

Eeva Syrjälä

LAPSEN ÄKILLINEN TRAUMAATTINEN KUOLEMA –
PSYKOSOSIAALISEN TUEN JÄRJESTÄMINEN
SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPUIRIN ALUEELLA

Hoitotyön koulutusohjelma

2015

LAPSEN ÄKILLINEN TRAUMAATTINEN KUOLEMA –
PSYKOSOSIAALISEN TUEN JÄRJESTÄMINEN SATAKUNNAN
SAIRAAHOITOPUIRIN ALUEELLA

Syrjälä, Eeva
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2015
Ohjaaja: Olli, Seija
Sivumäärä: 49
Liitteitä: 1

Asiasanat: lapsen kuolema, kriisi, psykososiaalinen tuki, kriisityö

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuva lapsen äkillisen traumaattisen kuoleman kohtaamisen akuutin tilanteen toimintaohje Satakunnan sairaanhoitopiirin kriisiryhmälle. Ennenaikaisesti ja traumaattisesti tapahtunut kuolema järjestyttää uhrin läheisten elämäkatsomusta mutta koskettaa myös ensilinjan auttajia ja mediavälitteisesti mahdollisesti koko maata. Yllättävän kuoleman kohtaamiseen vaaditaan kattavaa substanssiosaamista. Lasten kuolemaa työssään kohtaavan henkilökunnan toiminnan yhdenmukaistaminen siihen erityisesti kohdenetun toimintaohjeen avulla ennaltaehkäisee psyykkisen trauman syntyä ja vähentää psykiatrisen jatkohoidon tarvetta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä lapsen kuoleman aiheuttamaan kriisireagointiin kirjallisuuden sekä tutkitun tiedon avulla ja näiden pohjalta suunnitella, toteuttaa ja arvioida toimintaohje hoitotyön laadun kehittämiseksi Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella.

Opinnäytetyön tietoperustassa on määritelty keskeisimmät kriisityön käsitteet, kriisin vaiheet ja niissä auttamisen kulmakivet, akuutin kriisityön periaatteet sekä kriisityön laatuun olennaisesti vaikuttavat tekijät, kuten työssä jaksaminen ja moniammatillinen kriisiviestintä. Teoriaosuudessa on huomioitu myös psykososiaalisen tuen järjestämistä ohjaava lainsäädäntö sekä asetukset.

Toimintaohje sisältää viisi osaa, joiden sisältö on rakennettu keräämällä tietoa luotettavista julkaisuista sekä kriisiryhmällä jo olevasta perehdytysmateriaalista soveltaen. Opinnäytetyön tuottama toimintaohje tulee palvelemaan kriisityön päivytyksessä osana uuden työntekijän perehdytyskansiota sekä henkilökunnan työohjauksessa koulutusvälineenä. Toimintaohje on sovellettavissa myös muihin kriisityön tapauksiin sekä muiden sairaanhoitopiirien käyttöön.

SUDDEN TRAUMATIC DEATH OF A CHILD – ORGANIZING THE PSYCHOSOCIAL CARE IN SATAKUNTA HOSPITAL DISTRICT

Syrjälä, Eeva

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

April 2015

Supervisor: Olli, Seija

Number of pages: 49

Appendices: 1

Keywords: death of a child, crisis, psychosocial care, crisis work

The purpose of this thesis was to create an operational model of procedure for the crisis task force of Satakunta hospital district. The subject was to study the theoretical frame of reference of crisis work and adapt the discovered facts to serve any case concerning the sudden traumatic death of a child. Creating an operational model of procedure specifically designed for the personnel who encounter death regularly while executing their duties prevents the emergence of mental trauma among the general public and reduces the need of incremental psychiatric medical care.

The theoretical part of the thesis consists of the main concepts of crisis work, the four phases of a traumatic crisis, the principles of psychosocial care in the acute phase and additional factors that affect the quality of the given care and the coping of the crisis workers.

The theoretical frame of reference was gathered from several reliable publications and adapted for the operational model of procedure based on the current introduction material of the crisis task force of Satakunta hospital district. The operational model of procedure will serve as introduction material for a new employee and as supervision material for the more experienced staff.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	6
3	TIETOPERUSTA.....	7
3.1	Lapsen kuolema	7
3.1.1	Lapsen äkillinen kuolema.....	7
3.1.2	Lasten yleisimmät traumaattiset kuolinsyyt	8
3.1.3	Äkillisen kuoleman nostattamat tunteet	11
3.1.4	Surutyö ja traumatyö	12
3.2	Kriisi	14
3.2.1	Traumaattinen kriisi.....	14
3.2.2	Trauman ja uhrin käsitteet kriisipsykologiassa	15
3.2.3	Traumaattisen kriisin vaiheet	16
3.2.4	Traumaattisen kriisin käsittely	19
3.3	Psykososiaalinen tuki.....	21
3.3.1	Psykososiaalisen tuen järjestämisen perusteet lain mukaan	21
3.3.2	Psykososiaalisen tuen periaatteita	22
3.3.3	Psykososiaalisen tuen valmiussuunnittelu.....	24
3.3.4	Akuutin tuen muodot lapsen äkillisen kuoleman yhteydessä.....	24
3.4	Kriisityö	26
3.4.1	Kriisityöhön valmistautumisen merkitys.....	26
3.4.2	Moniammatillisuus kriisityössä.....	26
3.4.3	Kriisiviestinnän merkitys.....	27
3.4.4	Kriisityössä jaksaminen.....	27
3.5	Teorian yhteenveto.....	29
4	SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRIN PSYKOSOSIAALINEN TUKI.....	30
5	OPINNÄYTETYÖPROJEKTIN ESITTELY.....	31
5.1	Aiheen valinta ja toteutustavan perustelu	31
5.2	Projektin toteutus	33
5.3	Toimintaohjeen rakenne.....	35
5.4	Opinnäytetyöprojektin ja toimintaohjeen arviointi.....	36
6	POHDINTA.....	37
	LÄHTEET.....	39
	LIITE 1: TOIMINTAOHJE	42

1 JOHDANTO

Lapsen kuolema on aina väärin. Ennenaikaisesti ja traumaattisesti tapahtunut kuolema järjestyttää uhrin läheisten elämäkatsomusta mutta koskettaa myös ensilinjan auttajia ja mediavälitteisesti mahdollisesti koko maata (Saari 2000, 37). Yllättävän kuoleman kohtaamiseen vaaditaan kattavaa substanssiosaamista (STM 2009a, 68).

Traumaattisen kriisin kohdanneella ihmisellä ei välttämättä ole riittävää kriisinkäsittelykykyä, jolloin tarvitaan ulkopuolista auttajaa. Kriisin sokkivaiheessa olevat henkilöt säilyttävät toimintakykynsä, mutta tarvitsevat ohjeita, neuvoja ja konkreettista apua. Traumaattisissa tilanteissa ensilinjan auttajien toiminnalla ja käyttäytymisellä on mittaamattoman suuri merkitys. Ensiauttajan toiminnan johdonmukaisuus, rauhallisuus, ohjauskyky ja järjestelmällisyys ovat ratkaisevia tekijöitä kriisin kohdanneen ihmisen psyykkisen selviytymisen näkökulmasta. (Saari 2000, 49; Henriksson & Lönnqvist 2014.)

Näyttöön perustuvien menetelmien käyttö on hoitotyössä tärkeää potilaiden tasarvoisen kohtelun sekä hoitotyön laadun ja eettisyyden näkökulmasta. Tiivistetyn tutkimusnäytön käyttö ja toimintaohjeiden laatiminen ovat keinoja, joilla voidaan kehittää yhtenäisiä, näyttöön perustuvia käytäntöjä. (Holopainen ym. 2010, 38.)

Lasten kuolemaa työssään kohtaavan henkilökunnan toiminnan yhdenmukaistaminen siihen erityisesti kohdennetun toimintaohjeen avulla ennaltaehkäisee psyykkisen trauman syntyä ja vähentää psykiatrisen jatkohoidon tarvetta. Auttajan järjestelmällinen valmistautuminen, laadukas työnohjaus sekä tapahtumakohtaiset defusing-istunnot auttavat jaksamaan vaativassa työssä. (STM 2009a, 16; Palosaari 2008, 180; Henriksson & Lönnqvist 2014; Traumaperäisen stressihäiriön käypä hoito –suositus 2015.)

Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella toimii terveydenhuoltoalan ammattilaisista muodostuva kriisiryhmä, joka tarjoaa moniammatillista psykososiaalista tukea sekä vastaa kriisityön tilannejohdosta ja koordinoinnista sairaanhoitopiirin alueella. Viranomaisoikeuksin toimiva kriisiryhmä on osa ensihoidon ja päivystyksen toimialu-

etta. Päivystysperiaatteella toimivassa ryhmässä on aktiivisesti mukana 13 terveydenhuollon laillistettua toimihenkilöä, jotka ovat Satakunnan sairaanhoitopiirin henkilökuntaa ja joita sitoo vaitiolovelvollisuus. (Lehtonen 2014.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitotyön toimintaa tuottamalla toimintaohje psykososiaalisen tuen järjestämisestä lapsen äkillisessä traumaattisessa kuolemantapauksessa Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella. Toimintaohjeen on tarkoitus tulevaisuudessa palvella sekä kriisityötä aloittelevan työntekijän perehdytysmateriaalina että kriisityötä pitkään tehneen työntekijän työtä tukevana välineenä. Toimintaohjetta voidaan tarvittaessa käyttää myös työnohjauksessa case-tutkielmiin soveltaen.

Toimintaohjeen avulla voidaan yhdenmukaistaa kriisityön akuutin vaiheen toimintaa ja näin mahdollistaa adekvaatisti ja ajantasaisesti akuutin psykososiaalisen tuen tarpeeseen vastaaminen Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella. Varhaisella puuttumisella ennaltaehkäistään psyykkisen trauman syntyä äkillisen stressitapahtuman seurauksena ja siten vähennetään yksilölle ja yhteiskunnalle aiheutuvia terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja (STM 2009a, 16).

Opinnäytetyön aihe kytkeytyy vahvasti työelämään ja on osa Satakunnan sairaanhoitopiirin vuosien 2011–2015 strategisten tavoitteiden tutkimusohjelmaa käsitellen potilaslähtöisten palveluiden ja potilaan voimavaroja tukevaa painopistealuetta (Satakunnan sairaanhoitopiirin internet-sivut 2015).

Tarkoituksena tässä opinnäytetyössä on:

- 1) Perehtyä lapsen äkillisen kuoleman aiheuttamiin kriisireaktioihin kirjallisuuden ja tutkitun tiedon avulla
- 2) Suunnitella, toteuttaa ja arvioida asiaan liittyen toimintaohje Satakunnan sairaanhoitopiirin kriisiryhmän käyttöön

- 3) Pyrkii tältä osin kehittämään Satakunnan sairaanhoitopiirin kriisiryhmän toimintaa

Tässä opinnäytetyössä keskeisiä käsitteitä ovat: lapsen kuolema, kriisi, psykososiaalinen tuki, kriisityö.

3 TIETOPERUSTA

3.1 Lapsen kuolema

3.1.1 Lapsen äkillinen kuolema

Lapsen kuolema oli vielä muutama vuosikymmen sitten yleinen ja hyvin luonnollinen tapahtuma. Nykyisin lapsen kuolema on harvinaisuutensa vuoksi muuttunut asiaksi, jota ei juuri osata ajatella mahdollisuutena eikä sitä osata pelätä. Siksi lapsen yllättävä kuolema on hyvin traumatisoivaa. Lapsen menettäminen jakaa elämän osiin, aikaan ennen ja jälkeen lapsen kuoleman. Äkilliselle kuolemalle etsitään syytä; miksi ja mitä varten -kysymykset ovat hyvin tyypillisiä, vaikka vastauksia ei välttämättä koskaan saada. Terveen lapsen menettäminen on yllättävyydessään järkyttävä tilanne, kun taas pitkäaikaisesti sairaan lapsen vanhemmilla on ollut mahdollisuus valmistautua lapsensa kuolemaan. Surun kohtaaminen on jokaiselle hyvin yksilöllinen ja henkilökohtainen tapa, surra voidaan yhdessä tai erillään. Auttajan on pystyttävä tunnistamaan erilaiset surutavat voidakseen auttaa parhaalla mahdollisella tavalla tapahtuman ja surun käsittelyssä. (Perheentupa 1992, 16; Käpy ry 2014, 8–10; Armanto & Koistinen 2007, 335.)

Lapsensa menettäneen vanhemman suru saattaa olla niin kokonaisvaltaista, että se muuttaa koko maailmankuvan ja ihmiskäsityksen. ”Kaiken sen lisäksi, mitä vanhempi on aiemmin ollut, hän on nyt myös kuolleen lapsen vanhempi” (Käpy ry 2014, 12). Kuolleen lapsen tilalla on aukko, joka muuttaa perheen sisäisiä ja ulkoisia suhteita. Lapsen kuolema vaikuttaa aina parisuhteeseen, mutta vaikutus voi olla sekä kielteinen että myönteinen. Jos perheessä on muita lapsia, vanhemman kokema me-

netys voi muuttaa suhtautumista myös heihin. Vanhemmasta voi tulla suojelevampi tai sitovampi, tai hän voi torjua muut lapset suojatakseensa itseään enemmiltä menehtyksiltä. (Käpy ry 2014, 12–15.)

Menehtynyt lapsi voi jatkaa elämää perheessä; lapselle tai nuorelle saatetaan kuvitella tulossa ollut ammatti, parisuhde ja mahdolliset lapset. Kuolleen lapsen kanssa saatetaan myös keskustella ja saada jopa vastauksia. Tällainen keskustelu ei kuitenkaan ole suoraan tulkittavissa harhaisuudeksi, vaan on tavallisesti vahvojen mielikuvien tuottamaa lohtua. Olennaista on muun elämän jatkuminen ja keskusteluiden hiljalleen väistyminen. (Palosaari 2008, 83.)

Sisaruksensa äkillisesti ja traumaattisesti menettäneen lapsen tunnekokemus ja resilienssi eli psyykinen kestävyys voivat vaihdella hyvin paljon lapsen iästä, aiemmista ikävistä kokemuksista ja muun perheen käyttäytymisestä riippuen. Lapsi käsittelee kuolemaa oman kehitysvaiheensa mukaisesti. Tunteet voivat vaihdella vihasta pelkoon ja syyllisyydestä ikävään. Lapsi saattaa myös kokea, ettei hänellä ole oikeutta suruun. Vanhempien tuskan lisäämistä välttääkseen lapsi voi kätkeä oman kipunsa hymyn taakse, tai hänellä ei välttämättä ole kykyä pukea tunteitaan sanoiksi. Ikävaiheeseen sopimattomat taantumukset, painajaiset tai piirtely voivat olla lapsen tapoja viestiä surua. Hieman vanhempi lapsi voi kokea tehtäväkseen vanhempien suojelemisen ja ottaa vastuuta arjen sujumisesta. On tärkeää, että lapset otetaan surutyöhön mukaan ja heidän surulleen annetaan myös tilaa. (Käpy ry 2011, 22–24.)

Lapsen kanssa kuolemasta keskustellessa on hyvä pitäytyä käyttämästä sellaisia abstrakteja käsitteitä tai selityksiä, jotka lapsi saattaa tulkita kirjaimellisesti. Esimerkiksi kuoleman selittäminen pois nukkumisella saattaa aiheuttaa nukahtamisen pelkoa tai univaikeuksia, jotka usein ilmenevät nukkumaanmenon viivyttelynä tai haluna nukkua vanhempien vieressä. (Dyregrov 1994b, 13–20.)

3.1.2 Lasten yleisimmät traumaattiset kuolinsyyt

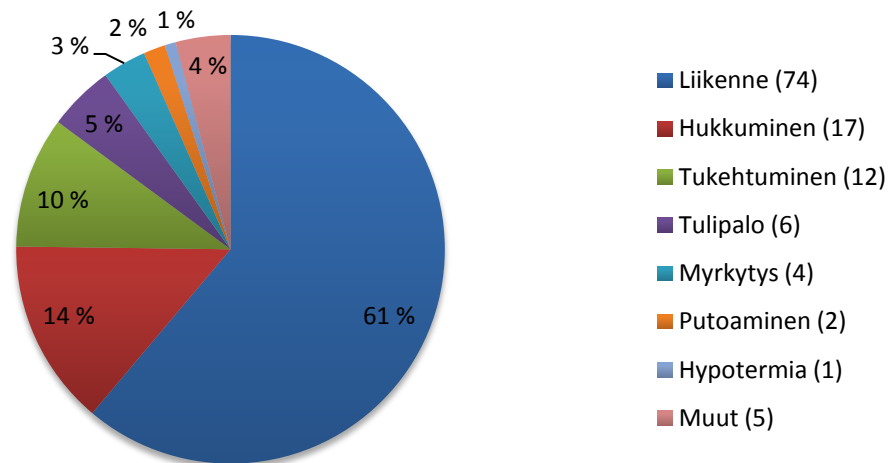
Liikenne-, tukehtumis- ja hukkumistapaturmat, itsemurhat ja väkivalta ovat yleisimpiä lapsen tai nuoren kuolemaan johtavia tekijöitä tautikuolleisuuden lisäksi. Vuosina 2006–2011 kuoli yhteensä keskimäärin 239 alle 20-vuotiasta lasta tai nuorta vuodes-

sa. Tapaturmat tai väkivalta ovat syynä noin kolmannekseen alle 4-vuotiaiden lasten kuolemista, kun taas 15–19-vuotiaiden kuolemista yli 70 prosenttia ovat aiheutuneet tapaturmien tai väkivallan seurauksena. Poikien määrä kaikista tapaturmaisesti kuolleista lapsista ja nuorista on kuolinsyystä riippumatta suurempi kuin tyttöjen. Tapaturmainen tai väkivaltainen kuolleisuus viisinkertaistuu poikien kohdalla siirryttäessä varhaisnuoruudesta (10–14-vuotiaat) nuoruuteen (15–19-vuotiaat). Odotettavissa olevien, taudeista johtuvien kuolemien määrä pienenee lasten vanhetessa. (Remes 2014; Armanto & Koistinen 2007, 335.)

Tieliikenneonnettomuudet ovat yksi lasten ja nuorten yleisimmistä kuolinsyistä. Esimerkiksi vuonna 2006 tieliikenneonnettomuuksissa kuoli 88 nuorta henkilöä, joista 70 prosenttia henkilöauto-onnettomuuksissa. Alkoholin osuus lapsikuolemien kohdalla on pieni, mutta nuorten henkilöiden tieliikenneonnettomuuksissa on alkoholin osuus näkyvä; kuolemaan johtaneissa onnettomuuksissa osallisina olleista alkoholin vaikutuksen alaisina autoilleista 38 prosenttia oli alle 25-vuotiaita. Vaikka liikenneturvallisuuskehitys on viime vuosina ollut pääasiassa positiivista, on nuorten henkilöiden osuus kuolleiden kokonaismäärästä nousussa. (Tilastokeskus 2007.)

Alle 20-vuotiaiden lasten ja nuorten hukkumiskuolemat ovat myös valitettavan yleisiä. Vuosien 1998–2011 välisenä aikana hukkumalla kuoli keskimäärin 13 lasta tai nuorta vuodessa, yhteensä 181 alle 20-vuotiasta henkilöä. Poikia hukkuneista oli valtaosa eli 80 prosenttia, tyttöjä 20 prosenttia. Hukkumiskuolemat painottuvat yleisyydessään 1–4-vuotiaiden lasten sekä 15–19-vuotiaiden nuorten kohdalle. Vuosina 2009–2011 tapahtuneista hukkumiskuolemista 0–12-vuotiaiden osuus oli 71 prosenttia. Kuolemantapauksista puolet liittyi uimiseen tai kahlaamiseen, puolet johtui kaatumisesta tai putoamisesta veteen. Onnettomuustutkintakeskuksen raportissa korostetaan aikuisen aktiivisen valvonnan merkitystä ja lasten uimataidon kehittämistä hukkumiskuolemia ehkäisevinä toimenpiteinä. (Onnettomuustutkintakeskus 2014, 16; 33.)

Lasten tapaturmaiset kuolemat



Kuvio 1: Vuosina 2009–2011 tapahtuneet lasten ja nuorten tapaturmaiset kuolemat jaoteltuna kuolinsyiden mukaan. (Onnettomuustutkintakeskus 2014, 24.)

Onnettomuustutkintakeskuksen laatimasta teemaselvityksestä käy ilmi, että kokonaisuudessaan lasten ja nuorten tapaturmaiseksi luokiteltuja kuolemia sattui 121 kappaletta selvitysajanjaksolla vuosina 2009–2011. Selvityksessä kuolemat on jaoteltu kuolinsyyn mukaan. Lapsista tai nuorista 61 prosenttia (74 henkilöä) kuoli liikenneonnettomuuksissa, hukkumalla 14 prosenttia (17 henkilöä) ja tukehtumalla 10 prosenttia (12 henkilöä). Tulipaloissa kuoli 5 prosenttia (6 henkilöä), myrkytystapaturmissa 3 prosenttia (4 henkilöä), putoamisiin 2 prosenttia (2 henkilöä) ja hypotermiaan 1 prosentti (1 henkilö). Lisäksi selvityksessä ilmeni kuolinsyyltään yksittäisiä tapaturmia, ja niissä kuoli 4 prosenttia tapauksista (5 henkilöä). Tapaturmaisesti kuolleista lapsista ja nuorista yhteensä 85 prosenttia (105 henkilöä) kuoli siis joko liikenneonnettomuudessa, tukehtumalla tai hukkumalla. (Onnettomuustutkintakeskus 2014, 24; kuvio 1.)

Onnettomuustutkintakeskuksen julkaisemassa selvityksessä on nostettu lapsikuolemien syyksi myös henkirikokset. Henkirikosten uhreina kuoli selvitysajanjaksolla vuosina 2009–2011 yhteensä 13 alle 18-vuotiasta lasta tai nuorta. Kuudessa tapauksessa kuoleman aiheutti isä, neljässä äiti. Tapauksista kolme olivat nuorten keskinäisestä väkivallasta johtuneita kuolemia. Kaikkiaan henkirikosten kuolinsyynä esiintyivät mm. monivammat, tukehtuminen, hukkuminen sekä häämyrkytys. Perhesurmia tapauksista oli neljä. Sisäasiainministeriön mukaan perhesurmalla tarkoitetaan

tapahtumaa, jossa vanhempi surmaa yhden tai useamman lapsensa sekä avo- tai aviopuolionsa. Perhesurmissa kuoli vuosien 2009–2011 välisenä aikana viisi lasta sekä kuusi aikuista. (Onnettomuustutkintakeskus 2014, 35.)

Viime vuosina tapahtuneiden julkisuuteen levinneiden itsemurhien seurauksena lasten ja nuorten mielenterveys on puhuttanut ihmisiä sekä alueellisesti että valtakunnallisesti. Nuorten henkilöiden itsemurhien määrä on pysytellyt suurin piirtein tasaisena vuosien saatossa. Vuosien 2009–2011 aikana 51 alle 18-vuotiasta henkilöä teki itsemurhan. Kuolleiden kokonaismäärästä (199 kuollutta) tämä on 26 prosenttia. Yleisimpänä itsemurhakeinona nuorilla oli junan alle jättäytyminen, joita tapahtui 15. Hirttäytymällä tai ampumalla henkensä riisti yhteensä 23 nuorta. (Onnettomuustutkintakeskus 2014, 32–33.)

Lapsiasiavaltuutettu Maria Kaisa Aula toteaa lausunnossaan (2014), että lasten ja nuorten itsemurhien ennaltaehkäisemiseksi yhteistyötä viranomaisten ja kolmannen sektorin välillä on tehostettava. Vastuukysymykset ylittävien prosessien luominen auttaisi varmistamaan lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden järjestämisen kanalta olennaisen tiedonkulun ja avun perille menon ajoissa. (Aula 2014.)

3.1.3 Äkillisen kuoleman nostattamat tunteet

Äkillinen suruviesti laukaisee ihmisessä ensireaktionä psyykkisen sokin. Mitä järkyttävämpi tilanne on, sen pidempään voi sokkivaihe kestää. Auttajan levollinen läsnäolo ja kyky eläytyä tilanteeseen säilyttäen kuitenkin oma henkinen tasapainonsa ovat olennaisia ensihetkien tehtäviä. Rauhallinen kuunteleminen auttaa, kun ihmisen on saatava kerrata tapahtunutta uudelleen ja uudelleen. Oikeita sanoja ei tarvitse etsiä – ne tulevat kyllä, jos niitä tarvitaan. (Saari 2000, 42–43.)

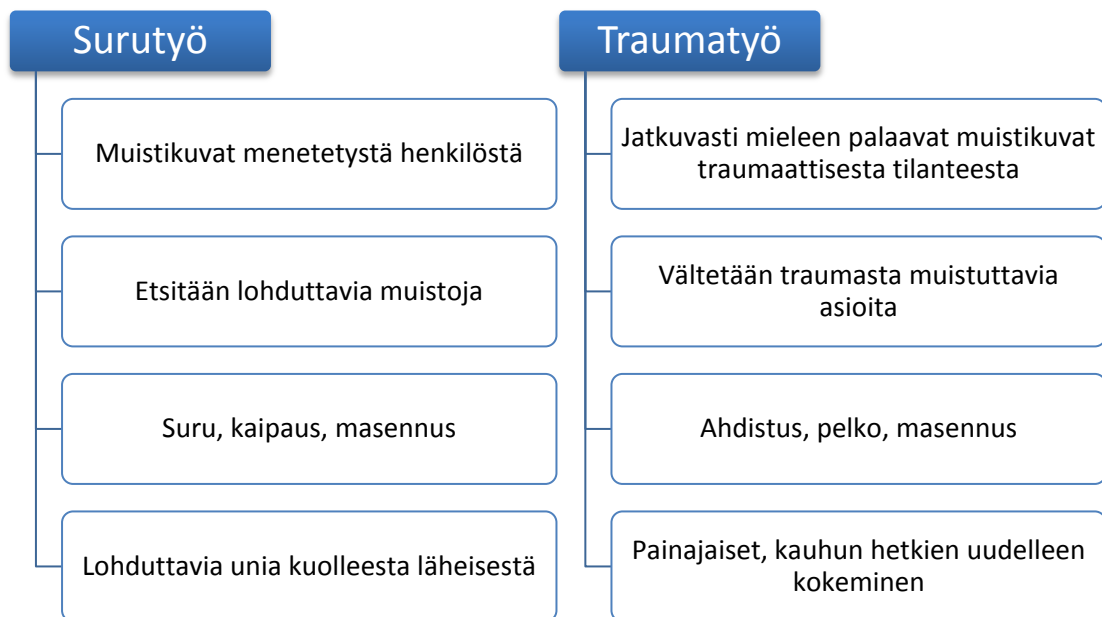
Järkyttävimpiä tapahtumia ihmisen elämässä voi olla läheisen ihmisen äkillinen traumaattinen, väkivaltainen tai tapaturmainen kuolema. Tilanteen traagisuutta lisää, mitä nuorempi kuollut on. Lapsen äkillisen kuoleman seurauksena perhe joutuu kohtaamaan surun lisäksi myös akuutin henkisen kriisin. Tapaturmaisesti kuolleen lapsen vanhempien syyllisyydentunne on hyvin raskas, ja he miettivät oman toimintansa vaikutusta kuolemaan; olisiko lasta paremmin valvomalla tai neuvomalla voitu vält-

tää voitu välttää kohtalokas onnettomuus. Syyllistä etsitään usein, joko itsestä tai ulkopuolelta. Mikäli toinen vanhemmista tai lapsen vanhempi sisarus on ollut lapsesta onnettomuushetkellä vastuussa, lisää se edelleen syyllisyyden kokemusta. (Saari 2000, 30; Paavola 1992, 19.)

Onnettomuudessa on voinut olla osallisena tai sen on voinut aiheuttaa joku perheen ulkopuolinen henkilö, kuten lapsen kaveri tai muu tuttu ihminen. Surutyötä tehdäänkin usein monessa eri perheessä samanaikaisesti. Perheiden lisäksi suru koetaan kaikissa niissä yhteisöissä, joiden osana lapsi tai hänen perheensä on ollut: suku, päiväkodit, koulut, työpaikat, harrastusporukat. Mikäli tapahtuma on erityisen järkyttävä, asiasta saatetaan myös uutisoida, jolloin vihan tai surun tunteita voidaan kokea jopa toisella puolella maata. Tällöin puhutaan välillisistä eli sekundaariuhreista. Sekundaariuhreiksi lasketaan tällaisessa tilanteessa myös henkilöt, jotka olisivat saattaneet joutua mukaan tapahtumiin, auttajien läheiset ja omaiset sekä kaikki muut, joiden henkistä tasapainoa traumaattinen kuolema järkyttää. (Saari 2000, 37–39; Paavola 1992, 18.)

3.1.4 Surutyö ja traumatyö

Traumaattisella tavalla läheisensä menettäneet tekevät surutyön lisäksi myös traumatyötä, eli työstävät traumaattista kokemusta surunsa ohella. Surua ei pystytä käsittelemään, mikäli tapahtuman traumatisoivan ulottuvuuden miettiminen tai kieltäminen vie kaikki uhrin voimavarat. Työstämiseltään nämä kaksi osa-aluetta ovat melko samanlaiset, mutta joitakin eroja on erityisesti muistikuvien, tunteiden ja unien kohdalla, kuten esitetty kuviossa 2. (Dyregrov 1994a, 110; Traumaterapiakeskuksen internet-sivut.)



Kuvio 2: Surutyön ja traumatyön oleelliset erot. (Dyregrov 1994a, 110; Traumaterapiakeskuksen internet-sivut.)

Surun ja pelon tunteisiin liittyy usein myös häpeää ja hämmentyneisyyttä. On vaikeaa palata työpaikalle tai kouluun pelätessään alkavansa yllättäen itkemään. Ihminen saattaa pelätä tuttujen kohtaamista kaupassa, kun ei tiedä, miten asia voitaisiin ottaa puheeksi tai halutaanko asiasta ylipäättään keskustella. Ihmisten uteliaisuus saattaa jopa ärsyttää. Ulkopuolisten, täysin tuntemattomien ihmisten kohtaaminen voi hämmentää, kun pelätään omia, luonnollisia reaktioita. Pelko saattaa myös olla epämääräistä, jolloin ei tiedetä mitä oikeastaan pelätään – turvallisimmaksi vaihtoehdoksi koetaan vetäytyminen tai eristäytyminen. Mikäli ihminen pakottautuu valmistautumattomana näihin kohtaamistilanteisiin, se voi johtaa teeskentelyyn tai kapselointiin, jolloin asia painetaan pinnan alle ja pyritään unohtamaan. Häpeän tunne saattaa voittaa jakamisen tarpeen, jolloin trauma muistuttaa olemassaolostaan esimerkiksi somaattisina vaivoina tai psyyken häiriöinä. Tapahtuman kohtaaminen ja asiasta puhuminen vähentää häpeän tunnetta; vaikean kokemuksen kertaaminen ja läpikäynti helpottaa oloa hiljalleen. (Saari 2000, 55; 236.)

3.2 Kriisi

3.2.1 Traumaattinen kriisi

Hoidokki-asianasto määrittelee, että kriisi tarkoittaa ”fyysisen, persoonallisen tai sosiaalisen tilan voimakasta järkkymistä, joka syntyy poikkeuksellisissa elämäntilanteissa aiheuttaen uhkaa ihmisen olemassaololle ja joka riippuen hänen kyvystään ratkaista uudella tavalla ongelmia voi johtaa joko eheyttävään kasvuun tai luopumiseen ja luhistumiseen” (Hoidokki-asianasto). Aiemmin laajalti käytössä ollut kriisituki-käsite on korvattu työtä paremmin kuvaavilla käsitteillä psykologinen tuki tai psyykinen kriisiapu (STM 2009a, 61).

Traumaattisen kriisin saa aikaan jokin traumaattinen tapahtuma. Traumaattinen tapahtuma on helppo tunnistaa sen tarkkojen kriteerien ansiosta. Tapahtuman tai tilanteen tulee olla ennustamaton, siihen ei voida valmistautua. Tapahtumaa on mahdotonta kontrolloida, eli tapahtuma on luonteeltaan sellainen, että omalla toiminnalla on mahdotonta vaikuttaa tapahtuman etenemiseen – ihminen on niin sanotusti väärässä paikassa väärään aikaan. Tapahtuma uhkaa ihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista olemassaoloa ja koettelee elämänarvoja, identiteettiä tai maailmankuvaa ja mahdollisesti muuttaa koko elämää. (Saari 2000, 26; Leppävuori ym. 2009, 212.) Onnettomuuden sattuessa ihminen pyrkii sulkemaan tuskalliset asiat mielestään mahdollisimman nopeasti säilyttääkseen turvallisuudentunteensa ja uskonsa maailman oikeudenmukaisuuteen. Traumaattinen tapahtuma pakottaa ihmisen kohtaamaan kuolevaisuutensa. (Dyregrov 1994a, 11.)

Noin kaksi kolmasosaa ihmisistä selviytyy äkillisen traumaattisen kokemuksen käsittelystä itse, omaan sosiaaliseen verkostoonsa nojaten ilman ulkopuolista auttavaa tahoa. Resilienssi eli psyykinen kestävyys on ominaisuus, joka on näille henkilöille yhteinen. Resilienssi kehittyy, kun ihminen kohtaa elämänsä aikana sopivan määrän vaikeuksia tai vastoinkäymisiä ja saa niiden käsittelyyn sekä tukea että opastusta. Kokemus vaikeuksista selviytymisestä luo ihmiseen luottamusta omiin voimavaroihinsa ja kykyynsä selviytyä erilaisista vaikeuksista. (STM 2009a, 13.)

Psykososiaalinen tuki pyrkii vaikuttamaan kriisireagointiin tarjoamalla tukea ja apua onnettomuuden uhreille tai järkytyksen kokeneille edistääkseen uhrien selviytymistä traumaattisesta kriisistä ilman psyykkisen trauman syntyä sekä auttaakseen uhreja kehittämään resilienssiään vastaisuuden varalle. Psykososiaalisen tuen toimintamuotojen kehittäminen on muuttunut systemaattiseksi vasta 1980-luvulla ollen näin hyvin tuore tieteenala. Suomessa on pyritty kehittämään katastrofipsykologian systemaattista organisoitumista ja toiminnan kattavuutta. (Saari 2000, 17–19.)

Auttajan kannalta on tärkeä ymmärtää traumaattisen kriisin ero normatiivisen eli kehityskriisin käsittelyssä. Normatiiviset kriisit liittyvät erilaisiin elämänmuutoksiin kuten kasvuun tai vanhenemiseen, ja niiden adekvaatti käsittely johtaa resilienssin kehittymiseen. Elämän luonnollisesta muutoksesta selvästi poikkeavaa kriisiä kutsutaan psyykkisen trauman aiheuttamaksi eli traumaattiseksi kriisiksi. Erityisen vaikea käsitellä on normatiivisen kriisin keskelle ajoittuva traumaattinen kriisi. (Henriksson & Lönnqvist 2014.) Kriisi voidaan myös kokea eri intensiteetillä riippuen siitä, missä elämänvaiheessa kriisin kohdannut sillä hetkellä on. Sisäisten merkitysten ja kehityshistorian eli elämäkerran vaikutus kriisikokemukseen antaa kriisireagoinnille oman syvyytensä. (Cullberg 1991, 17–18.)

3.2.2 Trauman ja uhrin käsitteet kriisipsykologiassa

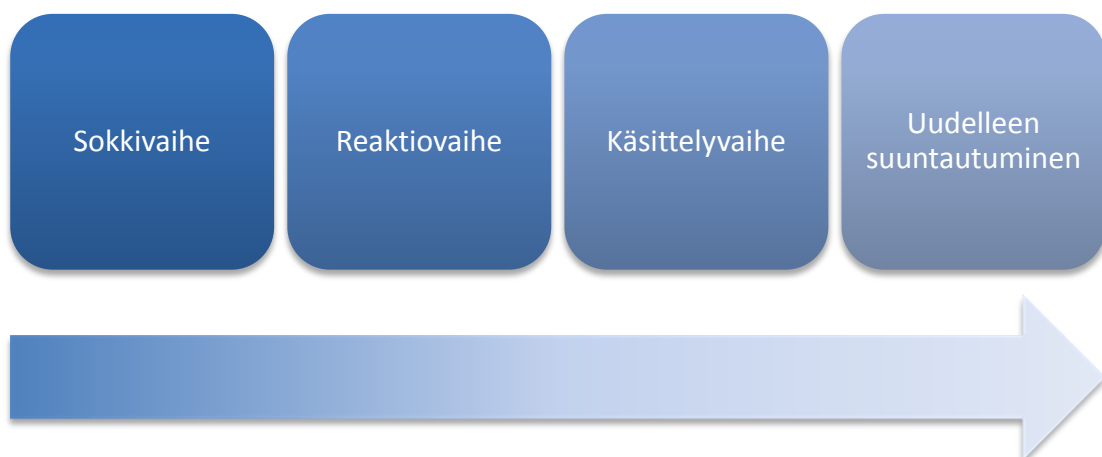
Sigmund Freud sisällytti trauman käsitteen psykologiaan. Alun perin käsitettä trauma käytettiin lääketieteessä kuvaamaan vammaa tai haavaa. Psykologiassa trauma tarkoittaa voimakasta tapahtumaa ihmisen elämässä, johon ihmisen ei ole mahdollista vastata adekvaatisti ja jolla on voimakas, pitkään jatkuva vaikutus ihmiseen. Freudin mukaan psyykkinen trauma on ”kokemus, jossa lyhyessä ajassa mieli joutuu vastaanottamaan sellaisten ärsykkeiden tulvan, jotka ovat liian voimakkaita käsiteltäviksi tavanomaisella tavalla, mikä johtaa pysyviin häiriöihin tavassa, jolla energia toimii” (Saari 2000, 16). Trauma siis ylittää ihmisen tavanomaiset selviytymismekanismit, jolloin ihminen voi lamaantua täysin tai kokea esimerkiksi avuttomuutta, kauhua tai voimakasta pelkoa (Leppävuori ym. 2009, 211).

Somatiikassa uhrilla tarkoitetaan onnettomuuden kohdetta, joko kuollutta tai henkilöä, jolla on fyysinen vamma tai haava. Psykologian käsitteistössä traumaattisen ta-

pahtuman uhrin voidaan määrittellä monella tavalla. Uurit voidaan jakaa primaari- ja sekundaariuhreihin, eli onnettomuuden suoriin ja epäsuoriin kohteisiin. Uhreja ovat sekä fyysisesti loukkaantuneet ja heidän omaisensa että fyysisesti loukkaantumattomat ja heidän omaisensa. Sekundaariuhreja ovat kaikki läheisen ihmisen menetyksen kokeneet, muun muassa puoliso, vanhemmat, lapset, muut sukulaiset, ystävät, työ- ja koulutoverit ja niin edelleen. Myös pelastushenkilöstö ja poliisit sekä muut auttajat, kuten kriisityöntekijät, valokuvaajat, toimittajat ja akuuttia työtä tekevä hoitohenkilöstö voivat joutua stressivaikutukselle alttiiksi. Kaikki henkilöt, jotka työtä tehdessään jatkuvasti kokevat tai altistuvat vaaralle, uhkalle, fyysiselle tai psyykkiselle tuskalle ja järkyttävälle tapahtumille, ovat potentiaalisia uhreja. (Leppävuori ym. 2009, 212; Saari 2000, 36.)

3.2.3 Traumaattisen kriisin vaiheet

Kriisin eteneminen on mahdollista jakaa Johan Cullbergin kehittämän nelivaiheisen mallin mukaan sokki-, reaktio- ja käsittelyvaiheeseen ja lopulta uudelleen suuntautumisen vaiheeseen. Vaiheiden jaottelu perustuu niiden luonteenomaiseen sisältöön, eikä jaottelua tule tulkita ihmisen kokemusmaailman täsmälliseksi jaksoittamiseksi. Mainitut vaiheet etenevät kronologisesti, kuten esitetty kuviossa 3. (Cullberg 1991, 140–155.)



Kuvio 3: Psykkisen kriisin vaiheet (Cullberg 1991, 140–155).

Sokkivaihe alkaa välittömästi traumaattisen tapahtuman jälkeen. Vaihe voi kestää muutamista hetkistä muutamiin vuorokausiin. Sokkivaiheen käytös näyttää usein ulospäin tyyneydeltä ja hyvältä toimintakyvyltä, vaikka nämä kertovatkin sisäisestä lamautumisesta. Ihminen ei kykene käsittämään tapahtunutta tai jopa kieltää sen. Hyvin harvinaista on kaoottisen, psykoosiasteisen kiihtymystilan ilmeneminen huumamaisena, raivoamaisena tai motorisena levottomuutena. Lamautumisesta johtuva varsin normaalilta vaikuttava käyttäytyminen voi johtaa lyhyessä seurannassa virheelliseen tulkintaan. (Henriksson & Lönnqvist 2014; Cullberg 1991, 142–143.)

Sokkivaiheen konkreettisin auttamistarve liittyy turvallisuuden kokemukseen. Tunne auttajien osaamisesta ja rauhallisuudesta, helposti käsiteltävässä muodossa annettu tieto ja ohjaus sekä konkreettiset toimenpiteet esimerkiksi yhteyksien saamiseksi läheisiin ovat sokissa olevan ihmisen parasta psyykkistä ensiapua. Sokkivaiheen tapahtumien tai sen aikana annettujen ohjeiden täsmällinen mieleen palauttaminen on tavallisesti kovin hankalaa. Päätöksenteko on usein mahdotonta, jolloin auttajan tai muun ulkopuolisen toimijan on tehtävä päätökset heidän puolestaan. (Henriksson & Lönnqvist 2014.)

Traumaattisen kriisin sokkivaiheessa ihminen harvoin pystyy luomaan tulevaisuuden perspektiiviä. Ihmisellä ei ole kykyä hahmottaa tulevaisuutta, vaan hän elää tässä hetkessä vailla huomista. Kaikki lohduttava koetaan olevan tulevaisuudessa – ”kun tulevaisuutta ei ole, ei ole lohdutustakaan” (Saari 2000, 66). Tämä on hyvin tärkeä muistaa traumaattisen tapahtuman ensivaiheen auttamisessa. Lohduttaminen tai uhrin katseen kääntäminen huomiseen on usein mahdotonta.

Psyykinen sokki aiheuttaa usein ihmisessä somaattisia vaivoja. Näitä ovat esimerkiksi pahoinvointi ja kuvotus, sydänvaivat eli rintakipu, painon tunne rinnassa ja rytmihäiriöt, lihasjännityksestä johtuvat lihassäryt ja huimaus sekä väsymys, joka ei vähene lepäämällä. Univaikeudet ovat hyvin yleisiä sokissa oleville; moni ei uskalla sulkea silmiään ja nukahdettuaan säpsähtää hereille kokevansa olevan jälleen keskelellä traumaattista tapahtumaa. (Saari 2000, 56.)

Muuttunut tietoisuuden tila kuuluu onnettomuustilanteen sokkireaktioihin. Aikakokemus muuttuu kumimaiseksi. Kirjallisuudessa puhutaan uhrin dissosiativisesta ko-

kemuksesta eli henkisestä etäisyydestä tapahtumaan. Dyregrovin (1994a, 19) mukaan tämä mahdollistaa psyykkisten voimavarojen käytön ulkoista uhkaa kohdatessa. Myös niin sanottu filminauhakokemus liittyy aikakäsityksen vääristymiseen. Onnettomuuden uhrin kertovat usein nähneensä elämänsä filminauhana silmänräpäyksessä siinä hetkessä, jolloin ovat ymmärtäneet mitä on tapahtumassa. Sama tunne liittyy myös putoamisesimerkkiin; muutaman sekunnin kestäneen pudotuksen aikana ihmiset kertovat heillä olleen aikaa ajatella monia asioita. Tämä kertonee siitä, että kriisi- ja onnettomuustilanteessa aivojen kapasiteetti laajenee. Muuttunut aikakäsitys voi myös johtaa syyllisyyden kokemukseen. On mahdollista, että ihminen uskoo toimintansa hitauden vaikuttaneen toisen ihmisen kuolemaan. (Dyregrov 1994a, 21.)

Reaktiovaiheeseen siirrytään, kun välitön uhka on ohi – ihminen kohtaa muuntuneen todellisuuden ja tapahtunutta yritetään ymmärtää. Reaktiovaihe kestää joistakin viikoista muutamiin kuukausiin. Usein vaiheen alussa mieli tarvitsee ehjänä säilyäkseen tapahtuneen merkityksen kieltämistä sekä mahdollisesti tunteiden eristämistä. Psykeen eheyden kannalta on tärkeää, että vaikeita kokemuksia käydään aluksi läpi vähän kerrallaan, asteittain aktiivisemmin. (Henriksson & Lönnqvist 2014; Cullberg 1991, 143–144.)

Aistiharhojen tapaiset muistikokemukset liittyvät tavallisesti reaktiovaiheen psyykkisiin defenssimekanismeihin. Nämä repetitio- eli toistumisilmiöt ilmenevät aluksi ahdistavina painajaisunina, mutta muuntuvat hiljalleen monipuolisemmin asiaa käsitteleviksi. Tapahtuneen repetitio valveilla ollessa esimerkiksi muistikuvina tai keskusteluissa saattaa laukaista sympaattisen hermoston oireita, kuten sydämentykytystä, hikoilua, vapinaa tai pyöräytystä. Tämä luonnollinen reaktio on hyvä kertoa henkilölle jo varhaisessa vaiheessa. (Henriksson & Lönnqvist 2014.)

Reaktiovaiheessa tärkeää on kuulluksi ja välitetyksi tuleminen kokemuksesta. Vaiheen aikana traumaattisen kokemuksen läpikäyminen ja sietämättömältä tuskalta suojauminen vaihtelevat ihmisen resilienssin mukaisesti. Auttajalta vaaditaan kärsivällisyyttä esimerkiksi kohtuuttomien syytösten kestämisessä. Selkeän ja toistetun tiedon välittäminen sekä jatkuva tiedon vastaanotto- ja käsittelykyvyn arviointi kuuluvat hoitavan henkilön tehtäviin. Auttajalta myös edellytetään kykyä raskaiden kokemusten kuunteluun, riittävän hyvää omaa tasapainotilaa sekä mahdollisesti kokemusta

omien traumaattisten kriisien läpikäynnistä. (Henriksson & Lönnqvist 2014.) Ulkopuolista tarkkailijaa saattaa myös hämmentää kriisiä läpikäyvän ihmisen tarve etsiä merkityksiä tai syitä reaktiovaiheen aikana (Cullberg 1991, 144). Syyllisyydentunto ja rangaistuksi tulemisen tunne ovat psyyken keinoja käsitellä aggressiota. Vihan kokemus saattaa kääntyä myös auttajaa kohtaan; kohteen löytäminen vihan tunteelle antaa kokijalle hallinnan kokemuksen kaotisuuden keskellä. (Salo & Tuunainen 1996, 298–304.)

Käsittelyvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe liittyvät tapahtuman läpikäymiseen ja sen liittämiseen osaksi elämää. Tapahtuma aletaan hiljalleen hyväksyä ja varsinaista surutyötä voidaan tehdä vaikeiden tunteiden, kuten syyllisyyden, omavastuun ja vihan käsittelyllä. Käsittelyvaihe kestää muutamista kuukausista vuoteen ja uudelleen suuntautuminen tapahtuu vähitellen noin 1–2 vuoden aikana. (Henriksson & Lönnqvist 2014.)

3.2.4 Traumaattisen kriisin käsittely

Ihmisen kriisinkäsittelyprosessi muuttuu muotoaan käsittelyn edetessä. Sokki- ja reaktiovaiheessa ihminen usein on halukas purkamaan asioita puhumalla, kun taas työstämis- ja käsittelyvaiheessa käsittely kääntyy sisäänpäin eikä ihminen juuri enää tapahtumasta puhu. Tämä ei kuitenkaan tarkoita kriisin käsittelyn loppumista. (Saari 2000, 60.)

Jos kriisinkäsittelyprosessi häiriintyy, voi ihminen juuttua johonkin kriisin vaiheeseen. Esimerkiksi sokkivaiheeseen kiinnittyminen voidaan nähdä torjuntana tai kieltämisenä. Trauma koetaan liian ahdistavaksi tai pelottavaksi kohdata. Kieltäminen voi olla niin kokonaisvaltaista, ettei koko tapahtumaa muisteta tai osittaista, jolloin tapahtuma muistetaan, mutta sitä ei pystytä käsittelemään. Traumaattinen tapahtuma suljetaan pois tietoisuudesta ja psyykinen trauma syntyy. (Saari 2000, 74.)

Epäonnistuneella traumaattisen kriisin käsittelyllä voi olla psykiatrista jatkohoitoa vaativa vaikutus. Kriisinkäsittelyprosessin häiriintyminen voi johtaa erilaisten pitkäkestoisten oireyhtymien, kuten traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) syntyyn (Traumaperäisen stressihäiriön käypä hoito –suositus 2015). Toisaalta onnistunut

kriisinkäsittely voi vahvistaa ihmisen resilienssiä, ja tätä ilmiötä ovat viimeaikaiset tutkimukset kohdentuneet kartoittamaan. (Henriksson & Lönnqvist 2014.)

Psyykkisen sokin tehtävänä on suojata mieltä tapahtumilta, jotka ovat liian vaikeita kohdattavaksi. Sokkivaiheeseen jumittuminen kuvaa tapahtuman traumaattisen luonteen vaikeutta niin suureksi, että tapahtuneen on mahdotonta hyväksyä olevan todellisuutta. (Saari 2000, 76.) Sekasorron ja hajanaisuuden tunne saattaa johtaa jopa akuuttiin psykoottiseen sekavuustilaan (Cullberg 1991, 150).

Auttajan taitoa mitataan sokkivaiheen tuessa. Yksi keskeisimpiä uhkia on auttajan osaamattomuus käsitellä vaikeita tunteita, jolloin hän saattaa ottaa tilaa itselleen ottamalla kantaa tai lohduttamalla. Myös omien kokemusten kertomisesta on hyvä pidättäytyä ja antaa autettavalleen mahdollisuus käsitellä omia ajatuksiaan ja tunteitaan. Kykenemättömyys vastaanottaa ja säilöä tunteita ja reaktioita voi mahdollisesti aiheuttaa autettavan sulkeutumista ja loukkaantumista. (Saari & Hynninen 2010, 44.)

Traumaattisen tapahtuman toistumisen ja kokemisen ilmeneminen ovat hyvin tavallisia oireita traumaattisen kriisin läpikäynnin aikana. Repetitiokokemukset, erityisesti tapahtumaan liittyvät toistuvat painajaisunet ovat tyypillisiä tuntemuksia. Välttämiskäyttäytymistä voi vahvistaa ahdistuksen lisääntyminen tapahtumasta muistuttavien asioiden kohdalla. Dissosiativiset ilmiöt ja palaumat voivat muistuttaa psykoottista aistiharhaista tilaa. Pakkoajatuksiksi voidaan virheellisesti tulkita toistuvat traumamielikuvat. (Henriksson & Lönnqvist 2014.)

Elämän kapeutumiseen voivat vaikuttaa traumatapahtumaan liittyvät muistivaikeudet tai -vääristymät, vieraantumisen tai eristymisen tunne sekä kohtuuttomat itsesyytökset, jotka muistuttavat masennusoireita. Negatiiviset oireet eli puutosoireet, esimerkiksi mielialanvaihtelut tai kognitiiviset muutokset voivat vaikuttaa ihmisen kykyyn tunnistaa traumaattisen tapahtuman kytköstä omaan huonovointisuuteensa. Sympaattisen hermoston oireet, kuten sydämentykytykset saattavat ilmetä myös paniikkikohtausten tapaisina lyhytkestoisina tiloina. (Henriksson & Lönnqvist 2014.)

Ensivaiheen kriisityön tavoitteena on resilienssin kehittäminen ihmisen voimavaroja ja itseluottamusta vahvistaen sekä traumaattisen tapahtuman liittäminen osaksi elä-

mää. Tällä tavoin toimittaessa tuetaan ihmisten toimintakykyä ja edelleen vähennetään terveydenhuollon palvelujen epäädeekvaattia käyttöä. Akuutissa tilanteessa kriisityöntekijän on pystyttävä omalla toiminnallaan edistämään yksilön sekä yhteisön turvallisuuden ja pysyvyyden tunnetta, tuettava realistista toivoa sekä autettava ihmistä säilyttämään yhteyksiä lähimpiinsä. (STM 2009a, 14.)

Tavallisesti ajatellaan, että traumaattiset tapahtumat ovat hyvin harvinaisia, ja että ne ovat luonteeltaan suuronnettomuuksiin tai luonnonkatastrofeihin verrattavia. Tosiasiassa arkiset, traumaattiset tapahtumat koskettavat vuositasolla huomattavan montaa ihmistä, jotka saattaisivat hyötyä ensivaiheen psykososiaalisesta tuesta. On myös huomioitava, että jokainen auttamistilanne on erilainen. Jokaisen ihmisen psyykinen käsittely etenee eri tavalla ja vaatii intensiteetiltään sekä ajoitukseltaan vaihtelevaa tukea, joten on mahdotonta laatia tiukasti aikatauluun sidottua tai sisällöltään yhtenevää, kerta toisensa jälkeen samankaltaisena toteutettavaa toimintasuositusta. Psykososiaalisen tuen antajalta edellytetään improvisointikykyä. Ihmisen psykologinen tila sekä avun tarve näyttäytyvät parhaiten tukiprosessin edetessä. (Saari 2000, 30; Palosaari 2008; 177.)

3.3 Psykososiaalinen tuki

3.3.1 Psykososiaalisen tuen järjestämisen perusteet lain mukaan

Vuonna 2011 voimaantulleen terveydenhuoltolain 39§ määrittelee ensihoitopalvelun järjestämisen sairaanhoitopiirien vastuulle. 40§ täsmentää, että ensihoitopalveluksi lasketaan äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellisen, terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolisen hoidon sekä ensihoitovalmiuden ylläpitämisen lisäksi myös potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin. Kunnan velvollisuudeksi lain 27§ tarkentaa, että kunnan on järjestettävä terveydenhuollon palveluina tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki. Sama laki edellyttää, että kunnan on järjestettävä yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Lakiin perustuva palvelujärjestelmä on porrastettu paikallis-, alue- ja valtakunnalliselle tasolle. Tarkoituksena on, että psykososiaalisen tuen palvelut saadaan otettua käyttöön tilanteen ja tarpeen vaatiessa nopeasti ja saumattomasti. Palvelukokonaisuuden suunnittelu on järjestettävä niin, että traumaattisen tapahtuman uhreilla on mahdollisuus heille lain mukaan kuuluviin palveluihin vastuu-, johto- tai työnjakokysymyksistä riippumatta oikea-aikaisesti. Psykososiaalisen tuen valmiussuunnitelman on sisällyttävä alueelliseen valmiussuunnitelmaan. (STM 2009a, 21.) Erikoissairaanhoidon eli sairaanhoitopiirin on koordinoitava psykososiaalisten palveluiden järjestäminen myös erityisvastuu- eli ERVA-alueittain silloin, kun yksittäisten sairaanhoitopiirien resurssit eivät tähän riitä. Tämä velvoittaa Satakunnan sairaanhoitopiirin järjestämään myös psykososiaalisen tuen kattavan ensihoitopalvelun yhteistyössä alueensa päivystävien terveydenhuollon toimijoiden kanssa. (STM 2009a, 25.)

Kriisihoidon järjestäminen tulisi toteuttaa riittävän aikaisessa vaiheessa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kriisihoitoa tulisi antaa nopeasti ja intensiivisesti mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa ja integroituna muuhun tarvittavaan hoitoon. (STM 2009a, 16.) Akuutin tuen tarjoaminen aikaisessa vaiheessa ennaltaehkäisee kuntoutustarpeen kehittymistä (Lindfors 2015, 305–306). Psykososiaalisen tuen luonteva vastuutaho onkin siis edellä mainituista syistä myös alueen ensihoidosta vastaava taho (STM 2009a, 25). Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella psykososiaalisen tuen järjestäminen toteutetaan Satakunnan keskussairaala käsin, eli toimintaa koordinoidaan päivystyspoliklinikan ja teho-osaston välittömässä läheisyydessä sijaitsevassa ensihoitokeskuksessa (Lehtonen 2014).

3.3.2 Psykososiaalisen tuen periaatteita

Ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisen tunteen merkitystä ei voida korostaa liikaa. Ihmisen on saatava kerrata tapahtunutta. Ensivaiheessa auttaja on sokkivaiheessa olevalle henkilölle kiintopiste, ulkoinen minä, joka peilaa ajatuksia ja estää hajanaisuuden tunteen leviämistä. Akuutin vaiheen psykososiaalinen tuki voidaan ajatella mahdollisuutena lievittää sietämätöntä psyykkistä kipua, mutta menetyksen korvaaminen on tietenkin mahdotonta. (Henriksson & Lönnqvist 2014.)

Akuutissa tuessa tavoitteena ei ole psykoterapian keinoin pureutua pidempiaikaisiin traumoihin tai laajempiin psyykkisiin ongelmiin, vaan keskittyä kriisin aiheuttaneeseen tapahtumaan ja sen käsittelyyn. Jatkohoidon tarpeen arviointi sekä sen järjestäminen kuuluvat akuutin tuen periaatteisiin. (Henriksson & Lönnqvist 2014.) Lieviä ja keskivaikeita mielenterveyden häiriöitä on mahdollista hoitaa perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yksiköissä, mutta se edellyttää sekä häiriöiden tunnistamista mahdollisimman varhain että hoitoon pääsyä esteettä ja viiveettä (Niemelä & Blanco-Sequeiros 2015, 565–566).

Psykososiaalista tukea antavalta eli kriisityötä tekevältä henkilöltä ei edellytetä psykoterapeuttista erityiskoulutusta, mutta on selvää, että työnohjauksesta ja aiheeseen liittyvästä täydennyskoulutuksesta ja tiedon ajantasaistamisesta on hyötyä. Pääasiallisena työnään kriisityötä tekeville henkilöille jatkokoulutus on välttämätöntä suuronnottomuus- ja erityistilannetehtäviin valmistauduttaessa. (Henriksson & Lönnqvist 2014.)

Tapahtuneen kertaaminen on olennaista psyykkisessä ensiavussa. Auttajan on pystyttävä psykoedukaatioon eli autettavan valmentamiseen tuleviin tapahtumiin ja reaktioihin, sekä psyykkiseen supportioon, joka tarkoittaa aktiivista kuuntelua, reaktioiden vastaanottamista ja säilömistä sekä keskustelun pitämistä avoimena. (Saari & Hynninen 2010, 46.)

Tehokkuuden näkökulmasta akuutin vaiheen psykososiaalisen tuen järjestämisen kannalta olennaisia toimintaa ohjaavia periaatteita ovat oikea ajoitus ja oikea lähestymistapa. Aktiivinen avun tarjoaminen mahdollistaa avun oikea-aikaisen antamisen, ja asianomaiselta on pyydettävä lupa, että häntä voidaan auttaa. On huomioitava myös asianomaisen kieltäytyminen tuesta psyykkisesti sairaaksi leimautumisen pelossa. Tärkeää on, että tuen vastaanottamisen vapaaehtoisuus tehdään selväksi, eikä terveydenhuollon ammattilainen käytä valtarooliaan hyvistä tarkoituspäristään huolimatta. Asiaa on myös osattava lähestyä oikein; tapahtumia käsitellään asianomaisen tahdissa sitä mukaa, kun hän on tapahtunutta valmis prosessoimaan. (Saari & Hynninen 2010, 45; Korkeila 2015, 563–564.)

3.3.3 Psykososiaalisen tuen valmiussuunnittelu

Dyregrovin (1994a, 58) mukaan psykososiaalisen työn liittäminen valmius- ja toimintasuunnitelmiin on osoittautunut tärkeäksi. Suomessa psykososiaalisen tuen ja palvelujen suunnittelu on osa kunnallisen viranomaisen lakisääteistä valmiussuunnittelua ja varautumista erityistilanteisiin (STM 2009a, 20). Valmiusharjoitukset, joissa otetaan huomioon myös psykososiaalinen näkökulma, kasvattavat koko organisaation työntekijöiden ymmärrystä kriisityön moniulotteisuudesta. Dyregrov mainitsee psykososiaalisen tuen kannalta olennaisimpia asioita, jotka tulisi liittää osaksi valmiussuunnittelua. Tällaisia ovat esimerkiksi resurssisuunnitelma eli yleiskatsaus alueen voimavaroista, mobilisointisuunnitelma resurssien käyttöönottamiseksi sekä toimenpidesuunnitelma, jossa määritellään työntekijöiden vastualueet. (Dyregrov 1994a, 52–61.) Myös mahdollisesti tarvittavan tiedotusmateriaalin luonnostelu jo suunnitteluvaiheessa nopeuttaa akuutin tilanteen työskentelyä (STM 2009a, 20). Kriisityön järjestämisen kannalta valmiussuunnittelun keskeisimmät tekijät on esitetty kuviossa 4.

Psykososiaalisen tuen valmiussuunnittelu		
Resurssit <ul style="list-style-type: none"> • Yleiskatsaus voimavaroista • Erityisosaamisselvitys • Organisaation ulkopuolisen osaamisen hyödyntäminen 	Mobilisointi <ul style="list-style-type: none"> • Suunnitelma resurssien käyttöönotosta • Tiedotus-, perehdytys- ja opetussuunnittelu 	Toimenpiteet <ul style="list-style-type: none"> • Johtajuussuunnitelma, työn roolien ja vastualueiden jako • Raportointirutiinit ja kirjaaminen • Painopistealueiden selvitys

Kuvio 4: Valmiussuunnittelun keskeisimmät asiat. (Dyregrov 1994a, 52–61.)

3.3.4 Akuutin tuen muodot lapsen äkillisen kuoleman yhteydessä

Sosiaalista tukea on uhrien saama välitön tuki puolisoltaan, mahdollisilta perheen muilta lapsilta, sukulaisilta, ystävilta, työkavereilta sekä ammattiauttajilta. Sosiaali-

sella tuella tarkoitetaan yleensä vuorovaikutuksellista tukea, eli emotionaalista tai konkreettista tukea, jolla pyritään lisäämään henkilön toimintakykyä ja koherenssin tunnetta. (Peju-Risu 2011, 17.)

Psykososiaalista tukea annetaan moniammatillisena työryhmänä. Ammattiauttajista puhuttaessa tarkoitetaan niitä henkilöitä, jotka toimivat tilanteessa toimensa tai virkansa puolesta; sairaanhoitajat, poliisit, ensihoitajat, lääkärit, kriisityöntekijät, papit, sairaalapastorit ja sosiaalityöntekijät kuuluvat ammattiauttajien ryhmään. Ammattiauttajien toiminnalta edellytetään konkreettisempaa välitöntä tukea kuin mahdollisilta vapaaehtoistyöntekijöiltä. (Peju-Risu 2011, 26–29.)

Emotionaalisesta tuesta puhutaan, kun autettavalle pyritään lohduttamisen, koskettamisen ja kuuntelemisen avulla luomaan tunne välittämisestä. Auttajien emotionaalista tukea voi olla esimerkiksi osanotto suruun, läsnäolo, kuunteleminen ja keskusteleminen. (Ruishalme & Saaristo 2007, 103.) Tiedollisen ja konkreettisen tuen antamisella tarkoitetaan tietojen ja ohjeiden suullista ja kirjallista antamista. Tietoa kaivataan esimerkiksi avunsaantipaikoista, vertaisryhmistä ja avun jatkuvuudesta, mutta myös konkreettinen tieto tapahtuneesta sekä käytännön asioista ja niiden hoitamisesta on tärkeää. Lamautumisen aiheuttama toimintakyvyn lasku edellyttää auttajalta konkreettisia tekoja auttaviansa ohjaamisessa. Näitä voivat olla esimerkiksi yhteydenpito läheisiin, kouluun tai työpaikalle, perheen muista lapsista huolehtiminen, kuljetuksen järjestäminen onnettomuuspaikalle tai ruoan tai lämpimien huopien tarjoaminen. (Peju-Risu 2011, 35; Leppävuori ym. 2009, 82.)

Auttajalta kaivataan konkreettisten tekojen lisäksi myös ohjausta. Jatkohoidon tarpeen arvioinnin lisäksi auttajan on pystyttävä vastaamaan kysymyksiin myös senhetkisistä tuntemuksista; mitkä ovat tavallisia reaktioita, milloin huolestua omasta tai läheisen voinnista, kuuluuko tämän tuntua näin pahalta. Sairaalaolosuhteissa myös rauhoittavien lääkkeiden mahdollisuudesta on hyvä tiedottaa ja ohjata ihmisiä niiden käytössä. (Okynoye & Taari 2009, 27.)

Peju-Risun tutkimuksessa (2011) ilmenee, että lapsensa menettäneet vanhemmat koksivat ammattiauttajien aidon empaattisuuden tilanteessa hyvin tärkeäksi. Pääasiassa ensiauttajilta odotetaan tietoa käytännön asioista ja niiden hoitamisesta, mutta myös

myöhemmin tapahtuvaa yhteydenottoa. Akuuttivaiheen hoitoon kuuluu myös seurannan ja jatkohoidon tarpeen arvioinnin järjestäminen. (Peju-Risu 2011, 36; Henriksson & Lönnqvist 2014.)

3.4 Kriisityö

3.4.1 Kriisityöhön valmistautumisen merkitys

Psykososiaalisen päivystyksen työntekijältä edellytetään lähtökohtaisesti hyvää stressinsietokykyä sekä kykyä selviytyä vaikeista tilanteista. Ammattirooliin asettautuminen etäännyttää auttajan autettavasta, kun henkilökohtaisille tunteille ei ole tilaa. Asema toimii suojaavana tekijänä, mutta työvuoron päättyessä omat tunteet voivat ottaa vallan. Kouluttautumisella, työnohjauksella sekä harjoitteilla voidaan lisätä auttajan työkaluja oman työtehtävänsä täyttämiseksi. Ennakointi ja psyykinen valmistautuminen ovat tekijöitä, jotka auttavat suoriutumaan raskaista tehtävistä. Valmistautumisella vähennetään kokemuksen traumaattisuutta – mikäli tehtävästä annetut ennakkotiedot eivät pidä paikkaansa tai tapahtumapaikalla tapahtuu jotain yllättävää, sitä traumaattisempi tapahtuma tavallisesti on. (Saari 2000, 278.)

3.4.2 Moniammatillisuus kriisityössä

Psyykkisen ensiavun palveluihin kuuluu keskeisenä osana monimuotoinen sosiaalityö. Psyykinen kuormitus liittyy usein myös aineellisiin menetyksiin sekä muihin muutoksiin, ja siksi erilaiset elämisen fyysiset ja materiaaliset edellytykset on turvattava kiireellisesti. Käytännön tukitoimien järjestäminen esimerkiksi erilaisissa viranomaisasioissa kuuluu sosiaalityön toimenkuvaan. Terveystieteiden koordinoimaan palvelukokonaisuuteen liitetään sosiaalitoimen ympärivuorokautinen palvelu, usein sosiaalipäivystys, joka järjestää tarvittaessa asiakkaan tarpeen mukaan esimerkiksi turvallisen ympäristön kriisisijoituksena. Ympäri vuorokautinen sosiaalipäivystysjärjestelmä mahdollistaa viranomaisvaltuuksin toimivan menettelyn, jonka avulla voidaan selvittää huollettavina olevien henkilöiden huolenpitotarpeet. Sosiaalityön yhdistäminen terveydenhuoltoon ehkäisee päällekkäistä avustamista tai vaihtoehtoisesti kokonaan avun ulkopuolelle jäämistä vastuutahon laadukkaan koordinoinnin, ajan-

tasaisen ja asianmukaisen viestinnän sekä tapauskohtaisen johtamisen kautta. (STM 2009a, 20.)

3.4.3 Kriisiviestinnän merkitys

Sosiaalisen median ja internetin aikakautena median kohtelulla ja käytöllä on hyvin suuri merkitys. Tiedon laaja levittäminen suurissa onnettomuuksissa on hyvin tärkeää – toisaalta sosiaalisen median välityksellä myös perättömät huhut leviävät hyvin nopeasti. Hyvin suunniteltu ja toteutettu kriisitiedottaminen ehkäisee huhuja, mutta myös edistää vaaratilanteiden hoitamista. Viranomaisten ja hoitohenkilökunnan käytössä viestimillä ja raportoinnilla on mittaamattoman suuri merkitys asianmukaisen tilannekuvan muodostamisessa ja välittämisessä. Osaavalla, asiallisella ja oikealla viestinnällä myös ehkäistään uhreille ja heidän läheisilleen syntyvän lisähaitan määrää. (STM 2009a, 33.)

Uhrien suojaaminen medialta on osa psykososiaalisen tuen tehtäviä. Psykkisen kriisin sokkivaiheessa ihmisen oma harkintakyky on alentunut ja hän saattaa antaa lausuntoja, joita myöhemmin katuu. Uutisten kommenttiosiot nettilehdissä ovat täynnä pahaa mieltä aiheuttavia mielipiteitä ja sensaatiohakuksia kommentteja – olisikin hyvä ohjata ihmistä pidättäytymään olematta yhteydessä mediaan ensimmäisten päivien aikana tapahtuman jälkeen. Ammattilaisten toimesta julkisuuteen annettavien viestien faktat on tarkistettava huolellisesti, mahdollisuuksien mukaan vain yhden henkilön tulisi vastata tiedottamisesta. Sekundaariuhrien kannalta on hyvä muistuttaa suurta yleisöä reaktioiden normaaliudesta sekä tiedottaa avunsaantimahdollisuuksista ja ohjata kääntymään oman paikkakunnan terveyskeskuksien puoleen. (Saari 2000, 140; Dyregrov 1994a, 89.)

3.4.4 Kriisityössä jaksaminen

Näyttöön perustuva osaaminen mahdollistaa työn laadukkuuden – rauhallinen ja peloton lähestymistapa sekä kyky improvisointiin juontavat juurensa perustietoon ja osaamiseen. Henkilökohtaisen elämän mielekkyys ja arkirutiinit tasapainottavat ras-

kasta työnkuvaa. Hektisen työjakson jälkeinen vetäytyminen kriisityöstä auttaa jaksamaan työssä. (Palosaari 2008, 180.)

Oittisen (2011) tutkimuksessa kriisityön vaikutuksista kriisityöntekijään selvisi, että työssä koettu kiire koetaan hyvin kuormittavaksi. Tunne siitä, ettei omaa työtä ole aikaa tehdä kunnolla, on suuri uhka työssäjaksamiselle. Tutkimuksessa kävi ilmi myös ammattiympäristön kärsivän kiireessä tehdyistä ratkaisuista. Samankaltaisten asiakastapausten toistumisen koettiin olevan kuormittava tekijä kriisityötä tehdessä. (Oittinen 2011, 69.)

Palautumisen kannalta olennaista on defusing eli nopea purku heti tilanteen tasoituttua. Palosaari (2008, 94) vertaa henkilökunnan defusingia työvuoron jälkeiseen virkistävään suihkuun, jolloin huuhdotaan raskaat asiat pois hartioilta. Purkokokouksen tavoitteena on palauttaa henkilökunnan työkyky purkamalla järjestelmällisesti ja keskitetysti työssä kohdattu järkyttävä kokemus. Kokouksen keskusteluvaiheessa käydään läpi jokaisen asianosaisen havainnot, tehtävät ja tunteet. Informaatiovaiheessa kerrotaan uhrin tai uhrien senhetkisestä voinnista, miten tilanne tai tapahtuma on edennyt ja mahdollisesti myös tilanteeseen johtaneita taustoja. (Saari 2000, 149–151.)

Työssä jaksamiseen auttaa myös tietoinen, huolellinen palautuminen. Vaativan tehtävän jälkeen on hyvä viettää suunnitelmallinen palautuspäivä itselleen parhaaksi kokemalla tavalla; lepo, harrastukset tai kevyt liikunta antavat omille tuntemuksille tilaa. Palautuminen saattaa vaatia myös sosiaalista vetäytymistä; jopa oman perheen läsnäolo voi työssä kohdatun ihmiskuormituksen jälkeen tuntua raskaalta. Auttajan on annettava itselleen lupa itkeä, mikäli siltä tuntuu – reaktioiden puutetta ei silti tarvitse huolehtia, vaan luottaa oman mielen prosessointikykyyn. Oman toiminnan reflektointi auttaa selviytymään haastavista tehtävistä myös jatkossa. (Palosaari 2008, 188–189.; Oittinen 2011, 73–74.)

3.5 Teorian yhteenveto

Järkyttävimpiä tapahtumia ihmisen elämässä voi olla läheisen ihmisen äkillinen traumaattinen, väkivaltainen tai tapaturmainen kuolema. Tilanteen traagisuutta lisää, mitä nuorempi kuollut on. (Saari 2000, 30.) Lapsen äkillisen kuoleman seurauksena perhe joutuu kohtaamaan surun lisäksi myös akuutin henkisen kriisin (Paavola 1992, 19). Traumaattisella tavalla läheisensä menettäneet tekevät surutyön lisäksi myös traumatyötä, eli työstävät traumaattista kokemusta surunsa ohella. Surua ei pystytä käsittelemään, mikäli tapahtuman traumatisoivan ulottuvuuden miettiminen tai kieltäminen vie kaikki uhrin voimavarat. (Dyregrov 1994a, 110.)

Liikenne-, tukehtumis- ja hukkumistapaturmat, itsemurhat ja väkivalta ovat yleisimpiä lapsen tai nuoren kuolemaan johtavia tekijöitä tautikuolleisuuden lisäksi. Vuosina 2006–2011 kuoli yhteensä keskimäärin 239 alle 20-vuotiasta lasta tai nuorta vuodessa. Tapaturmaisten tai väkivaltaisten kuolemien määrä kasvaa lasten vanhetessa, kun taas odotettavissa olevien, taudeista johtuvien kuolemien määrä pienenee. (Remes 2014; Armanto & Koistinen 2007, 335.)

Arkiset, traumaattiset tapahtumat koskettavat vuositasolla huomattavan montaa ihmistä, jotka saattaisivat hyötyä ensivaiheen psykososiaalisesta tuesta. Jokaisen ihmisen psyykkinen käsittely etenee eri tavalla ja vaatii intensiteetiltään sekä ajoitukseltaan vaihtelevaa tukea, joten on mahdotonta laatia tiukasti aikatauluun sidottua tai sisällöltään yhtenevää, kerta toisensa jälkeen samankaltaisena toteutettavaa toimitusosuutta. Psykososiaalisen tuen antajalta edellytetään improvisointikykyä. Ihmisen psykologinen tila sekä avun tarve näyttäytyvät parhaiten tukiprosessin edetessä. (Saari 2000, 30; Palosaari 2008; 177.)

Moniammatillisessa psykososiaalisen tuen työryhmässä toimii ammattihenkilöstöä. Ammattiauttajista puhuttaessa tarkoitetaan niitä henkilöitä, jotka toimivat tilanteessa toimensa tai virkansa puolesta, ja heidän toiminnaltaan edellytetään konkreettisempaa välitöntä tukea kuin mahdollisilta vapaaehtoistyöntekijöiltä. (Peju-Risu 2011, 26–29.)

Lasten kuolemaa työssään kohtaavan henkilökunnan toiminnan yhdenmukaistaminen siihen erityisesti kohdennetun toimintamallin avulla ennaltaehkäisee psyykkisen trauman syntyä ja vähentää psykiatrisen jatkohoidon tarvetta. Auttajan järjestelmällinen valmistautuminen, laadukas työnohjaus sekä tapahtumakohtaiset defusing-istunnot auttavat jaksamaan vaativassa työssä. (STM 2009a, 16; Palosaari 2008, 180; Henriksson & Lönnqvist 2014.)

4 SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIIRIN PSYKOSOSIAALINEN TUKE

Satakunnan sairaanhoitopiirin psykososiaalinen tuki on toiminut Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella jo vuodesta 2005. Aiemmin ryhmä toimi nimellä henkinen ensiapu (HEA), mutta vuodesta 2014 lähtien on käytetty nimitystä kriisiryhmä. (Lehtonen 2014.) Nimen täsmentämisellä on pyritty erottamaan kolmannen sektorin vapaaehtoistyö terveydenhuoltoalan ammattilaisista muodostuvasta, Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella viranomaisoikeuksin toimivasta kriisiryhmästä. Kriisiryhmä on sairaanhoitopiirin yksikkö, joka tarjoaa moniammatillista psykososiaalista tukea sekä vastaa kriisityön tilannejohdosta ja koordinoinnista sairaanhoitopiirin alueella. Henkisellä tuella taas tarkoitetaan alueella toimivaa Suomen Punaisen Ristin henkisen tuen vapaaehtoisryhmää. (Lehtonen 2014; STM 2009a, 61.)

Kriisiryhmän toiminta on osa ensihoidon ja päivystyksen toimialuetta. Ryhmä toimii päivystysperiaatteella varallaolo-menetelmän mukaisesti. Kriisityön koordinaattori toimii virka-aikaisesti ja päivystäjä toimii päivystysaikana eli virka-ajan ulkopuolella. Ryhmän päivystäjät, kriisityöntekijät, tekevät päivystystyötä oman päätyönsä lisäksi vapaavuoroinaan. Ryhmässä toimii 13 terveydenhuollon laillistettua toimihenkilöä. Kriisiryhmän päivystäjät ovat Satakunnan sairaanhoitopiirin henkilökuntaa ja heitä sitoo vaitiolovelvollisuus. (Lehtonen 2014.)

Psykososiaalisen tuen tavoitteena on olla matalan kynnyksen palvelu, joka käytännössä tarkoittaa sitä, että avun tarpeen arviointi suoritetaan ryhmässä, ei hälyttävän tahon toimesta. Hälytyksen voi tehdä esimerkiksi hätäkeskus, sairaala, ensihoidon

toimija, poliisi tai sosiaalipäivystys. Pääasiallisesti työ on jalkautuvaa ja sitä tehdään yleensä sairaalan ulkopuolella tapahtumakohteessa, mutta tarvittaessa myös sairaalan sisällä. (Lehtonen 2014.)

Psykososiaalisen tuen toimintaa ohjaavat kansalliset ja kansainväliset säädökset, suositukset ja lait. Erityisesti terveydenhuoltolaki, valmiuslaki, pelastuslaki, sosiaalihuoltolaki, valtioneuvoston asetukset huoltovarmuuden tavoitteista sekä muut valtioneuvoston asetukset ja päätökset ovat toimintaa ohjaavia lakeja. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki – opas kunnille ja kuntayhtymille on olennainen jokaista tehtävää määrittävä ohjekirja. (STM 2009a, 44.)

Kriisiryhmällä on vuositasolla paljon asiakaskontakteja. Vuonna 2014 aikavälillä 1.1.–31.7. kriisiryhmän aktivointia vaatineita kriisitilanteita eli tapauksia oli 85. Kuoleman johdosta aktivointeja tapahtui 49, menehtyneistä lapsia oli 6. Alle 30-vuotiaita tapauksista on noin puolet, eli useimmin psyykkistä tukea kaivataan nuorta henkilöä koskettaneissa tilanteissa. Vaikka tapauksia on ollut 85, jokaista tapausta kohden on oltu yhteydessä eli kontaktoitu useampaa henkilöä. Aiemmin mainitulla aikavälillä henkilökohtaisesti kontaktoituja on ollut 435, joista suurin osa omaisia. Henkilökohtaisesti kontaktoitujen lisäksi työtä on tehty kolmen koulun oppilaiden ja henkilökunnan kanssa, joita ei ole laskettu edellä mainittuihin lukuihin. Mainitulle aikavälille sijoittuu myös keväällä 2014 Jämijärvellä tapahtunut lentoturma, jota ei ole huomioitu näissä luvuissa. (Lehtonen 2014.) Yhteenvedona voidaan siis todeta, että lapsen tai nuoren henkilön kuolemaa käsitellään niin monen henkilön kanssa, että toiminnan yhdenmukaistaminen toimintaohjeen avulla on erittäin tärkeää.

5 OPINNÄYTETYÖPROJEKTIN ESITTELY

5.1 Aiheen valinta ja toteutustavan perustelu

Opinnäytetyöprojekti alkoi syksyllä 2014, jolloin yhdessä sairaanhoitopiirin edustajan kanssa aloitettiin aiheen rajaaminen. Alustavasti aihe rajattiin koskemaan osaa-

mista kehittävän, näyttöön perustuvan materiaalin keräämistä osaksi uuden työntekijän perehdytyskansiota. Melko pian todettiin myös, että äkillisen traumaattisen kuoleman kohtaamiseen tarvitaan lisää tukimateriaalia. Perehdytyskansion osaksi liitettävä toimintaohje kehittäisi kriisityön osaamista sairaanhoitopiirin alueella. Seuraavissa työelämäyhteistyötahon kanssa käydyissä keskusteluissa työelämäyhteistyötahon ehdotuksesta toimintaohjeen aihe rajattiin koskemaan lapsen kuoleman kohtaamista. Äkillisiä traumaattisia lapsikuolemia tapahtuu Satakunnan alueella valitettavan usein; aikavälillä 1.1.–31.7.2014 kriisiryhmä aktivoitiin 6 lapsen kuollessa (Lehtonen 2014). Lasten kuolemat koskettavat paitsi uhrin läheisiä, myös ulkopuolisia sekä koettelevat auttavan henkilökunnan henkistä jaksamista.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus sekä tutkimusvies-tinnälliset raportointikeinot. Ammatilliselle kentälle luotu produkti sisältää usein toiminnan ohjeistusta, järjestämistä tai järjeistämistä. Työelämässä mestari-kisällimallilla siirtyvä kokemustieto sekä kirjallisuuskatsauksen avulla kerätty teoriatieto yhdistyvät toiminnallisen opinnäytetyön tuotteissa jäsennellyksi kokonaisuuksiksi, jotka usein räätälöidään palvelemaan sitä yksikköä, jolle työ tehdään. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Tämän opinnäytetyön toteutustavaksi muotoutui toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisuuden soveltaminen näyttöön perustuvan ohjeistuksen laatimiselle nousi tärkeimmäksi tekijäksi toteutustapaa valittaessa. Tässä työssä toiminnallisuudella tarkoitetaan siis lapsen äkillisen traumaattisen kuoleman kohtaamiseen luotavaa toimintaohjetta. Opinnäytetyönä syntynyt toimintaohje antaa näyttöön perustuvan pohjan akuutissa kriisissä olevien asiakkaiden kohtaamiseen sekä rungon, jota seuraamalla mahdollistetaan tarjotun palvelun tasainen laatu. Näyttöön perustuvien menetelmien käyttö on ensiarvoisen tärkeää hoitotyössä sekä hoitotyön laadun, potilaiden tasa-arvoisen kohtelun että eettisyyden näkökulmasta (ks. Holopainen ym. 2010, 38). Opinnäytetyön aiheen valinta ja sen kytkeytyminen Satakunnan sairaanhoitopiirin vuosien 2011–2015 strategisten tavoitteiden tutkimusohjelmaan potilaslähtöisten palveluiden ja potilaan voimavaroja tukevan painopistealueen osana varmistivat toteutustavan valinnan näyttöön perustuvaksi, toiminnalliseksi työksi (Satakunnan sairaanhoitopiirin internet-sivut 2015).

European Federation of Professional Psychologists Associations (EFPPA) on laatinut luokituksen kriisityön koulutussuosituksista. Tämän luokittelun mukaan psyykkisen ensiavun antajilla tulisi olla perustiedot traumaattisen kriisin kulusta sekä psykososiaalisesta tuesta ja sen tarjoamista palveluista. Psyykkisen ensiavun antajiksi koulutussuosituksessa määritellään kaikki ne henkilöt, jotka työssään tapaavat äkillisiä järkyttäviä tapahtumia, kuten sairaanhoitajat, poliisit, pelastushenkilöstö, toimittajat ja sosiaalityöntekijät. (STM 2009a, 68.) Tämä opinnäytetyö toimintaohjeineen on laadittu siten, että sitä on mahdollista käyttää myös edellä mainittujen ammattikuntien peruskoulutuksen osana, kun käsitellään esimerkiksi onnettomuuden immateriaalisia ulottuvuuksia.

5.2 Projektin toteutus

Aiheen ja toteutustavan valinnan pohjalta lähdettiin syys-lokakuussa 2014 keräämään sekä teoria- että tilastotietoa, jonka avulla oli mahdollista tehdä alustava runko toimintaohjeelle. Kirjallisuudesta esiin nousseiden, kriisityössä toistuvasti esiintyvien ongelmien nostaminen osaksi myös toimintaohjeen teoriaosuutta oli tässä vaiheessa tehty päätös, josta ei luovuttu projektin edetessä. Oli siis varsin varhaisessa vaiheessa selvää, että opinnäytetyön teoriaosuus tulee sisältämään myös sellaisia psykososiaalisen tuen järjestämisen kannalta olennaisia kriisipsykologian käsitteitä, joiden poisjättäminen olisi sekä psykososiaalisen tuen järjestämisen että nyt kehitettävän toimintaohjeen kannalta kriittisen osan poissulkemista. Tästä syystä opinnäytetyön teoriaosuus sisältää muun muassa trauman ja uhrin käsitteiden määrittelyt, kriisin vaiheet sekä kriisiviestinnän ja kriisityössä jaksamisen osiot, vaikka niiden osuus lapsen äkillisen kuoleman kohtaamisen akuutissa tilanteessa ei välttämättä olekaan merkittävä.

Toimintaohjetta varten kerättävän materiaalin tiedonhaku toteutettiin tarkentamalla työssä käytettäviä käsitteitä Hoidokki-asiasanaston sekä YSA Yleinen asiasanasto – palvelun avulla. Käsitteiden määrittelyvaiheessa selvisi, että aiemmin laajalti käytössä olleet käsitteet psyykkinen tuki ja kriisituki on korvattu käsitteillä kriisityö ja henkinen tuki. Nämä kaksi on pyritty erottamaan Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella siten, että kriisityö on terveydenhuoltoalan ammattilaisten tarjoamaa moniammatillista psykososiaalista tukea, joka vastaa myös kriisityön tilannejohdosta ja koor-

dinoinnista sairaanhoitopiirin alueella. Henkisellä tuella taas tarkoitetaan Suomen Punaisen Ristin henkisen tuen vapaaehtoisryhmää. (STM 2009a, 61; Lehtonen 2014.) Tästä syystä tiedonhaussa keskityttiin kriisityö-käsitteeseen, jota käytettiin hakuterminä henkisen tuen asemesta. Hakutermeinä käytettiin myös muita aihepiirin peruskäsitteitä, esimerkiksi lapsen kuolema, surutyö, traumatyö, psykososiaalinen tuki, psyykkinen sokki ja akuutti kriisi.

Tämän opinnäytetyön teoriapohjana on käytetty alan kirjallisuutta, tilastotietoja sekä tutkimuksia. Aineistonkeruussa on pyritty huomioimaan lähteiden ajantasaisuus niiltä osin kuin mahdollista. Jotkin lähteinä käytetyt teokset, kuten Atle Dyregrovin Katastrofipsykologian perusteet sekä Salli Saaren *Kuin salama kirkkaalta taivaalta* ovat jopa kaksikymmentä vuotta vanhoja julkaisuja, mutta niitä käytetään edelleen niin sanottuina käsikirjoina, joihin suuri osa tämänkin päivän kriisityöstä perustuu. Toisaalta työssä käytetyt tilastotiedot sekä valtaosa käytetyistä tutkimuksista ovat ajantasaisinta käytettävissä olevaa tietoa. Työhön käytetty teorian tieto on valittu yleistajuisista julkaisuista siten, että materiaali palvelee myös sellaisia henkilöitä, joilla ei ole aiempaa kokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä. (Ks. Hirsjärvi ym. 2005, 242.)

Tammikuussa 2015 opinnäytetyön teoreettinen osuus saavutti lopullisen muotonsa. Toimintaohjetta luonnostellessa ajatuksena oli, että toimintaohje sisältäisi yksityiskohtaisia ohjeita kussakin kriisin vaiheessa toimimiseen sekä yhteistyötahojen, kuten jatkohoitoaipaikkojen sekä viranomaisten yhteystietoja. Tässä vaiheessa oli kuitenkin selvää, että yksityiskohtaisen toimintamallin luominen olisi mahdotonta kriisityön luonteen, tehtävien monimuotoisuuden ja toimintaratkaisuiden tilannesidonnaisuuden vuoksi, joten päädyttiin monimuotoratkaisuun ja ohjeeseen sisällytettiin sekä teoria- painotteisia ohjeita että käytännön vinkkejä. Samalla työn nimi hioutui koskemaan koko psykososiaalisen tuen järjestämistä siihen vaikuttavine tekijöineen.

Opinnäytetyönä tuotettu toimintaohje on pääpainoltaan käytännön syistä teoreettinen ja kohdennettu koskemaan Satakunnan sairaanhoitopiiriä pääasiassa kriisityön koordinaattorin asiantuntijalausuntojen avulla. Tiedonkeruussa ei käytetty strukturoituja haastatteluja, vaan kohdentaminen perustui asiantuntijoiden vapaasti annettuun kokemustietoon. Työtä varten kerätty asiantuntijoiden antama kirjallinen kokemustietoa-aineisto, kuten sähköpostit sekä kriisiryhmän käyttämä perehdytysmateriaali, säily-

tettiin ja hävitettiin asianmukaisesti ja luottamuksellisesti tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti (vrt. Hirsjärvi ym. 2005, 25–28).

Opinnäytetyönä tuotettu toimintaohje valmistui maaliskuussa 2015 ja on kokonaisuudessaan liitetty laajuutensa vuoksi tämän työn liitteeksi. Valmis työ luovutetaan Satakunnan sairaanhoitopiiriin käyttöön sellaisenaan sekä sähköisessä että painetussa muodossa toukokuussa 2015. Toimintaohje on sovellettavissa myös muihin psykososiaalisen tuen päivystystilanteisiin sekä mahdollisesti myös muiden sairaanhoitopiirien käyttöön. Toimintaohjetta on mahdollisuus hyödyntää Satakunnan sairaanhoitopiiriin työnohjauksissa toukokuusta 2015 alkaen.

5.3 Toimintaohjeen rakenne

Opinnäytetyönä tuotettu toimintaohje on kokonaisuudessaan sisällytetty laajuutensa vuoksi opinnäytetyöraportin liitteisiin (liite 1). Luettelotyypisellä asettelulla tavoiteltiin selkeyttä, käytettävyyttä sekä tiiviyyttä. Toimintaohje sisältää psyykkisen ensiavun antamisen etenemisen pääkohdat loogisessa järjestyksessä peruskäsitteistä muihin huomioitaviin tekijöihin. Ohje on jaettu viiteen osaan: kriisityön peruskäsitteistö, lapsen kuolemantapauksessa tukemisen erityispiirteet, kriisin vaiheet ja niissä auttaminen, akuutin vaiheen tuen periaatteet ja muut huomioitavat asiat. Ohjeiden jaottelu viiteen erityyppiseen osioon on opinnäytetyön tekijän valinta ja perustuu sekä kriisityöntekijöiden eritasoiseen osaamiseen että kriisityön luonteeseen; perehtyjän, työntekijän tai työnohjauksen vetäjän on mahdollista keskittyä yhteen aihekokonaisuuteen kerrallaan. Esimerkiksi perehtyjä voi oman osaamisensa mukaisesti joko edetä koko toimintaohjeen alusta loppuun, tai siirtyä suoraan tarkistamaan lisäohjeita koskien sitä osa-aluetta, jonka sisäistämiseksi kokee tarvitsevansa lisäohjausta. Samoin työnohjauksessa voidaan käsitellä pelkästään kriisin vaiheita tai akuutin vaiheen tuen periaatteita, tai akuutissa kriisitilanteessa auttaja voi toimintaohjeesta tarkastaa muut huomioitavat asiat –kohdasta, onko huomionut kaikki auttamisen kannalta olennaiset osa-alueet.

Toimintaohjeeseen ei kirjattu alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen yhteistyö- tai jatkohoitopaikkojen yhteystietoja, jotta sen hyödynnettävyys tai julkisuus ei salassa pidettävien tietojen sisällyttämisen vuoksi kärsisi.

5.4 Opinnäytetyöprojektin ja toimintaohjeen arviointi

Opinnäytetyön prosessia sekä sen tuotoksena syntynyttä toimintaohjetta on parasta arvioida kokonaisuutena. Kokemustiedon, teoratiedon sekä tekijän omien oivallusten nivoutuminen loogisesti eteneväksi kokonaisuudeksi oli ajoittain haastavaa. Erityistä huomiota on kiinnitetty siihen, etteivät tekijän arvot, asenteet tai henkilökohtaiset mielipiteet ole vaikuttaneet toimintamallin sisältöön.

Opinnäytetyöprojekti on kokonaisuudessaan hyvin työelämäsidoittava ja tuotettu tilaustyönä tilaajan toimiessa myös tuotoksen laadun arvioijana, joten työn puolueeton arviointi on lähes mahdotonta. Opinnäytetyön vaikutusta hoitotyöhön sekä asiakkaiden kokemaa hyötyä ei ole tutkittu eikä täten myöskään kirjattu opinnäytetyöraporttiin, vaan ne voivat toimia esimerkiksi jatkotutkimusaiheina ja synnyttää kehittämissuhteita. Toimintaohje on sovellettavissa mihin tahansa kriisityön tehtävään ja myös muiden sairaanhoitopiirien käyttöön. Työ on viitekehykseltään yleistettävissä ja täyttää näin toiminnalliselle opinnäytetyölle asetetut vaatimukset (Vilka & Ayraksinen 2003, 82).

Opinnäytetyön tekijän on opinnäytetyössään pystyttävä vakuuttamaan työn lukija työn ja tulosten hyväksyttävyydestä sekä omasta asiantuntijuudestaan. (Vilka & Ayraksinen 2003, 81.) Tässä opinnäytetyössä, sen tuotoksessa sekä raportissa korostuvat erityisesti eettiset tekijät, joita pyrittiin argumentoimaan esittämällä monipuolisten lähteiden tuottamaa, yhdenmukaista tietoa.

Teoratiedon ja kokemustiedon yhdistäminen toimivaksi toimintaohjeeksi oli haastavaa. Julkaisuista poimitut kriisin akuutin vaiheen tukemisen periaatteet ovat ihannetilanteisiin hyvin soveltuvia, mutta käytännön kokemus on osoittanut kriisitilanteiden muuttujien määrän olevan niin suuri, ettei ole mahdollista luoda yksityiskohtaista, aikaan sidottua tai kerta toisensa jälkeen samanlaisena toistettavaa toimintamallia. Tästä syystä tässä toimintaohjeessa on pitäyditty yksinkertaisissa perusohjeissa, joita työntekijä soveltaa oman osaamisensa sekä tilanteen mukaan. Toimintaohjeessa on myös esitetty kohta ”Huomioitavat asiat”, jossa listataan muistilistanomaisesti asioita, jotka olisi hyvä huomioida.

6 POHDINTA

Opinnäytetyön toteuttaminen toiminnallisena, työn laatua kehittävänä projektina oli hyvin mielenkiintoista ja palkitsevaa. Näyttöön perustuva toiminta on voimistuva suuntaus, jota ei välttämättä käytännön hoitotyössä päivittäisen työn laadun parantamiseen ja potilaslähtöisen työskentelytavan kehittämiseen vielä osata täysin hyödyntää. Toiminnan laadun parantamisesta ja osaamisen kehittämisestä näyttöön perustuen puhutaan alan julkaisuissa valtavasti, mutta käytännön työssä on toistaiseksi vaikea nähdä konkretiaa, kuten esimerkiksi kuoleman kohtaamiseen liittyvien rutiinien päivittämistä tuoreinta tutkimustietoa soveltaen. Näyttöön perustuvaa toimintaa on myös organisaatiovastuinen, koulutusta tarjoamalla varmistettu osaamisen ajantasaisuuden sekä laadukas tiedon ja osaamisen johtaminen (STM 2009b, 54). Eksplisiittisen eli objektiivisen, täsmällisen tiedon sekä hiljaisen eli kokemustiedon siirtymiseksi kokemattoman työntekijän hyödynnettäväksi vaaditaan toimintaohjeita tai suosituksia, joissa kokemustieto on nivottu yhteen muodollisen, konkreettisen tiedon kanssa (ks. Kivinen 2008, 48). Hoitotyön suositusten laatiminen on hidasta, käyttöönotto vielä hitaampaa. Lähiaikoina olemme toivottavasti tilanteessa, jossa valmistuvat terveydenhuoltoalan asiantuntijat osaavat hyödyntää näyttöä jokapäiväisessä työssään.

Tekijän oma kiinnostus kriisityöhön on syttynyt jo ennen opinnäytetyöprojektin käynnistymistä ja vain syveni projektin edetessä ja tiedon karttuessa. Projekti antoi tekijälleen vahvistusta oikeasta alavalinnasta ja myös varmuutta sekä kriisityön että hoitotyön tekemiseen. Ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvään hoitoon kuuluu koko psykofyysissosiaalisesta hyvinvoinnista huolehtiminen, eikä hoitosuhde välttämättä katkea edes potilaan menehtymiseen – vain hoidon muoto muuttuu. Tekijän mielestä taidon auttaa ja tukea myös menehtyneen omaisia pitäisi kuulua jokaisen terveydenhuoltoalalla toimivan henkilön osaamiseen ja olla osa myös sairaanhoitajan perustutkintoa.

Opinnäytetyöprojekti kokonaisuutena oli tekijälleen hyvin antoisa. Lapsen kuolema aiheena on valitettavasti aina ajankohtainen, joten tilastotietoa löytyi kiitettävästi. Tutkimusaiheena lapsen kuolema on kuitenkin haastava, sillä aihe on hyvin arkaluontoinen. Kriisi on erittäin subjektiivinen kokemus; uhrien eli vanhempien, sisarus-

ten ja jopa työntekijöiden omat henkilökohtaiset elämäkokemukset, resilienssi sekä mielipiteet, elämäntilanteet ja -asenteet vaikuttavat siihen, millaiseksi kriisi muodostuu, eikä näin ollen voida aikaansaada luotettavaa tutkimustulosta esimerkiksi siitä, miten intensiivinen, miten tarkasti kohdistettu tai miten keskusteleva kriisityö juuri tällaisessa tilanteessa olisi asianmukaisinta. Tässä opinnäytetyössä esitellyn näytön sekä kriisityöntekijöiden kokemustiedon perusteella on kuitenkin oletettava, että akuutin vaiheen tuen peruseräpäätökset pätevät myös lapsen kuoleman kohtaamisessa.

Yhtenä tekijänä aiheen valinnassa oli myös mahdollisuus kriisityön profiilin kohottamiseen. Sosiaalisessa mediassa, keltaisessa lehdistössä ja jopa televisiossa mitä raaimmista tapahtumista tehdään viihdettä, unohtaen kyseessä olevan jonkun ihan oikeaa elämää; kyseessä on aina jonkun suru, jonkun lapsi, naapuri, pikkuserkku tai hyvänpäiväntuttu. Kulissien takana kriisityöntekijät pitävät huolta näistä ihmisistä. Voisikin sanoa, että kriisityö on silloin onnistunutta, kun se säilyy näkymättömänä. Valitettavasti käänköpuolena raskaimpia kokemuksia kohtaava henkilökunta on äärimmäisen aliarvostettua, ja – surullista kyllä – usein myös jää hälyttämättä sekä hyödyntämättä esimerkiksi hoitohenkilökunnan työssään kohtaamien vaikeiden tilanteiden purkukeinona. Vaikka psyykinen ensiapu onkin opinnäytetyön tekijän mielestä jokaisen velvollisuus, on silti tiedostettava oman osaamisensa rajat ja osattava myös aktivoida se henkilöstö, jonka erikoisalaa kriisit ovat.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyö täytti ne tavoitteet, jotka sille asetettiin. Sekä työelämäyhteistyötaho että opinnäytetyön tekijä ovat tyytyväisiä tulokseen, joka paitsi kehittää Satakunnan sairaanhoitopiirin hoitotyön laatua, myös tukee tekijän ammatillista kehittymistä sekä ammatillista osaamista. Tämän opinnäytetyön tuottaman toimintaohjeen innoittamana toivottavasti luodaan lisää samankaltaisia näyttöön perustuvia ohjeistuksia, joilla on mahdollista parantaa tarjottujen palveluiden potilaslähtöisyyttä sekä tukea potilaiden voimavaroja.

LÄHTEET

- Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.
- Aula, M. 2014. Lapsiasiavaltuutetun lausunto onnettomuustutkintakeskukselle Lasten kuolemat –tutkintaselostuksesta. Viitattu 10.1.2015. <http://www.lapsiasia.fi/nyt/lausunnot/lausunto/-/view/1879547>
- Cullberg, J. 1991. Tasapainon järkyessä. Psykoanalyttinen ja sosiaalipsykiatrinen tutkielma. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Dyregrov, A. 1994a. Katastrofipsykologian perusteet. Tampere: Tammer-paino.
- Dyregrov, A. 1994b. Lapsen suru. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2014. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa Psykiatria. Viitattu 29.11.2014. <http://www.terveysportti.fi>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hoidokki-asiasanaston internet-sivut. Viitattu 10.11.2014. <http://www.hoidokki.fi/>
- Holopainen, A., Korhonen, T., Miettinen, M., Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi - toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. Premissi 1, 38-45. Viitattu 29.1.2015. <http://www.premissi.fi>
- Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatiossa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Viitattu 22.4.2015. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1068-3/urn_isbn_978-951-27-1068-3.pdf
- Korkeila, J. 2015. Mielenterveyspalveluiden rakenteita korjaamalla parempaa hoitoa ja vähemmän häpeäleimaa. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 131, 563-564. Viitattu 25.3.2015. <http://www.terveysportti.fi>
- Käpy ry. 2011. Miten tukea lasta kun läheinen on kuollut? Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Käpy ry. 2014. Lapsen kuolema. Tietoa ja tukea lapsen kuoleman kohdanneille. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Lehtonen, J. 2014. Psykososiaalinen tuki Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Viitattu 30.11.2014.
- Leppävuori, A., Paimio, S., Avikainen, T., Nordman, T., Puustinen, K. & Riska, M. 2009. Suuronnettomuustilanteiden kriisytyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lindfors, O. 2015. Psykoterapian resurssit osuvaan käyttöön. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 131, 305-306. Viitattu 25.3.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Niemelä, S. & Blanco-Sequeiros, S. 2015. Psykiatrian merkitys korostuu sosiaali- ja terveystalouden yhdistyessä. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 131, 565-566. Viitattu 25.3.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Oittinen, S. 2011. Empatia kriisiauttamisessa. Kriisityöntekijöiden kokemuksia myötätuntostressistä ja työhyvinvoinnista Kuopion Kriisikeskuksella. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 30.1.2015. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110123/urn_nbn_fi_uef-20110123.pdf

Okunoye, L. & Taari, R. 2009. Niin lähdit enkeli kultainen, luo taivaan omien enkelten. Vanhempien tukeminen lapsen kuoleman jälkeen. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. <https://www.theseus.fi/handle/10024/5210>

Onnettomuustutkintakeskus. 2014. Lasten kuolemat. Tutkintaselostus. Viitattu 8.1.2015. <http://www.turvallisuustutkinta.fi>

Paavola, A. 1992. Lasten tapaturmakuolemat. Teoksessa Manneri, T. (toim.) Vaiettu suru – Lapsen kuolema ja perheen tukeminen. Lastensuojelun keskusliiton julkaisu 88. Helsinki: Painopörssi Oy.

Palosaari, E. 2008. Lupa särkyä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Peju-Risu, U. 2011. Äkillisesti lapsensa menettäneiden vanhempien saama ja odotama tuki. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. <https://www.theseus.fi/handle/10024/34813>

Perheentupa, J. 1992. Lasten kuolleisuus ja kuolinsyyt. Teoksessa Manneri, T. (toim.) Vaiettu suru - Lapsen kuolema ja perheen tukeminen. Lastensuojelun keskusliiton julkaisu 88. Helsinki: Painopörssi Oy.

Remes, H. 2014. Lasten ja nuorten kuolleisuuserot Suomessa. Viitattu 7.1.2015. http://www.stat.fi/artikkelit/2014/art_2014-02-26_009.html

Ruishalme, O. & Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa - Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Saari, S. 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. 5 p. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Saari, S. & Hynninen, T. 2010. Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä – suositus hyvistä käytännöistä. Suomen psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta. Viitattu 7.12.2014. http://www.psyli.fi/files/1015/Kriisityo_suositus_2010.pdf

Salo, O. & Tuunainen, K. 1996. Da Capo – alusta uudelleen. Kliininen psykologia. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Satakunnan sairaanhoitopiirin internet-sivut. Viitattu 10.4.2015. <http://www.satshp.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009a. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:16. Viitattu 20.3.2015.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10736.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009b. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Viitattu 22.4.2015.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf

Terveydenhuoltolaki. 2010. 30.12.2010/1326 muutoksineen. Viitattu 17.11.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tilastokeskus. 2007. Tieliikennekuolemien määrä laski yli 10 prosentilla vuonna 2006. Viitattu 7.1.2015. http://www.stat.fi/til/ton/2006/ton_2006_2007-08-10_kat_001.html

Traumaterapiakeskuksen internet-sivut. Viitattu 18.11.2014.

<http://www.traumaterapiakeskus.com>

Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt. Käypä hoito –suositus. Viitattu 20.3.2015.

<http://www.kaypahoito.fi>

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

LAPSEN ÄKILLINEN TRAUMAATTINEN KUOLEMA

**Psykososiaalisen tuen järjestäminen
Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella**



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

4/2015 (ES)

Tämän toimintaohjeen tavoitteena on yhdenmukaistaa kriisityön toimintaa lapsen äkillisessä traumaattisessa kuolemantapauksessa Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella. Toimintaohje sisältää sisältää viisi osaa: aiheen kannalta olennaisimmat kriisityön peruskäsitteet, lapsen kuolemantapauksessa tukemisen erityispiirteet, kriisin vaiheet ja niissä auttaminen, akuutin vaiheen tuen periaatteet ja muut huomioitavat asiat.

KÄSITTEITÄ

TRAUMA

Voimakas tapahtuma ihmisen elämässä, johon ihmisen ei ole mahdollista vastata adekvaatisti ja jolla on voimakas, pitkään jatkuva vaikutus ihmiseen

TRAUMAATTINEN TAPAHTUMA

Uhkaa ihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista olemassaoloa ja koettelee elämänarvoja, identiteettiä tai maailmankuvaa ja mahdollisesti muuttaa koko elämää

TRAUMAATTINEN KRIISI

Elämän luonnollisesta muutoksesta selvästi poikkeava kriisi; vaikeinta käsitellä on normatiivisen kriisin (kehityskriisin) keskelle ajoittuva traumaattinen kriisi

UHRI

Onnettomuuden suorat ja epäsuorat kohteet, fyysisesti loukkaantuneet ja loukkaantumattomat sekä heidän omaisensa; potentiaalisia uhreja puoliso, vanhemmat, lapset, muut sukulaiset, ystävät, työ- ja koulutoverit, kaikki henkilöt, jotka työtä tehdessään jatkuvasti kokevat tai altistuvat vaaralle, uhkalle, fyysiselle tai psyykkiselle tuskalle ja järkyttävälle tapahtumille

RESILIENSSI

Psyykinen kestävyys; kehittyä, kun ihminen kohtaa elämänsä aikana sopivan määrän vaikeuksia tai vastoinkäymisiä ja saa niiden käsittelyyn sekä tukea että opastusta

PSYKOSOSIAALINEN TUKI

pyrkii vaikuttamaan kriisireagointiin tarjoamalla tukea ja apua onnettomuuden uhreille tai järkytyksen kokeneille; akuutin vaiheen psykososiaalinen tuki mahdollisuus lievittää sietämätöntä psyykkistä kipua

SatSHP KRIISIRYHMÄ

alueella viranomaisoikeuksin toimiva, sairaanhoitopiirin työntekijöistä koostuva yksikkö, joka tarjoaa moniammatillista psykososiaalista tukea sekä vastaa kriisityön tilannejohdosta ja koordinoinnista

HENKINEN TUKI

alueella toimiva Suomen Punaisen Ristin vapaaehtoisryhmä

LAPSEN ÄKILLINEN KUOLEMA

Kaiken sen lisäksi, mitä vanhempi on aiemmin ollut, hän on nyt myös kuolleen lapsen vanhempi.

Käpy ry.

Suru, kaipaus, masennus, ahdistus, pelko, viha, syyllisyys, häpeä.

Jokainen suree omalla tavallaan.

LAPSEN KUOLEMAN NOSTATTAMAT REAKTIOT

- Järkyttävimpiä tapahtumia ihmisen elämässä on läheisen ihmisen äkillinen traumaattinen, väkivaltainen tai tapaturmainen kuolema
- Äkillinen suruviesti laukaisee ihmisessä ensireaktion psykkinen sokin
- Mitä järkyttävämpi tilanne, sen pidempään voi sokkivaihe kestää ja mitä nuorempi kuollut, sitä traagisempi tilanne
- Perhe kohtaa surun lisäksi myös akuutin henkisen kriisin
- Vanhempien syyllisyydentunne usein hyvin raskas, syyllistä etsitään usein joko itsestä tai ulkopuolelta
- Surutyötä usein monessa yhteisössä; suku, päiväkodit, koulut, työpaikat, harrastusporukat sekä henkilöt, jotka olisivat saattaneet joutua mukaan tapahtumiin, auttajien läheiset ja omaiset sekä kaikki muut, joiden henkistä tasapainoa traumaattinen kuolema järkyttää

SURUTYÖ PERHEESSÄ

VANHEMMAN SURU

Lapsen yllättävä kuolema on hyvin traumaatisoivaa ja jakaa elämän aikaan ennen ja jälkeen lapsen kuoleman. Kuolemalle etsitään syytä, miksi ja mitä varten -kysymykset ovat hyvin tyypillisiä. Surun kohtaaminen on jokaiselle hyvin yksilöllinen ja henkilökohtainen tapa, ja auttajan onkin pystyttävä tunnistamaan erilaiset surutavat voidakseen auttaa parhaalla mahdollisella tavalla tapahtuman ja surun käsittelyssä.

Lapsensa menettäneen vanhemman suru saattaa olla hyvin kokonaisvaltaista, muuttaa koko maailmankuvan ja ihmiskäsityksen. Kuolleen lapsen tilalla on tyhjä aukko, joka muuttaa perheen sisäisiä ja ulkoisia suhteita. Lapsen menetys vaikuttaa aina parisuhteeseen, mutta vaikutus voi olla sekä kielteinen että myönteinen. Jos perheessä on muita lapsia, vanhemman kokema menetys voi muuttaa suhtautumista myös heihin (suoje-lunhalu vs. torjunta).

LAPSEN SURU

Lapsen tunnekokemus ja resilienssi voivat vaihdella hyvin paljon lapsen iästä, aiemmista ikävistä kokemuksista ja muun perheen käyttäytymisestä riippuen. Lapsi käsittelee kuolemaa oman kehitysvaiheensa mukaisesti, ja tunteet voivat vaihdella vihasta pelkoon ja syyllisyydestä ikävään. Lapsi saattaa myös kokea, ettei hänellä ole oikeutta suruun. Nuori voi kokea tehtäväkseen vanhempien suojelemisen ja ottaa vastuuta arjen sujumisesta.

MUISTETTAVA

Vältä abstrakteja termejä puhuessasi surusta lapsen kanssa.

On tärkeää, että lapset otetaan surutyöhön mukaan ja heidän surulleen annetaan myös tilaa.

KRIISIN VAIHEET

SOKKIVAIHE

REAKTIOVAIHE

KÄSITTELYVAIHE

UUELLEEN SUUNTAUTUMINEN

SOKKIVAIHE

- Alkaa välittömästi traumaattisen tapahtuman jälkeen
- Voi kestää muutamista hetkistä muutamisiin vuorokausiin
- Käytös näyttää usein ulospäin tyyneydeltä ja hyvältä toimintakyvyltä (sisäinen lamautuminen)
- Kykenemättömyys käsittää tapahtunutta tai tapahtuneen kieltäminen
- Hyvin harvinaista psykoosiasteinen kiihtymystila
- Sokin tehtävänä on suojata mieltä tapahtumilta, jotka ovat liian vaikeita kohdattavaksi

SOKKIVAIHEEN AUTTAMINEN

- Tärkeintä turvallisuuden kokemus, tunne auttajien osaamisesta, rauhallisuus
- Levollinen läsnäolo ja kyky eläytyä tilanteeseen, aito empaattisuus
- Tieto annettava helposti käsiteltävissä muodossa, tärkeää konkreettinen ohjaus ja toimenpiteet
- Keskeisimpiä uhkia auttajan osamattomuus käsitellä vaikeita tunteita

MUISTETTAVA

Harvoin tulevaisuuden perspektiiviä:
ei tulevaisuutta = ei lohtua

REAKTIOVAIHE

- Alkaa kun välitön uhka on ohi
- Kestää joistakin viikoista muutamisiin kuukausiin
- Keskeistä muuntuneen todellisuuden kohtaaminen ja tapahtuneen ymmärtäminen
- Kokemuksen läpikäyminen ja tuskalta suojautuminen vaihtelevat resilienssin mukaan
- Hyvin harvinaista psykoosiasteinen kiihtymystila
- Tärkeää asteittain aktiivisemmin tapahtuva kokemuksen kertaaminen

REAKTIOVAIHEEN AUTTAMINEN

- Oleellista kuulluksi ja välitetyksi tulemisen tunne
- Vaatii auttajalta kärsivällisyyttä: syyllisyys ja rangaistuksi tulemisen tunne psykyen keino käsitellä aggressiota
- Selkeän tiedon välittäminen, tiedon vastaanotto- ja käsittelykyvyn arviointi
- Keskeisimpiä uhkia auttajan osamattomuus käsitellä vaikeita tunteita

MUISTETTAVA

Repetitio-kokemukset ja sympaattisen hermoston oireet luonnollisia

KÄSITTELYVAIHE JA UUELLEEN SUUNTAUTUMINEN

- Liittyvät tapahtuman läpikäymiseen ja sen liittämiseen osaksi elämää
- Käsitelyvaihe kestää kuukausia, uudelleen suuntautuminen tapahtuu vähitellen (n. 1-2 vuotta)
- Tapahtunut aletaan hiljalleen hyväksyä ja varsinaista surutyötä voidaan tehdä
- Käsiteltävänä vaikeita tunteita kuten syyllisyys, vastuu, viha

HUOMIOI, ETTÄ

sokki- ja reaktiovaiheessa ihminen on usein halukas purkamaan asioita puhumalla, kun taas työstämisyksivaiheessa käsitely kääntyy sisäänpäin eikä ihminen juuri enää tapahtumasta puhu.

Tämä ei kuitenkaan tarkoita kriisin käsittelyn loppumista.

YLEISIÄ PSYKEN OIREITA KRIISIN KÄSITTELYN AIKANA

- Traumaattisen tapahtuman toistumisen ja kokemisen ilmeneminen hyvin tavallista
- Repetitiokokemukset, erityisesti tapahtumaan liittyvät toistuvat painajaisunet tyypillisiä tuntemuksia
- Välttämiskäyttäytymistä voi vahvistaa ahdistuksen lisääntyminen tapahtumasta muistuttavien asioiden kohdalla
- Dissosiativiset ilmiöt ja palaumat voivat muistuttaa psykoottista aistiharhaista tilaa
- Toistuvat traumamielikuvat voidaan virheellisesti tulkita pakkoajatuksiksi
- Elämän kapeutumiseen voivat vaikuttaa traumatapahtumaan liittyvät muistivaikeudet tai -vääristymät, vieraantumisen tai eristymisen tunne sekä kohtuuttomat itsesyytökset (muistuttavat masennusoireita)
- Negatiiviset oireet, mm. mielialanvaihtelut tai kognitiiviset muutokset voivat vaikuttaa ihmisen kykyyn tunnistaa traumaattisen tapahtuman kytköstä huonovointisuuteensa

JOS KRIISINKÄSITTELYPROSESSI HÄIRIINTYY...

Jos kriisinkäsittelyprosessi häiriintyy, voi ihminen juuttua johonkin kriisin vaiheeseen. Esimerkiksi sokkivaiheeseen kiinnittyminen voidaan nähdä torjuntana tai kieltämisenä. Trauma koetaan liian ahdistavaksi tai pelottavaksi kohdata. Kieltäminen voi olla niin kokonaisvaltaista, ettei koko tapahtumaa muisteta tai osittaista, jolloin tapahtuma muistetaan, mutta sitä ei pystytä käsittelemään. Traumaattinen tapahtuma suljetaan pois tietoisuudesta ja psyykinen trauma syntyy. Epäonnistuneella kriisin käsittelyllä voi olla psykiatrista jatkohoitoa vaativa vaikutus.

MUISTETTAVA

Ihminen psykologinen tila sekä avun tarve näyttäytyvät parhaiten tukiprosessin edetessä.

AKUUTIN VAIHEEN TUKEA

**JOKAINEN AUTTAMISTILANNE ON ERILAINEN.
JOKAISEN IHMISEN PSYKKINEN KÄSITTELY ETENE ERI
TAVALLA JA VAATII INTENSITEETILTÄÄN
SEKÄ AJOITUKSELTAAN VAIHTELEVAA TUKEA.**

PSYKOSOSIAALISEN TUEN PERIAATTEITA

Ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisen tunteen merkitystä ei voida korostaa liikaa. Ihmisen on saatava kerrata tapahtunutta. Ensivaiheessa auttaja on sokkivaiheessa olevalle henkilölle kiintopiste, ulkoinen minä, joka peilaa ajatuksia ja estää hajanaisuuden tunteen leviämistä. Akuutin vaiheen psykososiaalinen tuki voidaan ajatella mahdollisuutena lievittää sietämätöntä psyykkistä kipua, mutta menetyksen korvaaminen on tietenkin mahdotonta. Auttajien emotionaalista tukea voi olla esimerkiksi osanotto suruun, läsnäolo, kuunteleminen ja keskusteleminen. Tiedollisen ja konkreettisen tuen antamisella tarkoitetaan tietojen ja ohjeiden suullista ja kirjallista antamista. Tietoa kaivataan esimerkiksi avunsaantipaikoista, vertaisryhmistä ja avun jatkuvuudesta, mutta myös konkreettinen tieto tapahtu-

neesta sekä käytännön asioista ja niiden hoitamisesta on tärkeää. Lamautumisen aiheuttama toimintakyvyn lasku edellyttää auttajalta konkreettisia tekoja autettaviensa ohjaamisessa. Näitä voivat olla esimerkiksi yhteydenpito läheisiin, kouluun tai työpaikalle, perheen muista lapsista huolehtiminen, kuljetuksen järjestäminen onnettomuuspaikalle tai ruoan tai lämpimien huopien tarjoaminen.

MUISTETTAVA

Oikeita sanoja ei tarvitse etsiä
- ne tulevat kyllä, jos niitä tarvitaan.

AKUUTIN VAIHEEN TUEN PERIAATTEET

- Keskittyä kriisin aiheuttaneeseen tapahtumaan ja sen käsittelyyn
- Oikea ajoitus ja oikea lähestymistapa: tapahtumia käsitellään asianomaisen tahdisa sitä mukaa, kun hän on tapahtunutta valmis prosessoimaan
- Psykoedukaatio (autettavan valmentamiseen tuleviin tapahtumiin ja reaktioihin)
- Psykkinen supportio (aktiivista kuunteleminen, reaktioiden vastaanottamista ja säilymistä sekä keskustelun pitämistä avoimena)
- Jatkohoidon tarpeen arviointi sekä sen järjestäminen

ENSIVAIHEEN PSYKOSOSIAALINEN TUKEA

- Onnettomuuden sattuessa ihminen pyrkii sulkemaan tuskalliset asiat mielestään mahdollisimman nopeasti säilyttääkseen turvallisuudentunteensa ja uskonsa maailman oikeudenmukaisuuteen
- Tavoitteena resilienssin kehittäminen ja traumaattisen tapahtuman liittäminen osaksi elämää
- Kriisityöntekijän pystyttävä omalla toiminnallaan edistämään yksilön sekä yhteisön turvallisuuden ja pysyvyyden tunnetta, tuettava realistista toivoa sekä autettava ihmistä säilyttämään yhteyksiä lähimpiinsä.

AMMATTIAUTTAJAN TEHTÄVÄT

Ammattiauttajat toimivat tilanteessa toimen-
sa tai virkansa puolesta; sairaanhoitajat,
poliisit, ensihoitajat, lääkärit, kriisiyönteki-
jät, papit, sairaalapastorit ja sosiaalityönteki-
jät). Pääasiassa ammattiauttajilta odote-
taan emotionaalisen tuen ja aidon empaattii-
suuden lisäksi konkreettista tukea sekä
tietoa käytännön asioista ja niiden hoitami-
sesta ja myöhemmin tapahtuvaa yhtey-
denottoa.

Auttajan on pystyttävä psykoedukaatioon eli
autettavan valmentamiseen tuleviin tapah-
tumiin ja reaktioihin, sekä psyykkiseen
supportioon, joka tarkoittaa aktiivista
kuuntelua, reaktioiden vastaanottamista ja
säilömistä sekä keskustelun pitämistä
avoimena.

Psykososiaalista tukea antavalta eli kriisiyö-
tä tekevältä henkilöltä ei edellytetä psykote-
rapeuttista erityiskoulutusta, mutta on
selvää, että työnohjauksesta ja aiheeseen
liittyvästä täydennyskoulutuksesta ja tiedon
ajantasaistamisesta on hyötyä. Pää-
asiallisena työnään kriisiyötä tekeville
henkilöille jatkokoulutus on välttämätöntä
suuronnettomuus- ja erityistilannetehtäviin
valmistauduttaessa.

ELI...

- Toiminnalta edellytetään konkreettisempaa välitöntä tukea kuin mahdollisilta vapaaehtois-työntekijöiltä
- Ohjauksellinen ulottuvuus (psykoedukaatio)
- Sairaalaolosuhteissa lääkityk-
sen mahdollisuus
- Seurannan järjestäminen sekä
jatkohoidon tarpeen arviointi
- Follow-up eli myöhemmin
tapahtuva yhteydenotto

Psykoedukaatio =

autettavan valmentaminen tuleviin
tapahtumiin ja reaktioihin

Psyykinen supportio =

aktiivinen kuuntelu, reaktioiden
vastaanottaminen ja säilöminen
sekä keskustelun pitämistä
avoimena

PSYKOSOSIAALISEN TUEN MUOTOJA

Sosiaalista tukea on uhrien saama välitön tuki puolisoiltaan, mahdollisilta perheen muilta
lapsilta, sukulaisilta, ystäviltä, työkavereilta sekä ammattiauttajilta. Sosiaalisella tuella tarkoi-
taan yleensä vuorovaikutuksellista eli emotionaalista tai konkreettista tukea, jolla pyritään
lisäämään henkilön toimintakykyä ja koherenssin tunnetta.

EMOTIONAALINEN TUKI

Emotionaalisesta tuesta puhutaan, kun
autettavalle pyritään lohduttamisen, kosket-
tamisen ja kuuntelemisen avulla luomaan
tunne välittämistä. Auttajien emotionaa-
lista tukea voi olla esimerkiksi osanotto
suruun, läsnäolo, kuunteleminen ja keskus-
teleminen.

KONKREETTINEN TUKI

Tiedollisella tuella tarkoitetaan tietojen ja
ohjeiden suullista ja kirjallista antamista
(avunsaantipaikat, vertaisryhmät, avun
jatkuvuus, konkreettinen tieto tapahtunees-
ta sekä käytännön asioista ja niiden hoitami-
sesta). Konkreettisia toimia voivat olla mm.
yhteydenpito läheisiin, kouluun tai työpai-
kalle, perheen muista lapsista huolehtimi-
nen, kuljetuksen järjestäminen onnetto-
muuspaikalle tai ruoan tai lämpimien
huopien tarjoaminen.



HUOMIOITAVIA ASIOITA

PYRI SELVITTÄMÄÄN HÄLYTYKSEN SAADESSASI

TAPAHTUMATIEDOT

Mitä on tapahtunut ja missä?
Osallisten henkilötiedot, jos saatavilla.

SIJAINTI

Missä uhrin odottavat, onko kysytty
lupa päivystäjän käyttämiseen?

LISÄTIEDOT

Kuka antaa tilanteesta lisätietoja:
päivystys, poliisi, ensihoito, 112?

KONTAKTOITAVIA TAHOJA

LAPSEN LÄHEISET:

Vanhemmat, sisarukset, isovanhemmat,
muut sukulaiset

PERHEEN LÄHEISET:

Naapurit, päiväkodit, koulut, työpaikat, har-
rastusryhmät

AMMATTIHENKILÖT:

Tehtävään osallistunut henkilöstö:

Hoitohenkilökunta, lääkärit, poliisit, pelas-
tushenkilöstö, sosiaalityöntekijät

Muut tarvittavat tahot:

esim. ensihoidon kenttäjohto, sosiaali-
päivystys

SIVULLISET:

Paikalla olleet, valokuvaajat, vapaaehtoiset
(SPR hea/vapepa) jne

KRIISIVIESTINNÄSSÄ HUOMIOI, ETTÄ

JULKISUUTEEN ANNETTAVIEN VIESTIEN

FAKTAT on tarkistettava huolellisesti -
mahdollisuuksien mukaan tiedotusvastuu
vain yhdelle henkilölle!

SURUVIESTIN TOIMITTAA AINA POLIISI,
mutta kriisityöntekijä voi olla tehtävällä
mukana jo siinä vaiheessa.

OSAAVALLA JA OIKEALLA viestinnällä
ehkäistään uhreille ja heidän läheisilleen
syntyvän lisähaitan määrää.

VASTAANOTTO SAIRAALAOLOSUHTEISSA

JÄRJESTÄ rauhallinen, turvallinen tila

TARJOA ruokaa, juomaa, vaatetta, vuode

VARMISTA yhteydet läheisiin ihmisiin

MUISTA psykoedukaatio ja realiteetit

SELVITÄ sosiaalityöntekijän tarve

HUOLEHDI ilmoittamisesta töihin/kouluun

JATKOHOIDON JÄRJESTÄMINEN

- Akuutissa tilanteessa esim. päivystyspoli-
klinikka/-osasto
- Vanhempien työterveyspalvelut
- Lapsen kouluterveydenhuolto: terveyden-
hoitaja, kuraattori, koulupsykologi
- Asiakkaiden kotikunnan palvelut: perus-
terveydenhuolto, vastaanottoryhmät, psy-
kiatriset sairaanhoitajat, muut avohoitopaik-
kat
- Tarvittaessa laitoshoido: psykiatrian vas-
taanotto-osastot

MUISTA!

- Stressioireiden kaltaisia oireita aihe-
uttavat muut mahdolliset tekijät
- Lasten ja vanhusten vaatima erityinen
huolenpito
- Kontrolloidun liikkumismahdollisuu-
den järjestäminen motorisesti rauhatto-
mille, mutta vasta keskustelun jälkeen
- Paniikkialttiiden uhrien havaitseminen
ja "tartunnan" estäminen
- Voimakkaiden psykosomaattisten oi-
reiden syntymekanismien yksinkertainen
selittäminen uhrille, käytä selkokieliisiä
termejä
- Oman rauhallisen esiintymisen käyt-
täminen esimerkkinä

**Tee arvio kriisityön tarpeesta sen
perusteella, mitä on tapahtunut,
ei pelkästään sen pohjalta,
miten osalliset voivat.**

