

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Ylempi ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Laura Sinkko ja Johanna Suurkaulio

Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisen haasteet

Opinnäytetyö 2017

Tiivistelmä

Laura Sinkko ja Johanna Suurkaulio

Itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostava kohtaaminen, 65 sivua, 13 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Sosiaalialan kehittäminen ja johtaminen koulutusohjelma

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Opinnäytetyö 2017

Ohjaajat: Yliopettaja Tuija Nummela ja yliopettaja Pirjo Vaittinen Saimaan Ammattikorkeakoulu ja toimintayksikön esimies Merja Lahtinen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata Etelä-Karjalan keskussairaalan somaattista akuuttihoitotyötä tekevien hoitajien kokemuksia itsemurhaa yrittäneiden potilaiden kohtaamisesta. Tavoitteena oli tuoda esiin arvostavan kohtaamisen näkökulmaa itsemurhaa yrittäneen potilaan hoitopolun eri vaiheissa. Tässä opinnäytetyössä oli mukana Etelä-Karjalan keskussairaalan 5 tulosyksikköä: ensihoito, päivystyspoliklinikka, teho-osasto sekä kaksi sisätautiosastoa.

Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen ja henkilökuntaa osallistava kehittämistehtävä ja sen toteuttamisessa käytettiin laadullisia menetelmiä. Aineiston kerääminen toteutui kahdessa vaiheessa. Ensin hoitohenkilökunta kirjoitti esseekirjoitelmia itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostavasta kohtaamisesta. Kirjoitelmista nousseiden teemojen pohjalta toteutettiin ryhmähaastattelu. Kirjoitelmien ja ryhmähaastattelun tulokset analysoitiin sisällönanalyysillä.

Aineistosta nousi kehittämistarpeita itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisessa ja hoitopolussa. Tutkimustulosten mukaan hoitajat lähtökohtaisesti ajattelevat, että itsemurhaa yrittänyt potilas pitää kohdata samalla tavalla kuin muutkin potilaat – arvostavasti ja ammatillisesti. Kuitenkin itsemurhaa yrittäneet potilaat herättävät hoitajissa voimakkaita tunteita, mikä voi vaikeuttaa kohtaamista. Myös jotkut palvelujärjestelmän rakenteet sekä yhteistyön haasteet somaattisen akuuttihoiton ja psykiatrian välillä koettiin ongelmallisiksi. Hoitajat kokivat, että potilaiden moniongelmaisuudesta johtuvat toistuvat itsemurhayritykset kuormittavat resursseja ja aiheuttavat turhautumista hoitajissa.

Tuloksien perusteella suositellaan yhteistyökäytäntöjen ja tiedonsiirron tehostamista somaattisen ja psykiatrisen hoidon välillä. Moniongelmaisille potilaille olisi mietittävä toimivampia palvelurakenteita, jotta päivystyspoliklinikan ei pitäisi toimia selviämisasemana. Somaattisen hoitohenkilökunnan osaamista psykiatristen potilaiden kohtaamisessa olisi hyvä kehittää lisäkoulutuksilla tai arjen yhteistyörakenteiden löytymisellä psykiatrian kanssa.

Avainsanat: itsemurhayritys, arvostava kohtaaminen, hoitopolku, tutkimuksellinen kehittäminen

Abstract

Laura Sinkko and Johanna Suurkaulio

Appreciative encounter of suicidal patients, 65 pages, 12 attachments

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services Lappeenranta

Master's Degree Program in Development and Management of Social Services

Master's thesis 2017

Instructors: Principal Lecturer Tuija Nummel and Principal Lecturer Pirjo Vaittinen, Saimaa University of Applied Sciences and Head Nurse Merja Lahtinen South Karelia Social and Health Care District

The objective of this study was to describe the experiences of South Karelia Central Hospital nurses who give somatic acute treatment and their encounters with suicidal patients. The aim was to bring an appreciative encounter perspective to the different phases of suicidal patients' care path. There were 5 different units from South-Karelia Central Hospital involved in this thesis: primary care, emergency room, intensive care unit as well as two internal medicine units.

This thesis was worked based and high quality methods were used in the development and implementation of the tasks from the participating staff . The data for this thesis was gathered by a two-stage process. First, the staff wrote an essay about encountering suicidal patients. Based on the subject raised by those essays, we held a group interview. The results of the essays and the interview were analyzed by the content analysis guidebook.

In this thesis we described the encounters with suicidal patients and the challenges of somatic acute care in South-Karelia Central Hospital. The material rose the need to improve the encounters with suicidal patients and their care paths. Based on the findings, nurses think that suicidal patients should be encountered as any other patient - with appreciation and professionalism. However, suicidal patients awake strong emotions in the nurses and that makes it harder to approach them. Also, some service system structures and bad cooperation between somatic acute care and psychiatric care, were seen as a problem for the patient. Repeated suicide attempts caused by the patients multiple problems and need of attention, overload the resources and cause frustration in the nurses.

The results of the study show that cooperation and data transfer between somatic and psychiatric care need to improve. A more functional service structure should be organized for patients with multiple problems so the emergency room does not need to work as a survival station. Somatic care staff's knowledge of psychiatric approach should be developed with additional training or finding an everyday cooperation with psychiatry.

Key words: suicide attempts, appreciative encounter, care path, investigational development.

Sisällys

Sisällys.....	4
1 Johdanto.....	5
2 Itsemurha ja hoitopolku.....	7
2.1 Itsemurhan riskitekijät.....	8
2.2 Nuorten itsemurhat ja itsemurhayritykset.....	10
2.3 Hoitopolun määrittäminen.....	11
2.4 Hoitopolku Eksotessa.....	12
3 Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaaminen.....	16
3.1 Arvostavan kohtaamisen vaikeus hoitotyössä.....	17
3.2 Omaiset mukaan verkostoon.....	20
4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.....	21
5 Opinnäytetyön toteutus.....	21
5.1 Tutkimuksellinen kehittäminen.....	22
5.2 Aineiston keruu.....	22
5.3 Aineiston analysointi.....	25
6 Tulokset.....	27
6.1 Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaaminen ja kohtaamisen haasteet.....	28
6.2 Itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostava kohtaaminen.....	31
6.3 Hoitajilta tulleet kehittämissuositukset.....	33
7 Johtopäätökset.....	37
8 Pohdinta.....	42
8.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	43
8.2 Jatkotutkimusaiheet.....	46
Kuvat.....	47
Lähteet.....	48

Liitteet

- Liite 1 Saatekirje toimintayksikön esimiehille
- Liite 2 Saatekirje hoitajille
- Liite 3 Suostumuslomake tutkimukseen
- Liite 4a Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisen haasteet (1/4)
- Liite 4b Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisen haasteet (2/4)
- Liite 4c Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisen haasteet (3/4)
- Liite 4d Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisen haasteet (4/4)
- Liite 5a Itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostava kohtaaminen (1/2)
- Liite 5b Itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostava kohtaaminen
- Liite 5c Itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostava kohtaaminen (2/2)
- Liite 6a Kehittämissuositukset (1/3)
- Liite 6b Kehittämissuositukset (2/3)
- Liite 6c Kehittämissuositukset (3/3)

1 Johdanto

Suomessa tehdään maailmanlaajuisesti vertailtuna paljon itsemurhia. EU:n keskimäärään verrattuna Suomessa itsemurhien määrä on kaksinkertainen. Erityisesti nuorten aikuisten itsemurhat ja itsemurhayritykset ovat huolestuttavalla tasolla (Tilastokeskus, 2011).

Suomessa ei ole vakiintuneita itsemurhaa yrittäneen potilaan hoitokäytäntöjä toisin kuin monissa muissa maissa. Jaana Suokas ja Hanna Valtonen korostavat vuoden 2015 Lääkärilehden lääketieteellisessä pääkirjoituksessa, että hyvä ja laadukas ensivasteen hoito on tärkeää itsemurhaa yrittäneen hoidossa. Heidän mukaansa itsetuhoinen käyttäytyminen on niin merkittävä ongelma Suomessa, että kansallinen hoitosuositus parantaisi hoidon laatua. Pääkirjoituksessa todetaan myös, että mitä enemmän hoitohenkilökunnalla on tietoa, sitä paremmin he osaavat kohdata itsemurhaa yrittäneen ihmisen (Suokas, 2015).

Läpi koko opinnäytetyömme kulkee punaisena lankana itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaaminen hoitopolun joka vaiheessa. Pyrimme pääsemään sisälle siihen, millaisia kohtaamisia hoitopolun varrella tapahtuu: mikä henkilöstöstä tuntuu haastavalta ja mitä pitää kehittää.

Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamista somaattisessa akuuttihoitotyössä on Suomessa tutkittu melko vähän. Suomessa on kuitenkin itsemurhaa yrittäneiden ja itsetuhoisten potilaiden hoitoon erikoistuneita psykiatrian alan asiantuntijoita, joiden tutkimuksissa näkyy vahvasti kohtaamisen merkitys itsemurhaa yrittäneen potilaan hoidossa. Tutkimustietoa löytyy siitä, miten itsemurhaa yrittäneet ovat terveydenhuollossa kokeneet kohtelunsa huonoksi tai alentavaksi. Itsemurhayrityksiin liittyy usein muutenkin voimakas häpeäleima, jota ei vähättelevä tai arvosteleva kohtelu ainakaan vähennä.

Minna-Maria Behm (2015) toteaa väitöskirjassaan, että vaikka työntekijöiden ja potilaiden arvot voivat olla erilaisia, henkilöiden välinen kohtaaminen on tärkeää, sillä sen perusteella asiakas määrittelee terveydenhuollon laadun. Myönteinen kokemus lisää potilaan kokemusta hoidon laadusta, kun taas kielteinen kokemus vähentää sitä. Jotta asiakkaalle tulisi mahdollisimman myönteinen kokemus kohtaamisesta, kiire ei saisi näkyä potilaalle. Lisäksi hoitohenkilökunnal-

la pitäisi olla hyvät vuorovaikutustaidot ja hoitajan tulisi olla rauhallinen, empaattinen ja moralisoimaton. (Behm 2015,11-14.)

Opinnäytetyömme tavoite on kuvata somaattista akuuttihoitotyötä tekevien hoitajien kokemuksia itsemurhaa yrittäneiden potilaiden kohtaamisesta ja kohtaamisen haasteista. Opinnäytetyön tarkoitus on tuoda esiin arvostavan kohtaamisen näkökulmaa itsemurhaa yrittäneen potilaan hoitopolun eri vaiheissa. Tiedonhankinta toteutettiin kaksivaiheisena prosessina: Ensin henkilökunta kirjoitti essee-kirjoitelmia itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisesta. Toinen vaihe oli henkilökunnalle pidettävä ryhmähaastattelu.

2 Itsemurha ja hoitopolku

Itsemurhalla tarkoitetaan kuolemaa, joka aiheutuu ihmisen omasta sellaisesta teosta, jonka hän on tiennyt tai ainakin uskonut voivan johtaa kuolemaan. Viime vuosina Suomessa on tehty noin 1000 itsemurhaa vuodessa. (Heiskanen ym. 2011, 217.) Suomessa itsemurhakuolleisuus on viimeisen kymmenen vuoden aikana pienentynyt lähes 30 prosentilla. (Tilastokeskus 2015.) Väestöstä ainakin 3-5 prosenttia yrittää itsemurhaa jossain elämänsä vaiheessa. Vuositasolla itsemurhaa yrittäneistä aikuisista 0,3-0,5 prosenttia vaatii hoitoa. Haastattelututkimuksissa kuitenkin on todettu yritysten vuosittaiseksi kokonaismääräksi noin 1 prosentti. Ero johtuu siitä, etteivät kaikki yritykset johda hoitoon hakeutumiseen. (Heiskanen ym. 2011, 217-218.) Vaikka itsemurhat ovat vähentyneet, nuorten tilanne on edelleen huolestuttava ja jopa kolmannes nuorena (15-25 – vuotiaana) kuolleista on kuollut omalla päätöksellä. Kaikista Suomessa itsemurhan tehneistä alle 25-vuotiaita nuoria on 10 prosenttia. Eurooppalaisittain luku on korkea. Vuoden 2012 Eurostatin tilastojen mukaan vain Latviassa ja Liettussa nuoret tekivät enemmän itsemurhia kuin Suomessa. Viime vuosina on suomalaisten nuorten miesten itsemurhaluvut olleet laskussa, mutta naisten pysyneet ennallaan. Kuitenkin naisten itsemurhakuolleisuus on kaikissa ikäryhmissä pienempää kuin miesten. (Tilastokeskus 2015; Dumon & Portzky 2013, 5.)

Suomessa 40 prosenttia itsemurhista tehdään päihteiden vaikutuksen alaisina. Terveyskirjasto määrittelee intoksikaation humala tai myrkytystilaksi. Suomessa tapahtuu myrkytyksiä tai lääkeyliannostuksia vuosittain arviolta 10 000, ja noin 1 000 kuolee niihin, lääkemyrkytykset ovat lisääntyneet vuosittain. Suurimmassa osassa myrkytystapauksista kyseessä on aikuinen, joka on nauttinut alkoholia tai lääkkeitä. Kaikki lääkeaineet liian suurina annoksina voivat aiheuttaa lääkeainemyrkytyksen. Ne lääkkeet joita eniten käytetään ja jotka ovat parhaiten saatavilla ja ovat todennäköisiä myrkytyksen aiheuttajia. (Pelkonen yms. 2014, 1016.) Myrkytysten vakavuus vaihtelee lääkkeistä riippuen. Lääkkeiden nauttaminen alkoholin kanssa on erittäin vaarallista, jopa hengenvaarallista (Huttunen 2015). Usein lääkkeiden yliannostus liittyy kriisitilanteeseen ja sitä käytetään itsemurhayrityksissä sekä itsemurhissa.

Etyylialkoholi on sosiaalisesti hyväksytty nautintoaine, jota käytetään kaikkialla maailmassa. Suomessa alkoholijuomien kokonaiskulutus on 10 litraa puhdasta alkoholia jokaista suomalaista kohden. Alkoholin aiheuttaman kuolleisuuden määrä on 5% kokonaiskuolleisuudesta. Liiallinen alkoholin käyttö altistaa liikenneonnettomuuksille, kaatumisille, työtaturmille sekä suurentaa väkivallan ja itsemurhien määrää. Yli kolmen promillen alkoholi määrä voi johtaa alkoholi-myrrykykseen. (päihdelinkki.fi.)

Terveysthuollossa huumeasiakkaat ovat nuoria muihin päihteiden ongelmakäyttäjiiin verrattuna. 75% alle 40-vuotiaista päihteiden vuoksi hoidossa olevista on käyttänyt huumeita. Huumaus- ja lääkeainemyrkytykset ovat sairaaloissa monitulkintaisia. On vaikea arvioida, liittyvätkö hoitajaksot huumeiden tai päihteiden käyttöön. Lääke- ja huumemyrkytyksistä suurin osa ei liity itsemurhaan tai sen yritykseen. Huumekuolemien lisääntyneeseen määrään liittyy sekakäytön yleisyys, huumeiden käytön tuoma riskialttius ja kokemattomuus sekä mielenterveysongelmat. Sekakäytön vaarojen tiedostaminen olisi erityisen tärkeää opioidien, bentsodiatsepiinien ja alkoholin sekakäyttötapauksissa. Suurin osa näistä kuolemista on tapahtunut henkilön nukkuessa. (Varjonen 2015, 65.)

2.1 Itsemurhan riskitekijät

Merkittävin itsemurhan riskitekijä on aikaisempi itsemurhayritys, sillä noin puolet itsemurhaa yrittäneistä on yrittänyt sitä aiemminkin. Useimmiten itsemurhan tehnyt tai sitä yrittänyt on antanut merkkejä aikeistaan vahingoittaa itseään. (Heiskanen ym. 2011, 220.) Myös THL:n tutkimuksen mukaan aikaisempi itsemurhayritys ja itsemurha-ajatusten ilmaiseminen ovat selvimpiä itsemurhaa ennustavia asioita. Riskiä lisäävät myös muu itsensä vahingoittaminen, kuten viiltely ja riskikäyttäytyminen. (Terveysthuolto ja hyvinvoinninlaitos, 2013.)

Masennus on myös merkittävä itsemurhan riskitekijä. Petteri Sokeron Kansanterveyslaitokselle tekemän masennuspotilaiden itsemurha-alttiutta käsittelevän tutkimuksen mukaan masennuspotilaista 60%:lla oli itsemurha –ajatuksia ja 15% heistä oli yrittänyt itsemurhaa (Sokero 2006, 7).

Sosiaalisia riskitekijöitä ovat muun muassa miessukupuoli, avioero, naimattomuus, leskeytyminen, matala koulutustaso tai heikko sosiaalinen asema. Myös

kielteiset elämäntapahtumat lisäävät itsemurhariskiä. Näihin liittyy yleensä depressio. Sosiaalinen verkosto on itsemurhan tehneillä tai sitä yrittäneillä usein melko suppea. (Heiskanen ym. 2011, 220.) Jotkut persoonallisuuden piirteet voivat lisätä taipumusta itsetuhoisuuteen. Itsetuhoisuutta lisääviä tekijöitä ovat esimerkiksi impulsiivisuus, perfektionismi, toivottomuus ja huono itsetunto. Suuressa riskissä ovat erityisesti syrjäytyneet. (Nurmi 2013, 113.) THL:n tutkimuksessa havaittiin nuorten itsemurhien osalta, että vanhempien sosioekonomisella taustalla, yksinhuoltajuudella sekä sosiaaliavun saamisella näyttää olevan yhteyttä nuoren alttiuteen vahingoittaa itseään. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 2013) THL:n tutkimuksen mukaan masennus on suurin yksittäinen riskitekijä. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2013) Itsemurhan tehneistä kaksi kolmasosaa on kärsinyt masennuksesta ja yli 90%:lla on ollut joku diagnosoitu mielenterveysongelma. Myös fyysiset sairaudet sekä päihteet lisäävät itsemurhariskiä – etenkin yhdistettynä masentuneisuuteen. Itsemurhan tehneillä miehillä puolella oli alkoholiongelma ja alkoholiriippuvuus joka kolmannella. (Heiskanen ym. 2011, 221.) Myös Nurmen (2013, 114) mukaan mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset saattavat reagoida hyvin voimakkaasti arjen vastoinkäymisiin. Lisäksi he ovat usein alttiimpi ajautumaan kuormittaviin tilanteisiin. Huomion arvoista on myös THL:n tutkimuksessa noussut seikka, että 32 % itsemurhayrityksistä tehdään päihtyneenä. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2013.)

Rikkinainen perhetausta ja lapsuudessa tai nuoruudessa koettu turvattomuus lisäävät itsemurha riskiä läpi koko elämän. Turvattomuuden kokemuksia voi tulla esimerkiksi vanhempien mielenterveys ja/tai päihdeongelmista, väkivallasta tai muusta kaltoin kohtelusta. Itsemurhariski kasvaa merkittävästi myös, jos joku läheinen, etenkin oma vanhempi, on kuollut itsemurhaan. (Moi-lanen ym. 2004, 229.)

Myös perinnölliset tekijät voivat esimerkiksi impulsiivisuuden tai masennustai-pumuksen myötä vaikuttaa itsemurhariskiin, mutta ne eivät koskaan ole itse-murhan ainoa syy. Biologisten tekijöiden ymmärtäminen saattaa kuitenkin myönteisesti vaikuttaa itsetuhoisuuden hoitoon. (Heiskanen ym. 2011, 222.)

2.2 Nuorten itsemurhat ja itsemurhayritykset

YK:n lapsen oikeuksien komitea on vuonna 2005 ollut huolissaan suomalaisten nuorten itsemurhien korkeasta luvusta ja suosittanut miettimään toimenpiteitä nuorten itsemurhien estämiseksi. Suomen lapsiasiainvaltuutettu teetti itsemurhia tutkineella Tuula Uusitalolla selvityksen asiasta ja tuloksista kävi ilmi, että vaikka Suomessa tapahtuu paljon nuorten itsemurhia, on niitä kuitenkin usein mahdollista ehkäistä. (Uusitalo 2007a.) Niiden ehkäisyssä varhainen puuttuminen on tärkeässä asemassa. Ennaltaehkäisevää työtä tehdään jo nyt mm. kouluissa ja neuvoloissa, mutta enemmän tietoa kaivattaisiin vanhemmille masennuksen tunnistamiseen ja vuorovaikutuksen merkityksestä lapsen psyykkiseen hyvinvointiin. (Uusitalo 2007b, 210.)

Itsemurhayritykset ja itsemurhat ovat harvinaisia lapsilla. Ne yleistyvät nuoruudessa ja liittyvät usein nuoren elämän sen hetkisiin vaikeuksiin. Itsemurhaajatukset ovat aina riskitekijöitä ja niihin pitää puuttua. Monet yritykset liittyvät impulsiivisuuteen ja päihteisiin. (Nurmi 2013, 111.) Suomessa on poikkeuksellisen korkea nuorten itsemurhakuolleisuus ja Suomessa nuori päätyy itsemurhaan yhtä usein kuin aikuinen, kun taas useimmissa muissa maissa aikuisten itsemurhakuolleisuus on selvästi korkeammalla kuin nuorten. (Uusitalo 2017a, 3.) Tilastokeskuksen mukaan vuosina 2004-2010 Suomessa itsemurhaan päätyi vuosittain noin 20 alaikäistä. (Timonen 2012.)

Lastensuojelulaissa sanotaan: "Ilmoitusvelvollisuus salassapitosäännösten estämättä koskettaa laajasti eri tahoja, jotka ovat tehtävässään saaneet tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat tekijät tai oma käyttäytyminen edellyttää lastensuojelun tarpeen selvittämistä." Eli kun alaikäinen yrittää itsemurhaa, on hoitohenkilökunnan tehtävä lastensuojeluilmoitus tai vaihtoehtoisesti viipymättä yhdessä lapsen tai hänen vanhempiansa kanssa otettava yhteyttä sosiaalihuoltoon tuen tarpeen arvioimiseksi. (Lastensuojelulaki finlex.fi.) Nykyään myös sosiaalihuoltolaki korostaa monialaisen yhteistyön merkitystä ja lain mukaan pitää muodostaa asiakkaan edun mukainen kokonaisuus. Kun monialaista yhteistyötä toteutetaan, on asiakkaan suostumuksella tarvittaessa otettava yhteys muihin toimijoihin sekä omaisiin ja läheisiin. Muiden toimi-

joiden velvollisuus on pyynnöstä osallistua palvelutarpeen arviointiin ja suunnitelman tekemiseen. (Sosiaalihoitolaki, finlex.fi)

Nuoren itsemurhayrityksen jälkeen hoitona käytetään yksilöpsykoterapiaa ja perheterapiaa. Nuorelle olisi hyvä aloittaa oma psykoterapia mahdollisimman pian kriisivaiheen jälkeen. Perheterapiassa etsitään voimavaroja nuoren tueksi sekä parannetaan esimerkiksi perheen ongelmanratkaisukykyä tai vähennetään valtataisteluita. (Moilanen ym. 2004, 230.)

2.3 Hoitopolun määrittäminen

Suomenkielisessä kirjallisuudessa ei ole selkeästi määritelty sitä termiä, mitä käytetään, kun puhutaan hoitopolusta, hoitosuosituksesta, hoito-ohjelmasta tai hoitoketjusta. Myös englanninkielinen termistö on vaihtelevaa. Hoitopolulla tarkoitetaan asiakkaan tiettyyn ongelmaan keskittyvää, suunnitelmallista potilaan ja organisaatioiden yhteistyöhön perustuvaa palvelujen kokonaisuutta. (Iivari, Ruotsalainen & Hämäläinen 2002, 163.) Käytämme tässä työssä termiä hoitopolku.

Hoitopolun päätavoite on potilaan hyvä ja asiantunteva hoito sekä mahdollisimman nopea pääsy oikeaan hoitopaikkaan. (Silvennoinen-Nuora 2005, 90.) Hoidon porrastuksen tärkein tavoite on luoda laadukas hoidon kokonaisuus, jossa sekä potilaan etu että eri hoitoportaiden ja yhteiskunnan intressit ovat tasapainossa ja resurssit optimaalisessa käytössä. (Nuutinen ym. 1997, 2-3.) Perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuussa ovat kunnat (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta 733/1992) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/758), joka määrittelee potilaan oikeuksia terveyden- ja sairaanhoidossa. Lain mukaan potilaalla on oikeus hoitoon, joka on laadullisesti hyvää. Potilasta on kohdeltava ja hoito järjestettävä niin, että hänen yksityisyyttään ja vakaumustaan kunnioitetaan, eikä ihmisarvoa loukata. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/758, 3§.)

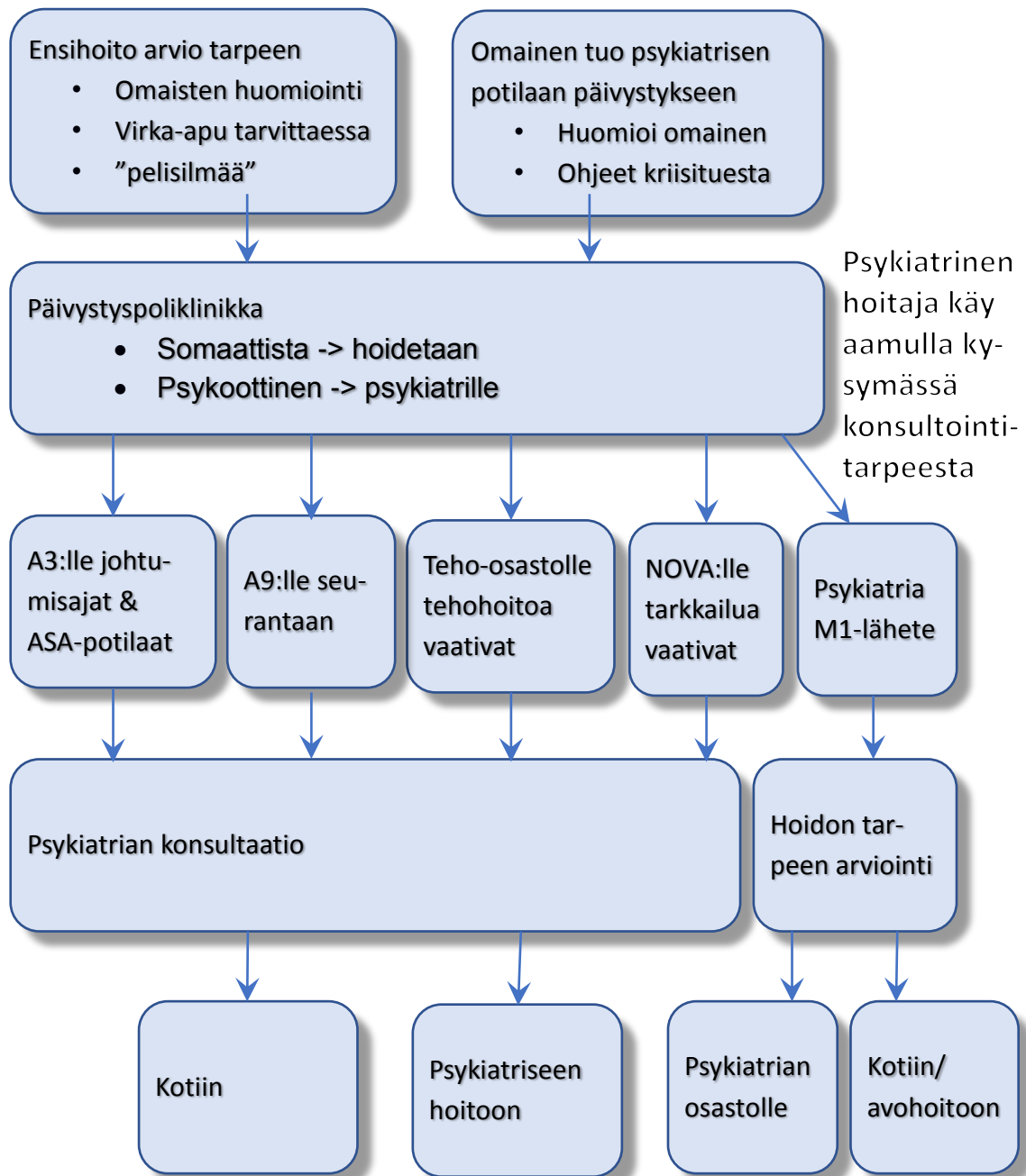
Käypä hoito -suositusten tavoitteina on toimia valtakunnallisina hoitosuosituksina ja perustana alueellisten hoito-ohjelmien laadinnassa ja alueellisten hoitopolkujen suunnittelussa. Käypä hoito -suosituksia on jatkuvasti tekeillä uusista

aiheista samalla kun aikaisempia suosituksia päivitetään. Hyvien käytäntöjen levittämisen tavoitteena on parantaa sosiaali- ja terveystalvveluja. Hyvät käytännöt ovat uusia tai jo vakiintuneita toimintatapoja ja työmenetelmiä, jotka arviointi on osoittanut toimiviksi ja vaikuttaviksi. Hyvä käytäntö on koettu toimintaympäristössään toimivaksi ja sen on arvioitu tuottavan asiakkaalle hyvää, se on eettisesti hyväksyttävä, ja se perustuu monipuoliseen tietoon vaikuttavuudesta. (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008, 19-20.)

Hoitopolku etenee hoidon tarpeiden mukaisesti eri tavalla eri tilanteissa. Jokaisen sairauden tai ongelman hoitamisella muodostuu oma hoitopolkunsaa, jonka mukaan hoito etenee. Eri sairauksien hoidon tyypillisestä kulusta ja hoitokäytännöistä on yleensä sovittu sairaanhoitopiirien sisällä, mutta ne ovat usein hyvin samankaltaisia useimmissa sairaanhoitopiireissä. Hoitopolun eri vaiheissa voi olla mukana sairaanhoitopiirien tai sairaalan eri osa-alueita. (Silvennoinen-Nuora 2010, 88-89.) Onnistuneelle hoitopolulle tärkeitä asioita ovat hoidon jatkuvuus, potilaan palvelu ja yhteistyö hoitoon osallistuvien eri organisaatioiden ja ammattiryhmien välillä. (Silvennoinen-Nuora 2010,90.) Sujuvalla tiedonsiirrolla pyritään siihen, että hoidon jatkuvuus, laatu ja potilasturvallisuus paranevat. Sujuvalla potilastietojen siirrolla on oleellinen vaikutus hoitoketjujen toimivuuteen. (Silvennoinen-Nuora 2010, 105-106.) Potilaan hoitopolkua tulee suunnitella siten, että se on mahdollisimman kustannustehokasta ja vaivatonta. Näin vältetään päällekkäisiltä tutkimuksilta, säästetään työaika ja nopeutetaan potilaan hoidon saantia. (Nuutinen ym. 1997, 2-3.)

2.4 Hoitopolku Eksotessa

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystpiiri (Eksote) tuottaa terveyst-, perhe- ja sosiaali- sekä vanhusten palveluja ja sen tarkoituksena on edistää terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä Etelä-Karjalan asukkaille. Eksoten alueella on noin 132 000 asukasta. Eksoten alueeseen kuuluu yhdeksän kuntaa: Lappeenranta, Lemmi, Luumäki, Imatra, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitaipale ja Taipalsaari. Eksoten tuottamat palvelut ovat kaikkien saatavilla kotikunnasta riippumatta. (eksote.fi) Itsemurhaa yrittäneet potilaat saapuvat Etelä-Karjalan keskussairaalaan, joko ambulanssin tai viranomaisten tuomana (Eksote.fi).



Kuva 1: Hoitopolku kaavio

Ensihoidon tehtävänä on antaa ensihoitoa, joko ennen kuljetusta sairaalaan tai kuljetuksen aikana. Ensihoitoa annetaan, jos se johtuu sairaudesta, vammasta tai muusta hätätilasta. Sairaankuljetus jaetaan kahteen tasoon, perus- ja hoitotaseen ja tarkoituksena on, että asianmukaisen koulutuksen saanut henkilö antaa hoitoa perusvälineillä, lääkkeillä ja muilla hoitotoimenpiteillä. (ekpelastuslaitos.fi)

Jos potilaan tila vaatii kiireellistä hoitoa, tekee ensihoito potilaasta ennakoimoi-
oituksen päivystyspoliklinikalle. Hoidon kiireellisyys arvioidaan triage-hoitajan
toimesta. Triage-hoitaja on kokenut sairaanhoitaja, joka luokittelee missä kiireel-
lisyyssjärjestyksessä potilaat tulee hoitaa päivystyspoliklinikalla. Luokitus perus-
tuu triage-järjestelmään, joka on lääkäreiden laatima. Kiireellisyysluokitus
määrittää sen kuinka nopeasti potilaan hoito tulee aloittaa sairaalassa. (Sosiaali-
ja terveysministeriö 2010.)

A-ryhmään kuuluvan potilaan hoito pyritään aloittamaan välittömästi. B-ryhmän
potilaan hoito aloitetaan 10 – 15 minuutissa. C-ryhmän potilaan hoito aloitetaan
30 – 60 minuutissa ja D-ryhmän potilaan hoito aloitetaan 120 minuutissa. E-
ryhmän potilaat hoidetaan, kun poliklinikalla ei ole kiireellisempää hoitoa vaati-
via potilaita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Päivystyspoliklinikalla hoidetaan yleislääketieteen-, konservatiivisen-, kirurgisen
ja lastentautien potilaita. Huoneissa on 21 potilaspaikkaa ja päivystyksen käytä-
villä on mahdollisuus kymmeneen potilaspaikkaan. Päivystyspoliklinikan yhtey-
dessä on nova-osasto. Nova-osasto on päivystyksen tarkkailuyksikkö. Siellä on
14 potilaspaikkaa. Päivystyspoliklinikka hoitaa myös puhelimesta tapahtuvaa
hoidon tarpeen arviointia yhdessä ensihoidon kanssa. Hoidon tarpeen arvioin-
nilla tarkoitetaan sitä, että hoitaja tekee hoitoarvion potilaan oireiden ja voinnin
perusteella. (Sakara, 2016.)

Itsemurhaa yrittäneet potilaat hoidetaan Etelä-Karjalan keskussairaalassa ensin
päivystyspoliklinikalla, josta heidän jatkohoito järjestetään vuodeosastoille A3 tai
A9. Kriittisesti sairast potilaat hoidetaan teho-osastolla. Potilaat, jotka eivät tar-
vitse somaattista hoitoa vaan ovat selkeästi psykiatrisen avun tarpeessa, lähe-
tetään psykiatriselle osastolle. Mikäli potilaan hoito vaatii somaattista hoitoa,
kuten vakavissa lääkeaine yliannostuksissa, tulee potilaan hoito aloittaa välittö-
mästi päivystyspoliklinikalla ja hoitoa tulee jatkaa välittömästi vuodeosastoilla tai
teho-osastolla.

Mikäli potilas ei tarvitse vuodeosasto- tai tehohoitoa vaan tarkkailu päivystyk-
sessä riittää, tulee lääkärin miettiä hänen jatkohoitonsa. Tässä vaiheessa lääkä-
ri voi tehdä tarkkailulähetteen M1, jolloin psykiatri käy tekemässä hoidon tar-
peen arvioinnin. Tarkkailulähete M1 tehdään laillistetun lääkärin toimesta. Tark-

kailulähete M1 perustuu mielenterveyslakiin. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus mielenterveyslain mukaisesta tahdosta riippumattomasta hoidosta sekä potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisen valvonnasta otettiin käyttöön 1.2.2016. Lähetettä tarvitaan, kun potilaalla epäillään psykoositasoista sairautta, joka vaatii välitöntä hoitoa, eikä potilas suostu vapaaehtoisesti psykiatriseen arvioon tai hänen mielipiteensä arvion tekemisestä vaihtelee kovasti. Lääkärin tekemä diagnoosi psykoositasoisesta häiriöstä ei tarvitse olla varma, vaan se todennetaan myöhemmin psykiatrisessa hoidossa. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Jos alaikäinen nuori on psyykkisen oireilunsa vuoksi vaaraksi itselleen tai muille, hänet voidaan lähettää arvioon tavallisella päivystyslähetteellä, jos hän ja vanhemmat suhtautuvat hoitoon myönteisesti. Muuten tehdään tarvittaessa tarkkailulähete. Alaikäisenkin osalta tarkkailuläheteeseen täytyy tehdä perusteltu kannanotto siitä, täytyvätkö todennäköisesti tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset. Tilanteen on oltava sellainen, etteivät muut mielenterveyspalvelut riitä. (Haravuori ym. 2013, 863-864.) Alaikäisen yrittäessä itsemurhaa, hoitohenkilökunnan on tehtävä aina lastensuojeluilmoitus. (Lastensuojelulaki 25§.)

Osastot A3 ja A9 ovat sisätautisia vuodeosastoja. Osastolla A3 hoidetaan pääasiassa neurologisia potilaita, lisäksi osastolla hoidetaan muita sisä- ja ihotautipotilaita. Osastolla toimii myös valvontayksikkö, jossa hoidetaan aivoverenkiertohäiriö potilaita. A9 on sisätautien vuodeosasto, jossa hoidetaan hematologisia (veritaudit), gastroenterologisia (vatsaelinsairaudet) sekä muita sisätautipotilaita. Teho-osastolla hoidetaan kriittisesti, mutta ei toivottomasti sairaita potilaita. Teho-osastolla potilaan vointia seurataan taukoamatta. (eksote.fi.)

Potilaan hoidon jatkuessa somaattisella osastolla tai teho-osastolla, voi psykiatrin konsultaation tehdä osastolta, kun somaattinen vaiva on hoidettu. Jos potilaalla on lieviä yliannostuksesta johtuvia oireita ja hän ei tarvitse jatkuvaa valvontaa siirtyy hän sisätautivuodeosastolle, A3 tai A9. Jos potilas tarvitsee jatkuvaa monitoriseurantaa ja valvontaa sekä hänen hengitystä, verenkiertoa ja tajuntaa tulee seurata, siirtyy potilas jatkohoitoon teho-osastolle. Teho-osastolta potilas siirtyy jatkohoitoon vuodeosastolle. Vuodeosastolta potilas kotiutetaan

tai hän siirtyy jatkohoitoon psykiatriselle osastolle. Psykiatri määrittää sen milaista jatkohoitoa potilas tulee saamaan.

3 Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaaminen

Sosiaali- ja terveysalan työtä tehdään ihmisten parissa ja ihmisiä varten. Työtä ja sen tekemistä ohjaavat monet keskeiset periaatteet, kuten elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus. Näihin perustuu hoitohenkilökunnan ammattietiikka. (Leino-Kilpi ja Välimäki 2014, 24-25.) Arvostava kohtaaminen on siis potilaan oikeus ja myös itseään vahingoittaneella ja elämänhaluttomalla potilaalla on oikeus saada samanlaista kohtelua kuin kenen tahansa muunkin potilaan.

Ammatillisuus antaa hoitajalle varmuutta ja luottamusta omaan pätevyyteen sekä kykyyn hoitaa tehtäviä ja auttaa toisia ihmisiä. Toisaalta ammatillisuuden taakse voidaan kohtaamisessa myös verhoutua. Hoitotyössä toimiva ammattilainen on yleensä saanut teoreettisen tiedon siitä, kuinka erilaisissa tilanteissa sekä erilaisten asiakkaiden kanssa pitäisi toimia. Asiakkaiden ja potilaiden välinen kohtaaminen on kuitenkin asia, joka joillakin on luontevaa ja toisille se taas on vaikeaa. Ammatillisuuteen voi kasvaa, mutta siihen vaaditaan paljon työtä, harjaantumista sekä jatkuvaa kouluttautumista. (Mattila 2007, 32-35.)

Itsemurhayrityksen jälkeen pelkkä ammatillinen osaaminen somaattisen puolen hoidossa ei riitä. Inhimillinen kohtelu on aivan yhtä tärkeässä roolissa. Potilaalle tulee tulla kuulluksi ja kohdatuksi tulemisen tunne. Tarja Heiskanen (2007) kirjoittaa, että hoitajan silmistä pitää näkyä hyväksymisen viesti. Hoitajan on oltava aktiivinen ja varmistaa, onko kumpikin osapuoli ymmärtänyt oikein. Hoitajan on myös tärkeää osata ja uskaltaa kysyä suoraan. Liisa Saaristo vertaa Heiskanen kirjassa pahan olon purkautumista sipulin kuorimiseen – kerros kerrokselta paljastuu uusia asioita ja vasta lopuksi päästään kiinni siihen, mistä pahassa olossa on todella kysymys. Tämä edellyttää aitoa läsnäoloa sekä aikaa. (Heiskanen 2007, 103-110.) Itsemurhayritys ilmaisee toivottomuutta ja keinottomuutta ratkoa epätoivoista elämäntilannetta. Itsemurhaa yrittäneellä ihmisellä on vihan ja turhautumisen keskellä suuri avun tarve. Useimmilla on lisäksi myös halu sellaiseen muutokseen, että elämä voisi taas jatkua. (Heiskanen ym. 2007, 323.)

Yksikin hyvä kohtaaminen voi olla merkittävä itsemurhaa yrittäneen potilaan eheytyksen kannalta. Kuulluksi tuleminen edellyttää, että asiakkaan omalle tarinalle annetaan tilaa. Jos työntekijä antaa ymmärtää, että hän ”tietää paremmin”, hän samalla loukkaa ja holhoaa potilasta. (Heiskanen 2007, 103-110.)

Myös Ruishalme ja Saaristo (2007, 105.) korostavat sitä, että potilaan tarina pitää hyväksyä sellaisena kuin hän sen kertoo. Kuulluksi tuleminen edellyttää sitä, että hoitaja tai muu auttaja hyväksyy erilaisuuden ja pystyy luomaan tilanteeseen suvaitsevan ilmapiirin. Kuuntelemista voi myös opetella. Kriisissä oleva ei aina pysty sanallisesti ilmaisemaan kokemuksiaan ja tällöin hoitaja keskittyy läsnäoloon ja on herkkä potilaan sanattomalle viestinnälle, kuten ilmeille, äänenpainoille ja eleille. Luottamus ja luotettavuus ovat kaiken ihmisten välisen vuorovaikutuksen tärkeä osa. Se on ehdoton edellytys hyvälle hoito- ja asiakassuhteelle. On tärkeää, että työntekijä on asiakkaan luottamuksen arvoinen. (Mattila 2007, 24-25.)

Hoito- ja auttamissuhteiden rakentumisessa korostuvat molemminpuolinen kunnioitus ja hyvää hoitoa edistävä vuorovaikutus yhteiskunnallisten arvojen muutoksesta huolimatta. Vuorovaikutustilanteissa ilmapiirin tulisi olla sellainen, että se tukee potilasta kertomaan ongelmistaan ja vastavuoroisesti hyväksymään saatua tietoa. (ETENE 2011, 6)

3.1 Arvostavan kohtaamisen vaikeus hoitotyössä

Itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostavaa kohtaamista voi hankaloittaa monet asiat. Hoitaja voi esimerkiksi olla epävarma ja keinoton psyykkisen hädän kohtaamisessa ja sen vuoksi välttää avaamista syvempää vuorovaikutusta. Lisäksi aika ja resurssipula saattavat vaikuttaa kohtaamisen pinnallisuuteen. Työntekijän ylemmydentunto voi myös estää aitoa kohtaamista. Tällöin työntekijä sanelee ylhäältä päin omat näkemyksensä ja neuvonsa eikä asiakas tule kuulluksi. Tämä on usein potilaalle hyvin haitallista. (Heiskanen 2007, 103-105.) Asiakkaalla ja potilaalla on vapaus valita ja tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta elämästään sekä hyvinvoinnistaan. Asiakkaan kohtaamisessa on tärkeää muistaa, että hänellä itsellään on näkemys omasta terveydestään. Asiakkaat tekevät valintoja ja niihin valintoihin vaikuttavat aiemmin saatu tieto hoidosta sekä potilaan saama arvostus ja kunnioittaminen hoitohenkilökunnalta. Hoitohenkilökunnan

neutraali asenne ja ammatillisuus taas korostuvat puhetavassa ja sanavalinnoissa. (ETENE 2011, 5-6) Uskoaksemme näissä tilanteissa myös tuurilla on paljon merkitystä potilaan näkökulmasta: Millainen arvopohja, asennoituminen ja kohtaamisen taito sattuu sillä hoitajalla olemaan, joka ottaa vastaan ja hoitaa itsemurhaa yrittänyttä potilasta – sillä on iso vaikutus tuleviin tapahtumiin potilaan elämässä ja siinä, miten hän kokee tulleensa kohdatuksi. Myös Suokas ja Valtonen (2015) kirjoittavat, että joissakin hoitajissa itsemurhaa yrittäneen ihmisen hoitaminen herättää voimakkaita tunnereaktioita ja siksi heidän kohtaamisensa voidaan kokea vaikeaksi. Lääkemyrkytysten hoitaminen vaatii myös runsaasti resursseja, mikä saattaa turhauttaa henkilökuntaa.

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat potilaan asenteisiin muita ihmisiä kohtaan ja heikentävät heidän toimintakykyään. Hoitajan negatiivinen asenne mielenterveydenhäiriöitä kohtaan vaikuttaa hoitotyöhön. Psykiatristen potilaiden kanssa on oltava herkkyys havaita se, missä kulkee hoitajan ja potilaan päätäntävällän raja. (Leino-Kilpi ja Välimäki 2014, 266-267.) Myös Heiskanen (2007, 325) mukaan itsemurhayritykseen tai itsemurhalla uhkaamiseen liittyvät ristiriitaiset tarkoitukset saattavat helposti herättää ympäristössä kielteisiä tunteita. On kuitenkin hyvä muistaa, että tämä ristiriita kuolemissen halun ja avun hakemisen välillä on tärkeä mahdollisuus väliintulolle. (Heiskanen ym. 2011, 325.)

Medikalisaatio on vaikuttanut siihen, että usein itsemurhayritykseen tai muuhun henkiseen pahaan oloon liittyvät kokemukset ilmaistaan sairauden käsitteillä. Oirekielen sijasta potilasta pitäisi kuitenkin kannustaa kuvailemaan oloaan ja tunteitaan omin sanoin. Liikaa ei voi korostaa sitäkään, että kannattaa kysyä uudelleen ja uudelleen ”tätäkö tarkoittit?” (Heiskanen 2007, 104.) Päivystyspoliklinikalle hakeutuneilta potilailta on selvitettävä heidän itsemurha-ajatuksiaan. Valtosen ym. (2006) tutkimuksessa lähes puolet niistä potilaista, jotka yrittivät itsemurhaa, mutta jotka eivät ole päätyneet somaattisen sairaalan ensiapuun, jättivät ilmoittamatta itsemurhayrityksistään hoitavalle psykiatriselle taholle. Potilaat eivät maininneet itsemurha yrityksistä, koska heiltä ei ollut niistä kysytty. Myös itsemurha-ajatusten kestoa ja voimakkuutta pitää arvioida, samoin potilaan kykyä hallita itsemurha-ajatuksia tulisi osata arvioida. Hoitajien

tulisi osata kartoittaa onko teko suunnitelmallista vai ei. Lisäksi olisi hyvä ottaa selvää onko potilaalla minkäänlaista tukiverkostosta.

Tuula Uusitalo (2007) on tutkinut paljon itsemurhia. Hänen mukaansa monet uskovat, että itsemurhasta puhuminen ja kysyminen lisäävät itsetuhoisen ihmisen itsemurhariskiä. Tämä voi johtaa siihen, että potilaalta ei uskalleta kysyä suoraan heidän itsemurha-ajatuksistaan. Asia on kuitenkin toisin päin: ahdistavien asioiden esiin nostaminen ja puheeksi otto voi helpottaa potilasta jäsentämään tilannetta ja helpottaa henkistä pahaa oloa. (Uusitalo, 2007, 17.) Sama todetaan myös Euroopan unionin Itsemurhien ehkäisy -hankkeen antamissa suosituksissa. Itsemurhayritys tai itsemurha-ajatuksista puhuminen ei ole vain huomionhakemista, vaan kertoo ihmisen toivottomuudesta. Avoin keskustelu potilaan kanssa näistä ajatuksista ja suunnitelmista saattaa kannustaa avun hakemiseen ja sillä voi olla tärkeä terapeuttilinen ja ehkäisevä vaikutus. (Dumon & Portzky 2013, 38.)

Hoitomyönteisyyden puuttuminen on yleistä itsemurhaa yrittäneillä ja jopa kolmasosa jatkohoitoon ohjatuista jättää menemättä sinne. Nämä sitoutumisongemat liittyvät usein päihdeongelmiin, persoonallisuushäiriöihin ja siihen ettei potilas ole kykenevä ottamaan apua vastaan. Hoitomyönteisyyttä lisää aktiivinen jatkohoitoon ohjaaminen, johon sisältyy lähete, jatkoajan sopiminen saman tien tai mahdollinen sairaalahoidon järjestäminen. Myös yhteydenotto vakituiseen hoitotahoon on tärkeä, jos sellainen on. Ensimmäinen jatkohoitoaika pitäisi järjestää nopeasti itsemurhayrityksen jälkeen, mielellään 1-3 vuorokauden sisällä. Jatkohoitopaikan valinta riippuu potilaan kokonaistilanteesta. (Suokas, Suominen.) Petteri Sokeron mukaan itsemurhaa yrittäneet potilaat ovat usein moniongelmaisia. Tutkimus ei kuitenkaan tue sitä käsitystä, että itsemurhaa yrittäneet masentuneet potilaat olisivat sen jatkohoitovastaisempia kuin muutkaan psykiatriset potilaat. (Sokero 2006, 8.)

Suomalaisen hoitohenkilökunnan asenteita kartoittavan tutkimuksen mukaan päivystyspoliklinikan henkilökunnalla on kovien paineiden alla kielteinen suhtautuminen itsemurhaa yrittäneisiin potilaisiin. Aiemmissä tutkimuksissa oli havaittu epäsuora yhteys, että myönteisempi suhtautuminen itsemurhaa yrittäneisiin potilaisiin oli niillä hoitajilla, joilla oli mahdollisuus konsultoida psykiatria. Tutki-

muksessa todettiin, että vaikka ensimmäisen vuoden aikana psykiatrisen konsultaation mahdollisuus ei suoraan lisännyt päivystyspoliklinikan hoitajien ymmärrystä ja myönteistä asennetta eikä halua hoitaa itsemurhaa yrittäneitä potilaita, hoitajat olivat kuitenkin tyytyväisiä psykiatrisen konsultaation mahdollisuuteen. (Suokas ym. 2009, 161-163.)

3.2 Omaiset mukaan verkostoon

Monien tutkimusten mukaan läheisten tarjoama tuki on kriisissä tärkeää. (Ruis-
halme ja Saaristo, 2007, 102.) Perheenjäsenten rooli onkin merkittävä, kun mietitään tuen kuviota itsemurhaa yrittäneelle potilaalle. Myös lähipiiri kaipaa apua tapauksen käsittelyssä. He ovat saattaneet olla jollain tavalla osallisia tapahtumiin, jotka ovat laukaisseet kriisin ja näin ollen kärsivät niistä yhtä lailla. Ja vaikka he eivät varsinaisesti liittyisikään tapahtumiin, on teko järkyttänyt heitä syvästi. Perheellä ja muulla lähiverkostolla on iso merkitys, kun mietitään selviytymiskeinoja. Heillä voi myös olla tärkeää tietoa jatkohoitoa ajatellen. (Soisalo 2012, 282.)

Itsemurhayrityksissä on viesti läheisille. Viesti voi olla joko vetoamus ”auta minua, minulla on paha olla” tai vaatimus ”tapan itseni, jos et tee niin kuin haluan”. (Nurmi, 2013, 110.) Myös Uusitalo (2007, 17) kirjoittaa, että on olemassa ihmisiä, jotka itsemurhayrityksellään hakevat sympatiaa tai valtaa. Vaikka kyse olisikin tällaisesta manipuloinnista, kertoo sekin psyykkisestä avuntarpeesta sekä potilaalle että läheiselle.

Melkein kaikki itsemurhaa yrittäneiden omaiset tuntevat syyllisyyttä ja monet myös häpeää (Heiskanen 2007, 128). Syyllisyyden tunteet voivat johtua siitä, että omaiset eivät ehkä ole huomanneet läheisensä hätää tai ymmärtäneet tilanteen vakavuutta. Myös syyllisyys omista sanomisista tai tekemisistä voi vai-
vata omaisia. (Heiskanen 2007, 137.)

Jaakko Seikkula ja Erik Arnkil (2005) ovat puhuneet paljon dialogisuudesta ja verkostojen mukaan ottamisesta mielenterveysongelmien hoitoon. Hoitotyötä pitäisi heidän mukaansa kehittää siihen suuntaan, että hoitoa tarvitsevien lähipiiri voisi entistä useammin olla alusta lähtien mukana hoidossa. Psykiatri-
sessä hoitotyössä perhe ja verkostokeskeiset hoitomallit ovatkin viime vuosina

olleet erityisen kiinnostuksen kohteena. Näissä malleissa keskeistä on hoidon ja avun kohteena olevan ihmisen koko sosiaalisen verkoston huomioiminen. (Arnkil ja Seikkula 2005, 152.) Itsemurhakriisi voi myös toimia perhettä yhdistävänä asiana, jossa perheen voimavarat nousevat esiin uudella tavalla. (Fiske 2015, 254.) Suokkaan ja Valtosen (2015) mukaan tukiverkon luominen ja mukaan kutsuminen ehkäisee tehokkaasti uutta itsemurhayritystä. Potilasta kannattaisikin motivoida ottamaan läheisensä mukaan osaksi hoitoa.

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyömme tarkoitus on kuvata somaattista akuuttihoitotyötä tekevien hoitajien kokemuksia itsemurhaa yrittäneiden potilaiden kohtaamisesta ja kohtaamiseen liittyvistä haasteista.

Kehittämistehtävät ovat:

1. Kuvata itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamista ja kohtaamisen haasteita Etelä-Karjalan keskussairaalan somaattisessa akuuttihoitotyössä.
2. Kuvata mitä hoitajien mielestä on itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostava kohtaaminen.
3. Löytää kehittämissuhteita itsemurhaa yrittäneen potilaan hoitopolussa.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esiin arvostavan kohtaamisen näkökulmaa itsemurhaa yrittäneen potilaan hoitopolun eri vaiheissa.

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyömme on tutkimuksellinen kehittämistyö. Tutkimus on kvalitatiivinen. Tutkimuksessa oli mukana Etelä-Karjalan keskussairaala neljä osastoa ja Eksoten ensihoito. Osastoina olivat kaksi sisätautiosastoa sekä teho-osasto ja päivystyspoliklinikka. Näissä työyksiköissä hoitajat kohtaavat itsemurhaa yrittäneitä potilaita ja siksi ne valikoituivat mukaan tutkimukseen.

5.1 Tutkimuksellinen kehittäminen

Tutkimuksellinen kehittäminen sisältää tutkimuksellisia elementtejä tai osioita. Tutkimuksellista kehitystoimintaa lähestytään kehittämisprosessin, toimijoiden osallisuuden ja tiedontuotannon näkökulmista. Yhdessä nämä muodostavat käsityksen tutkimuksellisesta kehittämistoiminnasta. (Toikko & Rantanen 2009, 21.) Tutkimuksellinen kehittämistoiminta yhdistää konkreettisen kehittämisen ja tutkimuksellisen lähestymistavan. Kehittäminen on toimintaa, jolla on selkeä päämäärä ja tavoitteet. Kehittämistoiminnan kohde, laajuus, organisointitapa ja lähtökohta voivat vaihdella merkittävästi. Kehittämisellä pyritään toimintatavan, toimintarakenteen ja rakenteellisten uudistusten kehittämiseen. Tavoitteena ei ole objektiivisesti tutkia kehittämisen kohdetta vaan myös vaikuttaa siihen. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta tavoittelee konkreettista muutosta tuotteissa, palveluissa tai organisaatioissa. Samalla tuotetaan tietoa, jonka kysymyksenasettelut nousevat käytännöstä. (Toikko & Rantanen 2009, 21-28.)

Tutkimuksellinen kehittäminen on hyvin laaja-alaista ja sitä pystytään soveltamaan moneen työyhteisöön ja yksikköön. Kehittäminen on luonteeltaan käytännön asioiden korjaamista, parantamista ja edistämistä. Onnistunut kehittämistyö voi levitä laaja-alaisesti koko organisaation käyttöön ja se on onnistuessaan taidon ja tiedonsiirtoa parhaimmillaan. (Toikko & Rantanen 2009, 29.)

Tutkimuksellisessa kehittämisessä tutkija on keskeisessä roolissa muutoksen organisoinnissa. (Kananen 2014, 14-15.) Tutkija pyrkii dialogiin tutkimukseen osallistujien kanssa. He yhdessä pyrkivät tutkimuksellisella kehittämisellä saamaan aikaan yhteisen muutoksen. Kehittäminen tähtää muutokseen, joka on parempaa ja tehokkaampaa kuin edelliset toimintatavat. (Toikko & Rantanen 2009, 28-35.)

5.2 Aineiston keruu

Kvalitatiivinen tutkimus tehdään kokonaisvaltaisesti ja siitä pyritään saamaan mahdollisimman syvälinen käsitys. Kvalitatiivinen tutkimus keskittyy sanojen ja lauseiden tulkitsemiseen ja sen tavoitteena on ilmiön kuvaaminen, ymmärtäminen ja tulkinnan saavuttaminen. Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruu-

menetelmiä on useita mm. haastattelut, havainnointi ja kirjoitelmat. Tutkija luottaa omiin havaintoihinsa koko tutkimusprosessin ajan. (Kananen 2014, 18.)

Halusimme saada mahdollisimman monipuolisen aineiston ja siksi valitsimme sekä essee-kirjoitelmat että ryhmähaastattelun aineistonkeruumenetelmäksi. Essee-kirjoitelmat tukevat ja täydentävät ryhmähaastattelussa saatua tietoa. Yhdessä ne parantavat tutkimuksemme luotettavuutta.

Essee-kirjoitelmat

Lähetimme saatekirjeen (Liite1) toimintayksiköiden esimiehille, jossa kerroimme tutkimuksesta, sen tavoitteista ja tutkimuksen kulusta. Saatekirjeen tulee olla kohtelias ja motivoiva. Sen tarkoitus on selvittää tutkimuksen taustaa ja tavoitteita. (Heikkilä 2014, 56.) Esimiehille lähetetyssä saatekirjeessä oli kerrottu aikaväli, jolloin essee kirjoitelmia kirjoitetaan sekä ryhmähaastattelun ajankohta. Hoitajille teimme oman saatekirjeen (Liite2), jossa kerroimme tavoitteemme, tarkoituksestamme ja opinnäytetyön toteutuksesta. Saatekirjeessä ohjeistimme hoitajia vapaamuotoisten esseiden kirjoittamiseen siitä, mitä on itsemurhaa yrittäneen arvostava kohtaaminen. Aikaa esseiden kirjoittamiseen annoimme kaksi viikkoa. Toimitimme osastoille paperia ja kirjekuoria esseitä varten. Näin esitimme sen, että kukaan ei pääse näkemään tai lukemaan muiden kirjoitelmia. Pienet kirjekuoret laitettiin isoon kirjekuoreen, joka noudettiin osastolta määräajan jälkeen pois. Kirjoitelmista nousi selkeästi esiin kolme aihealuetta;

1. Itsemurhaa yrittäneen potilaan herättämät tunteet
2. Itsemurhaa yrittänyt potilas
3. Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaaminen ja kohtaaminen ja sen haasteet

Arvioimme, että osastoilla on 150 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä. Essee-kirjoitelmia tuli vähän, seitsemän kappaletta, mutta ne olivat sisällöltään kattavia ja aihetta oli käsitelty syvällisesti. Laadullinen tutkimus ei pyri tilastolliseen yleistyksen, vaan sen tehtävänä on kuvata ilmiötä, tapahtumaa. Sen tehtävänä on ymmärtää tiettyä toimintaa ja antaa teoreettisesti mielekäs tulkinta ilmiölle. Tavoitteena on, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät ilmiöstä mahdollisimman paljon ja heillä on siitä kokemusta (Tuomi & Sarajärvi 2009,

18). Laadullisen tutkimuksen tulkintojen kestävyys ja syvyys ovat tärkeitä, ei aineiston ja tiedonantajien määrä (Kananen 2014, 56).

Ryhmähaastattelu

Haastattelua pidetään hyvin ainutlaatuisena ja haasteellisena tiedonkeruun menetelmänä (Hirsjärvi ym. 2000, 191). Valitsimme menetelmäksi ryhmähaastattelun, jonka toteutimme teemahaastatteluna. Teemahaastattelussa aihepiirit ovat tiedossa, mutta valmiita kysymyksiä ei ole ja niiden järjestys voi vaihdella. Haastattelun tavoitteena on saada ilmiöstä värikäs ja monipuolinen kokonaisuus. (Kylmä & Juvakka 2007, 78-79.) Ajattelimme, että ryhmähaastattelun vuorovaikutteisuus saattaa nostaa yksilöhaastatteluun verrattuna enemmän uusia näkökulmia sekä ajatuksia ja näin työntekijöiden osallisuus kehittämisessä tehostuu.

Ryhmähaastattelu voidaan toteuttaa ohjattuna keskusteluna ryhmässä. Haastattelija ohjaa ryhmäläisiä keskustelemaan ennalta valituista teemoista. (Pötsonen & Välimaa, 1998, 13.) Ryhmähaastattelun teemat nousivat esille hoitajien tekemistä essee-kirjoitelmista.

Ryhmähaastattelun teemat olivat:

1. Itsemurhaa yrittäneen potilaan hoidon haasteet
2. Arvostava kohtaaminen
3. Itsemurhaa yrittäneen potilaan hoitopolku Eksotessa

Haastattelijan vastuulla on, että haastateltavat pysyvät aiheessa ja vastaavat esitettyihin kysymyksiin. Haastattelun etuna on, että keskustelun ei tarvitse mennä etukäteen suunnitellun rungon avulla vaan siihen voidaan tehdä tarvittaessa muutoksia. Haastattelun haittana on, että se vie aikaa ja vaatii myös huolellista suunnittelua ja perehtyneisyyttä asiaan. Haastattelija voi myös johdatella haastateltavat antamaan suotuisia vastauksia, joka taas heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Haastattelun riskinä on, että ryhmän vahvimmat persoonat ovat äänessä ja heikoimmat eivät saa puheenvuoroa. Tällaisessa tapauksessa on haastattelijan varmistettava, että kaikki saa sanottua oman mielipiteensä. (Kananen 2014, 70-90.)

Kutsuimme jokaisesta viidestä työyksiköstä yhden edustajan ryhmähaastatteluun. Kylmän ja Juvakan (2007, 89) mukaan ryhmän koko on parhaimmillaan 3-12 henkilöä. Liian pienessä ryhmässä mielipiteet jäävät vähäisiksi, mutta liian suuressa ryhmässä kaikkien äänet ovat vaikea saada kuuluviin. Aiheen sensitiivisyys asettaa myös rajoituksia ryhmälle. Pienessä ryhmässä on helpompi käsitellä vaativaa ja arkaa aihetta.

Ryhmähaastattelun ajankohta ja paikka valittiin teho-osaston toimintayksikön esimiehen kanssa. Ryhmähaastattelusta tiedotimme esimiehiä saatekirjeessä, jonka lähetimme heille tutkimuksen alussa. Laitoimme vielä sähköpostia viikkoa ennen ryhmähaastattelun toteutusta toimintayksiköiden esimiehille ja pyysimme heitä ilmoittamaan, kuka osastolta saapuu haastatteluun.

Ryhmähaastattelu toteutettiin eräässä keskussairaalan kokoushuoneessa. Neljästä eri työyksiköstä pääsi hoitaja mukaan ryhmähaastatteluun. Ensihoidosta tuli kaksi hoitajaa. Ennen kuin aloitimme varsinaisen haastattelun, esittelimme itsemme ja kerroimme haastateltaville mikä on tutkimuksemme tavoite ja tarkoitus. Olimme ilmoittaneet etukäteen, että aiomme nauhoittaa haastattelun ja ennen haastattelun alkamista pyysimme heitä allekirjoittamaan suostumuslomakkeen (liite 3). Kerroimme, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelun voi halutessaan keskeyttää koska tahansa.

Toteutimme ryhmähaastattelun siten, että toinen meistä esitti kysymyksiä teemoihin pohjaten ja toinen kirjoitti ylös pääkohtia sekä hoitajien tunteita teemoista. Ryhmähaastatteluun olimme varanneet aikaa kaksi tuntia. Haastattelun kokonaisaika oli puolitoista tuntia.

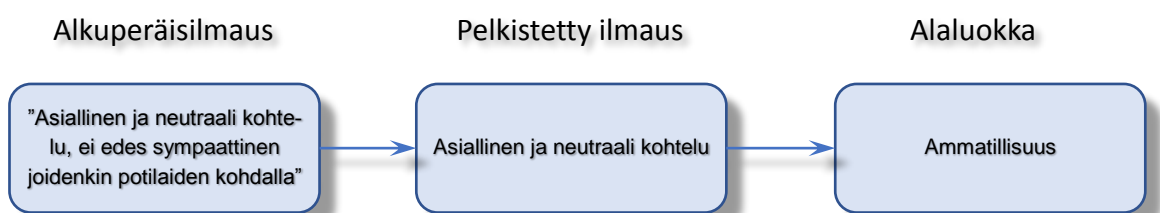
5.3 Aineiston analysointi

Essee-kirjoitelmat sekä ryhmähaastattelu analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin tarkoituksena on kuvata tutkittava ilmiö tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, sekä etsiä aineistosta samanlaisuudet ja eroavaisuudet (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103; Kananen 2014, 99-101.) Aloitimme aineiston analysoinnin heti, kun materiaali oli saatu kokoon. Yhdistimme essee-kirjoitelmien ja ryhmähaastattelun aineistot ja analysoimme ne aineistot yhdistäen.

Sisällönanalyysia voidaan pitää laadullisen tutkimuksen perusprosessina. Se jaetaan kahteen lähestymistapaan, induktiivisen ja deduktiiviseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105.) Käytimme tässä opinnäytetyössä induktiivista lähestymistapaa, joka tarkoittaa siirtymistä yksittäisestä havainnosta yleiseen havaintoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105.)

Induktiivinen aineiston analyysi kuvataan kolmivaiheiseksi prosessiksi: 1) aineiston pelkistämien, 2) aineiston ryhmittely, 3) teoreettisen käsityksen luominen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109). Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen ja sitä ohjaa tutkimustehtävä. Aineisto tulee järjestää tiiviiseen ja selkeään muotoon, siten ettei informaatio katoa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Essee-kirjoitelmat luimme monta kertaa läpi ja etsimme niistä yhtäläisyyksiä. Toisessa vaiheessa ryhmittelimme aineiston siten, että sisällöltään samankaltaiset asiat olisivat samassa ryhmässä. Tuomen ja Sarajärven (2009,101) mukaan ryhmittelyn muodostaminen on analyysin kriittinen vaihe, sillä siinä tutkija päättää miten ilmaisut jaetaan ja annetaan sisällölle kuvaava nimi.

Aineisto ryhmiteltiin siten, että kaikki samaan teemaan sopivat lauseet tai ilmaisut olivat samaa ryhmää. Ryhmille etsittiin yksi yhteinen sana tai lause, josta tuli pelkistetty ilmaus. Pelkistyksille etsittiin yksi yhteinen tekijä, joka oli tutkimuksemme johtopäätös. Kuvassa 2 on esitelty vaihetta aineiston pelkistäminen.



Kuva 2: Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Haastattelun analysointi alkoi siitä, että kuuntelimme haastattelun useaan kertaan läpi ja litteroimme sen paperille mahdollisimman sanatarkasti. Litteroinnilla tarkoitetaan aineiston puhtaaksi kirjoittamista mahdollisimman sanatarkasti. Litterointi helpottaa aineiston läpikäyntiä sekä analysointia ja sen avulla on helpompi teemoittaa aineisto.

6 Tulokset

Essee-kirjoitelmissa oli pohdittu paljon itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostavan kohtaamisen näkökulmaa ja siihen liittyviä haasteita. Ryhmähaastattelussa korostui kirjoitelmia enemmän työn rakenteisiin liittyvät haasteet, jotka tekevät kohtaamisesta vaikeaa. Haastattelussa nousi vahvasti esille kehittämistarpeita, joita tuomme raportissamme esille. Käytämme esseiden kirjoittajista ja haastatteluun osallistuneista yhteisenä käsitteenä hoitajat.

Hoitajien kokemuksissa itsemurhaa yrittäneitä potilaita oli kahdenlaisia: Ensimmäisenä on ne todelliset itsemurhaa yrittävät potilaat, joilla on halu kuolla ja jotka ovat tehneet yrityksen tositarkoituksella. Toisena on ne potilaat, jotka ovat tehneet teon saadakseen läheistensä ihmisten ja hoitohenkilökunnan huomion. Hoitajien mielestä huomionhakuisten ryhmä kuormittaa akuuttihoitoa enemmän ja sitoo paljon resursseja. He aiheuttavat myös voimakasta turhautumista hoitajissa. Oli yritys sitten kumpi tahansa, hoitajat pitivät sitä aina vakavana asiana, johon pitäisi puuttua. *Kyse on kuitenkin aina isosta, vakavasta asiasta potilaan elämässä ja teko kertoo avun tarpeesta.*

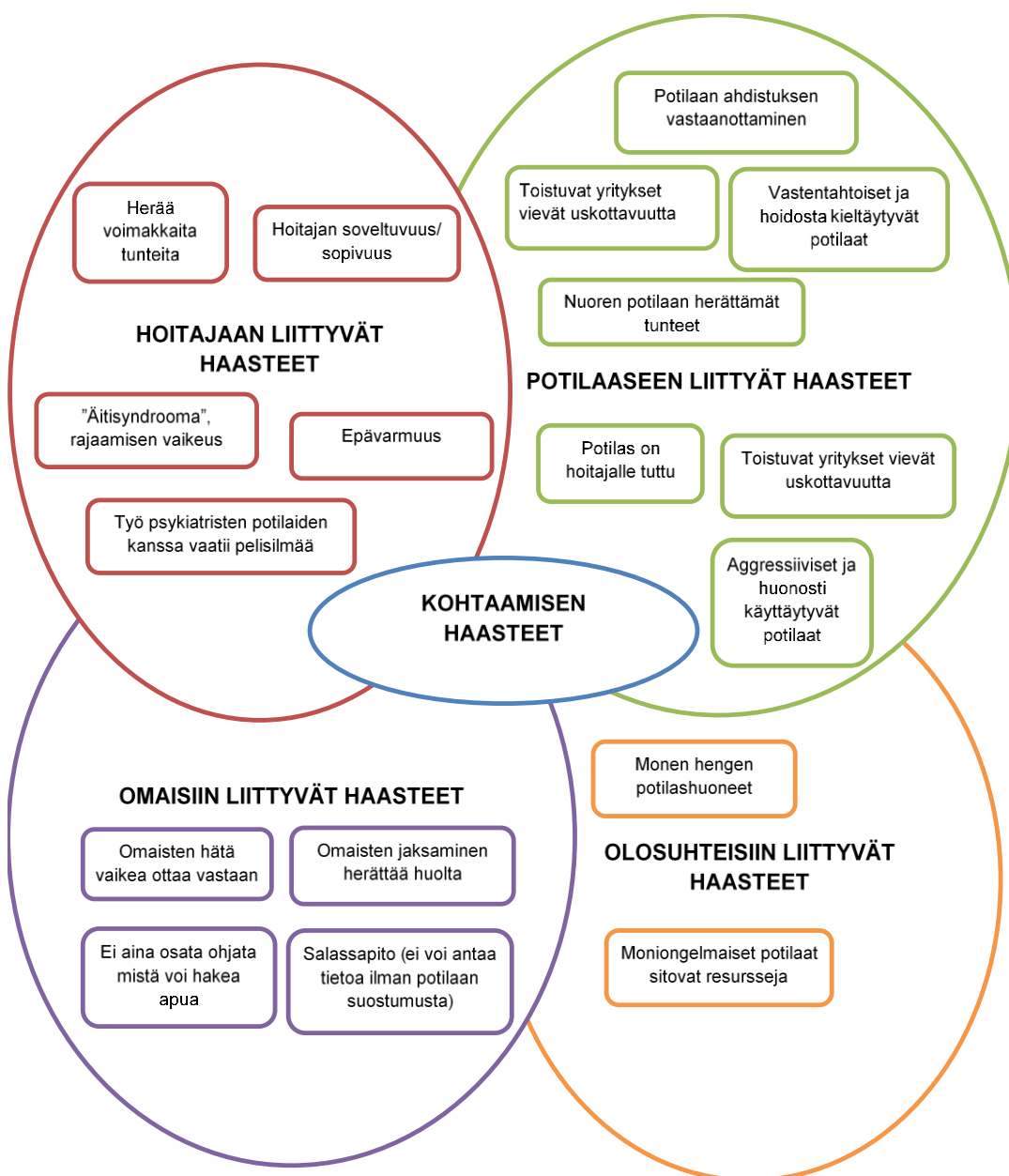
Jaoimme tulokset opinnäytetyömme kehitystehtävien mukaisesti kolmeen osaan:

1. Kuvaus siitä, millaisia kohtaamisia somaattisessa akuuttihoitotyössä itsemurhaa yrittäneen potilaan kanssa todellisuudessa tapahtuu ja mitä haasteita kohtaamisiin liittyy.
2. Kuvaus siitä, mitä itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostava kohtaaminen hoitajien mielestä on.
3. Aineistosta nousseet kehittämissuositukset.

Esitämme raportissamme suoria sitaatteja, jotta hoitajien ääni tulee kuuluviin sellaisenaan. Loput suorat lainaukset ja niiden luokittelut ovat nähtävissä liitteistä

6.1 Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaaminen ja kohtaamisen haasteet

Sekä essee-kirjoitelmissa että ryhmähaastattelussa nousi esille samoja asioita kuin aiemmissa tutkimuksissa itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisen vaikeuksista. Vaikka toisaalta sanottiin, ettei kohtaaminen eroa muiden potilasryhmien kohtaamisesta, kuitenkin moni asia tekee kyseisen potilasryhmän kanssa työskentelyn haastavaksi. Kuvassa 3 näkyy, miten kohtaamisen haasteellisuus jakautui aineistossa potilaaseen, hoitajaan, omaisiin ja olosuhteisiin liittyviin haasteisiin.



Kuva 3: Kohtaamisen haasteet

Hoitajat kuvailivat sekä esseissä että ryhmähaastattelussa, että itsemurhaa yrittäneitä potilaita on kahdenlaisia: huomiota hakevia, joiden tarkoitus ei ole edes kuolla sekä tositaroituksella itsemurhaa yrittäneitä. Potilaaseen suhtautuminen ja hoitajassa heränneet tunteet vaihtelevat paljon sen mukaan, kumpaan ryhmään potilas kuuluu. Hoitajien mukaan jotkut potilaat tulevat jopa useamman kerran viikossa hoidettavaksi samasta syystä. Tällöin herää ärsytyksen ja turhautumisen tunteita.

Tulee oma ajatus, että joko sä taas täällä.

Hoitajien mukaan osa huomionhakuisista potilaista saattaa sanoa ottaneensa enemmän lääkkeitä, mitä todellisuudessa ovat ottaneet. Jotkut soittavat ambulanssin ja kertovat yrittäneensä lääkkeillä itsemurhaa, mutta ottavat lääkkeet vasta kun ambulanssi tulee pihaan. Näin potilas varmistaa, ettei kuole. Kun sama potilas yrittää itsemurhaa usein, on vaarana se, ettei hänen yritystään oteta enää tosissaan ja joskus yritys onkin todellinen ja johtaa kuolemaan.

Nuorten pahoinvointi ja sen lisääntyminen nousivat keskustelussa esiin. Osallistujien mielestä nuorten itsemurhayritykset koskettavat usein syvemmin. Heräsi myös ajatus, etteivät nuoret ymmärrä, miten vakavasta asiasta on kysymys - että lääkkeillä voi oikeasti lähteä henki. Esimerkiksi ei ymmärretä, miten vaarallinen aine käsikauppatavarana saatava parasetamol on. Hoitajien mukaan näissä tilanteissa on puhuttava kaunistelematta. Hoitajien mukaan nuorten itsemurhat jättävät usein avoimia kysymyksiä ja hoitajan mieltä saattaa jäädä vaivaamaan, miksi nuori on päätenyt niin vakavaan tekoon. Toisaalta kuitenkin nuoren epäsovivan käytöksen koettiin hankaloittavan häneen suhtautumista ja hänen kohtaamistaan.

Jos potilas on vittua mättävä, useamman kerran samasta syystä hoidossa oleva nuori, on lähes mahdotonta kohdata arvostavasti tai ymmärtävästi edes joutenkin. Pakolliset työt inhimillisesti ja that's it.

Myös potilaiden moniongelmaisuus ja aggressiivisuus ovat hoitajien mukaan lisääntynyt. Aggressiivinen potilas aiheuttaa sekä työturvallisuusriskin että sitoo resursseja. Hoitajat kuvasivat näiden vaativan kokonaan yhden hoitajan huomion, mutta se ei ole mahdollista. Potilaat ovat riehuvia, huutavia ja voivat jopa käydä päälle yrittäen purra. Samoissa potilashuoneissa saattaa olla vanhuksia tai vaikeasti hoidettavia potilaita. Riittämättömyyden tunteiden ja paineiden alla

hoitajan voi olla vaikea pitää kielteisiä tunteita kurissa. Ensihoidossa huomionhakuisen potilaan kyytiin suostuttelu vaatii pelisilmää. Toisen potilaan hoito saattaa myös viivästyä, jos potilas ei suostu tulemaan kyytiin. Ääritapauksissa tarvitaan virka-apua poliisilta. Nämä tilanteet herättävät voimakkaita kielteisiä tunteita hoitajissa. Potilaiden moniongelmaisuuksia käsiteltiin myös yhteiskunnallisena ongelmana; ihminen voi huonosti eikä saa apua, niin hän joutuu ottamaan äärimmäiset keinot käyttöönsä.

Pitkä alkoränni takana ja huumeiden käyttö, he haluavat hoitoon ja jos ei pääse niin he uhkaavat tehdä itselleen jotain. Se on lisääntynyt selkeästi. Potilaat haluavat katkolla.

Aineistosta kävi ilmi, että itsemurhaa yrittäneet potilaat, sekä niin sanotut huomionhakuiset että tositarkoituksella yrittäneet, herättivät hoitajissa voimakkaita tunteita, joita saattaa olla vaikea hallita. Hoitajat olivat myös epävarmoja, lisääkö positiivisen huomion saaminen itsemurhayrityksen uusintariskiä.

Hoitajat olivat sitä mieltä, että kaikki hoitajat eivät henkilökohtaisten ominaisuuksiensa vuoksi ole soveltuvia hoitamaan itsemurhaa yrittänyttä potilasta. Jotkut hoitajat provosoituvat ja/tai provosoivat itse potilasta.

Tietyyntyyppiset ihmiset eivät sovellu hoitamaan tällaista potilasta, Jotkut hoitajat provosoi potilaita, muut hoitajat tietää, että tuosta ei hyvä seuraa. Kohta siellä on kaksi hullua. Eleistä pystyy lukemaan, jos joku on hermostunut ja suuttunut. Viuhuu kädet ja tuhisee.

Aineistosta nousi myös kohtaamisen ja ammatillisuuden haasteet esille niissä tilanteissa, kun itsemurhaa yrittänyt potilas on hoitajalle tuttu ihminen. Eräs hoitaja kuvaili ammatillisuutensa kärsineen hoitaessaan tuttua potilasta. Nuori ihminen oli herättänyt voimakasta suojelunhalua. Kun ammatillinen rajaaminen on vaikeaa, on työnjaon miettiminen työyhteisössä tärkeää.

Omaisten kohtaamista pidettiin haastavana, sillä omaisten hätä on vaikea ottaa vastaan. Omaiset ovat usein hyvin ahdistuneita, väsyneitä ja epätoivoisia. Haastateltavat kertoivat, että omaiset usein syyttävät itseään tapahtumista. Omaisista keskusteltaessa nousi esille myös kysymys omaisten vastuusta. Haastateltavat kokivat, että omaisille jää liikaa vastuuta huonovointisen omaisen hoidosta ja tukemisesta, kun potilas kotiutetaan liian aikaisin.

En mä tiedä potilaan kohtaaminen, mutta niiden omaisten kohtaaminen on vaikeaa. Omaiset ovat usein paljon ahdistuneempia ku se itte.

Koettiin, että läheisten ihmisten tukemiseen ja auttamiseen halutaan käyttää aikaa ja resursseja. Ensihoidon edustajat korostivat, että heidän työssään omaisten huomioiminen on erityisen tärkeää, sillä he usein kohtaavat omaiset heti kentällä akuutin tilanteen ollessa käsillä.

Myös salassapitovelvollisuus herätti ajatuksia. Ilman potilaan suostumusta ei voi antaa tietoja ja joskus nämä tilanteet ovat vaikeita. Potilaan edun mukaista olisi saada läheisiltään tukea, mutta ilman lupaa ei saa antaa tietoa edes siitä, että potilas on osastolla.

Hoitajat miettivät myös itsemurhaa yrittäneen potilaan yksityisyyden kunnioittamista ja sitä, miten potilaan yksilölliset toiveet tulisi ottaa huomioon parhaalla mahdollisella tavalla. Hoitajien huolena oli, etteivät potilaat pääse osastolla keskustelemaan kahden kesken lääkärin tai hoitajan kanssa, vaan saman huoneen jakaa useampi henkilö, jolloin jokainen kuulee mitä verhon takana puhutaan eikä yksityisyyttä käytännössä ole.

Olisi ihanteellista, että potilas voisi lääkärinkierrolla puhua asioistaan yksityisyyttä kunnioittaen.

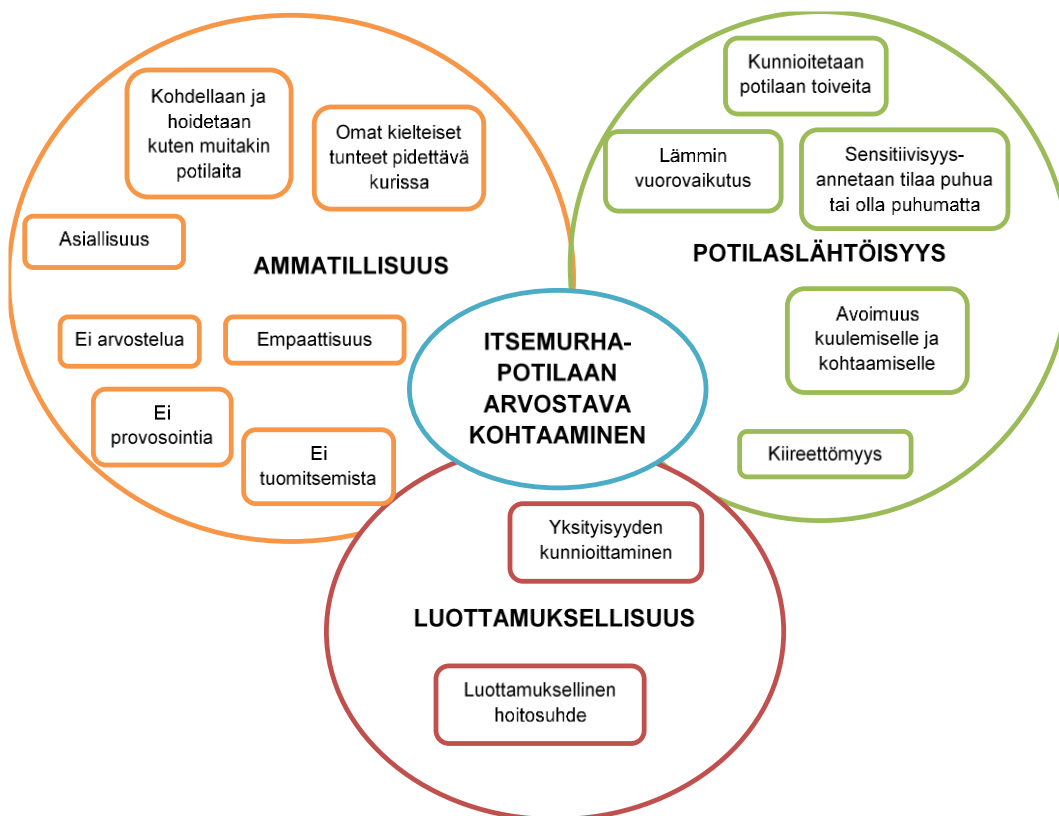
Mahdollisuus keskusteluun muualla kuin potilashuoneessa voisi helpottaa herkin aiheen käsittelyä ja takaisi potilaan yksityisyydensuojan.

6.2 Itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostava kohtaaminen

Kirjoitelmissa oli ryhmähaastattelua enemmän pohdittu arvostavan kohtaamisen merkitystä. Osa hoitajista kirjoitti, että oli sairaalaan joutumisen syynä mikä tahansa, kaikkia potilaita kohdellaan samalla tavalla, asiallisesti ja arvostavasti. Lähes jokaisessa kirjoitelmassa oli pohdittu sitä, mitä on arvostava kohtaaminen. Ryhmähaastattelussakin osallistujat olivat sitä mieltä, että itsemurhaa yrittänyttä potilasta kohdellaan kuten ketä tahansa potilasta.

Lähtökohtaisesti jokainen potilas tulisi kohdata samalla tavalla arvostavasti ilman ennakkoluuloja ja asenteita, kohdata apua tarvitsevana ihmisenä.

Kuvassa 4 on kuvattu, mistä hoitajien mielestä rakentuu itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostava kohtaaminen.



Kuva 4: Arvostava kohtaaminen

Kuitenkin huomionhakuksille potilaille koettiin riittävän neutraali kohtelu ja kohtaamista merkittävämpää oli hoitajien mukaan hoidon antaminen provosoimatta potilasta.

En tiedä onko oikein sanoa arvostava kohtaaminen, sanoisin, että asianmukainen kohtelu, nimenomaan ettei lähetä provosoimaan.

Hyviä keskustelu- ja vuorovaikutustaitoja pidettiin tärkeänä: hoitajan on osattava tarvittaessa paitsi kuunnella, myös keskustella. Omat ennakoasenteet eivät saa näkyä keskustelussa. Koettiin, että hoitajan ja potilaan välinen hyvä luottamuksellinen suhde lisää molemminpuolista vuorovaikutusta. Potilasta pitää kunnioittaa ja kuunnella.

Hoitajat pohtivat, että pysähtyminen ja ajan antaminen voi olla hyvin merkittävää potilaalle, joka on yrittänyt itsemurhaa. Aito kohtaaminen ja empatia voi olla

tärkeä kokemus epätoivon hetkellä. Olisi tärkeää nähdä, että ihmisessä on jotain hyvää.

Ne, jotka ovat yrittäneet teon tositarkoituksella, voi olla hyvä, että joku silittää ja kysyy mitä kuuluu? Jos potilas kokee, ettei kukaan ole koskaan sitä kysynyt, Enemmän sympatiaa ja kun se potilas kertoo niitä tarinoita, niissä on niin paljon hyvää.

Toisaalta itsemurhaa yrittäneet potilaat miellettiin usein sulkeutuneiksi ja uskottiin, että heillä ei ole halua tai kykyä puhua tapahtuneesta. Hoitajat pitivät tärkeänä olla kohtaamisissa sensitiivisiä ja huomata millaiseen vuorovaikutukseen potilas on valmis, kunnioittaa sitä ja suhteuttaa oma toiminta sen mukaiseksi. Ei ole hyvä, jos hoitaja liiallisella kyselemisellä ahdistaa potilasta entisestään. Koettiin, että parasta on antaa näille potilaille aikaa.

Hoitajien ajatukset ja kokemukset arvostavasta kohtaamisesta olivat hyvin samankaltaisia, joita kirjallisuudessa on käsitelty.

Meidän tehtävä ei ole arvostella ketään tällaisen perusteella.

Hoitajat pitivät tärkeänä asiana omien tunteidensa hallintaa. Hoitajan rooli ei saa olla potilaan valintojen arvosteleminen. Negatiiviset tunteet pitäisi pitää kurissa. Potilasta ei saa tuomita eikä kyynisyyttä pitäisi näyttää.

6.3 Hoitajilta tulleet kehittämissuositukset

Hoitajilta tuli paljon kehittämissuosituksia. Kuvassa 5 näkyvät aineistosta nousseet kehittämissuositukset. Hoitajien puheissa ja teksteissä nousi kolme suurempaa kehittämiseen liittyvää kokonaisuutta: yhteistyöpsykiatrian ja somaattisen akuuttihoiton välillä, hoitajien jaksamiseen ja ammatillisuuteen liittyvä kehittäminen sekä rakenteisiin liittyvä kehittäminen.



Kuva 5: Kehittämisehdotukset

Hoitajien mukaan yhteistyötä psykiatrian kanssa on kehitetty ja nykyisin psykiatrinen sairaanhoitaja tulee päivystyspoliklinikalle aamukierrolla kysymään, onko psykiatrisia potilaita, jotka tarvitsevat tukea. Hoitaja ottaa nimen ylös ja psykiatri tulee potilaita tapaamaan aamupäivällä. Haastateltavat kokivat kuitenkin turhautumista siitä, että usein psykiatrin kotiuttamat potilaat yrittävät itsemurhaa heti uudelleen ja saattavat tulla takaisin jopa samana päivänä. Hoitajat kokivat, että nämä potilaat eivät saa tarvitsemaansa hoitoa psykiatrialta.

Kuka ne seuloa, ketä psykiatri jututtaa? Välillä tuntuu, että ne on heti tuolla takaisin, Ne on takaisin, ne nuoret neitokaiset jotka ottaa alkoholia ja lääkkeitä.

Tiedonsiirtoa ja yhteistyötä toivottiin toimivammaksi psykiatrian ja somaattisen hoidon välille. Tässä kohtaa hoitopolkua näyttää olevan tiedonsiirron osalta suuria puutteita. Haastateltavat kertoivat, että heille ei potilaan tilasta tule tietoa psykiatrian puolelta. Hoitajat toivovat, että he saisivat ainakin vähän tietoa potilaan jatkohoitosuunnitelmasta, jotta osaavat antaa kotiutuvalla potilaalle tai tämän omaisille antaa oikeanlaista informaatiota. Kun somaattisella puolella ei ole

tietoa, mitä kotiuttava psykiatrian erikoislääkäri on potilaan kanssa puhunut, ei potilaan kysymyksiin osata vastata. Usein potilaat varmistelevat vielä lähtiesään, ovatko ymmärtäneet jatkosuunnitelman tai lääkityksen oikein. Ensihoidon edustajat toivoivat psykiatrialta tietoa ns. vakioasikkaiden osalta, koska se helpottaisi jatkossa heidän kanssaan toimimista.

Meille ensihoitoon ois ihan opetuksellisesti hyvä tulla sieltä psykalta vähän infoa, miksi se kotiutui. Eikö se ollut itsetuhoinen, eikö se halunnut jäädä? Sitten kun taas sama homma toistuu kohta, niin ois vähän jotain kättä pidempää siellä kentällä.

Myös tahdosta riippumaton hoito ja siihen liittyvä problematiikka aiheutti keskustelua. Hoitajat kokivat keinottomuutta ja turhautumista siitä, että M1-lähetteet usein puretaan ja potilaan itsetuhoisuuden kierrettä ei saada katkaistua. Kun potilas on yrittänyt vahingoittaa itseään, muttei ole todella halunnut kuolla, M1-lähete ei täyty. Hoitajat toivoivat tietoa, onko näissä tapauksissa potilas kieltäytynyt hoidosta vai miksi häntä ei psykiatrialla hoideta. Ongelmana hoitajien mukaan on, ettei tällainen vakio-asiakas kuulu mihinkään.

Vakiopotilas, joka on vetänyt paljon psykiatrisen puolen lääkkeitä, hoidetaan, siirtyy psykiatriselle puolelle aamulla M1. Kello 12 neiti kävelee ulos, saa uudet lääkkeet ja klo 16 hän on takaisin päivystyspoliklinikalla intoksikaatiolla. Sama toistuu uudelleen. Ei ole empatiaa, on niin suuri viha psykiatrian puolen lääkäreitä kohtaan. Eihän se ole sen potilaan vika. Se on sellainen potilas jota kukaan ei hoida. Sillä on psykiatrinen ongelma, alkoholi -ja huume ongelma. Kaikki nostaa kädet ylös ja sanoo, ei kuulu meille, me ei hoideta.” ja tää tyttöreppana veti tuolla rinkiä ja ketään ei kiinnostanut. Lääkäri kirjoitti uudet reseptit.

Aineistosta kävi ilmi, että osallistujilla ei ollut tietoa, miten potilaan hoitoprosessi psykiatrialla etenee. Tästä huolimatta haastateltavilla oli voimakkaistakin mielipiteitä psykiatristen potilaiden hoidon puutteista ja he kokivat turhautumista siitä, että samat potilaan kuormittavat heitä jatkuvasti. Haastateltavilla oli huoli potilaista, jotka jäävät ilman asianmukaista hoitoa. Huoli perustui siihen paitsi siihen, mitä he näkevät arjen työssään, myös potilaiden itsensä kertomaan. Hoitajien mukaan psykiatriset potilaat kokevat olevansa heitteillä.

Hoitajat kritisoivat avohoidon toimimattomuutta Lappeenrannassa. Hoitajilla ei kuitenkaan ollut tietoa, millaista avohoitoa Lappeenrannassa psykiatristen potilaiden on mahdollista saada. Imatralla psykiatristen potilaiden avohoito koettiin toimivammaksi. Hoitajat toivoivat, että psykiatrian puolella "otettaisiin koppi" jo

ensimmäisestä kerrasta ja selvitetäisiin varhaisessa vaiheessa tuen tarve, kontrolli ja seuranta.

Että koppeja varhaisessa vaiheessa. Me nähdään se kierre, mutta miten se kierre katkaistaan?

Kehitettävää löytyi myös rakenteista. Haastateltavat keskustelivat siitä, että heidän mielestään MTPA:n (Mielenterveys- ja päihdearvointipoliklinikka) nimi on leimaava ja karkottaa asiakkaat. Haastateltavien kokemuksen mukaan potilas tai hänen omaisensa ei halua hakea apua ja tukea MTPA:lta, koska ”he eivät ole hulluja”. Haastateltavat kertoivat, ettei heillä osastoilla ole esitteitä tai muuta infoa siitä, mistä psykososiaalista tukea voi hakea kriisin jälkeen.

MTPA:lle ollaan neuvottu ja joskus oon netistä tulostanut jonkun kupongin.

Haastattelussa yhtenä merkittävimpänä asiana nousit esille alueelliset haasteet. Eksoten laaja alue on lisännyt itsemurhaa yrittäneiden tai moniongelmaisten potilaiden määrää Etelä-Karjalan keskussairaalassa. Eksoten alueella ei ole selviämisasemaa ja tämä kuormittaa päivystyspoliikkia. Hoitajat kuvailivat, että ennen nämä potilaat olivat harvinaisia, mutta nykyään heitä kohtaa joka päivä. Ei ole väliä, onko viikonloppu vai joku muu päivä.

Vaitiolovelvollisuus herätti myös keskustelua. Vanhemman pahoinvointi vaikuttaa voimakkaasti lapsiin ja haastateltavat olivat huolissaan niistä ääritapauksista, joissa huoli lapsesta vanhemman sairastaessa ei siirry lastensuojeluun tai lasta hoitaville tahoille.

*Välillä tuntuu, että tää vaitiolovelvollisuus menee välillä vähän niiku yli. Kerran oli tämmönen potilas ja yks kollega joka ennen oli ollut lastenpsykiatrialla ker-
toij, että olivat siellä hoitaneet sen lasta. Jos heillä ois ollut tietoa, että äiti on
näin kipeä, niin moni asia ois selittynyt ja sitä lasta ois osattu hoitaa paremmin.
Eihän se äidin sairaskertomus tietysti voi näkyä lapselle, mut jotenkin näis-
sä pitäis tieto kulkea.*

Työnohjausta haastatteluun osallistujilla oli kaikilla ainakin joskus ollut. Kaikki osallistajat eivät kokeneet työnohjausta erityisen hyödyllisenä, mutta kokivat sen johtuneen ehkä vääristä ”turhista” asioista puhumisena tai työnohjaajan kykenemättömyydestä rajata keskustelua. Hoitajat kertoivat, että työnohjauksissa on puhuttu joidenkin henkilökohtaisia asioita, jotka eivät liity työhön. Aineiston perusteella työnohjaus ei siis ole kaikilta osin palvellut tarkoitustaan.

Osallistujat kokivat, ettei säännöllinen työnohjaus ole niin tärkeää kuin se, että tarvittaessa saa johonkin asiaan kohdennettua työnohjausta. Jälkipuintia erityisen kuormittavan tilanteen jälkeen pidettiin tärkeänä. Sitä on saatu tarvittaessa. Myös organisaation kasvamisen ja sen, ettei työkavereita enää tunneta samalla tavalla, koettiin hankaloittavan vaikeiden asioiden käsittelyä. Ennen tuttujen työkavereiden kanssa oli mahdollista purkaa kuormittavia tilanteita saunanlauteilla. Nykyään organisaation kasvamisen takia se ei enää toimi.

Hoitajien mukaan työpaikalla olisi hyvä tiedostaa kunkin työntekijän vahvuudet ja kehittämiskohdat ja pystyä puhumaan suoraan siitä. Työnjakoa pitäisi mahdollisuuksien mukaan pystyä tekemään mahdollisimman potilaslähtöiseksi.

Pitää osata sanoa, eikä saa loukkaantua. Hyväksi potilaan ja työkavereiden kannalta.

Koettiin, että jos jonkun hoitajan on vaikea suhtautua itsemurhaa yrittäneeseen potilaaseen näyttämättä ärsyyntymistään, olisi vaihdettava hoitajaa. Reilua ja avointa puhetta asiasta pidettiin tärkeänä.

7 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata somaattista akuuttihoitotyötä tekevien hoitajien kokemuksia itsemurhaa yrittäneiden potilaiden kohtaamisesta ja kohtaamiseen liittyvistä haasteista.

Aineistosta nousi vahvasti esille, että hoitajien mielestä itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaaminen ei eroa muiden potilaiden kohtaamisesta. Hoitajat kuvailivat asioita, hoitohenkilökunnan ammattietiikkaan Leino-Kilven ja Välimäen (2014, 24-25) mukaan kuuluu: luottamus, kunnioitus, empatia, ei arvostelua tai tuomitsemista sekä kiireettömyys.

Hoitajien kuvaamissa kohtaamisissa näkyi kuitenkin itsemurhaa yrittäneen potilaan herättämät voimakkaat tunteet, kuten myös aiemmissa tutkimuksissa sekä itsemurhia käsittelevässä kirjallisuudessa näkyy. (Suokas ja Valtonen 2015; Leino-Kilpi ja Välimäki 2014, 266-267; Heiskanen ym. 325.) Suokkaan ja Valtonsen (2015) kuvaama resurssien kuormittumisesta aiheutuma turhautuminen näkyi selvästi myös meidän aineistossamme: Kiire sekä potilaiden huomionha-

kuisuus moniongelmaisuus ja siihen liittyvät lieveilmiöt herättivät ärtymystä, riittämättömyden tunnetta ja keinottomuutta. Aiemman suomalaisen hoitohenkilökunnan asenteista kertovan tutkimuksen (Suokas ym. 2009, 116-163) mukaan kiire ja kovat paineet vaikuttavat siihen, että etenkin päivystyspoliikklinioiden henkilökunnalla on usein kielteinen suhtautuminen itsemurhaa yrittäneisiin potilaisiin. Aineistossamme ei ole eritelty eri tulosyksiköiden edustajien mielipiteitä, mutta kiireen ja paineiden merkitys asenteisiin näkyi koko aineistossa.

Hoitajat kuvailivat, että huomionhakuksia tai huonosti käyttäytyviä potilaita on vaikea kohdata arvostavasti tai kaikissa tilanteissa edes asiallisesti. Aiempien tutkimusten mukaan nämä huomionhakuksisetkin potilaat ovat avun tarpeessa ja hyötyvät avoimesta keskustelusta. Monilla on halu muutokseen ja kohdatuksi tuleminen voi toimia terapeuttisena ja ehkäisevänä asiana. (Dumon ja Porzky 2013, 38; Heiskanen ym. 2007, 323.) Aineistossa näkyi myös pohdinta siitä, lisääkö huomion antaminen itsemurhaa yrittäneen potilaan halua uusia yrityksiä. Heiskanen (2007, 103-105) mukaan hoitajan epävarmuus voi johtaa syvemmän vuorovaikutuksen välttämiseen. Aito kohtaaminen ei lisää uusintariskiä. Myös Valtosen (2006) tutkimuksessa näkyi, etteivät potilaat puhu heidän itsemurhayrityksistään, jos ei heiltä kysytä.

Opinnäytetyömme aineistossa näkyi myös hoitajien huoli potilaiden yksityisyydestä. Monen hengen potilashuoneet eivät ole paras mahdollinen paikka puhua herkästä ja yksityisestä asiasta. Itsemurhaa yrittäneiden potilaiden kohdalla olisi ihanteellista suorittaa lääkärin kierto siten, että potilas pääsisi muuhun tilaan keskustelemaan lääkärin kanssa.

Aineistosta kävi hyvin voimakkaasti ilmi se huoli, mikä hoitajilla on potilaan omaisia kohtaan. Koettiin, että omaiset ovat väsyneitä potilaiden hoitamiseen ja siihen, että potilaat eivät saa tarvitsemaansa hoitoa sairaalasta.

Hoitajat pohtivat myös itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamista myös persoonatasolla ja olivat sitä mieltä, että psykiatrisen potilaan kohtaaminen on toisille vaikeampaa kuin toisille. Aineistosta näkyi ajatus, että kaikki eivät sovellu hoitamaan itsemurhaa yrittänyttä potilasta ja että työyksiköissä pitäisi avoimesti keskustella asiasta. Hoitajien mielestä olisi hyvä mahdollisuuksien mukaan välttää epäsovivien työntekijöiden työskentelyä psykiatristen potilaiden kanssa.

Mattilan (2007, 32-33.) mukaan hoitajan henkilökohtaisten ominaisuuksien merkitys näkyy kohtaamisissa, mutta näitä taitoja voi myös oppia sekä työssä kehitymisellä että jatkuvalla kouluttautumisella.

Lisäkoulutuksen tarvetta voisi aineistomme mukaan olla myös vaitiolovelvollisuuden vaikutuksesta verkostojen kanssa työskentelyyn. Aineistomme mukaan potilaan omaisten kanssa työskentely koettiin ongelmallisena muun muassa vaitiolovelvollisuuden vuoksi. Kuitenkin potilaan luvalla omaisille saa antaa tietoa ja potilaita olisi hyvä motivoida ottamaan omaisiaan osaksi tukiverkostojaan. Tutkimusten mukaan läheisten tuki kriisissä on tärkeää ja voi toimia uutta yritystä ehkäisevänä tekijänä. (Fiske 2015, 254; Ruishalme ja Saaristo 2007,102; Arnkill ja Seikkula, 152; Suokas ja Valtonen 2015.)

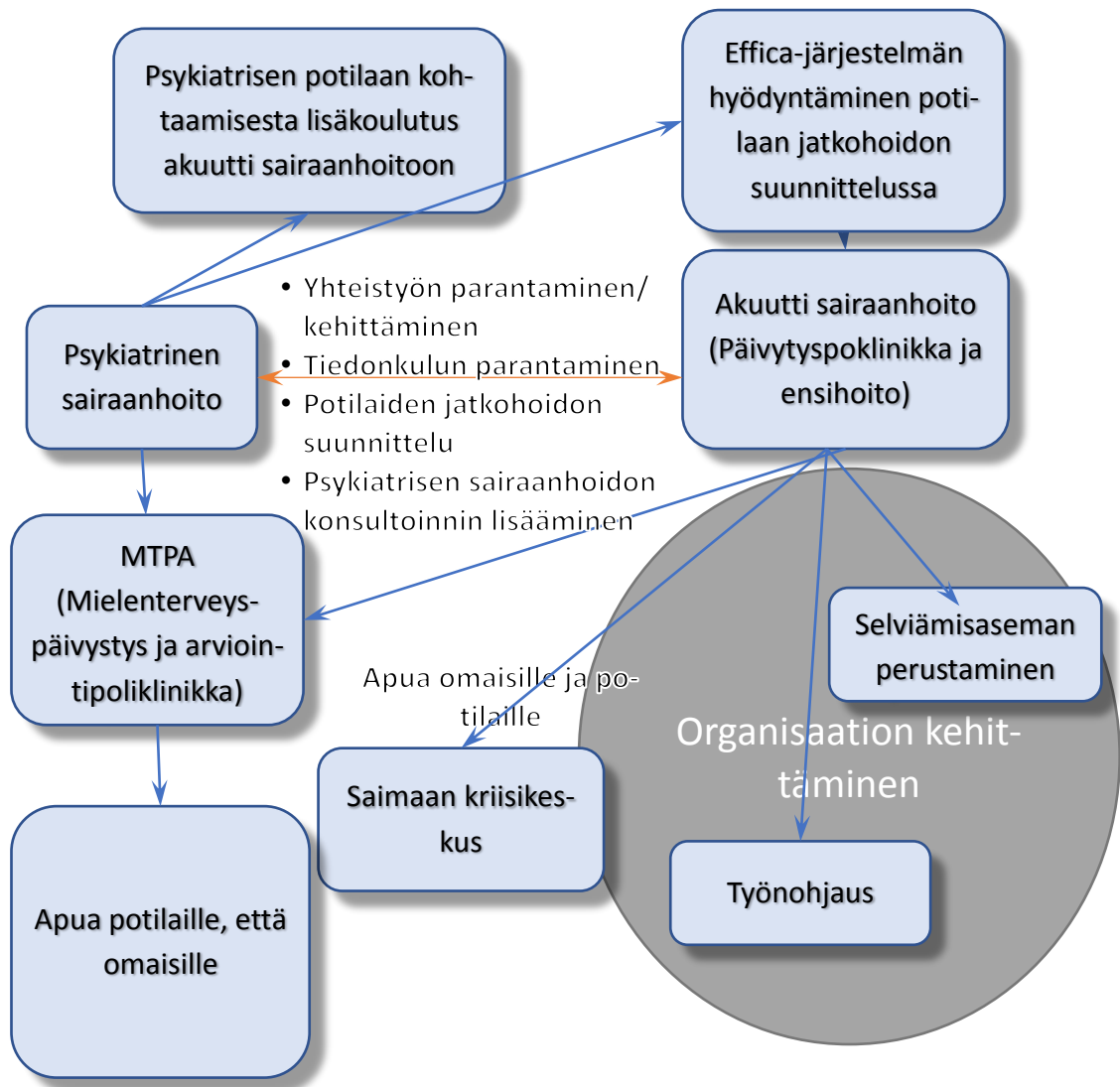
Merkittävin kehittämistä vaativaksi tekijäksi aineistossamme nousi yhteistyökäytäntöjen miettiminen ja parantaminen akuuttisairaanhoidon ja psykiatrisen sairaanhoidon välillä. Hoitajilla oli epätietoisuutta sekä psykiatrisen hoidon kriteereistä että oman organisaation psykiatrisen hoidon hoitokäytännöistä. Tietämättömyys aiheutti turhautuneisuutta ja ajatusta, että potilaat eivät tule psykiatrialla hoidetuksi ja samat potilaat kuormittavat somaattista akuuttisairaanhoidoa. Hoitajat pitivät esimerkiksi ns. Imatran mallia psykiatrisesta avosairaanhoidosta hyvänä, mutta eivät tieneet, että Lappeenrannassa Eksotella on olemassa LII-TO (Liikkuva toiminta), joka tarjoaa hoitoa ja kuntoutusta asiakkaille, jotka tarvitsevat psykososiaalista kuntoutuksellista tukea arjenhallintaansa esimerkiksi psyykkisestä sairaudesta ja/tai päihderiippuvuudesta johtuen. Hoito tai kuntoutus suunnitellaan asiakkaan ja hänen läheisverkostonsa kanssa ja toteutetaan joustavasti vastaanottokäynteinä ja/tai kotikäynteinä. (Eksote 2016.)

Hoitajat kokivat myös, etteivät saa psykiatrialta riittävästi tietoa potilaan hoitosuunnitelmasta ja potilaan kotiutumisen perusteista. Tämä koettiin ongelmallisina toistuvasti hoitoon tulevien potilaiden osalta. Mietimme, olisiko näiden potilaiden osalta psykiatrian puolelta mahdollista lisätä efficaan sisätautilehdelle lyhyt merkintä? Silvennoinen-Nuoran (2010, 88-89) mukaan yhteistyö hoitoon osallistuvien eri organisaatioiden ja ammattiryhmien välillä on tärkeää ja sujuvalla tiedonsiirrolla voidaan varmistaa hoitoketjun toimivuus.

Tutkimuksemme osallistuneet hoitajat pitivät psykiatrisen sairaanhoitajan konsultaatiota toimivana käytäntönä, jota voisi lisätä. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu epäsuora yhteys, että sellaisilla hoitajilla, joilla on mahdollisuus konsultoida psykiatriaa, olisi myönteisempi suhtautuminen itsemurhaa yrittäneisiin potilaisiin. Suomalaisessa tutkimuksessa vuoden seurantajaksolla ei suoraan tällaista yhteyttä voitu todistaa. Tutkimuksen mukaan hoitajat olivat kuitenkin tyytyväisiä konsultaation mahdollisuuteen. (Suokas ym. 2009, 161-163.) Mietimme myös, löytyisikö Eksotesta oman organisaation sisältä mahdollisuutta antaa lisäkoulutusta somaattisen hoidon puolelle psykiatristen potilaiden kanssa työskentelyyn?

Hoitajat kokivat MTPA:n (Mielenterveys- ja päihdearviointipoliklinikka) nimen ongelmalliseksi. Heidän mukaansa itsemurhaa yrittäneen potilaan omaiset eivät nimen takia usein koe paikkaa itselleen sopivaksi paikaksi hakea apua kriisiin. Eräs hoitaja ehdotti, että nimi pitäisi muuttaa vähemmän leimaavaksi. Mietimme, voisiko näissä tilanteissa omaisia ohjata hakemaan apua Saimaan Kriisikeskuksesta? Tai voisiko MTPA:lla toimia nimellisesti ns. Kriisiyksikkö, joka olisi osa yksikön arkitoimintaa, mutta olisi nimenomaan tarkoitettu akuutissa kriisissä oleville asiakkaille, joilla ei ole varsinaista mielenterveys- tai päihdeongelmaa? Osastoilla olisi lisäksi hyvä olla jaettavaksi esitteitä kriisituen mahdollisuuksista.

Hoitajat kokivat tämänhetkisen työnohjauksensa suurelta osin toimimattomaksi ja epätarkoituksenmukaiseksi. Suomen työnohjaajien liiton mukaan työnohjaus sopii niille, jotka haluavat oppia ja kehittyä työssään. Liiton mukaan kannattaa miettiä, millainen ohjaustapa sopii työyhteisön tilanteeseen ja sen tavoitteisiin. (STOry 2017)



Kuva 6: Kehittämisehdotukset

1. Psykiatrian ja somaattisen akuuttihoiton yhteistyökäytänteiden selkiyttäminen ja tiedonkulun parantaminen:

- Tietouden lisääminen psykiatrian hoitokäytänteistä ja asiakasprosesseista, sekä niistä kriteereistä, jolla otetaan potilaat sisään psykiatriselle osastolle. Väärinymmärrykset ja tulkinnat lisääntyvät, kun ei ymmärretä, mitä toinen tekee.
- Somaattinen akuuttihoito toivoi jotain tietoa jatkohoidosuunnitelmasta, kun useita itsemurhayrityksiä tehnyt potilas kotiutuu. Hoitajat toivovat lyhyttä merkintää sisätauti-lehdelle efficaan. Etenkin ensihoitajien ja päivystyspoliklinikan olisi tärkeää tietää jotain sovituisista jatkosuunnitelmista, jos potilas uusii yrityksensä.

- Psykiatrisen sairaanhoitajan konsultointia toivottiin enemmän. Psykiatrinen sairaanhoitaja voisi tarvittaessa käydä antamassa keskustelua apua somaattisen osasto hoidon potilaille tai antamassa käytännön neuvoja somaattisen puolen hoitohenkilökunnalle.
2. Työnohjauksen tulee palvella työyhteisöä ja siitä tulee saada ohjeita ja neuvoja työn tekemiseen sekä ristiriitojen ratkaisemiseen
 3. Osastoille tiedotteita asiakkaille jaettavaksi siitä, mistä voi saada apua psyykkisen hädän hetkellä. On muitakin paikkoja kuin MTPA, esimerkiksi Saimaan Kriisikeskus.
 4. MTPA nimi koettiin leimaavaksi ja etenkin omaisten on vaikea lähteä hakemaan sieltä apua. Onko se, että vaihdetaan nimi ratkaisu, että omaiset uskaltavat hakea sieltä apua ja neuvoa.
 5. Somaattinen akuuttihoito hyötyisi lisäkoulutuksesta, jossa käsiteltäisiin psykiatrisia potilaita ja heidän kohtaamisen haasteita. Psykiatrinen yksikkö voisi pitää koulutuksen koko akuuttihoitoon henkilökunnalle.
 6. Päivystyksestä on tullut selviämisasema ja hoitajien mukaan monet potilaat hakeutuvat sinne, koska eivät saa muualta hoitoa tai haluavat katkolle. Jos Eksote rakennuttaisiin selviämisaseman, jossa tämän tyyppisiä potilaita hoidettaisiin. Vähentäisi se päivystyksen kuormittavuutta ja vapauttaisi hoitajia muiden potilaiden hoitoon.

8 Pohdinta

Vaikka essee-kirjoitelmia tuli vähän, ne olivat hyvin kattavia ja ne tukivat hyvin teoriatietoa. Hoitajat pohtivat essee-kirjoitelmissa, mitä on potilaan arvostava kohtaaminen ja niissä oli hyvin kuvailtu esimerkkejä siitä, mitä potilaan kohtaaminen todellisuudessa on. Kirjoitelmat antoivat potilaan kohtaamisesta haastattelua valoisamman kuvan ja niissä korostui hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus, johon tulisi kiinnittää paljon huomiota.

Mietimme, miten olisimme voineet saada essee-kirjoitelmia enemmän. Yhtenä vaihtoehtona olisi pitänyt osastoille järjestää ns. osastotunti, jolloin joka osasto

olisi selkeästi määritellyt ajan jolloin kirjoitelmia tehdään. Ongelmana tässä olisi ollut se, että kirjoitelmien laadinta ei olisi perustunut vapaaehtoisuuteen ja olisi-ko se vaikuttanut tutkimuksen laatuun.

Haastatteluissa näkyi essee-kirjoitelmia enemmän arjen paineista johtuva turhautuminen. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että olisi ollut hyvä, että keskustelussa olisi ollut joku psykiatrian edustaja vastaamassa heidän kritiikkiinsä. Jälkikäteen pohdimme työmme rajauksen onnistumista tältä kannalta ja tulimme siihen tulokseen, että juuri tällä rajauksella saimme nostettua esiin yhteistyön haasteet. Emme olleet osanneet arvata, että kritiikki psykiatria kohtaan olisi ollut näin voimakasta ja että haastateltavat kokivat yhteistyön niin toimimattomana. Yhteistyön toimimattomuudesta johtuva turhautuminen näkyi vahvasti koko aineistossa. Tässä on avointa keskustelua vaativa kehittämissuositus tulevaisuutta varten.

Osastot olivat hyvin erilaisia. Ensihoito ja päivystyspoliklinikka kohtaavat itsemurhaa yrittäneitä potilaita paljon, kun taas sisätautiosastoilla ja teho-osastolla psykiatrisia potilaita on huomattavasti vähemmän ja näin ollen potilaiden aiheuttama resurssien kuormitus erilainen.

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettinen näkökulma tulee tutkimuksen tekemisessä hyvin vahvasti esiin. Tutkijan tulee noudattaa työelämän ja tieteen tekemisen eettisiä ohjeita.

Opinnäytetyön tekemiselle tarvittiin lupa Eksoten terveysterveys- ja vanhustenpalvelujen vs. johtajalta. Lähetimme lupahakemuksen Eksoten kirjaamoon. Siellä eettisen lautakunnan puheenjohtaja oli lukenut hakemuksemme ja pitänyt aiheita liian sensitiivisenä. Jouduimme hakemaan tutkimukselle eettisen lautakunnan puoltavaa lausuntoa. Saatuamme Eksoten eettiseltä lautakunnalta puoltavan lausunnon ja luvan opinnäytetyön toteuttamiselle terveysterveys- ja vanhustenpalvelujen vs. johtajalta käynnistimme tutkimuksen. Luvan opinnäytetyön tekemiselle saimme lokakuun lopussa.

Mitä enemmän tutkimuksessa käytetään vapaamuotoista tiedonhankintaa, tulee tutkimusetiikka korostumaan tutkimuksen tekemisessä. Tutkimusprosessin aikana tulee useita valinta- ja päätöksentekotilanteita, jotka tutkijan on ratkaista-

va. (Kylmä & Juvakka 2007, 57.) Lähetimme toimintayksiköiden esimiehille oman saatekirjeen (Liite1) jossa kerroimme tutkimuksesta ja sen tavoitteista sekä aikataulusta. Hoitajille, joilta toivoimme kirjoitelmia, lähetimme oman saatekirjeen (Liite 2) , jossa oli kerrottu tutkimuksen tavoite ja tarkoitus sekä ohjeistimme heitä kirjoitelmien laadintaan. Opinnäytetyössämme essee-kirjoitelmat perustuivat vapaaehtoisuuteen ja ne tehtiin nimettöminä.

Toimintayksiköiden esimiehet yhdessä työntekijöiden kanssa päättivät sen, kuka ryhmähaastatteluun osallistui miltäkin osastolta. Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 20.) mukaan tutkimuksen kohteena olevan pitää saada riittävästi tietoa tutkimuksesta sekä sen tarkoituksesta ja luonteesta. Jos tutkittava niin kokee, hänellä pitää olla mahdollisuus kieltäytyä. Saatekirjeillä varmistimme, että osallistujilla on riittävästi informaatiota ja he voisivat halutessaan pyytää opinnäytetyön tekijöiltä lisätietoa.

Ryhmähaastattelun tallentamiseen pitää pyytää lupa (liite 3) haastateltavilta (Pötsönen & Välimaa 1998, 9). Ryhmähaastatteluun osallistujat allekirjoittivat suostumuksen haastatteluun. Tallensimme haastattelut nauhurilla ja kirjasimme haastattelun pääkohtia ylös helpottamaan litterointia. Pyrimme tekemään haastattelutilanteesta mahdollisimman rauhallisen ja sellaisen, että siellä olisi helppo keskustella.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu on hyvin pitkälti tutkijan varassa, sillä yhdenmukaisia ohjeita luotettavuuden arvioinnista ei ole. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä voidaan pitää yleisiä luotettavuuskriteereitä, kuten uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä (Kylmä & Juvakka 2007, 128).

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen ja tulosten uskottavuus tulisi osoittaa. Tulosten uskottavuutta arvioitaessa on otettava huomioon, että tutkimustulokset vastaavat tutkittavien käsityksiä aiheesta (Kylmä & Juvakka 2007, 125.) Uskottavuutta voidaan todentaa hyvin monella eri tavalla. Käytimme uskottavuuden vahvistamiseksi triangulaatiota. Triangulaation idea on hahmottaa tutkimuskohteen ilmiö eri näkökulmista. Eri näkökulmat yhdistämällä saadaan kattava moninainen kokonaisuus. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Omassa opinnäytetyössämme käytimme aineistotriangulaatiota, jossa tutkimusaineiston hankin-

taan käytettiin eri menetelmiä. Olemme vahvistaneet tutkimustamme teoriaosuudella, sekä hankimme opinnäytetyöhömmä aineiston essee-kirjoitelmilla ja ryhmähaastattelulla.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimusprosessin kuvaamista siten, että siitä käy ilmi kuinka tutkija on päätenyt tuloksiin ja johtopäätöksiin. Vahvistettavuutta pidetään ongelmallisena kriteerinä, sillä sama aineisto ei takaa tutkijoiden välillä samaa tulkintaa. Laadullisessa tutkimuksessa on hyväksyttävä, että todellisuuksia on monia. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Reflektiivisyys mittaa tutkijan roolia ja sitä kuinka hän vaikuttaa aineistoon sekä tutkimusprosessiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkimusprosessi on haastava ja vaatii hyvää perehtyneisyyttä tutkimuksen tekemiseen. Teho-osaston sairaanhoitajan (AMK) tuntemus hoitotyöstä, yhdistettynä sosionomin (AMK) psykososiaaliseen osaamiseen on tuonut meille moniammatillisen lähestymistavan opinnäytetyön tekemiselle. Olemme joutuneet pohtimaan valintoja moniammatillisesti, mikä on lisännyt opinnäytetyömme tekemiselle erilaisia näkökulmia ja painotusalueita. Meillä on pitkä työhistoria, josta on ollut hyötyä tehdessämme päätöksiä opinnäytetyön osalta ja olemme pystyneet rajaamaan työmme siten, että siitä on meille molemmille hyötyä jatkoa ajatellen. Moniammatillinen keskustelu on laajentanut työn näkökulmaa ja vaikka työ käsittelee hoitotyötä, on sosionomi (AMK):n vuorovaikutuksellinen osaaminen ja ymmärrys ihmisten sosiaalisista ongelmista ollut tarpeellinen kohtaamisen näkökulman kannalta. Esimerkiksi hoitajia turhauttaneet huonosti käyttäytyvät nuoret ovat lastensuojelussa työskentelevän sosionomin (AMK) kokemuksen mukaan aidon kohtaamisen ja avun tarpeessa, käytöksestään huolimatta. Provosoivalla käytöksellä usein peitetään aitoa hätää. Terve nuori ei yritä itsemurhaa.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten soveltumista toiseen toimintaympäristöön. Tutkijan on annettava tarpeeksi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistuneilta ja ympäristöstä, jotta lukija osaa arvioida tulosten siirrettävyyttä (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Haasteellista tulosten siirrettävyydessä on se, että tutkimus on tehty erikoissairaanhoidosta ja pieneltä ryhmältä. Ainakaan sellaisenaan niintä ei voi käyttää missä tahansa yksikössä. Toki tuloksia voi verrata saman tyyppisissä yksiköissä, jotka hoitavat samanlaisia potilaita.

Laadullisessa tutkimuksessa ei pystytä varmuudella sanomaan milloin aineiston määrä on riittävä, puhutaan saturaatiosta eli kylläntymisestä. (Kananen 2014, 153-154). Yksi havainto ei takaa kylläntymistä vaan tuloksia tutkimukseen kerätään niin kauan kuin ne tuovat tutkimukseen uutta tietoa. Vasta sitten, kun vastaukset alkavat toistaa itseään puhutaan kylläntymispisteestä (Kananen 2014, 154). Tutkimuksessamme essee-kirjoitelmia tuli seitsemän kappaletta, mutta ne olivat sisällöltään hyvin kattavia ja toisiaan tukevia. Varmistaaksemme monipuolisen ja kattavan aineiston pidimme vielä ryhmähaastattelun, jossa keskustelimme essee-kirjoitelmista nousseista teemoista. Essee-kirjoitelmat ja ryhmähaastattelut yhdessä toivat meille monimuotoisen aineiston.

8.2 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme nosti esiin edellä kuvattuja kehittämissuhteita. Jos niitä lähdetään viemään eteenpäin, löytyy useita jatkotutkimusaiheita. Isona teemana oli yhteistyön kehittäminen psykiatrian ja somaattisen akuuttisairaanhoidon välillä. Tähän liittyen voisi tehdä seurantatutkimusta, miten hoitajat ovat kokeneet muutoksen ja miten se on vaikuttanut heidän ajatuksiinsa ja vaikuttamismahdollisuuksiinsa psykiatrisen potilaan hoitamisessa. Entä miten yhteistyön tehostaminen ja tiedonkulun parantaminen tulee vaikuttamaan hoitotyöhön? Myös mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi psykiatrian konsultoinnin lisäämisen vaikutukset somaattisessa akuuttihoitotyössä.

Kuvat

Kuva 1 Hoitopolku kaavio	13
Kuva 2 Esimerkki aineiston pelkistämisestä	26
Kuva 3 Kohtaamisen haasteet	28
Kuva 4 Arvostava kohtaaminen	32
Kuva 5 Kehittämisehdotukset.....	34
Kuva 6 Kehittämisehdotukset.....	41

Lähteet

Behm, M-M.2015.Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiotto tilanteissa päivystysvastaanotolla, eettisten periaatteiden toteutuminen. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteiden laitos. Kuopio.

Dumon, E. & Prof. Portzky, G. 2013. General Guidelines on Suicide Prevention. Unit for Suicide Research. Ghent University. <http://www.euregenas.eu/wp-content/uploads/2014/01/EUREGENAS-General-Guidelines-on-Suicide-Prevention-F.pdf> Luettu 25.1.2017

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström U., Paavilainen, E., Pietilä A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen K. ja Åstedt-Kurki, P. 2012. Hoitotiede. Sanoma Pro. Helsinki

ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. STM, Helsinki.

Fiske, H. 2015. Elämästä kysymys. Itsemurhakriisin ratkaisukeskeinen hoito. Bookwell.

<http://www.ekpelastuslaitos.fi/Sairaankuljetus>. Haettu 1.9.2016

<http://www.eksote.fi/toimipisteet/liikkuva-toiminta/Sivut/default.aspx>. Haettu 10.2.2017

<http://www.eksote.fi/toimipisteet/etela-karjalan-keskussairaala/Sivut/default.aspx>. Haettu 1.9.2017

(<http://www.eksote.fi/eksote/tutkimus-ja-kehittaminen/eettinen-tyoryhma/Sivut/default.aspx>)

<Http://eksote.fi/toimipisteet>. Haettu 1.9.2016

Haravuori, H., Suomalainen, L. & Mantere, O., Nuori Psykiatrisessa päivystyksessä, Päivystypsykiatria, Duodecim 2013 vol. 129. No.8

Heiskanen T. 2007. Viimeinen ratkaisu. Kokemuksia ja näkemyksiä itsemurhien syistä, ehkäisystä, avunsaannista ja asenteista. SMStuotanto Oy. Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P.2009. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

<www.hoitotyö.fi/ammattietiikka>, luettu 31.8.2016

Huttunen, M.2015.Lääkkeet mielen hoidossa artikkeli, Duodecim 2013.

livari, A., Ruotsalainen, P. & Hämäläinen, H. 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollontietoteknologia palvelujärjestelmän muutosten tukena. Teoksessa M. Heikkilä & A. Parpo (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Stakes. Gummerus. Saarijärvi.

<Http://hoitotyö.fi/ammattietiikka.fi> Haettu 31.8.2016

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheesta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Suomen yliopistopaino Oy. Jyväskylä

Kananen, J. 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Hyväskylän ammattikorkeakoulu. Suomen yliopistopaino Oy. Jyväskylä

Koivuniemi, K. ja Simonen, K. 2010. Kohti asiakkuutta, ihmistä arvostava terveydenhuolto. Duodecim. Helsinki.

Kylmä, J. ja Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Laakkonen A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden laitos. Tampereen yliopistopaino, Tampere.

Lastensuojelulaki 25§
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#L5P25> luettu 12.1.2017

Leino-Kilpi H. ja Välimäki M. 2014. Etiikka hoitotyössä, Sanoma Pro. Helsinki.

Mattila, K-P. 2008. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. PS-kustannus. Juva.

Marttunen, M. ja Partonen, T. 2015. Terveiden ja hyvinvointilaitoksen tutkimuksia. Helsinki.

Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist F., Piha J., Kumpulainen K. (toim.) 2004. Lasten ja nuorisopsykiatria, Duodecim. Jyväskylä.

Nuorisolaki 27.1.2006/72, finlex.fi
Nurmi, P. (toim.) 2013. Lapsen ja nuoren viha. PS-kustannus. Juva.

Nurmi, Päivi (toim.). 2013. Lapsen ja nuoren viha. PS-Kustannus. Bookwell Oy

Nuutinen, M., Paajanen, H., Huotari, R., Seppänen, M-L., Nuutinen, L. Perus terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittäminen. Suomen Lääkärilehti 1997; 32:3791–5

Pelkonen, O., Ruskoaho, H., Hakkola, J., Huupponen, R., MacDonald, E., Moilanen, E., Pasanen, M., Scheinin, M. & Vähäkangas K. (toim.) 2014. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pekurinen M., Räikkönen O. ja Leinonen T. 2008. Tilanne katsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/huumeet-laakkeet-ja-muut-paihdeaineet/laakkeiden-vaarinkaytto> Haettu 23.1.2017

Pötsönen, R. ja Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylän yliopistopaino ja ER_Paino Oy. Jyväskylä.

Sakara T. 2016. Tiimivastaava. Eksote. Päivystyspoliklinikka. Lappeenranta. Haastattelu 23.9.2016.

Seikkula, J. ja Arnkil, T-E. 2013. Dialoginen verkostotyö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Silvennoinen-Nuora, L. 2005. vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Soisalo, R. 2012. Särkyvä mieli. Lasten ja nuorten psyykinen oireilu. Suomen psykologinen Instituuttiyhdistys ry. AS Printon Trukikoda. Tallinna.

Sokero, P. 2006. Suicidal Ideation and Attempts Among Psychiatric Patients with Major Depressive Disorder. Academic Dissertation National Public Health Institute, Department of Mental Health and Alcohol Research 13/2006: Helsinki, Finland

Sosiaalihuoltolaki 41 § <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>
Luettu 12.1.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010: Työryhmän raportti. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009.

http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/maailman-terveysjarjesto-who-painottaa-kansallisten-ehkaisyohjelmien-roolia-itsemurhien-ehkaisemisessa

Suokas, J. & Valtonen, H. 2015. Osaamista ja laatua itsemurhaa yrittäneiden hoitoon, Lääkärilehti 35/2015

Suokas, J., Suominen, K., Lönnqvist, J. 2009. The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients: A comparative study before and after establishment of a psychiatric consultation service. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, Vol 30(3)

<http://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus> Haettu 10.2.2017

http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_2011_1_Potilaidenkiireellisyydenluokittelu.pdf

Suomen virallinen tilasto (SVT): kuolemansyyt (verkkojulkaisu) ISSN=17995015. 2014, 6. Itsemurhien määrä väheni selvästi. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu 20.5.2016.
http://stat.fi/til/ksyyt_2014_20151230_kat_006.fi.html

Syrjäläinen, E., Eronen, A. ja Värri, V-M. 2007. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Timonen Piritta, 2012. Lastensuojelun keskusliitto. <https://www.lskl.fi/blogi/kultapieni/> Luettu 1.4.2016.

Toikko, T. ja Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-lasten-ja-nuorten-tapaturmien-ehkaysyn-ohjelma/tapaturmaiset-ja-vakivaltaiset-terveyden-menetykset/itsemurhat-ja-itsensa-vahingoittamiset>. Haettu 20.5.2016

http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL_2009_49_4249_LeikkaustiiminTarkistuslista.pdf

Uusitalo T. 2007a, Nuorten itsemurhat Suomessa, Lapsiasiavaltuutetun toimiston selvityksiä 2:2007 <http://lapsiasia.fi/wp-content/uploads/2015/04/nuorten-itsemurhat.pdf>

Uusitalo, T. 2007b. Yli mahdottoman. Itsemurha ja läheinen. Helsinki: Edita.

Valtonen, H-M., Suominen, K., Haukka J. ym. Differences in incidence of suicide attempts during phases of bipolar I and II disorders. *Bipolar Disord* 2008;10(5):58896.

http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/leikkaussalin_tarkistuslista

Varjonen, V. 2015. Huumetilanne Suomessa. Suomen Yliopistopaino OY. Tampere.

Hyvä toimintayksikön esimies,

Olemme Saimaan ammattikorkeakoulun opiskelijoita ja suoritamme ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämissä ja johtamisen koulutusohjelmassa. Teemme työelämälähtöisen opinnäytetyön itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostavasta kohtaamisesta. Tavoitteena on kehittää itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostavaa kohtaamista. Opinnäytetyössä on tarkoitus löytää keinot vaikuttavaan ja arvostavaan kohtaamiseen ja luoda toimintata-paohjeet hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyömme on kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa keräämme tietoa hoitajilta viidestä eri työyksiköstä, jossa henkilökunta kohtaa itsemurhaa yrittäneitä potilaita. Hoitohenkilökunnan toivotaan kirjoittavan vapaamuotoisia kirjoitelmia siitä, mitä on itsemurhaa yrittäneen arvostava kohtaaminen. Toisessa vaiheessa pidämme ryhmähaastattelun, johon toivotaan jokaisesta viidestä yksiköstä yhtä hoitohenkilökunnan edustajaa paikalle. Ryhmähaastattelun tavoitteena on luoda itsemurhaa yrittäneen potilaan hoitopolun malli, jossa näkyy arvostava kohtaaminen.

Olemme saaneet luvan opinnäytetyön toteuttamiselle vastuualuejohtajalta. Vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti, eikä ryhmähaastatteluun osallistuneen henkilöllisyys käy ilmi missään vaiheessa. Saimaan ammattikorkeakoululla opinnäytetyön vastuupettajina meillä on yliopettajat Tuija Nummela ja Pirjo Vaittinen, työelämän ohjaajana on toimintayksikön esimies Merja Lahtinen.

Ystävällisin terveisin,

Laura Sinkko ja Johanna Suurkaulio

Vastaamme mielellämme kysymyksiinne.
laura.sinkko@student.saimia.fi, 0400-252781
j-suurkaulio@student.saimia.fi, 040-8274669

Arvoisa hoitaja,

Olemme Saimaan ammattikorkeakoulun opiskelijoita ja suoritamme ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Teemme työelämälähtöisen opinnäytetyön itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostavasta kohtaamisesta. Tavoitteena on kehittää itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostavaa kohtaamista. Opinnäytetyön tarkoitus on löytää keinot itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostavaan kohtaamiseen ja luoda toimintatapaohje hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyömme on kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa keräämme tietoa hoitajilta viidestä eri työyksiköstä, jossa henkilökunta kohtaa itsemurhaa yrittäneitä potilaita.

Pyydämme teitä kirjoittamaan vapaamuotoisia esseitä aiheesta:

MITÄ ON ITSEMURHAA YRITTÄNEEN POTILAAN ARVOSTAVA KOHTAAMINEN?

Kirjoitelmasi voi olla pituudeltaan muutamasta lauseesta muutamaan sivuun ja voit käsitellä aihetta vapaasti haluamastasi näkökulmasta. Omat kokemukset ja esimerkit ovat tervetulleita. Jätä kirjoitelmasi oheiseen kirjekuoreen. Noudamme kirjoitelmat xx.xx.xxxx. Kiitämme yhteistyöstänne, jokainen ajatus on tärkeä.

Ystävällisin terveisin,

Laura Sinkko ja Johanna Suurkaulio

Vastaamme mielellämme kysymyksiinne.
laura.sinkko@student.saimia.fi, 0400-252781
j-suurkaulio@student.saimia.fi,

040-8274669

Liite 3

Suostumus haastatteluun

Suostun osallistumaan nauhoitettavaan ryhmähaastatteluun, jossa kerron omia mielipiteitäni ja ajatuksia itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostavasta kohtaamisesta.

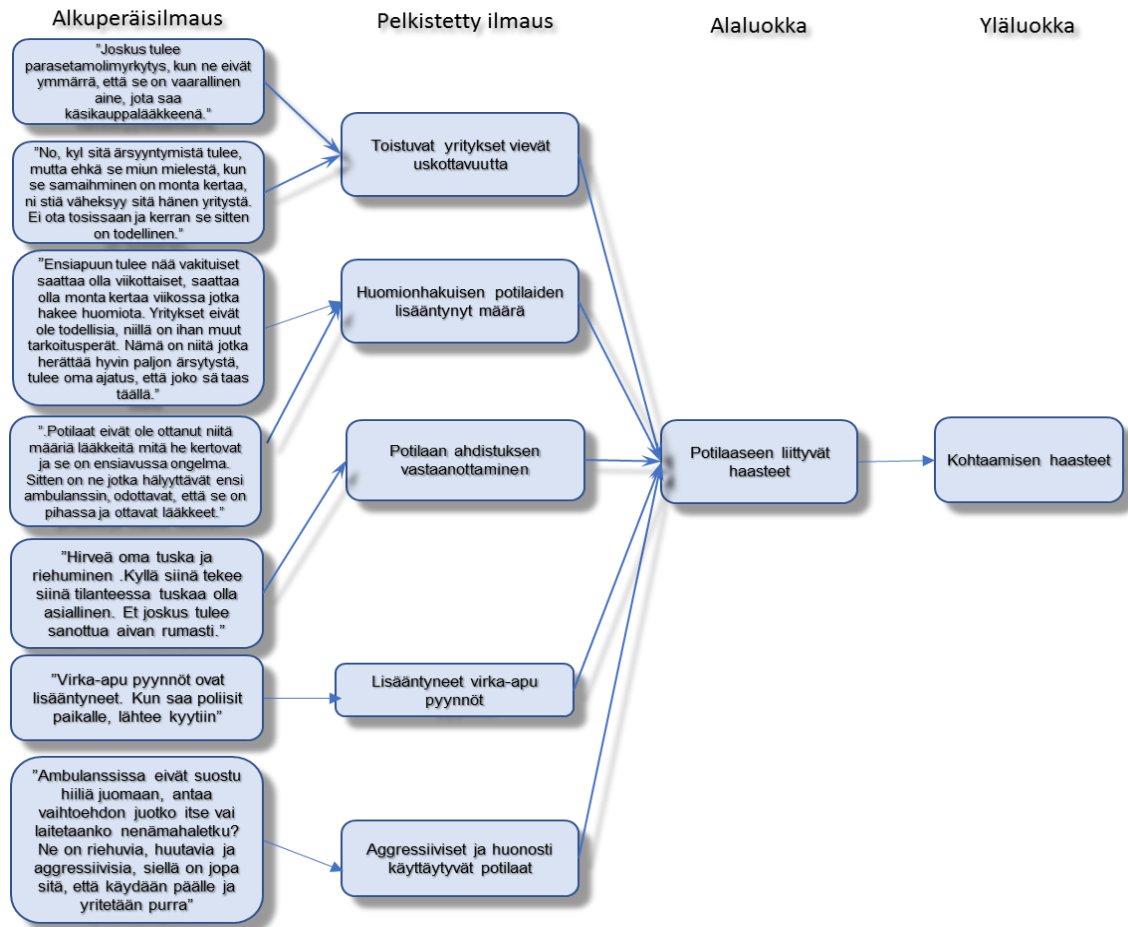
Minulle on selvitetty yllä mainitun tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät menetelmät. Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olen myös tietoinen siitä, että henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelussa antamiani tietoja käytetään kyseiseen tutkimukseen. Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni.

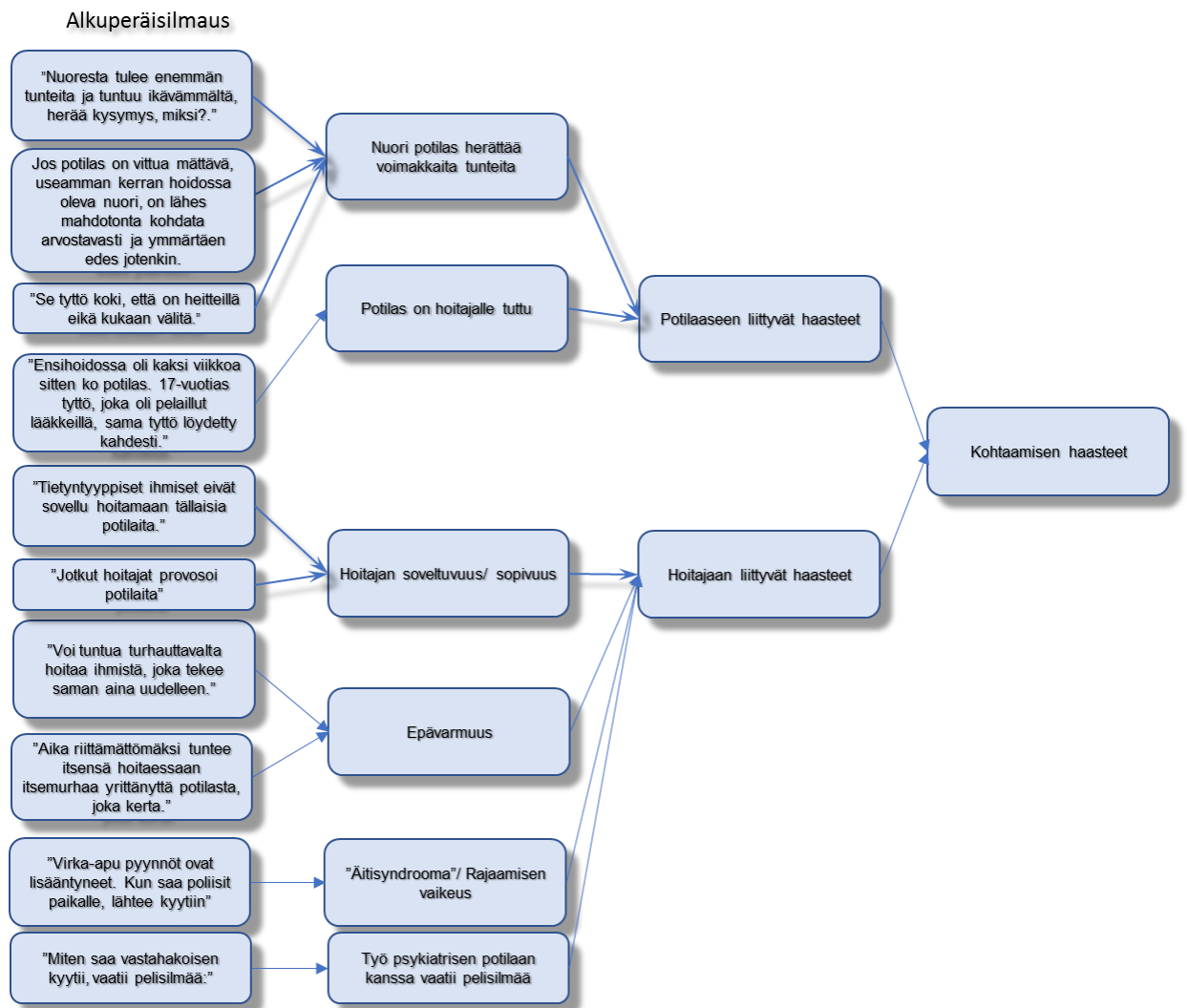
Päiväys 28.11.2016

Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

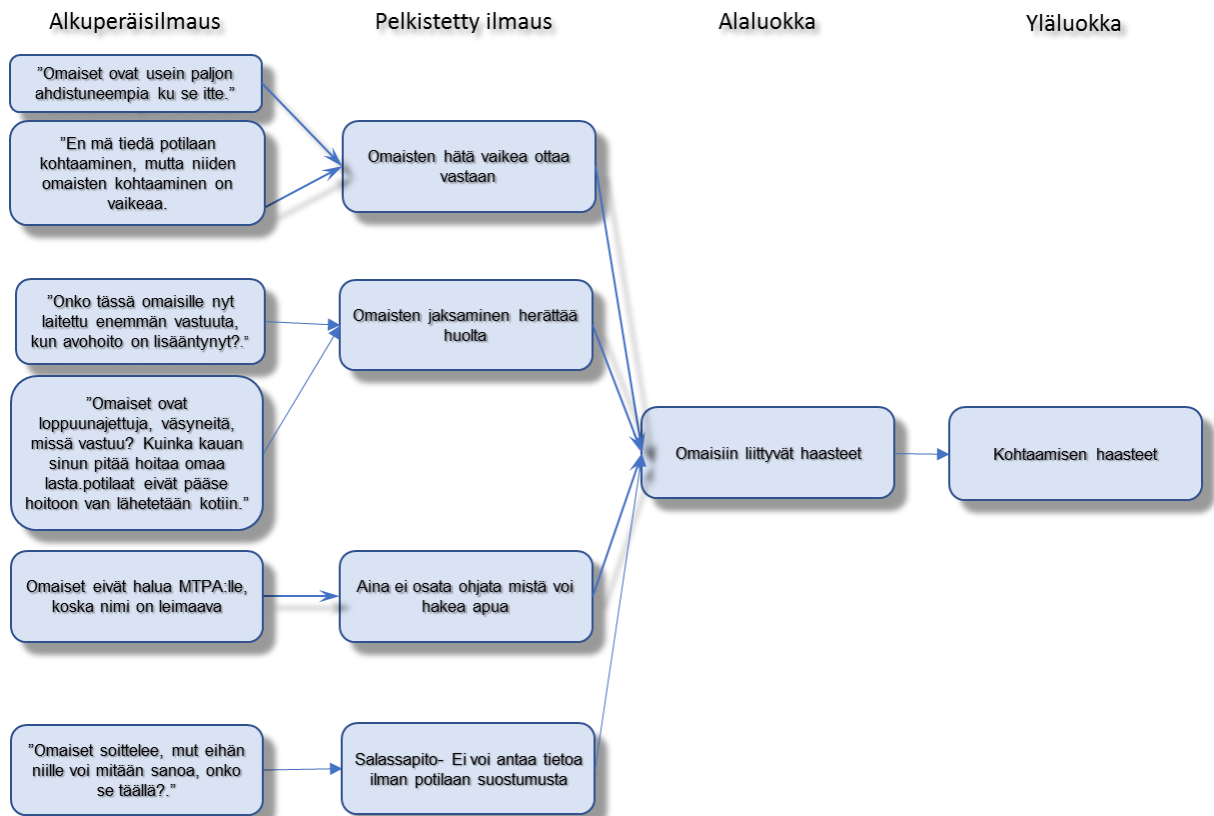
Liite 4a: Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisen haasteet (1/4)



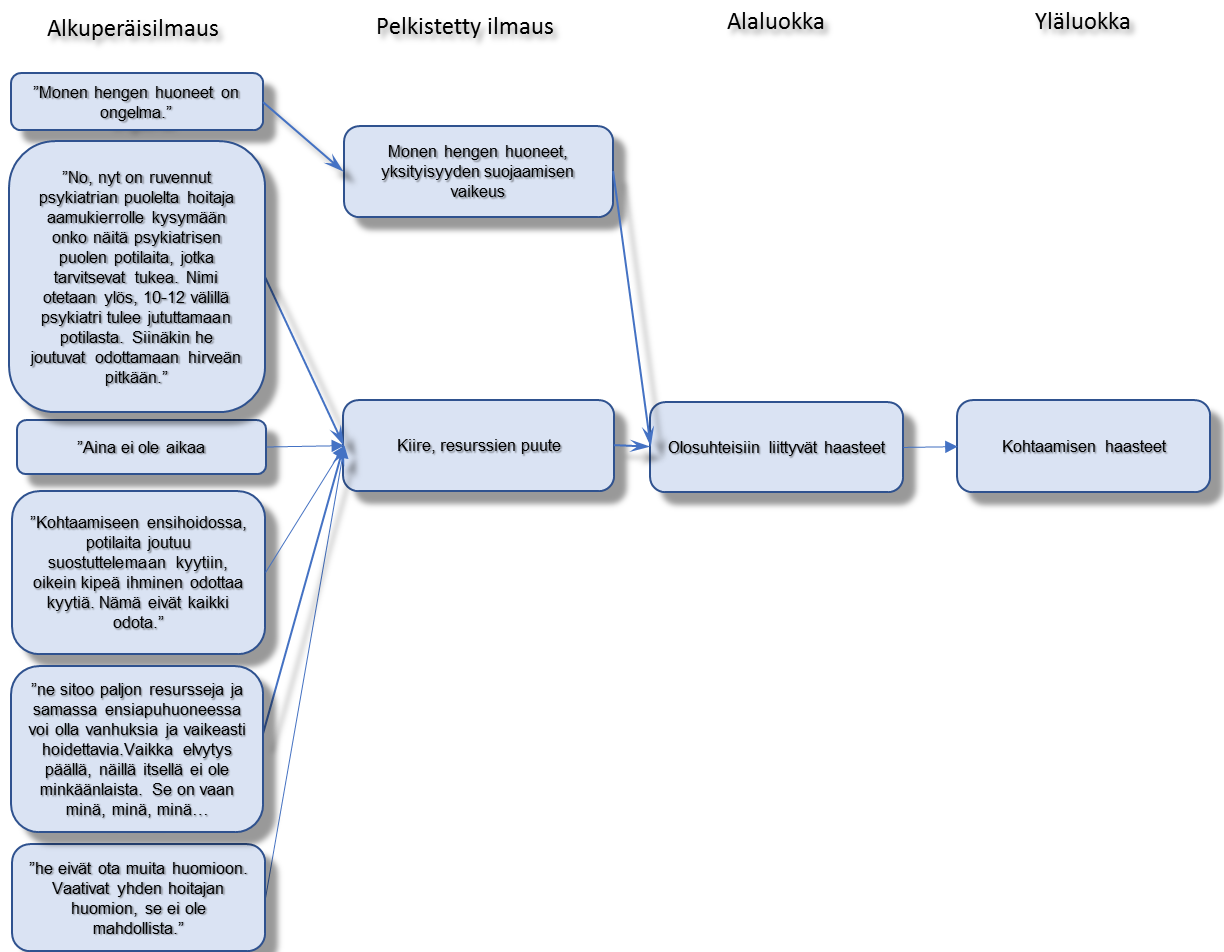
Liite 4b: Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisen haasteet (2/4)



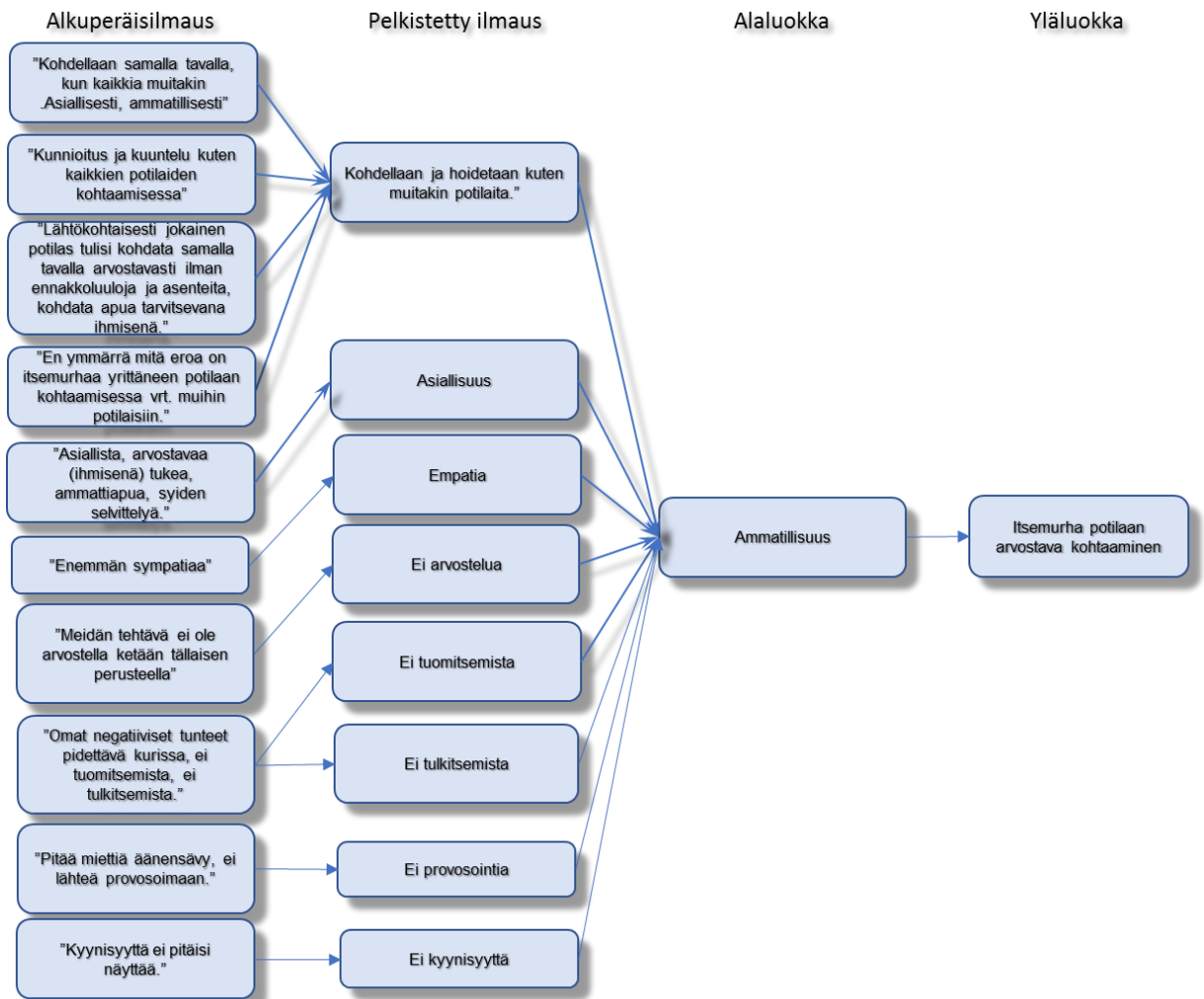
Liite 4c: Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisen haasteet (3/4)



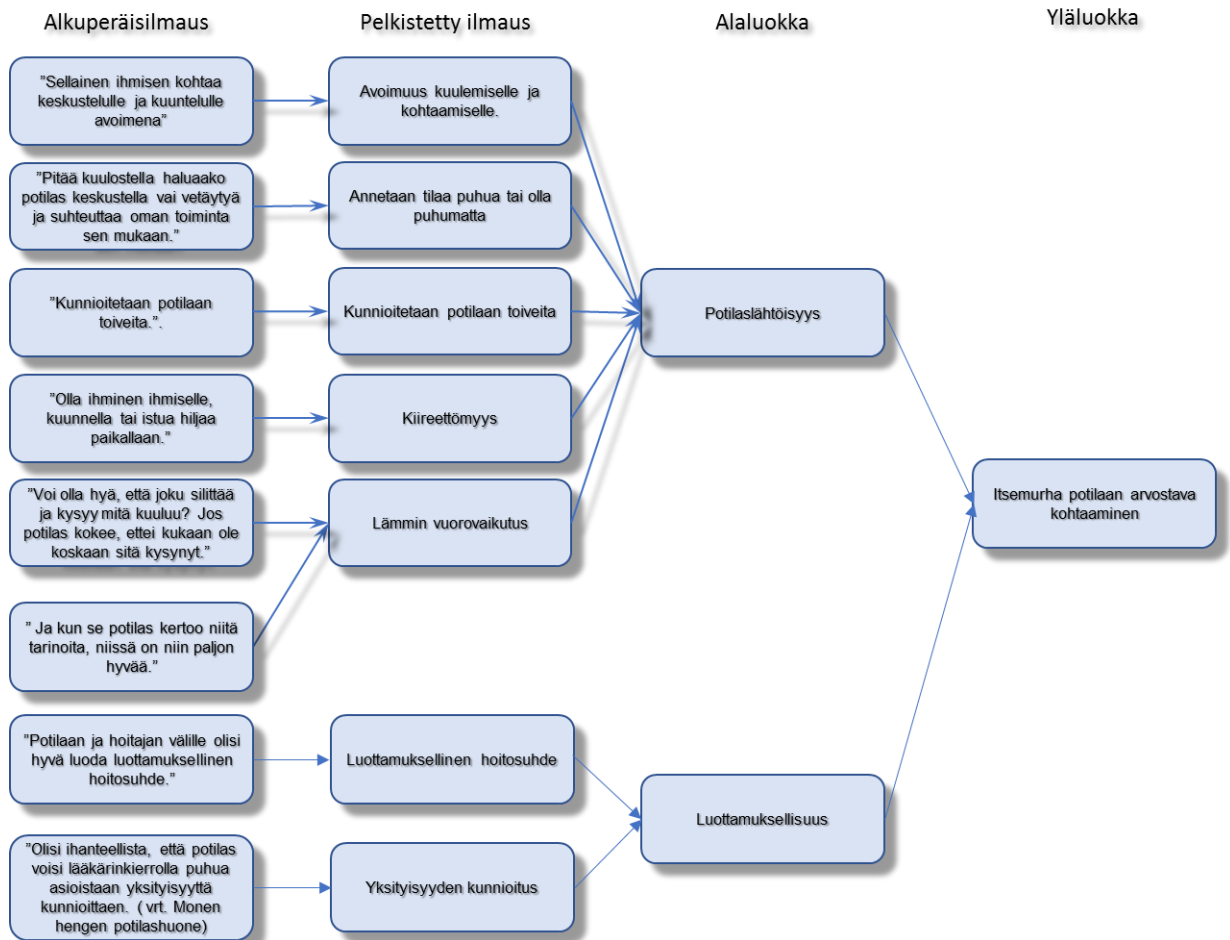
Liite 4d: Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisen haasteet (4/4)



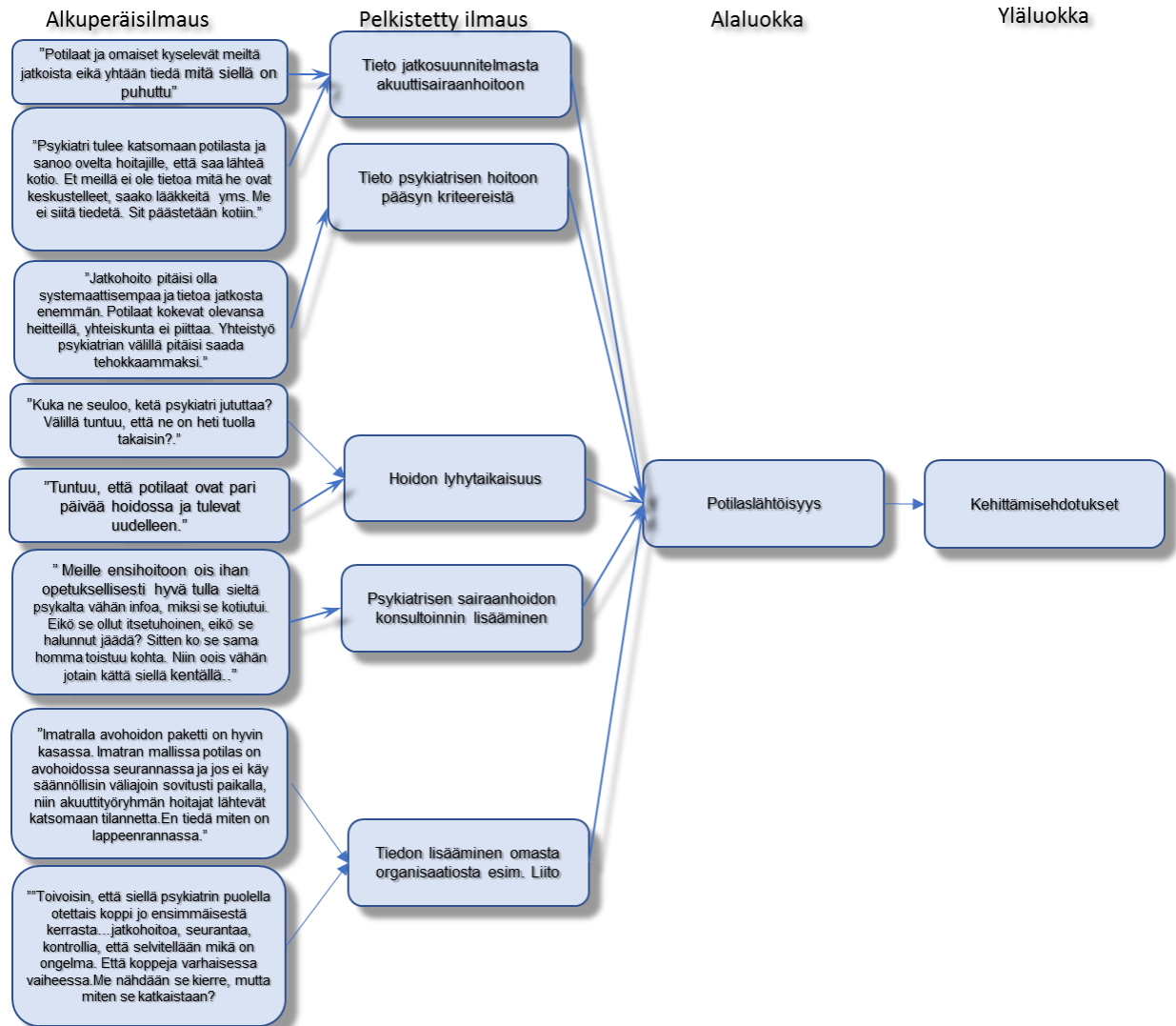
Liite 5a: Itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostava kohtaaminen (1/2)



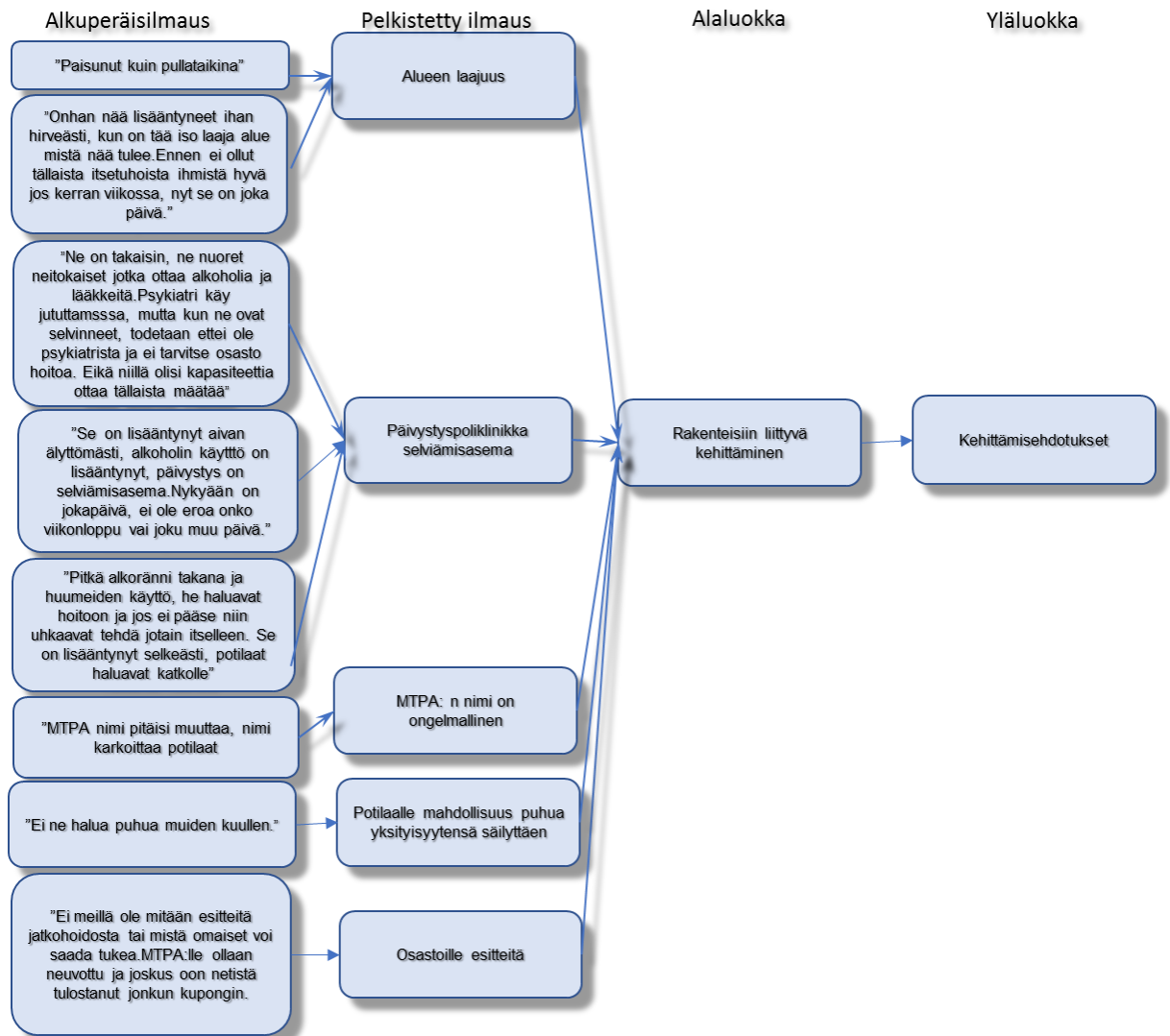
Liite 5b: Itsemurhaa yrittäneen potilaan arvostava kohtaaminen (2/2)



Liite 6a: Kehittämisehdotukset (1/3)



Liite 6b: Kehittämisehdotukset (2/3)



Liite 6c: Kehittämisehdotukset (3/3)

