asiakas ohjataan osastohoitoon arvioinnin jälkeen. (Suomen Mielenterveys ry 2019c.)

Joillakin Suomen paikkakunnilla psykiatrinen erikoissairaanhoito tarjoaa päivystyspalveluita, joihin apua tarvitsevat henkilöt voivat ottaa suoraan yhteyttä (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2019d). Esimerkkinä tällaisesta päivystyspalvelusta on Päijät-Hämeen seudulla toimiva Siltaryhmä, joka on jalkautuva työryhmä. Se toimii siltana psykiatrisen avohoidon ja osastohoidon välillä. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018.) Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä (2018) on puolestaan käytössä Avoimen dialogin hoitomalli.

4 Avoimen dialogin hoitomalli

Avoimen dialogin hoitomalli, tunnettu myös Keroputaan hoitomallina (Haarakangas 2002, 65), on Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian hoitomalli, joka on saavuttanut laajalti kiinnostusta myös ulkomailla (Vilppa 2013). Avoimen dialogin hoitomalli perustuu seitsemään hoitoprosessia ohjaavaan periaatteeseen. Nämä periaatteet ovat nopea hoitoon pääsy, perhe ja muut läheiset osallistuvat hoitoon, kokeneen työryhmän vastuu hoidosta, epävarmuuden sietäminen, hoidon asiakaslähtöisyys, verkostokeskeinen työskentely sekä hoitokokousten avoin dialogisuus. (Alakare, Kurtti & Karttunen 2018; Pavlovic, Pavlovic & Donaldson 2016.) Vaikka hoitomallia on tutkittu vaikeimpien psyykkisten häiriöiden, kuten skitsofrenian, hoidon parissa, voidaan sitä soveltaa myös elämän kriisitilanteisiin (Seikkula & Alakare 2004; Lakeman 2014).

4.1 Hoitomallin synty ja kehittyminen

1970-luvulla Turussa toteutettiin skitsofreniaprojekti, jossa professori Yrjö Alasella työryhmineen oli tavoitteena kehittää psykoosien hoitoon hoitomalli, jota olisi mahdollista käyttää soveltaen myös julkisessa psykiatrisessa hoitotyössä. Tuotoksena syntyi tarpeenmukaisen hoidon malli, jossa kriisin kohdanneen ihmisen ja hänen läheistensä sekä hoitohenkilökunnan yhteistyöllä pyritään lisäämään ymmärrystä oireilusta ja sen hoitamisesta pitkäjänteisesti psykoterapeuttisella tavalla. Tarpeenmukaisen hoidon mallissa lääkehoito ei ole korostuneessa roolissa. Diagnoosi ei tässä hoitomallissa määrittele hoitotapaa vaan ihminen yksilönä ja hänen ainutkertainen tilanteensa. (Turpeinen 2018.) Tässä hoitomallissa avainasemassa ovat seuraavat periaatteet: asiakaslähtöisyys ja perhekeskeisyys, psykoterapeuttinen hoitoasenne, terapeuttisten toimintojen integroituminen, selkeä ja jatkuva hoitoprosessi sekä hoitotoimintojen ja -tulosten jatkuva seuranta (Alanen 2009).

Vuosina 1981–1987 toteutettiin Suomessa valtakunnallinen skitsofreniaprojekti, jonka tarkoituksena oli skitsofreniapotilaiden laitostumisen ehkäisy sekä avohoidon kehittäminen niin, että potilaat pärjäisivät avohuollon palveluiden avulla ilman laitoshoidoa (Ojanen, Nordling & Laurén 1994). Lisäksi painotettiin potilaiden perheiden ottamista mukaan ongelman tunnistamiseen ja hoidon suunnitteluun välittömästi hoidon alusta saakka (Seikkula ym. 2019). Skitsofreniaprojektissa annettiin suositukset, joissa korostettiin nopeaa hoidon aloittamista, potilaan perheen ja läheisten osallistumista hoitoprosessiin sen alusta saakka, työryhmän pysyvyyttä potilaan hoidossa koko hoitoprosessin ajan sekä erilaisten hoitomenetelmien yhdistämistä. Torniossa sijaitsevassa Keroputaan mielisairaalassa yllä mainitut suositukset olivat jo omaksuttu periaatteiksi hoitokokouksissa sekä poliklinikkatoiminnassa. (Haarakangas 2002, 65.)

1980-luvun skitsofreniaprojektin yhtenä lähtökohtana oli tarpeenmukaisen hoidon malli ja avoimen dialogin hoitomalli on yksi sovellus tarpeenmukaisen hoidon mallista. Avoimen dialogin hoitomallia on kehitetty Keroputaan sairaalassa vuodesta 1984 lähtien edellä mainittujen projektien myötä. Henkilön sairastuessa ensimmäisen kerran psykoosiin, tarpeenmukaisen hoidon malli oli sairaalahoitoa vähentävä hoitomalli. Ongelmaksi muodostui hoidon jatkuvuus sairaalahoitojakson jälkeen. Avoimen dialogin hoi-

tomalli vastaa tähän tarpeeseen yhdistäen sairaala- ja avohoidon, jolloin psykoosipotilaan hoitopolku ei katkea. (Seikkula ym. 2004; Turpeinen 2018.)

Suomessa 1990-luvulla toteutettu Akuutin psykoosin integroitu hoito -projekti (API) tuotti kaksi uutta tarpeenmukaisen hoidon hoitoperiaatetta, jotka ovat horisontaalinen asiantuntijuus sekä akuutin psykoosin hoito on ryhmätyötä (Heikkinen 2014; Turpeinen 2018). Horisontaalinen asiantuntijuus tarkoittaa erillisten ryhmien yhteistyötä ja asiantuntijoiden välistä rajojen ylittämistä. Lisäksi hoito ja asiantuntijuus eivät ole aikaan tai paikkaan sidottuja, vaan niitä voidaan toteuttaa asiakkaalle suotuisimmassa paikassa, esimerkiksi asiakkaan kotona. Akuutin psykoosin hoito ryhmätyönä tarkoittaa sitä, että sairastunut henkilö lähiverkostoineen toimii aitona osana työryhmää. (Heikkinen 2014.)

Avoimen dialogin hoitomallissa on kiinnitetty entistä vahvemmin huomiota hoidon psykologiseen jatkuvuuteen, jonka on huomattu olevan usein haasteena sairaalahoidon ja avohoidon ollessa toisistaan erillisiä komponentteja. Avoimen dialogin hoitomallissa hoito pyritään mahdollisimman pitkälle toteuttamaan niin, että sairastunut henkilö voi elää omassa, tutussa elinympäristössään, jossa myös häntä koskevat hoitokokoukset järjestetään. Hoitokokouksissa painotetaan horisontaalista asiantuntijuutta ja moniäänisyyttä. Moniäänisyydellä tarkoitetaan tässä sitä, että jokainen hoitokokouksissa paikalla oleva saa äänensä kuuluviin. Näin puheeksi nousevat aiheet pysyvät avoimina ja kehittyvät moniäänisyyden myötä yhteistä ymmärrystä aikaan saavaan suuntaan. (Turpeinen 2014.)

4.2 Periaatteet

Periaatteet ohjaavat hoitoprosessia Avoimen dialogin hoitomallissa. Ehkä merkittävimpänä periaatteena voidaan mainita periaate, jonka mukaan perhe ja muut läheiset ovat kriisin kohdanneelle henkilölle voimavara. Tämä voimavara on tärkeää saada mukaan hoitoprosessiin heti sen alusta lähtien. (von Peter, Aderhold, Cubellis, Bergström, Stastny, Seikkula & Puras 2019.)

Myös muut hoitomallin periaatteet ovat tärkeitä hoitoprosessin sujuvuuden kannalta. On tärkeää esimerkiksi reagoida nopeasti avunpyyntöön, olla joustava, taata psykologinen

jatkuvuus ja toimia yhteistyössä moniammatillisen verkoston kanssa jokaisen asiakkaan hyväksi. (Seikkula ym. 2004.) Seuraavassa avaamme tarkemmin hoitomallin periaatteet.

4.2.1 Nopea hoitoon pääsy

Hoitomallin mukaan tulee yhteydenottamisen kynnys pitää matalana. Minkäänlaista lähetettä ei tarvita, pelkkä puhelinsoitto riittää. Apua tarvitseva asiakas tai huolestunut läheinen voi vuorokauden ajasta riippumatta soittaa tiettyyn puhelinnumeroon ja saada tarvittaessa välittömästi kriisiapua. (Haarakangas 2002, 66; Alakare ym. 2018; Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2019.) Puhelinnumerosta vastaa hoitotyöntekijä, joka on saanut koulutusta verkostokeskeiseen työotteeseen sekä omaa tietoa alueensa sosiaali- ja terveysalan toimijoista (Alakare ym. 2018). Puheluun vastaavan hoitotyöntekijän tulee selvittää apua tarvitsevasta asiakkaasta mm. ikä, missä asiakas asuu ja kenen kanssa, ketkä ovat läheisiä ihmisiä, onko syytä olla huolissaan asiakkaan turvallisuudesta ja onko asiakkaalla aikaisempaa hoitokontaktia. Toisinaan soittaja saa tarvitsemansa avun jo keskustelemalla puheluun vastanneen hoitotyöntekijän kanssa. (Haarakangas 2008.)

4.2.2 Perhe ja muut läheiset osallistuvat hoitoon

Elämänkriisi on iso tapahtuma, joka yleensä koskettaa myös lähipiiriä eikä vain henkilöä itseään. Verkostonäkökulmasta katsottuna tämä lähipiiri tulisi saada mukaan kriisin kohtaamiseen, koska ongelma ei poistu ennen kuin kaikki ovat havainneet sen poistuneen. (Seikkula & Arnkil 2005, 49–50.) Jo ensimmäisestä hoitokokouksesta lähtien otetaan asiakkaan perhe ja läheinen verkosto mukaan hoidon suunnitteluun. Avoimen dialogin hoitomallissa asiakkaan perhe ja muu sosiaalinen verkosto on tärkeä voimavara asiakkaalle kriisin kohtaamisessa. Lisäksi sosiaalinen verkosto toimii työryhmän yhteistyökumppanina. On tärkeää kutsua mukaan hoitokokouksiin myös mahdolliset, jo olemassa olevat, hoitotahot sekä viranomaiset ja muut asiakkaan tilanteeseen vaikuttavat tahot. (Haarakangas 2002, 67; Seikkula 2011.)

Työryhmä ei valmistelee ennakoon hoitokokousten sisältöjä tai kulkua, vaan asiakas, hänen sosiaalinen verkostonsa sekä työryhmä keskustelevat yhdessä siinä hetkessä ole-

vaan ongelmaan liittyvistä asioista. Asiakkaan hoitoon liittyvät suunnitelmat ja päätökset tehdään kaikkien jäsenten läsnä ollessa. (Arnkil, Seikkula & Eriksson 2001.) Hoitokokoukset ovat osallistujien välisiä avoimia keskusteluhetkiä (Mackler 2014; Seikkula & Arnkil 2014, 47). Ensimmäisessä hoitokokouksessa otetaan käsittelyyn huoli, jonka takia apua on lähdetty hakemaan (Haarakangas 2002, 67).

Luonnollisin paikka hoitokokouksen pitämiselle olisi asiakkaan koti, jossa koko hoitoprosessi voi tapahtua. Hoitokokousten järjestämisen asiakkaan kotona yhdessä läheisten kanssa on huomattu vähentävän sairaalahoidon tarvetta. Jos asiakas ja perhe niin haluavat, hoitokokous voidaan toteuttaa myös muualla, esimerkiksi kahvilassa, koulussa tai sairaalan poliklinikalla. (Haarakangas 2002, 67; Seikkula ym. 2004; Pharoah, Mari, Rathbone & Wong 2012; Alakare ym. 2018.) Työryhmän työntekijät jalkautuvat tuomaan asiantuntemustaan lähelle asiakkaita ja perusterveydenhuoltoa. Työryhmä järjestää tapaamisia siellä, missä on helpoin saada huolen keskellä olevat henkilöt yhteen. (Alakare ym. 2018.)

4.2.3 Kokeneen työryhmän vastuu hoidosta

Sen työntekijän, joka ottaa vastaan yhteydenoton asiakkaalta tai joltakin tilanteesta huolestuneelta henkilöltä, tulee järjestää ensimmäinen hoitokokous 24. tunnin sisällä yhteydenotosta. Hänen tulee myös organisoida työryhmä, joka ottaa vastuun asiakkaalle aloitettavasta hoidosta. Jokaiselle asiakkaalle kootaan 2–4 henkilöä käsittävä hoitava työryhmä, joilla on riittävästi kokemusta ja erityisosaamista perhekeskeisestä psykiatrisesti hoitotyöstä. Vastuunottava työryhmä on moniammatillinen. Ihanteellisinta olisi muodostaa työryhmä niin, että siihen kuuluu jäseniä sekä sairaalasta että avohoidon puolelta. Työryhmässä voi olla mukana esimerkiksi poliklinikan lääkäri, osaston sairaanhoitaja sekä mielenterveystoimiston psykologi. (Arnkil ym. 2001; Haarakangas 2002, 68; Seikkula ym. 2005, 48; Pavlovic ym. 2016.)

Moniammatillisella työryhmällä turvataan psykologinen jatkuvuus. Tällä tarkoitetaan sitä, että tämä työryhmä ottaa vastuun asiakkaan hoitoprosessista riippumatta siitä, tarvitseeko asiakas väliaikaisesti sairaalahoidoa vai pärjääkö hän kotonaan. (Arnkil ym. 2001; Seikkula ym. 2004; Seikkula & Alakare 2019, 132.) Työryhmän vastuulla on yh-

distää toisiaan tukevia ja täydentäviä hoitomuotoja (Seikkula ym. 2019, 132). Psykologiseen jatkuvuuteen liittyy myös olennaisesti se, ettei asiakkaan tarvitse aina uudelleen kertoa tilanteestaan uusille työntekijöille, vaan työryhmä hoitaa tiedonkulun eri toimijoiden välillä (Haarakangas 2008, 114–115).

Asiakkaan ja hänen läheistensä kannalta on tärkeää, että sama työryhmä pysyy mukana koko hoitoprosessin ajan (Alakare ym. 2018). Hoitavan työryhmän, asiakkaan ja hänen läheistensä välille syntyy kannatteleva yhteisymmärrys, jota olisi vaikea korvata kokonaan uudella työryhmällä (Haarakangas 2008, 114–115; Seikkula ym. 2014, 90–91). Jos yksi työntekijä jää pois työryhmästä, tulee asiasta keskustella riittävästi asiakkaan ja hänen perheensä kanssa. Uuden työntekijän mukaantulo voi olla virkistävä uudistus ja tuoda uusia näkökulmia asioihin, jotka mahdollisesti olisivat muuten jumiutuneet, koska asiakas perheineen on lähentynyt työryhmän kanssa niin paljon. (Haarakangas 2002, 68–69.) Myös väliaikaisesti mukana olevien hoitoalan ammattilaisten ajatellaan olevan tärkeitä, konsultoivia työntekijöitä; heidän kysymyksensä ja arvionsa tuovat dialogiin uutta, tärkeää sisältöä. Työryhmä on mukana asiakkaan hoidossa niin kauan, että asiakas ja perhe pärjäävät kotona omin voimin tai sosiaalisen verkostonsa tuella. (Haarakangas 2008, 113, 115.)

4.2.4 Epävarmuuden sietäminen

Kun ihminen kohtaa ongelmia, on luonnollista toivoa niihin nopeita ratkaisuja. Toive kohdistuu monesti työntekijöihin ja eri alojen ammattilaisiin, joilta henkilö odottaa saavansa valmiita vastauksia. Toisaalta myös työntekijöillä voi olla tarve tarjota ratkaisu asiakkaan ongelmiin, vaikka he eivät vielä tunne asiakasta eikä heillä ei ole käsitystä hänen elämäntilanteestaan. (Alakare ym. 2018.) Tällöin riskinä on tehdä hätäisiä johtoja hoitopäätöksiä, jotka eivät vastaa asiakkaan tarpeisiin (Lakeman 2014).

Avoimen dialogin hoitomallissa hoitokokouksia ei suunnitella etukäteen, mutta jokaisessa hoitokokouksessa päätetään seuraavan kokoontumiskerran ajankohta. Kun hoitokokoukset toteutetaan avoimena dialogina, saa keskiössä oleva henkilö perheensä kanssa mahdollisuuden puhua niistä asioista, joista juuri sillä tapaamiskerralla haluaa. Kun

työryhmä ei anna ongelmiin valmiita ratkaisuja, on henkilön ja hänen perheensä mahdollista käyttää enemmän omia psykologisia voimavarojaan. (Seikkula ym. 2014, 58.)

4.2.5 Hoidon asiakaslähtöisyys

Jokainen asiakas tulee kohdata yksilönä ja ottaa huomioon kokonaisvaltaisesti hänen tarpeensa. Jokaista asiakasta tulee kohdella niin kuin se hänelle parhaiten sopii. On hyvä ottaa huomioon asiakkaan elämäntavat, hänelle sopivat terapiamuodot ja työryhmän toteuttaman hoidon pituus. Hoidon sisältöä tulee muokata, koska asiakas tarvitsee kriisin kohdatessaan erilaista tukea ja hoitoa kuin esimerkiksi kuukauden kuluttua kriisistä. Asiakkaan mielipiteen mukaan päätetään myös, missä hoitokokouksia järjestetään. Joku voi kokea kodin luonnollisimmaksi paikaksi kokouksille, toiselle taas esimerkiksi poliklinikalla tapaaminen on mieluisin vaihtoehto. (Seikkula ym. 2014, 55.)

4.2.6 Verkostokeskeinen työskentely

Verkostotyöllä tarkoitetaan yhteistyötä sellaisten ammattilaisten välillä, jotka jollain tavalla ovat mukana asiakkaan asioissa. Verkostotyötä voidaan toteuttaa hyvin erilaisilla kokoonpanoilla. Sen tarkoituksena on saada lisää tietoa asiakkaan voinnista ja tilanteesta, tukea asiakasta ja tämän lähipiiriä sekä tukea asiakkaan, lähipiirin sekä eri ammattilaisten välistä yhteistyötä. (Nuortenmielenterveystalo.fi 2019a.) Tällaisessa työtavassa käytetään kokemuksellisesti ja tieteellisesti toimiviksi koettuja työkaluja ja toimintatapoja, esimerkiksi sukupuun piirtäminen tai moniammatillinen perhepalaveri (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009).

Verkostokeskeinen työskentelytapa on yleistynyt viime vuosina ja vakiinnuttanut paikkansa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden toiminnassa. Se ei ole menetelmä vaan ajattelutapa. Kun työntekijä on sisäistänyt verkostokeskeisen ajattelumallin, hän ymmärtää paremmin asiakkaan lähipiirin merkityksen tämän elämässä. Myös viranomaisten joustava yhteistyö ja konsultointi ovat tärkeää verkostokeskeisessä työskentelyssä. (Haarakangas 2002, 72–73.) Joustavuus on näiden verkostojen selkeä vahvuus ja sitä tarvitaan nopeasti muuttuvissa asiakastarpeissa (Järvensivu, Nykänen & Rajala

2010). Ilman tätä yhteistyötä voidaan ajautua tilanteeseen, jossa asiakas on hakenut apua usealta taholta ja saanut eri paikoista vain samat, toimimattomat ratkaisuehdotukset. Verkostokokouksen mahdollisuutena on sellaisen yhteisen kokemuksen syntyminen, jossa osallistujat voivat jakaa yhteisen voimattomuuden tunteen ja jonka avulla sosiaalinen verkosto löytää omat kriisissä olevan läheisensä tai perheen auttamiseen tarvittavat voimavaransa. (Haarakangas 2002, 72–73.) Kaikkien perheenjäsenten kokemusten kuulluksi ja näkyviksi tuleminen on inhimillistä ja kohtuullista (Kaakinen, Pietilä & Solantaus 2009a).

4.2.7 Hoitokokousten avoin dialogisuus

”Dialoginen toiminta edellyttää toisten ihmisten huomioonottamista.” (Haarakangas 2008). Dialogisuudella tarkoitetaan moniäänisyyttä, vuoropuhelua ja vastavuoroista vaikuttamista osanottajien välillä (Kokko 2006). Jotta voidaan työskennellä dialogisesti, tulee kunnioittaa toista henkilöä ehdoitta. Keskustelu etenee omalla painollaan, eikä sitä voi enakkoon suunnitella. Dialogisuuden rakentaminen ei kuitenkaan välttämättä ole helppoa. Dialogisuutta voi opetella ja helpoin tapa opetteluun on kysyä toiselta ihmiseltä, kuinka hän haluaa yhdessä vietettävän ajan käyttää. (Suomen Mielenterveys ry 2019d.)

Dialogisuus on asiakkaan ja hänen lähipiirinsä rinnalle ja puolelle asettumista (Kaakinen, Pietilä & Solantaus 2009b). Dialogissa tulee hyväksyä, että ihmisillä on erilaisia näkökantoja eikä kenenkään näkemys ole koko totuus. Tilanteisiin saadaan luovimmat ja parhaimmat ratkaisut, kun eri näkemyksille annetaan tilaa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Näin asiakas perheineen saa useampia vaihtoehtoja omaan elämäänsä. Ammattihenkilöillä tulee olla taitoa synnyttää ja tukea dialogista keskustelua. (Seikkula ym. 2004.) Heidän ei ole tarkoitus ratkoa asioita valmiiksi vaan auttaa asiakasta perheineen auttamaan itseään. Tärkeää on kuunnella, mitä asiakas haluaa kertoa, ei se, mitä hän itse haluaa saada selville. Tavoitteet työskentelylle määrittää asiakas lähipiirinsä kanssa. Asiakas on asiantuntija omassa asiassaan. Ammatilainen antaa ammatillisen kokemus- ja tietovarantonsa asiakkaan käyttöön. (Kaakinen ym. 2009b.) Lisäksi ammattilaisella tulee olla kykyä löytää moniäänisyydessä asuva voimavara, jotta hoitava

työryhmä on kykeneväinen kuulemaan eri äänet tasavertaisena osana samaa kertomusta ja linkittämään niitä toisiinsa yli erilaisten näkökulmien. (Seikkula ym. 2004.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä nuorisokoti Messi Oy:n henkilöstön tietoa avoimen dialogin hoitomallista yhtenä psykiatrisen hoitotyön toteutustapana. Opinnäytetyön tehtävänä on koota tietopaketti avoimen dialogin hoitomallista ja järjestää esittelytuokio aiheesta nuorisokoti Messi Oy:n henkilöstölle.

6 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyöprosessi on kestoaltaan pitkä, keskimäärin se vie aikaa 4–10 kuukautta (Karelia-ammattikorkeakoulu 2019). Olimme varautuneet siihen, että opinnäytetyön tekeminen vie paljon aikaa. Siksi aloitimme työstämisen mielestämme hyvissä ajoin, toukokuussa 2019, vaikka tavoitteena oli saada opinnäytetyö valmiiksi keväällä 2020.

Päätimme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, koska tämä toteutustapa tuntui meille luontevimmalta. Meistä toinen työskentelee nuorisokoti Messi Oy:ssä ja toivoimme saavamme toimeksiannon opinnäytetyöllemme Messistä. Tammikuussa 2019 saimme erilaisia opinnäytetyön aihevaihtoehtoja nuorisokoti Messi Oy:n laitosjohtaja Jani Ihalaiselta. Näistä vaihtoehtoista valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi Avoimen dialogin hoitomallin. Ilmoitimme valintamme laitosjohtaja Ihalaiselle ja saimme häneltä suullisen toimeksiannon.

Toukokuuhun 2019 asti hankimme molemmat tahoillamme lähteitä opinnäytetyötä varten sekä tietoa hoitomallista. Toukokuusta elokuun alkuun kirjoitimme tiiviisti opinnäytetyön tietoperustaa. Opinnäytetyöohjaukseen osallistuimme ensimmäisen kerran elokuussa 2019. Opinnäytetyön suunnitelman saimme valmiiksi lokakuussa. Tämän jälkeen viimeistelimme opinnäytetyömme teoriaosuuden ja ryhdyimme suunnittelemaan

toiminnallisen osuuden ajankohtaa ja sisältöä. Tammikuussa 2020 kokosimme toiminnallisessa osuudessa esitetyt materiaalit. Opinnäytetyön toiminnallisen osuuden toteutimme helmikuussa 2020. Tavoitteenamme on osallistua huhtikuun 2020 opinnäytetyöseminaariin.

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulutasoisen opinnäytetyön aiheen tulisi olla lähtöisin työelämästä ja tuotoksen pitäisi olla helposti sovellettavissa käytäntöön. Opinnäytetyö tulisi toteuttaa tutkimuksellisella asenteella ja sen olisi osoitettava riittävää alan tietojen ja taitojen hallintaa. Yksi opinnäytetyön toteutusmenetelmä on toiminnallinen opinnäytetyön menetelmä. Toiminnallinen opinnäytetyö on yleensä opastusta, ohjeistusta sekä toiminnan tai tapahtuman järjestämistä. Toteutustapana voi olla esimerkiksi opaslehtinen, näyttely, www-sivut, kirja tai portfolio. On suositeltavaa löytää opinnäytetyölle toimeksianto, joka on yleensä saatu työelämän edustajalta. Yhteistyössä työelämän edustajan kanssa toteutettu toiminnallinen opinnäytetyö voi toimia linkkinä opinnäytetyön tekijän ja työelämän välillä. Opinnäytetyön prosessilla ja tuotoksella voi osoittaa kiinnostustaan ja osaamistaan opinnäytetyön aiheeseen. Tämä luonnollisesti tukee opinnäytetyön tekijän omaa ammatillista kasvua, mutta voi mahdollistaa myös työllistymisen alalle. Toimeksi annettu opinnäytetyönaihe opettaa projektinhallintaa ja lisää vastuuntuntoa tehtävästä opinnäytetyöstä. Projektinhallinta pitää sisällään hyviä tiimityöskentelytaitoja, aikataulutettua toimintaa sekä täsmällisen suunnitelman tekemistä. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–17.)

6.2 Toimintaympäristö Nuorisokoti Messi Oy:n esittely

Nuorisokoti Messi Oy on 7-paikkainen yksityinen lastensuojelulaitos, joka on aloittanut toimintansa alkuvuonna 2008. Messi Oy:n asiakasprofiiliin kuuluvat psyykkisesti oireilevat, vaativahoitoiset nuoret. Messi Oy on erikoistunut nuorten psykososiaaliseen kuntoutukseen. Messiin voi tulla avohuollon tukitoimin sijoitettuna tai huostaan otettuna. Messissä hoidetaan ja kuntoutetaan 13–21-vuotiaita nuoria. Messi Oy tarjoaa jälkihuoltopalveluja itsenäistyville nuorille. Messin pihapiirissä toimii Joensuun kaupungin Ui-

maharjun koulun alainen pienryhmä, jossa Messin peruskouluikäiset nuoret käyvät koulua. (Messi Oy 2017a; Kärkkäinen 2019.)

Nuorisokoti Messi on vanhaan maatilan pihapiiriin kunnostettu viihtyisä kodinomainen kuntoutuskoti, joka sijaitsee Joensuun Haapalahdessa Pielisen rannalla. Lisäksi jälkihuoltonuorille Joensuusta löytyy 1–3 paikkainen itsenäistymisasuntola sekä 6 itsenäistymisasuntoa. Nuoret asuvat näissä tuetuissa asunnoissa Messin alivuokralaisina. (Messi Oy 2017b; Kärkkäinen 2019.)

Messissä työskentelee moniammatillinen henkilökunta, johon kuuluu sosionomeja, sairaanhoitajia, lähihoitajia, liikunnanohjaaja sekä luokanopettaja KM. Haapalahdessa toiminta on ympärivuorokautista, Joensuussa työntekijä on nuorten saatavilla päivisin ja iltaisin. Joensuussa asuvat nuoret voivat kuitenkin ottaa puhelimitse yhteyttä Haapalahteen vuorokauden ympäri. (Messi Oy 2017c; Messi Oy 2017d.)

6.3 Tuotoksen esittely

Opinnäytetyömme tuotoksena syntyi tietopaketti, jonka esittämiseen meni noin tunti aikaa. Tietopaketti sisälsi teoretietoa, joka esiteltiin PowerPoint-esitysgrafiikkaohjelmalla luodulla diasarjalla (Liite 1), teoretiedon kerranneella Kahoot!-pelipohjaisella oppimisympäristöllä (Liite 2) sekä osallistujille jaetulla tiivistelmälehtisellä (Liite 3). Tietopaketti esiteltiin Joensuun Haapalahdessa sijaitsevassa nuorisokoti Messissä nuorisokodin henkilökunnalle.

6.4 Tietopaketin suunnittelu ja toteutus

Tietopaketin suunnittelun aloitimme tekemällä raakaversiosta, mitä aiomme Messi Oy:n henkilökunnalle esittää. Päädyimme tekemään PowerPoint-esityksen, Kahoot!-pelin sekä tiivistelmälehtisen. Halusimme esitykseen suullisesti täydennetyn diasarjan lisäksi osallistavan osion, jota Kahoot!-peli edusti. Kasasimme tietopaketin esitystä aihe kerrallaan PowerPoint-esitysgrafiikkaohjelmalla. Samalla arvioimme, kuinka kauan esityksen eri osioihin kuluu aikaa.

Pomodoro-tekniikan mukaan työskentely esimerkiksi 25 minuutin jaksoissa auttaa keskittymään paremmin (Työterveyslaitos 2020). Tästä syystä halusimme pitää teoriaosuuden tiiviinä ja kuluttaa aikaa siihen noin kolmasosan esityksen kokonaisajasta. Teorian esittelyyn valitsimme Microsoftin tarjoaman esitysgrafiikkaohjelma PowerPointin. Koimme, että saimme sen avulla kasattua selkeän ja ulkoasultaan juuri meitä miellyttävän kokonaisuuden. Valitsimme diasarjan jokaisessa diassa toistuvaksi väriksi vihreän. Suomen Mielenterveysseuran (2020b) Mielinauha-kampanja kerää varoja mielenterveyden edistämistä ja kriisiauttamista varten. Kampanjassa myytävä Mielinauha on väritään vihreä, joten vihreä teema sopi tästäkin syystä esityksemme teemaväriksi. Lisäksi me molemmat pidämme vihreää rauhoittavana värinä. Sovimme ennalta, että Sonja esittelee teoriaosuudessa läpi käytävät mielenterveyden häiriöt ja elämänkriisit ja Kati avoimen dialogin hoitomallin seitsemän eri periaatetta. Molemmat valmistelimme ennakoon omat suulliset osuutemme.

Sairaanhoitajakoulutuksemme aikana meille on tullut tutuksi Internetissä toimiva Kahoot!-pelipohjainen oppimisympäristö, jota olemme käyttäneet esimerkiksi näyttöön perustuvan hoitotieteen opintojaksolla. Koimme pelin mielekkäänä ja viihdyttävänä kertausmuotona teoriaosuuden jälkeen. Kahoot! (2020) oppimisympäristö mahdollistaa leikkimielisen ja viihdyttävän tavan tarjota opetusmateriaaleja esimerkiksi oppilaille, opiskelijoille tai työntekijöille. Kati kasasi pelin kertauskysymykset ja Sonja loi pelin Kahoot!-sovelluksen avulla. Kahoot!-pelin toteutimme niin, että Sonja vastasi teknisestä puolesta ja Kati juonsi pelihetken.

Tiivistelmälehtiseen halusimme tuoda myös vihreää teemaa, mutta emme halunneet lehtisen pohjaväriksi vihreää. Haimme Googlen kuvahausta kuvan, jota oli sallittu uudelleen käyttää ja muokata. Löysimme pexels.com-sivustolta Jessica Lewisin (Lewis 2020) kuvan aloe vera -mehikasvista, jonka liitimme tiivistelmälehtisen taustakuvaksi. Koska käyttämämme PowerPoint-teeman aloitussivulla on kuva mehikasvista, halusimme myös tämän yhteyden säilyvän vihreän värin lisäksi tuotoksessamme. Tiivistelmälehtisen kuvan valitsimme ja tekstit kirjoitimme yhdessä. Lähetimme tiivistelmälehtisen arvioitavaksi opinnäytetyötämme ohjaaville opettajille ja muokkasimme sitä saamamme palautteen perusteella.

6.5 Tietopaketista saatu palaute

Halusimme saada palautetta esittämämme tietopaketin sisällöstä ja esityksestämme. Palautteen pyysimme kirjallisena avoimena palautteena, mutta apuna oli muutama suuntaa antava kysymys. (Liite 4.) Henkilökuntaa oli paikalla 11, joista 10 antoi palautetta.

Messi Oy:n henkilökunnan antaman palautteen perusteella he olivat pääosin tyytyväisiä tietopaketin sisältöön ja esitykseen. Palautteissa mainittiin muun muassa seuraavaa:

“Hyvä ja sopivan pituinen esitys.”

“Lopun peli oli erittäin hyvä kertaus aiheesta.”

“Kiinnostavasti esitetty, hyvä av-esittely. Puhe selvää, informatiivista. Peli jes. Motivoiva. Kertasi oleelliset asiat. Upea kokonaisuus!”

“Esityksen pituus sopiva, “kalvosulkeisia” ei jaksa pidempään 😊 Esitys hyvä pläjäys aiheeseen tutustumiseen ja tästä voi lähteä eteenpäin jos aiheesta kiinnostuu.”

Saimme kaksi palautetta, joissa oli seuraavat kehitysehdotukset:

“tuttu aihe, joten vähä puuduttava Dioihin enemmän vaiheistusta, niin kuuntelija keskittyy oleelliseen.”

“Mietin, että olisiko dioihin voinut pysähtyä hieman pidemmäksi aikaa.”

Saamamme palautteen perusteella tietopaketin sisältö oli kattava ja henkilökunta sai hyvin tietoa heille ennalta tuntemattomasta aiheesta. Tämä vahvisti meidän näkemystämme siitä, että onnistuimme tuotoksen kasaamisessa ja esittämisessä. Henkilökunta oli tyytyväinen myös esityksen pituuteen. Esityksen lopussa pidetty Kahoot!-peli, johon jokainen nuorisokodin henkilökunnan jäsen pystyi itsenäisesti osallistumaan älylaitetta käyttämällä, oli osallistujien mielestä toimiva ja hauska kertaus esitellystä aiheesta. Kertaus leikkimielisessä pelimuodossa oli turvallinen valinta, koska nuorisokodin hen-

kilökunta on toiselle meistä tuttu. Tiesimme siis ennakkoon, että he innostuvat peleistä ja leikeistä. Olimme erittäin tyytyväisiä kertaustavan valintaan.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön prosessi tuntui alussa isolta ja pitkältä. Koska emme tiedneet aiheesta mitään ennen toimeksiannon saamista, oli meidän molempien ensin opiskeltava aiheesta mahdollisimman paljon, ennen kuin pystyimme kirjoittamaan teoriaosuutta. Varasimme opinnäytetyöprosessiin aikaa yli vuoden, koska tiesimme, ettemme pysty missään vaiheessa keskittymään pelkästään opinnäytetyön kirjoittamiseen, vaan meidän tulee suorittaa samaan aikaan myös muita kursseja, käydä töissä ja elää lapsiperheiden arkea. Halusimme varata prosessiin riittävästi aikaa, ettei opinnäytetyötä tarvitse tehdä kiireessä ja niin sanotusti puolihuolimattomasti. Onnistuimme aikataulutuksessa hyvin, koska näin ollen oli mahdollista pitää taukoa kirjoittamisesta silloin, kun koko opinnäytetyö tuntui todella raskaalta ja työläältä. Tavoitteenamme oli alusta saakka, että opinnäytetyömme on valmis keväällä 2020, onnistuimme siis tämänkin puolesta aikataulutuksessa.

Kuten aiemmin mainitsimme, Avoimen dialogin hoitomalli oli meille molemmille tuntematon aihe. Mielestämme onnistuimme kuitenkin kasaamaan teoriapakettiin kattavasti eettisesti kestäväää tietoa aiheestamme. Olemme myös tyytyväisiä kirjoittamamme tekstin ymmärrettävyyteen. Teoriapaketistamme saa helposti tietoa käsittelemästämme aiheesta, eikä sen ymmärtäminen vaadi aiempaa tietämystä Avoimen dialogin hoitomallista.

Valitsimme työmme toteutustavaksi toiminnallisen opinnäytetyön menetelmän, koska oletimme tähän toteutustapaan liittyvän enemmän toiminnallisuutta. Todellisuudessa saimme kasaan toiminnallisen osuuden materiaalit nopeasti ja vaivattomasti. Myös produktin esittäminen oli nopeasti ohi, kaikkienensa siihen kului noin tunti. Teorian kirjoittamiseen kului todella paljon aikaa, mikä yllätti meidät molemmat. Olemme kuitenkin sitä mieltä, että olemme kirjoittaneet teoriaosuuden hyvin ja siitä syystä toiminnallisen osuuden materiaalien kasaaminen oli helppoa ja nopeaa.

Toiminnallisen osuuden toteuttaminen tuntui mielestämme helpolta. Meistä tuntui, että tietopaketin esittäminen oli luontevaa ja toimme asiamme esille selkeästi. Messin henkilökunta oli hyvässä vuorovaikutuksessa kanssamme esittäessään kysymyksiä, joihin yhdessä pohdimme vastauksia. Koimme myös, että kasaamamme tiivistelmälehtinen oli tarpeellinen osa produktiamme. Näin henkilökunnalle jäi esityksestämme jotain konkreettista käteen. Kaiken kaikkiaan olemme todella tyytyväisiä tekemäämme opinnäytetyöhön.

Tutustuttuamme aiheeseen, mietimme molemmat, miksi kyseinen hoitomalli ei ole levinnyt Suomessa laajemmalle alueelle käyttöön. Meidän käsityksemme mukaan hoitomalli on kustannustehokas, koska se vähentää minimiin erikoissairaanhoidon osastohoitajaksot, sairauden uusiutumisriskit, jotka johtaisivat jälleen osastohoitojaksoon, pienenevät sekä hoitoon liittyvien ammattilaisten päällekkäisen työn tekeminen vähenee tai poistuu. Avoimen dialogin hoitomalli on inhimillinen esimerkiksi oireenmukaisen lääkityksen vähäisen käytön vuoksi. Lisäksi asiakas saa elää omassa elinympäristössään ilman että joutuisi olemaan pitkiä aikoja sairaalassa psyykkisen oireilunsa vuoksi.

8.1 Tuotoksen tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli antaa lisää tietoa avoimen dialogin hoitomallista nuorisokoti Messi Oy:n henkilökunnalle ja esitellä aihe yhtenä psykiatrisen hoitotyön toteutustapana. Opinnäytetyömme tehtävänä oli koota tietopaketti aiheesta. Tietopaketti esitettiin nuorisokodin henkilöstölle helmikuussa 2020.

Teimme PowerPoint-esityksen, johon kokosimme keskeiset tiedot hoitomallista sekä sillä hoidettavista mielenterveydenhäiriöistä. Pohdimme tekstin määrää yhtä diaa kohti ja päädyimme lyhyisiin teksteihin. Mielestämme liika teksti diassa häiritsee osallistujan keskittymistä ja suullisesti kertomamme lisätieto olisi voinut jäädä huomiotta. Palautteen perusteella onnistuimme arvioimaan diojen sisältämän tekstimäärän sopivaksi. Myös esityksen kokonaispituus osoittautui sopivaksi.

Toimeksiantona oli kerätä tietoa avoimen dialogin hoitomallista. Tästä johtuen esityksessä paljon oli teoretietoa, jota osallistajat vain kuuntelivat. Halusimme valita esitykseen myös kuuntelijat osallistavan osion. Päädyimme valitsemaan Kahoot!-pelin, joka sisälsi 15 kysymystä Avoimen dialogin hoitomallista.

Tiivistelmälehtiseen keräsimme avoimen dialogin periaatteet pienesti avattuna. Halusimme jättää osallistujille konkreettisen tuotoksen, johon he voivat palata myöhemmin niin halutessaan. Tiivistelmälehtisessä käytetty kuva edustaa samaa teemaa kuin PowerPointin diat. Halusimme tekstistä selkeän, hyvin jäsenneilyn ja helposti luettavan. Mielestämme onnistuimme tavoitteessamme.

8.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkijalle voidaan määrittää kolme erilaista perusvelvollisuutta, joita ovat luotettavan tiedon tuottaminen, tieteellisen julkisuuden ylläpitäminen sekä tutkittavien oikeuksien kunnioittamisen velvollisuus (Mäkelä 2005). Etiikka on filosofian suuntaus, joka käsittelee moraalisia kysymyksiä (Wiles, 2013, 4). Kaiken tieteellisen toiminnan ytimenä voidaan pitää eettisyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Opinnäytetyötä tehdessämme olemme pyrkineet ottamaan huomioon raporttoimamme tiedon luotettavuuden ja julkisuuden. Olemme ottaneet huomioon myös eettisiä näkökulmia, joiden kautta olemme opinnäytetyötämme tarkastelleet.

8.2.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei välttämättä tarvitse käyttää tutkimuksellisia menetelmiä, mutta toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnissa käytetään laadullisen opinnäytetyön arviointikriteereitä (Karelia-ammattikorkeakoulu 2018). Olemme käyttäneet tässä opinnäytetyössämme luotettavuuden arviointikriteereinä uskottavuutta, siirrettävyyttä ja vahvistettavuutta.

Uskottavuus, credibility, luotettavuuden kriteerinä pitää sisällään sitä, että tutkimuksen tulokset esitetään riittävän selkeästi. Näin lukija ymmärtää, mitkä ovat tutkimuksen ra-

joitukset ja vahvuudet. (Kankkunen ym. 2013, 198.) Uskottavuutta vahvistaa se, että tutkija viettää tarpeeksi pitkän ajan tutkittavan ilmiön kanssa ja toisaalta myös se, että tutkija keskustelee samaa aihepiiriä tutkivien henkilöiden kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tehdessämme opinnäytetyötämme olemme käyttäneet paljon aikaa lähde- materiaalien etsimiseen. Olemme valinneet käyttöömmme vain luotettavia ja mahdollisimman tuoreita lähteitä. Uskottavuutta lisäävät useat kansainväliset lähteet, joita olemme raporttia kirjoittaessamme käyttäneet. Lisäksi teemme opinnäytetyön parityönä, joten meitä on kaksi arvioimassa työmme laadukkuutta koko opinnäytetyöprosessin ajan. Olemme keskustelleet opinnäytetyöstämme opinnäytetyöohjaajiemme kanssa ja muokanneet raporttiamme palautteen mukaisesti.

Siirrettävyys eli transferability tarkoittaa sitä, että tutkimus voidaan helposti siirtää muuhun tutkimusympäristöön. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ja tutkimuksen raportoinnissa on tärkeää, että tietyt perusasiat ovat selvillä ja niiden mukaiset tulkinnot ovat selkeästi luettavissa raportista. (Kankkunen ym. 2013, 198.) Opinnäytetyömme laadittiin niin, että se on helposti siirrettävissä. Näin kuka tahansa voi toteuttaa saman tietopakettin kenelle tahansa ja missä ympäristössä tahansa. Olemme kirjoittaneet raportin tekstiä niin, että se on helposti ymmärrettävissä myös sellaiselle henkilölle, jolla ei ole aiempaa kokemusta tai tietoa aiheesta.

Viimeisenä luotettavuuden arvioinnin kriteerinä on vahvistettavuus eli dependability. Kylmän ym. (2007) mukaan vahvistettavuudella tarkoitetaan omien muistiinpanojen hyödyntämistä raporttia kirjoitettaessa. Tämän vuoksi tutkimuksen raportti tulee kirjata niin huolellisesti, että toinen tutkija voi seurata prosessin etenemistä. Opinnäytetyössämme olemme pyrkineet kirjaamaan prosessin mahdollisimman huolellisesti.

8.2.2 Eettisyys opinnäytetyössä

Opinnäytetyötä tehdessä tulee noudattaa laadukkaita toimintatapoja eli yleistä huolellisuutta, rehellisyyttä sekä tarkkuutta koko prosessin ajan. Jokainen opinnäytetyötä tekevä kantaa ensisijaisesti itse vastuun hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. (Varantola, Launis, Helin, Spoof & Jäppinen 2012.) Tämä on ollut meille selvää alusta saakka ja olemme noudattaneet näitä toimintatapoja koko prosessin ajan. Hyvän tieteellisen

käytännön mukaan toiminta ei voi olla epärehellistä tai epäeettistä. Tällainen toiminta olisi omiaan vahingoittamaan opinnäytetyön raporttia. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2017.)

Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeessa (2018) sanotaan, että opinnäytetyön aiheen valinnan tulisi tukea opiskelijan omia ammatillisia mielenkiinnon kohteita ja aiheen tulee luonnollisesti liittyä koulutusalaan tai opiskelijan suuntautumisvaihtoehtoon. Valitsimme opinnäytetyömme aiheen ohjeistuksen mukaisesti omia mielenkiinnon kohteitamme seuraten. Aihe on ollut meidän molempien mielestä kiinnostava ja olemme nähneet siinä hyviä komponentteja. Tästä huolimatta olemme pyrkineet kirjoittamaan raportin objektiivisesti.

Opinnäytetyömme eettisyyttä olemme pohtineet esimerkiksi käyttämiemme lähteiden kautta. Käyttämämme lähteet ovat luotettavia, asiantuntijoiden antamiin haastatteluihin tai teoksiin viittaavia. Olemme pyrkineet käyttämään lähteissämme mahdollisimman tuoretta aineistoa. Haasteena lähdemateriaalien suhteen on ollut se, että osa saatavilla olevasta lähdemateriaalista on yli kymmenen vuotta vanhaa. Tämä johtuu siitä, että hoitomallia on ryhdytty kehittämään jo 1980-luvulla. Tuoreempaa lähdemateriaalia löytyy kansainvälisistä julkaisuista ja kaikki käyttämämme kansainväliset lähteet ovat julkaistu kuluneen kymmenen vuoden sisällä.

8.3 Ammatillinen kasvu

Tutustuimme toisiimme lähihoitajaopinnoissa ja olemme tunteneet toisemme jo vuosia. Olemme keskenämme hyvin erilaisia, joten meillä on molemmilla omat vahvuutemme, jotka ennalta tiesimme. Tämän vuoksi parityöskentelymme on ollut sujuvaa ja tehokasta. Välillä teorian kirjoittaminen tuntui haastavalta ja siksi olikin hyvin tärkeää, että pari oli tuttu ja konkreettisesti läsnä tukemassa työskentelyn etenemistä. Tämä kaikki on vahvistanut tunnettamme siitä, että emme olisi pystyneet yksin tähän prosessiin.

Olemme molemmat tehneet aiempia tutkintojamme varten opistotasoisien opinnäytetyön, mutta tämä oli ensimmäinen korkeakoulutasoinen opinnäytetyö. Halusimme tehdä tuotoksemme parityönä niin, että jokainen lause on kirjoitettu molempien läsnä ollessa.

Tällainen työskentelytapa oli meille molemmille luontevin, sillä näin tuottamamme teksti on yhtenäistä eikä vaatinut erillistä yhtenäistämistä. Lisäksi meidän oli mahdollista käydä keskustelua aiheesta kirjoittamisen ohessa.

Kun aloitimme lähteiden etsimisen ja teoriaosuuden kirjoittamisen, luulimme, että olimme löytäneet jo kaikki tarvittavat lähteet opinnäytetyötämme varten. Hyvin nopeasti kirjoitusprosessin edetessä huomasimme olevamme väärässä. Samalla kun tietomme opinnäytetyömme aiheesta lisääntyi, löysimme helpommin lisää lähteitä. Kansainvälisiä lähteitä ei prosessimme alussa ollut lainkaan, koska oletimme, ettei aiheesta ole juuriakaan kansainvälisiä lähteitä saatavilla. Tämäkin luulomme osoittautui vääräksi. Olemme oppineet, että aihetta tulee heti alusta saakka tarkastella laajasti ja vasta myöhemmin tehdä rajauksia lähdemateriaaleihin.

Saatuamme toimeksiannon ja samalla opinnäytetyön aiheen, innostuimme siitä heti. Tutustuttuamme lähdemateriaaleihin, meille tuli tunne, että hoitomalli on hyvä. Ihmettelimme, miksi kyseinen hoitomalli ei ole levinnyt käyttöön laajemmalle alueelle Suomessa. Lisäksi olemme oppineet, ettei ole vain yhtä oikeaa tapaa hoitaa mielenterveysasiakkaita, vaan samaan tai jopa parempaan lopputulokseen voi päästä erilaisilla menetelmillä, jotka eivät kuitenkaan kumoa toisiaan. Ensimmäisessä opinnäytetyöohjauksessa saimme palautetta käyttämästämme näkökulmasta. Opimme, että opinnäytetyön teorian tulee olla objektiivista, eikä siihen saa vaikuttaa oma kiinnostus tai näkemys aiheesta.

Haastetta opinnäytetyöprosessiin on tuonut meidän molempien lapsiperheiden, opintojemme eriaikaisuus ja meistä toisen kolmivuorotyö. Yhteisen ajan löytäminen on välillä ollut haastavaa, mutta joustamalla puolin ja toisin olemme löytäneet kalentereistamme aikaa opinnäytetyön kirjoittamiselle. Aikataulutuksen pohjana on toiminut molempien tavoite valmistua keväällä 2020.

8.4 Jatkoehdottomuus ja -tutkimus

Mielestämme olemme koonneet tietopakettiin kattavasti perustietoa Avoimen dialogin hoitomallista ja sillä hoidettavista mielenterveyden häiriöistä. Tietopaketti ei ole sidon-

nainen nuorisokoti Messiin, joten se on siirrettävissä sellaisenaan mihin tahansa toimintaympäristöön. Opinnäytetyömme teoriaosuutta hyödyntäen kuka tahansa voi esittää tietopaketin, vaikka esittäjällä ei olisi aiempaa tietoa aiheesta.

Olemme rajanneet opinnäytetyömme teoriaosuuden tarkoituksen mukaisesti vain perustietoon avoimen dialogin hoitomallista ja sillä hoidettavista mielenterveyden häiriöistä. Aiheesta on siis mahdollista hankkia lisää tietoa. Mielenkiintoista olisi tutkia, mihin maihin hoitomallia on viety ja missä muodossa. Myös hoitomallin tuloksia eri maiden välillä olisi mielenkiintoista tarkastella. Nämä tutkimusten tulokset antavat laajempaa tietoa aiheesta jo tietävälle sekä konkretisoivat hoitomallin mahdollista toimivuutta ja tehokkuutta. Saatuja tutkimustuloksia olisi mahdollista esitellä alan asiantuntijoille.

Kysyimme palautetta suullisesti opinnäytetyöstämme nuorisokodin laitosjohtajalta. Hänen mielestään olisi mielenkiintoista kuulla asiakaskokemuksia niiltä asiakkailta, joita on hoidettu Avoimen dialogin hoitomallilla. Pohdimme kuitenkin yhdessä, etteivät asiakaskokemukset sovi opinnäytetyöhömmä, koska tarkoituksenamme on esitellä hoitomalli ja sillä hoidettavat mielenterveyden häiriöt. Nämä asiakaskokemukset olisivat kuitenkin hyvä tarkastelukohte jatkotutkimuksen kannalta.

Lähteet

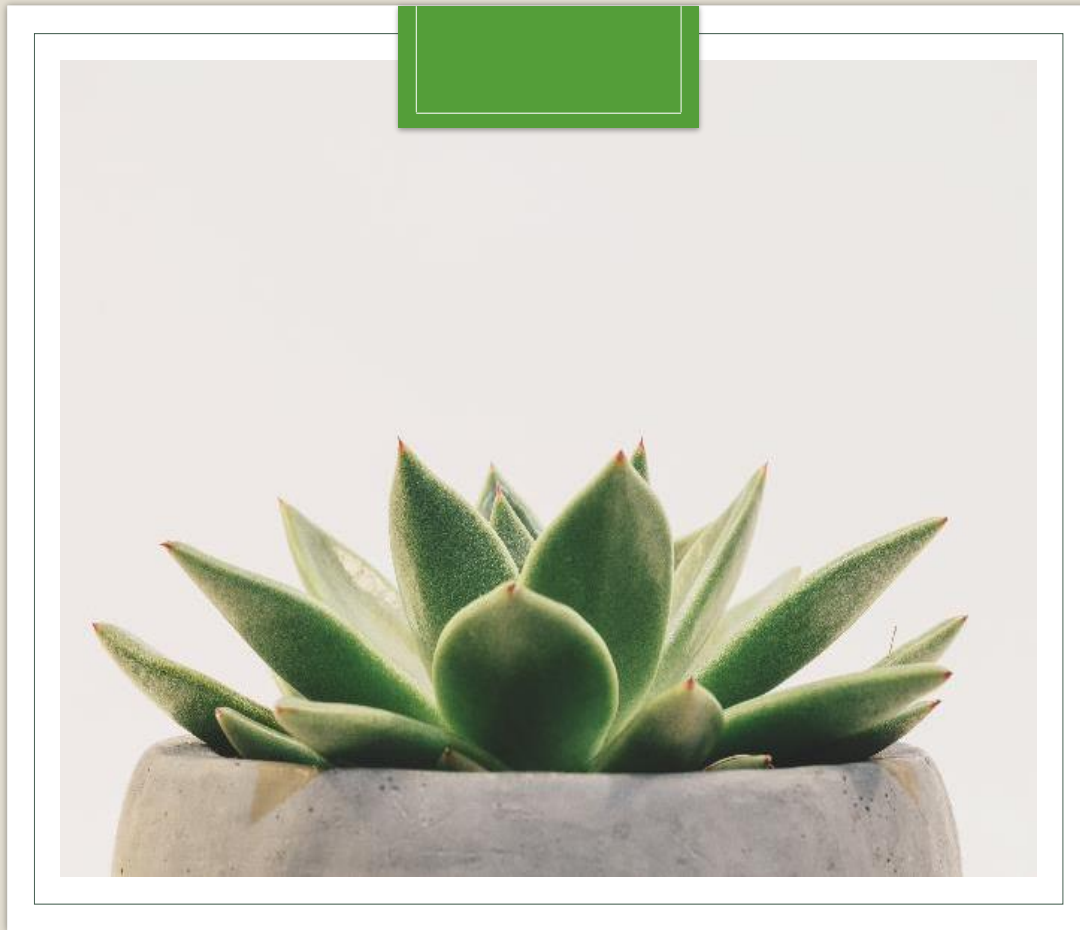
- Alakare, B., Kurtti, M. & Karttunen, M. 2018. Avoimen dialogin hoitomalli – Keroputaan malli. http://ratkes.fi/images/Lehdet/Poimintoja_Ratkes-lehdest%C3%A4/ratkes3_4_2018_keroputaan_malli.pdf. 24.6.2019.
- Alanen, Y. 2009. Kohti humanistisempaa psykiatria. <http://www.psykoterapia-lehti.fi/tekstit/alanen309.htm>. 24.6.2019.
- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2017. Ammattikorkeakoulujen opin-
näytetöiden eettiset suositukset.
<https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulujen%20opinn%C3%A4ytet%C3%B6iden%20eettiset%20suositukset.pdf>. 30.8.2019.
- Arnkil, T.E., Seikkula, J. & Eriksson, E. 2001. Avoimet dialogit ja ennakointidialogit: Sosiaaliset verkostot psykososiaalisessa työssä.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100190/012arnkil.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 5.8.2019.
- Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M. & Mead, G.E. 2013. Exercise for depression (Review).
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub6/epdf/full>. 26.9.2019.
- Haarakangas, K. 2002. Keroputaan malli: avoimen dialogin avulla, perheen ja verkoston kanssa. Teoksessa Haarakangas, K. (toim.). *Mielisairaala muuttuu*. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 64–76.
- Haarakangas, K. 2008. *Parantava puhe*. Lahti: Magentum Oy.
- Haravuori, H., Muinonen, E., Kanste, O. & Marttunen, M. 2016. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131873/URN_ISBN_978-952-302-722-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 28.9.2019.
- Heikkinen, A. 2014. Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden tarpeenmukainen hoito ja sen toteutuminen Kainuussa vuosina 2004 – 2005.
https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/42977/978-951-39-5616-5_vaitos28022014.pdf?sequence=1. 10.12.2019.
- Huttunen, M. 2018a. Skitsofrenia.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148. 14.9.2019.
- Huttunen, M. 2018b. Unettomuus.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534. 26.9.2019.
- Järvensivu, T., Nykänen, K. & Rajala, R. 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. <https://www.seugolaid.fi/wp-content/uploads/2017/03/Verkostojohtamisen-opas-versio-1-0-30-12-2010.pdf>. 23.3.2020.
- Kaakinen, S., Pietilä, L. & Solantaus, T. 2009a. Kun vanhempi sairastaa: perhekeskeisen työn perusta, periaatteista ja käytännöistä - johdanto.
<https://www.oppiportti.fi/op/ppp00058/do>. 23.3.2020.
- Kaakinen, S., Pietilä, L. & Solantaus, T. 2009b. Vanhemman vaikeudet ja perhekeskeiset työskentelymallit: tiedoista taidoiksi.
<https://www.oppiportti.fi/op/ppp00060/do>. 23.3.2020.
- Kahoot! 2020. About us. <https://kahoot.com/company/>. 23.3.2020.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2018. Opinnäytetyön ohje. https://student.karelia.fi/fi/opinnot/oppari/opinnaytetyo_asiakirjakirjasto/Karelia_opinnaytetyon_ohje.pdf. 30.8.2019.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2019. Opinnäytetyöt. <https://www.karelia.fi/fi/asiantuntijapalvelut/opiskelijatyot/opinnaytetyot>. 30.8.2019.
- Kitchener, B., Jorm, A., Kelly, C., Lassander, M. & Karila-Hietala, R. 2018. Haavoittuva mieli – tunnista ja tue. Suomen Mielenterveysseura. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.
- Kokko, R.L. 2006. Tulevaisuuden muistelu – Ennakointidialogit asiakkaiden kokemina. Helsinki: Stakes.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kärkkäinen, K. Toimitusjohtaja. Messi Oy. Suullinen haastattelu. 3.6.2019.
- Käypä hoito. 2016. Depressio. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#s7>. 26.9.2019.
- Käypä hoito. 2015. Skitsofrenia. <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#s3>. 14.9.2019.
- Käypä hoito. 2013. Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan. <https://www.kaypahoito.fi/nix00191>. 14.9.2019.
- Käypä hoito. 2018. Unettomuus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50067#s7>. 26.9.2019.
- Lakeman, R. 2014. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review. https://www.researchgate.net/publication/268060536_The_Finnish_open_dialogue_approach_to_crisis_intervention_in_psychosis_A_review. 24.7.2019.
- Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2009. Perhekeskeisen hoidon työvälineitä ja toimintatapoja. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.). Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. <https://www.oppiportti.fi/op/ppp00008/do>. 24.2.2020.
- Lewis, J. 2020. <https://www.pexels.com/fi-fi/kuva/aloe-vera-huonekasvi-kasvi-mehikasvi-2239676/>. 21.1.2020.
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri. 2019. Psykiatrian ja riippuvuuksien hoidon tulosalue. <http://www.lpshp.fi/fi/yksikot/psykiatria-ja-riippuvuuksien-hoito.html>. 2.12.2019.
- Mackler, D. 2014. Avoin Dialogi: OPEN DIALOGUE, Finnish subtitles. <https://www.youtube.com/watch?v=c4aKg7gZZrk>. 24.7.2019.
- Marshall, M. & Rathbone, J. 2011. Early intervention for psychosis (Review). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004718.pub3/epdf/full>. 14.9.2019.
- Messi Oy. 2017a. Olemme messissä. <http://messioy.fi/>. 6.6.2019.
- Messi Oy. 2017b. Nuorelle. <http://messioy.fi/nuorelle/>. 6.6.2019.
- Messi Oy. 2017c. Sijaishuollon palvelut. http://messioy.fi/sijaishuollon_palvelut/. 6.6.2019.
- Messi Oy. 2017d. Henkilöstö. <http://messioy.fi/messi-oy/henkilokunta/>. 6.6.2019.
- Mielenterveyden keskusliitto. 2019. Skitsofrenia. <https://www.mtkl.fi/mika-askarruttaa/yleisia-mielenterveyden-hairioita/skitsofrenia/>. 14.9.2019.
- Mielenterveyslaki 1116/1990.
- Mielenterveystalo.fi. 2019a. Psykoosiopas. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>. 14.9.2019.

- Mielenterveystalo.fi. 2019b. Unettomuus.
https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/tietoa_oireista/Pages/unettomuus.aspx. 14.9.2019.
- Mielenterveystalo.fi. 2019c. Elämänkriisi.
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/sosiaalipalvelut/Pages/elamankriisi.aspx>. 28.9.2019.
- Mäkelä, K. 2005. Laadullisen sosiaalitutkimuksen eettinen säättely. Teoksessa Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (toim.) Laadullisen sosiaalitutkimuksen eettiset kysymykset Kutsuseminaari 2.5.2005.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75146/Tp4-2005.pdf>. 3.9.2019.
- Nuortenmielenterveystalo.fi. 2020. Mielenterveyden vahvistaminen.
https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/mielenterveyden_vahvistaminen/Pages/mielenterveys.aspx. 31.3.2020.
- Nuortenmielenterveystalo.fi. 2019a. Apu käytännössä – Verkostotyö.
https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/hae_neuvoja_ja_apuja/apu_kaytannossa/Pages/verkostotyö.aspx. 1.10.2019.
- Nuortenmielenterveystalo.fi. 2019b. Kuinka selviydyn?
https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/mielenterveyden_vahvistaminen/Pages/kuinka_selviydyn.aspx. 28.9.2019.
- Ojanen, M., Nordling, E. & Laurén, H. 1994. Skitsofreniapotilaiden kuntoutusprojekti.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1994/15/duo40322>. 24.6.2019.
- Palliativientalo.fi. 2019. Tukea – Psykkinen tuki.
https://www.terveyskyla.fi/palliativientalo/Documents/Tukea_Kriisireaktiot.pdf. 28.9.2019.
- Pavlovic, R.Y., Pavlovic, A. & Donaldson, S. 2016. Open Dialogue for psychosis or severe mental illness (Protocol).
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012384/epdf/full>. 24.6.2019.
- Pharoah, F., Mari, J.J., Rathbone, J. & Wong, W. 2012. Family intervention for schizophrenia (Review).
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000088.pub3/epdf/full>. 6.8.2019.
- Päihdelinkki.fi. 2019. Kannabis. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/kannabis>. 14.9.2019.
- Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2018. Aikuispsykiatrian avohoito.
<https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/poliklinikat/psykiatria/psykiatrinen-avohoito/>. 2.12.2019.
- Riihonen, R., Oulasmaa, M. & Laru, S. 2020. Mielenterveysongelmat.
https://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/parisuhteen-happy-hour/tietoa_mielenterveysongelmat/. 31.3.2020.
- Rösner, S., Englbrecht, C., Wehrle, R., Hajak, G. & Soyka, M. 2018. Eszopiclone for insomnia (Review).
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010703.pub2/epdf/full>. 26.9.2019.
- Seikkula, J. 2011. Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life?
<https://www.taosinstitute.net/Websites/taos/files/Content/5695642/becoming-dialogical.pdf>. 24.7.2019.
- Seikkula, J. & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä.
<https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94071.pdf>. 24.6.2019.

- Seikkula, J. & Alakare, B. 2019. Open dialogues principles and dialogical meetings for psychosis. Teoksessa Pereira, J., Gonçalves, J. & Bizzari, V. (toim.) *The Neurobiology-Psychotherapy-Pharmacology Intervention Triangle: The need for common sense in 21st century mental health*.
https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=sjpvDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA127&ots=J5uHp9zWlm&sig=u1neJbsYEJiVSbJPMbyietNfyUs&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. 24.7.2019.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. 2005. *Dialoginen verkostotyö*. Helsinki: Kustanneosakeyhtiö Tammi.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. 2014. *Open Dialogues and Anticipations – Respecting Otherness in the Present Moment*. Tampere. Helsinki: National institute for Health and welfare.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. *Mielenterveystyö Euroopassa*.
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74011/Selv200417.pdf?sequence=1>. 28.9.2019.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. *Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut - Opas kunnille ja kuntayhtymille*.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72736/Jul200916.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 28.9.2019.
- Suomen Mielenterveys ry. 2020a. Psykoterapian professori Jaakko Seikkula: "Vuorovaikutuksessa luovutaan kontrollista.". <https://mieli.fi/fi/psykoterapian-professori-jaakko-seikkula-vuorovaikutuksessa-luovutaan-kontrollista>. 31.3.2020.
- Suomen Mielenterveys ry. 2020b. *Mielinauha-keräys*.
<https://mieli.fi/fi/lahjoita/mielinauha-ker%C3%A4ys>. 23.3.2020.
- Suomen Mielenterveys ry. 2019a. *Kriisit kuuluvat elämään*.
<https://mieli.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/kriisit-kuuluvat-el%C3%A4m%C3%A4n>. 28.9.2019.
- Suomen Mielenterveys ry. 2019b. *Traumaattinen kriisi*.
<https://mieli.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/kriisit/traumaattinen-kriisi>. 28.9.2019.
- Suomen Mielenterveys ry. 2019c. *Mielenterveyspalvelut*. <https://mieli.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut>. 2.12.2019.
- Suomen Mielenterveys ry. 2019d. Psykoterapian professori Jaakko Seikkula: "Vuorovaikutuksessa luovutaan kontrollista." <https://mieli.fi/fi/psykoterapian-professori-jaakko-seikkula-vuorovaikutuksessa-luovutaan-kontrollista>. 1.10.2019.
- Suomen Mielenterveysseuran SOS-kriisikeskuksen työryhmä. 2019. *Kriisi*.
<https://www.kriisikeskussjk.fi/mika-on-kriisi/kriisi-itsemurha-ja-suru/kriisi/>. 28.9.2019.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. *Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä*.
https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/dialogisuus_ammattilaisen_ja_perheen_valilla. 2.12.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. *Mielenterveyshäiriöt*.
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>. 28.9.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. *Nuorten psykoosit*.
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/nuorten-mielenterveyshairiot/nuorten-psykoosit>. 14.9.2019.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019c. Psykoosit.
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>.
14.9.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019d. Lastensuojelu ja kriisityö.
<https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/lastensuojelu-ja-kriisityo>.
28.9.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019e. Mielenterveyspalvelut.
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>. 28.9.2019.
- Terveyskylä.fi. 2018. Kriisin vaiheet. <https://www.terveyskyla.fi/aiivotalo/apua-ja-tukea/sairastuminen-ja-kriisi/kriisin-vaiheet>. 28.9.2019.
- Turpeinen, A.K. 2018. Tarpeenmukainen hoito.
<https://www.mielipalvelut.fi/artikkelit/tarpeenmukainen-hoito/>. 24.6.2019.
- Työterveyslaitos. 2020. Ajanhallinta.
<https://www.ttl.fi/tyontekija/tyoaika/ajanhallinta/>. 23.3.2020.
- van Marwijk, H., Allick, G., Wekman, F., Bax, A. & Riphagen, II. 2012. Alprazolam for depression (Review).
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007139.pub2/epdf/full?cookiesEnabled>. 26.9.2019.
- Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoo, S.K & Jäppinen, S. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 30.8.2019.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vilppa, T. 2013. Keroputaan hoitomalli.
<https://yle.fi/aihe/artikkeli/2013/02/13/keroputaan-hoitomalli>. 24.7.2019.
- von Peter, S., Aderhold, V., Cubellis, L., Bergström, T., Stastny, P., Seikkula, J. & Puras, D. 2019. Open Dialogue as a Human Rights-Aligned Approach.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6555154/>. 19.4.2020.
- Väestöliitto. 2020. Mielenterveys ja parisuhde.
https://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/mielenterveys-ja-parisuhde/. 31.3.2020.
- Wiles, R. 2013. What are qualitative research ethics? London: Bloomsbury Academic.
- World Health Organization. 2014. Mental health: a state of well-being.
https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/. 28.9.2019.
- Xia, J., Merinder, L.B. & Belgamwar, M.R. 2013. Psychoeducation for schizophrenia (Review).
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002831.pub2/epdf/full>. 14.9.2019.



AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI

JA SILLÄ HOIDETTAVAT
MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT

Hassinen Kati
Uski Sonja



MIELENTERVEYS

Mielenterveys on hyvinvointitila, jossa henkilö ymmärtää mahdollisuutensa ja voimavaransa, selviytyy normaalista elämän stressistä, voi työskennellä tuottavasti ja on kykeneväinen olemaan osallisena yhteisönsä toiminnassa (World Health Organization 2014).

MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT JA KRIISIT

Erilaisia psykiatrisia pulmia kuvataan yleiskäsitteellä mielenterveyden häiriö. Mielenterveyden häiriöt ovat oireyhtymiä, joiden psyykkisiin oireisiin liittyy haittaa tai kärsimystä ja jotka heikentävät toimintakykyä ja elämänlaatua. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Kriisi voi olla seurausta hyvin monenlaisista tapahtumista ja vaiheista elämässä. Kriisin taustalla saattaa olla mieltä järkyttänyt tapahtuma tai äkillisesti syntynyt muutos elämässä. Kriisin keskellä henkilö tuntee olevansa avuton ja hädissään, tunne perusturvallisuudesta heikkenee ja elämästä tuntuu häviävän ote. (Suomen Mielenterveys ry 2019.)

MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT - PSYKOOSI

Psykoosi on yleistermi tiloille, joille ominaista on todellisuudentajun heikkeneminen. Psykoosisairauksiin kuuluvat skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö. (Pavlovic, Pavlovic & Donaldson 2016.)

MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT - SKITSOFRENIA

Skitsofrenia on vakava, psyykinen sairaus, joka tyypillisesti alkaa varhaisessa aikuisiässä (Marshall & Rathbone 2011).

Sen puhkeaminen usein linkittyy elämän merkittäviin muutoksiin. Näitä voivat olla esimerkiksi opintojen alkaminen ja parisuhteen syntymiseen tai muuhun normaaliin aikuistumiseen liittyvät kehitys- tai kuormitustekijät.

Myös toksinen syy, eli huumausaineiden käyttö, voi altistaa skitsofrenian puhkeamiselle. (Käypä hoito 2015; Mielenterveyden keskusliitto 2019.)

MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT - DEPRESSIO

Depressio eli masennustila, on mieliala- ja mielenterveyden häiriö. Masennustilan kesto on vähintään kaksi viikkoa ja se vaikuttaa toimintakykyyn työ- ja arkielämässä. Lisäksi se vaikeuttaa myös merkittävien ihmissuhteiden ylläpitämistä. (Kitchener, Jorm, Kelly, Lassander & Karila – Hietala 2018.)

MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT - UNETTOMUUS

Tilapäinen unettomuus on hyvin tavallista ja sitä ilmenee jokaisella jossain vaiheessa elämää. Se voi johtua stressaavasta elämäntilanteesta, aikaerosta, surusta tai sairaudesta, jotka ovat kuitenkin ohimeneviä tekijöitä. Unettomuus on kyvyttömyyttä nukkua riittävästi. Se voi ilmetä nukahtamisvaikeutena, unessa pysymisen hankaluutena tai liian varhaisena heräämisenä. Unettomuudesta voidaan puhua silloin, kun henkilöllä on vaikeuksia saada unta tai pysyä unessa kolmena yönä viikossa vähintään yhden kuukauden ajan.

(Mielenterveystalo.fi 2019; Käypä hoito 2018; Huttunen 2018.)



MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT – PSYKKISET KRIISIT

Normaaliin elämään ja kehitykseen kuuluu kriisejä, jotka voivat olla peräisin positiivisista tai negatiivisista elämäntapahtumista (Mielenterveystalo.fi 2019).
Kriisejä esiintyy kaikilla iästä riippumatta (Terveyskylä.fi 2018).

Puhuttaessa psyykkisestä kriisistä, tarkoitetaan sillä yleiskäsitettä, joka kuvaa mielenterveyden epätasapainotilaa. Kriisi voidaan luonnehtia tilaksi, joka pitää sisällään psyykkistä tuskaa ja elämän jatkumisen kyseenalaistamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

MIELENTERVEYSHOITOTYÖ SUOMESSA

Yleisesti mielenterveyshäiriöiden hoito koostuu keskusteluavusta ja lääkityksestä. Joskus myös erilaisia ryhmätoimintoja tai toiminnallisia hoitomuotoja, kuten musiikki- tai taideterapiaa käytetään mielenterveyden häiriöiden hoidossa. (Suomen Mielenterveys ry 2019.)

Joillakin suomen paikkakunnilla psykiatrinen erikoissairaanhoido tuottaa päivystyspalveluita, joihin apua tarvitsevat henkilöt voivat ottaa suoraan yhteyttä (Terveuden ja hyvinvoinninlaitos 2019d). Esimerkkinä tällaisesta päivystyspalvelusta on Päijät-Hämeen seudulla toimiva Siltaryhmä, joka on jalkautuva työryhmä. Se toimii siltana psykiatrisen avohoidon ja osastohoidon välillä. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018). Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä (2018) on puolestaan käytössä Keroputaan hoitomalli.

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI

- Avoimen dialogin hoitomalli, tunnettu myös Keroputaan hoitomallina (Haarakangas 2002, 65), on Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian hoitomalli, joka on saavuttanut laajalti kiinnostusta myös ulkomailla (Vilppa 2013).
- Avoimen dialogin hoitomalli perustuu seitsemään hoitoprosessia ohjaavaan periaatteeseen. Nämä periaatteet ovat nopea hoitoon pääsy, perhe ja muut läheiset osallistuvat hoitoon, kokeneen työryhmän vastuu hoidosta, epävarmuuden sietäminen, hoidon asiakaslähtöisyys, verkostokeskeinen työskentely sekä hoitokokousten avoin dialogisuus. (Alakare, Kurtti & Karttunen 2018; Pavlovic, Pavlovic & Donaldson 2016.)
- Vaikka hoitomallia on tutkittu vaikeimpien psyykkisten kriisien, kuten skitsofrenian, hoidon parissa, voidaan sitä soveltaa myös muihin elämän kriisitilanteisiin (Seikkula & Alakare 2004; Lakeman 2014).

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI – Nopea hoitoon pääsy

- Hoitomallin mukaan tulee yhteydenottamisen kynnys pitää matalana. Minkäänlaista lähetettä ei tarvita, pelkkä puhelinsoitto riittää. Apua tarvitseva asiakas tai huolestunut läheinen voi vuorokauden ajasta riippumatta soittaa tiettyyn puhelinnumeroon ja saada tarvittaessa välittömästi kriisiapua (Haarakangas 2002, 66; Alakare 2008; Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2019.)

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI - Perhe ja muut läheiset osallistuvat hoitoon

- Avoimen dialogin hoitomallissa asiakkaan perhe ja muu sosiaalinen verkosto on tärkeä voimavara asiakkaalle kriisin kohtaamisessa. Lisäksi sosiaalinen verkosto toimii työryhmän yhteistyökumppanina. On tärkeää kutsua mukaan hoitokokouksiin myös mahdolliset, jo olemassa olevat, hoitotahot sekä viranomaiset ja muut asiakkaan tilanteeseen vaikuttavat tahot. (Seikkula 2011; Haarakangas 2002, 67.)

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI - Kokeneen työryhmän vastuu hoidosta

- Jokaiselle asiakkaalle kootaan 2-4 henkilöä käsittävä hoitava työryhmä, joilla on riittävästi kokemusta ja erityisosaamista perhekeskeisestä psykiatrisesti hoitotyöstä. Vastuunottava, hoitava työryhmä on moniammatillinen. Ihanteellisinta olisi muodostaa hoitava työryhmä niin, että siihen kuuluu jäseniä sekä sairaalan että avohoidon puolelta. (Seikkula & Arnkil 2005, 49-50.)

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI - Epävarmuuden sietäminen

- Kun ihminen kohtaa ongelmia, on luonnollista toivoa niihin nopeita ratkaisuja. Toive kohdistuu monesti työntekijöihin ja eri alojen ammattilaisiin, joilta asiakas odottaa saavansa valmiita vastauksia. Toisaalta myös työntekijöillä voi olla tarve tarjota ratkaisu asiakkaan ongelmiin, vaikka he eivät vielä tunne asiakasta eikä heillä ei ole käsitystä hänen elämäntilanteestaan. (Alakare ym. 2018). Tällöin riskinä on tehdä hätäisiä johto- ja hoitopäätöksiä, jotka eivät vastaa asiakkaan tarpeisiin (Lakeman 2014).

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI - Hoidon asiakaslähtöisyys

- Jokainen asiakas tulee kohdata yksilönä ja ottaa huomioon kokonaisvaltaisesti hänen tarpeensa. Jokaista asiakasta tulee kohdella niin kuin se hänelle parhaiten sopii. (Seikkula & Arnkil 2014, 55.)

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI - Verkostokeskeinen työskentely

- Verkostotyöllä tarkoitetaan yhteistyötä sellaisten ammattilaisten välillä, jotka jollain tavalla ovat mukana asiakkaan asioissa. Verkostotyötä voidaan toteuttaa hyvin erilaisilla kokoonpanoilla. Sen tarkoituksena on saada lisää tietoa asiakkaan voinnista ja tilanteesta, tukea asiakasta ja tämän lähipiiriä sekä tukea asiakkaan, lähipiirin sekä eri ammattilaisten yhteistyötä. (Nuortenmielenterveystalo.fi 2019.)
- Tällaisessa työtavassa käytetään kokemuksellisesti ja tieteellisesti toimiviksi koettuja työkaluja ja toimintatapoja, esimerkiksi sukupuun piirtäminen tai moniammatillinen perhepalaveri (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009, 18).

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI - Hoitokokousten avoin dialogisuus

- Dialogisuudella tarkoitetaan moniäänisyyttä, vuoropuhelua ja vastavuoroista vaikuttamista osanottajien välillä (Kokko 2006).
- Dialogissa tulee hyväksyä, että ihmisillä on erilaisia näkökantoja eikä kenenkään näkemys ole koko totuus. Tilanteisiin saadaan luovimmat ja parhaimmat ratkaisut, kun eri näkemyksille annetaan tilaa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016.)

Lähteet:

Alakare, B., Kurtti, M. & Karttunen, M. 2018. Avoimen dialogin hoitomalli – Keroputaan malli. http://ratkes.fi/images/Lehdet/Poimintoja_Ratkes-lehdest%C3%A4/ratkes3_4_2018_keroputaan_malli.pdf.

Haarakangas, K. 2002. Keroputaan malli: avoimen dialogin avulla, perheen ja verkoston kanssa. Haarakangas, K. (toim.). Mielsairaala muuttuu. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 64-76.

Heikkinen, A. 2014. Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden tarpeenmukainen hoito ja sen toteutuminen Kainuussa vuosina 2004–2005. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/42977/978-951-39-5616-5_vaitos28022014.pdf?sequence=1.

Huttunen, M. 2018b. Unettomuus. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534.

Kitchener, B., Jorm, A., Kelly, C., Lassander, M. & Karila-Hietala, R. 2018. Haavoittuva mieli – tunnista ja tue. Suomen Mielenterveysseura, Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Kokko, R-L. 2006. Tulevaisuuden muistelu – Ennakointidialogit asiakkaiden kokemina. Helsinki: Stakes.

Käypä hoito. 2015. Skitsofrenia. <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#s3>.

Käypä hoito. 2018. Unettomuus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50067#s7>.

Lakeman, R. 2014. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review. https://www.researchgate.net/publication/268060536_The_Finnish_open_dialogue_approach_to_crisis_intervention_in_psychosis_A_review.

Larivaara, P., Lindroos, S. & Helkkilä, T. 2009. Perhekeskeisen työn teoreettiset perusteet. Larivaara, P., Lindroos, S. & Helkkilä, T. (toim.). Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri. 2019. Psykiatrian ja riippuvuuksien hoidon tulosalue. <http://www.lpshp.fi/fi/yksikot/psykiatria-ja-riippuvuuksien-hoito.html>.

- Marshall, M. & Rathbone, J. 2011. Early intervention for psychosis [Review]. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004718.pub3/epdf/full>.
- Mielenterveyden keskusliitto. 2019. Skitsofrenia. <https://www.mtkl.fi/mika-askaruttaa/yleisia-mielenterveyden-hairioita/skitsofrenia/>.
- Mielenterveystalo.fi. 2019. Elämäncrisi. <https://www.mielenterveystalo.fi/alkuiset/Tietopankki/sosiaalipalvelut/Pages/elamankrisi.aspx>.
- Mielenterveystalo.fi. 2019. Unettomuus. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/tietoa_oireista/Pages/unettomuus.aspx.
- Nuortenmielenterveystalo.fi. 2019a. Apu käytännössä – Verkostotyö. https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/hae_neuvoja_ja_apuja/apu_kaytannossa/Pages/verkostotyö.aspx.
- Ojanen, M., Nordling, E. & Laurén, H. 1994. Skitsofreniapotilaiden kuntoutusprojekti. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1994/15/duo40322>.
- Pavlovic, RY., Pavlovic, A. & Donaldson, S. 2016. Open Dialogue for psychosis or severe mental illness [Protocol]. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012384/epdf/full>.
- Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2018. Aikuispsykiatrian avohoito. <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/poliklinikat/psykiatria/psykiatrinen-avohoito/>.
- Seikkula, J. 2011. Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? <https://www.taosinstitute.net/Websites/taos/files/Content/5695642/becoming-dialogical.pdf>.
- Seikkula, J. & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94071.pdf>.
- Seikkula, J. & Arnkil, T-E. 2005. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Kustanneosakeyhtiö Tammi.
- Seikkula, J. & Arnkil, T-E. 2014. Open Dialogues and Anticipations – Respecting Otherness in the Present Moment. Tampere, Helsinki: National institute for Health and welfare.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut - Opas kunnille ja kuntayhtymille. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72736/Julka200916.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Suomen Mielenterveys ry. 2019. Krisit kuuluvat elämään. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/valkeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/krisit-kuuluvat-el%C3%A4m%C3%A4nC3%A4n>.

Suomen Mielenterveys ry. 2019. Mielenterveyspalvelut. <https://mieli.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistaminta/dialogisuus_ammattilaisen_ja_perheen_valilla.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2019. Mielenterveyshäiriöt. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>.

Turpeinen, A-K. 2018. Tarpeenmukainen hoito. <https://www.mielipalvelut.fi/artikkelit/tarpeenmukainen-hoito/>.

Vilppa, T. 2013. Keroputaan hoitomalli. <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2013/02/13/keroputaan-hoitomalli>.

World Health Organization. 2014. Mental health: a state of well-being. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.



KIITOS :)

Kahoot

1. Mitä mielenterveyden häiriöitä ja elämäkriisejä avoimen dialogin hoitomallilla voidaan hoitaa?
 - skitsofreniaa
 - unettomuutta
 - psykooseja
 - depressiota
2. Avoimen dialogin hoitomalli on sovellus tarpeenmukaisen hoidon mallista?
 - kyllä
3. Kuinka monta peruseriaa avoimen dialogin hoitomallissa on?
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
4. Avoimen dialogin mallissa yksi hoitoon pääsemisen peruste on lähete perusterveydenhuollosta
 - ei
5. Avoimen dialogin hoitomallissa perhe ja muu läheinen verkosto ovat tärkeä voimavara sairastuneelle henkilölle
 - kyllä
6. Avoimen dialogin hoitomallissa hoitokokoukset tulee suunnitella tarkasti ennen toteuttamista
 - ei
7. Avoimen dialogin hoitokokoukset pidetään pääsääntöisesti sairaalalla. Vain harvoissa tapauksissa hoitokokous voidaan sopia pidettäväksi asiakkaan kotona.
 - ei
8. Ensimmäisen hoitokokouksen järjestämiselle on aikaa
 - 24h
 - 48h
 - 72h
 - 7vrk

9. Asiakkaan hoitoon osallistuu erikoissairaanhoidosta koko hoidon ajan sama hoitoryhmä.
 - kyllä

10. Avoimen dialogin hoitomallissa ajatuksena on, että asiakas itse tekee päätöksiä liittyen omaan hoitoonsa yhdessä lähiverkostonsa kanssa.
 - kyllä
11. Verkostokeskeinen työskentelytapa poistaa seuraavan epäkohdan:
 - apua haetaan eri paikoista saamatta oikeasti apua
 - henkilön lähipiiri ei ole tietoinen läheisensä tilanteesta
 - potilaan lääkitys ei ole ajantasainen

12. Dialogisessa toiminnassa
 - tarkoituksena on päättää, kenen näkemys asiasta on oikea
 - tulee hyväksyä se, että on erilaisia näkökantoja eikä mikään niistä ole koko totuus

13. Avoimen dialogin hoitomallin mukaisesti hoidon tulee vastata asiakkaan tarpeisiin ja muutoksiin tulee reagoida nopeasti.
 - kyllä

14. Avoimen dialogin hoitomalli yhdistää sairaala- ja avohoidon.
 - kyllä

15. Avoimen dialogin hoitomallissa
 - lääkitys on keskeisessä osassa hoitoa
 - asiakas saa itse päättää, missä hänen hoitokokouksensa järjestetään
 - moniäänisyys on keskeisessä osassa hoitoa
 - asiakasta hoidetaan yleensä erikoissairaanhoidon suljetuilla osastoilla

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI

Kuva: Lewis, J. 2020.

1. Nopea hoitoon pääsy

- 24/7 päivystys mahdollistaa välittömän kriisiavun
- Ensimmäinen hoitokokous 24 tunnin sisällä yhteydenotosta

2. Perhe ja muut läheiset osallistuvat hoitoon

- Hoitokokouksia ei suunnitella etukäteen, vaan asiakas verkostonsa ja työryhmänsä kanssa keskustelevat kaikki yhdessä
- Hoitoa koskevat suunnitelmat ja päätökset tehdään kaikkien osapuolten läsnä ollessa
- Hoitokokoukset voidaan järjestää asiakkaan halumassa paikassa

3. Kokeneen työryhmän vastuu hoidosta

- Moniammatillinen työryhmä yhdistää sairaala- ja avohoidon
- Työryhmässä on aina mukana hoitava lääkäri
- Tavoitteena on, että sama hoitava työryhmä pysyy mukana koko hoitoprosessin läpi

4. Epävarmuuden sietäminen

- Valmiita vastauksia ei ole eikä niitä pitäisi antaa

5. Hoidon asiakaslähtöisyys

- Hoito vastaa asiakkaan muuttuviin tarpeisiin

6. Verkostokeskeinen työskentely

- Yhdistää eri alojen ammattilaiset, jotka osallistuvat henkilön hoitoprosessiin

7. Hoitokokousten avoin dialogisuus

- Moniäänisyys, vuoropuhelu ja vastavuoroinen vaikuttaminen osanottajien välillä
- Kun eri näkemykset saavat tilaa, syntyy luovimmat ja parhaimmat ratkaisut



AVOIN PALAUTE

(Esitystapa, esityksen pituus, esityksen informatiivisuus. Oliko aihe kiinnostava? Oliko aihe ennalta tuttu? Muuta palautetta?)

KIITOS PALAUTTEESTA! 😊

AVOIN PALAUTE

(Esitystapa, esityksen pituus, esityksen informatiivisuus. Oliko aihe kiinnostava? Oliko aihe ennalta tuttu? Muuta palautetta?)
