



**Itsemurhalla uhkaavan potilaan
kohtaaminen sairaalan
ulkopuolisessa ensihoidossa**

Suominen Leevi

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2012
Ensihoidon koulutusohjelma
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ensihoidon koulutusohjelma

SUOMINEN, LEEVI:

Itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaaminen sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.

Opinnäytetyö, 40s., liitteet 9s.

Maaliskuu 2012

Psykiatriset palvelut eivät riitä hoitamaan kaikkia hoidon tarpeessa olevia ihmisiä nyky-Suomessa. Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa tapaa päivittäin potilaita, jotka kärsivät erilaisista mielenterveysongelmista. Osa näistä potilaista uhkaa jopa itsemurhalla.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaamiseen liittyviä asioita sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää.

Teemahaastatteluin kolmelta sairaanhoitajalta kerätystä materiaalista tavoitteena oli sisällönanalyysin menetelmällä luoda tietolähde, josta olisi konkreettista hyötyä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työskenteleville.

Tulokset olivat pitkälle saman suuntaisia kuin kirjallisuudesta on löydettävissä. Kokeneiden sairaanhoitajien kertomana tuloksista löytyy hyödyllistä tietoa niin siitä mitä konkreettisesti sanoa potilaalle kuin oman käytöksen merkityksestä potilaskohtaamisen lopputuloksen kannalta.

Avainsanat: ensihoitaja, ensihoito, itsemurha, potilaan kohtaaminen.

ABSTRACT

Tampereen Ammattikorkeakoulu
Degree Programme in Emergency Care

SUOMINEN, LEEVI:
Facing a Suicidal Patient in Prehospital Emergency Care

Bachelor's thesis 40 pages, appendices 9 pages
March 2012

Psychiatric services do not meet the demands in modern day Finland. Prehospital emergency care personnel faces patients suffering from various mental problems on a daily basis. Some of these patients even threaten them with suicide attempts.

The purpose of this thesis was to provide information about facing a suicidal patient in prehospital emergency care.

The research method used was a qualitative one. The data were collected with interviews and the aim was to create a source of information that would be of concrete use to those working in prehospital emergency care.

The results of this study corresponded to those found in the literature. But as the interviewees of this study consisted of experienced emergency care personnel, the results provide useful information regarding the importance of one's own behavior as well as what should be said, since these factors might affect the end result in facing a suicidal patient.

Key words: prehospital care personnel, prehospital care, suicide, facing the patient.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	8
3 TEOREETTINEN VIIITEKEHYS	9
4 ITSEMURHA	10
4.1 Itsetuhoisuus	10
4.2 Itsemurhayritykset	10
4.3 Tekotavat	11
4.4 Yrittäjän ja tekijän eroja	12
4.5 Nuorten itsemurhat	12
4.6 Iäkkäiden itsemurhat	12
4.7 Laajennettu itsemurha	13
4.8 Itsemurhiin liittyvät fantasiat	13
5 RISKITEKIJÄT	15
5.1 Psykkiset riskitekijät	15
5.1.1 Masennus	16
5.1.2 Päihderiippuvuus	16
5.1.3 Skitsofrenia	17
5.1.4 Persoonallisuushäiriöt	17
5.2 Biologiset riskitekijät	18
5.3 Sosiaaliset riskitekijät	18
6 ENSIHOITO	20
6.1 Ensihoitopalvelu	20
6.2 Yksiköt ja henkilöstö	20
6.3 Ensihoitotehtävät ja ensihoitajien yleisimmät työpaikat	21
7 AUTTAMISKEINOT	23
7.1 Itsemurhien ehkäiseminen	23
7.2 Avun hälyttäminen ja hätäkeskuspäivystys	24

7.3 Itsemurhapotilaan kohtaaminen sairaankuljetuksessa.....	25
7.4 Poliisin toiminnasta itsemurhapotilaiden kanssa	27
7.5 Itsemurhia koskevaa lainsäädäntöä.....	28
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	30
8.1 Tutkimusmenetelmä.....	30
8.2 Haastateltavat ja aineiston valinta.....	30
8.3 Aineiston analysointi.....	31
9 TULOKSET	33
9.1 Miten ensihoitajat kokevat itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaamisen?	33
9.2 Minkälaisia asioita ensihoitajien mielestä itsemurhalla uhkaaville potilaille tulisi sanoa?.....	34
9.3 Kuka on ensihoitajien mielestä ensisijainen viranomainen hoitamaan itsemurhalla uhkaavia potilaita?	34
9.4 Miten ensihoitajien valmiuksia kohdata itsemurhalla uhkaavia potilaita voitaisiin parantaa?.....	35
10 POHDINTA.....	36
10.1 Luotettavuus.....	36
10.2 Eettisyys.....	36
10.3 Kehittämisehdotukset	37

LÄHTEET

1 JOHDANTO

”Yleinen ongelma on se, ettei julkisen terveydenhuollon vastaanotolle pääse silloin, kun hätä on akuutti, vaan aikaa tarjotaan vasta viikkojen tai kuukausien päästä.” (Itsetuhoisuus alkaa Suomessa varhemmin kuin muualla. Terveyden edistämisen lehti Promo 3/2011. 14-15.) Näin kuvataan mielenterveyspalveluiden tilannetta maassamme.

Laitospaikkojen vähentäminen, avopalvelujen lisääminen, alkoholinkäyttö, mielenterveysongelmat, suorituspainet ja yksinäisyys. Siinä kenties muutamia syitä siihen, miksi Suomessa itsetuhoisuus alkaa jo varhemmin kuin muissa maissa ja miksi Suomi on itsemurhatilastoissa EU:n keskiarvon yläpuolella. 1000 ihmistä tekee Suomessa vuosittain itsemurhan. Se on 20 ihmistä 100 000 asukasta kohti. EU:n keskiarvo on 15. (Itsetuhoisuus alkaa Suomessa varhemmin kuin muualla. Terveyden edistämisen lehti Promo 3/2011. 14-15.)

Ensihoitajakoulutuksen aikana itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaamista sivutaan pikaisesti. Kirjallisuudesta luettavat ohjeet ovat yleismaailmallisia, ehkä siitäkin syystä, että jokainen tapaus on hyvin yksilöllinen. Kaikki tämä jättää paljon yksittäisen auttajan varaan.

Itsemurhalla uhkaavat potilaat kuuluvat ensisijaisesti poliisin tehtäviin. Tilanteet ovat kuitenkin monesti epäselviä, ambulanssi voi tulla uhkaustilanteeseen ensimmäisenä yksikkönä tai ”normaali” hoitotilanne voi eskaloitua uhkaavaksi. Mitä tehdä sellaisessa tilanteessa? Mitä sanoa potilaalle? Mikä ajaa ihmisen itsetuhoiseksi? Jos vastaukset näihin kysymyksiin ovat selkeinä mielessä, on tämän opinnäytetyön lukeminen turhaa. Jos vastaukset eivät ole täysin varmoja, voi tästä työstä löytyä hyödyllisiä tiedonjyväsia.

Oma kiinnostukseni aiheeseen nousee yhdestä sairaankuljetusharjoittelujaksolla tapahtuneesta tilanteesta, jossa kohtasimme itsemurhalla uhkaavan potilaan. Jäin miettimään tapausta, koska mikäli olisin silloin ollut hoitovastuussa ja joutunut puhumaan potilaan kanssa, olisi saattanut olla vaikeaa keksiä ”oikeita” sanoja ja lauseita. Eihän niitä ainoita

oikeita sanoja ja lauseita ole, mutta sittemmin työelämässä tapahtuneissa tilanteissa olen ollut paljon valmiimpi.

Lainaus, joka johdannon aloitti, liittyen mielenterveyspalveluiden saatavuuteen, johtaa vääjäämättä siihen, että myös ensihoidossa mielenterveyspotilaita tapaa entistä enemmän.

Tämän opinnäytetyön johtoajatuksena on selvittää, löytyisikö ensihoitajien tosielämän kokemuksista konkreettisia ohjeita siihen, mitä tehdä tai sanoa itsemurhalla uhkaavalle potilaalle.

2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaamiseen liittyviä asioita sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.

Opinnäytetyön tavoitteena on toimia tiedonlähteenä lisäten sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työskentelevien valmiuksia kohdata itsemurhalla uhkaavia potilaita.

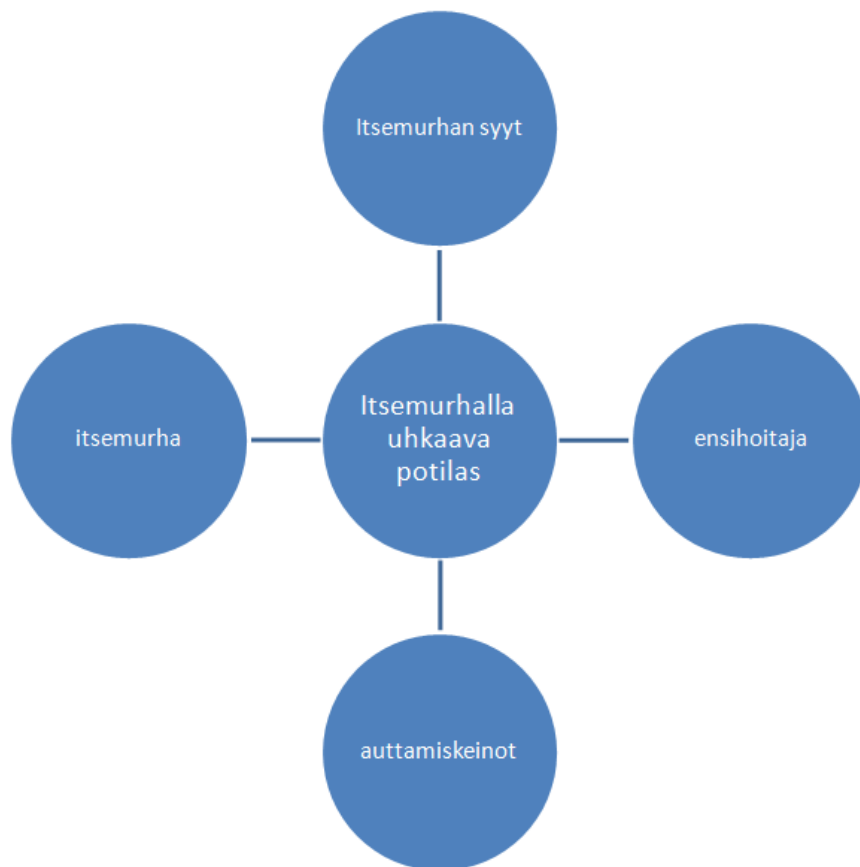
Opinnäytetyön tehtävä on vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten ensihoitajat kokevat itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaamisen?
2. Minkälaisia asioita ensihoitajien mielestä itsemurhalla uhkaaville potilaille tulisi sanoa?
3. Kuka on ensihoitajien mielestä ensisijainen viranomainen hoitamaan itsemurhalla uhkaavia potilaita?
4. Miten ensihoitajien valmiuksia kohdata itsemurhalla uhkaavia potilaita voitaisiin parantaa?

3 TEOREETTINEN VIIITEKEHYS

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on toimia tiedonlähteenä. Ollakseen hyvä tiedonlähde, työn on oltava ajankohtainen ja mahdollisimman monipuolinen. Tätä tukee erilaisten ja kansainvälistenkin lähdemateriaalien käyttö sekä haastatteluin saatu syvällisempi käytännön tuoma tieto. Sekä työn teoreettista osaa että haastatteluista saatuja tuloksia voi hyödyntää niitä omassa työssään tarvitseva. Teoreettiseen osaan on kerätty tietoa liittyen keskeisiin käsitteisiin, jotka on mainittu kuviossa 1.

Työ on pyritty kirjoittamaan tiivistetyksi, helposti luettavaksi ja kiinnostavaksi paketiksi käsittelemään juuri alla mainittuja tekijöitä, jotka ovat hyvin olennaisia käytännön tilanteissa kohdattaessa itsemurhalla uhkaava potilas.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet.

4 ITSEMURHA

Itsemurha voidaan määritellä tahalliseksi teoksi, jonka päämääränä on henkilön oma kuolema. (World Health Organization 2011). Itsemurha sinänsä on pitkän prosessin tulos, johon yksilö voi päätyä, kun riskitekijät kasautuvat ja lopulta jokin yksittäinen tapahtuma toimii laukaisevana tekijänä. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 1999, 568).

4.1 Itsetuhoisuus

Itsetuhoisuus määritellään toiminnaksi, jossa tavoite on vahingoittaa itseä tai ottaa omaa henkeä uhkaava riski. Itsetuhoisuutta on sekä suoraa että epäsuoraa. Suora itsetuhoisuus ilmenee ajatuksina itsemurhasta, sen yrittämisenä tai siinä onnistumisena. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2008, 231).

Epäsuora itsetuhokäyttäytyminen on uhkaavien riskien ottamista ilman tietoista pyrkimystä kuolemaan. Toistuvat riskinotot lisäävät vahingoittumisen todennäköisyyttä. Konkreettisesti tämä näkyy esimerkiksi vaarallisena liikennekäyttäytymisenä, päihteiden liiallisena käyttönä, vaarallisten extreme-lajien harrastamisena, sairauksien laiminlyöntinä tai terveyden liiallisena rasittamisena. (Itsetuhokäyttäytyminen 2009).

4.2 Itsemurhayritykset

Itsemurha-ajatukset ovat kohtalaisen yleisiä. Niitä on vuosittain noin kymmenellä prosentilla aikuisväestöstä ja nuorilla kuoleman mahdollisuus on jopa vielä yleisemmin mielessä. (Lönnqvist 2009).

Itsemurhayritykset ovat paljon itsemurha-ajatuksia harvinaisempia. Vuositasolla 0,3-0,5 % ihmisistä yrittää itsemurhaa, elämänsä aikana sitä yrittää noin 3-5 % väestöstä. Noin joka 20. yritys johtaa kuolemaan. Suurin osa yrityksistä tehdään alkoholin tai muiden päihteiden vaikutuksen alaisena ja käyttäen erityisesti psykykelääkkeitä. (Lepola ym. 2008, 231–233).

Itsemurhayritykset ovat 10–20 kertaa yleisempiä kuin itsemurhat. (Lönnqvist ym. 1999, 560). Yritykset ovat kuitenkin korkein riski toteutuneelle itsemurhalle, sillä joka kolmas aiemmin yrittänyt yrittää myös uudestaan. Itsemurhayritystä voidaankin pitää varoitukseksi, johon tulee suhtautua äärimmäisen vakavasti. (Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen 2009, 48).

Vakavan yrityksen tehneistä 20 % tekee itsemurhan viiden vuoden sisällä ensiyrittämistä. Toisaalta ammattilaisten ja auttajien on hyvä muistaa, että siis 80 % henkilöistä, jotka todella kuvittelivat kuoleman olevan heille ainoa vaihtoehto, eivät seuraavan viiden vuoden aikana tee itsemurhaa. (Lönnqvist 1999, 562, 571).

4.3 Tekotavat

Vuosien 1996 ja 2003 väliseltä ajalta tutkittiin yli 25 000 itsemurhayritystä, joita seurasi hoitajakso sairaalassa. Tutkimuksessa todettiin, että noin 2000 myrkytyspotilasta hoidettiin joka vuosi heidän yritettyään itsemurhaa. Ampuma-aseiden ja terävien esineiden käyttö lisääntyi hoidetuilla potilailla vuoden 1998 jälkeen selvästi aiempaan verrattuna, ollen kuitenkin yhteensä 125 tapausta vuositasolla. Korkealta hyppäämisen vuoksi hoidettiin noin 40 tapausta vuodessa. Tekotapana myrkytys ei ole kovinkaan tehokas ja siitä johtuen hoidettujen potilaiden määrä oli suuri verrattuna niihin, jotka käyttivät teossaan ampuma-asetta tai esimerkiksi pakokaasua. (Haukka, Suominen, Partonen & Lönnqvist 2008, 1157, 1161).

Tappavien välineiden, kuten ampuma-aseiden ja hyvin myrkyllisten aineiden saatavillaolon onkin todettu vaikuttavan itsemurhien määrään. (Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen 2009, 49) Muita yleisiä itsemurhan tekotapoja ovat mm. hirttäytyminen, hukuttautuminen, ajoneuvon alle jättäytyminen sekä ajoneuvolla kolari. (Pitkälä, Isometsä, Henriksson & Lönnqvist 1999; Ohberg, Vuori, Klaukka & Lönnqvist 1999).

4.4 Yrittäjän ja tekijän eroja

Henkilö, joka todella haluaa suorittaa itsemurhan, tekee sen usein yksinäisyydessä ja tehokkain menetelmin. Tällöin etukäteissuunnittelu on huolellista ja avun saatavuus tehty vaikeaksi. Valitun menetelmän tappavuus on korkea. Itsemurhaan päätyvällä on usein jokin diagnoosi mielisairaudesta sekä alkoholismia taustalla. Keski-ikäiset ja sitä vanhemmat miehet kuuluvat tähän potilasryhmään. Itsemurhaa yrittävät sen sijaan toimivat impulsiivisesti hetken mielijohteesta ja käyttävät tappavuudeltaan matalia menetelmiä, esimerkiksi lääkkeiden yliannostusta. Tällaisissa tilanteissa avun saaminen on usein helppoa tai potilas hälyttää apua jopa itse. Tälle potilasryhmälle itsemurhayritys on keino purkaa ahdistusta ja he ovat helpottuneita avun saamisesta. Vakavissa itsemurhayrityksissä tulee kuitenkin muistaa, että oireet itsemurhaa yrittävän ja sen tekevän välillä ovat lopulta hyvin lähellä toisiaan. (Lepola ym. 2008, 234–235).

4.5 Nuorten itsemurhat

Itsemurha on nuorten miesten yleisin kuolinsyy. Aikuiset eivät useinkaan tiedä nuorten itsetuhoajatuksista, sillä nuoret puhuvat niistä mieluummin ikätovereilleen. Itsetuhokäytöksen ilmaantuvuuden huippu asettuu 15–19 ikävuoden välille. Tytöt yrittävät itsemurhaa poikia enemmän, mutta poikien itsemurhakuolleisuus on suurempi. Merkittävä osa itsemurhan tekevästä nuorista on psykiatrisen hoidon ulkopuolella. Nuorekin itsemurha on usean tekijän summa. Taustalla on monesti masennusta, päihteitä ja tunteiden säätelyn ongelmia. Seurustelusuhteiden ja niiden päättymisen merkitys on nuorilla korostunut. Koulukiusaaminen on yksi riskitekijä. Nuoren voi olla vaikea käsitellä lähipiirissään tapahtunutta itsemurhaa, joka voi johtaa omaan itsemurhayritykseen. Aivan kuten aikuisetkin nuoret ovat yleensä itsemurhaa yrittäessään päihtymystilassa. (Nuorten itsetuhokäyttäytymisen tunnistaminen ja arviointi 2009).

4.6 Iäkkäiden itsemurhat

Monissa maissa on raportoitu itsemurhariskin kasvusta iän myötä, mutta tähän ei ole kiinnitetty kovinkaan runsaasti huomiota. Vain harvoin itsemurhan tehneet iäkkäät ovat saaneet asianmukaista hoitoa mielenterveydellisiin ongelmiin, vaikka heistä lähes puolet on ollut yhteydessä terveydenhuoltoon elämänsä viimeiseksi jääneen viikon aikana.

Ruumiinavaukset ovat lisäksi osoittaneet, että jopa 54-87 %:lla on ollut mm. masennusta, psykoottisia häiriöitä sekä persoonallisuushäiriöitä. Iäkkäät itsemurhan tekijät käyttävät väkivaltaisia keinoja, hirttäytymistä ja ampumista. Itsemurhavaarasta puhuminen on iäkkäillä hyvin valikoivaa. Alle viidesosa oli kertonut aikeistaan hoitoalan henkilölle, mutta lähes puolet oli puhunut niistä omaisilleen. Yli 65-vuotiaista itsemurhan tehneistä tiedetään 38 %:n yrittäneen sitä joskus aiemmin. (Pitkälä ym. 1999).

4.7 Laajennettu itsemurha

Nykyaikaisten tapahtumien valossa, ajatellen muun muassa kouluampumisia, on syytä käsitellä myös laajennetun itsemurhan termiä. Se tarkoittaa, että riistää samaan aikaan muitakin henkiä kuin vain omansa. Itsemurhapommitukset ja oman perheensä tappaminen itsensä lisäksi ovat esimerkki laajennetusta itsemurhasta. Koulusurmista ja vastaavissa kyse on monesti enemmänkin julkisuushakuisuudesta, kun taas oman perheen tappaminen liittyy epäonnistumisiin ja häpeään, joita voitaisiin käsitellä oikea-aikaisella hoidolla. Itsemurhan tekijä haluaa tällöin ensisijaisesti tappaa itsensä, mutta tappaa myös perheensä, koska ei halua jättää heitä esimerkiksi hankalaan taloudelliseen asemaan. Laajennettuja itsemurhia ei Suomessa tilastoida. (Itsemurhat; Asiantuntija: Perheen ampuminen Suomessa valitettavan yleistä 2008).

Lisäksi kirjallisuudessa on käytössä termi itsemurhajuoksu, joka liittyy nimenomaan kouluampumisiin, jolloin itsemurhan tekijä tappaa niin paljon muita kuin pystyy ja lopulta itsensä.

4.8 Itsemurhiin liittyvät fantasiat

Kuolemaan liittyviä mielikuvia on varmasti useimmilla ainakin jossain elämänvaiheessa. Itsemurhapotilailla nämä mielikuvat saattavat pitkäaikaisuudessaan muodostua jopa turvaa tuoviksi. Itsemurhafantasioissa on monia kerroksia, joista kuolema on vain pinnallisimpana. Itsemurhaa suunnitteleva voi ymmärtää täysin kuoleman lopullisuuden, mutta kun itsemurha tulee ajankohtaiseksi, järkiperäisyys väistyy. Silloin kuolema saa merkityksen tilana, jossa pääsee turvalliseen ja rauhoittavaan uneen. (Aalberg 1985, 102).

Ammattiauttajan on hyvä sisäistää, että vaikka itsemurha tuntuisi auttajan mielestä järkevältä, on sitä yrittävällä aina jokin tavoite teolleen. Seuraavaksi on listattu Nissilän (1995, 46-132) haastattelemien itsemurhaa yrittäneiden itse kertomia tavoitteita. Tavoitteen perään on sulkuihin lisätty kirjassa mainittu sanamuoto, joka selventää mistä tavoitteessa on kysymys. Vetoaminen (tapan itseni ellet...), mielenosoitus (sittenhän minusta pääsette...), itsetuhoinen kosto (tuntisit saman tuskan kuin minä.), pako (minä lähden.), halu joksikin aikaa pois (oli vaikia olla. halusin lomaa.), tarve päästä uneen (halusin nukkua...), halu kuolla, toive muuttaa olomuotoa (mummon ja vaarin luona olisi parempi olla.).

Samoilta henkilöiltä kysyttiin heidän käsityksiään kuolemasta ja kuolemattomuudesta. 26 % kertoi ajattelevansa kuolemaa helpotuksena, 15 % piti sitä muutoksena parempaan eli esimerkiksi elämän jatkumista helvetissä. Muita käsityksiä kuolemasta olivat kaiken loppuminen, maallisen elämän päättyminen, olomuodon muutos tai muutos parempaan. Osa ei tiennyt mitä ajattelee kuoleman jälkeen tapahtuvan.

Kuolemattomuuteen osa suhtautui hyvänä asiana, osa huonona. Joku ei ollut ajatellut kuolemattomuutta lainkaan, joidenkin mielestä kuoleman jälkeen ei ole mitään. Kuten edellä on mainittu, osa ajatteli päätyvänsä varmasti helvettiin.

5 RISKITEKIJÄT

Jokaisella itsemurhan tekevällä on ainutlaatuinen historiansa, eikä itsemurhalle voida juuri koskaan osoittaa yhtä ainoaa selittävää syytä. Itsemurhan tekemiselle voidaan kuitenkin löytää riskitekijöitä, jotka ennustavat muusta väestöstä suurempaa uhkaa toteuttaa itsetuhoisia aikeita. (Lönnqvist ym. 1999, 560–562).

Aiemmat itsemurhayritykset, mielenterveyden häiriöt ja läheisten tekemät itsemurhat suurentavat itsemurhariskiä. Edellä mainittujen lisäksi matalan sosiaalisen aseman, yksin tai avoliitossa asumisen, työttömyyden sekä miessukupuolen on todettu kasvattavan riskiä. Kulttuurin ilmapiirillä itsemurhia kohtaan ja tiedotusvälineiden tavalla uutisoida itsemurhista on todettu olevan vaikutusta. (Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen 2009, 48–49).

Ammattiryhmistä lääkäreillä, eläinlääkäreillä ja muilla lääkeaineiden ja vaarallisten aineiden kanssa työskentelevillä on todettu suurempi itsemurhakuolleisuus kuin muissa ammateissa olevilla. (Preventing suicide 2000, 9).

5.1 Psykkiset riskitekijät

Suurimmalla osalla itsemurhan tehneistä on selkeä mielenterveyden häiriö, jota on jossain vaiheessa hoidettu terveydenhuollossa. (Lönnqvist 2009). Vuonna 1987 tehdyssä tutkimuksessa itsemurhan tehneistä 90 % oli kärsinyt diagnosoitavissa olevasta mielenterveyden häiriöstä. Näistä 66 % kärsi eriasteisista masennustiloista, psykoottisia häiriöitä, mm. skitsofreniaa, sairasti 25 %. Alkoholismia oli 43 %:lla itsemurhan tehneistä. Vain 12 %:lle itsemurhan tehneistä löytyi yksi ainoa selittävä diagnoosi. Kuten on jo aiemminkin mainittu, itsemurha on monen tekijän summa. (Lönnqvist ym. 1999, 563, 568).

5.1.1 Masennus

Tärkein itsemurhiin liittyvä mielenterveyden häiriö on masennus. Yli 500 masennuspotilasta tekee Suomessa itsemurhan joka vuosi. Nämä potilaat tekevät itsemurhan yleensä muilla keinoin kuin omilla lääkkeillään. (Lönnqvist 2009).

Masennus jaetaan tautiluokituksissa kahteen ryhmään: yksittäiseen masennusjaksoon ja toistuvaan masennukseen. Niiden oirekuvat ovat kuitenkin hyvin samanlaiset. Masennukseen liittyy olennaisesti mielialan lasku, mielihyvän kokemusten häviäminen ja henkilön energisyyden väheneminen. Tämä johtaa herkästi väsymykseen, keskittymiskyvyn heikkenemiseen, itsetunnon madaltumiseen ja pessimistisiin tulevaisuuden kuviin. Unen laatu häiriintyy depressiossa, ihminen on tuskainen ja ahdistunut. Kaikki tämä voi johtaa itsetuhoisiin ajatuksiin. Mieliala vaihtelee päivästä toiseen vain vähän, mutta usein erityisesti aamut ovat vaikeimpia. Masennustilan vaikeusaste määritellään oireiden laadun ja vaikeuden perusteella. Lievät masennustilat voidaan hoitaa avohoidon puolella, mutta kohtalainen ja vaikea masennustila vaikuttavat jo selvästi mm. ihmisen sosiaaliin suhteisiin. Psykoottisesti depressiivinen kärsii harhaluuloista ja aistiharhoista. (Lepola ym. 2008, 63–65; Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen 2009, 29–30).

5.1.2 Päihderiippuvuus

Alkoholismien tasoinen riippuvuusongelma on joka kolmannella itsemurhaan päätyvällä miehellä. (Lönnqvist 2009). Yleisimpiä päihdeaineita ovat alkoholi, amfetamiini, kannabis, kokaiini ja opiaatit. Huumeiden käyttäjillä esiintyy jonkin verran itsemurhia, yleisempää on kuitenkin väkivaltakuolleisuus. Suomessa on noin 250 000–400 000 alkoholin suurkuluttajaa. Suurkulutuksen rajana pidetään miehillä 24 ja naisilla 16 ravintolaannosta viikossa. Alkoholin käytön seurauksena lähes kaikki elinjärjestelmät kärsivät vaurioita. Suoranaiset psykiatriset komplikaatiot ovat alkoholimyrkytys, vieroitusoireet sekä muistihäiriöt. Alkoholi vaikuttaa myös suoraan ihmisen keskushermoston aineenvaihduntaan ja jopa 60 %:lla alkoholisteista todetaan tästä johtuvaa masennusta. Masennustilat taas voivat laukaista itsemurhakäyttäytymisen. (Lepola ym. 2008, 219,221,223–224; Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen 2009, 11–13).

5.1.3 Skitsofrenia

Itsemurhan tehneistä skitsofreniaa sairastavien osuus on noin 10 %. (Lönnqvist 2009). Skitsofrenia on yksi vaikeimmista mielenterveyden häiriöistä koko yhteiskunnan kannalta. Siihen sairastutaan nuorella iällä ja kehittyneistä hoitomuodoista huolimatta joka kolmas häiriö jää krooniseksi. Skitsofreniaa sairastavien kuolinriskiä kasvattavat alkoholin käyttö, itsemurhayritykset, myrkytykset ja tapaturmat sekä epäterveelliset elintavat. Kaikki nämä johtavat työkyvyttömyyteen ja suuriin kustannuksiin yhteiskunnan kannalta. Yli puolet psykiatrisista sairaalapaikoista täytetään skitsofreniapotilailla. Taudin synty on lääketieteelle edelleen mysteeri. Riskitekijöitä on paljon, mm. monet raskauden aikaiset komplikaatiot, mutta valtaosa riskeille altistuneista ei koskaan sairastu. Skitsofreniaan sairastuneen persoonallisuus hajoaa, todellisuus vääristyy ja tätä kautta toimintakyky laskee. Aistiharhat eli hallusinaatiot ovat tyypillisiä taudin kuvassa. Potilaat kuulevat monesti ääniä, jotka saattavat vaihdella kommentoivasta syyttävään ja uhkailevaan. Deluusioissa eli harhaluuloissa potilas uskoo, että hänen ajatuksiaan ja toimintaansa ohjataan jostain ulkopuolelta. Potilailla on myös vainoharhaluuloja eli he luulevat, että heitä vainotaan. Aktiivisen skitsofreniavaiheen jälkeen potilaalle saattaa kehittyä masennustila, jolloin on olemassa erityisen suuri itsemurhariski. (Lepola ym. 2008, 37–38, 43–44, 48).

5.1.4 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöitä on monenlaisia. Ne ovat pitkäaikaisia ja hyvin haitallisia ihmis-suhteille, vaikka häiriöistä kärsivä ei aina koekaan itseään sairaaksi. Persoonallisuushäiriöiset ovat usein kypsymättömiä eivätkä kykene tuntemaan empatiaa. Tällaisten ihmisten käytös voi olla häiriölajista riippuen huomionhaluista tai eristäytyvää, vihamielistä tai riippuvaista. Monihäiriöisyyskin on yleistä. Depressiot ja ahdistuneisuushäiriöt kuuluvat monesti persoonallisuushäiriöihin, mutta vain harva hakeutuu sairautensa vuoksi hoitoon. Häiriöt alkavat ilmaantua lapsuudessa tai nuoruudessa. Diagnoosi voidaan tehdä vasta 16–17 vuoden ikäisenä. Eri persoonallisuushäiriölajeja on useita. Epäluuloinen persoonallisuus tulkitsee jatkuvasti toisten toiminnan itseään uhkaavaksi. Hän epäilee toisten uskollisuutta, on hyvin itsekeskeinen ja pitkävihainen. Eristäytyvä persoonallisuus haluaa vetäytyä yksinäisyyteen ja välttää kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa. Epäsosiaalinen persoonallisuus on aiemmin tunnettu mm. nimellä psykopatia.

Tunnusomaista on normien vastainen käytös ja surun aiheuttaminen läheisille, mistä potilas ei itse piittaa. Tällaiset ihmiset voivat olla aggressiivisia ja väkivaltaisia tai muuten vain epäluotettavia ja välinpitämättömiä. Häiriökäytös on monesti alkanut jo ennen murrosikää ja päihteiden väärinkäyttö vaikeuttaa hoitosuhteisiin sitoutumista. Itsemurhille kaikkein alttiimpia ovat impulsiivisesta häiriötyypistä kärsivät. Tämän tyyppiset epävakaaat persoonat kestävät heikosti kritiikkiä ja väkivaltaiset purkaukset ovat yleisiä. Ennuste on monesti huono, mukana on masennustilaa ja päihteiden käyttöä. Epävakaaat ihmissuhteet johtavat itsemurhahaukkauksiin ja –yrityksiin. (Lepola ym. 2008, 109, 111, 113–117).

5.2 Biologiset riskitekijät

Joihinkin somaattisiin sairauksiin on todettu liittyvän kohonnut itsemurhariski. Näitä ovat mm. neurologiset sairaudet ja keskushermostovammat. Eniten tutkimustietoa on syöpäpotilaiden itsemurhasta. Eri maissa tehdyissä tutkimuksissa jopa 47-71 % itsemurhan tehneistä on ollut somaattisesti sairaita. Kaikista itsemurhan tehneistä noin 4 % on sairastanut syöpää. Sairauteen liittyvät kovat kivut lisäävät riskiä, mutta vain harvoin syöpää sairastavtkaan tekevät itsemurhaa ilman samanaikaista mielenterveyden häiriötä. (Lönqvist ym. 1999, 565–566; Pitkälä ym. 1999; Preventing suicide 2000, 8).

Perinnölliset tekijät voivat vaikuttaa itsemurhariskiin, mutta siitä ei ole täyttä varmuutta. Varmaa on kuitenkin se, että perintötekijät ovat riski sellaisen mielenterveyden häiriön synnylle, joka taas lisää itsemurhan riskiä. Jo kymmeniä vuosia on tehty tutkimuksia koskien 5-HIAA:n, aivo-selkäydinnesteessä olevan serotoniinin aineenvaihduntatuotteen, merkitystä itsemurhakuolemista. Kyseisen aineen pitoisuuksien on todettu laskeeneen erityisesti väkivaltaista itsemurhaa yrittäneillä. Lisäksi itsemurhaan päätyneiltä on mitattu nousua kortisolin erityksessä. Nämä muutokset liittyvät myös depression ja voivatkin osaltaan kertoa itsemurhapotilaiden masennustiloista. (Partonen, Haukka & Lönqvist 2009; Lönqvist ym. 1999, 566; Lepola ym. 2008, 233).

5.3 Sosiaaliset riskitekijät

Sosioekonomisella tasolla on todettu olevan kääntäen verrannollinen vaikutus itsemurhakuolleisuuteen. Erityisesti miehillä koulutustason vaikutus on suuri. Matala koulutus

nostaa itsemurhan riskiä jopa viisinkertaiseksi. Miessukupuoli on muutenkin todettu riskitekijäksi, samoin naimattomuus tai avioeron kokeminen. Varallisuus ei tutkimusten perusteella suoraan vaikuta itsemurhariskiin. Työttömyyskään sinällään ei nosta riskiä yhtä paljon kuin työpaikan äkillinen menettäminen. Menetykokemukset yhdistettynä esimerkiksi masennukseen sekä tukiverkoston puuttuminen ovat suuria riskitekijöitä. (Lönnqvist ym. 1999, 562; Preventing suicide 2000, 9; Mäki 2010, 24–27).

Alueellisesti suurin osa itsemurhista on jo pitkään tehty Itä- ja Pohjois-Suomessa. Pohjanmaalla itsemurhakuolleisuus on pientä. Haja-asutusalueilla miehet ovat suuremmassa riskissä, mutta Etelä-Suomessa ja suurissa kaupungeissa itsemurhia tekevät enemmän naiset. (Lönnqvist ym. 1999, 562).

6 ENSIHOITO

6.1 Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelun sisältö on määritelty 1.5.2011 voimaan tulleessa Terveydenhuolto-laissa (1326/2010). Lyhyesti sanottuna siinä kuvaillaan toimintaa seuraavasti: ”äkillisen sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella...” sekä ”...tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön”.

Ensihoidon aiempi määrittely tuli laista asetus sairaankuljetuksesta (1994/565): ”asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemää tilanteen arviointia ja välittömästi antamaa hoitoa, jolla sairastuneen tai vammautuneen potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan tai terveydentilaa pyritään parantamaan perusvälineillä, lääkkeillä taikka muilla hoitotoimenpiteillä”.

6.2 Yksiköt ja henkilöstö

Sairaankuljetustoiminta oli aiemmin jaettu selkeästi kahteen eri tasoon; perustason sairaankuljetukseen ja hoitotason sairaankuljetukseen. Nykyään toimintaa kutsutaan ensihoitopalveluksi ja siinä on erikseen mainittu kolmas taso: ensivaste. Perustason ensihoidolla tulee olla valmiudet valvoa potilasta niin, ettei potilaan tila kuljetuksen aikana odottamattomasti huonone. Perustasolla tulee olla myös valmiudet aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat toimenpiteet. Henkilöstön koulutusvaatimuksena on, että vähintään toinen on terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntaava koulutus.

Hoitotason ensihoidon on edellä mainittujen valmiuksien lisäksi pystyttävä turvaamaan potilaan peruselintoiminnot. Hoitotason ensihoitajille on lisäksi koulutus ja lupa vaativampiin toimenpiteisiin kuten suonensisäiseen lääkitykseen, liuotushoittoon sekä ilma- tien turvaamiseen intuboimalla. Hoitotasolla on käytössä laajempi määrä lääkkeitä kuin perustasolla ja lääkkeitä annostelevilta vaaditaan terveydenhuollon ammattitutkinto. Vähintään toisella ensihoitajista on hoitotasolla oltava jatkossa ensihoitaja-AMK -

tutkinto tai sairaanhoitajana suoritettu lisäksi ensihoitoon suuntaava 30 opintopisteen lisäkokonaisuus. Toinen työntekijä voi sekä perus- että hoitotasolla olla terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain määrittelemä ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon tai siihen verrattavan aiemman tutkinnon suorittanut. (Tampereen aluepelastuslaitos 2011; Päijät-Hämeen pelastuslaitos 2011; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011).

Ammattikorkeakoulussa opiskelleet ensihoitajat saavat sairaanhoitajan pätevyyden ja heidät laillistetaan terveydenhuoltoalan ammattihenkilöiksi sairaanhoitajina. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2008). Tämä vaaditaan, koska ensihoitajanimikettä ei ole erikseen suojattu ja sitä saavat käyttää kaikki akuuttihoitotyössä olevat koulutustaustasta riippumatta.

6.3 Ensihoitotehtävät ja ensihoitajien yleisimmät työpaikat

Ensihoidon tehtävät luokitellaan neljään eri kiireellisyysluokkaan. Hätäpuhelun jälkeen hätäkeskus arvioi avuntarpeen ja antaa siitä ilmoituksen sairaankuljetusyksikölle.

A-kiireellisyysluokka tarkoittaa tilanteita, joissa on syytä epäillä potilaan peruselintoimintojen välitöntä uhkaa. Näitä ovat mm. elottomaksi menneet, voimakas rintakipu ja äkillinen hengitysvaikeus, erilaiset onnettomuudet sekä puukotukset ja ampumiset. B-tehtävät ovat myös korkeariskisiä tehtäviä, mutta tällöin peruselintoimintojen häiriön tasosta ei ole varmuutta. Yleisimpiä B-tehtäviä ovat erilaiset sydänoireet, sokeritauti- ja kouristelukohtaukset, lääkkeiden tai alkoholin yliannostukset, kaatumiset ja verenvuodot. C-tehtävissä potilaan tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi. Nopea arviointi on silti tarpeen ja monilla alueilla potilas tulee tavoittaa puolen tunnin kuluessa. C-tehtäviä ovat esimerkiksi ohimenneet huimaus- ja pyörtymiskohtaukset, vanhuksen äkillisesti heikentynyt yleistila sekä hoitoa vaativat mielenterveysoireet. D-tehtäviin luetaan kaikki kiireettömät ambulanssikuljetusta vaativat tehtävät. Näissä potilaan tila on vakaa, mutta ensihoitopalvelu suorittaa hoidon tarpeen arvioinnin. Potilaan luo tulee päästä kahden tunnin kuluessa. D-tehtävät voivat olla sairaalasiirtoja, pahoinvointi- ja oksentelupotilaita sekä yleistilan laskuja.

A- ja B-tehtävät ajetaan hälytysajona, jolloin potilas saavutetaan mahdollisimman nopeasti. Tavoittamisviive on riskialueen mukaan määritelty kahdeksan ja viidentoista minuutin haarukkaan. Tätä varten sairaanhoitopiirit ovat jakaneet alueensa yhden neliöki-

lometrin palasiin, joista jokainen sovitetaan yhteen viidestä riskiluokasta. Jako tehdään sen mukaisesti kuinka kuormittava kyseinen palanen on ensihoitopalvelun kannalta. (Päijät-Hämeen pelastuslaitos 2011; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011).

Vuonna 2009 valmistuneessa opinnäytetyössä Antikainen & Hernesmaa (2009) tutkivat ammattikorkeakoulusta valmistuneiden ensihoitajien sijoittumista työelämään. Kyselyyn tuolloin vastanneista 81,6 % koki tekevänsä työtä akuuttihoitotyön piirissä. 64 % vastanneista työskenteli sairaankuljetuksessa ja yli 50 % hoitotasolla, ensiapupoliklinikoilla ja teho-osastoilla yhteensä 23,1 %. Ensihoitajista 78 % toimi pelastuslaitosten, sairaaloiden tai yksityisten sairaankuljetusyritysten palkkalistoilla.

7 AUTTAMISKEINOT

Itsemurhien ehkäisytyö jakautuu yhteiskunnassa monelle eri tasolle. Se rakentuu niin yksilön omasta vastuusta elämäänsä kuin yhteiskuntapolitiikan keinoin tehtävistä parannuksista. Näitä parannuksia ovat mm. perheiden asema, työllisyystilanne, tasa-arvon toteutuminen ja yleisen myönteisen ilmapiirin luominen, sillä tietyssä määrin itsemurhien määrä heijastelee yhteiskunnan sen hetkistä tilannetta. (Lönnqvist 2009). Tähän kapaleeseen on otettu mukaan ensihoidon kannalta välttämättömiä muita toimijoita kuten hätäkeskuspäivystys ja poliisi, sekä kerrottu hieman heidän osastaan itsemurhapotilaiden kohtaamiseen liittyen.

7.1 Itsemurhien ehkäiseminen

Tärkeimpiä lähtökohtia itsemurhien ehkäisyssä olisi tarjota kaikille itsemurhaa yrittäneille riittävästi apua. Myös mielenterveystyö ja hoitopaikkojen lisääminen auttaisivat. Tutkimukset osoittavat, että vain 6% saa itsemurhan tekoaikaan hoitoa mielenterveydelisiin ongelmiinsa. Suurta sairaalahoidon jälkeistä itsemurhariskiä voitaisiin pienentää aktiivisilla yhteydenotoilla myös niihin, jotka jättävät hoitonsa kesken. Masennusoireiden tunnistamiseen tulisi kiinnittää huomiota jo yleislääkäritasolla. Itsemurha-ajatusten esiintymisestä voitaisiin kysyä suoraan mm. iäkkäältä väestöltä. Terveyskeskustason interventiosta on hyviä kokemuksia esimerkiksi Ruotsin puolelta. Somaattisista sairauksista kärsiville tulisi taata sekä riittävä henkinen tuki että tehokas lääkitys kivun hoitoon. Terveystieteiden osaksi jää muukin lääkitykseen liittyvä ehkäisytyö. Lääkkeiden määräämisessä tulisi kiinnittää huomiota siihen, kuinka paljon ja kuinka toksisia lääkkeitä potilaille määrätään. Esimerkiksi uudemmat mielialalääkkeet ovat yliannostusten suhteen turvallisempia kuin vanhat trisykliset lääkkeet. Lisäksi ajoittain tulisi tarkistaa miten suuria varastoja potilaiden kaappeihin on kertynyt. Terveystieteiden ja poliisin yhteistyötä tulisi kehittää ylimääräisten lääkkeiden keräämisessä pois ihmisten kodeista. Samalla voitaisiin kerätä pois myös aseita, joiden hallussapitoon puuttuminen on osa primaaripreventiota. Liikenneturvallisuuden lisääminen, kriisipalveluiden järjestäminen, nuorten syrjäytymisriskin pienentäminen ja yleiseen terveystieteeseen panostaminen

ovat muita primaaritason preventiomenetelmiä. (Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen 2009, 49–51; Lönnqvist ym. 1999, 568–570).

Kenties koko kulttuurimme ilmapiiiri kaipaisi muutosta pois syyllistävästä ja leimaavasta ajatusmallista kohti rohkaisevaa ja itsetuntoja nostavaa arvomaailmaa. (Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen 2009, 50).

Itsemurhien ehkäisyä voidaan pitää oikeutettuna, kun mietitään kuinka korostuneesti itsemurha-ajatukset liittyvät niin masennuksen, päihdeongelmien kuin muidenkin mielenterveydellisten häiriöiden vaiheisiin. Itsemurhaa yrittävillä on samaan aikaan sekä halua kuolla että elää. Ainahan itsemurhaa voi ainakin siirtää ja yrittää myöhemmin uudestaan, jos vielä siltä tuntuu. (Lönnqvist 2009).

7.2 Avun hälyttäminen ja hätäkeskuspäivystys

Hätäkeskuslaitos on vuonna 2001 perustettu valtion organisaatio. Tunnetuimpana osana sen tehtäviin kuuluu vastaanottaa pelastus-, poliisi-, terveys- ja sosiaalitoimelle kuuluvia hätäilmoituksia sekä välittää ne edelleen tilanteen vaatimille viranomaisille.

Kuten muissakin terveyttä uhkaavissa tilanteissa, itsemurhatilanteissa avun saaminen alkaa hätäpuhelulla yleiseen hätänumeroon. (Hätäkeskuslaitos).

Päivystys- ja kenttätöiminnan manuaalissa annetaan päivystäjille seuraavanlaisia ohjeita: selvitetään itsemurhan aiottu toteuttamistapa, arvioidaan uhkauksen konkreettisuus, rauhoitellaan potilasta, selvitetään mahdolliset aiemmat puhelut soittajan numerosta sekä diagnosoidut mielenterveysongelmat. Ohjeissa kehoitetaan myös soittajaa pyytämään joku omainen paikalle.

Potilaalle puhuttaessa tulisi keskustelun olla luottamusta herättävää. Uhkaajan itse soittama puhelu on aina hätähuuto. Lähdemateriaalissa verrataan tilannetta elvytykseen, joka ei ole vielä alkanut. Päivystäjän puhe on kuin defibrillaattori, joka pitää potilaan hengissä, jopa kymmeniä minutteja ennen kuin apujoukot saavuttavat potilaan. Aito kiinnostus potilaan elämäntilannetta kohtaan sekä yritykset saada potilas ainakin lykkäämään päätöstään mainitaan tärkeinä asioina päivystäjien koulutuksessa. (Seppänen 2008, 18-19, 23-27).

Päivystäjän tekemä riskinarvio perustuu terveystoimen mallin mukaan avainsanoihin, joita päivystäjä poimii soittajan puheesta tai etsii kysymyksillään. Nämä avainsanat liittyvät esimerkiksi suunnitellun itsemurhan toteuttamistapaan ja potilaan mielenterveydellisiin ongelmiin. Tämän jälkeen päivystäjän on luotava sanoille oikea merkitys kyseisessä tilanteessa sekä arvioitava mitä tilanteesta voi seurata. Sen jälkeen päivystäjä valitsee kulloiseenkin tehtävään sopivan viranomaistahon. Mikäli päivystäjän mielestä apua ei tarvitse hälyttää, on tärkeää ohjeistaa potilas ottamaan välittömästi tai seuraavana päivänä yhteyttä omalle terveysasemalleen tai mahdollisilta aiemmilta hoitokerroilta tuttuun psykiatriseen hoitolaitokseen, jotta vaikeaa tilannetta voitaisiin selvittää.

Vajaa puolet hätäkeskukseen tulevista puheluista johtaa viranomaistoimiin. (Seppänen 2008, 12, 20, 29).

7.3 Itsemurhapotilaan kohtaaminen sairaankuljetuksessa

Terveystoimelle kuuluvissa tehtävissä ei suoraan mainita itsetuhoista tai itsemurhalla uhkaavaa potilasta. Mielenterveysongelmat viittaavat tähän tilanteeseen epäsuorasti, mutta riskinarviossa ovat käytössä vain C- ja D-luokan kiireellisyydet. Näistä C silloin mikäli potilaan käytös on häiritsevää tai hallitsematonta. (Seppänen 2008, 19, 28).

Ensimmäinen tehtävä kohdattaessa itsemurhapotilas on varmistaa potilaan vitaalielin-toiminnot. Mikäli potilas on jo vahingoittanut itseään, hoidetaan potilasta kuten muitakin potilasryhmiä vammojen mukaan. Tämän työn kannalta ei ole olennaista tässä yhteydessä eritellä erilaisten vammojen hoitamista. Niihin löytyvät ohjeet paikkakunta-kohtaisesti tai alan oppaista. Hoitajan tehtävä on tällaisissa tilanteissa olla rauhallinen ja kertoa potilaalle mitä tehdään ja miksi. Somaattisen tilan ohella arvioidaan yrityksen vakavuutta ja valitun keinon tappavuutta. (Alaspää, Kuisma, Rekola & Sillanpää 2003, 450; Pulkkinen & Vesanen 2010).

Mikäli ollaan tekemisissä potilaan kanssa, joka vasta uhkaa itsemurhan mahdollisuudella, edetään tilanteen vaarallisuuden mukaan. Matalan riskin tilanne on kyseessä silloin, kun potilas kertoo harkinnensa itsemurhaa. Tällaiselle potilaalle on tärkeää tarjota henkistä tukea ja mahdollisuutta puhua ammattiauttajan kanssa. Kasvaneen riskin potilaat ovat suunnitelleet itsemurhaa, mutteivät ole vielä edenneet toteuttamaan sitä. Tällainen henkilö on saatava mahdollisimman nopeasti lääkärin konsultaatioon. Korkean riskin

potilaat ovat niitä, jotka ovat juuri tekemässä itsemurhaa. Tällaista potilasta ei saa jättää koskaan yksin. (Preventing suicide 2000, 14–15).

Puhuttaessa potilaan kanssa keskitytään kuuntelemaan mitä potilaalla on sanottavana. On hyvä muistaa, että suurin osa itsemurhapotilaista ei halua kuolla. Itsemurhayritys on epätoivoinen keino päästä eroon jostakin ahdistavasta asiasta elämässä. Potilaalle tarjotaan tukea ja säilytetään rauhallisuus omassa puheessa. Tilannetta rauhoitetaan pyytämällä ylimääräisiä paikallaolijoita siirtymään kauemmas. Hoitajan pitäisi olla realistinen ja muistaa, että tilanne on hyvin vakava. Potilaalta voi kysyä onko hän yrittänyt itsemurhaa aiemmin. Potilaalta kysytään voisiko hän harkita muita vaihtoehtoja ja lykätä itsemurhan tekemistä. Itsemurha-sanaa pitää käyttää rohkeasti keskustelussa. Mahdollisuuksien mukaan itsemurhan tekovälineitä, teräaseita ja pillereitä sekä hoitajan käyttämiä teräviä hoitovälineitä, tulisi siirtää potilaan ulottumattomiin. Ajan pelaaminen on tärkeää! Useat potilaat löytävät toivoa jatkaa elämäänsä arkisista asioista kuten perheestä, työstä tai harrastuksista. (Preventing suicide 2000, 14–17; Alaspää ym. 2003, 450).

Itsemurhalla uhkaavan potilaan kanssa puhuessa pitää muistaa, ettei koskaan lupaa sellaista, mihin ei voi itse vaikuttaa. Koskaan ei saa luvata, että kaikki kyllä järjestyy hyvin. Henkilön elämäntilannetta ja valintoja ei saa vähätellä. Itsemurhalla uhkaavaa ei koskaan saa yllyttää toteuttamaan tekoaan. (Preventing suicide 2000, 17).

Itsemurhapotilaat on tärkeää ohjata jatkohoitoon. Välittömästi itsemurhayrityksen jälkeen on otollisin hetki käsitellä potilaan elämäntilannetta. Kaikkien hoitoketjussa olevien on hyvä muistaa, että jokin muutos on tarpeen sellaisen ihmisen elämässä, joka valitsee ongelmiansa ratkaisuksi itsemurhan. (Pulkkinen & Vesanen 2010; Lönnqvist ym. 1999, 570).

Toisinaan voi tulla tilanteita, joissa tuntuu siltä, että omat voimavarat ja kyvyt auttaa ovat rajallisia. Hoitaja voi kokea ahdistusta tai jopa vihan tunteita potilasta kohtaan. Työssä jaksamisen kannalta on tärkeää huolehtia omasta hyvinvoinnistaan joko työnohjauksen kautta tai käymällä asioita läpi samassa hoitotilanteessa olleiden työtovereiden kanssa. Ammatillisena on tärkeää muistaa, että jokainen tekee vain voitavansa, eikä hyvistä yrityksistä huolimatta kaikkia itsemurhia voida koskaan estää. (Alaspää ym. 2003, 451).

7.4 Poliisin toiminnasta itsemurhapotilaiden kanssa

Poliisien tehtäväluokittelu eroaa terveystoimesta niin, että D-tehtävää ei tunneta. A-tehtävä on kiireellinen, joka keskeyttää vähemmän tärkeät tehtävät. B-kiireellisyydet pyritään hoitamaan viipymättä. Suurin osa poliisin tehtävistä kuuluu tähän luokkaan. C-tehtävät eivät edellytä välittömiä toimia ja ne hoidetaan usein erikseen sovittuna ajan-kohtana. (Seppänen 2008, 38).

Siinä missä terveystoimen tehtävissä ei suoraan mainita itsemurhapotilaita, löytyy poliisilta tilanteeseen sopiva tehtävä nimellä *muu yksilön suojaan kohdistuva tehtävä: itsemurhayritys tai -uhka*. Nykykäytännön mukaan hätäkeskusjärjestelmä ohjaa tällaisen tehtävän suoraan poliisille. Yleensä tilanteissa hälytetään myös muita viranomaisia apuun. Poliisin tehtävänä kiireellisyys on B, mutta muuttuu A-tehtäväksi mikäli uhka on todellinen, teko on estettävissä tai yritys jo meneillään. C-kiireellisyydestä puhutaan tilanteissa, joissa uhka on epämääräinen tai aiotun itsemurhan aika ja paikka eivät ole tiedossa. (Seppänen 2008, 27).

Poliiseille tarkoitetuissa toimintaohjeissa painotetaan, että rauhallinen viestintä itsemurhalla uhkaavan kanssa on tärkeää. Etäisyyttä on säilytettävä riittävästi, jotta voidaan taata oma turvallisuus. Fyysistä kosketusta ja kiinniottoa tulisi alkuun välttää. Harhoista ei saisi kiistellä, eikä lähteä niihin mukaan, sillä tämä voi provosoida kohdehenkilöä. Poliisin tulisi luoda suojeleva vaikutus. Lisäksi muistutetaan, että tilanteisiin ei pitäisi mennä ryntäämällä.

Taktisessa neuvottelussa on tärkeää toimia niin, ettei uhkaaja koe yrityksestä perääntymistä nolona asiana. Lisäksi tulisi muistaa se marginaalinen joukko itsemurhalla uhkaavia, jotka toivovat, että poliisi turvautuisi voimankäyttöön tai jopa päätyisi tappamaan uhkailijan. Muuten ohjeistukset seuraavat pitkälti yleisiä linjoja: uhkailijaan luodaan nopea kontakti, ei yllytetä häntä, ei jätetä yksin, käytetään itsemurha -sanaa ja ollaan kiinnostuneita hänen tilanteestaan. (Greenstone 2005, 111-112; Ellonen ym. 1997, 269)

Neljäs tärkeä yhteistyötaho itsemurhapotilastilanteissa on pelastustoimi. Pelastusyksiköille voi olla kiireellistä tarvetta, mikäli potilaan tavoittamiseen liittyy esteitä kuten murrettava ovi tai kiipeäminen tikkaita pitkin. Lisäksi jo tapahtuneen yrityksen jälkeen

voidaan tarvita esimerkiksi venettä ja sukeltajia tilanteessa, jossa potilas on hypännyt sillalta veteen. (Seppänen 2008, 28).

7.5 Itsemurhia koskevaa lainsäädäntöä

Itsemurha ei ole Suomessa rikoslain nojalla tuomittava teko, ei myöskään itsemurhan edistäminen. (Louhiala 2010, 204). Itsemurhaan läheisesti liittyviä lakeja on olemassa useampiakin. Tähän olen poiminut muutamia mielenkiintoisia lainkohtia herättämään lukijoiden ajatuksia. Osa näistä laeista velvoittaa hankkimaan apua, osa antamaan hoitoa jopa tahdonvastaisesti ja osa taas sitoo hoitohenkilöstön kädet auttamistilanteessa.

Rikoslain 21. luvun 15. § (1995/578) kuvaa pelastustoimen laiminlyöntiä. Siinä sanotaan, että jos tietää toisen henkilön olevan hengenvaarassa ja jättää hankkimatta apua, jota tilanteessa olisi mahdollista hankkia, voidaan pelastustoimen laiminlyönnistä tuomita sakkoon tai jopa puoleksi vuodeksi vankeuteen.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) määrittelee ammattieettiset perusteet, jotka velvoittavat ammattihenkilöitä edistämään ja ylläpitämään terveyttä sekä antamaan aina apua kiireellisen avun tarpeessa olevalle.

Potilaan itsemääräämisoikeus on laissa määritelty ja hoitohenkilöstön on aina huomioitava potilaan oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta. Mikäli kuitenkin potilaan tila on sen mukainen, ettei potilaan omasta tahdosta saada täyttä selvyyttä, tulee häntä hoitaa hänen parhaan etunsa mukaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785).

Tärkein laki hoidettaessa mielenterveyspotilaita, ja näin ollen varsin usein itsemurhalla uhkaavia potilaita, on mielenterveyslaki. Se antaa tietyillä kriteereillä oikeuden toteuttaa hoitotoimia potilaan tahdon vastaisesti. Hoitoketjuun kuuluu näissä tilanteissa monesti useita viranomaistahoja sekä hoitoalan ammattilaisia. Niin sanotun pakkohoitolähetteen, virallisesti M1-lähetteen, kirjoittaminen on Suomessa pitkälle terveyskeskuslääkärin tehtävä. Hän tekee päätöksen ohjataanko potilas psykiatriseen sairaalaan tarkkailuun vai pääseekö hän kotiin. Laki määrittelee tarkasti, että potilas voidaan määrätä hänen oman tahtonsa vastaisesti hoitoon vain mikäli seuraavat kolme kriteeriä täyttyvät: potilaan todetaan olevan mielisairas, ilman hoitoa hänen tai muiden henkilöiden terveys vaarantuisi ja muut mielenterveyspalvelut ovat tilanteessa riittämättömiä.

Kaikkien edellä mainittujen kohtien tulee siis täytyä. (Mielenterveyslaki 1990/1116; Seppänen 2008, 29).

Poliisilain 5. luvun 40. § (1995/493) velvoittaa poliisin antamaan virka-apua muulle viranomaiselle. Sairaankuljetuksen tarvitessa apua esimerkiksi mielenterveyspotilaan kanssa, lääkäri tekee virka-apupyynnön ja näin potilas saadaan toimitettua vasten tahtoaankin lääkärin arvioon ja mahdollisesti jatkohoitoon.

Myös päihdehuoltolaista (1986/41) löytyvät edellytykset hoitoon määräämiselle. Mikäli potilas on välittömässä hengenvaarassa ilman asianmukaista hoitoa tai hän päihteen käytön vuoksi vaarantaa vakavasti jonkun muun terveyttä, voidaan hänet määrätä hoitoon tahdosta riippumatta.

Suomen, kuten monien muidenkin maiden, lainsäädäntö antaa potilaalle oikeuden ilmaista oman hoitotahtonsa. Esimerkiksi myrkytystilanteessa potilaan tajunnantaso on yleensä madaltunut, eikä hänen todellisesta tahdostaan voida varmistua. Edellä mainittujen lakienkin perusteella tällöin ryhdyttäisiin henkeä pelastaviin toimiin. Mikäli tällaisessa tilanteessa olisikin saatavilla edeltävästi tehty hoitotahto, jonka mukaan esimerkiksi kipua voidaan lievittää, mutta muita toimenpiteitä ei saada tehdä, olisi potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitettava. Tämä on nykypäivän eettisen ajattelun mukaista, vaikka on varmasti niitä, jotka mieltävät kuolemanhalun aina järjettömäksi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Louhiala 2010, 202–204).

Yläpuolella selitettyä hoitotahtoa voitaneen pitää tässä opinnäytetyössä jonkinlaisena kuriositeettina, sillä kuten Lönnqvist (2009) kirjoittaa, ”valtaosa on heti yrityksensä jälkeen tyytyväinen pelastumiseensa”. Harvoin, jos koskaan, käytännön työssä ryhdytään hätätilanteessa selvittelemään onko kyseinen potilas tehnyt mahdollisesti joskus aiemmin hoitotahdon, joka estäisi toteuttamasta aiottuja hoitotoimia.

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyössä haastateltiin kolmea sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastateltaviksi valittiin henkilöitä, joilla on jo useamman vuoden kokemus ensihoitajan työstä, jolloin heidän kokemustensa ja näkemystensä toivottiin lisäävän tiedon arvoa.

8.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus sisältää erilaisia aineistonkeruu- ja analysointimenetelmiä. Kvalitatiivisen tutkimuksen keskiössä ovat merkitykset ja yritys ymmärtää niitä. (Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka A. 2006.) Fenomenologisen tutkimuksen kohde on ihmisen suhde omaan todellisuuteensa, hermeneuttinen ulottuvuus lisää tähän ilmiöiden merkityksen oivaltamista. Fenomenologis-hermeneuttinen yhteistyö näin ollen pyrkii kaivamaan esiin kokemuksen merkityksen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 34–35). Edellä kuvatun perusteella tämän opinnäytetyön tekemisessä on pyritty soveltamaan kvalitatiivisen tutkimuksen keinoja ja hyödyntämään fenomenologis-hermeneuttista ajattelumallia.

8.2 Haastateltavat ja aineiston valinta

Tutkimusaineisto kerättiin haastatteluilla. Haastattelun suurin etu tiedonkeruumenetelmänä, eli joustavuus, tuli hyvin esiin haastattelujen aikana. Tutkijan oli mahdollista esittää tarkentavia kysymyksiä sekä selventää sanamuotoja eli käydä keskustelua aiheesta. Erilaisten haastattelumuotojen joukkiosta opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui teemahaastattelu. Tällaiseen puolistrukturoituun haastatteluun lähdeettäessä on etukäteen valittu teema, jota voidaan tarkentaa lisäkysymyksillä. Teemahaastattelu sopii menetelmäksi kun pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarpeisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75–77). Haastattelussa saadut ainutlaatuiset, kertojan kokemuksiin pohjaavat tilannekuvaukset ja niiden herättämät tunteet edustavat juuri tällaisia merkityksellisiä vastauksia. Lisäksi tutkimuksessa hyödynnettiin narratiivista lähestymistapaa. Sen tarkoituksena oli antaa haastateltavien vapaamuotoisesti kertoa tarinan ja

juonen keinoin jokin tapahtumasarja. (Sirkkilä 2012). Näitä tarinoita kerrottiin käytettävän fiktiivisen tarinan pohjana, joka löytyy opinnäytetyön lopussa olevista liitteistä, sekä tiedonlähteenä vastaamaan opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Lopulta tarinoiden anti oli vastata tutkimuskysymyksiin ja teemahaastattelun vain täydentää ja tarkentaa vastauksia.

Haastateltaviksi valikoitui ammatillisesti kokeneita sairaalan ulkopuolella työskenteleviä sairaanhoitajia. Heidät valittiin tutkimukseen eliittiotannalla eli tutkijalla oli jo edeltävästi käsitys heidän soveltuvuudestaan tähän nimenomaiseen tutkimukseen. Soveltuvuus tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, että työkokemuksen tuoman asiantuntijuuden toivottiin lisäävän haastatteluista saadun tiedon arvoa.

Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastattelutilanteen alussa jokainen haastateltu allekirjoitti suostumuslomakkeen, jossa kirjallisesti osoitti suostumuksen haastatteluun ja sen nauhoittamiseen. Haastattelijan puolelta sopimus painotti, että materiaalia käytettäisiin luottamuksellisesti eikä haastateltavia pysty tunnistamaan aineistosta. Haastateltaville jätettiin myös oikeus jättäytyä pois tutkimuksesta sen missä tahansa vaiheessa.

Haastattelut toteutettiin sairaanhoitajien työtiloissa helmikuussa 2012. Haastatteluihin oli varattu aikaa noin tunti. Todellinen haastattelu-aika vaihteli puolesta tunnista tuntiin. Kyseiseen työyhteisöön sovittiin toimitettavaksi yksi kappale lopullista opinnäytetyötä.

8.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi toteutettiin helmikuussa 2012 pian haastatteluiden jälkeen. Näin haastattelutilanteisiin liittyvät tunnelmat olivat vielä hyvässä muistissa, jolloin litterointia oli helpompi tehdä, niin oman innostuksen kuin kiristyvän valmistumisaikataulunkin puitteissa.

Sisällönanalyysistä puhuttaessa on kirjallisuudessa mainittu useita erilaisia lähestymistapoja, mm. induktiivinen, deduktiivinen ja abduktiivinen. Kinastelua on kuitenkin näiden ”puhtaudesta”, koska on erittäin vaikeaa toteuttaa tutkimusta täysin teoreettiselta

pohjalta. Tuloksiin vaikuttavat lähes aina jo käytetyt käsitteet sekä tutkimusasetelma. Aineistosta löydetty teematkin tutkija kerää oman ymmärryksensä avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95, 97–98, 102).

Analysoinnissa käytettiin aineistolähteistä analyysiä. Tämä prosessi pitää sisällään useita vaiheita. Haastattelut kuunnellaan uudestaan ja kirjoitetaan paperille sanatakkasti. Haastattelut luetaan ja sisältöön perehdytään. Materiaalista etsitään pelkistettyjä ilmauksia, ne alleviivataan ja lisätään listaan. Ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Pelkistetyistä ilmauksista luodaan alaluokkia. Alaluokkia yhdistetään ja luodaan yläluokkia. Yläluokkia yhdistetään ja muodostetaan kokoava käsite. Yksinkertaistettuna sisällönanalyysissä rakennetaan empiirisestä aineistosta käsitteellinen näkemys tulkinnan ja päättelyn keinoin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 102, 110–115).

9 TULOKSET

Tähän kappaleeseen on koottu yhteenvetoa haastatteluista saaduista tuloksista. Liitteisiin on lisätty tarkemmat kaaviot liittyen kuhunkin alla olevaan otsikkoon. Kappaleiden seassa on kursivoituina lainauksia haastatteluista, lisää löytyy siis opinnäytetyön loppuun lisätyistä liitteistä. Lisäksi kappaleisiin on lisätty jonkin verran opinnäytetyön tekijän omaakin pohdintaa liittyen tuloksiin.

9.1 Miten ensihoitajat kokevat itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaamisen?

Kohtaamiseen liittyy haastattelujen perusteella niin positiivisia kuin negatiivisiakin tunteita. Näiden lisäksi haastatellut kuvasivat asioita, joita voi tulkita positiivista tunnetta lisääviksi sekä tekijöitä, jotka hankaloittavat potilaan ja koko tilanteen hoitamista.

Kokeneet sairaanhoitajat eivät enää pitäneet itsemurhapotilaiden kohtaamista jännittävänä. Lisäksi oli käsitys siitä, etteivät tällaiset potilaat ole ambulanssiväkeä kohtaan yleensä väkivaltaisia. Positiivisuutta luo jokaiseen potilaskohtaamiseen lähdettäessä lause, jota voi toistaa itselleen: ”*eka erä jo voitettu*”. Tällä haastateltu viittasi tilanteeseen, että mikäli ambulanssi on soitettu ja potilaan kanssa päästään puheyhteyteen, ollaan jo hyvällä mallilla.

Negatiivisia tunteita kuvattiin myös paljon. Monet niistä liittyvät työvuosien tuomaan ”*taistelu-uupumuksena*” mainittuun tunteeseen. Mikäli itsemurhalla uhkaavia potilaita kohtaa paljon, on vaara jossain vaiheessa kyynistyä. Samoin käy mikäli samat potilaat hälyttävät usein apua samasta syystä, mutta hengenmenon riski on yleensä heidän kohdallaan pieni. Voi syntyä helposti ajatuksia kuten ”*taas näitä*”, jolloin hoitaja-potilassuhde alkaa jo kovin huonosti.

Itsemurhalla uhkaamista pidettiin sekä huomionhakuisuutena että hätähuutona. Yhtä kaikki jokaisen ammattiauttajan tulisi seurata periaatetta ”*otetaan se asia vakavasti*”, sillä ”*jopa naurettava yritys on hätähuuto*”.

Kohtaamista vaikeuttavina tekijöinä mainittiin se tosiasia, että mielenterveyspotilaita kohdattaessa muut työkalut kuin oma kieli voivat olla hyvin vähissä: ”*yleensä kyydeillä on ne hoitovälineet ja lääkkeet*”. Omaisten kohtaaminen tuo sekä hyödynnettävän voimavaran luoda toivoa potilaan elämään että raskaan taakan hoitajalle, joka joutuu miet-

timään myös heidän tuskaansa ja jokapäiväistä elämäänsä potilaana olevan henkilön kanssa: ”omaisetkin aina, miten niitä pystyis lohduttaa”, ”hoitaa kokonaisuus eikä vaan että otetaan kärryille”.

9.2 Minkälaisia asioita ensihoitajien mielestä itsemurhalla uhkaaville potilaille tulisi sanoa?

Tähän kysymykseen saadut vastaukset noudattelivat aika pitkälle jo kirjallisuudesta esiinnoitettuja aihealueita. Tutkijan näkökulmasta kuitenkin olen sitä mieltä, että seassa oli myös hyvin konkreettisia neuvoja, joilla nuoremmat hoitajat pääsevät hyvään alkuun kohdatessaan itsemurhalla uhkaavia potilaita.

Vastaukset saattoi hyvin jakaa niin sanallisen viestinnän, sanattoman viestinnän kuin suoranaisten keskustelunaiheiden laatikoihin.

Sanallista viestintää tilanteessa edustavat sellaiset ohjeet kuin ”jutellaan hetki ihan muista asioista”, ”kuunnella sitä ihmistä”, ”antaa sen ihmisen kertoa mistä asia kiikastaa”, ”koittaa päästä jyvälle sen ajatusmaailmaan”. Näistäkin ohjeista jo huomaa, että hoitajan ei ole tärkeintä puhua pälpättää kaiken aikaa vaan kuunnella toista ihmistä.

Sanaton viestintä tukee sanallista viestintää, vai oliko se oikeastaan toisin päin? Joka tapauksessa hoitajan ”oma rauhallinen käytös” on tilanteessa tärkeä. Lisäohjeina nousi esiin olla ”ei uhkaava”, ”jämerä mut empaattinen” sekä ”oma ittensä, vaistoo ja sanoo että sä pelkääät mua”.

Konkreettista sanottavaa potilaalle voi löytää muun muassa seuraavista aiheista: itsemurha ei ole ainoastaan potilaan oma ratkaisu koska ”muut huolissaan”, ”että valopilkkuja”, suorat kysymykset ”minkä takia semmosta ratkasua” tai elämän jatkuminen: ”jatka ny ees ittes takia”.

Hoitajien käyttäytymisen tärkeyttä korostaa käytännössä todeksi osoittautunut lause: ”niille jää hirveen herkästi mieleen mitä hoitaja on sanonu”.

9.3 Kuka on ensihoitajien mielestä ensisijainen viranomainen hoitamaan itsemurhalla uhkaavia potilaita?

Tämän kysymyksen vastauksissa erottui jo enemmän hajontaa. Oltiin sitä mieltä, että ”terveydenhuollon ammattilainenhan se täytyy olla”, ”poliisi ei mun mielestä ainkaan”, vaikka toisaalta ”poliisia tarvitaan aika usein apuna”. Koettiin, että akuuttitilan-

teessa ”välillä kaipais ihan jotain psykologia”. Esiin nousi myös mielenkiintoinen mielipide, jonka mukaan potilaan kannalta olisi ehdottomasti ”paras kun sais hoitoon ihan omalle lääkärille”, koska ”päivystyspaikoissa ei oikein edes keskitytä näihin potilaisiin”, ”voi vaikka pahentaa sen potilaan tilannetta että kuskataan johki ja sitten se saa huonoo kohtelua siellä”. Näitä seikkoja kannattaa jokaisen ensihoitajan miettiä mielessään luovuttaessaan potilasta hoitolaitokseen. Tarkka kuvaus kohteessa tapahtuneista ja nähdystä tilanteista voi herättää lääkärinkin miettimään tarkemmin hoidon todellista tarvetta.

9.4 Miten ensihoitajien valmiuksia kohdata itsemurhalla uhkaavia potilaita voitaisiin parantaa?

Valmiuksien parantaminen kohdentui pitkälti kolmen otsikon alle sopiviin seikkoihin.

Tärkeimpänä on kokemuksen saaminen. Se voi tapahtua ”kokeneitten konkareitten kanssa” tai vain rohkeasti niin, että ”on tilanteissa niin tulee kokemusta”.

Hoitajan omaan käytökseen liittyviä asioita mainittiin useita. Hoitaja ei saisi olla ”liian luoksetyöntyväinen” ja potilaalle tulisi antaa tilaa. Rauhallisuutta korostettiin: ”ottaa vähän rauhallisemmin”, ”pysy rauhallisena”. Potilasta tulisi ”koittaa ymmärtää”, vaikka se ei aina olisi helppoa. Lisäksi erään hoitajan mielestä tulisi olla jopa hoitajan ”luonteenpiirteissä ettei hermostu”.

Neuvottelutaitoja korostettiin osa-alueena, jossa jokainen pystyy kehittymään.

Mainittakoon vielä nauhoituksen ulkopuolella jääneistä asioista muutama, jotka jokainen voi ainakin ajatuksen tasolla käydä läpi mielessään. Haastateltavat mainitsivat potilaan oikeudet sekä hoitajan vastuun tilanteessa, jossa kukaan muu ei vastuuta halua ottaa, koska kommentit lääkärin piittaamattomuudesta toistuvat. Lyhyen hoitosuhteen merkitys voi jollekin potilaalle olla hyvin suuri! Ensihoitaja näkee ensimmäisenä mistä tuskasta potilas kaivetaan esiin ja näin ollen ensihoitajan tehtävä on myös pyrkiä kertomaan se eteenpäin.

10 POHDINTA

10.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä on monia ja toisaalta seuraavaksi mainitut tekijät luovat yhdessä johdonmukaisen eli koherenssin lopputuloksen. Näin ollen yhden yksittäisen osion loistavuus ei pelasta mikäli muissa on paljon puutteita.

Ensimmäisenä on tärkeää ajatella koko tutkimuksen tarkoitusta. Se, minkä takia esimerkiksi opinnäytetyö tehdään, ei vielä kerro paljoa tekijän omasta sitoutumisesta työhön. Omalla kohdallani kuitenkin sitoumus on kovaa luokkaa, sillä aihe on itse valittu ja noussut käytännön potilastilanteesta heränneestä tarpeesta. Aineistonkeruu on olennainen osa työtä. Aineiston keruussa hyödynnetty tekniikka ja mahdollisuus kuunnella haastattelut useita kertoja lisäävät litteroinnin luotettavuutta huomattavasti. Tiedonantajat tämän työn tapauksessa ovat mielestäni oman alansa osaajia ja heiltä saatua tietoa voi näin ollen hyödyntää hyvillä mielin. Tutkijan ja tiedonantajien henkilökohtaiset suhteet olivat haastatteluja tehtäessä riittävän läheisiä, jotta haastateltavat uskalsivat kertoa luottamuksellisesti kokemuksistaan ja tunteistaan, mutta kuitenkin riittävän etäisiä, jolloin henkilökohtaiset asiat eivät tuoneet haastattelutilanteeseen jännittyneisyyttä.

Analysointivaiheeseen oli varattuna reilusti aikaa ja materiaalia oli mahdollista pyöritellä useaan kertaan ja valita sopivia lähestymistapoja.

Raportointi on, kuten aiemmin mainittu, tutkijan ymmärryksen ja kekseliäisyyden rajoissa tapahtuneen analysoinnin kertomista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135, 138).

10.2 Eettisyys

Perusolettamus tutkimusta tehtäessä on tuottaa arvokasta tietoa, josta olisi vielä yhteiskunnallisesti hyötyä. Tämä perustuu olettamukseen, että työ tehdään totuutta seuraten ja hyvää tarkoittaen. Onhan mahdollista tuottaa väärääkin informaatiota, niin vahingossa kuin tarkoituksella. Tässä työssä on ollut tarkoitus tuottaa hyödyllistä tietoa kunnioittaen eettisiä periaatteita.

Työn toteuttamisessa on huomioitu tärkein asia, eli työhön osallistuvien henkilöiden oikeuksista huolehtiminen. Haastatteluun osallistuneille kerrottiin ennen haastatteluja mistä tutkimuksessa on kyse. Osallistuminen perustui kaikkien kohdalla vapaaehtoisuuteen. Haastateltavat tiesivät mihin heidän antamaansa materiaalia käytetään. Tutkimuksessa haastatellut pysyvät nimettöminä, materiaalia käsitellään luottamuksellisesti ja haastateltujen oikeusturvasta pidetään kiinni. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 125, 128).

10.3 Kehittämisehdotukset

Jälkeenpäin ajatellen mikäli tekisin työn uudestaan, niin esimerkiksi PowerPoint-esityksen tekeminen tulosten pohjalta voisi olla hyödyllistä. Tätä materiaalia voitaisiin hyödyntää esimerkiksi AMK-ensihoitajien koulutuksen aikana sopivaan opintokokonaisuuteen liittyen.

Varsinaisia jatkotutkimusehdotuksia ei ole aiheeseen liittyen. Toki jatkossa voisi haastatella useampaa sairaanhoitajaa/ensihoitajaa.

Lisäarvoa toisi hoitajien ja potilaiden haastattelu ja heidän kokemustensa vertaaminen toisiinsa. Tähän liittyy kuitenkin monia eettisiä ja käytännöllisiä ongelmia.

Kehittämisehdotuksena voitaisiin pitää näiden tulosten hyödyntämistä koulutukseen liittyen. Ensihoitajan työ on asiakaspalvelutyötä, jossa töitä tehdään jatkuvasti ihmisten parissa. Spesifisten hoitovälineiden ja lääkkeiden puuttuessa, hoitaja joutuu tulemaan toimeen omalla olemuksellaan, persoonallaan ja keskustelutaidoillaan. Näiden asioiden kehittäminen sekä henkilökohtaisesti että koulutuksen puitteissa tulisi ottaa huomioon jatkossa, niin opiskelijana kuin työelämässä.

LÄHTEET

- Aalberg, V. 1985. Itsemurhayrityksen motiivit. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 17/1985, s. 100-104.
- Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. 2003. Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Tammi.
- Antikainen, A. & Hernesmaa, H. 2009. Ensihoitaja AMK:n sijoittuminen työelämään. Ensihoidon koulutusohjelma. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Asetus sairaankuljetuksesta 565/1994.
- Asiantuntija: Perheen ampuminen Suomessa valitettavan yleistä. YLE Uutiset. 2008. Päivitetty 11.11.2008. Luettu 19.9.2011. <http://www.yle.fi>.
- Ellonen, E., Nurmi, L., Raivola, P., Välihalo, T. & Välihalo, U. 1997. Poliisityön psykologiaa. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Ensihoitaja. 2008. Työ- ja elinkeinoministeriö. Luettu 28.3.2011. <http://www.ammattinetti.fi>.
- Greenstone, J. 2005. The Elements of police hostage and crisis negotiations. The Harworth Press, Inc.
- Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T. & Lönnqvist, J. 2008. Determinants and Outcomes of Serious Attempted Suicide: A Nationwide Study in Finland, 1996-2003. American Journal of Epidemiology vol. 167, 1155-1163.
- Hätäkeskuslaitos. Luettu 16.9.2011. <http://www.112.fi>.
- Itsemurhat. Mielenterveyden keskusliitto. Luettu 19.9.2011. <http://www.mtkl.fi>.
- Itsetuhokäyttäytyminen. 2009. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Päivitetty 3.12.2008. Luettu 29.3.2011. <http://www.ktl.fi/portal/5174>.
- Tuomi J. & Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. Helsinki: WSOY.
- Louhiala, P. 2010. Itsemurha ja hoitotahto. Suomen lääkirlehti 3/2010 vsk 65.
- Lönnqvist, J. 2009. Itsemurhat. Sairauksien ehkäisy. Luettu 28.3.2011. <http://www.terveysportti.fi>.

Lönnqvist, J. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, M. & Partonen, T. 1999. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Mielenterveyslaki 1116/1990.

Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. 2009. Terveysten ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki.

Mäki, N. 2010. Not in all walks of life? Social Differences in Suicide Mortality. Department of Social Studies. University of Helsinki. Academic Dissertation.

Nissilä, K. 1995. Itsetuhoisen ihmisen käsitys omasta kuolemastaan. Pieksämäki: Kirjapaino Raamattutalo.

Nuorten itsetuhokäyttäytymisen tunnistaminen ja arviointi – tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. 2009. Päivitetty 3.12.2008. Luettu 29.3.2011. <http://www.ktl.fi/portal/16317>.

Ohberg, A., Vuori, E., Klaukka, T. & Lönnqvist, J. 1998. Research report. Antidepressants and suicide mortality. *Journal of Affective Disorders* 50 (1998), s. 225-233.

Partonen, T., Haukka, J. & Lönnqvist, J. 2009. Itsemurhakuolleisuus on huipussaan keväisin. Luettu 27.3.2011. <http://www.ktl.fi/portal/1953>.

Pelastuslaitoksen ensihoitopalvelut. Päijät-Hämeen pelastuslaitos. Luettu 28.3.2011. <http://www.phpela.fi/fi/ensihoitopalvelut/ensihoitopalvelut>.

Pitkälä, K., Isometsä, E., Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 1999. Iäkkäiden itsemurhat Suomessa. <http://www.duodecimlehti.fi>.

Poliisilaki 493/1995.

Preventing suicide. A resource for primary health care workers. 2000. Department of Mental Health. Geneva: World Health Organization.

Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2010. Itsemurhaa yrittäneen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Luettu 28.3.2011. <http://www.terveysportti.fi>.

Päihdehuoltolaki 41/1986.

Rantanen, P. & Ulander, H. 2000. Itsemurhaa yrittäneen kokemukset ja selviytymiskeinot. Terveysalan koulutusohjelma. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Rikoslaki 578/1995.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 15.3.2012. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.

Saarenheimo, M. 1999. Ikääntyneiden depressio ja itsemurhat – mitä uutta? Gerontologia 1/1999, s.47-48.

Sairaankuljetus ja ensihoito. 2011. Tampereen aluepelastuslaitos. Päivitetty 15.3.2011. Luettu 28.3.2011. <http://www.tampere.fi/aluepelastuslaitos/sairaankuljetus.html>.

Seppänen, J. 2008. Itsemurhalla uhkaavan soittajan kohtaaminen hätäkeskuspäivystyksessä. Kriisityön erikoistumisopinnot. Laurea-Ammattikorkeakoulu. Kehittämistehtävä.

Sirkkilä H. Narratiivisesta analyysistä. Luettu 15.3.2012. <http://www.mv.helsinki.fi/home/rotkirch/narratiivisuus.html>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.

Suicide. 2011. World Health Organization. Luettu 28.3.2011. <http://www.who.int/topics/suicide/en>.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

SAATEKIRJE

Hei!

Olen neljännen vuoden ensihoitajaopiskelija Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä, jonka aiheena on itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaaminen sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Työtä ohjaa koulustamme lehtori Mervi Juntunen.

Tekemäni tutkimuksen tarkoitus on kuvata sairaalan ulkopuolella työskentelevien ensi- ja sairaanhoitajien kokemuksia itsemurhalla uhkaavien potilaiden kohtaamisesta sekä näihin kohtaamisiin liittyviä asioita.

Opinnäytetyön tavoitteena on toimia tiedonlähteenä lisäten sairaalan ulkopuolella työskentelevien ensihoitajien valmiuksia kohdata itsemurhalla uhkaavia potilaita.

Työhön kuuluu teoreettinen osa, jossa käsitellään yleisiä itsemurhariskiä nostavia tekijöitä sekä kuvaillaan yleisimpiä mielenterveysongelmia. Lisäksi siinä on kuvattuna kirjallisuudesta löydettyjä ohjeita itsemurhapotilaan kohtaamiseen.

Tutkimusosio toteutetaan haastattelemalla kolmea sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työskentelevää ensi- tai sairaanhoitajaa. Haastattelun ideana on antaa haastateltavan ensin kertoa vapaasti tarinan muodossa yhdestä kohtaamastaan itsemurhalla uhanneesta potilaasta. Kertomuksen voi ajoittaa alkamaan ja loppumaan siten kuin itse haluaa. Se voi pitää sisällään tuntemuksia ja ajatuksia jo matkalta heti hälytyksen jälkeen sekä mietteitä potilaan kohtaamisen jälkeen. Tärkeimpänä asiana toki itse kohtaaminen. Haastateltava voi kuvailla mitä on sanottu, miten eri osapuolet ovat reagoineet, miltä tilanne on tuntunut ja niin edelleen.

Kertomuksia käytetään lopullisessa työssä suorien lainausten muodossa sekä pohjana fiktiivisen itsemurhapotilaan kohtaamiseen liittyvän tarinan kirjoittamisessa.

Vapaan kertomuksen jälkeen haastateltaville esitetään muutamia tarkentavia kysymyk

siä liittyen lopullisen työn tutkimusongelmiin. Haastatteluihin on varattu aikaa kuhunkin noin yksi tunti. Haastattelut nauhoitetaan. Haastatteluihin suostutaan kirjallisella lomakkeella, joka allekirjoitetaan haastattelun alussa.

Tutkimus toteutetaan siten, ettei haastateltavia tai haastatteluihin liittyviä tilanteita pystytä tunnistamaan lopullisesta työstä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja haastateltava voi missä tahansa vaiheessa jättäytyä pois tutkimuksesta. Tutkijaa sitoo vaitiolovelvollisuus.

Haastatteluosio on lopputyöni kiinnostavin osio ja se, miten jokainen teistä on itsemurhapotilaan kohtaamiseen liittyvän tilanteen kokenut henkilökohtaisesti, on tutkimukseni kannalta ensiarvoisen tärkeää.

Jos teillä on jotain kysyttävää opinnäytetyöhöni liittyen, vastaan niihin mielelläni.

Leevi Suominen

leevi.suominen@piramk.fi

0XX-XXXXXXX

SUOSTUMUSLOMAKE

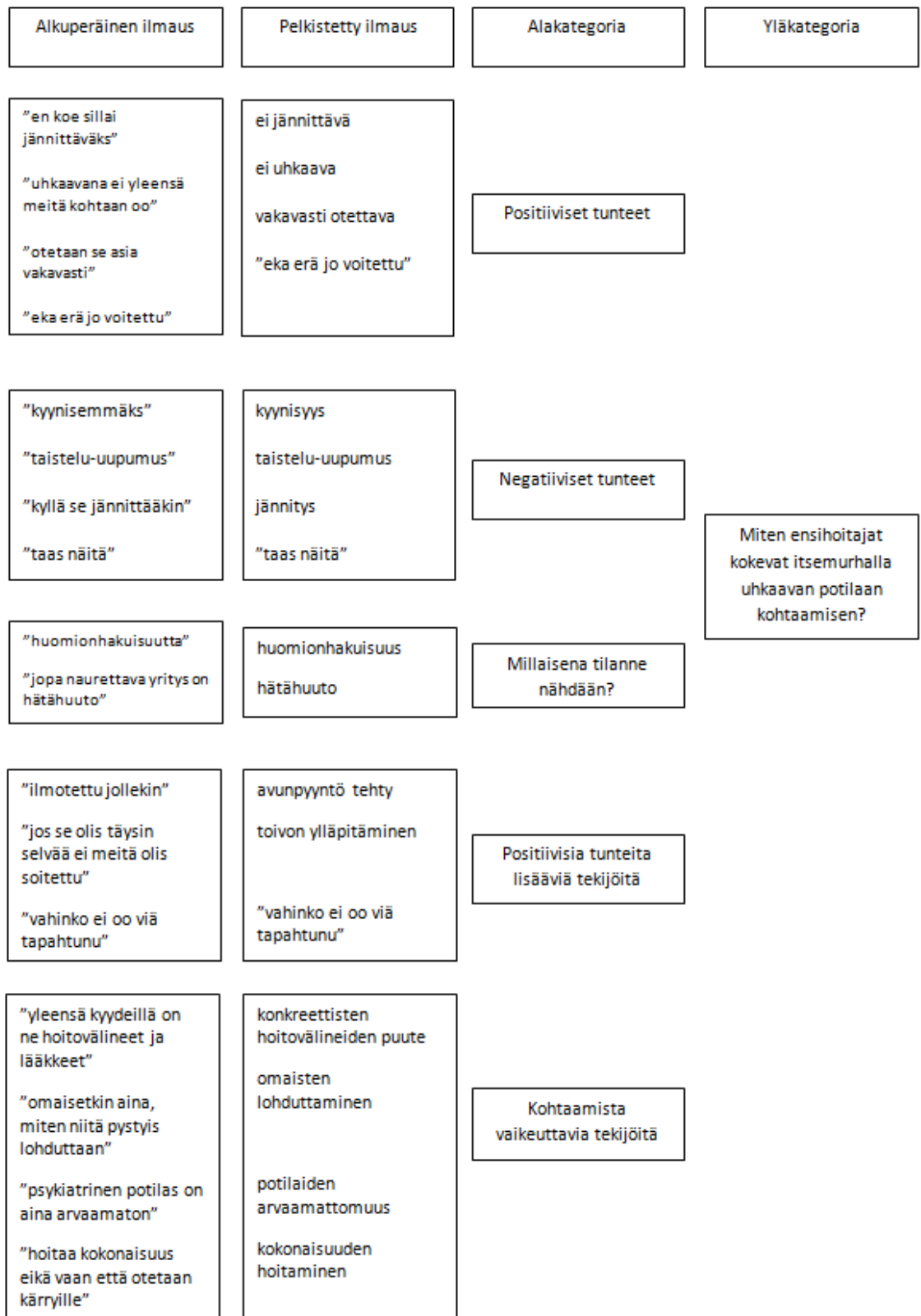
Osallistun Leevi Suomisen tekemään tutkimukseen, jossa tutkitaan ensihoitajien kokemuksia itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaamisesta sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.

Suostun myös siihen, että tutkimukseen liittyvä haastattelu nauhoitetaan.

Paikka ja aika

Haastateltavan allekirjoitus

LIITE 3



KAAVIO 1. Miten ensihoitajat kokevat itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaamisen?

LIITE 4

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<p>"neuvotteleva"</p> <p>"jutellaan hetki ihan muista asioista"</p> <p>"kuunnella sitä ihmistä"</p> <p>"antaa sen ihmisen kertoa mistä asia kiikastaa"</p> <p>"ei sano mitään äkkinäistä"</p> <p>"koittaa päästä jyvälle sen ajatusmaailmaan"</p>	<p>neuvottelu</p> <p>jutella muista asioista</p> <p>kuunnella ihmistä</p> <p>antaa ihmisen kertoa itse</p> <p>ei mitään äkkinäistä</p> <p>ymmärtää potilasta</p>	Sanallinen viestintä	
<p>"oma rauhallinen käytös"</p> <p>"ei uhkaava"</p> <p>"ei saakaan mennä iholle"</p> <p>"oma itensä, vaistoo ja sanoo että sä pelkät mua"</p> <p>"jämerä mut empaattinen"</p>	<p>rauhallinen käytös</p> <p>turvallisuudentunne</p> <p>antaa potilaalle tilaa</p> <p>olla oma itsensä</p> <p>empaattisuus</p> <p>jämyys</p>	Sanaton viestintä	Minkälaisia asioita ensihoitajien mielestä itsemurhalla uhkaaville potilaille tulisi sanoa?
<p>"muut huolissaan"</p> <p>"ei oo pelkästään sun ratkasu"</p> <p>"että valopilkkuja"</p> <p>"kysellä minkä takia semmosta ratkasua"</p> <p>"valonpilkahduksia"</p> <p>"jatka ny ees ittes takia"</p>	<p>omaisten huoli</p> <p>ei vain potilaan ratkaisu</p> <p>etsiä positiivisia asioita</p> <p>suorat kysymykset</p> <p>luoda toivoa</p> <p>elämänjatkuminen</p>	Mitä sanoa?	
<p>"potilas tuntis että ymmärretään ja koitetaan auttaa"</p> <p>"kuinka paljon pystyt tukeen"</p> <p>"niille jää hirveen herkästi mieleen mitä hoitaja on sanonu"</p>	<p>ymmärtäminen</p> <p>tuen tarjoaminen</p> <p>oma käytös ja sanat</p>	Muuta huomioitavaa	

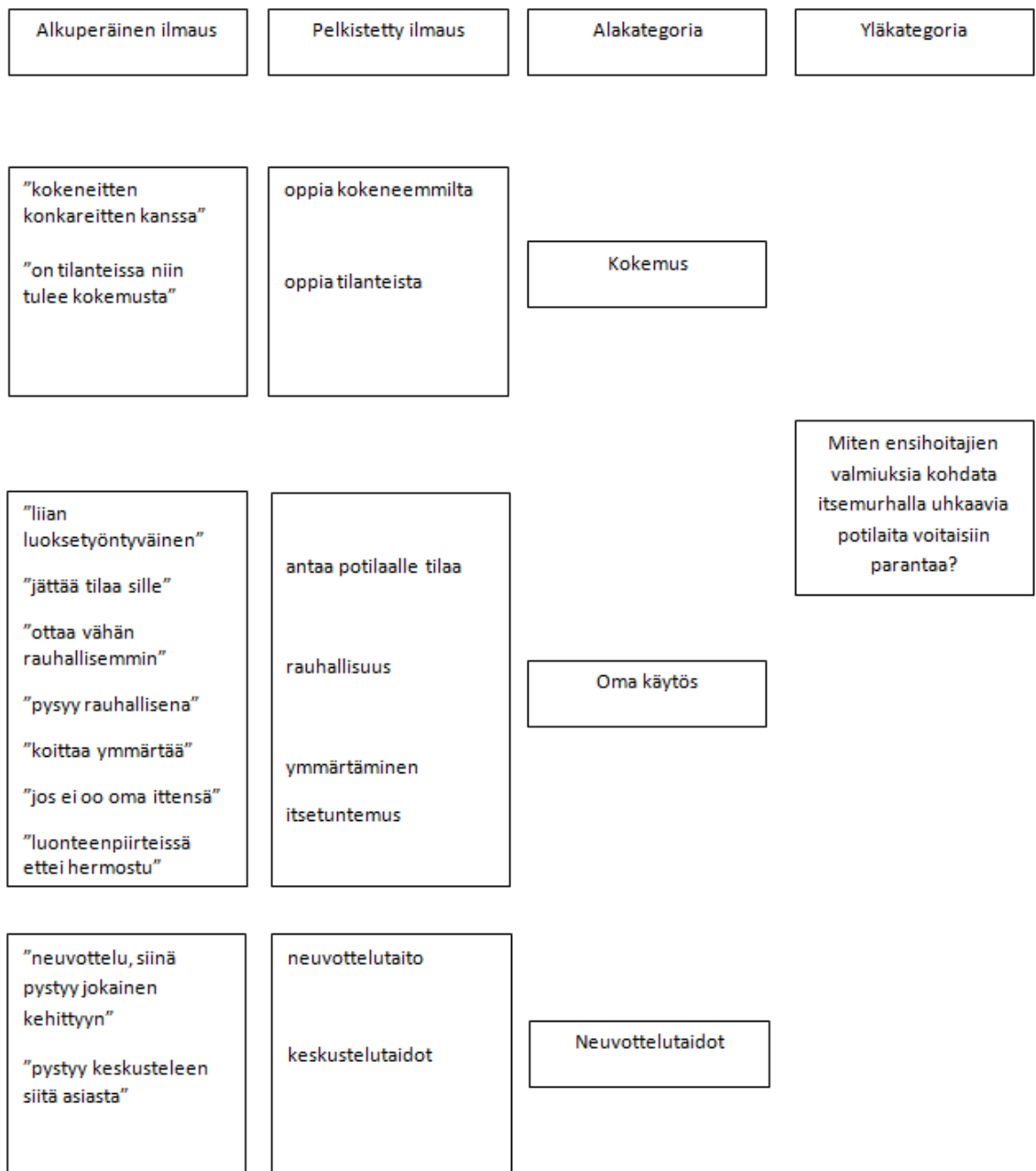
KAAVIO 2. Minkälaisia asioita ensihoitajien mielestä itsemurhalla uhkaaville potilaille tulisi sanoa?

LIITE 5

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
"en keksi oikeen ketään muuta" "terveydenhuollon ammattilainenhan se täytyy olla"	ei vaihtoehtoa terveydenhuollon ammattilainen	Ambulanssi	
"poliisi ei mun mielestä ainakaan" "poliisia tarvitaan aika usein apuna" "niitten ajatusmaailma on kovempi" "tulee ja tokasee jotain niin kaikki menee läskiks"	ei ensisijainen lisäapu empatian vähyys ei-toivottu kommentti	Poliisi	
"paras kun sais hoitoon ihan omalle lääkäriille"	omalääkäri	Lääkäri	Kuka on ensihoitajien mielestä ensisijainen viranomainen hoitamaan itsemurhalla uhkaavia potilaita?
"väliillä kaipais ihan jotain psykologia"	lisäavun tarve	Psykologi	
"päivystyspaikoissa ei oikein edes keskitytä näihin potilaisiin" "voi vaikka pahentaa sen potilaan tilannetta että kuskataan johki ja siten se saa huonoo kohtelua siellä"	hoidon laaduttomuus huono kohtelu	Päivystys	
"marssijärjestys" "riippuu vähän työparistakin" "ei voi laatia ohjeistoa" "on puhuttu poliisipartioiden määrän vähentämisestä"	työturvallisuus työparin yhteistyö ei valmiita ohjeita lisäavun saatavuus	Tilannekohtaisesti huomioitavaa	

KAAVIO 3. Kuka on ensihoitajien mielestä ensisijainen viranomainen hoitamaan itsemurhalla uhkaavia potilaita?

LIITE 6



KAAVIO 4. Miten ensihoitajien valmiuksia kohdata itsemurhalla uhkaavia potilaita voitaisiin parantaa?

LIITE 7

Tämä tarina on puhtaasti fiktiivinen, mutta perustuu löyhästi haastattemieni ensihoitajien tosielämän huomioihin ja kokemuksiin.

Monta vuotta sitten oli joku tammikuun ilta, mentiin ton työparin kans tonne vähän sivummalle. Keikka tuli 785D, viestissä oli jotain itsetuhoisuudesta ja että vaimo oli siä paikalla. Oltiin sitä miestä käyty kattoon ennenki, hämäästi muistin että ainaki jotain puukonheiluttelua oli ollu. No me ajettiin sinne se reilu 30 minuuttia. Pihaan kun päästiin niin siellä näytti tosi hiljaselta. Ei oikeen ehditty edes autosta ulos kun poliisit jo kurvas siihen. Että heitä oli kans hälyytetty. No me ei tiedetty viä mitään. Marssittiin sisään jonossa. Vaimo oli siinä olohuoneessa istumassa. Sano että mies oli menny joku aika sitten vessaan. Ei ollu kuulemma aseita kun poliisit siltä kyseli. No mentiin koputteleen porukalla sinne vessan ovelle. Ei kuulunu vastausta. Ne poliisit sitten mursi sen oven kun heräs pikku hiljaa epäily että jotain on käyny. Mies roikku vyön varassa siellä katosta. Otettiin se alas. Eikä ehditty elvytystäkään alottaa kun se alko yskimään. No selvähän se oli jo että mitä siinä oli tapahtunu. Alkoa se oli selvästi ottanu. Hengitys haisi ja työpari kysy vaimolta että mitä lääkkeitä se käyttää. Muutaman pilleripurkin se vaimo näytti mut ei sitä tienny mitä niistä oli otettu tai ei. No tuumattiin niitten poliisien kans että eiköhän lähdetä tästä miestä viemään terveyskeskukseen. Katottiin sille vaatteet ja kannettiin petillä tonne meidän autolle. Matkalla terveyskeskukselle se alko heräillä enemmän. Vastaili jo kun päästiin terkkarin pihaan. Yritin kysellä että miks se itsemurhaa yritti mut ei se osannu oikeen vastata. Lääkäri otti siinä nopeesti asian hoidaakseen. Me jäätiin odottaan kun meinattiin että eteenpäinhän se lähtee. No kaikkien yllätykseks oli semmonen tilanne käyny että se terkkarilääkäri oli soittanu psykiatrilille joka oli sitten puhelimesta kysyny siltä potilaalta että meinasitko tappaa itses. Potilas oli kuulemma vastannu että emmä sellasta aikonu. Psykiatri meinas että jos viedään sitten herra tommoseen mielenterveyspalveluiden avopuolen pisteeseen. Oli jo tosi myöhä mut yks paikka on semmonen missä kuitenkin on hoitaja kellon ympäri. Sinne kuulemma sitten matkattais. Köröteltiin sinne parikymmentä minuuttia. Ja juurikaan ei ehditty siellä viivähtää kun isäntä jo ilmotti että eihän hän tänne jää. Eikä sitä siellä väkisi voitu pitää. No se pummas tupakkaa joltain ja lähti siitä sitten kävelemään. Ei tainnu lähtee sen puhelinta eikä avaimia tai mitään mukaan sieltä kotoa. Että ilman mitään se sinne kepeeseen yöpakkaseen lähti. No me lähdettiin siitä sitten ajamaan kotiinpäin. Ehkä kymmenen minuuttia ehdittiin mennä kun häke ilmotti että sen avopalve-

lukeskuksen lähellä kerrostalon pihalla joku mies valitti hengenahdistusta. Mä olin sinne jo ehtiny huudella meidät vapaaks ja kertoo että potilas otti ritolat. Käännyttiin takas. Siä se sama mies istu maassa. Kysyttiin että mikä meininki. Ehdittiin pari minuuttia olla kun tuli semmonen parikymppinen kaveri siihen. Oli ollu tupakilla viereisen kerrostalon pihalla ja nähny kun jotain tummaa tömähti alas katolta. Ei se meidän potilas oikein meille mitään jutellu vaikka kysyttiin että oliko se hypänny tai jotain. Kysyttiin siirtyiskö se autolle niin voitais mittailta verenpainetta sun muuta. Sitten se sano että on vaikeeta hengittää. Rintakehän liikkeitä oli vaikeeta nähdä takin alta. Otettiin se paareille ja heti autossa ruvettiin riisumaan siltä takkia. Se alko mennä huonompaan kuntoon. Takki kun saatiin pois niin paljastu että ainakin toinen olkapää oli sijoiltaan. Sitten alko olla sellasia merkkejä että heräs vahva epäily rintakehän ja keuhkojen vammoista, ehkä se myös vuoti jonnekin. Just ehdin kaivaa kanyylia esiin niin se meni elottomaks. Alettiin elvyttää autossa. Hälytettiin toista yksikköä. Se tuli vähän kauempaa. Meni joku parikymppi minuuttia ainakin. En ny muista mitä kaikkee siinä sit tapahtu mut lääkäriä konsultoitin ja lopetettiin se homma. Sama poliisiyksikkö siihen sitten soitettiin joka oli nähty aikasemmin. Kyllähän sen kyytin jälkeen tuli tietty fiiliksiä että olis voinu jotenkin muutenkin se ilta päättyä sen isännän kohdalla. Jälkeenpäin mieltien niin eipä me lopulta ois paljoa voitu muuta tehdä niillä tiedoilla kun oli. Paitsi että se lähtötilanne mun mielestä oli kyllä semmonen että ois pitäny kaverin päästä toisenlaiseen hoitopaikkaan. Kyllä vähän semmonen pee aa äs koo aa -fiilis jäi. Se oli se kerrostalo ihan oikeesti seittemän kerroksinen. Muistaa kyllä että tällasten potilaiden kans oikeesti ihan mitä vaan on mahdollista tulla eteen.

Tarinan tarkoitus ei ole luoda epätoivoista kuvaa itsemurhalla uhkaavista potilaista. Totuus on, että kaikkia ei voida pelastaa, mutta happy ending -tarinan sijaan, päätin kirjoittaa tarinan, joka jättäisi lukijan ajattelemaan hoitaja-potilas -suhdetta ja potilaan oikeuksien ajamista silloin, kun sitä ei kukaan muu tee. Yöuniaan tämän asian takia ei kannata menettää, mutta muistaa kuitenkin minkä takia tätä työtä tehdään: ihmisten auttamiseksi. Myös mielenterveyspotilaat - kaikkien harhojen, aggressiivisen käytöksen tai päihitteiden väärinkäytön jälkeen - ovat ihmisiä, jotka voivat löytää elämästään valonpilkahduksia, joiden avulla päästä pois epätoivon saartamasta pimeydestä.