



Diak

Hanna Kaivola

Mia Selander

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden

ammattikorkeakoulututkinto

Terveystieteiden (AMK)

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö, 2019

DEFUSING-OHJAAJAN OPAS HAARTMANIN SAIRAALALLE

TIIVISTELMÄ

Hanna Kaivola
Mia Selander
Defusing-ohjaajan opas Haartmanin sairaalalle
35 sivua, 1 liite
Marraskuu 2019
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja (AMK)
Sairaanhoitaja (AMK)

Purkukeskustelu (defusing) ja jälkipuinti (debriefing) ovat osa Critical Incident Stress Management- eli CISM-menettelyä, jolla pyritään ryhmämuotoisella vertaistuellalla edistämään traumaattisista tilanteista palautumista ja ehkäisemään posttraumaattisten reaktioiden syntymistä. Menettely on suunnattu henkilöstölle, joka altistuu ammatissaan potentiaalisesti traumaattisille tapahtumille. Purkukeskustelun tai jälkipuinnin tarve määrittyy olosuhteiden, ei esimerkiksi tilanteessa mukana olleiden henkilökohtaisten ominaisuuksien, mukaan.

Auttaja-ammateissa inhimillisyyden säilyttäminen vaatii aktiivista työtä, sillä vaarana on kyynistyminen. Ryhmässä tapahtuvalla itsereflektiolla on tutkimusten mukaan myönteinen vaikutus niin hoitajan mielenterveyden kuin hänen henkisen hyvinvointinsakin ylläpitämiseen ja parantamiseen. Tätä työskentelyä hoitohenkilökunnan on työtehtäviin liittyen tehokkainta tehdä työpaikalla ja työajalla.

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia tilauksesta Haartmanin sairaalan käyttöön defusing-opas eli opas purkukeskustelun ohjaajille. Toinen opinnäytetyön tekijöistä oli 11 vertaisohjaajan muodostaman jälkipurkuryhmän puheenjohtajana tullut tietoiseksi oppaan tarpeesta.

Opas laadittiin keräämällä yhteen Mia Selanderin perehdytyskoulutuksista ja kriisityöaiheisilta luennoilta sekä alan keskeisestä suomenkielisestä kirjallisuudesta saadut purkukeskustelujen ohjaamista koskevat tiedot. Oppaan rakenne suunniteltiin tukemaan oikeaoppista purkukeskustelumenettelyä. Oppaasta pyydettiin vaiheittain palautetta kohderyhmältä ja lopuksi purkukeskusteluohjaajien kouluttajalta. Saadut palautteet on huomioitu oppaan lopullisessa versiossa.

Asiasanat: purkukeskustelu, hoitohenkilöstö, työhyvinvointi, myötätuntopuominen, henkilöstökoulutus, oppaat (teokset)

ABSTRACT

Hanna Kaivola

Mia Selander

A guide for the defusing facilitators at the Haartman hospital

35 pages, 1 appendix

November 2019

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Option in Registered Nurse, Public Health Nurse

Option in Registered Nurse

This thesis was produced in co-operation with the Haartman Hospital, Helsinki. The purpose of this practice-based thesis was to provide a written guide for Haartman hospital Defusing Group facilitators. One of the writers has been chairing the group for the last two years and has thus become aware of the need for a written guide.

The guide includes information gathered from literature and from trainings and lectures. Its structure was formulated to support the correct form of the defusing method. Feedback was gathered in several stages from both the Defusing Group members and then one of their trainers. All the acquired feedback was considered and some of it was used to create the final version of the guide.

Both defusing and debriefing are parts of the Critical Incident Stress Management (CISM) protocol. It is a protocol used to prevent post-traumatic reactions and to recover from these reactions. It has been developed specifically for professionals who are at risk in becoming subject to potentially traumatic events. The need for a defusing session is defined by circumstances, not the personal qualities of the persons involved.

Helping professions require active work to maintain humanity and to avoid becoming cynical. According to studies, group-based self-reflection has a positive effect on nurses' mental health as well as their mental wellbeing. Such reflective work is efficient when done at the workplace during working hours.

Keywords: defusing, debriefing, traumatic crisis, compassion fatigue, occupational wellbeing

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1 Psykkinen työhyvinvointi hoitoalalla	6
2.1.1 Psykkisen työhyvinvoinnin voimavarat ja haasteet.....	7
2.1.2 Rakentava ja myötäelävä vuorovaikutus hoitotyössä.....	12
2.2 Akuuttihoiton luonne.....	13
2.3 Traumaattinen kriisi.....	14
2.4 Purkukeskustelu ja jälkipuinti	17
3 OPPAAN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS	21
3.1 Yhteistyökumppanina Haartmanin sairaala.....	21
3.2 Oppaan tarkoitus.....	23
3.3 Oppaan rakenne ja ulkonäkö	24
3.4 Oppaan kokoamisprosessi.....	25
3.5 Eettisiä näkökulmia	28
4 POHDINTA	30
LÄHTEET.....	33

1 JOHDANTO

Hoitotyö ja päivystyssairaalassa työskentely altistavat hoitohenkilökuntaa erilaisille stressitilanteille. Työhyvinvointia on tutkittu laajalti ja työhyvinvointia lisääviä tekijöitä, kuten ergonomiaa, autonomista työvuorosuunnittelua ja erilaisia johtamisen malleja on otettu käyttöön jo useamman vuosikymmenen ajan. Samaan aikaan tilastot kertovat työntekijöiden uupumisesta ja alanvaihtajien määrän suuresta kasvusta.

Henkiseen työhyvinvointiin tulisi näyttöön perustuen kiinnittää enemmän huomiota ja lisätä johtamisen painopistettä siihen suuntaan. Esimerkiksi väkivalta ja väkivallan uhka ovat nousseet suuriksi uhkatekijöiksi hoitoalan työntekijöiden henkiselle työhyvinvoinnille. (ks. Flinkman 2014; Hulkko & Piispa 2009; Saari 2008; Työvoimatutkimus 2019.)

Sairaanhoitajista on pulaa. Mervi Flinkmanin 2014 tekemän väitöskirjan mukaan noin neljäsosa (24 %) nuorista sairaanhoitajista on tuonut esiin aikomuksia alanvaihdosta kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Työpaikkaa oli aikeissa vaihtaa jopa 37 %. Taustatekijöitä on monia ja niissä korostuvat sosiaalisen tuen puute ja työtaakan alla uupuminen. (Flinkman 2014, 69–70.)

Suomessa työväkivaltaa kokeneiden määrää tutkittaessa huomattiin jo kymmenen vuotta sitten, että jopa kolmannes työväkivaltaa kokeneista työskenteli terveydenhuolto- tai sosiaalialalla. Vartiointialakin jäi kauaksi taakse, vaikka siinä perustyönkuvaan kuuluu väkivaltatilanteiden hallinta. (Hulkko & Piispa 2009.)

Terveydenhuoltoalalla negatiiviset tapahtumat ja toistuva altistuminen niille voi johtaa kumulatiiviseen stressiin, joka näkyy monesti kyynistymisenä, alan vaihtamisen harkitsemisena, lisääntyneinä sairauspoissaoloina ja muutosvastarintaisuutena, puhumattakaan tutkimuksissa todetuista psyykkisistä ja fyysisistä vaikutuksista. Ilman tehokkaita stressin purkamiskeinoja kumulatiivinen vaikutus johtaa työntekijän myötätuntouupumiseen (engl. compassion fatigue),

potilashoidon laadun heikkenemiseen ja hoitovirheisiin. (Maloney 2012, 110; Palosaari, 2008, s.183; Tuckey & Scott 2014, 38–39; Rothschild 2010, 23.)

HUS-Akuuttiin kuuluvien Haartmanin, Malmin ja Meilahden päivystys- ja valvontaosastojen johtava ylihoitaja Veronica Renwallin (henkilökohtainen tiedonanto 15.1.2019) mukaan päivystyssairaalityöhön sisältyy väistämättä psyykkisesti kuormittavia tilanteita muun muassa isojen potilasmäärien takia. Hänen kertomansa mukaan hoitohenkilökunnan defusing-toiminta on ollut käytössä siitä asti, kun Helsingin kaupungin alainen Marian sairaalan päivystys siirtyi uuteen Haartmanin päivystyssairaalaan noin kymmenen vuotta sitten. Tähän asti defusing-ryhmän vertaisohjaajat ovat toimineet aiheeseen perehdyttävän koulutuksen pohjalta ilman yhtenäistä kirjallista materiaalia. Aloittaessamme oppaan kirjoittamisen ryhmässä toimi 11 vertaisohjaajaa ja ryhmän puheenjohtajana toimi toinen tämän opinnäytetyön tekijöistä, Mia Selander.

Opinnäytetyömme tavoite oli laatia Haartmanin sairaalan käyttöön kirjallinen opas purkukeskustelujen vertaisohjaajille. Opinnäytetyön tuote on tarkoitettu helpottamaan purkukeskusteluiden järjestämistä sekä ohjaamista. Kirjallisen oppaan olemassaolo voisi auttaa purkukeskustelukäytännön leviämistä muihin HUSin ja Helsingin kaupungin yksiköihin ja siten edistää hoitoalan ammattilaisten psyykkistä työhyvinvointia.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Psyykkinen työhyvinvointi hoitoalalla

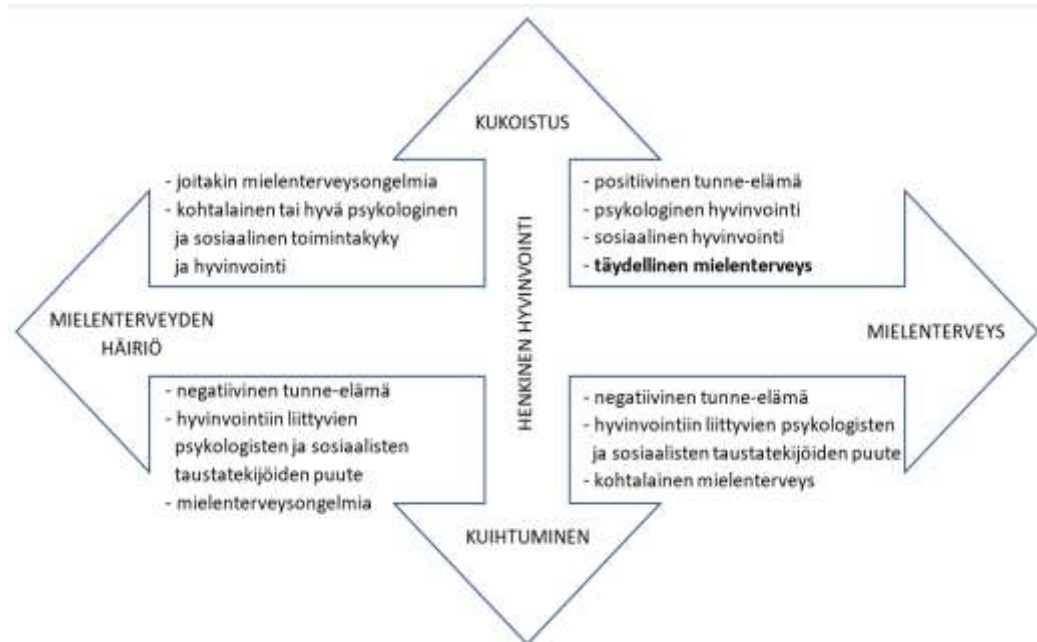
Auttamisaloilla huolen pitäminen itsestä ja omasta työkyvystä on eettinen velvollisuus (Talentia 2017, 47).

Määrittelemme psyykkisen työhyvinvoinnin käyttäen apuna THL:n opasta Mielen-terveyden edistäminen työpaikalla. Oppaan luvussa Positiivinen mielen-terveys (Tamminen & Solin 2013, 12–13) mieleltään hyvinvoivan ihmisen katsotaan antavan “onnistuneesti oman panoksensa yhteisölle ja yhteiskunnalle niin työelämässä, ihmissuhteissa kuin vanhemmuudessa”.

Samasta lähteestä on peräisin Kuviossa 1 esitelty kahden ristikkäisen janan muodostama Keyesin (2002) mielen-terveyden jatkumo. Kuviossa havainnollistetaan suomeksi käännettyin termein Keyesin hyvinvointimalli; henkistä hyvinvointia (Emotional Well-being) kuvaava kukoistus – kuihtuminen (Flourishing – Languishing) -jatkumo sekä mielen-terveyden jatkumo (Mental Health Continuum). Ihmisen henkinen hyvinvointi voi siis kukoistaa, vaikkei hänen mielen-terveytensä olisikaan täydellinen. Samoin on mahdollista ainakin alle kahden kuukauden mittaisia jaksoja olla mieleltään terve, vaikka ei voikaan henkisesti hyvin. (Tamminen & Solin 2013, 12–13.)

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee puolestaan mielen-terveyden seuraavasti: “Mielen-terveys voidaan ymmärtää hyvinvoinnin tilana, jossa yksilö pystyy toteuttamaan itseään, kestää elämän tavanomaisia rasituksia, pystyy työskentelemään tuottavasti ja tuloksekkaasti ja antamaan oman panoksensa yhteisölle.” (Tamminen & Solin 2013, 12.)

Edellä mainittujen lähteiden määritelmät yhdistäen määrittelemme psyykkisen työhyvinvoinnin tilana, jossa työntekijä pystyy toteuttamaan itseään ja kestäämään elämän tavanomaisia rasituksia yhteisössä ja yhteiskunnassa, niin työelämässä, ihmissuhteissa kuin mahdollisessa vanhemmuudessakin.



Kuvio 1. Mielenterveyden jatkumot (Mukailtuna Tamminen & Solin 2013,12)

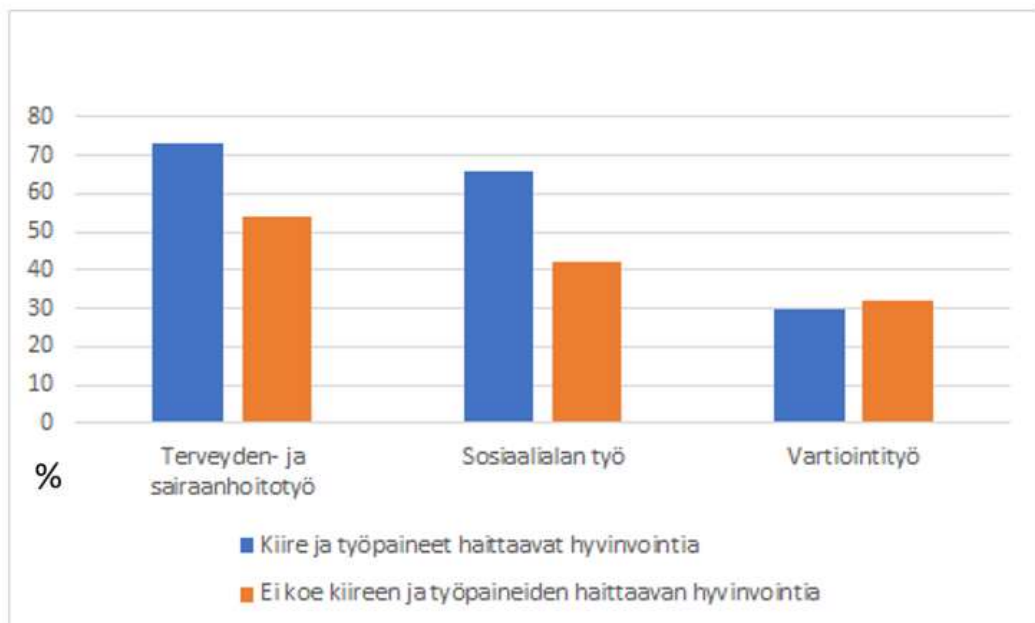
Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry kiinnittää auttamisen ammattilaisille suunnatuissa eettisissä ohjeissaan huomiota omasta hyvinvoinnistaan huolehtimiseen. On esimerkiksi tärkeää kiinnittää huomiota työssä onnistumisiin. Mahdollisuus työnohjaukseen auttaa jäsentämään työssä tapahtunutta ja suojelee sijaistraumatisoitumiselta ja myötätuntouppumukselta. Myös mahdollisuus vaikuttaa oman työn sisältöön, ja työn sekä vapaa-ajan tasapainottamiseen edistävät työhyvinvointia. (Talentia 2017, 50.)

2.1.1 Psykkisen työhyvinvoinnin voimavarat ja haasteet

Työn kuormitusta voidaan tarkastella sekä positiivisen kuormituksen että haitallisen työstressin kautta. Euroopassa on käynnistetty useita hankkeita työperäisen stressin ja työväkivallan ehkäisemiseksi ja vuonna 2008 korkean tason konferenssissa Brysselissä hyväksyttiin mielenterveys sopimus, jossa tarkastellaan mielenterveyttä työssä. Siinä todetaan, että työhön liittyvä stressi ja väkivalta ovat aina terveydelle haitallisia. Sen sijaan työhön liittyvä kuormitus voi olla sekä myönteistä että vahingoittavaa. (Parvikko 2010, 15.)

Positiivisen, hyödyllisen työkuormituksen avulla työntekijä voi oppia uutta ja kehittyä työssään sekä tuntea iloa työstään. Sopiva kuormitus voi rytmittää työpäivää, innostaa tavoitteiden saavuttamiseen ja edistää hyvinvointia. Pitkittyneen, liiallisen stressin taas on todettu altistavan monille sairauksille, kuten sydän- ja verisuonisairauksille, aiheuttavan uniongelmia ja olevan yhteydessä alentuneeseen psyykkiseen hyvinvointiin. (Parvikko 2010, 15.)

Päivystyssairaalassa ja ensihoidossa hoidetaan kriittisesti sairaita potilaita hyvinkin vaativissa olosuhteissa. Kuvaileva kyselytutkimus kolmen irlantilaisen päivystysosaston hoitajien ja lääkärien keskuudessa paljasti työperäisen stressin suurimmaksi lähteeksi työympäristöstä johtuvat asiat: työvuorosunnittelun, työn määrän, ylipaikoille otetut potilaat, traumaattiset tapahtumat, vuorotyön, vaihtuvat lääkärit, työpaikan tulehtuneet ihmissuhteet, tiimityön puutteet ja huonon johtamisen (Healy & Tyrrell 2011, 34–35). Tätä tutkimustulosta tukee myös uusin suomalainen Työvoimatutkimus (Kuvio 2).



KUVIO 2. Työväkivaltaa kokeneiden osuus kiireen ja työpaineiden kokemusten mukaan riskiammateissa vuonna 2007. (Työvoimatutkimus 2019.)

Samalla kun kiire ja erilaiset resurssitekijät kuormittavat hoitohenkilökuntaa, työ itsessään voi altistaa työntekijöitä erilaisille stressireaktioille. Kiire ja työpaineet terveys- ja sosiaalialan ammattiteissa korreloivat myös väkivaltaisten tapahtumien kanssa. Kuviossa näkyvät kolmen eri alan työväkivaltaa kokeneiden määrät. Terveystyö- ja sairaanhoitotyössä koetaan esitellyistä kolmesta riskialasta eniten työväkivaltaa. Sinisellä on merkitty se osuus työntekijöistä, joka kokee työssään työväkivallan lisäksi kiirettä ja työpainetta. Oranssilla on merkitty työntekijöiden osuus, joiden hyvinvointia ei työväkivallan lisäksi haittaa kiire tai työpaine. (Kuvio 2).

Hoitotyöhön liittyy väistämättä sekä potilaiden että heidän omaistensa elämän eri vaiheiden ja tapahtumien kohtaaminen. Marja-Liisa Nuikka on tutkinut väitöskirjassaan kirurgisella osastolla työskenteleviä sairaanhoitajia Kuopiossa. Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat potilaan äkillisen kuoleman ahdistavana, ja vaikeita tunteita herättivät myös nuoren ihmisen kuolema, potilaan löytyminen kuolleena sekä omaisten kohtaaminen kuoleman jälkeen (Nuikka 2002, 71).

Työn kuormittavuus on monisyinen asia. Eri ihmiset kokevat myös eri asiat stressaavina ja niinpä on mahdotonta määritellä ”turvallisen stressin” rajaa, kuten voidaan tehdä vaikkapa säteilylle altistumisen suhteen. Työssä jaksaminen ja työurien pidentäminen on ollut yhteiskunnallisessa keskustelussa paljon viime vuosina. Miten hoitajat saadaan jaksamaan eläkeikään saakka huoltosuhteen jatkuvasti huonontuessa?

Hoitotyö perustuu empatiaan; kykyyn lievittää toisen kärsimystä ja kohdata ihmisiä erilaisissa kriiseissä. Ihmissuhdetyössä sekä kasvun että uupumisen potentiaali on koko ajan läsnä. Auttajan on tunnistettava auttamisensa rajat ja oman elämäntilanteensa vaikutus auttamistilanteeseen. (Saari ym. 2009, 108.)

Myötätuntostressi (engl. compassion stress, emotional stress) koskee jokaista työntekijää, joka työssään kohtaa elämän tragedioita. Parhaimmillaan se johtaa myötätuntotyydytykseen (engl. compassion satisfaction), tilaan, jossa työntekijä kokee, että hän työpanoksellaan voi auttaa asiakasta selviytymään. Tällöin ammattilainen palautuu nopeasti työpaineesta ja saa taas energiaa jatkaa

kohtaamisia asiakkaiden kanssa. Työntekijä kokee, että vaikka henkinen kuormittuminen kuuluu työhön, työ on myös motivoivaa ja antoisaa. Kääntöpuolena ilmiössä on myötätuntouupumus (compassion fatigue), joka voi kehittyä työntekijälle vähitellen. (Nissinen 2012, 28-31.)

Myötätuntouupumuksessa työntekijän kokemuksia alkaa hallita riittämättömyyden tunne, jolloin hänen ammatillinen itsetuntonsa alkaa heikentyä. Työntekijä on kykenemätön säätämään henkistä painetta, ja tuntee tästä syyllisyyttä ja häpeää. Työntekijän toiveikkuus ja into työn kehittämiseen vähenee ja kielteisyys kohdistuu omaan toimialaan. Työyhteisöllä on paljon vaikutusta siihen, kehittykö työntekijän myötätuntostressistä myötätuntouupumus. Työyhteisössä on tunnistettava kriisissä olevien ihmisten kohtaamisesta kohoavat tunteet ja näitä on pysyttävä käsittelemään yhteisön sisällä. (Nissinen 2012, 14–38.)

Akuuttihoitotyön vaihtelevuus ja haastavuus ovat siis myös työntekijän hyvinvointia lisääviä tekijöitä. Akuutin hoitotyön työntekijöillä on paljon suojaavia tekijöitä, jotka nostavat heidän kynnystään järkyttyä potentiaalisesti traumaattisissa tilanteissa (Saari ym. 2009, 107–108). Näitä voivat olla ennakkoinformointi, koulutus, kokemus, ammattirooli ja työyhteisön jatkuva tuki. Joskus tosin nämä suojaavat tekijät voivat muuttua myös traumaattisen stressin käsittelyn esteiksi. Monesti akuuttityössä korostetaan psyyken kestävyyttä ja luonteen kovuutta. Ihminen, joka on ollut vaarallisessa tai uhkaavassa tilanteessa, tuntee helposti yhteenkuuluvuuden tunnetta, me-henkeä, muiden saman kokemuksen jakavien kanssa. Pelastusalalla, poliisissa ja akuuttisairaanhoidossa on kantavana voimana ryhmähenki, jossa tunnetaan yhteenkuuluvaisuutta ja luottamusta sisänpäin. Samalla saatetaan tuntea vierautta ulkopuolisia kohtaan: “eivät nuo muut voi meitä ymmärtää”. Syntyy veteraanisyndrooma: vain me osaamme tämän, vain me pysytymme tähän. Ryhmäpaine saattaa johtaa siihen, että omat reaktiot nähdään heikkouksina ja ne pyritään piilottamaan. (Hammarlund 2010, 81; Murtomaa ym. 2009, 11–12; Healy & Tyrrell 2013, 32.)

Toisinaan tilanteet voidaan ohittaa ronskilla huumorilla, toisinaan korostamalla niiden kuulumista työn luonteeseen. Työasun alla on kuitenkin edelleen inhimillisiä olentoja, joita koskettavat samat traumaattisen stressin riskit kuin heidän

hoidettaviaankin. Vaikka puhutaan tilanteiden rutinoitumisesta tai realismista, potentiaalisesti traumaattiset tilanteet voivat kuitenkin aiheuttaa ammattiauttajallekin niin voimakkaita reaktioita, että niiden käsitteleminen on tarpeellista. Näitä ovat lapsipotilaita tai yleensäkin lapsia koskettaneet tilanteet, onnettomuuden yhteydessä uhrien suuri määrä, tilanteen äkillisyys tai loukkaantumisen raakuus, oma tai työtoverin kohtaama fyysinen vaara tai sen uhka, poikkeuksellisen julmien rikosten aiheuttamat reaktiot ja vakavien hoitovirheiden tai väkivallan läheltä piti -tilanteet. (Hammarlund 2010, 81; Murtomaa ym. 2009, 11–12; Palosaari 182–183; Healy & Tyrrell 2013, 32.)

Jos auttaja traumaattisessa tilanteessa tuntee itsensä erilaiseksi, ulkopuoliseksi ja yksinäiseksi, riski psyykkiseen sairastumiseen kasvaa. Sotilaspsykiatriassa on tutkittu vammautuneita sotilaita, jotka on kuljetettu pois joukko-osastosta heti tapahtuman jälkeen hoidettaviksi esimerkiksi sairaalaan. Nämä sotilaat voivat, vammautumisen asteesta riippumatta, henkisesti jonkin ajan kuluttua huomattavasti huonommin kuin ne sotilaat, jotka saivat ensihoidon omien joukkojensa sisällä. Sotilaat, jotka saivat ”pitää asepuvunsa” ja kuulua joukkoon loukkaantumisesta huolimatta, myös toipuivat nopeammin ja heidän psyykkinen hyvinvointinsa koheni. (Hammarlund, 2010 36, 76.)

Myös ruotsalaisista poliiseista tehdyt tutkimukset osoittivat, että ammattilaiset, jotka saivat purkaa traumaattista stressiä ja rankkoja kokemuksiaan omiensa joukossa vertaistuen avulla, voivat ajan myötä paremmin kuin ne, jotka olivat käyneet rankan kokemuksen jälkeen keskustelemassa työterveyshuollon psykologin kanssa kahden. (Hammarlund, 2010 36, 76.)

Auttamisammattilaisten psykososiaaliseen tukeen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Työorganisaatioiden ilmapiiri on yleisesti väheksynyt traumaattista stressiä kohtaavien työntekijöiden inhimillisiä piirteitä. Tästä seuraava kyynisyys on estänyt työntekijöiden omien luonnollisten tunteiden ja tarpeiden tunnistamista ja niiden tuomista esille. (Saari 2008, 280.)

2.1.2 Rakentava ja myötäelävä vuorovaikutus hoitotyössä

Tunteiden käsittely oikeaan aikaan ja oikealla tavalla on edellytys ammatilliselle hoitotyölle. Myötätuntopuunauksen seurauksena voi olla kontrolloimaton itkeminen tai raivostuminen asiakastilanteessa. (Nissinen 2012, 87, 95.) Tunteiden ilmaiseminen on ylipäänsä ihmissuhteissa haasteellista (Nissinen 2012, 86). Jos työpaikalla on myönteinen ilmapiiri, on todennäköisempää, että psyykkistä kuormittuneisuutta kokeva työntekijä kertoo ahdistuksestaan (Tamminen & Solin 2013, 83).

Psykologian tohtori Marshall B. Rosenberg (1934–2015) tutki 1960-luvulta lähtien, miten ihmiset selviytyvät erilaisista konflikteista. Hän seurasi erityisesti ihmisiä, jotka kykenivät säilyttämään inhimillisyytensä sekä empaattisuuden niin itseään kuin muitakin kohtaan vaikeissa ristiriitatilanteissa. Rosenberg havaitsi kielen ja kielenkäytön olevan ratkaisevassa asemassa ihmisen kyvyssä pysyä myötäelävänä ja alkoi kutsua tällaista lähestymistapaa ”väkivallattomaksi vuorovaikutukseksi” (engl. NVC, Non-Violent Communication). (Rosenberg & Ekman et al. 2001, 11–13.)

Rosenberg käytti kehittämänsä sovitteluprosessia yhdysvaltalaisissa kouluissa liittovaltion rahoittamissa rotuerottelun lakkauttamisprojekteissa. Hän perusti vuonna 1984 taloudellista hyötyä tavoittelemattoman Rakentavan ja myötäelävän vuorovaikutuksen keskuksen (CNVC, Center for Nonviolent Communication), joka vielä nykyään kouluttaa ja sertifioi NVC-kouluttajia ympäri maailman. Hänen opetusmenetelmänsä edistää erilaisten roolipelien kautta sovittelun ja viestinnän taitoja. (Rosenberg & Hartikainen 2019, 344–345.)

Vuodesta 1998 saakka Suomessa on toiminut NVC in Finland –yhdistys alun perin nimellä Kirahvi – Non-Violent Communication in Finland ry (Rosenberg 2001, 232; Rosenberg & Hartikainen 2019, 346). Yhdistys on jälleen aktivoitumassa pitkän hiljaiselon jälkeen, ja sen nimeksi on tänä vuonna vaihdettu Rakentavan vuorovaikutuksen yhdistys ry. Kotisivuja ei vielä tämän opinnäytetyön julkaisun aikaan marraskuussa 2019 ole. Yhdistyksen puheenjohtaja on Tytti Laine. (Tytti Laine, henkilökohtainen tiedonanto 7.10.2019.)

Myötäelävän ja rakentavan vuorovaikutuksen soveltamisalueet terveydenhoidossa ulottuvat sisäisen puheen muokkaamisesta aina päätöksenteossa käytäviin poliittisiin debatteihin. (Rosenberg & Hartikainen 2019, 35). Esimerkiksi eräässä NVC-prosessia soveltavassa wisconsinilaisessa mielisairaalassa on tapana hienovaraisesti katkaista hoitajan potilaaseen kohdistama henkinen väkivalta tai ”myrkyllinen kommunikaatio”. Kollega puuttuu tällaiseen tilanteeseen kertomalla, että hoitajalle on toimistossa puhelu. Lähtökohtana on aina oletus, että ainoa syy kohdella potilasta epäasiallisesti on, että hoitajan täytyy olla stressaantunut ja itse empatian tarpeessa. Kun hoitaja näissä tilanteissa saa osakseen empaattista keskusteluapua, se edistää hoitajan emotionaalista kasvua ja opettaa tätä käyttämään omassa kommunikaatiossaan rakentavan vuorovaikutuksen prosessia. (Sears 2010, 87.)

Elävä ja luova työyhteisö syntyy vuorovaikutusverkostoista. Hoitajilla herää toistuvasti vastatunteita (vastatransferenssiä) sekä suhteessa potilaisiin, että suhteessa kollegoihin ja esimiehiin. Näiden tunnistaminen on auttajalle erittäin tärkeää traumatisoitumisen välttämiseksi. Joskus kyse on empaattisesta yhteydestä autettavan pahoinvointiin ja joskus omista, tietoisien muistin ulkopuolelle painuneista haavoittavista muistoista. Asetelmasta irrottautuminen on haastavaa, mutta eettisesti välttämätöntä. (Nieminen 2007, 120–126.)

Mitä tiedostamattomampia vastatunteet ovat, sitä suurempi on niiden vaikutus hoitamisen laatuun ja hoitajan omaan hyvinvointiin. Siksi hoitajan itsetuntemus ja omien herkkyyalueiden tunnistaminen on tärkeä osa ammatillisuutta. Se ehkäisee turvautumista tilanteeseen sopimattomiin selviytymistapoihin (esimerkiksi pyrkimys potilaaseen kiinnittymiseen tai kokonaan tilanteesta pakenemiseen) ja antaa ammattilaiselle psyykkistä suojaa. (Nieminen 2007, 120–126.)

2.2 Akuutinhoidon luonne

Terveydenhuoltolain (L 1326/2010) 50. §:ssä säädetään kiireellisen hoidon järjestämisestä. Kiireellinen sairaanhoito tarkoittaa äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa.

Kiireelliselle hoidolle on luonteenomaista, että sitä ei voida siirtää ilman oireiden pahenemista tai vamman vaikeutumista.

Helsingissä on kaksi päivystyssairaalaa, jotka tarjoavat ympärivuorokautista hoitoa äkillisesti sairastuneille, Malmin ja Haartmanin sairaalat. Akuuttihoidolla tarkoitetaan äkillisesti sairastuneen potilaan sairauden syyn löytämistä sekä hoitamista siten, että sairaus tai vaiva poistuu tai sen eteneminen pysähtyy ja potilaan toimintakyky palautuu. Akuuttihoitolliset toimenpiteet päättyvät silloin, kun häiriötila on saatu poistumaan tai kun hoidolla ei enää voida parantaa potilaan tilaa tai toimintakykyä. (Koponen 2005, 71.) Lähes kaikki akuuttihoidossa työskennelleet ovat kohdanneet potilaan kuoleman, seksuaalisesti hyväksikäytetyn potilaan, perheväkivallan uhrin ja epäonnistuneen elvytyksen (Healy ja Tynnell, 2013, s 32) ja siten altistuneet traumaattiselle stressille.

2.3 Traumaattinen kriisi

Kriisit voidaan jaotella kolmeen eri tyyppiin: kehityskriiseihin, elämänkriiseihin ja traumaattisiin kriiseihin. Kehityskriisit ovat ihmisen elämänkulkuun luonnollisesti kuuluvia tapahtumia, kuten lapsen syntymä tai eläkkeelle jäänti. Nämä voivat olla valoisia tapahtumia ja tämä kriisityyppi on Suomen palvelujärjestelmässä hyvin tunnettu ja tuettu esimerkiksi neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa. Elämänkriisit ovat elämän kulkuun kuuluvia, pitkäkestoisia rasisitilanteita, joita ei tapahdu kaikille, kuten konkurssi, avioero tai vakava pitkäaikaissairaus. Traumaattinen kriisi on äkillinen, järkyttävä tapahtuma, joka aiheuttaisi voimakkaita reaktioita useimmissa ihmisissä. (Palosaari 2007, 22–24.)

Traumaattisessa kriisissä ihmisen omat selviytymiskeinot eivät ole riittävät. Tapahtuma on yleensä ennakoimaton ja kontrolloimaton, ja sen vaikutus on niin suuri, että se voi vaikuttaa ihmisen perusarvoihin. Osa traumaattisista tapahtumista on ns. läheltä piti -tilanteita. Kun tilanne aiheuttaa suuren uhan tai riskin ihmiselle, se voi käynnistää yhtä suuret psyykkiset reaktiot ihmisessä, kuin jos onnettomuus tai vahinko olisi todella tapahtunut. (Saari 2008, 22–32; Murtomaa ym. 2009, 10.)

Suuronnettomuudet tai katastrofit ovat helppoja tunnistaa, mutta arkielämän traumaattiset tapahtumat koskettavat useampia. Traumaattisten tapahtumien, kuten pahoinpitelyiden, itsemurhien ja itsemurhayritysten sekä liikenneonnettomuuksien voidaan arvioida koskettavan noin joka kahdettakymmenettä Suomessa asuvaa vuosittain. Huolimatta yksilöllisistä eroista, traumaattinen eli äkillinen kriisi noudattaa ihmisten reaktioissa tiettyjä lainalaisuuksia. Suomalaisessa terveydenhoidossa on yleisesti käytössä Cullbergin (1991) kehittämä neljän vaiheen malli kuvaamassa psyykkistä prosessia. Nämä ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämis- ja käsittelyvaihe sekä uudelleenorientoitumisen vaihe.

Kun ihmiselle tapahtuu jotain järkyttävää tai hän saa kuulla siitä, ensimmäinen reaktio on psyykinen shokki. Mieli suojautuu sellaiselta tiedolta tai kokemuksesta, jota se ei kykene käsittelemään sillä hetkellä. Sokkivaiheessa aivojen kapasiteetista on käytössä suurempi määrä kuin normaalitilanteissa, minkä lisäksi aistit vastaanottavat ärsykeitä ilman tavanomaista valikoitumista. Tästä syystä syntyneet aistivaikutelmat ovat erittäin vahvoja ja tähän perustuen ihmisellä voi olla nk. flashbackejä eli takautumia pitkänkin ajan kuluttua tapahtumasta. (Saari 2008, 41–50; Nurmi 2006, 37–41.)

Psyykkisessä sokissa on kyse eloonjäämisestä. Ihmisellä on käytössään voimakkaampi muistikapasiteetti. Aivojen ylitehokkaan käytön ansiosta saadaan käyttöön kaikki koulutuksissa ja elämässä kertynyt kokemus ja tieto. Lisäksi, mitä järkyttävämmästä tapahtumasta on kyse, sitä useammin sokkivaiheessa ei ole tunteita tai kivuntuntemusta. Tämä selittää monet sankaritarinat, joissa vanhemmat pelastavat lapsiaan sekä sotilaiden toimintaa hengenvaarassa. (Saari 2008, 41–50; Nurmi 2006, 37–41.)

Huolimatta parantuneesta toimintakyvystä kyky tehdä päätöksiä on usein tilanteessa puutteellinen. Tällöin ulkopuolelta tuleva, ammattimainen ja selkeä ohjaus otetaan hyvin vastaan. Ihmisten reaktioissa traumaattiseen tilanteeseen on toki eroja. Arvioidaan, että 15–25 % ihmisistä käyttäytyy heti mielekkäästi ja yrittää auttaa muita, 50–75 % käyttäytyy tilanteessa asianmukaisesti alkusokin jälkeen, ja 10–25 % joutuu joko paniikkiin, tulee hysteeriseksi tai lamaantuu. Paniikkiin joutuneiden käsittelyssä on tärkeää turvallinen fyysinen ote ja heidän siirtämisensä

tapahtumapaikalta syrjään, jottei paniikki tartu muihin läsnäoleviin. Ammattilaiset ovat usein huolissaan omasta toimintakyvystään äkillisissä tilanteissa, mutta useimmat heistä kykenevät toimimaan normaalia tehokkaammin hätätilanteessa ennakkoon saadun tiedon ja koulutuksensa ansiosta. (Saari 2008, 41–50; Nurmi 2006, 37–41.)

Kun sokkivaiheessa mieli yrittää taata toimintakykyä piilottamalla tunteet ja fyysiset tuntemukset, reaktiovaiheessa ne puolestaan vyöryvät pintaan. Reaktiovaihe alkaa vähitellen, mutta se edellyttää, että vaara ja uhkatilanne ovat ohi ja ihminen kokee taas olonsa turvalliseksi. Reaktiovaiheessa ihminen tulee tietoiseksi tapahtuneesta. Usein reaktiona on oma syyllisydentunne tai toisten syyllistäminen. Tunteet vaihtelevat suuresti; yleisiä ovat suru, epätoivo, ahdistus, viha, ja jopa aggressio. Tunteita voi olla vaikea itsekään ymmärtää, eivätkä ne noudata logiikkaa. Toisinaan viha kohdistuu johonkin tilanteen taustatekijään, jolloin se suojaa tapahtuman käsittelyltä. Usein syntyy pelko joko omasta tai läheisten puolesta tapahtuman muistuttaessa elämän hauraudesta. Viha ja aggressio voivat kohdistua pelastus- tai hoitohenkilöstöön, joiden voi olla vaikea akuutissa tilanteessa ymmärtää vihan todellista tarkoitusta. (Cullberg 1991, 146–147; Palosaari 2007, 63–64; Saari 2008, 52–60.)

Mielen tasapainon suojaamiseksi voi esiintyä myös tunteiden eristämistä. Ihminen ei välttämättä edes itse tunnista omia tunteitaan, vaan yrittää sosiaalisesti sopeutua vallitsevaan ympäristöön. Henkilöä saatetaan kiitellä hyvästä toiminnasta, mutta sisäinen tunne on tyhjiys. Reaktiovaiheessa esiintyy usein muisti- ja ajatuskatkoksia sekä univaikeuksia. Traumaattisiin kokemuksiin voi liittyä myös voimakasta häpeää. Tämä voi tuntua ulkopuolisesta käsittämättömältä, mutta väkivallan kohteeksi joutuminen saattaa herättää ihmisen mielessä voimakkaan häpeän ja kysymyksen omasta osallisuudesta tapahtuneeseen. Tämä onneksi hälvenee usein puhumalla. Reaktiovaihe tuo pintaan myös keholliset reaktiot. Usein tämä ilmenee ensin fyysisenä vapinana – muita usein koettuja reaktioita ovat pahoinvointi, rintatuntemukset, lihassäryt, huimaus ja painostava väsymys, joka ei hälvene lepäämällä. Sokki- ja reaktiovaiheessa ihmisen on vaikea nähdä edes seuraavaa päivää. Tämä on hoitohenkilökunnalle tärkeä asia huomata lohduttaessa menetyksen kokenutta. Silloin kun lohdutettavalta puuttuu

kyky kuvitella tulevaisuuttaan, lohdutus ei voi perustua ajan parantavaan voimaan. (Cullberg 1991, 146–147; Palosaari 2007, 63–64; Saari 2008, 52–60.)

Reaktiovaihe kestää yleensä kahdesta neljään päivään. Sokki- ja reaktiovaiheissa ihminen on usein halukas puhumaan. Työstämis- ja käsittelyvaiheessa ihminen kääntyy sisäänpäin ja prosessi hidastuu. Se ei kuitenkaan tarkoita, etteivät tunteet tulisi voimakkaina pintaan, vaan pelot, traumat ja surut käsitellään etupäässä sisäisinä prosesseina. Tapahtuma saattaa heijastua ihmissuhteisiin, kun normaali joustavuus ja arkielämän harmien sietokyky puuttuvat. Edelleen voi esiintyä keskittymiskyvyttömyyttä ja muistikatkoksia. Ihminen voi vetäytyä myös sosiaalisista suhteista. Vähitellen ihminen alkaa hahmottaa myös tulevaisuuden mahdollisuutta, ja siirtyä usein neljänneksi vaiheeksi nimettyyn uudelleen suuntautumisen vaiheeseen. Tämä vaihe voi kestää vaihtelevan pitkään, jopa loppuelämän, eikä siinä tapahtuma enää hallitse elämää. (Murtomaa ym. 2009, 13–14; Palosaari 2007, 65–75; Saari 2008, 60–67.)

Edellä on käsitelty tavanomaisen traumaattisen tapahtuman työstämisprosessia. Tässä esiintyy yksilöllisiä eroja, kaikille ei joko tule edellä kuvatun kaltaisia reaktioita lainkaan, tai ihminen voi jumiutua johonkin vaiheista pääsemättä eteenpäin.

2.4 Purkukeskustelu ja jälkipuinti

Traumaattisen stressin purkamiseksi on luotu CISM-malli (Critical Incident Stress Management -malli), jonka tarkoituksena on ensisijaisesti ehkäistä ja käsitellä traumaperäistä stressiä ja kuormitusta erityisesti raskaissa auttamistehtävissä työskentelevillä. Mallin kehitti entinen palomies Jeffrey Mitchell pelastushenkilökunnan käyttöön jo 1980-luvulla. Menetelmä on laajentunut ja levinnyt maailmalla laajalti käyttöön, myös suuronnettomuuksien siviiliuhrien tukemisessa. (Nurmi 2006, 168–170.)

Tässä työssä sovellamme CISM-mallin ammattilaisille suunnattua osaa, purkukeskustelua eli defusingia. Purkukeskustelu on kehitetty estämään ja ehkäisemään rankoissa työtehtävissä työskentelevien riskiä saada traumaperäinen

stressihäiriö sekä mahdollistaa mahdollisimman nopea paluu arkirutiineihin ja työhön. Keskustelua käytetään myös debriefing-tarpeen (CISD, Critical Incident Debriefing) ja osallistujien muun lisätuen tarpeen arviointiin samalla mahdollistaen henkilökunnan toisilleen antama vertaistuki (Hammarlund 2010, Lehtonen 2014).

Debriefing eli psykologinen jälkipuinti järjestetään tarvittaessa 24–72 tunnin kuluessa traumaattisesta tapahtumasta. Istunnossa käsitellään tapahtunutta purkukeskustelua syvällisemmällä tasolla. Debriefing-mallin käyttöä siviilihenkilöihin on kritisoitu ja sen on todettu jopa vaikeuttavan uhrin toipumista traumaattisesta tapahtumasta. Tällöin tutkimukset ovat usein kohdistuneet onnettomuustilanteissa olleisiin yksittäisiin potilaisiin tai uhreihin. Ammattilaisille tarjottava ryhmämuotoinen jälkipuinti sen sijaan on erikseen määritellyissä tapauksissa perusteltua ja tutkimusten mukaan tehokasta. Ensimmäinen toimenpide on kuitenkin aina käynnistää psykologinen purkukeskustelu eli defusing.

Purkukeskustelu on ryhmämuotoinen tapaaminen niiden henkilökunnan jäsenten kesken, joita traumaattinen tapahtuma on koskettanut. Tapaamisen tarkoituksena on vähentää tapahtumasta aiheutunutta mahdollista stressiä tarjoamalla ryhmämuotoista vertaistukea. Sen tarkoituksena on välittömien traumaperäisten oireiden ja reaktioiden lieventäminen, kokemuksen normalisointi, sosiaalisen vertaistuen tarjoaminen ja jälkipuinnin tarpeen arviointi. Samalla saadaan kaikille tapahtumassa mukana olleille samanlainen informaatio tapahtuneesta ja voidaan antaa käytännön neuvoja stressin hallintaan. (Nurmi 2006, 170–172.)

Purkukeskustelu tulisi käynnistää kahdeksan tunnin kuluessa tapahtuneesta, ihanteena pidetään kolmea tuntia. Istunnon kesto vaihtelee 20 minuutista tuntiin. Jos istunto venyy tätä pidemmäksi, on se osoitus jälkipuinti-istunnon tarpeesta tai Mitchellin mukaan voi olla myös merkki istunnon epäonnistumisesta. Purkukeskustelun vetäjänä toimii organisaation sisäinen ohjaajakoulutuksen saanut vertaistyöntekijä. Ohjaajan tulee olla riittävän ulkopuolinen. Esimies tai läheinen työtoveri ei voi toimia purkukeskustelun vetäjänä, koska hän joutuisi tällöin toimimaan ikään kuin kaksoisroolissa. Työpaikan sisäiset ihmissuhteet saattaisivat hankaloittaa keskittymistä purkukeskusteluun. Siksi defusing-vertaisohjaajien

ryhmässä on oltava edustukset useammalta eri osastolta. Kahden ohjaajan läsnäolo on suotavaa, mutta kiireellisyysperiaate menee tämän edelle. Kun ohjaajia on kaksi, he pystyvät välittömästi istunnon jälkeen pitämään keskenään pienen 5 minuutin tuokion ja puolestaan purkamaan toisilleen mahdolliset purkukeskustelun aikana heränneet tunteensa. (Nurmi 2006, 172–175; Saari 2008, 149–151.)

Purkukeskustelu etenee vaiheittain ja on kehitelty pidemmästä jälkipuinti-istunnon mallista. Johdannossa esitellään osanottajat ja istunnon periaatteet ja säännöt. Keskusteluvaiheessa käydään läpi, mitä tapahtui; mitä kukin teki, näki ja kuuli. Keskustelun tarkoituksena on purkaa osallistujien päällimmäiset tunnot tapahtumasta. Tässä vaiheessa ihmisiä rohkaistaan puhumaan vapaasti eikä järjestystä ole. Informaatiovaiheessa voidaan antaa laajempaa tietoa tapahtuneesta, esimerkiksi kertoa osallistujille tavanomaisista psyykkisistä reaktioista ja stressinhallintakeinoista. Tässä vaiheessa myös arvioidaan jälkipuinnin ja jatko-seurannan tarve. Työnantajan vastuulla ovat lisäksi työaikojen ja takaisin työhön tulon järjestelyt, seurannasta sopiminen ja ammatti-ihmisten kuten lääkäreiden ja psykoterapeuttien konsultointi. (Nurmi 2006, 172–175; Saari 2008, 149–151.)

Tutkittaessa Irlannissa kolmea eri päivystysosastoa, todettiin, että hoitohenkilökunnasta 84 % piti purkukeskustelua tärkeänä tai erittäin tärkeänä, toisaalta 62 %:lle henkilökunnasta purkukeskustelua ei ollut koskaan tarjottu (Healy & Tyrrell 2013, 34–35). Tuckey ja Scott tutkivat 67 vapaaehtoista palomiestä, jotka jaettiin kolmeen ryhmään. Kaikki olivat kokeneet yhdessä potentiaalisesti traumaattisen tilanteen ja ensimmäinen ryhmä sai CISM-hoidon, toinen ryhmä vain kyselyn ja kolmas ryhmä sai stressinhallintakoulutusta. CISM-mallista tukea saaneiden ryhmässä todettiin olevan huomattavasti vähemmän alkoholinkulutusta ja parempi elämänlaatu. Tutkimusotoksen koostuessa pelkästään miespuolisista palomiehistä, alkoholinkulutus voikin olla erittäin tärkeä mittari toteamaan tukimuodon tehokkuus. CISM-malli kattaa kaikki työnantajan tarjoamat toimenpiteet traumaattisen tilanteen jälkeen. (Tuckey & Scott 2014, 45–49.)

On tärkeää vähentää päivystyssairaalassa työskentelevien stressiä kehittämällä tehokkaita henkistä työhyvinvointia lisääviä tukimuotoja. Siitä huolimatta monesakaan paikassa ei ole vielä defusing- tai debriefing- käytäntöjä

organisaatiotasolla määritelty. Koulutettujen ohjaajien johtamat jälkipuinti-istunnot lisäävät työntekijöiden henkistä ja fyysistä hyvinvointia ja opettavat tunnistamaan mahdollisia traumaattisen stressin oireita itsessään ja kollegoissa. Tämän ansiosta ihmiset jaksavat tarjota laadukasta potilastyötä. (Healy & Tyrrell 2013, 37.)

3 OPPAAN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

3.1 Yhteistyökumppanina Haartmanin sairaala

Haartmanin sairaala sijaitsee Helsingin Meilahdessa ja liittyi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) 7.1.2019. Haartmanin päivystyspoliklinikka on yhteispäivystys ja siellä toimii aikuisten terveystieteiden päivystys, psykiatrisen päivystys, perustason kirurginen päivystys ja sisätautipäivystys. Haartmanin päivystyspoliklinikka palvelee ensisijaisesti eteläisen, keskisen ja läntisen Helsingin yli 16-vuotiaita asukkaita. Haartmanin sairaalassa on päivystyspoliklinikan lisäksi päivystys- ja valvontaosasto, neljä vuodeosastoa, joista yksi on Helsingin sairaalan akuuttigeriatrisen kuntoutusosasto, sekä kardiologinen yksikkö. Päivystysosastolla on 14 ja valvontaosastolla 8 potilaspaikkaa. Vuodeosastoilla on yhteensä 94 sairaansijaa. Sairaalan potilaita palvelevat HUSLabin ja HUS Kuvantamisen toimipisteet. Päivystyskäyntejä oli vuonna 2018 noin 85 000, ja keskimääräinen hoitoaika osastolla on noin 4 vuorokautta. (Haartmanin sairaalan oma valvontasuunnitelma 2018, 5.)

Akuuttihoitotyössä kohdalle sattuvia potentiaalisesti traumaattisia tapahtumia ovat seuraavat oppaassa (Liite 1) luetellut tilanteet:

- Onnettomuudet, joihin liittyy lapsia tai kuolemantapauksia
- Äkillinen, odottamaton kuolemantapaus
- Epäonnistunut elvytys
- Onnettomuudet, joissa syntyy niin suuria vaurioita, että potilaalla on hengenvaara
- Vakava tapahtuma tai uhkatilanne
- Vammutuminen tai kuolema työpaikalla
- Potilaan tai omaisen itsemurha
- Vakava hoitovirhe
- Potilaan kaltoinkohtelu
- Väkivalta tai sen uhka työpaikalla

- Kenen tahansa työntekijän aloite

Tällä hetkellä potentiaalisesti traumaattisia tilanteita ei Haartmanin sairaalassa virallisesti tilastoida. Purkukeskusteluryhmän puheenjohtaja pitää kirjaa järjestettyjen istuntojen määräästä. Sairaalassa on käytössä HaiPro-järjestelmä, sekä työsuojelun uhka- ja väkivaltatilanteiden tilastointi, johon osa väkivalta- ja uhkatilanteista kirjataan. Nämä järjestelmät eivät kuitenkaan kata kaikkia psyykkisesti raskaita tilanteita. Oppaassa ohjeistamme lähettämään käydyistä purkukeskusteluista tiedot kerran vuodessa työterveyshoitajalle tilastoitavaksi. Eniten purkuis-
tuntoja viime vuosina on pidetty väkivaltatilanteista ja epäonnistuneista elvytyksistä. Hoitoonohjauksen vuoksi lapsia ei tule potilaiksi, mutta jo esimerkiksi alle 30-vuotiaan elvytys tai vaikea hoitotilanne koetaan henkisesti raskaaksi.

Akuuttihoidon luonteen mukaisesti tilanteet vaihtuvat usein. Potilailla esiintyy sosiaalisia ongelmia ja päihteiden liikakäyttöä. Osa potilaista on iäkkäitä ja monisairaita, ja he saattavat olla fyysisesti aggressiivisia esimerkiksi muistisairauden takia. Työn kiireisyyden vuoksi purkukeskustelun vaativia tilanteita ei aina ehditä tunnistaa tai purkukeskustelu on toisinaan työn hektisyyden ja työntekijäresursien vuoksi haasteellista järjestää. Purkukeskustelu saatetaan kokea ylimääräisenä työtehtävänä muutenkin raskaassa vuorossa, kun haluttaisiin vain päästä nopeasti kotiin.

Raskaaksi koettu ja tiedetty työpaikka aiheuttaa veteraanisyndroomaa – pidetään yllä kaiken kestäväää vahvaa ryhmähenkeä, ja tilanteita puretaan epävirallisesti kahvipöydissä tai työn jälkeisissä tapaamisissa. Vaikka ryhmähenki onkin kalliarvoinen asia niin päivystyssairaalassa kuin kaikkialla terveydenhoitoalalla, veteraanisyndrooma nostaa kynnystä pyytää tai ehdottaa purkukeskustelua. Tämä ilmiö on tunnistettu ja siitä on keskusteltu defusing-ryhmän kesken. Purkukeskustelujen luonteesta ja niiden tarpeellisuudesta on käyty pitämässä esimerkiksi osastotunteja.

3.2 Oppaan tarkoitus

Oppaan tarkoituksena on toimia kirjallisena tukena purkukeskustelujen vertaisohjaajille, jotka ovat kukin käyneet aiheeseen liittyvän pohjakoulutuksen. Ohjaajat ovat käyneet erilaisia koulutuksia riippuen omasta taustastaan ja ryhmään liittymisajasta. Tällä hetkellä kaikki uudet ohjaajat käyvät Metropolia Ammattikorkeakoulun järjestämän kahden opintopisteen laajuisen Defusing-ohjaaja-täydennyskoulutuksen.

Oppaan on tilannut HUS Haartmanin päivystyssairaalan ylihoitaja Veronica Renwall, joka on mahdollistanut defusing-vertaisohjaajien ryhmän toimintaa jo kymmenen vuoden ajan. Vertaisohjaajaryhmän puheenjohtaja Mia Selanderin mukaan purkukeskusteluja on järjestetty Haartmanin sairaalassa noin 10–15 kappaletta vuodessa. Potentiaalisesti traumaattisia tapahtumia sairaalassa tapahtuu todellisuudessa useammin. Käytyjen purkukeskustelujen määrä ei siis suoraan kerro niiden tarpeesta. Tästä syystä potentiaalisesti traumaattisten tapahtumien ja pidettyjen purkukeskustelujen määrää olisi tarkoituksenmukaista järjestelmällisesti seurata. Suosituksemme onkin, että vertaisohjaajaryhmän puheenjohtaja raportoi jatkossa vuosittain nämä luvut työterveyshoitajalle, kuten opinnäytetyön tuotteena syntyneessä oppaassa kehotetaan.

Oppaan tekohetkellä ei ollut käytettävissä ajankohtaista tietoa muiden sairaaloiden tilanteesta. HUS Akuutin alueella Haartman sekä Meilahden osasto M2B ovat tällä hetkellä ainoat yksiköt, joissa purkukeskustelut ovat käytössä. HUS Atek, joka kattaa leikkaussalit sekä teho- ja kivunhoitoyksiköt, on aloittanut purkukeskustelut vuonna 2019, mutta oppaan kirjoittamisen aikaan tarkkoja tietoja toiminnasta ei ollut saatavilla. Vertailun vuoksi, Helsingin pelastuslaitoksella purkukeskusteluja käytiin vuonna 2016 viidestä kuuteen vuodessa (Lehtonen 2017).

Oppaassa kuvataan lyhyesti purkukeskustelun teoriapohja, istunnon kulku ja säännöt sekä ohjaajan omasta hyvinvoinnista huolehtiminen. Tämän lisäksi oppaassa on käytännöllistä, päivittyvää tietoa kuten yhteystiedot. Olemme pyrkineet kirjoittamaan aiheesta mahdollisimman selkeällä tavalla kuitenkin huomioiden, että jokainen opasta käyttävä on koulutettu purkukeskustelujen ohjaaja.

Yhtenäistääksemme sairaalassa käytettävää termistöä olemme systemaattisesti käyttäneet oppaassa termiä purkukeskustelu. Purkukeskustelu-termiä käytetään myös Metropolian järjestämässä defusing-koulutuksissa. Jälkipurku ja jälkipuinti, samoin kuin defusing ja debriefing kuulostavat termeinä liian samankaltaisilta ja saattavat mennä arkipuheessa sekaisin.

Oppaan käyttäjille on tärkeää saada oppaasta taustatukea motivoidakseen purkukeskustelujen asettumista osaksi päivystyssairaalan arkipäivää. Opasta tul- laan käyttämään sekä sähköisenä että tulostettuna versiona. Yhteystiedot sisäl- tävällä sivulla on automaattisesti päivittyvä tulostuspäivämäärä, jotta sen tuloste- tusta versiosta näkee heti, milloin yhteystietolista on viimeksi päivitetty. Näin var- mistetaan, että yhteystietolista pysyy ajan tasalla. Oppaan päivittämisestä on vastuussa defusing-ryhmän puheenjohtaja.

3.3 Oppaan rakenne ja ulkonäkö

Ennen oppaan laatimista vuoden 2019 huhtikuussa lähetimme defusing-vertais- ohjaajille sähköpostia, jossa tiedustelimme seuraavia asioita:

- Mitä tietoa olisi tärkeä tulla uuden ohjaajan oppaaseen?
- Minkälaisen valmennuksen sait ja oliko se riittävä?
- Onko sinulla valmennuksesta saatua materiaalia, jota voisi hyödyntää?
- Ideoita, kuvia, toiveita?

Kahden viikon päästä lähetimme ryhmälle muistutusviestin. Kyselyyn vastasi yksi henkilö, ja päätimme edetä suoraan oppaan kirjoitusvaiheeseen. Käytimme opis- kelemaamme teoriatietoa, Mia Selanderin asiantuntemusta sekä hänen työssään käyttämiä lähteitä. Lisäksi päätimme kysyä palautetta vertaisohjaajilta ja myö- hemmässä vaiheessa huomioimme sähköpostitse saamamme kommentit. Olemme käyttäneet apuna myös kirjaa Sosiaali- ja terveysalan viestintä sekä oi- keakielisyyden, että sen osalta, mitä kirjassa mainitaan oppaan kirjoittamisesta (Roivas & Karjalainen 2013, 119–121, 191–216).

Oppaassa korostuvat otsikkotasolla käytännön asiat: “Milloin järjestetään purkukeskustelu” ja “Kuka tekee aloitteen?”. Syynä tähän on se, että toiminta ei ole vielä täysin vakiintunut. Defusing-ryhmän tapaamisissa on usein keskusteltu siitä, missä tilanteissa purkukeskustelu tulisi järjestää ja todettu kynnyksen purkukeskustelun järjestämiseen olevan toisinaan liian korkea. Lähiesimiehen rooli aloitteentekijänä on tärkeä: aiemmin, kun keskustelua täytyi erikseen pyytää, keskustelu jäi usein toteutumatta. Näin lähiesimiehen roolin korostaminen purkukeskustelun mahdollistajana valikoitui tärkeäksi sisällöksi oppaaseen. Lisäksi lista tilanteista, joissa purkukeskustelu on tarpeellinen, koettiin tärkeäksi materiaaliksi esiteltäessä aihetta osastoilla ja muissa yhteyksissä.

Purkukeskustelun vaiheet, ryhmän koko ja tilanteen valmistelu valikoituivat oppaaseen käytännön työn helpottajina. Ohjaaja ottaa aina mukaansa purkukeskusteluun Salli Saaren (2008, 150) mukaan laaditun “Purkukeskustelun vaiheet” -osion. Sitä tarvitaan muistin tueksi sekä ennen keskustelua että sen aikana ja siitä tarkistetaan, että riittävät puitteet keskustelun onnistumiseksi on turvattu. “Tavanomaisia psyykkisiä reaktioita” on lista, jonka voi kopioida ja antaa ryhmän osallistujille mukaan. Lista tukee tilanteesta palautumista ja psyykkistä hyvinvointia.

Oppaan formaatiksi valittiin yleinen MS Word -muoto, jotta sen yhteystieto-osiota olisi mahdollista päivittää sairaalassa. Oppaan taitossa pyrittiin korostamaan tärkeimpiä asioita lihavoineilla, värillisillä väliotsikoilla, listoilla ja sisällysluettelolla. Oppaan kuvitus tehtiin rytmittämään ja jaksottamaan tekstiä. Sisältö pyrittiin pitämään tiiviinä, jotta oppaan sivumäärä pysyisi maltillisena. Tavoitteena oli, että opasta olisi helppo lukea kiireisessä sairaalaympäristössä sekä tietokoneen ruudulta että tulosteena.

3.4 Oppaan kokoamisprosessi

Oppaan eri osien kokoamisessa käytetty teoriapohja on koottu useasta eri lähteestä. Ryhmän nykyinen puheenjohtaja Mia Selander sai ensin lyhyen pohjakoulutuksen ryhmän edelliseltä puheenjohtajalta Lea Laitanen-Juslinilta ja

samassa yhteydessä informaation taustakirjallisuudesta. Aiemmin Mia oli tutustunut aiheeseen osana psykiatrisen sairaanhoitajan työtä. Tämän jälkeen Mia on käynyt Suomen Palopäälystöliiton järjestämän viikonloppukoulutuksen, jossa pohjatieto laajentui. Kouluttajina toimivat Ilpo Lehtonen ja Saku Sutelainen, jotka osaltaan ovat olleet aktiivisesti mukana juurruttamassa purkukeskustelumallia Suomeen. Ilpo Lehtonen on ollut mukana myös Konginkankaan bussionnettomuuden ja Aasian tsunamin uhrien jälkihuollossa. Sutelainen toimii tällä hetkellä projektijohtajana Henkinen työsuojelu pelastustoimessa -hankkeessa ja on yhteydessä Miaan yhteisten koulutusten järjestämiseksi Haartmanin ja Malmin sairaaloiden kanssa.

Mia Selander on lisäksi ollut kouluttamassa uusia Haartmanin sairaalan vertaisohjaajia yhdessä poliisipappi Carita Pohjolan-Pirhosen kanssa. Carita Pohjolan-Pirhonen ja professori Salli Saari ovat kriisityön pitkäaikaisia toimijoita ja uranuurtajia. He ovat olleet mukana tukemassa ammattihenkilöstöä melkeinpä kaikissa Suomea kolmen viime vuosikymmenen aikana koskettaneissa suuronnettomuuksissa. Purkukeskusteluohjaajien ryhmä on osallistunut kahdesti Valtakunnalliseen kriisi- ja traumakonferenssiin, jossa Salli Saari on ollut luennoimasta.

Oppaan pohjana on lisäksi käytetty Claes-Otto Hammarlundin (2010) käytännön ohjeistusta kriisiavun järjestämisestä. Hammarlund on ruotsalainen sairaalapsykiatri, psykoanalyttikko ja kouluttaja, jonka mielestä kriisissä olevan ihmisen kohtaamisessa tärkeimmät asiat ovat läsnäolo ja lämpö. Auttajan ei tarvitse olla koulutettu ammattilainen.

Kirjoitimme oppaasta ensimmäisen version vuoden 2019 toukokuussa. Kesken kirjoitustyön huomasimme tarpeen lisätä oppaaseen tietoa Haartmanin sairaalan työterveysaseman osuudesta potentiaalisesti traumaattisten tapahtumien hoidossa. Työterveyshoitajan kanssa käydyn sähköpostikeskustelun perusteella oppaaseen lisättiin osuus työterveyshoitajan roolista työyhteisön kriisistä selviytymisessä. Tarve tälle lähiesimiesten työtä helpottavalle osiolla tuli tilaajalta. Päätimme ehdottaa oppaassa vuosittaista purkukeskustelujen raportointia työterveyshoitajalle tilastointikäyttöön.

Vuoden 2019 syyskuussa tulostimme oppaan nähtäväksi vertaisohjaajien ryhmälle Malmin sairaalassa järjestetyssä simulaatiopajassa, ja pyysimme ryhmältä suullisesti kommentteja ja kehittämissuhteita. Yksiselitteinen terminologia on oppaassa tärkeää (Roivas & Karjalainen 2013, 119). Tätä tuki myös saamamme palaute. Päätimme kommenttien perusteella vaihtaa systemaattisesti defusing- ja jälkipurku-termien tilalle sanan purkukeskustelu. Näin jälkipuinti ja jälkipurku eivät varmasti oppaassa sekoittuisi toisiinsa. Tärkeänä toiveena saimme lisäksi kuulla, että myös Malmin sairaalan defusing-ryhmä halusi saada kirjoittamamme oppaan käyttöönsä, kun se olisi valmis. Malmin ryhmältä tuli pyyntö saada opas käyttöön, jotta heidän olisi helpompi ohjeistaa yksiköitä purkukeskusteluista.

Lokakuun alussa Haartmanin sairaalassa järjestettiin vielä kaksi simulaatiota, joissa Hanna Kaivola haastatteli osallistujia ja sai viimeiset kommentit oppaan luovutettavaan versioon. Tämä menetelmä osoittautui hedelmällisemmäksi kuin aiempi sähköpostikysely. Ilmeni, että opas oli kyllä sähköpostitse vastaanotettu ja luettukin, mutta sähköpostiin vastaaminen koettiin työlääksi muun työn ohessa. Tutkitustikin kyselyihin vastataan helpommin henkilökohtaisessa kontaktissa (Heikkilä 2008, 66–67).

Testiryhmässä oli purkukeskustelujen ohjaajia sekä Malmin että Haartmanin sairaaloiden päivystyksistä. Ohjaajat toivoivat erillistä liitettä, josta on helppo tulostaa purkukeskustelun osallistujille listaus "Tavanomaiset psyykkiset oireet" mukaan kotiin vietäväksi. He toivoivat oppaan alussa olevan lauseen: "Purkukeskustelu on mielenhuoltoa, ammatillisuutta, jolla varmistamme oman hyvinvointimme itseämme, läheisiämme ja potilaitamme varten" korostamista. Ohjaajat myös toivoivat, että luvussa "Työterveyshuolto" erikseen mainittaisiin purkukeskustelun kuuluvan saman työvuoron aikana pidettäväksi. Lisäksi purkukeskustelua vaativiin tilanteisiin toivottiin lisättäväksi potilaan kaltoinkohtelu. Kaikki edellä mainitut muutosehdotukset toteutettiin oppaan seuraavaan versioon.

Opasta pidettiin yleisesti hyvänä ja selkeänä. Eräs Metropoliasissa ohjaajakoulutusta tänä syksynä opiskeleva sairaanhoitaja oli näyttänyt opasta kouluttaja Pirjo Säisä-Winterille, joka myös oli pitänyt opasta hyvin koottuna ja strukturoituna. Pyysimme Pirjo Säisä-Winteriltä vielä tarkempia kommentteja oppaan lopullisen

version hiomiseksi. Lisäsimme saamiemme kommenttien perusteella oppaan johdantoon työsuojelullista näkökulmaa, selkeytimme epäselviä lauseita ja täydensimme listaa tavanomaisista psyykkisistä reaktioista. Kommentit saatuamme muokkasimme oppaasta luovutettavan version. Aivan kaikki kommentteista eivät soveltuneet Haartmanin sairaalan kontekstiin, ja ne jätimme huomiotta. Pitäydymme esimerkiksi kommentteista huolimatta valitsemassamme tuttavallisessa tyyliä. Emme halunneet kirjoittaa opasta täysin neutraaliin ja kliiniseen sävyyn, vaan käytämme me-puhuttelua johdannossa. Tyyliä tuttavallisuudella pyrimme ammatilliseen yhteenkuuluvuuden tunteeseen oppaan lukijoiden kesken.

Ulkonäön suhteen yhteistyökumppanimme ei esittänyt brändillisiä tai muitakaan graafisia vaatimuksia. Oppaan luettavuuteen ja taittoon saimme apua Diakin sosionomiopiskelija Eevastiina Väisäseltä, joka omana opinnäytetyönään valmisti esitteen Helsingin kaupungille. Oppaaseen on valittu sitä elävöittäviä internetistä löytyviä kuvia, joita saa vapaasti muokata ja käyttää.

Opas, kuten myös opinnäytetyön raportti lähetettiin lokakuussa 2019 ylihoitaja Veronica Renwallille tarkastettavaksi ja kommentoitavaksi. Opas on luovutettu sairaaloille sähköisessä muodossa lokakuussa 2019. Päädyimme tähän ratkaisuun, koska oppaalle oli ajankohtainen tarve, ja koska oppaan oli tarkoituskin olla vielä tarpeen mukaan muokattavissa. Opasta saatetaan siis muokata vielä opinnäytetyön julkaisun jälkeen. Esittelemme oppaan luovutetun version yleisölle opinnäytetyön julkaisuseminaarissa marraskuussa 2019. Työnantajan edustajat on kutsuttu tähän tilaisuuteen kuulemaan halutessaan oppaan tekemisen taustaa.

3.5 Eettisiä näkökulmia

Oppaan ensiversio valmistui aikataulun mukaisesti syyskuussa 2019, ja opas luovutettiin tilaajalle lokakuussa 2019. Testausvaihe jatkui lokakuun puolelle, ja oppaasta tuli laadukkaampi saadun palautteen ansiosta. Yhteistyökumppanin

käytännöt eivät vaatineet tutkimusluvan hakemista, vaan teimme yhteistyösopimuksen Haartmanin sairaalan kanssa.

Käytännössä halusimme siirtää jo käytössä olevaa tietoa ja käytäntöjä kirjalliseen muotoon ja saattaa tiedon ajan tasalle. Haartmanin sairaala toivoo, että opissa esittelemämme hyvät käytänteet yleistyvät ja niinpä meillä on sairaalalta lupa liittää opas tämän opinnäytetyön liitteeksi.

Eettisesti olemme toimineet parhaan ymmärryksemme ja sairaanhoitajan eettisen ohjeistuksen mukaisesti huomioiden myös Diakilta ohjaajiltamme sekä työelämäkumppaniltamme Haartmanin sairaalta saamamme ohjeistuksen ja kommentit. Vilpitön tarkoituksemme on ollut tuottaa opas, jonka avulla päivystyssairaalan työntekijöiden työhyvinvoinnin ylläpitämistä ja parantamista voidaan edistää entistä laadukkaammin. Olemme raportoineet opinnäytetyössämme aiheesta hankkimamme tiedon ja pyrkineet näin osaltamme lisäämään tietoa ja ymmärrystä hoitoalan työntekijöiden hyvinvointiin liittyen. Kaikki hoitohenkilökunnan työkykyä ylläpitävä ja parantava toiminta edistää niin ikään potilaiden turvallisuutta ja hyvinvointia sairaaloissa.

4 POHDINTA

Akuuttihoitossa kuten työelämässä yleensäkin kiire on lisääntynyt. Tämän vuoksi onkin pysähdyttävä järjestelmällisesti miettimään psyykkisen työhyvinvoinnin lisäämistä työpaikoilla. Monesti purkukeskustelut nähdään sairaaloissa teorian tasolla tärkeinä, mutta niiden käytännön toteutus ja ylipäänsä purkukeskustelujen mahdollistaminen jää puutteelliseksi. Salli Saari on ollut toteuttamassa järjestelmällisiä purkukeskusteluja Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) Ensiapu Acutassa ja hänen sanojensa mukaan vei vuosia, ennen kuin idea toteutui käytännössä (Saari 2018). Samaa kertoi Ilpo Lehtonen Suomen Palopäälystöstöliitosta, vaikka palomiehet kohtaavat päivittäin perhesurmista lähtien koko elämän tragedioiden kirjon (Lehtonen 2017).

Debriefingin (jälkipuinti) käyttöä onnettomuuksien siviiliuhreille tulee harkita tarkoin ja vetäjän täytyy olla erikoistunut jälkipuinnin vetämiseen. Vertaistuen tarjoaminen ammattilaisille traumaattisten tilanteiden yhteydessä sen sijaan ei koskaan mene hukkaan. Epävirallista ja satunnaista vertaistukea on tarjottu aina eri muodoissa. Järjestelmällinen ja ammattimainen tuen tarjoaminen lisääsi kuitenkin varmasti työntekijöiden hyvinvointia. Työntekijä ei itse tilanteessa aina tunnista tuen tarvetta ja niinpä selkeät ohjeet ja vakiintuneet käytännöt ovat tarpeen. Tarpeen ovat myös ohjeet, joiden avulla käytäntöä on helpompi esitellä muulle henkilökunnalle. Näihin tarpeisiin pyrimme omalta osaltamme tällä opinnäytetyöllä vastaamaan.

Jälkipuinnin ja jälkipurkukeskustelun (kuten myös englanniksi käsitteiden debriefing ja defusing) erottaminen toisistaan teorian ja puhekielen tasoilla osoitautui ammattilaistenkin keskuudessa haastavaksi. Laatimassamme oppaassa päädyimme tästä syystä käyttämään systemaattisesti termiä purkukeskustelu, jonka toivomme yleistyvän sairaaloissa.

Halusimme opinnäytetyöllämme edistää hoitajien yleistä työhyvinvointia. Tuomme selkeästi esiin nimenomaan purkukeskustelujen traumatisoitumista ja uupumista ennaltaehkäisevän vaikutuksen. Toivomme vertaisohjaajien

muistavan kertoa ohjattavilleen, että jokainen potentiaalisesti traumaattinen tapahtuma on purettava työyhteisössä, ja että jokaisen tilanteessa mukana olleen ammattilaisen läsnäoloa tarvitaan. Kukaan ei halua olla se ”heikko yksilö”, joka tarvitsee tukea. Jokainen voi kuitenkin omasta tarpeestaan riippumatta läsnäololleen tukea toisia purkamaan tapahtuneen aiheuttamaa myötätuntostressiä. Auttajan on muistettava auttaa myös itseään ja muita auttajia. Jokainen, auttajakin, on vaihtuvissa elämäntilanteissa vuorollaan autettavana.

Opinnäytetyön prosessi on saanut meidät sairaan- ja terveydenhoitajina pohtimaan kriisissä olevan ihmisen kohtaamista ja oman työkykymme säilyttämistä. Olemme osa laajempaa auttajakenttää, johon kuuluvat muiden muassa lääkärit, poliisit, terapeutit, sosiaalityöntekijät ja pelastushenkilökunta. Näissä ammateissa omasta psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen ja inhimillisyyden säilyttäminen vaativat aktiivista huomiota. Tommy Tabermannin (1987, 63) sanoin: ”Ihminen tarvitsee ihmistä ollakseen ihminen ihmiselle, ollakseen itse ihminen”. Tästähän kohtaamisesta on lopulta kysymys. Kun auttajakin tulee kohdatuksi vaikeina hetkinään, ylläpitää ja kehittää se hänen ammattitaitoaan tulevaisuuden kohtaamisissa.

Yhteisen opinnäyteprosessimme rikkautena on ollut se, että toinen oppaan tekijöistä on ollut alalla jo 20 vuotta toisen vasta aloitellessa uraansa. Olemme voineet eri näkökulmista tarkastella tuen tarvetta uran eri vaiheissa oleville hoitotyöntekijöille. Toiminnallinen opinnäytetyö on myös tuonut perspektiiviä jatkuvaan kehittämiseen ja läpi työuran oppimiseen hoitotyössä. Myönteisenä yllätyksenä saimme oppaan valmistumisen jälkeen Malmin sairaalasta pyynnön jakaa kirjoitamamme opas myös Malmin jälkipuintiohjaajille. Olemme luovuttaneet kirjoittamamme oppaan lokakuussa 2019 sähköisenä versiona sekä Haartmanin että Malmin sairaaloiden käyttöön.

Jatkotutkimuksen aiheiksi sopisivat luvuissa 2.1 esiin ottamamme psyykkisen työhyvinvoinnin voimavarat ja haasteet. Työyhteisön ja hyvän ryhmähengen suojaava vaikutusta voisi tutkia liittyen purkukeskustelu-käytännön leviämiseen päivystyssairaaloihin ja pidettävien purkukeskustelujen määrän mahdolliseen kohoamiseen jatkossa. Hoitajan omasta elämänhistoriasta sekä ihmisten

kohtaamisesta kohoavien tunteiden käsitteleminen suojaa myötätuntostressiltä, minkä tulisi loogisesti näkyä työterveyshuollon teettämässä työhyvinvointitutkimuksissa. Jatkotutkimuksessa voisi tehdä tästä aiheesta tilastollista sairaalakoh-taista seurantaa.

Toivomme tällä opinnäytetyöllä tuovamme esiin oman toiminnan reflektion mer-kityksen koko työyhteisön hyvinvoinnille. Kun työ mahdollisesti tuntuu raskaalta, sen erittelemisen, onko kyse työpaikalla tapahtuneesta, vai mahdollisesti jostakin muusta elämän osa-alueesta on ensinnäkin tärkeää. Toiseksi on mahdollista tun-tea olonsa kuihtuneeksi, vaikei työ- eikä yksityiselämä objektiivisesti katsoen tuota huolta. Vuosien altistus potentiaalisesti traumaattisille tilanteille voi aktivoi-tua moninaisilla tavoilla. Auttaja-ammateissa on tärkeää tiedostaa tarve huolehtia omasta hyvinvoinnistaan paitsi vapaa-ajalla, myös työpaikalla ja työajalla. Lu-vussa 2.1.2 viittaamme lyhyesti rakentavan ja myötäelävän vuorovaikutuksen mahdollisuuksiin terveydenhoidossa. Tästä aiheesta toivoisimme näkevämme suomalaista tutkimusta. Erityisesti oman sisäisen äänen ”kouluttaminen” on kiin-nostava aihealue, jolla voisi olla vaikutusta niin hoitajan mielenterveyden kuin hä-nen henkisen hyvinvointinsakin ylläpitämiseen ja parantamiseen.

LÄHTEET

- Everly, G. S. (2001). Sufficiency analysis of an integrated multicomponent approach to crisis intervention: Critical incident stress management. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17(3), 174.
- Flinkman, M. (2014). *Young registered nurses' intent to leave the profession in Finland a mixed-method study*. Turku: Turun yliopisto. (Väitöskirja, Turun yliopisto)
- Hammarlund, C., Sironen, N., & Toivanen, R. (2010). *Kriisikeskustelu: Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely*. Helsinki: Tietosanoma.
- Healy, S. & Tyrrell, M. (2011). Stress in emergency departments: Experience of nurses and doctors. *Emergency Nurse: The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 19(4), 31.
- Healy, S. & Tyrrell, M. (2013) Importance of Debriefing Following Critical Incidents. *Emergency Nurse: The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 20(10), 32-37.
- Heikkilä, T. (2014). *Tilastollinen tutkimus*. 9. uud. p. Helsinki: Edita
- Hulkko, M. & Piispa, L. (2009). *Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa*. Saatavilla 15.4.2019 https://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Behavior Research* 43, 207–222.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. (2005). *Potilaan hoito päivystyksessä*. Jyväskylä: Tammi.
- L1326/2010. Terveystieteiden lakiehdotus. Saatavilla 15.4.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Lehtonen, I. (4.10.2017). Itkuliinoja ja hamekangasta – vai työssä jaksamista!!! [Luento]. Espoo: Suomen Palopäälystöliitto.
- Louhevaara, V., Järvelin, S., Louhevaara, A. & Kotasaari, E. (2010). Biosignaalit psykofysiologisen kuormittumisen hallinnassa. Teoksessa: Kanta-lahti, T. & Tikander, T. (toim.) *Puheenvuoroja työn kuormittavuudesta –työhyvinvointifoorumi*. Sosiaali- ja terveysministeriö

- selvityksiä 2010:17. Helsinki.2.9.2019 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72911/URN%3aNBN%3afe201504223059.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Maloney, C. (2012). Critical incident stress debriefing and pediatric nurses: An approach to support the work environment and mitigate negative consequences. *Pediatric Nursing*, 38(2), 110.
- Mitchell, J. T. (1997). The scientific evidence for critical incident stress management. *JEMS: A Journal of Emergency Medical Services*, 22(1), 86.
- Murtomaa, M., Narumo, R., Poijula, S., Ponteva, M., Rousu, S. & Saari, S. (2009). *Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. 2009:16. Verkkojulkaisu <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72736/Jul200916.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Nissinen, L. (2012). *Rajansa kaikella: Miten estää myötätuntouupuminen?* Helsinki: Edita.
- Nuikka, M-L. (2002). *Sairaanhoidtajien kuormittuminen hoitotilanteissa*. Tampere: Tampereen Yliopisto. (Väitöskirja, Tampereen yliopisto)
- Omavalvontasuunnitelma. Haartmanin sairaala 21.06.2018. Saatavilla 26.3.2018 <https://www.hel.fi/static/sote/omavalvontasuunnitelmat/tepa/Haartman-omavalvonta.pdf>.
- Palosaari, E. (2007). *Lupa särkyä: Kriisistä elämään*. Helsinki: Edita.
- Parvikko, O. (2010). Työn psykososiaalisen kuormittavuuden hallinta. Teoksessa: Kantalahti, T. & Tikander, T. (toim.) *Puheenvuoroja työn kuormittavuudesta – työhyvinvointifoorumi*. Sosiaali- ja terveysministeriö selvityksiä 2010:17.
- Pohjolan-Pirhonen, C., Poutiainen, K., & Samulin, H. (2007). *Kriisityön käsikirja: Käytännön opastusta traumaattisen kriisin kohdatessa*. Helsinki: Kirjapaja.
- Richards, D. (2001). A field study of critical incident stress debriefing versus critical incident stress management. *Journal of Mental Health*, 10(3), 351–362. doi:10.1080/09638230124190.
- Roivas, M. & Karjalainen, A. L. (2013). *Sosiaali- ja terveysalan viestintä*. Helsinki: Edita.

- Rosenberg, M. & Ekman, T. et al. (2001). *Myötäelämisen taito*. Suomentanut Tiina Ekman et al. Helsinki: Dialogia.
- Rosenberg, M. & Hartikainen, T. (2019). *Rakentava ja myötäelävä vuorovaikutus*. Helsinki: Viisas Elämä.
- Saari, S. (1.11.2018). Kriisi- ja traumakonferenssi. [Luento]. Helsinki: Traumaterapiakeskus.
- Saari, S. (2008). *Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen*. Helsinki: Otava.
- Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-Pirilä, P. (2009). *Hädän hetkellä - psyykkisen ensiavun opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Punainen Risti.
- Sears, M. (2010). *Humanizing Health Care: Creating Cultures of Compassion with Nonviolent Communication*. PuddleDancer Press. USA.
- Sutelainen, S. (13.11.2017). Defusing, purku. Kriisi-istunto. [Luento]. Espoo: Suomen Palopäällystiitto.
- Tabermann, T. (1987). *Maa: runoja matkalle epätoivon tuolle puolen*. Espoo: Weilin + Göös.
- Talentia. (2017). Arki, arvot ja etiikka. *Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet*. Toim. Alpo Heikkinen. PunaMusta Oy. Saatavilla 3.10.2019 https://talentia.e-julkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/docs/Talentia_Etiikkaopas_2017.pdf
- Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Saatavilla 25.10.2019 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50080#K1>
- Tuckey, M. R. & Scott, J. E. (2014). Group critical incident stress debriefing with emergency services personnel: A randomized controlled trial. *Anxiety, Stress & Coping*, 02 January 2014, Vol. 27 (1), pp.38-54 doi:10.1080/10615806.2013.809421.