



Itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaaminen puhelimesta

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia

Johanna Rommi

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Toukokuu 2021

Terveys- ja hyvinvointialat

Sairaanhoitaja (Ylempi AMK), Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK

Kliininen asiantuntija

Rommi, Johanna

Itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaaminen puhelimesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia.

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Toukokuu 2021, 134 sivua.

Terveys- ja hyvinvointialat. Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö YAMK.

Julkaisun kieli: suomi

Verkkojulkaisulupa myönnetty: kyllä

Tiivistelmä

Vuonna 2019 Suomessa kuoli itsemurhaan 746 ihmistä. Kaikki itsemurhat eivät ole estettävissä, mutta itsemurhaprosessin vaiheiden kulkuun voidaan vaikuttaa. Itsemurhien ehkäisyn näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käytännön työn kulmakivenä on tunnistaa asiakkaat, joilla on alttius itsemurhariskille. Itsemurhariskiä tulisi arvioida osana jokapäiväisiä sosiaali- ja terveydenhuollon kohtaamisia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista kohdata itsemurhariskissä oleva asiakas puhelimesta sekä ammattilaisten kokemista täydennyskoulutuksen ja muun ammatillisen tuen tarpeista näissä kohtaamisissa. Tavoitteena oli kuvata ammattilaisten kokemuksia itsemurhariskissä olevan asiakkaan tunnistamisesta ja kohtaamisesta puhelimesta sekä mahdollisuuksista ja haasteista ottaa itsemurhariski puheeksi, arvioida asiakkaan itsemurhariskin vakavuutta ja jatkotuen piiriin ohjaamista.

Tutkimus toteutettiin laadullisin menetelmin. Aineisto kerättiin teemahaastattelemalla yksilö- ja ryhmähaastatteluina erään suomalaisen kuntayhtymän 17:sta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista, jotka toteuttivat puhelimesta asiakasohjausta, -neuvontaa, hoidon ja palvelun tarpeen arviointia sekä sosiaali- ja kriisityötä. Osa haastatteluista toteutettiin etänä koronaviruspandemian rajoitusten takia. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällön analyysillä.

Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat, että yhtä lailla sosiaali- kuin terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat eri-ikäisiä itsemurhariskissä olevia asiakkaita myös puhelintoiminnossaan. Tutkimukseen osallistuneet ammattilaiset kokivat vaadittavan vahvaa ammattitaitoa ja kokemusta tunnistaa ja arvioida itsemurhariskissä olevaa asiakasta puhelimesta. Itsemurhariskissä olevan soittajan kohtaamista pidettiin vuorovaikutuksellisesti erityisen haastavana ja kuormittavana, mutta ammatillisesti tärkeänä interventiona, jonka vaikuttavuutta haluttiin kehittää koulutuksen, yhteisten toimintaohjeiden ja konkreettisten apuvälineiden avulla. Erityisesti puhelintoimintaan suunnatulle vuorovaikutukselliselle täydennyskoulutukselle koettiin tarvetta.

Kansainvälisten hoitotyön suositusten laatiminen itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisesta sisältäen tunnistamisen, puheeksi oton, arvioinnin ja jatkotuen piiriin ohjaamisen olisi avain sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille laadukkaaseen, tasavertaiseen ja vaikuttavaan toimintamalliin. Lisäksi puhelimesta työskenteleville ammattilaisille tulisi järjestää säännöllisesti puhelintoimintaan liittyvää koulutusta ja erityisesti huolehtia puhelintoimintaan suunnatun vuorovaikutusosaamisen koulutuksen systemaattisesta toteutumisesta.

Avainsanat (asiasanat)

sosiaalihuollon asiakas, terveydenhuollon asiakas, kohtaaminen, puhelintoiminta, itsemurhariski, tunnistaminen, arviointi

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet) -

Rommi, Johanna

Encounter with a costumer in suicide risk over the phone. Experiences of social and health care professionals.

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, May 2021, 134 pages.

Health and welfare. Master's Degree Programme in Health Care and Social Services. Master's thesis.

Permission for web publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

In Finland 746 people died of suicide in year 2019. All suicides are not preventable, but it is possible to affect the phases of suicide process. In aspect of preventing suicides the cornerstone of the practice of social and health care professionals is to recognise costumers who are liable to suicide risk. Suicide risk should be assessed as part of everyday encounters in social and health care. The purpose of this thesis was to produce information of social and health care professional's experiences to encounter a costumer in suicide risk over the phone, as well as their needs for updating education and other needs for professional support in these encounters.

The aim of this thesis was to describe professional's experiences of recognising and encounter a costumer in suicide risk over the phone, as well as the possibilities and challenges to bring up suicide risk and to estimate the severity of suicide risk and referring to further support.

This research was executed with qualitative methods. The material was gathered from one Finnish federation of municipalities by theme interviewing 17 professionals who execute costumer referring and counseling, assessment of the need for treatment or service in social and health care and who execute social and crisis intervention over the phone. Individual and group interviews were used. Part of interviews was made remotely because of Covid-19 pandemic restrictions. The material was analysed by abductive content analysis.

The results of this research confirm that professionals in social services as well as in health care, also on their telephone operations, encounter costumers of different age-group in suicide risk. Professionals who participated in the research experienced that strong expertise and experience is needed to recognise and assess a costumer in suicide risk over the phone. An encounter with a caller in suicide risk was kept particularly challenging and stressful in terms of interaction, but professionally an important intervention, which effectivity was being wanted to develop through education, common procedures and concrete tools. Updating education about interaction directed especially to telephone operations was being needed.

Making National care recommendations for encounter with a costumer in suicide risk, including recognition, bring up, assessment and refer to further support, would be the key to social and health care professional's quality, equal and effective procedure. In addition, education focused on telephone operations should be regularly organized to professionals working over the phone and especially be taken care of systematic education focusing on interaction know-how on the phone operations.

Keywords/tags (subjects)

Social service costumer, health care costumer, encounter, telephone operations, suicide risk, recognition, assessment

Miscellaneous (Confidential information)-

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Itsemurhat, itsemurhariski ja itsemurhien ehkäisy	5
2.1	Itsetuhoisuus ja itsemurhat ilmiönä	5
2.2	Itsemurhariski.....	12
2.3	Itsemurhien ehkäisy.....	23
3	Itsemurhariskissä oleva asiakas sosiaali- ja terveydenhuollossa	30
3.1	Itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaaminen	31
3.2	Itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaaminen puhelimesta.....	35
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät	42
5	Tutkimuksen toteutus	43
5.1	Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat	43
5.2	Tutkimuksen kohdejoukko	44
5.3	Tutkimusaineiston keruu	45
5.4	Tutkimusaineiston analysointi	50
5.5	Eettisyys tutkimusprosessissa	53
6	Tutkimustulokset	57
6.1	Tutkimukseen osallistuneet	57
6.2	Kokemukset itsemurhariskissä olevista soittajista.....	58
6.3	Itsemurhariskissä olevan soittajan tunnistaminen	66
6.4	Itsemurhariskin puheeksi otto	68
6.5	Itsemurhariskin arviointi ja jatkotuen piiriin ohjaaminen	72
6.6	Itsemurhariskissä olevan soittajan kohtaaminen.....	80
6.7	Ammatillisen osaamisen vahvistaminen.....	87
6.7.1	Haastateltujen ammatillinen osaaminen.....	87
6.7.2	Haastateltujen tarpeet täydennyskoulutukselle.....	88
6.7.3	Haastateltujen tarpeet muulle ammatilliselle tuelle.....	90
7	Pohdinta	98
7.1	Luotettavuus tutkimusprosessissa	98
7.2	Tutkimustulosten tarkastelua	102
7.3	Johtopäätökset	106
	Lähteet	108
	Liitteet	117
	Liite 1. Teoreettisessa katsauksessa hyödynnetyt aikaisemmat tutkimukset.....	117

	2
Liite 2. Saatekirje	129
Liite 3. Tutkimustiedote	130
Liite 4. Taustakysymykset	132
Liite 5. Teemahaastattelurunko	133
Liite 6. Suostumuslomake	134

Kuviot

Kuvio 1. Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1990–2018 eri ikäryhmittäin	9
Kuvio 2. Itsemurhien takia menetetyt elinvuodet Suomessa vuonna 2016	10
Kuvio 3. Itsemurhariskiltä suojaavat tekijät	15
Kuvio 4. Itsemurhariskille altistavat taustatekijät ja laukaisevat tekijät.....	22
Kuvio 5. Puhelintoiminnassa tarvittavat tiedot, taidot ja ominaisuudet.....	40
Kuvio 6. Tutkimusaineiston keruu	49
Kuvio 7. Tutkimusaineiston analyysi	51
Kuvio 8. Kokemukset itsemurhariskissä olevista soittajista	63
Kuvio 9. Itsemurhariskissä olevan soittajan tunnistaminen.....	68
Kuvio 10. Itsemurhariskin puheeksi ottaminen puhelimesta	70
Kuvio 11. Itsemurhariskin arviointi ja jatkotuen piiriin ohjaaminen	77
Kuvio 12. Itsemurhariskissä olevan soittajan jatkotuen piiriin ohjaaminen	80
Kuvio 13. Itsemurhariskissä olevan soittajan kohtaamiseen liittyvät tekijät	86
Kuvio 14. Ammatillista osaamista vahvistavat tekijät	88
Kuvio 15. Haastateltujen muut ammatillisen tuen tarpeet	98
Kuvio 16. Tutkijan vaikutus tutkimuksen luotettavuuteen	101

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä	53
Taulukko 2. Haasteltujen taustatiedot.....	57
Taulukko 3. Haastateltujen työkokemus.....	87

1 Johdanto

Maailman terveysjärjestö WHO:n arvion mukaan noin 800 000 ihmistä tekee vuosittain itsemurhan (Preventing suicide: A global... 2014, 7). Vuonna 2019 Suomessa kuoli itsemurhaan 746 ihmistä (Kuolemansyyt 2020). Kansanterveydellisestä näkökulmasta jokainen itsemurha aiheuttaa laaja-alaista inhimillistä kärsimystä sekä kansantaloudellisesti merkittäviä menetyksiä (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020). Vaikka suomalaisten itsemurhakuolleisuus on kansainvälisessä vertailussa viime vuosikymmeninä pienentynyt (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020), näyttäytyy suomalaisten nuorten eurooppalaisittain korkea itsemurha-alttius sekä ikääntyneiden suurentuneet itsemurhaluvut erittäin huolestuttavina (Kuolemansyyt 2018 2019, 18). Itsemurhaan päättämiseen ei ole yksittäistä syytä. Itsemurha on ratkaisuna yleensä kasaantuneiden, altistavien ja laukaisevien tekijöiden muodostama yksilöllinen prosessi (Galynker 2017, 10). Kaikki itsemurhat eivät ole estettävissä, mutta itsemurhaprosessin vaiheiden kulkuun on mahdollista vaikuttaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on keskeinen rooli asiakkaan itsemurhariskin varhaisessa tunnistamisessa, joka on itsemurhien ehkäisyn kulmakivi (Ylinen, Valokivi, Rissanen, Kalliomaa-Puha 2019; Bolster, Holliday, O Neal & Shaw 2015). Ammattilaisen vuorovaikutustaidot ovat avainasemassa herättämään luottamusta asiakkaan ja ammattilaisen välisissä kohtaamisissa (Vatne & Nåden 2014, 168). Santos (2018, 442) onkin esittänyt itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisen olevan yksi vaativimpia hoitotyön interventioita. Asiakkaan aikaisemmat kokemukset avunsaannista ja mielenterveysongelmiin liittyvä häpeä voivat olla esteenä tai hidasteena avun hakemiselle (Aromaa, Tolvanen, Tuulari & Wahlbeck 2011, 5). Siksi asiakaslähettäisyys ja leimautumisen vähentäminen ovat keskeisiä tekijöitä itsemurhariskissä olevan asiakkaan auttamiseksi (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020, 48).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa puhelintoiminnan merkitys on kasvanut palvelujen tehostamiseksi (Hyryn kangas-Järvenpää 2007, 427). Ammattilaisten kannalta tämä tarkoittaa entistä monipuolisempien vuorovaikutustaitojen hallitsemista (Yliluoma & Pahlonen 2019, 8). Itsemurhariskissä oleva asiakas on kohdattava avoimesti (Partonen,

Eklin, Grainger, Kauppila, Suvisaari & Virtanen 2020, 37) eikä itsetuhoisuuden puheeksi ottaminen saa koskaan olla asiakkaan oma-aloitteisuuden varassa (Lönnqvist 2017a, 365). Suora kysyminen lisää toivoa ja ymmärretyksi tulemisen tunnetta (Dazzi, Gribble, Wessely & Fear 2014, 3363). Toisin sanoen ammattilaisten antama psykososiaalinen tuki voi toimia siltana itsemurhariskissä olevan asiakkaan saamiseksi kuolemaan orientoituneesta ajatusmaailmasta takaisin elämään.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisesta on tutkittu vähän ja puhelinkohtaamisia ei juuri ollenkaan. Harjaantuakseen itsemurhariskissä olevien asiakkaiden tunnistamisessa ja kohtaamisessa sekä kehittääkseen vuorovaikutustaitojaan ammattilaiset tarvitsevat ajankoh- taista, näyttöön perustuvaa tutkimustietoa sekä koulutusta (Vorma ym. 2020, 16; Itsemurhien ehkäisy ja... 2020).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista kohdata itsemurhariskissä oleva asiakas puhelimesta sekä ammattilaisten kokemista täydennyskoulutuksen ja muun ammatillisen tuen tarpeista näissä kohtaamisissa. Tavoitteena on kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia itsemurhariskissä olevan asiakkaan tunnistamisesta ja kohtaamisesta puhelimesta sekä mahdollisuuksista ja haasteista ottaa itsemurhariski puheeksi, arvioida asiakkaan itsemurhariskin vakavuutta ja jatkotuen piiriin ohjaamista.

Tämän laadullisen tutkimuksen aineisto on kerätty teemahaastattelemalla yksilö- ja ryhmähaastatteluun erään suomalaisen kuntayhtymän 17:sta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista, jotka toteuttavat puhelimesta asiakasohjausta, -neuvontaa, hoidon ja palvelun tarpeen arviointia sekä sosiaali- ja kriisityötä. Osa haastatteluista on tehty etänä koronaviruspandemian rajoitusten takia. Aineisto on analysoitu teoriaohjaavan sisällön analyysin keinoin. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää osana suunnitelmallista itsemurhien ehkäisytoimintaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoiminnan kehittämistä.

2 Itsemurhat, itsemurhariski ja itsemurhien ehkäisy

Seuraavissa luvuissa 2 ja 3 esitellään teoreettinen katsaus opinnäytetyön keskeisiin ilmiöihin ja käsitteisiin. Itsemurhaa, itsemurhariskiä, itsemurhien ehkäisyä sekä itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamista sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkastellaan yleisistä kansainvälisistä määritelmistä ja kuvauksista suomalaisittain korostuviin ja huomioitaviin seikkoihin. Teoreettisessa katsauksessa on käytetty monipuolisesti mahdollisimman tuoreita, eri näkökulmista toteutettuja tutkimuksia. Aikaisempien tutkimusten tuloksia nostetaan esiin läpi molempien lukujen. Teoreettisessa katsauksessa hyödynnetyt tutkimukset keskeisine tuloksineen on esitelty liitteessä 1.

2.1 Itsetuhoisuus ja itsemurhat ilmiönä

Vaikka itsetuhoisuutta on tutkittu globaalisti ja eri tieteenaloilla, yhtenäistä kansainvälisesti sovittua termistöä itsetuhoisuudelle kulttuurisena ja monimuotoisena ilmiönä ei ole saatu muodostettua (Santos 2018, 442; Holopainen & Partonen 2014, 203). Lönnqvist ja muut (2017, 587) sekä Suominen ja Valtonen (2013, 881) määrittelevät suoraan tai epäsuorasti ilmenevän itsetuhoisuuden henkeä uhkaavan riskin ottamiseksi tai itseä vahingoittavaksi käyttäytymiseksi tai pyrkimykseksi. Seuraavaksi tarkastellaan itsetuhoisuutta ja itsemurhia ilmiönä sekä niiden ilmenemistä maailmalla ja Suomessa itsemurhalukujen, itsemurhakuolleisuuden sekä käytettyjen itsemurhamenetelmien valossa.

Itsetuhoisuuden ja itsemurhan määritelmät

Epäsuorasti itsetuhoinen ei tietoisesti vahingoita itseään tai halua kuolla, vaan tavoittelee hetkellistä helpotusta elämänsä fyysisiin, psyykkisiin tai sosiaalisiin haasteisiin (Achté, Lindfors, Lönnqvist & Salokari 1989, 19). Epäsuoraa itsetuhoisuutta voi olla esimerkiksi impulsiivinen riskikäyttäytyminen liikenteessä, liiallinen alkoholinkäyttö tai fyysisen sairauden hoidon laiminlyöminen (Lönnqvist ym. 2017, 587; Suominen & Valtonen 2013, 881). Epäsuora itsetuhoisuus voi yhtä lailla johtaa kuolemaan (Achté ym. 1989, 18).

Itsemurha-ajatukset, itsemurhasta puhuminen, itsemurhayritys ja itsemurha ovat suoraa itsetuhoisuutta (Lönqvist ym. 2017, 588). Oman kuoleman ajattelemisen tai toivominen ilman konkreettisia itsemurhasuunnitelmia voi tuoda helpotusta pahaan oloon (Lönqvist ym. 2017, 587; Holopainen & Partonen 2014, 206). Hetkelliset ja ohimenevät itsemurha-ajatukset ovat ihmisillä melko yleisiä. Vuositasolla ja alueellisesti tutkittuna itsemurha-ajatusten esiintyvyys suomalaisessa väestössä vaihtelee 2–10 prosentin välillä. (Solin, Suvisaari & Viertiö 2019, 2; Lönqvist ym. 2017, 589.) Nuorista 30 prosenttia on joskus elämänsä aikana ajatellut tekevänsä itsemurhan (Lönqvist ym. 2017, 589).

Itsemurha-ajatukset voivat johtaa toistuvaan itsensä vahingoittamiseen oman olon helpottamisen keinona ilman itsemurhasuunnitelmaa tai halua kuolla (Lönqvist ym. 2017, 587). Itsensä vahingoittaminen viiltelemällä on nuorten yleisin itsetuhoisen käyttäytymisen muoto (Salmi, Kaunonen, Rissanen & Aho 2014, 21). Viiltely voi johtaa vahingolliseen kierteeseen tai jopa riippuvuuteen, ja levitä haitallisesti laajenevana käyttäytymismallina nuorten keskuudessa (Suomalainen, Seilo, Haravuori & Marttunen 2018, 859). Sama ihminen voi olla itsetuhoinen sekä suoraan että epäsuorasti, ja itsetuhoisuuden ilmenemismuodosta riippumatta riskitekijät ovat osittain samalaisia (Lönqvist ym. 2017, 587).

Itsemurhasta puhuminen ja itseä vahingoittava käyttäytyminen on aina otettava vakavasti. Ne ovat merkkejä pidemmälle edenneestä itsetuhoisuudesta ja mahdollisesta tavoitteellisesta pyrkimyksestä oman elämän päättämiseen. (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020; Suomalainen ym. 2018, 862.) Itsemurha-ajatusten ja -suunnitelmien muuttuminen toiminnaksi johtaa itsemurhayritykseen tai itsemurhaan (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020). Amerikan psykiatriyhdistys on määritellyt itsemurhayrityksen itseä vahingoittavana käyttäytymisenä, johon olennaisesti liittyy halu kuolla (Practice guideline for... 2003, 9). Samaa määritelmää käytetään suomalaisessa Duodecimin vuonna 2020 julkaisemassa Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito Käypä hoito -suosituksessa.

Maailman terveysjärjestö WHO:n arvion mukaan yhtä aikuisen itsemurhaa kohti tehdään keskimäärin 20 itsemurhayritystä. Itsemurhayritysten lukumäärät ovat suuntaa

antavia, mutta aliraportoituja. Itsemurhayritysten yleisyyden arviointi perustuu terveydenhuollosta saatuihin lukuihin ja vapaaehtoisilla haastattelututkimuksilla kerättyihin tietoihin. Terveystieteiden puuttua systemaattinen järjestelmä itsemurhayritysten kirjaamiseksi, ja kaikki itsemurhaa yrittäneet eivät myöskään hakeudu hoitoon. (Preventing suicide: A global... 2014, 25–26.)

Suomessa itsemurhaa yrittää vuositasolla noin yksi sadasta suomalaisesta. Noin yksi kuudesta ajattelee itsemurhaa vaihtoehtona elämänaikaisesti. (Laukkala, Jylhä, Iso-metsä, Koponen, Marttunen, Wahlbeck, Laajasalo, Vuorio & Pirkola 2020, 1920.) Noin puolet itsemurhaa yrittäneistä onnistuu lopettamaan elämänsä (Lönngqvist ym. 2017, 593). Vuosittain sairaalahoitoon itsensä vahingoittamisen takia joutuu noin 700 alle 25-vuotiaasta suomalaisesta tai -nuorta, joista tyttöjen ja nuorten naisten osuus on poikia ja nuoria miehiä suurempi (Kansallinen lasten ja nuorten...2018, 47). Suokkaan, Suomisen, Heilän, Ostamon, Aalto-Setälän, Perälän, Saarnin, Lönngqvistin ja Suvisaaren (2011, 971) mukaan suomalaisista 20–30-vuotiaista nuorista naisista 6,9 %:lla ja miehistä 5,6 %:lla oli elämänaikaisesti itsemurhayrityksiä. Vaikka itsemurhayrityksiä oli nuorilla miehillä ja pojilla vähemmän, tekivät he vastaavasti moninkertaisesti tyttöjä ja nuoria naisia enemmän itsemurhia (Kansallisen lasten ja nuorten... 2018, 47).

WHO:n määritelmän mukaan itsemurha on tarkoituksellisesti tehty teko, jonka päämääränä on itsensä surmaaminen (Preventing suicide: A global... 2014, 12). Holopainen ja Partonen (2014, 205) ovat kuvanneet holistisen ihmiskäsityksen valossa itsemurhaa tavoitteellisena tekona oman elämäntilanteen päättämiseksi kuolemaan silloin, kun elämäntilanteen jatkamisen halua ei enää ole. Suomessa itsemurhaksi luokitellaan kuolema, joka johtuu ihmisen itse aloittamasta tai toteuttamasta tietoisesta teosta, jonka hän on vähintään uskonut voivan johtaa kuolemaan (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020).

Itsemurhakuolleisuus

Noin 40 ihmistä maailmassa tekee itsemurhan joka sekunti (Preventing suicide: A global... 2014, 2). Itsetuhoinen käyttäytyminen eri muodoissaan on globaali terveysongelma (mts. 22; Santos 2018, 441). Tätä toteamusta tukee viimeisin, vuonna 2018

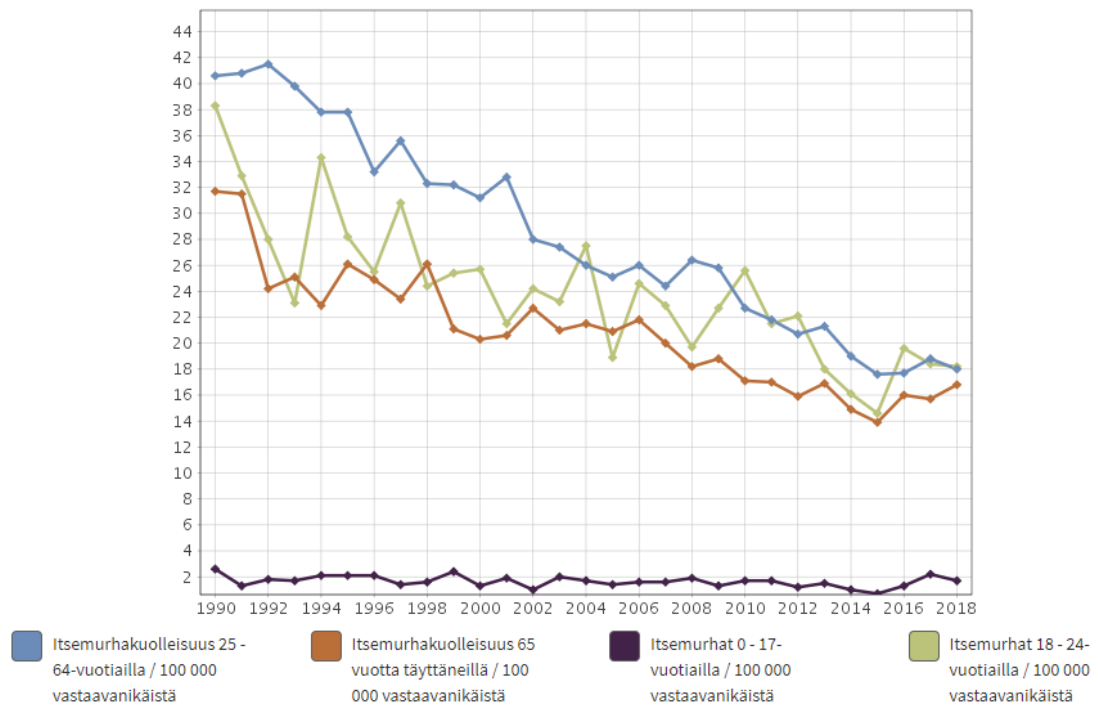
Global Burden of Disease julkaisema, maailman kaikki mantereet kattava, kuolleisuutta arvioiva systemaattinen katsaus, jonka mukaan itsemurhaan kuoli vuonna 2017 maailmassa 744 000–820 000 ihmistä. Globaali ikävakioitu itsemurhakuolleisuusluku, joka tarkoittaa itsemurhaan kuolleiden määrää 100 000 asukasta kohti, oli samana vuonna maailmanlaajuisesti tarkasteltuna noin 10. (Global, regional, and... 2018, 1754; 1757.) Miesten itsemurhakuolleisuusluku oli noin 14 ja naisten noin 6. Vuoden 2017 kaikista kuolemista noin 1,4 prosenttia oli itsemurhia. (Ritchie, Roser & Ortiz-Ozpin n.d.)

Myös itsemurhat ovat aliraportoituja ja todellisten lukujen tiedetään olevan paljon suurempia. Osa itsemurhista jää tilastoitumatta puutteellisten väestörekisterijärjestelmien takia tai, koska itsemurha kirjataan muuna kuolinsyynä, kuten tapaturmana epäselvän tilanteen, itsemurhan laittomuuden tai häpeällisyyden vuoksi. (Preventing suicide: A global... 2014, 19.) Kuvaavana esimerkkinä ovat ikääntyneiden, yli 75-vuotiaiden itsemurhat kiisteltynä kuolinsyynä, jonka yleisyyttä ei kaikissa maissa tunnusteta (Santos 2018, 441).

Itsemurhien määrissä ja itsetuhoisen käyttäytymisen yleisyydessä ja ilmenemismuodoissa on alueellista, väestöryhmiin, kulttuureihin sekä ikään, sukupuoleen ja aikaan liittyvää vaihtelua (Preventing suicide; A global... 2014, 16; Partonen ym. 2020, 35). Itsemurha on maailmanlaajuisesti toiseksi yleisin kuolinsyy 15–29-vuotiaiden keskuudessa (Preventing suicide: A global... 2014, 7). Miehet tekevät naisia enemmän itsemurhia. Suhdeluvussa on huomattavaa vaihtelua eri maissa, mutta osassa Eurooppaa miesten itsemurhia on 4,5 kertaisesti enemmän. (Mts. 20.)

Myös Suomessa itsemurhia tehdään joka päivä (Lönngqvist ym. 2017, 587). Vuosittain noin yksi kuudesta–seitsemästä tuhannesta suomalaisesta kuolee itsemurhaan (Laukka ym. 2020, 1920). Suomalaisista itsemurhakuolemista on tilastoja vuodesta 1751 alkaen. Korkeimmillaan itsemurhakuolleisuus oli vuonna 1990, kun yli 1500 suomalaista teki itsemurhan. (Vorma ym. 2020, 49.) Partosen ja muiden (2020, 14) tutkimuksesta ilmenee, että vuosina 2016–2018 itsemurhan teki 2400 suomalaista. Itsemurhan tehneissä miehiä oli yli kolminkertainen määrä naisiin verrattuna. Ikä vaihteli alle 15-vuotiaasta ja yli 90-vuotiaaseen.

Itsemurhakuolemat ovat lähes puolittuneet huippuvuosista ja vähentyneet kymmenessä vuodessa noin 30 prosenttia, eniten keski-ikäisten kohdalla (Kuolemansyyt 2020). Yli 65-vuotiaiden ikääntyneiden ja nuorten itsemurhakuolleisuudet eivät ole pienentyneet samassa suhteessa (Kuolemansyyt 2018 2019, 18). Kuviossa 1 havainnollistetaan suomalaisten itsemurhakuolleisuutta eri ikäryhmissä vuodesta 1990 vuoteen 2018.

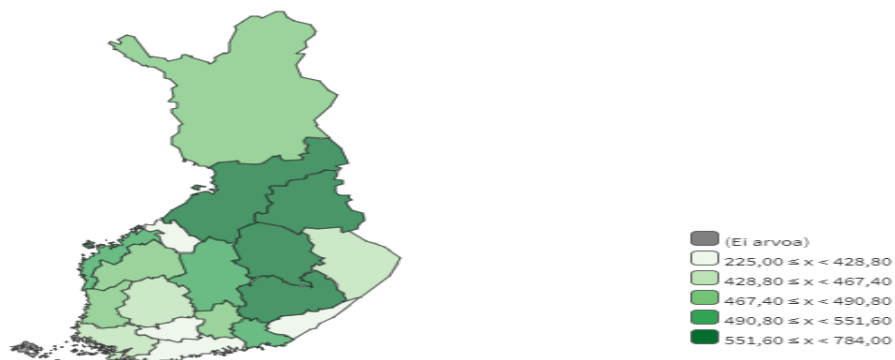


Kuvio 1. Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1990–2018 eri ikäryhmittäin (Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina...2020)

Vuonna 2019 itsemurhan teki 746 suomalaista: 567 miestä ja 179 naista. Itsemurhakuolleisuusluku 100 000 suomalaista kohtaan oli 14 ja sukupuolittain 21 miehillä ja 6 naisilla. (Kuolemansyyt 2020.) Itsemurhan tehneiden keski-ikä oli molemmilla sukupuolilla 47 vuotta. Noin joka neljäs oli 65 vuotta täyttänyt ja 15 % oli alle 25-vuotiaita. 15–24-vuotiaiden suomalaisten kuolemansyistä yli kolmasosa oli itsemurhia. Vaikka suurta osuutta selittääkin nuorten vähäinen kuolleisuus muihin syihin, näyttyy nuorten itsemurhakuolleisuus erittäin huolestuttavana. Alle 25-vuotiaiden naisten itsemurhat ovat viimeisessä kymmenessä vuodessa jopa lisääntyneet. (Kuolemansyyt 2020.)

Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna suomalaisten itsemurhakuolleisuus on ollut vuodesta toiseen keskimääräistä suurempaa. Selkeämmin ero näyttäytyy miesten kohdalla, mutta myös naisten luku on hieman yli kansainvälisen keskitason. (Kuolemansyyt 2020, 18; Ritchie ym. n.d.; Global, regional, and... 2018, 1754; 1757.) Vuoden 2017 kaikista suomalaisista kuolemista 1,6 % oli itsemurhia, joka on hieman enemmän maailmanlaajuiseen 1,4 % verrattuna (Ritchie ym. n.d.). Pohjoismaisittain eniten itsemurhia tekevät suomalaiset miehet, mutta suomalaisnaisten itsemurhakuolleisuus on viime vuosina laskenut muiden pohjoismaalaisten tasolle (Health Statistics for... 2017, 187–188). Muihin EU-maihin nähden suomalaisten itsemurhakuolleisuus on ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden osalta keskitasolla, mutta suomalaisnuorten itsemurhakuolleisuus on Euroopan korkeinta (Kuolemansyyt 2020).

Partosen ja muiden tutkimuksessa (2020) tuli esiin myös Suomessa tilastollisesti merkittävää maantieteellistä vaihtelua itsemurhakuolleisuuden, ikäryhmän ja sukupuolen suhteen. Itsemurhakuolleisuus oli pienintä Helsingin yliopistosairaalan erityisvastuualueella sekä samalla alueella miesten ja 35–74-vuotiaiden ikäryhmän osalta tarkasteltuna. Suurinta itsemurhakuolleisuus oli Kuopion ja Oulun yliopistosairaaloiden erityisvastuualueella. Alle 20-vuotiaiden itsemurhakuolleisuus oli koko maata pienempää Tampereen yliopistosairaalan erityisvastuualueella. (Partonen ym. 2020, 36.) Alueelliset erot ovat helposti havaittavissa itsemurhien takia menetettyjen elinvuosien tilastoista (Partonen & Solin 2019, 2). Kuviossa 2 nähdään vuoden 2016 itsemurhien vuoksi menetetyt elinvuodet (PYLL) välillä 0–80 ikävuotta 100 000 asukasta kohtia alueittain Suomessa.



Kuvio 2. Itsemurhien takia menetetyt elinvuodet Suomessa vuonna 2016 (Itsemurhien takia menetetyt... 2016)

Itsemurhamenetelmät

Itsemurhakuolleisuuden ikäryhmä- ja sukupuolikohtaisten sekä alueellisten vaihteluiden lisäksi on voitu osoittaa niihin kytköksissä olevaa vaihtelua itsemurhan tekotavoissa (Partonen ym. 2020, 35). Maailmanlaajuisesti systemaattisesti kerättyä tietoa itsemurhan tekoon käytetyistä menetelmistä on vähän kirjaamisen ja tilastoinnin puutteellisuuden vuoksi. On kuitenkin olemassa näyttöä ympäristön ja aikakauden vaikutuksista käytettyihin itsemurhamenetelmiin. Näitä tietoja tarvitaan itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittamistoimintoihin itsemurhien ehkäisemiseksi. (Preventing suicide: A global... 2014, 24–25.)

Yleisin itsemurhamenetelmä maailman suurituloisissa maissa on hirttäytyminen ja pieni- ja keskituloisissa maissa itsensä myrkyttäminen. Jälkimmäinen juontaa juurensa maaseuduille ja viljelyssä käytettyihin, helposti saatavilla oleviin torjunta-aineisiin. Nopeasti kaupungistuneissa maissa korkealta hyppääminen on itsemurhamenetelmänä yleistymässä. Amerikan suurituloisissa maissa lähes puolet itsemurhista tehtiin ampuma-aseella. Ampuminen on toiseksi yleisin itsemurhan tekotapa koko maailman suurituloisia maita tarkastellessa. (Preventing suicide: A global... 2014, 24.)

Partosen ja muiden (2020) tutkimus vahvistaa alueelliset eroavaisuudet myös suomalaisten käyttämässä itsemurhamenetelmissä. Eteläsuomalaisten keskuudessa korkealta hyppääminen oli yleisempää, kun taas vastaavasti myrkytysitsemurhia oli Tampereen yliopistosairaalan erityisvastuualueella muuta maata selkeästi tilastollisesti vähemmän. (Partonen ym. 2020, 35.) Lisäksi eri ikäryhmissä ja sukupuolittain osoitautui ilmenevän eroavaisuuksia. Ikäryhmävertailussa myrkytys itsemurhamenetelmänä nousi esiin 50–64-vuotiaiden keskuudessa ja korkealta hyppääminen 20–34-vuotiaissa. 20–44-vuotiaiden ikäryhmässä moottoriajoneuvolla ajaminen ja 15–44-vuotiaiden keskuudessa liikkuvan ajoneuvon alle jättäytyminen korostuivat. (Mts. 36.) Ampuminen, moottoriajoneuvo ja tulipalo erottautuivat suomalaisten miesten käyttäminä itsemurhamenetelminä, kun taas naisten keskuudessa korostuivat myrkytys, hukuttautuminen ja liikkuvan auton alle jääminen (mts. 16).

Tutkimustietoa käytetyistä itsemurhamenetelmistä, itsemurhien estämisen toimenpiteistä ja niiden vaikuttavuudesta on kerättävä ja levitettävä systemaattisesti, sillä

vaikuttamalla käytettyihin itsemurhamenetelmiin itsemurhia on mahdollisuus estää (Partonen ym. 2020, 35; 37; Itsemurhien ehkäisy ja... 2020). Jokainen este itsemurhaprosessissa tuo lisää harkinta-aikaa ja voi mahdollistaa päättämään toisin (Preventing suicide: A global...2014, 24). Itsemurhavaaraan liittyvien tekijöiden tunnistaminen on tärkeää kaikilla yhteiskunnan toimialoilla, ei vain terveydenhuollossa. Itsemurhakuolemien vähentämiseksi tarvitaan suunnitelmallista ja laaja-alaista yhteistyötä yhteiskunnan eri toimijoiden välille. (Partonen ym. 2020, 35.)

Yksi itsemurha koskettaa montaa ihmistä. Vuosittain 48–500 miljoonaa ihmistä menettää itsemurhan kautta läheisensä. (Santos 2018, 441.) Itsemurha jättää kauaskantoisen vaikutuksen itsemurhaan päätyneen henkilön perheeseen, ystäviin ja muuhun lähiverkostoon sekä yhteisöihin, joissa itsemurhan tehnyt ihminen on ollut osallisena (Preventing suicide: A global... 2014, 2). Läheisen itsemurha voi lisäksi laukaista itsetuhoista käyttäytymistä ja altistaa lähipiiriä itsemurhariskille (Itsemurhien ehkäisy ja...2020; Lönnqvist ym. 2017, 591; Suominen & Valtonen 2013, 882).

2.2 Itsemurhariski

Seuraavaksi tarkastellaan itsemurhariskiin vaikuttavia tekijöitä. Itsemurha-alttiuteen vaikuttaa niin itsemurhaan päättymisen riskiä vähentävät eli itsemurhariskiltä suojaavat kuin itsemurhariskille altistavat tekijät (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020). Itsemurhariskiä voidaan arvioida näitä tekijöitä kartoittamalla, mutta yksittäistä itsemurhaa ei silti voida ennustaa (Aaltonen, Isometsä, Sund & Pirkola 2019, 159).

Itsemurhariskille altistavat tekijät on tässä opinnäytetyössä jaoteltu altistaviin taustatekijöihin ja altistaviin laukaiseviin tekijöihin. Altistavat taustatekijät lisäävät itsemurhariskiä pidemmällä aikavälillä, kun taas laukaisevat tekijät altistavat ajankohtaisesti itsemurhariskille. Osa altistavista tekijöistä voi toimia sekä tausta- että laukaisevana tekijänä. (Itsemurhien ehkäisy ja...2020.) Yksittäisen tekijän puuttuminen tai olemassaolo ei vahvista eikä sulje pois itsemurhariskiä (Suominen & Valtonen 2013, 881). Itsemurhariskissä olevia asiakkaita kohdatessa huomion kiinnittäminen itsemurhariskiltä suojaaviin tekijöihin on vähintään yhtä tärkeää kuin itsemurhariskille altistaviin tekijöihin (Preventing suicide: A global...2014, 44).

Suojaavat tekijät

Ihmisen psykologisissa ominaisuuksissa on tekijöitä, jotka voidaan nähdä itsetuhoisuutta ja itsemurha-alttiutta vähentävinä eli itsemurhalta suojaavina. Tällaisia tekijöitä ovat elämän aikana muodostuvat selviytymiskeinot, joilla on merkitystä ihmisen kykyyn ratkaista ongelmia itse tai toisten avustuksella. (Preventing suicide: A global 2014, 44.) Resilienssi eli pärjäävyys käsittää myönteisen suhtautumisen selviytymiseen eli elämässä pärjäämiseen niin yksin kuin sosiaalisten suhteiden avulla. Resilienssi vähentää itsemurhariskiä, koska haasteiden edessä oleva ihminen uskoo omiin mahdollisuuksiinsa vaikuttaa käyttäytymiseensä ja hallita elämäänsä. (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020.) Vaikeissa tilanteissa tai voimakkaasti ahdistuneena myönteinen ajatus tai usko tulevaan, voivat auttaa näkemään elämällä olevan kaikesta huolimatta merkitystä. Pienikin toivon kipinä voi suojata ihmistä lopulliselta ratkaisulta päättää elämänsä. (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020; Galynger 2017, 28–30.)

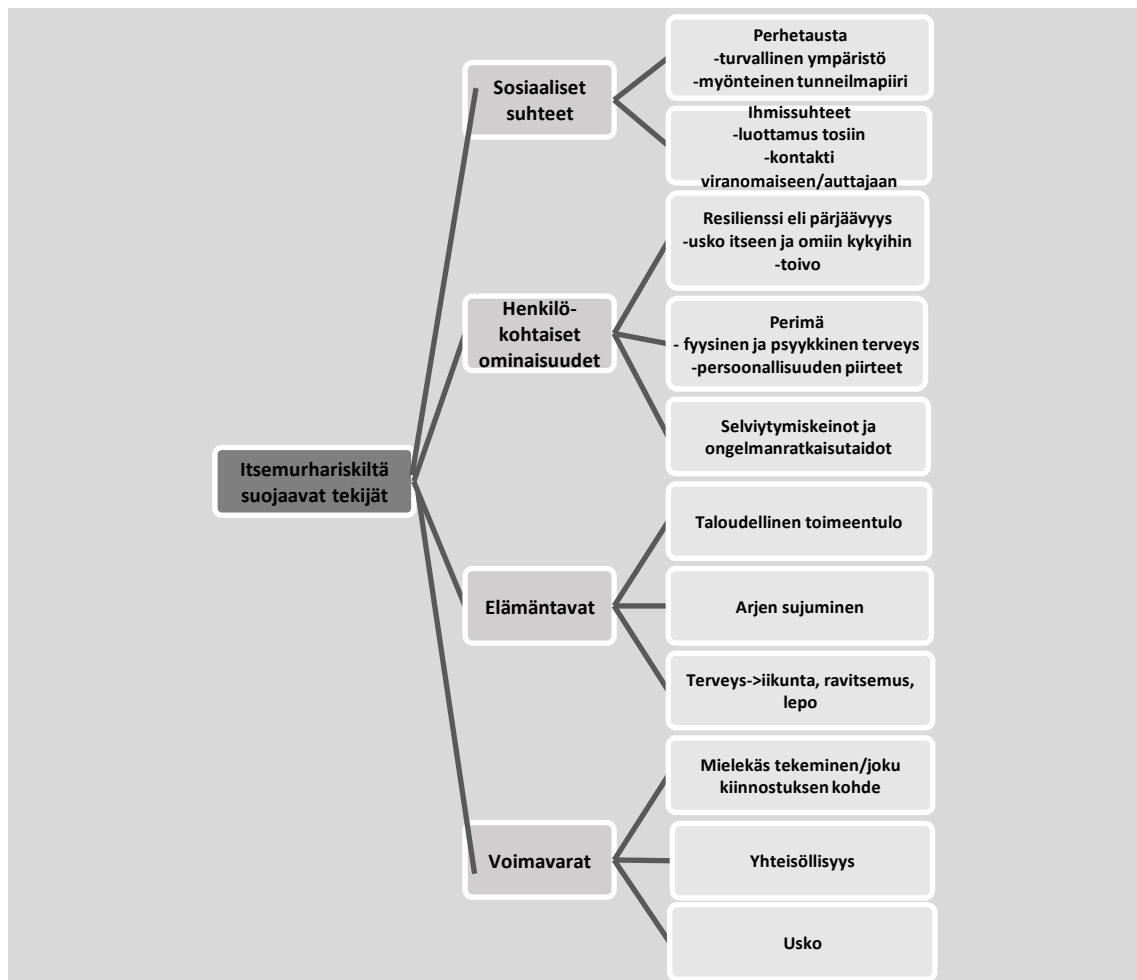
Synnyynnäiset ja varhaiset suojaavat tekijät liittyvät perimään ja perhetaustaan. Lapsuuden aikaiset kokemukset perheeseen ja yhteisöön kuulumisesta ovat merkityksellisiä ihmisen kasvulle ja kehitykselle sekä sosiaaliselle käyttäytymiselle. Turvallinen kasvuympäristö ja myönteinen tunneilmapiiri lapsuudessa vahvistavat pärjäävyyttä ja omiin ongelmanratkaisutaitoihin ja selviytymiskeinoin luottamista elämän haasteissa. Kokemukset läheisistä ja tärkeistä ihmissuhteista sekä onnistunut vastavuoroisen suhteen luominen toisen ihmisen kanssa mahdollistavat vaikeissa tilanteissa avun pyytämisen läheisiltä tai ammattilaisilta. Hoitoon hakeutuminen osoittaa uskoa sosiaalisen tuen saatavuuteen ja luottamista toisen ihmisen mahdollisuuteen auttaa. Hoitosuhteessa ammattilaisen ja asiakkaan välille rakentuva luottamuksellinen yhteistyösuhde vähentää itsetuhoista käyttäytymistä. (mm. Itsemurhien ehkäisy ja... 2020; Aaltonen ym. 2019; Galynger 2017; Preventing suicide A global... 2014.)

Yksikin ihmissuhde on merkityksellinen. Aaltosen ja muiden (2019, 159) tutkimuksessa todettiin, että jo asuminen jonkun toisen kanssa verrattuna yksinasumiseen oli itsemurhariskiä pienentävä tekijä. Nuorten tai lasten kuuluminen perheeseen ja heidän asumisensa kotona on joidenkin tutkimusten mukaan varsinkin naisia itsemurhariskiltä suojaava tekijä (Practice guidelines for... 2003, 119). Aaltosen ja muiden (2019, 161) tutkimuksessa nuorten tai lasten kuuluminen perheeseen osoittautui

miehillä jopa tilastollisesti merkittäväksi itsemurhan riskitekijäksi. Naisten osalta lasten itsemurhariskiltä suojaavaa vaikutusta ei Aaltosen ja muiden tutkimuksessa (2019, 161) voitu osoittaa.

Niin kuin aiemmin todettiin sosiaalinen yhteenkuuluvuus suojaa itsemurhalta. Ympäristö ja yhteisö sekä positiiviset kokemukset niissä elämisestä vahvistavat joukkoon kuulumisen ja hyväksytyksi tulemisen tunteita. (Preventing suicide: A global... 2014, 37.) Hyväksyntä arkisessa ympäristössä on merkityksellistä jokaiselle ihmiselle kulttuurista ja kansalaisuudesta riippumatta. Itsemurhaan tekoina kielteisesti suhtautuva kulttuurinen ja uskonnollinen ympäristö ja usko voivat suojata itsetuhoisuudelta (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020). On kuitenkin uskonnollisia ja hengellisiä tekijöitä, joilla voi olla päinvastainenkin vaikutus (Preventing suicide: A global... 2014, 44). Voimakkaat negatiiviset asenteet itsetuhoista käyttäytymistä kohtaan voivat olla häpeän ja leimautumisen pelon takia esteenä avun hakemiselle ja lisätä itsemurhariskiä (Preventing suicide: A global...2014, 44; Practice guidelines for...2003, 118).

Arjen rakenteet, kuten taloudellinen toimeentulo, asuminen ja mahdollisimman terveelliset elämäntavat vaikuttavat ihmisen hyvinvoinnin kautta itsemurhariskiin. Taloudellisen tilanteen vakaus turvallisuutta luovana tekijänä vaikuttaa positiivisesti ihmisen kokemukseen hallita elämäänsä. Koti on kiintopiste, pysyvyyttä ja turvallisuutta lisäävä tekijä. Kokemus omasta terveydestä ja hyvinvoinnista ja usko siihen, että voi toipua, ovat tärkeitä silloin, kun sairastuu. (Preventing suicide: A global...2014, 44.) Itsemurhariskiltä suojaavia tekijöitä löytyy ihmisen sosiaalisista suhteista, henkilökohtaisista ominaisuuksista, voimavaroista ja elämäntavoista, kts. kuvio 3.



Kuvio 3. Itsemurhariskiltä suojaavat tekijät (tiedot: Itsemurhien ehkäisy ja... 2020; Galynger 2017; Preventing suicide: A global... 2014)

Altistavat taustatekijät

Maailmanlaajuisesti katsottuna suurin yksittäinen itsemurhalle altistava tekijä on aikaisempi itsemurhayritys (mm. Itsemurhien ehkäisy ja...2020; Lönnqvist ym. 2017; Preventing suicide: A global...2014; Practice guidelines for...2003). Itsemurhan tehneistä ja itsemurhaa yrittäneistä suurella osalla oli todettuna jokin mielenterveyden häiriö tai vähintään siihen viittaavia oireita, yleisimmin masennusta ja alkoholinkäyttöä. Eri puolilla maailmaa tehdyissä tutkimuksissa mielenterveyshäiriön esiintyvyys itsemurhan tehneillä vaihteli yli 60 prosentista noin 90 prosenttiin. Eri mielenterveyshäiriöihin liittyy erilainen itsemurha-alttius. (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020; Lönnqvist ym. 2017, 593; Preventing suicide: A... 2014.)

Huomattavaa on, että läheskään kaikilla mielenterveyden häiriötä sairastavilla ei missään sairauden tai elämänvaiheessa ilmene itsetuhoisuutta. Itsemurhariski on suurempi niillä, joilla on yksi tai useampi mielenterveyden häiriö verrattuna niihin, joilla mielenterveyden häiriötä ei ole. Useamman mielenterveyden häiriön esiintyminen samalla ihmisellä kohottaa itsemurhariskiä selkeimmin. (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020; Lönnqvist ym. 2017, 593; Preventing suicide: A global... 2014.) Myös aikaisempi itsemurha perhe- tai ystäväpiirissä tai yhteisössä, johon ihminen kuuluu, altistaa itsemurhariskille (Lönnqvist ym. 2017, 591; Preventing suicide: A global...2014, 40). Varsinkin oman vanhemman tai sisaruksen itsemurha on yksittäisenä riskitekijänä merkityksellinen (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020).

Suomalaiset ovat itsemurha-alttiuteen vaikuttavien tekijöiden tutkimisessa kansainvälisesti tunnettuja sekä edelläkävijöitä laajojen pitkäaikais- ja poikittaistutkimusten tekijöinä. Kari Aaltosen väitöskirja masennusta ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien potilaiden itsetuhoisesta käyttäytymisestä julkaistiin helmikuussa 2019 (Aaltonen 2019). Aaltonen ja muut (2019, 160) ovat tutkineet itsemurhariskiä suomalaisten ensi kertaa psykiatrisessa sairaalahoidossa masennuksen takia olleiden masennusta tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien potilaiden osalta 24 vuoden seuranta-aikana. Tutkimus on ajanjaksollisesti maailmanlaajuisesti pisin ja ainoa laatuun tarkastellessaan eroavaisuuksia itsemurhan riskitekijöissä sukupuolittain.

Puolet itsemurhan tehneistä suomalaisista on joko antanut jonkinlaisia merkkejä itsetuhoisuudesta tai yrittänyt itsemurhaa aiemmin (Lönnqvist 2017b, 358). Ensimmäiseen itsemurhayritykseensä kuolee puolet ja 15 % eloonjääneistä yrittää itsemurhaa uudelleen seuraavan vuoden sisällä (Lönnqvist ym. 2017, 593). Miehet ovat sukupuolensa perusteella suuremmassa riskissä päätyä itsemurhaan naisiin verrattuna (Itsemurhien ehkäisy ja...2020). Miesten korkeampi itsemurhakuolleisuus oli Aaltosen ja muiden (2019, 159) päätelmien mukaan selitettävissä osittain miesten käyttämällä, varmemmin kuolemaan johtavilla itsemurhamenetelmillä, kuten ampumisella tai hirttäytymisellä.

Lönnqvistin (2017b, 358) mukaan itsemurhan tehneistä henkistä kipua ja psyykkistä huonovointisuutta kokee poikkeuksetta jokainen. Yli 90 prosentilla itsemurhaan päätyneistä suomalaisista on jonkinasteinen mielenterveyden häiriö ja kahdella kolmesta tämä oli masennus. Myös muut mielenterveydenhäiriöt, kuten kaksisuuntainen mielialahäiriö (mts. 359), skitsofrenia tai persoonallisuushäiriöistä epävakaa persoonallisuus kohottavat itsemurhariskiä (Lönnqvist ym. 2017, 595). Useampaa mielenterveyshäiriötä sairastavalla on suurempi alttius itsemurhalle (Suokas ym. 2011, 969).

Masennusta elämänsä aikana sairastaa 20 prosenttia suomalaisista aikuisista. Ikään-tyneiden ja yhä nuorempien keskuudessa masennus on viime vuosina lisääntynyt. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2020.) Itsemurhariski kasvaa masennusjakson vaikeusasteen mukaan (Lönnqvist 2017b, 358; Aaltonen ym. 2019, 158). Vakavasti masentuneen itsemurhakuolleisuus normaaliväestöön verrattuna on 20-kertainen (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen & Tuulari 2017, 18). Riski on suurempi erityisesti silloin, jos masennukseen liittyi todellisuuden tajun hämärtymistä eli psykoottisuutta (Lönnqvist 2017b, 358; Aaltonen ym. 2019, 158). Itsemurhaa aiemmin yrittäneistä ensi kertaa psykiatrisessa sairaalassa masennuksen takia olleista miehistä 15,4 % ja naisista 8,5 % teki myöhemmin itsemurhan (Aaltonen ym. 2019, 160).

Aaltosen väitöskirja (2019, 103) painottaa masennuksen vuoksi ensi kertaa psykiatrisessa sairaalassa olleiden kotiutumisen jälkeistä koko ensimmäisen vuoden kestävää korostunutta itsemurhariskiä. Myös muissa tutkimuksissa on tullut esille itsemurhariskin voivan olla kohonnut psykiatrisen sairaalahoidon jälkeen. Haglundin, Lysellin, Larssonin, Lichensteinin ja Runesonin (2019, 5) tutkimus osoitti, että erityisesti psykoottistasoisista mielenterveyshäiriöistä kärsivien itsemurhariski oli suurentunut sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Aiempi ja varsinkin lähiaikoina toteutunut itsetuhoisen käyttäytyminen lisäsi entisestään psykiatrisen sairaalahoidon jälkeistä itsemurhariskiä, joka korostui masentuneiden tai kriisitilanteessa olevien miesten keskuudessa.

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä masennusjaksot ja yliaktiivisen mielialan jaksot vaihtelevat kausittain. Niiden välissä voi olla pitkiäkin oireettomia, normaalin mie-

lialan jaksoja. (Pajunen, Valtonen & Suominen 2017, 226.) Lönnqvistin ja muiden mukaan (2017, 594) kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista suomalaisista lähes puolet yrittää jossain vaiheessa itsemurhaa ja noin joka kuudes kaksisuuntaisen mielialahäiriöiden takia hoitoon tulleista tekee itsemurhan. Pallaskorven, Suomisen, Ketokiven, Valtosen, Arvilommin, Mantereen, Leppämäen ja Isometsän (2016, 17) kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien potilaiden viiden vuoden seurantatutkimuksessa todettiin itsemurhariskin olevan masennusjakson aikana 60-kertainen. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekamuotoinen jakso, jossa masennus- ja yliaktiivisuusjaksot näyttäytyivät samanaikaisesti tai vaihtuivat nopeasti lisäsi itsemurhariskiä 120-kertaiseksi tavalliseen mielialaan verrattuna. Mitä kauemmin sekamuotoinen- tai masennusjakso kesti, sitä suurempi oli itsemurhayrityksen riski. (Pallaskorpi ym. 2016, 17.) Aaltosen väitöskirja (2019, 89) paljasti masennusta tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaneista tutkituista 78 %:lla olleen itsetuhoista käyttäytymistä ja vahvisti myös elämänaikaisen alttiuden itsemurhariskille.

Skitsofreniaa sairastavat kuolevat muuta väestöä 15–20 vuotta nuorempana, ja osa suurentuneesta ennenaikaisen kuoleman riskistä varsinkin alle 30-vuotiaiden kohdalla selittyy itsemurhakuolleisuudella. Elämänaikaisesti itsemurhan tekee noin 5–10 prosenttia skitsofreniaa sairastavista. Itsemurhariski on korkeimmillaan ensimmäiset vuodet sairastumisesta ja psykiatrisen sairaalahoidon jälkeisten ensimmäisten viikkojen aikana. (Suvisaari, Isohanni, Kiesepää, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2017, 156.) Suokkaan ja muiden (2011, 970) tutkimuksessa psykoottista mielenterveyshäiriötä sairastavista nuorista ja nuorista aikuisista 41 prosenttia yritti itsemurhaa. Kaikista itsemurhan tehneistä suomalaisista skitsofreniaa sairastavien osuus on 5–10 prosenttia (Lönnqvist ym. 2017, 595).

Epävakaassa persoonallisuushäiriössä yleisesti ilmenevä taipumus nopeisiin ja voimakkaisiin tunteiden ailahteluihin ja impulsiiviseen käyttäytymiseen lisäävät merkittävästi itsemurhariskiä. Osa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavista vahingoittaa itseään helpottaakseen psyykkistä pahoinvointia, ei niinkään kuoleman tarkoituksessa. Psykiatrasta hoitoa saaneista epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavista 5–10 % päätyy jossain vaiheessa itsemurhaan. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2020.)

Päihteiden eli alkoholin ja huumeiden käyttö aiheuttaa huomattavaa haittaa ihmisen fyysiselle, psyykkiselle ja sosiaaliselle toimintakyvylle ja altistaa itsemurhariskille. Yksittäinenkin päihteiden käyttötapahtuma voi olla merkittävä itsemurhaprosessia edistävä tekijä. (Lönqvist ym. 2017, 595.) Päihdehäiriöillä on yhteys itsemurhayrityksiin. Mikäli päihdehäiriön lisäksi sairastaa mielenterveyden häiriötä, itsemurhariski kasvaa entisestään. (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020; Lönqvist 2017b, 359.) Aaltosen ja muiden (2019, 158) mukaan masennuksen takia ensi kertaa psykiatrisessa sairaalahoitossa olleilla, jotka sairastivat lisäksi alkoholiriippuvuutta, oli 26 prosenttia suurempi riski itsemurhalle verrattuna niihin, joilla alkoholiriippuvuutta ei ollut. Erityisesti naisten kohdalla alkoholiriippuvuus lisäsi itsemurhariskiä (mts. 160).

Päihtymystila lisää itsemurhariskiä, koska päihtyneenä kynnyksellä impulsiiviseen, hetken mielijohdteesta tehtävään itsetuhoiseen toimintaan on madaltunut ja alttius psyykkiseen huonovointisuuteen kasvanut. Myrkytyskuolemista lisäksi nautitun alkoholin yhteisvaikutukset kasvattavat kuoleman riskiä. (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020.) Vuosien 2016–2018 välillä itsemurhan tehneistä suomalaista neljäsosalla oli alkoholin käyttöön liittyvä sairaus (Partonen ym. 2020, 22). 38 %:lta löytyi alkoholia ja 9 %:lta huumausaineita kehostaan. Löydetyistä huumausaineista yleisimmät olivat kannabis ja amfetamiini. (Mts. 17.)

Fyysinen sairaus itsessään tai yhtäaikaaisesti mielenterveyden- tai päihdehäiriön kanssa altistaa itsemurhariskille (Itsemurhien ehkäisy ja...2020; Preventing suicide: A global...2014, 40). Unihäiriöt, voimakkaat kivut, muutokset toimintakyvyssä sekä pitkäaikaisairauteen sopeutumisen haasteet ovat riskitekijöitä lisäämään itsemurha-alttiutta (Itsemurhien ehkäisy ja...2020; Lönqvist ym. 2017, 596; Preventing suicide: A global... 2014, 40). Lönqvistin ja muiden (2017, 596) mukaan syöpäpotilailla on muuhun väestöön verrattuna kaksi kertaa suurempi riski päätyä itsemurhaan. Myös epilepsiaa sairastavien itsemurhariski on kohonnut (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020), vaikka hoitojen kehittymisen myötä sitä onkin saatu alenemaan (Lönqvist 2017b, 359). Pitkäaikainen kipu altistaa masennukselle ja muille mielenterveyden häiriöille. Masennus voi tuntua myös fyysisenä kipuna tai voimistaa kipuaistimusta. (Kampman

ym. 2017, 16.) Huomioitavaa on myös, että osa itsemurhaa suunnittelevista masentuneista olettaa sairastavansa toteamatonta parantumatonta sairautta (Lönnqvist ym. 2017, 596).

Elämässä koetut kielteiset tapahtumat, joko yksittäisinä tai pitkäkestoisina, vaikuttavat monimuotoisesti ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin ja voivat altistaa itsemurhariskille. Lapsuudenaikainen kaltoinkohtelu, kuten koettu väkivalta tai väkivallan uhka, seksuaalinen hyväksikäyttö sekä kiusaamisen kohteeksi joutuminen, ovat elämänaikaisesti itsemurha-alttiutta lisääviä riskitekijöitä. (Burton 2019, 220; Galynger 2017, 40–41; Preventing suicide: A global... 2014, 36.) Aaltosen väitöskirja (2019) vahvisti näytön lapsuudenaikaisen fyysisen kaltoinkohtelun ja itsemurha-alttiuden välillä. Lapsuuden aikainen kokemus fyysisestä kaltoinkohtelusta altisti elämänaikaisesti itsemurhariskille lisäten niin itsemurha-ajatusten kuin itsemurhayritysten esiintyvyyttä. (Aaltonen 2019, 89.)

Sosiaalisella asemalla sekä koulutus- ja tulotasolla on osoitettu olevan merkitystä itsemurhakuolleisuudelle. Pitkäaikaistyöttömyys, pienituloisuus ja pitkäaikainen epävarmuus toimeentulossa sekä asumisolosuhteissa ovat kansalaisuudesta riippumatta itsemurhariskille altistavia tekijöitä. Pitkäaikaistyöttömillä on 3–4-kertainen riski itsemurhalle työllistyneisiin verrattuna. Riskiä suurentaa samanaikainen mielenterveys- tai päihdeongelma. (Itsemurhien ehkäisy ja ...2020; Lönnqvist ym. 2017, 592; Preventing suicide: A global... 2014, 40.) Suokas ja muut (2011) ovat tutkineet suomalaisten nuorten ja nuorten aikuisten koulutuksen ja työllisyyden vaikutusta itsemurhariskiin. Väestötasolla alhainen koulutus ja työttömyys altisti itsemurhariskille varsinkin esiintyessään yhdessä mielenterveyden häiriön kanssa. (Suokas ym. 2011, 971.)

Toisin kuin Suokas ja muut (2011) ovat esittäneet, Aaltosen ja muiden (2019, 158) tutkimuksessa ensi kertaa masennuksen takia sairaalahoitossa olleiden yli 18-vuotiaiden kohdalla itsemurhakuolleisuutta lisääviksi ennusmerkeiksi tunnistettiin korkeampi koulutus ja perheen hyvä tulotaso. Erityisesti naisilla koulutuksellisuus ja molemmilla sukupuolilla perheen parempi taloudellinen asema olivat riskitekijöinä itsemurhaan päätymiselle. Kun vakava masennus sairautena altisti menetyksille ihmissuhteissa ja toimeentulossa, nämä menetykset lisäsivät psyykkistä pahoinvointia

altistaen itsetuhoiselle käyttäytymiselle (Aaltonen ym. 2019, 160). Vaikka Aaltosen ja muiden (2019) tutkimustulokset tulo- ja koulutustason korkeudesta riskitekijöinä olivat päinvastaisia muihin väestötason tutkimustuloksiin verrattuna, ne eivät ole ainoita laatuaan.

Eristäminen sosiaalisista kontakteista ja joukkoon kuulumattomuuden kokemus altistavat itsemurhariskille. Maahanmuuttajat, seksuaaliseen vähemmistöön kuuluvat ja vangit saattavat leimaantumisen ja joukosta eristämisen aiheuttaman stressin seurauksena sairastua mielenterveyshäiriöihin, ja ovat alttiimpia itsetuhoisuudelle. Syrjintä, jota esimerkiksi erilaisiin vähemmistöryhmiin kuuluvat voivat joutua kokemaan, on itsemurhariskille altistava tekijä. (ks. Itsemurhien ehkäisy ja... 2020; Burton 2019, 219–220; Preventing suicide: A global... 2014, 36–37.)

Altistavat laukaisevat tekijät

Mikä vaan ihmisen kielteisenä kokema elämäntapahtuma voi olla laukaisevana tekijänä itsemurhaprosessissa ja altistaa itsetuhoisuudelle siinä tilanteessa tai pidemmällä aikavälillä (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020; Preventing suicide: A global... 2014). Muutokset ja menetykset ihmissuhteissa, kuten seurustelusuhteen päättyminen ja varsinkin avioero, ovat itsemurhariskille altistavia laukaisevia tekijöitä. Erityisesti miesten kohdalla avioero lisäsi niin mielenterveyshäiriöihin sairastumisen mahdollisuutta kuin itsemurhariskiä. (Metsä-Simola, Moustgaard & Martikainen 2020, 510.)

Myös muut ihmissuhteisiin tai elämään liittyvät kuormitustekijät, kuten ristiriidat, fyysinen tai henkinen väkivalta (Lönngqvist ym. 2017, 591–592), oma tai läheisen sairastuminen tai onnettomuudet voivat laukaista itsetuhoisuuden kriisi- tai surureaktiossa (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020). Läheisen itsemurha voi madaltaa kynnystä itsensä vahingoittamiselle (Preventing suicide: A global... 2014, 40) ja läheiseksi koetun tai ihailun ihmisen itsemurha voi toimia jopa mallina tai houkuttimena itsetuhokäyttäytymiselle erityisesti nuorten keskuudessa (Salmi ym. 2014, 22).

Erilaiset asumiseen liittyvät muutokset sekä työ- tai taloustilanteen vaikeudet altistivat itsetuhoisuudelle. Vaikka muutokset olivat myönteisiäkin, ne pelottivat, toivat

mukanaan stressiä ja lisäsivät hetkellistä kuormitusta. (Aaltonen 2019, 94.) Yksinasuminen saattaa olla seurausta erosta tai läheisen menetyksestä. Ikääntyneillä myös terveysongelmat vaikuttavat asumismuotoon. Aaltosen ja muiden (2019, 159) mukaan yksinasuminen lisäsi itsemurhariskiä. Sosiaalityön suurena haasteena on tunnistaa itsemurhariskissä olevat yksinään ja liian vähäisen kotiavun turvin asuvat ikääntyneet (Ylinen ym. 2019, 166).

Toivottomuus lisää itsemurha-alttiutta. Toivottomuuden tunteet voivat liittyä pidempiaikaiseen fyysiseen, psyykkiseen tai sosiaalisen tilanteeseen tai äkilliseen vaikeaan elämän tapahtumaan (Galynger 2017, 43). Esimerkiksi äkillisestä vammautumisesta tai vakavasta sairastumisesta johtuva kriisireaktio voi herättää toivottomuutta (Lönnqvist ym. 2017, 596). Toivottomuutta esiintyi Aaltosen (2019, 91) mukaan masennuksen yhteydessä, mutta myös itsenäisenä itsetuhoisuudelle altistavana tekijänä. Toivottomuus altisti varsinkin itsemurha-ajatuksille.

Itsemurhariskille altistavat tekijät	
<p>Altistavat taustatekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - aikaisempi itsetuhoainen käytös - mielenterveyden häiriö/ pitkäaikainen psyykkinen huonovointisuus <ul style="list-style-type: none"> - päihdehäiriö - persoonan epävakaus ja impulsiivisuus <ul style="list-style-type: none"> - fyysinen pitkäaikaissairaus - krooninen kipu - lapsuudenaikaiset kaltonkohtelukokemukset, vastoinkäymiset ja päihdeongelmat <ul style="list-style-type: none"> - perheenjäsenen itsemurha -pitkäaikaistyöttömyys -miessukupuoli - sosiaalinen eristäytyneisyys <ul style="list-style-type: none"> - yksinasuminen 	<p>Altistavat laukaisevat tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - itsetuhoajatukset - kielteinen elämäntapahtuma/kriisi (esim. menetys, ristiriitatilanne) - äkillinen muutostilanne (ihmissuhteet, työpaikka, asumistilanne) - psykiatrisesta sairaalasta kotiutuminen <ul style="list-style-type: none"> - toivottomuus - fyysinen sairastuminen/vammautuminen <ul style="list-style-type: none"> - psyykkinen sairastuminen - kipu - akuutti päihtymystila - äkillinen taloudellinen kriisi - itsemurhavälineen/-menetelmän saatavuus

Kuvio 4. Itsemurhariskille altistavat taustatekijät ja laukaisevat tekijät (tiedot: Itsemurhien ehkäisy ja... 2020; Aaltonen ym. 2019; Haglund ym. 2019; Preventing suicide: A global... 2014)

Niin kuin kuviossa 4 on nähtävillä, itsemurhariskille altistavat monet terveydelliset, sosiaaliset ja taloudelliset haasteet, eivät pelkästään mielenterveysongelmat. Näitä

haasteita ihminen voi kohdata missä iässä tahansa, joten itsemurhariskille alttiina kaasaantuneissa paineissa ovat kaikenikäiset lapsista ikääntyneisiin. Näin ollen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat toimintaympäristöstään riippumatta väistämättä itsemurhariskissä olevia asiakkaita ja ovat avainasemassa itsemurhaprosessiin puuttumisessa ja itsemurhien ehkäisemisessä (ks. esim. Burton 2019, 221; Ylinen ym. 2019, 166; Saunders, Hawton, Fortune & Farrell 2012, 213).

2.3 Itsemurhien ehkäisy

Itsemurhien ehkäisemiseksi tehtyjen toimien ansiosta pienentyneet itsemurhaluvut osoittavat, että itsetuhoisuuteen ilmiönä voidaan vaikuttaa (Aaltonen, Isometsä, Sund & Pirkola 2018, 111; Santos 2018, 449). Itsemurhariskissä olevan ihmisen kohtaaminen inhimillisesti ja syyllistämättä ehkäisee itsemurhia (Partonen ym. 2020, 37). Kansallisen itsemurhien ehkäisyohjelman yksi keskeinen tavoite on vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten mielenterveys- ja päihdeosaamista, johon sisältyy itsemurhariskissä olevan asiakkaan tunnistaminen, avoin kohtaaminen sekä hoidon ja tuen piiriin ohjaaminen (Vorma ym. 2020, 16). Seuraavaksi tarkastellaan tutkimustiedon valossa asiakkaiden leimautumisen, ammattilaisten asenteiden ja koulutuksen merkitystä sekä näyttöön perustuvia menetelmiä itsemurhien ehkäisyssä.

Toimenpiteet

Suomi oli sitoutunut yhtenä Maailman terveysjärjestö WHO:n jäsenvaltiona pyrkimykseen itsemurhakuolleisuuslukujen laskemiseksi kymmenellä prosentilla vuoden 2020 loppuun mennessä osana mielenterveyden toimintasuunnitelmaa (Partonen & Solin 2019, 1; Preventing suicide: A global... 2014, 2; 71). Jatkumona edelliselle Suomen kansallisessa mielenterveysstrategiassa julkaistiin itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030 (Vorma ym. 2020).

Aaltonen ja muut (2018, 111) sekä Vorma ja muut (2020, 49) ovat nostaneet esiin suomalaisten itsemurhakuolleisuuden vähenemisen viime vuosikymmeninä olevan ainakin osittain vuosien 1986–1996 aikana toteutuneen kansallisen itsemurhien eh-

käisyprojektin aikaan saamaa. Projektin myötä itsemurhariskissä olevien tunnistaminen lisääntyi ja masennuksen hoito tehostui (Partonen & Solin 2019, 1). 24 vuoden ajanjaksolla muut itsemurhakuolleisuuden vähenemisen taustalla olevat tekijät olivat Aaltosen ja muiden (2018, 111) tutkimuksen mukaan masennuslääkkeiden käytön lisääntyminen, alkoholin kulutuksen väheneminen, psykiatristen sairaaloiden potilaspaikkojen vähentämisestä johtuva sairaalahoidossa olevien potilaiden määrien väheneminen ja sairaalahoitoaikojen lyheneminen sekä avohoidon parempi saatavuus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuus on tärkeä osa itsemurhien ehkäisyä (Aaltonen ym. 2018, 111; Santos 2018, 449; Itsemurhien ehkäisy ja... 2020). Palveluiden on oltava monimuotoisia, helposti saatavilla ja niihin on päästävä sujuvasti. Salmen ja muiden (2014, 20) tutkimuksen mukaan itsetuhoiset nuoret olivat kokeneet avun saamisen vaikeaksi ja, etteivät olleet tulleet kohtaamisissa ammattilaisten taholta nähdyiksi ja kuulluiksi. Riittävät resurssit ja näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen tarjoaminen on varmistettava. (Partonen ym. 2020, 37.) Psykiatrisen hoidon painottuminen avohoitoon on katsottu pienentävän itsemurhariskiä (Aaltonen ym. 2018, 111). Tutkimusten mukaan itsemurhariski voi olla kohonnut psykiatrisen sairaalahoidon jälkeen (ks. Aaltonen 2019, 103; Haglund ym. 2019, 5). Tätä tietoa vasten tarkasteltuna on itsemurhien ehkäisyn näkökulmasta erittäin tärkeää turvata riittävät resurssit psykiatrisessa avohoidossa mahdollistamaan psykiatrisesta sairaalasta kotiutuvien potilaiden hoidon jatkuvuus heti sairaalahoidon jälkeen sekä riittävän tiivis ja pitkä hoito- ja seuranta-aika.

Mielenterveyden edistäminen sekä päihdeongelmien, masennuksen ja muiden mielenterveyshäiriöiden varhainen tunnistaminen ja hoito ovat itsemurhien ehkäisyssä keskeistä (Löfman & Mainio 2018, 1777). Ammatillaisen on tärkeää tiedostaa mielen-terveys- ja päihdehäiriöille altistavat, ja niiltä suojaavat tekijät sekä lisäksi tekijät, jotka tukevat mielenterveyttä voimavarana (Vorma ym. 2020, 16). Asiakkaan positiivisen mielenterveyden ja myönteisen elämänuskon vahvistaminen lisää psyykkistä palautumiskykyä eli resilienssiä, joka tutkitusti suojaa itsemurhariskiltä (Itsemurhien ehkäisy ja ...2020).

Itsemurhavälineen saatavuudella on merkitystä itsemurhaprosessissa. Ajankohtainen tieto käytetyistä itsemurhamenetelmistä mahdollistaa toimenpiteet niiden saatavuuden rajoittamiseksi (Partonen ym. 2020, 35). Hirttäytymiseen menetelmänä on luonnollisesti hankala vaikuttaa, mutta esimerkiksi terveydenhuollossa lääkkeiden määräämiskäytäntöjä säätelällä voidaan vaikuttaa lääkeaineiden saatavuuden kautta itsemurhariskiin (Partonen ym. 2020, 37; Itsemurhien ehkäisy ja... 2020). Terveydenhuollon ammattilaisilla on myös ilmoitusvelvollisuus poliisille ampuma-aseen omaavasta asiakkaasta, jonka ei terveydentilansa tai käyttäytymisensä takia ole turvallista pitää hallussaan asetta, sen osia ja ammuksia (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020). Aseiden saatavuuden rajoittaminen yhteiskunnassa on tärkeä toimi itsemurhariskin vähentämisessä. Muihin itsemurhamenetelmiin verrattuna aseiden saatavilla oleminen lisää itsemurhariskin kolminkertaiseksi. (Lönngqvist ym. 2017, 596–597.) Itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittamisen tiedetään ehkäisevän itsemurhia (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020), mutta toimenpiteiden vaikuttavuudesta tarvitaan lisää tutkimustietoa (Partonen ym. 2020, 37).

Itsemurhakuolleisuutta ja itsemurhayrityksiä voidaan vähentää lisäämällä poliittista ja yhteiskunnallista sekä eri alojen ammattilaisten tietoisuutta itsetuhoisuudesta ilmiönä (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020; Aaltonen ym. 2018, 111; Santos 2018, 449). Partosen ja Solinin (2019, 3) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla ei välttämättä ole riittävästi ajantasaista tietoa suomalaisten itsemurhakuolleisuudesta ja itsemurhien kautta menetetyistä elinvuosista. Tilasto- ja seurantatietoa on viiveellä luettavissa terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen ylläpitämistä Hyvinvointikompassista ja Sotkanetistä. Vaikka tietoa on kätevästi saatavissa, ei ole varmuutta siitä, tavoittaako tieto tai hyödyntävätkö ammattilaiset näitä tietoja. (Partonen & Solin 2019, 3.)

Itsemurhien ehkäisyyn tarvitaan jatkuvasti päivitetyn tutkimustiedon ja uusien tehokkaiden menetelmien lisäksi suunnitelmallista otetta ja ennen kaikkea yhteiskunnallista yhteistyötä eri toimialueiden välillä (Vorma ym. 2020, 48; Partonen ym. 2020, 35). Kasvatuksellisessa ja kulttuurisessa piirissä tarjottavat uudenlaiset tavat käsitellä avoimemmin itsetuhoisuutta ilmiönä vaikuttavat asenteisiin ja vähentävät syyllistämistä ja leimautumista (Holopainen, Helama & Partonen 2010, 184).

Leimautuminen ja asenteet

Itsetuhoisuus ilmiönä on vielä 2020-luvullakin kulttuurista ja kansalaisuudesta riippumatta tabu. Itsetuhoisuus eri muodoissaan aiheuttaa salailua ja häpeää liittyen yleensä tiedon puutteeseen, kielteisiin tunteisiin ja asenteisiin. Pelko leimautumisesta eli stigmatisoitumisesta ja syrjityksi tulemisesta voi estää tai viivästyttää avun pyytämistä läheisiltä ja ammattilaisilta. (Preventing suicide: A global... 2014, 32.) Suurella osalla itsemurhariskissä olevista on todettu joko yksittäinen tai useampi mielen-terveys- tai päihdehäiriö. Siksi onkin tärkeä tarkastella asenteita ja leimautumista suhteessa näihin häiriöihin. Suomalaisella stigmatutkimuksella on pitkät perinteet asenteiden mittaamisessa ammattilaisilta, mielenterveysongelmista kärsiviltä sekä myös väestötasoisesti. (Wahlbeck & Aromaa 2011, 106.)

Luoman, Martinin ja Pearsonin (2002) tutkimuksen mukaan vain joka viides itsemurhan tehneistä oli ollut yhteydessä mielenterveyspalveluihin itsemurhaa edeltävän kuukauden aikana. Itsemurhan tehneistä vähiten mielenterveyspalveluita olivat käyttäneet miehet ja ikääntyneet. (Luoma ym. 2002, 914.) Itsemurha-ajatuksista edeltävän vuoden aikana kärsineistä suomalaisista vain noin 44 % oli hakenut apua mielenterveyspalveluista. Mitä vanhemmasta ihmisestä oli kysymys, sitä korkeampi kynnyks mielenterveyspalveluihin hakeutumisessa oli. (Solin ym. 2019, 6.) Miehet, joilla itsemurhariski oli naisia suurempi, käyttivät palveluita vähemmän. Vuoden aikana itsemurha-ajatuksia ilmoittaneista miehistä vain joka kolmas ja naisista hieman yli puolet oli käyttänyt mielenterveyspalveluita. (Mts. 3.) Mielenterveyspalveluiden käytön vähäisyys selittyy osittain asenteiden, leimautumisen pelon ja syrjinnän kokemusten kautta (Luoma ym. 2002, 914; Aromaa ym. 2011, 5). Leimautumisen pelko oli vähäisempää, jos itsellä tai tuttavapiirissä oli positiivisia kokemuksia mielenterveyspalveluiden käytöstä (Aromaa ym. 2011, 5).

Mielenterveyden keskusliiton teettämät mielenterveysbarometritutkimukset ovat viime vuosina tuoneet ilmi väestön syrjiviä asenteita mielenterveysongelmaisia kohtaan sekä mielenterveyspalveluja käyttävien leimautumisen kokemuksia. Vuoden 2019 mielenterveysbarometrin mukaan 47 % mielenterveyskuntoutujista oli kokenut leimautuneensa sairautensa vuoksi ja yli 30 % oli kokenut häpeävänsä hakea mielenterveysongelmiin apua ja kertoa niistä muille. Lähes puolet omaisista ja jopa 62 %

ammattilaisista arvioi mielenterveyshäiriön sairautena leimaavan ihmistä. Useampi kuin joka kolmas ammattilaisista sekä omaisista ajatteli toisten ihmisten välttelevän mielenterveyshäiriötä sairastavan seuraa. (Mielenterveysbarometri 2019, 15–16.) Mielenterveystietoisuuden lisäämiseksi valtakunnallisessa keskustelussa on tarkoituksenmukaisesti yhä avoimemmin nostettu esiin mielenterveyteen liittyviä asioita leimautumisen vähentämiseksi ja avun hakemisen kynnyksen madaltamiseksi (Vorma ym. 2020, 27; Solin ym. 2019, 6).

Itsemurhariskissä olevien asiakkaiden avun hakemisen edistämisessä keskeisinä tekijöinä ovat asiakaslähtöisyys ja leimautumisen vähentäminen (Vorma ym. 2020, 48; Santos 2018, 448). Ammattilaisten asennoituminen on moniulotteista ja asenteiden tutkiminen monimutkaista. Siitä huolimatta on voitu osoittaa eri alojen ammattilaisilla olevan negatiivisia asenteita itsetuhoisia asiakkaita kohtaan (esim. Marzano, Smith, Long, Kisby & Hawton 2016; Bolster ym. 2015; Saunders ym. 2012). Ei ole olemassa yhteneväisiä tuloksia siitä, mitkä kaikki tekijät ammattilaisten asenteisiin itsetuhoisia asiakkaita kohdatessa ovat vaikuttamassa (Suokas, Suominen & Lönnqvist 2009, 163; Saunders ym. 2012, 211).

Saundersin ja muiden (2012, 211–212) tutkimus osoitti, että tieto ja ymmärrys ihmisen syistä vahingoittaa itseään sekä kokemus psykiatrisesta hoitotyöstä vaikuttivat myönteisesti ammattilaisen asennoitumiseen itsetuhoisia asiakkaita kohtaan. Ammattilaisten iän ja itsetuhoisista asiakkaista olevan aikaisemman kokemuksen määrän vaikutuksesta ammattilaisten asenteisiin ilmeni toisistaan poikkeavia tutkimustuloksia. Rambergin, Di Luccan ja Hadlaczky (2015, 8) mukaan ammattilaisen ikä ja itsetuhoisista asiakkaista oleva kokemus vaikuttivat ammattilaisten asennoitumiseen myönteisesti. Myös Bolster ja muut (2015) totesivat itsetuhoisista asiakkaista olevan kokemuksen vaikuttavan myönteisesti asenteisiin. Saundersin ja muiden (2011) tutkimuksessa ammattilaisen iällä taas ei todettu olevan vaikutusta asenteisiin. Sen sijaan itsetuhoisista asiakkaista olevat toistuvat kokemukset lisäsivät psykiatrian ammattilaisten myönteistä asennoitumista, mutta heijastuivat negatiivisesti muilla erikoisaloilla toimivien ammattilaisten asenteisiin. (Saunders ym. 2011, 211–212.)

Wahlbeckin ja Aromaan (2011, 107) mukaan suomalaisten ammattilaisten keskuudessa on eurooppalaisittain verrattuna vähemmän leimaava ilmapiiri. Nuorempi sukupolvi näyttäytyy asenteiden suhteen aiempia sukupolvia myönteisempänä. Suokkaan ja muiden (2009) tutkimus selvitti päivystyksessä työskentelevien ammattilaisten asenteita itsemurhaa yrittäneitä kohtaan ennen ja jälkeen päivystykseen perustettua psykiatrista konsultointimahdollisuutta. Päivystyksen ammattilaiset asennoituivat itsetuhoisesti käyttäytyneisiin potilaisiin ymmärtäväisesti ja myötätuntoisesti eikä psykiatrisen työntekijän konsultaatiomahdollisuus vaikuttanut päivystyksen ammattilaisten asenteisiin tai haluun hoitaa itsetuhoisia potilaita. (Suokas ym. 2009, 163.)

Marzanon ja muiden (2016, 197) sekä Saundersin ja muiden (2012, 212) tutkimukset toivat esiin ammattilaisten tunnistavan asiakkaan itsemurhariskin, mutta itsemurhariskiä saatettiin herkästi aliarvioida. Erityisesti nuorten ja naisten itsetuhoista käyttäytymistä vähäteltiin (Saunders ym. 2012, 212; Salmi ym. 2014, 20) tai pidettiin asiakkaan huomion ja hoivan hakemisen keinona (Marzano ym. 2016, 197; Saunders ym. 2012, 212). Toistuvasti itsetuhoiset asiakkaat aiheuttivat ammattilaisissa usein turhautumista ja kielteistä asennoitumista (Salmi ym. 2014, 20; Saunders ym. 2012, 212).

Ammattilaisten koulutus

Koulutuksella voidaan vaikuttaa itsetuhoisia asiakkaita kohtaavien eri alojen ammattilaisten asenteisiin. Erilaiset itsemurhien ehkäisykoulutukset vaikuttavat myönteisesti ammattilaisten asenteisiin, kykyyn kohdata, auttaa ja ohjata itsemurhariskissä olevia asiakkaita jatkohoitoon. (ks. esim. Marzano ym. 2016, 200; Saunders ym. 2012, 214; Wahlbeck & Aromaa 2011, 107; Suokas ym. 2009, 165.) Itsemurhariskissä olevat asiakkaat tarvitsevan terveydenhuollon lisäksi yleensä monenlaisia sosiaalihuollon palveluita. Ylisen ja muiden (2019, 166) sekä Bolsterin ja muiden (2015) tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi on erityisen tärkeää, että sosiaalisen työn ammattilaiset saavat koulutusta itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamiseen.

Itsetuhoiset asiakkaat herättävät ammattilaisissa monenlaisia reaktioita ja yleensä voimakkaita tunteita (Saunders ym. 2012, 213). Itsetuhoisen asiakkaan kohtaaminen vaatii ammattilaiselta kykyä käsitellä ja sietää erilaisia tunteita (Laukkala ym. 2020, 1921; Lönnqvist 2017c, 358). Tietoisuus itsetuhoisuuden riskeistä ja syistä sekä kyky ymmärtää ihmisen yksilöllistä tilannetta mahdollistaa asiakkaan empaattisen kohtauksen (Saunders ym. 2012, 213). Saundersin ja muiden (2012, 212) mukaan varsinkin mielenterveystyön koulutuksella ja kokemuksella oli myönteinen vaikutus ammattilaisten asennoitumiseen itsetuhoisia asiakkaita kohtaan. Koulutus lisäsi ymmärrystä, mutta toisaalta mielenterveystyöhön suuntautuneet ammattilaiset olivat myös tietoisesti valinneet työskentelyn itsetuhoisten asiakkaiden kanssa.

Ammatillisen kokemuksen ja täydennyskoulutusten kautta omaksutut tiedot ja taidot auttavat ammattilaista tunnistamaan ja kohtaamaan itsemurhariskissä olevia asiakkaita avoimemmin (mm. Terpstra, Beekman, Abbing, Jaken, Steendam & Gilissen 2018; Bolster ym. 2015; Tsai, Lin, Chang, Yu & Chou 2010). Bolsterin ja muiden (2015) mukaan tiedon puute esti ammattilaista tunnistamasta itsemurhariskissä olevaa ja nosti kynnyksiä itsemurhariskin puheeksi ottamiseen. Tietämättömyys aiheutti ammattilaiselle huolen siitä, ettei voisi omalla toiminnallaan auttaa asiakasta mitenkään. Tiedon puute aiheutti myös pelkoa syyllistetyksi joutumisesta, jos ihminen myöhemmin käyttäytyisi itsetuhoisesti. Pahimmillaan tiedon ja koulutuksen puute johti asiakkaan itsemurhariskin vähättelyyn, itsetuhoisuuteen liittyvien kysymysten välttelyyn tai asiakkaan esiin tuoman itsetuhoisuuden huomioimatta jättämiseen. (Bolster ym. 2015.)

Koulutus lisää ammattilaisten uskoa omaan kykyihinkin kohdata itsemurhariskissä olevia asiakkaita sekä tietoisuutta vaikutusmahdollisuuksistaan auttaa ja ehkäistä itsemurhia (mm. Terpstra ym. 2018; Ramberg ym. 2016; Tsai ym. 2010, 122). Ammattilaisen lähtö- ja kokemustasosta sekä toimintaympäristöstä riippumatta lyhytkin itsemurhien ehkäisykoulutus on hyödyllistä kaikille niille, jotka saattavat kohdata itsemurhariskissä olevia asiakkaita (ks. esim. Terpstra ym. 2018; Marzano ym. 2016, 200; Bolster ym. 2015). Säännöllinen koulutus on eniten merkityksellistä niille ammattilaisille, jotka kohtaavat toistuvasti itsetuhoisia asiakkaita (Saunders ym. 2015, 213). Eri

alojen ammattilaiset ovat tuoneet esille säännöllisen täydennyskoulutuksen tärkeyttä sekä kokemuksia itsemurhien ehkäisyyn liittyvän koulutuksen myönteisistä vaikutuksista omiin asenteisiin (ks. esim. Solin, Jokinen, Partonen, Reinikainen, Sepänen & Tamminen 2019, 39; Ylinen ym. 2019, 165; Ramberg ym. 2016, 8; Marzano ym. 2016, 201; Salmi ym. 2014, 20; Saunders ym. 2012, 213).

Itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamiset ovat usein äkillisiä, haastavia ja kuormittavia tilanteita. Koulutuksen lisäksi itsemurhariskissä olevia asiakkaita kohtaavat ammattilaiset tarvitsevat mahdollisuuden moniammatilliseen konsultaatioon. (Ylinen ym. 2019, 167; Solin & Partonen 2017, 1408; Ramberg ym. 2016.) Myös työhönsä ohjauksellinen tuki on ehdottoman tärkeää ammatillisen kehittymisen ja työssä jaksamisen vahvistamiseksi. Työyhteisön sisäisten ja alueellisten ohjeiden muodostaminen yhtenäisten käytäntöjen noudattamiseksi hyödyntämällä näyttöön perustuvia menetelmiä ja toimintamalleja mahdollistaa ammattilaisten korkeatasoisen osaamisen itsemurhien ehkäisytöinnässä. (Partonen ym. 2020, 37.)

Suomeen vuosille 2020–2030 tehdyn kansallisen itsemurhien ehkäisyohjelman yhtenä keskeisenä tavoitteena onkin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen mielenterveys- ja päihdeosaamisen vahvistaminen (Vorma ym. 2020, 33). Ammattilaisten mielenterveysosaaminen sisältää ammattilaisten tietoisuuden mielenterveys- ja päihdepalveluista, hoidon mahdollisuuksista ja vaikuttavuudesta sekä mielenterveys- ja päihdeongelmista yhteiskunnallisina ilmiöinä mukaan lukien asenteet ja käsitykset, joita näihin ilmiöihin yleisesti liittyy (mts. 16). Itsemurhariskissä olevan asiakkaan tunnistaminen, avoin kohtaaminen sekä hoidon ja tuen piiriin ohjaaminen ovat ammattilaisten mielenterveysosaamista ja tärkeä osa itsemurhien ehkäisyä (Vorma ym. 2020, 16; Solin ym. 2019, 5).

3 Itsemurhariskissä oleva asiakas sosiaali- ja terveydenhuollossa

Osa itsemurhariskissä olevista asiakkaista ei hae apua terveydenhuollosta ja osa terveydenhuoltoon hakeutuneista itsemurhariskissä olevista jää tunnistamatta (Solin & Partonen 2017, 1405). Rodin, Roškarin ja Marušičin (2009, 284) tutkimuksen mukaan

39 % itsemurhan tehneistä oli asioinut edeltävän kuukauden aikana perusterveydenhuollossa ja lähes puolet heistä viimeisen viikon aikana. Kolmasosalla viimeisen asioinnin syy oli ollut mielenterveydellinen ongelma. Vain pieni osa itsemurhan tehneistä otti edeltävästi yhteyttä mielenterveyspalveluihin (Luoma ym. 2002, 914).

Sosiaalihuolto vastaa erilaisiin kriisitilanteisiin puuttumisesta, taloudellisessa ahdingossa ja perhetilanteiden kuormituksessa tukemisesta sekä lisäksi päihdehuollosta yhteistyössä muun muassa terveydenhuollon kanssa (Sosiaalihuolto 2017). Itsemurhariskille altistavien tekijöiden perusteella voidaan olettaa, että sosiaalihuollon palveluissa asioi yhtä lailla itsemurhariskille alttiina olevia asiakkaita. Tutkimuksia itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kohtaamisesta sosiaalihuollon palveluissa on vähän, mutta sosiaalityön ammattilaisten osuus itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kohtaajina on tunnistettu (Ylinen ym. 2019, 166).

3.1 Itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaaminen

Ammattilainen voi kohdata itsemurhariskissä olevan asiakkaan missä tahansa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukentällä. Itsetuhoisuuden monimuotoisuus ja itsemurhariskille altistavien tekijöiden yksilölliset vaikutukset aiheuttavat asiakkaan itsemurhariskin tunnistamiseen omat haasteensa. Itsemurhariskin tunnistaminen ja sen puheeksi ottaminen asiakkaan kanssa vaatii harjaantumista. (Suominen & Valtonen 2013, 881.) Seuraavaksi tarkastellaan itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisessa vaadittavia taitoja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta.

Itsemurhariskin tunnistaminen

Itsemurhien ehkäisyn näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käytännön työn kulmakivenä on tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ne henkilöt, joilla sairaus tai elämäntilanne on aiheuttanut ylivoimaisen henkilökohtaisen kuormituksen altistaen itsemurhariskille. (Ylinen ym. 2019, 162; Holopainen ym. 2010, 184.) Itsemurhariskiä tulisi arvioida osana jokapäiväisiä sosiaali- ja terveydenhuollon kohtaamisia (Bolster ym. 2015; Ylinen ym. 2019, 162).

Itsemurhariskille altistavien laukaisevien ja taustatekijöiden olemassaolon selvittäminen on hyvä lähtökohta itsemurhariskin tunnistamiselle (Solin & Partonen 2017, 1407). On kuitenkin muistettava, että kaikki mielenterveyden häiriöistä kärsivät asiakkaat eivät automaattisesti ole itsemurhariskissä (Saunders ym. 2012, 213) eikä itsetuhoajatusten ilmeneminen automaattisesti vaadi asiakkaan ohjaamista psykiatriseen hoitoon (Solin ym. 2019, 6). Asiakkaan tilannetta ja tuen tarvetta on kuitenkin ehdottomasti pysähdyttävä tarkastelemaan yhdessä asiakkaan kanssa, mikäli tulee esille yksinäisyyden, toivottomuuden tai avuttomuuden tunteita (Ylinen ym. 2019, 163). Ihminen on voinut pitkään sinnitellä selviytyäkseen yksin ja päätös avun hakeemisesta on voinut olla vaikea (Vatne & Nåden 2014, 167).

Itsemurhariskiin viittaavat merkit eivät aina ole nähtävissä. Kaikki asiakkaat eivät kerro tai halua puhua itsetuhoaikeistaan (Suominen & Valtonen 2013) ja osa vähättelee niitä (Heiskanen 2017, 364). Taustalla voi olla pelko toisten puuttumisesta jo tehtyyn itsemurhapäätökseen. Myös kokemus siitä, että kukaan ei voi enää kuitenkaan auttaa, voi olla esteenä itsetuhoaikeista puhumiselle. (Solin & Partonen 2017, 1405–1406.) Suominen ja Valtonen (2013, 883) mukaan kaikki ammattilaiset eivät myöskään aktiivisesti kysy asiakkaalta itsetuhoisista ajatuksista, itseä vahingoittavasta käyttäytymisestä tai itsemurha-aikeista. On siis monenlaisia syitä sille, miksi itsetuhoisuus jää havaitsematta tai tulematta ilmi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaan kohtaamisissa (Solin & Partonen 2017, 1405–1406). Itsemurhariskissä olevan tunnistamatta jäämisellä voi olla vakavat seuraukset (Bolster ym. 2015).

Itsemurhariskin puheeksi otto

Itsetuhoisista ajatuksista, itsetuhoisesta käyttäytymisestä ja itsemurha-aikeista voi ja pitää aktiivisesti kysyä asiakkaalta suoraan (Suominen & Valtonen 2013, 881; Solin & Partonen 2017, 1406; Heiskanen 2017, 364). Kysyminen ja keskusteleminen ei lisää itsetuhoisia ajatuksia tai suurena riskiä itsetuhoiselle käyttäytymiselle (Mathias, Furr, Sheftall, Hill-Kapturczak, Crum, & Dougherty 2012, 345), vaan sitä vastoin ehkäisee itsemurhia (mm. Dazzi ym. 2014, Mathias ym. 2012; Vatne & Nåden 2014).

Solinin ja Partosen (2017, 1405) mukaan itsemurhan tehneiden asiakkaiden viimeisellä ennen itsemurhaa toteutuneella terveydenhuollon vastaanotolla ei suurimman

osan kohdalla ollut keskusteltu itsetuhoisuudesta. Suomisen ja Valtosen (2013, 883) mukaan itsemurhayrityksestä selvinneet, jo ennen itsemurhayritystä hoitosuhteessa olleet, eivät olleet kertoneet itsemurhayrityksestään hoitavalle henkilölle, koska itsetuhoisuudesta ei ollut kysytty. Itsetuhoisuudesta keskusteleminen on aina ensisijaisesti ammattilaisen vastuulla, eikä sen puheeksi ottamista saa koskaan jättää asiakkaan itsensä varaan (Lönngqvist 2017a, 365; Solin & Partonen 2017, 1407).

Itsetuhoisen käyttäytymisen, itsemurha-ajatusten ja -suunnitelmien puheeksi ottaminen asiakkaan kanssa vaatii ammattilaiselta aktiivista otetta, hyviä haastattelu- ja vuorovaikutustaitoja sekä kykyä luoda keskinäistä luottamusta (Terpstra ym. 2018; Bolster ym. 2015; Suominen & Valtonen 2013, 881, Heiskanen 2017, 364; Solin & Partonen 2017). Ammattilaisen avoimuus ja suoruus arkaluontoisen aiheen käsittelyssä voi rohkaista asiakasta avautumaan leimautumisen pelosta huolimatta (Solin & Partonen 2017, 1406). Rauhallisena pysyminen ja asiakkaan kerronnan kuunteleminen keskittyneesti, omat tunteet taustalla pitäen on tärkeintä (Solin & Partonen 2017, 1408; Ylinen ym. 2018, 163).

Mathiaksen ja muiden (2012, 350) tutkimuksessa asiakkaat kertoivat kokeneensa itsetuhoisuuden puheeksi ottamisen ammattilaisen välittämisen osoituksena. Avoin keskustelu lisäsi toivoa selviytymisestä. Puolet asiakkaista kertoi itsetuhoajatusten vähentyneen, kun niistä kysyttiin ja keskusteltiin. Pidemmällä aikavälillä tapahtuva toistuva keskusteleminen vähensi itsetuhoajatuksia entisestään. (Mathias ym. 2012, 345.) Ne, joilla oli paljon ja voimakkaita itsetuhoajatuksia, kokivat keskustelusta eniten apua (mts. 350). Myös Dazzin ja muiden (2014, 3362) mukaan itsetuhoajatusten myöntäminen ja niistä puhuminen ammattilaiselle koettiin iästä riippumatta oloa helpottavalta.

Vatnen ja Nådenin (2014) tutkimuksessa kuvattiin itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kokemuksia kohtaamisistaan ammattilaisten kanssa. Luottamusta herättävä, avoin ja tasa-arvoinen kohtaaminen koettiin merkityksellisenä ja toivoa lisäävänä. Asiakkaat olivat tunnetasolla herkästi haavoittuvia. Negatiivinen kokemus ammattilaisen kohtaamisesta lisäsi kärsimystä, vähensi toivoa paremmasta elämästä ja kohotti asiakkaan itsemurhariskiä. (Vatne & Nåden 2014, 167; 173.) Itsetuhoisuudesta

keskustelemiseen on oltava riittävästi aikaa (Vatne & Nåden 2014, 168; Solin & Partonen 2017, 1407). Asiakkaalle on annettava tilaa kertoa ja vastata omaan tahtiin johdattelematta (Solin & Partonen 2017, 1407) ja ennen kaikkea painostamatta (Vatne & Nåden 2014, 168). Itsemurhariskissä olevan asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisissa huomioiduksi ja välitetyksi tulemisen kokemus on tärkeintä (Itsemurhien ehkäisy 2019).

Itsemurhariskin arviointi ja jatkotoimenpiteet

Itsetuhoisuutta arvioitaessa on tärkeintä ottaa huomioon itsemurhariskissä olevan ihmisen kokonaistilanne (Suomalainen ym. 2018, 860). Ajankohtaisesti itsemurhariskiltä suojaavien tekijöiden kartoittaminen asiakkaan tilanteessa on myös olennaista. Kokonaisarvio tehdään asiakkaan ja mahdollisesti hänen läheistensä kanssa käydyn keskustelun perusteella. (Solin & Partonen 2017, 1408; Suominen & Valtonen 2013, 881.)

Itsetuhoajatuksista, niiden kestosta ja tiheydestä sekä siitä, miten asiakas kokee hallitsevansa itsetuhoajatuksia, on kysyttävä selkeästi ja suoraan, mutta kuitenkin hienovaraisesti. On tärkeä pyrkiä selvittämään mikä itsetuhoajatuksia asiakkaassa laukaisee, voimistaa tai tihentää ja huolestuttaako asiakasta se, että hän päätyisi toteuttamaan ajatuksensa. Myös aikaisemmista läheltä piti tilanteista, itsensä vahingoittamisista ja itsemurhasuunnitelmista on keskusteltava. Mikäli asiakkaalla on ajankohtaisia ja konkreettisia suunnitelmia elämänsä päättämiseksi ja mahdolliset välineet hankittuna, on asiakas akuutissa itsemurhavaarassa ja välittömän, päivystyksellisen avun tarpeessa. (mm. Suominen & Valtonen 2013, 883; Solin & Partonen 2017, 1407; Suomalainen ym. 2018, 860.)

Itsemurhariskissä oleva asiakas on aina ohjattava terveydenhuoltoon tarkemmin arvioitavaksi (Solin ym. 2019, 6). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja sosiaali- ja terveysministeriön yhtenäisen kiireettömän hoidon tarpeen perusteet 2019-suosituksessa itsetuhoisuus on määritelty kiireellisesti arvioitavaksi. Suositukseen on erikseen kirjattu myös itsemurhavaaran arviointi sekä läheisen tai omaisen poikkeuksellisen huolestuneisuus merkinä kiireellisen ar-

vioinnin tarpeesta. Itsetuhoisen asiakkaan päivystyksellinen hoidon tarve on poissuljettava tarvittaessa psykiatrisen konsultaation avulla. (Yhtenäiset kiireettömän hoidon... 2019, 239–247.)

Standardoituja, työntekijän täytettäväksi tarkoitettuja mittareita voidaan käyttää itsemurhariskin arvioinnin tukena, mutta asiakkaan ja mahdollisuuksien mukaan myös hänen läheisensä haastattelu on paras ja luotettavin tapa arvioida itsemurhariskiä (Solin & Partonen 2017, 1408; Suominen & Valtonen 2013, 881; Suomalainen ym. 2018, 860). Niin Maailman terveysjärjestö kuin suomalainen Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen käypä hoito -suositus esittelevät itsemurhariskin arviointiin apuvälineiksi SIS- (Suicide Intent Scale) ja C-SSRS-lomakkeet. Niiden avulla voidaan tehdä kartoitusta itsetuhoajatuksia, niiden voimakkuutta sekä itsetuhoista käyttäytymistä. (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020; Solin & Partonen 2017, 1408.) Ammattilaisen on kuitenkin viime kädessä luotettava omaan intuitioonsa ja itsemurhariskistä tekemäänsä arvioon (Suominen & Valtonen 2013, 881).

Itsemurhaa yrittänyt asiakas on aina välittömän, päivystyksellisen psykiatrisen arvioinnin, kriisiavun ja psykiatrisen jatkohoidon tarpeessa (Suominen & Valtonen 2013, 884; Suomalainen ym. 2018, 862). Myös päihtynyt itsemurhaa yrittänyt on yhtä lailla psykiatrisen ja päihdehoidon tarpeen arvioinnin ja jatkotuen piiriin ohjaamisen tarpeessa. Päihtyneen asiakkaan arviointi tehdään, kun päihtymystila on helpottanut. Itsemurhaa yrittäneen asiakkaan jatkohoito toteutuu yleensä psykiatrisen avohoidossa. Itsemurhayritys yksissään ei ole peruste täysi-ikäisen tahdosta riippumattomalle psykiatriselle hoidolle. Psykiatrista sairaalahoitoa tarvitsee tai on halukas vastaanottamaan vain pieni osa itsemurhaa yrittäneistä. (Itsemurhien ehkäisy ja... 2020.)

3.2 Itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaaminen puhelimesta

Väestön ikäjakauma muuttuu ja kansansairaudet lisääntyvät, mutta terveydenhuollon resurssit ja yhteiskunnan terveydenhuoltoon satsaamat rahavirrat eivät muutu samassa suhteessa. Kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa peräänkuulutaan kustannustehokkuutta turvaamaan resurssien ja taloudellisen toimeentulon riittävyys. Puhelintoiminta hyvin suunniteltuna ja organisoituna on yksi mahdollisuus

järjestää laadukkaita, mutta myös kustannustehokkaita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. (Orava, Kyngäs & Kääriäinen 2012a; Orava, Kyngäs & Kääriäinen 2012b; Tarkiainen, Kyngäs, Kaakinen & Kääriäinen 2012.)

Toimivaksi osoittautunut puhelintoiminta on laajentunut eri puolille terveydenhuollon palvelukenttää ja muillekin palvelualueille, kuten sosiaalihuoltoon. Yhtä lailla mielenterveyspalveluissa on rajalliset resurssit ja uusia menetelmiä palveluiden saatuuden turvaamiseksi ja parantamiseksi tarvitaan. Tutkimusten mukaan puhelintoiminta on kohtuullinen menetelmä myös psykiatristen häiriöiden arviointiin (Doncliff 2015, 32). Itsemurhariskissä olevien asiakkaiden tiedetään hakeutuvan eri terveydenhuollon palveluihin, mielenterveyspalveluihin (Luoma ym. 2002, 914) ja sosiaalihuoltoon (Ylinen ym. 2019, 166). Päästäkseen sosiaali- tai terveydenhuollon palvelujen piiriin, asiakkaalta edellytetään nykyisin yhä useammin edeltävää yhteydenottoa puhelimitse hoidon tai palvelun tarpeen arvioimiseksi ennen mahdollista ajanvarausta.

Doncliffin (2015, 33) mukaan tarvitaan vahvaa ammattitaitoa, mielenterveysosaamisesta sekä vuorovaikutustaitoja luomaan luottamusta ja arvioimaan tilanteita, kun soittajana on itseään vahingoittavat, epäsuorasti itsetuhoiset tai kriisitilanteessa olevat asiakkaat. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kohtaamisesta puhelimesta ei ole juurikaan tutkittu. Tässä luvussa tarkastellaan puhelintoimintaa sosiaali- ja terveydenhuollon auttamismenetelmänä ja ammattilaisen toimintaympäristönä. Tutkimusten valossa nostetaan esiin puhelintoiminnassa ammattilaisilta vaadittavia tietoja, taitoja ja ominaisuuksia sekä ammattilaisten kokemuksia kohdata puhelimesta eri syistä soittavia, ja myös itsemurhariskissä olevia asiakkaita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoiminta

Vuonna 2005 käyttöön otettu hoitotakuu tuli turvaamaan hoitoon pääsyä, tasaverstaistamaan ja tehostamaan terveydenhuollon palveluita. Hoitotakuu koskee kiireettömän hoidon tarpeen arviointia, johon asiakkaalla on subjektiivinen oikeus. (Syväoja & Äijälä 2009, 9.) Kansanterveyslain mukaan asiakkaan on arkisin virka-aikaan saatava välittömästi yhteys terveyskeskukseen soittamalla tai menemällä paikan päälle

(L 66/1972, 15§). Hoidon tarpeen arviointi, joka voidaan toteuttaa myös puhelimesta mahdollistaa hoitoon pääsyn. Tästä säädetään terveydenhuoltolaissa (ks. L 1326/2010, 51§).

Kiireelliseen hoitoon on päästävä heti. Päivystysasetus (583/2017) säättää kiireelliseen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (A 583/2017). Päivystysasetuksen pohjalta on valtakunnallisesti kehitetty päivystysasioihin keskittyntä puhelimitse tapahtuvaa ohjaus- ja neuvontapalvelua eli päivystys-apua täydentämään hätäkeskuksen ja ensihoitopalvelun toimintaa. Palvelu on päivystyksen sairaanhoitajien toteuttamaa hoidon tarpeen arviointia, ohjausta ja neuvontaa yhdestä puhelinnumerosta tavoitettuna ympäri vuorokauden. (Päivystys-apu 2020.) Hoitotakuun ja päivystysasetuksen säätäminä sekä jatkuvien organisaatiomuutosten vuoksi erityisesti terveydenhuollossa on kehitetty erilaista puhelintoimintaa (Tarkiainen ym. 2012, 99), joka on hoitotakuun toteutumisen (Hyryn Kangas-Järvenpää 2007, 427) ja sosiaali- ja terveydenhuollon rajallisten resurssien kohdentamisen kannalta ollut avaintekijänä (Soininen 2019, 228).

Sosiaalihuollon palvelut järjestetään ensisijaisesti vuonna 2015 uudistetun sosiaalihuoltolain mukaisesti korostaen sosiaalihuollon ammattihenkilön vastuuta siitä, että yksilökohtainen asiakasprosessi toteutuu. Sosiaalihuollon puhelintoiminta on yleisin eri asiakasryhmille kohdennetun sosiaalihuollon ammattilaisen antaman neuvonnan muoto. Monissa kunnissa ikäihmisille on tarjolla keskitettyä neuvontaa ja asiakasohjausta. (Liukko & Nykänen 2019, 23–24.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoimintaa voidaan järjestää kunnan tai kuntayhtymän omana toimintana tai hankkia palvelut sopimukseen perustuen ulkopuoliselta palvelun tuottajalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoiminta voi olla alueellisesti keskitettyä tai hajautettuna kuntayhtymän eri kuntien palveluihin. (Syväoja & Äijälä 2009, 19; Liukko & Nykänen 2019, 18.) Puhelintoiminnan aukioloajat voivat vaihdella ympärivuorokautista jokaisena päivänä palvelevista arkisin muun toiminnan yhteydessä muutamia tunteja avoinna oleviin riippuen toiminnan luonteesta (Syväoja & Äijälä 2009, 19; Liukko & Nykänen 2019, 25).

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon puhelimitse yhteyttä ottava henkilö on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas. Sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoimintoihin voi soittaa omissa asioissaan sekä omaisen ja läheisen asioissa. Yhteydenotto on mahdollista myös anonyymisti, mutta silloin ohjausta ja neuvontaa on mahdollisuus saada vain yleisellä tasolla. Puhelimessa tapahtuva sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta sisältää yleistä neuvontaa ja palveluohjausta, yksilöllistä terveyden- ja sairaanhoidon tai sosiaalihuollon ohjausta ja neuvontaa sekä yksiköllistä hoidon ja palvelun tarpeen arviointia. Parhaimmillaan puhelimitse tapahtuva asiointi mahdollistaa ammattilaisen arvioinnin ja päätöksenteon sekä jatko-ohjauksen esimerkiksi toteuttamalla jo ajanvarauksen palveluihin. (Syväoja & Äijälä 2009, 19; Liukko & Nykänen 2019, 25.)

Yksilöllinen terveys- ja sairausasioissa annettu terveydenhuollon puhelinneuvonta on potilaslaissa tarkoitettua terveyden- tai sairaanhoitoa. Asiakkaan ja palvelua antavan terveydenhuollon ammattilaisen välille syntyy hoitosuhde ja ammattilaisen on tehtävä antamistaan neuvoista ja ohjeista viralliset potilaslain mukaiset sairauskertomusmerkinnät. (Terveyskeskus toimivaksi 2004, 135–136, 142; Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 429.) Sosiaalihuollon asiakkuus alkaa puhelinneuvonnan ja -ohjauksen yhteydessä, jos asiakkaan yksilöllisiä asioita käsitellään. Tällöin on myös välttämätöntä katsoa soittajan henkilötietoja ja tehdä merkintöjä asiakastietojärjestelmään. (Liukko & Nykänen 2019, 24.)

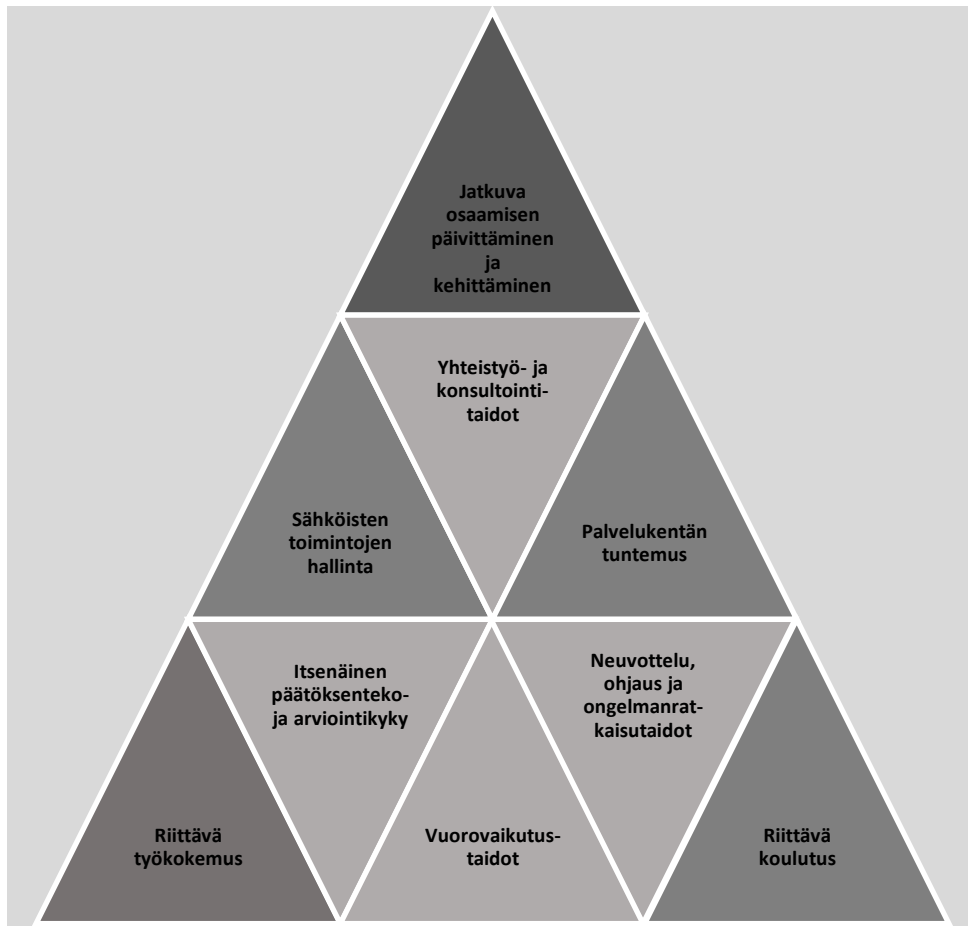
Hoitotyön menetelmänä puhelinohjaus voi Oravan ja muiden (2012a; 2012b) mukaan olla joko reaktiivista tai proaktiivista. Reaktiivinen puhelinohjaus ei yleensä pohjautu aiempaan hoitosuhteeseen, vaan on asiakkaan aloitteesta tapahtuvaa (Orava ym. 2012a, 222). Proaktiivinen puhelinohjaus taas tapahtuu ammattilaisen aloittamana, ja hoitosuhde ammattilaisen ja ohjattavan välillä on ennalta solmittu (Orava ym. 2012b, 235). Parhaimmillaan sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoiminta parantaa palvelujen saatavuutta sekä mahdollistaa ammattilaisen antaman oikea-aikaisen ja asiakaslähtöisen ohjauksen reaaliaikaisesti ja matalalla kynnyksellä (Orava ym. 2012a, 222; Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 428). Puhelintoiminta on todettu turvalliseksi, laadukkaaksi ja vaikuttavaksi interventioksi (Orava ym. 2012a, 2012b).

Ammattilaisena puhelintoiminnassa

Sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoiminnassa yksilöllistä asiakasneuvontaa ja -ohjausta, hoidon ja palvelun tarpeen arviointia sekä sosiaali- ja kriisityötä toteuttaa laillistettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö (Syväoja & Äijälä 2009, 19; Liukko & Nykänen 2019, 24). Puhelintoiminnassa työskenteleminen vaatii vahvaa ja laaja-alaista ammatillista tietoa ja taitoa sekä jatkuvaa osaamisen kehittämistä ja päivittämistä (Nikula, Kaakinen, Kyngäs & Kääriäinen 2013, 11; Tarkiainen ym. 2012, 110).

Puhelimessa toimivalta ammattilaiselta edellytetään pitkää työkokemusta ja riittävää koulutusta ammatillisen osaamisen varmistamiseksi (Orava 2012b, 223). Työkokemuksen pituutta ei kuitenkaan esimerkiksi terveydenhuollossa ole tarkemmin määritelty (Syväoja & Äijälä 2009, 30). Sähköisten toimintojen hallitsemisen lisäksi ammatilaisen on tunnettava organisaation palvelukenttä hyödyntääkseen asiantuntijuuttaan ja moniammatillista yhteistyötä arvioinnin ja päätöksenteon tukena (Orava ym. 2012a, 216–217; Nikula ym. 2013, 11; Tarkiainen ym. 2012, 110). Kokonaisvaltainen ja yksilöllinen asiakkaan taustan ja tilanteen kartoittaminen puhelimesta lisää mahdollisuutta puuttua tilanteisiin varhaisemmassa vaiheessa (Hyryn kangas-Järvenpää, 2007, 427).

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselta vaaditaan ammatillista ja itsenäistä arviointi- ja päätöksentekokykyä kohdatessaan asiakkaita puhelimesta (Orava ym. 2012a, 228). Varsinkin reaktiivisessa puhelinohjauksessa ennestään tuntemattoman asiakkaan kanssa tämä on haastavaa, koska tilanne on kaikin puolin ennakoimaton (Orava ym. 2012a, 226). Asiakkaan kohtaamisessa merkityksellisintä on ammattilaisen hyvät vuorovaikutus-, neuvottelu- ja ongelmanratkaisutaidot (Yliluoma & Palonen 2019, 8; Nikula ym. 2013, 11). Näitä taitoja hyödyntämällä ammattilainen kerää nopeasti ja riittävästi oikeanlaista tietoa asiakkaan tilanteesta arvioidakseen asiakkaan hoidon ja palvelun tarvetta sekä ratkaisuvaihtoehtoja (Orava 2012a, 223). Ammattilaisen vuorovaikutustaidot mahdollistavat puhelimesta myös luottamuksen syntymisen asiakkaan ja ammattilaisen välille (Yliluoma & Palonen 2019, 4). Kuvioon 5 on koottu ammatillisia tietoja, taitoja ja ominaisuuksia, joita sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoiminnassa työskentelevältä henkilöltä vaaditaan.



Kuvio 5. Puhelintoiminnassa tarvittavat tiedot, taidot ja ominaisuudet (tiedot: Hyryn Kangas-Järvenpää 2007; Nikula ym. 2012; Orava ym. 2012a; Tarkiainen ym. 2012; Yliluoma & Palonen 2019)

Nikulan ja muiden (2013, 11) tutkimuksen mukaan ammattilaiset pitivät vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta merkityksellisenä vastavuoroisuutta, selkeää ja ymmärrettävää ohjausta, avointen kysymysten esittämistä sekä kuuntelemisen taitoa. Myös Urpo, Åsted-Kurki, Raassina ja Palonen (2020, 116) korostivat ammattilaisten esittämien avointen kysymysten auttavan yhteisymmärryksen syntymisessä. Tärkeää oli myös ammattilaisen kärsivällisyys ja tilan antaminen asiakkaan kerronnalle. Asiakkaat odottivat saavansa kertoa puhelun alussa asiansa keskeyttämättä (mts. 115).

Ammattilaisen vuorovaikutustaidot kehittyvät ammattitaidon lisääntyessä työkokemuksen karttuessa (Yliluoma & Palonen 2019, 4). Työkokemuksen pituudesta huolimatta puhelintoiminnassa työskentelevät ammattilaiset tarvitsevat jatkuvaa täydennyskoulutusta. Koulutuksella edistetään merkittävästi puhelintoiminnan laatua.

(Tarkiainen ym. 2012, 111.) Yliluoman ja Palosen mukaan (2019, 1) puhelintoiminnassa työskenteleville ammattilaisille on tärkeää toteuttaa ja suunnata puhelintoiminnassa tarvittaviin ohjaus- ja vuorovaikutustaitoihin keskittyvää erillistä koulutusta.

Asiakkaan kohtaaminen puhelimessa

Urpo ja muut (2020, 115) ovat korostaneet asiakkaan yksilöllistä kohtaamista sekä tunteita huomioivaa, ystävällistä ja empaattista käyttäytymistä puhelun aikana. Asiakkaan näkökulma on kuultava ja kuunneltavat asiakaslähtöisyyden onnistumiseksi (Urpo ym. 2020, 118). Avoin ja aito kohtaaminen auttaa luomaan positiivisen ilmapiirin puhelun aikana. Ammattilaisen herkkyyks kuulla ja käyttää intuitiotaan asiakkaan tilanteen ymmärtämiseksi ilman visuaalisten havaintojen mahdollisuutta vaatii taitoa ja kokemusta. (Yliluoma & Palonen 2019, 4.) Nonverbaalisen viestinnän, kuten asiakkaan hengitystiheyden, hänen käyttämien ilmaisutapojen ja niiden voimakkuuksien sekä muiden puhelun taustäänien kuunteleminen ja huomioiminen ovat tärkeä osa asiakkaan tilanteen arviointia puhelimessa (Nikula ym. 2013, 9; Orava ym. 2012a, 223).

Yliluoman ja Palosen (2019) tutkimuksen mukaan asiakkaan kohtaaminen puhelimessa herätti ammattilaisessa erilaisia tunteita, kuten huolta, surua, epävarmuutta, ärtymystä ja iloa. Keskittyminen vuorovaikutukseen halliten ja piilottaen samalla omat tunnereaktionsa oli ammattilaisille voimia vievää ja vaativaa. (Yliluoma & Palonen 2019, 4.) Toisaalta visuaalisen kontaktin puuttuminen mahdollisti ammattilaisten omien tunteiden purkamisen kehollaan haasteellisen puhelun aikana, vaikka jalkoja heiluttelemalla tai kättä nyrkkiin puristelemalla. Ammattilaisen kehollinen tunteiden purkamisen mahdollisuus edisti positiivista vuorovaikutusta ja vähensi ammattilaisen kuormitusta. Ammattilaisen kyky hallita oman äänensä sävyjä, puheensa rytmiä ja käyttäytymistään sekä pysyminen rauhallisena edistivät myös vuorovaikutusta haastavissa tilanteissa. (Yliluoma & Palonen 2019, 4; 7.)

Björkman ja Salzmänn-Erikson (2019) selvittivät ruotsalaisessa perusterveydenhuollon puhelintoiminnassa työskentelevien ammattilaisten kokemuksia neuvojen anta-

misesta mielenterveysongelmista kärsiville asiakkaille. Tutkimuksessa sivuttiin itsemurhariskissä olevien asiakkaiden puheluita. Ammattilaiset kuvasivat näitä kohtaamisia ohuella linjalla tasapainoiluiksi. Mielenterveysongelmien takia yhteyttä ottaneiden soiton todellinen syy saattoi selvitä vasta pitkän keskustelun jälkeen. Ensintuotiin esiin joku muu terveysongelma, mutta kun soittajalle annettiin aikaa ja häntä kuunneltiin tuomitsematta, hän avautui vähitellen myös psyykkisistä ongelmistaan tai itsetuhoisista ajatuksiaan. (Björkman & Salzman-Erikson 2019, 5.) Myös Solin ja Partonen korostivat kiireettömyyden ja ajan antamisen merkitystä itsemurhariskissä olevan ihmisen kohtaamisessa (Solin & Partonen 2017, 1407). Puhelinkohtaamisessa välimatka ammattilaisen ja asiakkaan kesken saattoi luoda sellaisen suljetun ympäristön, joka mahdollisti avoimemman ja rehellisemmän ilmapiirin kohtaamisen aikana. Anonyyminä soittavilta ammattilaiset saattoivat kuulla sellaisia elämäntarinoita ja asioita, jotka kasvokkaisissa kohtaamisissa jäisivät kertomatta. (Björkman & Salzman-Erikson 2019, 5.)

Björkmanin ja Salzman-Eriksonin (2019, 5) mukaan ammattilaiset kertoivat yrittävänsä tukea itsetuhoista asiakasta yrittäen saada tämän näkemään oman tilanteesta toisessa, edes hieman toiveikkaammassa valossa. Tämä oli toteutettava hienovaraisesti niin, että asiakas koki tulleen kuulluksi eikä mitätöidyksi vaikeassa tilanteessaan. Itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisessa tärkeintä oli antaa tietoa mielenterveyden tukemisen mahdollisuuksista sekä välittää asiakkaalle toivoa (Vatne & Nåden 2014, 168; Suominen & Valtonen 2013, 884; Suomalainen ym. 2018, 857). Yksi, lyhytkin välittämistä osoittava kohtaaminen voi antaa toivoa ja olla merkittäväksi avuksi itsemurhaa miettineelle (Itsemurhien ehkäisy 2019).

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista kohdata itsemurhariskissä oleva asiakas puhelimesta sekä ammattilaisten kokemista täydennyskoulutuksen ja muun ammatillisen tuen tarpeista näissä kohtaamisissa. Tavoitteena on kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia itsemurhariskissä olevan asiakkaan tunnistamisesta ja kohtaamisesta puhelimesta sekä mahdollisuuksista ja haasteista ottaa itsemurhariski

puheeksi ja arvioida asiakkaan itsemurhariskin vakavuutta sekä jatkotuen piiriin ohjaamista. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää osana suunnitelmallista itsemurhien ehkäisytoimintaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoiminnan kehittämistä.

Tutkimustehtävät:

1. Millaisia kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisesta puhelimesta?
2. Millaisia täydennyskoulutuksen tai muun ammatillisen tuen tarpeita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on itsemurhariskissä olevan asiakkaan puhelinkohtaamisiin liittyen?

5 Tutkimuksen toteutus

Tässä luvussa kuvataan ja perustellaan tutkimuksen menetelmälliset valinnat ja määrittellään tutkimuksen kohdejoukko. Tutkimusaineiston keruuta ja analysointia tarkastellaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti myös kuvioilla havainnollistaen. Tutkimusprosessin aikana tehtyjä eettisiä valintoja ja näkökulmia avataan luvun viimeisessä kappaleessa.

5.1 Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat

Tutkimuksen kohteena oleva ilmiö määrittää tutkimuksen metodologiset ja menetelmälliset valinnat (Nigel, Horrocks & Brooks 2019, 7; Kankkunen & Vehviläinen-Julkuinen 2018, 15). Laadullisen tutkimuksen lähestymistapa perustuu holistiseen maailmankuvaan, jossa todellisuus on monimuotoinen, mutta tietäjä ja tieto ovat erottamattomat (Burns & Grove 2011, 73). Laadullisen tutkimusotteen avulla selvittää ihmisten omia kokemuksia ja kuvauksia sekä ilmiön merkitystä. Näin syvällisiä tietoja ei määrällisesti mittaamalla tai havainnoimalla saada esiin. (Burns & Grove 2011, 74; Tuomi & Sarajärvi 2018, 40.) Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista kohdata itsemurhariskissä oleva asiakas puhelimesta.

Laadullinen tutkimus on tarpeen erityisesti silloin, kun tutkittavasta ilmiöstä on vain vähän tai ei ollenkaan tutkittua tietoa. Laadullisin tutkimusmenetelmin kerätyllä tiedolla tavoitetaan uusia tärkeitä tutkimusaiheita sekä kartoitetaan ja kehitetään tutkimusinstrumentteja määrälliseen tutkimukseen. (Sutton & Austin 2015, 226.) Hoitotyön laadulliset tutkimukset ovat edellytys kliinisen työn kehittämiseksi. Tarvitaan sekä asiakkaiden että ammattilaisten kokemuksia ja kuvauksia lisäämään ymmärrystä tutkittavista ilmiöistä. Koska tutkitaan yksilön kokemuksia tietyissä tilanteissa, useimmat merkitykset ovat mahdollisia. (Burns & Grove 2011, 74.) Tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä, vaan rajoittuvat tiettyyn aikaan ja kontekstiin (Hoffmann, Bennett & Del Mar 2013, 223). Tutkijan asema on laadullisessa tutkimuksessa eri tavalla keskeinen verrattuna tilastolliseen tutkimukseen. Tutkijan on koettava ilmiö naiivilla, kokemattomalla tavalla kuvatakseen tutkittavien kokemuksia. (Burns & Grove 2011, 76; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 71.)

5.2 Tutkimuksen kohdejoukko

Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan niitä, joilla tiedetään olevan kokemusta ja tietoa tutkittavasta ilmiöstä, jotta voidaan saada vastauksia tutkimustehtäviin. Tällöin tutkimusotos on niin sanottu harkinnanvarainen näyte. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98.) Alun perin tarkoituksena oli tutkia terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisesta puhelimesta. Teoreettinen katsaus nosti esiin myös sosiaalihuollon ammattilaisten osuuden tutkimuskohteena olevan asiakasryhmän kohtaajina. Koska tutkimuksella on tärkeää saada mahdollisimman monipuolista kokemuksellista tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 97–98), tutkimus kohdistettiin terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi sosiaalihuollon ammattilaisiin.

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat erään kuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka työskentelivät eri-ikäisten palveluissa toteuttaen puhelimesta yleistä ja yksilöllistä asiakasohjausta ja -neuvontaa, hoidon ja palvelun tarpeen arviointia sekä sosiaali- ja kriisityötä. Karkeasti arvioituna tutkimuskohteena olevan kuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoiminnassa työskenteli yli sata ammattilaista. Osa näistä ammattilaisista työskenteli puhelintoiminnassa kokoaikai-

sesti tai osittain, ja osalla puhelintoiminta sisältyi päivittäiseen työnkuvaan. Osa puhelintoiminnoista toimi keskitetysti suuremmissa yksiköissä ja osa pienempiin yksiköihin hajautettuna. Erialaisten sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoimintojen aukioloajat vaihtelivat päivystysluonteisesti ympäri vuorokauden toimivista palveluista virka-ajan puitteissa tai tiettyinä kellonaikoina, yleensä arkisin toimiviin palveluihin. Vapaaehtoisia osallistujia etsittiin tutkimuskohteena olevan kuntayhtymän perusterveydenhuollon puhelintoiminnasta, erikoissairaanhoidon päivystysavusta, aikuisten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyön avopalveluista sekä sosiaalihuollon ikääntyneiden, aikuissosiaalityön sekä sosiaali- ja kriisipäivystyksen ammattilaisista.

Tutkimuksen kohteena olevalta kuntayhtymältä anottiin lupa tutkimuksen toteuttamiselle. Tutkimuslupa saatiin 2.12.2020, jonka jälkeen otettiin sähköpostitse yhteyttä kohdejoukon ammattilaisten esimiehiin varmistaen erikseen tutkimuksen toteuttamisen mahdollisuus jokaisessa yksikössä. Lisäksi esimiehiltä pyydettiin apua ammattilaisten tiedottamiseksi tutkimukseen osallistumisen mahdollisuudesta sekä ohjeistusta tutkimusaineiston keruun toteuttamisen käytäntöihin, mikäli vapaaehtoisia osallistujia löytyisi. Alun perin ammattilaisten tiedottaminen oli suunniteltu toteutettavaksi vieraillemalla toimintayksiköissä, mutta koronaviruspandemian rajoitusten takia tämä ei ollut mahdollista.

5.3 Tutkimusaineiston keruu

Aineiston keruun menetelmät

Haastattelu on yksi laadullisen tutkimuksen käytetyin aineiston keruun menetelmä ja sitä voidaan käyttää tutkimusmenetelmänä eri muodoissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 123). Haastatteleamalla saadaan joustavasti ja syvällisempää tietoa ihmisten kokemuksista, ei ainoastaan yleisistä uskomuksista ja mielipiteistä.

Haastattelutilanteessa kaikki osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Haastattelijan ja haastateltavien välille syntyvä vuorovaikutus on ratkaisevan tärkeää silloin, kun haastattelua käytetään tutkimusmenetelmänä. (Nigel ym. 2019, 2.) Haastattelun aikana on mahdollisuus toistaa ja tarkentaa kysymyksiä tai vastauksia sekä selventää ilmaisuja (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86).

Tämän tutkimuksen ensisijaisena aineiston keruun menetelmänä oli ryhmähaastattelu, jota pidetään käyttökelpoisena tutkimusmenetelmänä varsinkin, jos osallistujat edustavat samaa ammattiryhmää (King, Horrocks & Brooks 2019, 94, 99). Tarkoitus oli haastatella samassa työyksikössä työskenteleviä ammattilaisia omissa ryhmissään työyksiköiden ja -ympäristöjen eroavaisuuksien takia. Lisäksi ryhmäläisten tuttuuden ajateltiin lisäävän haastatteluun osallistumisen halukkuutta (Eskola & Suoranta 2008, 96). Ryhmästä voidaan puhua, jos osallistujia on vähintään kolme, mutta muuta määrittelyä haastateltavan ryhmän koolle ei ole (Kallinen, Pirskainen & Rautio 2015, 61). Pienemmässä ryhmässä on yleensä enemmän tilaa keskustelulle ja luottamuksellinen ilmapiiri, joka syventää keskustelua syntyy helpommin (Morgan 2019, 53). Ryhmässä toisten kertomukset palauttavat mieleen myös omia kokemuksia ja haastateltavat voivat rohkaistua kertomaan niistä yksilöhaastattelua monipuolisemmin ja yksityiskohtaisemmin (King ym. 2019, 94–95).

Ryhmähaastattelun vaihtoehtona oli yksilö- tai parihaastattelu, jotta kaikki halukkaat saataisiin osallistumaan. Vaikka haastateltava voi kokea ryhmähaastattelun yksilöhaastattelua helpommaksi huomion jakautuessa useamman ihmisen kesken (Hirsjärvi & Hurme 2011, 63), kaikki eivät välttämättä halua kertoa omista kokemuksistaan toisten kuullen (Morgan 2019, 43). Etukäteen tiedettiin, ettei ryhmähaastattelun toteuttaminen työaikana olisi kaikissa yksiköissä mahdollista. Koronaviruspandemian rajoitukset vaikuttivat aineiston keruun menetelmiin. Koko tutkimusprosessin ajan noudatettiin ajankohtaisia kansallisia ja alueellisia ohjeistuksia niin suojausten käytön, etäisyyksien kuin rajoitusten osalta.

Erilaisilla haastattelutyypeillä kerätyllä aineistolla etsitään vastauksia tutkimustehtäviin. Teemahaastattelu, jota tässä tutkimuksessa käytettiin yhtenä aineiston keruun menetelmänä, on puolistrukturoitu tutkimusmenetelmä. Teemahaastattelulla tavoiteltiin moninaisuutta haastattelutilanteessa syntyvään keskusteluun. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 48; Eskola ja Suoranta 2008, 86; Ruusuvuori & Tiittula 2005, 11.) Teemahaastattelurunko (liite 5) muodostettiin nostamalla teoreettisesta katsauksesta esiin tutkimustehtävien kannalta olennaisia aihealueita eli teemoja.

Teemahaastattelulle tyypillisesti jokaisessa haastattelussa käytiin läpi etukäteen laaditut teema-alueet, mutta kysymysmuoto, niiden järjestys ja laajuus vaihtelivat (Hirsjärvi & Hurme 2011, 48). Tavoitteena oli saada esiin haastateltavien kokemukset tutkittavasta ilmiöstä heidän ääntään sekä ilmiölle antamiaan merkityksiä ja tulkintoja kuunnellen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 125). Haastattelutilanteessa haastattelurungon teemoja tarkennettiin etukäteen mietityillä apukysymyksillä. Haastateltavia houkuteltiin kertomaan kokemuksistaan pyytämällä tarkennusta ja tekemällä lisäkysymyksiä. Myös haastateltavat saivat pyytää tutkijaa tarkentamaan teemoja ja kysymyksiä. Haastateltavat pääsivät puhumaan melko vapaasti (Hirsjärvi & Hurme 2011, 48), vaikka tutkija pyrkiin pitämään keskustelun fokuksen haastattelun teemoissa saadakseen vastauksia tutkimustehtäviin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 126).

Aineiston keruun toteuttaminen

Ennen varsinaisten tutkimushaastattelujen aloittamista lähestyttiin sähköpostitse tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluvia aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden ammattilaisia tiedottaen tutkimuksesta sekä mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen esihaastateltavina. Esihaastateltaviksi valittiin mielenterveys- ja päihdepalveluiden ammattilaiset, koska heillä oletettiin olevan kokemusta itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kohtaamisesta puhelimesta. Neljä henkilöä ilmoittautui esihaastateltaviksi.

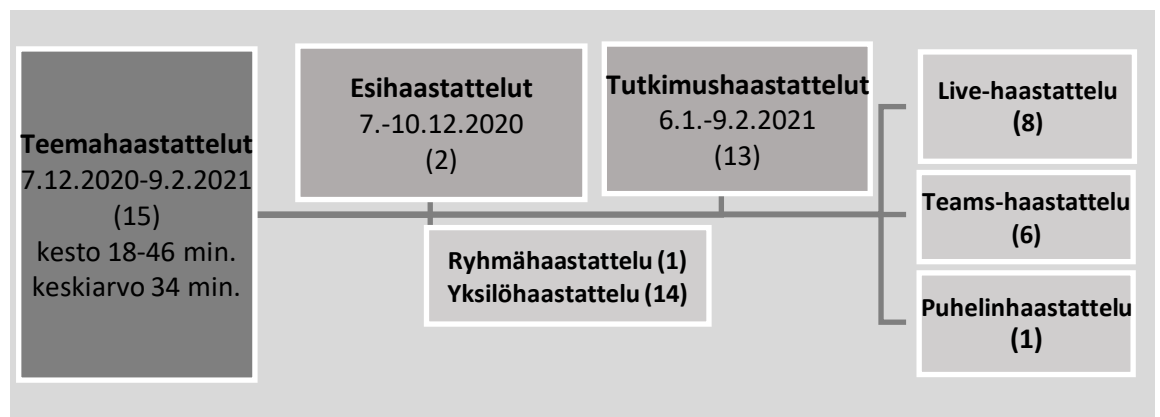
Esihaastattelut toteutuivat 7. ja 10.12.20 kahdessa erillisessä haastattelussa, joista toinen oli yksilö- ja toinen kolmen hengen ryhmähaastattelu. Koronaviruspandemian takia esihaastattelut tehtiin etänä Microsoft Teams-sovelluksen kautta. Osallistuminen haastatteluun Teams-sovelluksen kautta mahdollistui sähköpostitse lähetetyllä kokouskutsulla eikä haastateltavien tarvinnut asentaa sovellusta tietokoneelle tai puhelimelle. Webropol-ohjelmalla luotiin sähköisen kyselylomake, jonka avulla esihaastateltavilta kerättiin tutkimukseen osallistumisen suostumus sekä taustatiedot. Linkki Webropol-kyselyyn lähetettiin muutamaa päivää ennen sovittua haastatteluajankohdtaa samassa sähköpostissa Teams-kokouskutsun kanssa.

Esihaastatteluissa testattiin teemahaastattelurunkoa, Microsoft Teams-sovelluksen ja sähköisen Webropol-kyselylomakkeen käyttökelpoisuutta etähaastatteluissa sekä saatiin tuntumaa haastattelutekniikkaan ja nauhureitten käyttöön. Esihaastattelujen pohjalta tehtiin myös arvio yhteen haastatteluun kuluva ajasta, jota tarvittiin informoidessa haastateltavia ja sopiessa haastatteluajoista. Esihaastateltavilta pyydettiin suullista palautetta tutkimustiedotteesta, taustatieto- ja suostumuslomakkeen sisällöstä sekä haastattelukysymyksistä ja haastattelun toteuttamisen käytännöistä. Palautteen pohjalta tutkimuksen taustakysymysten sanamuotoja muokattiin ja tarkennettiin, mutta varsinaiseen teemahaastattelurunkoon ei tehty sisällöllisiä muutoksia. Microsoft Teams-sovellus todettiin käytännölliseksi menetelmäksi toteuttaa niin ryhmä- kuin yksilöhaastatteluita ja Webropol-kysely toimivaksi tavaksi kerätä etänä haastateltavilta taustatiedot sekä tutkimukseen osallistumisen suostumus.

Kohdejoukkoon kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset saivat 15.-31.12.2020 esimiehiltään sähköpostitse saatekirjeen (liite 2), jossa tiedotettiin mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen. Sähköpostin liitetiedostona oli kirjallinen tutkimustiedote (liite 3). Kiinnostuneita pyydettiin ottamaan yhteyttä tutkijaan sähköpostitse tai puhelimitse lisätiedon saamiseksi ja haastatteluajankohdasta sopimiseksi. Yhteyttä ottaneiden ammattilaisten kanssa sovittiin haastattelutavasta, -ajankohdasta ja -paikasta ja he saivat sähköpostilla etukäteen nähtäväksi tutkimuksen taustakysymykset (liite 4), teemahaastattelurungon (liite 5) sekä suostumuslomakkeen (liite 6).

Tutkimushaastattelut toteutuivat 6.1.-9.2.2021 yksilöhaastatteluina osittain koronatilanteen ohjaamana, mutta myös haastateltavien toiveesta. Yksi jo sovittu parihaastattelu jouduttiin toisen haastateltavan äkillisen esteen takia muuttamaan kahdeksi yksilöhaastatteluksi. Ammattilaisilla oli lupa käyttää haastatteluun työaika, sillä vapaa-ajalla toteutettavat haastattelut olisivat saattaneet karsia osallistumishalukkuutta (Eskola & Suoranta 2008, 92). Yhtä lukuun ottamatta kaikki haastattelut toteutettiin haastateltavien työaikana ja työpaikan tutussa ympäristössä haastattelutilanteen helpottamiseksi, ja ettei siirtymiin tarvinnut käyttää aikaa ja vaivaa (mts. 92.) Koronaviruspandemian rajoitusten takia osaa ammattilaisia haastateltiin etänä joko Teamsin kautta tai puhelimitse haastateltavien valinnan mukaan.

Tutkijaan otti yhteyttä 18 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista esihaastateltavaksi mukaan lukien. 17 ammattilaista osallistui yhteensä 15 haastatteluun. Ainoa ryhmähaastattelu oli kolmen hengen esihaastattelu Teamsin kautta toteutettuna. Yksilöhaastatteluna toteutui 14 haastattelua, joista kahdeksan toteutui kasvotusten, yksi puhelimitse ja viisi Teamsin kautta. Haastattelujen keskimääräinen kesto oli 34 minuuttia. Lyhin haastattelu kesti 18 ja pisin 46 minuuttia. Haastattelut tallennettiin kahdella nauhurilla. Näin tutkija sai keskittyä haastattelemiseen ja haastatteluaineisto saatiin kokonaisuudessaan tallennettua analysointia varten (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 127). Tutkimusaineiston keruuta havainnollistetaan kuviossa 6.



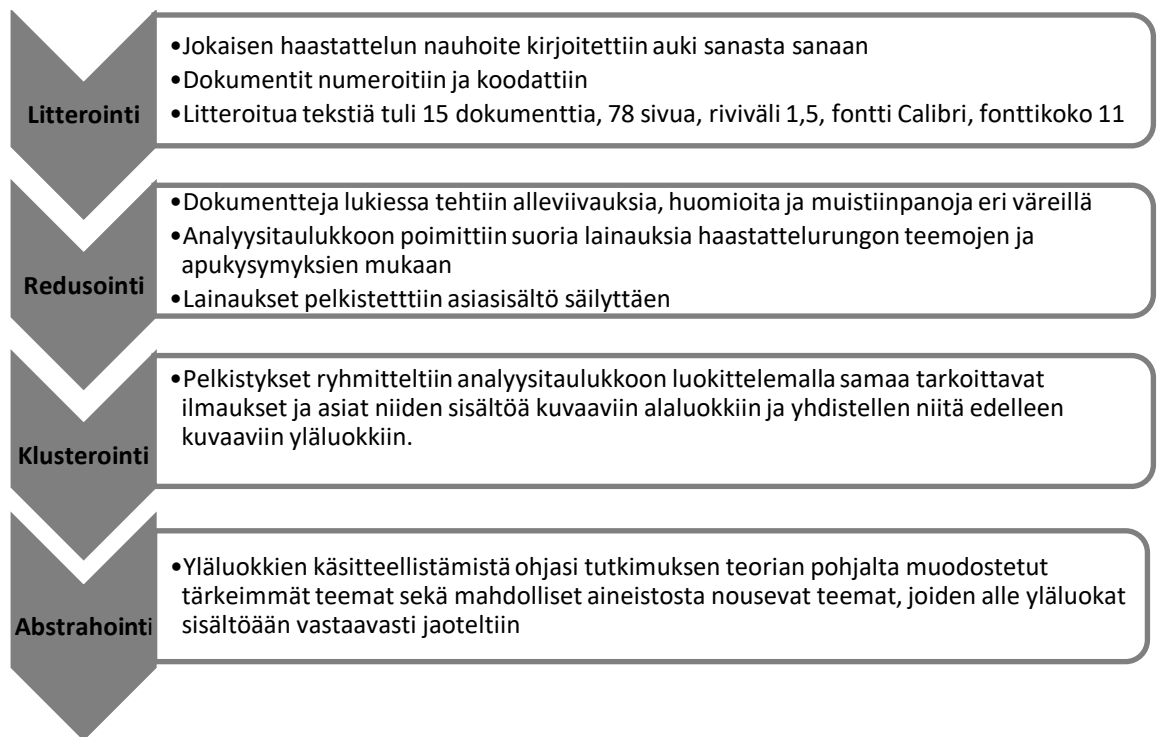
Kuvio 6. Tutkimusaineiston keruu

Kerätyn aineiston määrää ohjaa aineiston saturoituminen eli se, ettei lisääineistoa keräämällä enää tuoteta tutkimustehtävien kannalta uutta tietoa (Hirsjärvi & Hurme 2011, 60). Tutkija jätti haastattelemaan yhden vapaaehtoisen ammattilaisen, jonka kanssa haastatteluajankohta olisi ollut maaliskuussa. Näin haastatteluaineistoa päästiin jo helmikuussa analysoimaan kokonaisuutena. Esihaastatteluissa kerätty aineisto otettiin mukaan tutkimukseen, koska teemahaastattelurunkoon ei tehty sisällöllisiä muutoksia ja esihaastateltavat olivat tutkimuksen kohdejoukon ammattilaisia. Kaikilta esihaastateltavilta saatiin lupa esihaastatteluaineiston käyttämiseen varsinaisessa tutkimuksessa.

5.4 Tutkimusaineiston analysointi

Suttonin ja Austin mukaan (2015, 227) laadullisen tutkimuksen analysoinnissa on tärkeintä tutkittujen äänen kuuleminen. Vertailemalla haastatteluja aineistosta etsitään ja tunnistetaan säännönmukaisuuksia ja eroja (Eskola ja Suoranta 2008, 86; Ruusu- vuori & Tiittula 2005, 11). Analysoidessaan kerättyä aineistoa tutkija tulkitsee ja raportoii tutkittujen näkökulmaa, ei omaansa (Sutton & Austin 2015, 227). Tutkimusaineisto analysoitiin kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmää, ja ihmistieteissä paljon käytettyä sisällön analyysiä hyödyntäen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 165). Sisällön analyysi voidaan toteuttaa induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti (Elo & Kyngäs 2008, 112). Lisäksi näiden kahden välimaastoon sijoittuu abduktiivinen eli teoriaohjaava sisällön analyysi, jossa sisällön analyysiä ohjaavat vuoroin teoria ja aineisto (Tuomi & Sarajärvi 2018, 133). Se, mitä analyysimenetelmää käytetään, riippuu tutkimuksen tarkoituksesta (Elo & Kyngäs 2008, 112).

Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin abduktiivisesti eli teoriaohjaavasti, jolloin analyysiprosessia ohjasivat sekä aineisto että teoria (Tuomi & Sarajärvi 2018, 133). Koska aikaisempaa tutkimustietoa itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisesta puhelimessa ei ollut saatavilla, nostettiin analyysiyksiköt tutkimusaineistosta pyrkien tuomaan esiin haastateltujen kokemusten yleisyyksiä ja eroavaisuuksia (Elo & Kyngäs 2008, 113; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 167). Aineistosta tehtyjen havaintojen ryhmittelyä ohjasi teoreettisen katsauksen pohjalta muodostettu, aineistonkeruussa käytetty haastattelurunko teemoineen. Analyysin tavoitteena oli kuvata tutkittava ilmiö tiivistetyssä muodossa järjestämällä tutkimusaineisto teoriaan sitoen tulevia johtopäätöksiä varten (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117). Tutkimusaineiston analysoinnin vaiheet on kuvattu tiivistettynä kuviossa 7.



Kuvio 7. Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin litteroimalla eli kirjoittamalla auki jokainen nauhoitettu haastattelu sanasta sanaan omaksi dokumentiksi (Sutton & Austin 2015, 227). Litterointi tehtiin mahdollisimman pian, viimeistään seuraavana päivänä haastattelusta. Haastatteluaineistosta tuli 15 erillistä dokumenttia, joissa oli kirjoitettua, litteroitua tekstiä yhteensä 78 sivua (34 842 sanaa), fonttina Calibri, fonttikoko 11 ja riviväli 1,5. Haastatellut ammattilaiset numeroitiin ensin haastattelujen toteutusjärjestyksen mukaan: H1...H17. Kun aineiston analysointi aloitettiin, muutettiin koodausta niin, että haastatellut terveydenhuollon ammattilaiset koodattiin sattumanvaraisesti tunnistetiedolla T1–T10 ja sosiaalihuollon ammattilaiset S1–S7.

Aineiston redusointi

Teoriaohjaava sisällönanalyysi aloitettiin aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 167). Aineiston analysointia varten luotiin analyysikehikko eli analyysitaulukko, joka otsikoitiin tutkimuksen haastattelurungon viittä teemaa ja niiden apukysymyksiä käyttäen. Teemat olivat: itsemurhariskissä olevan asiakkaan määritelmä, itsemurhariskissä olevan kohtaaminen, itsemurhariskissä olevan tunnistaminen ja puheeksi otto, arviointi ja jatkohoitoon ohjaaminen sekä koulutus ja muu ammatillinen tuki. Teemojen alle tau-

lukon ensimmäiseen sarakkeeseen poimittiin litteroidusta aineistosta analyysiyksiköitä eli haastateltavien vastauksia yksittäisten sanojen ja lauseiden suorina lainauksina. (Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2018, 168; Sutton & Austin 2015, 229). Analyysiä tehtiin yksi teema kerrallaan. Teeman alle kuuluvien analyysiyksiköiden kirjaamisen jälkeen lainatusta vastauksesta kirjattiin pelkistys analyysitaulukon toiseen sarakkeeseen. Pelkistetyssä ilmauksessa haastatellun vastauksen sisältö säilyi samana, mutta merkityksettömät ylimääräiset sanat poistettiin.

Aineiston klusterointi

Pelkistuksen jälkeen aineisto ryhmiteltiin eli klusteroitiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122). Samaa asiaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alaluokiksi. Jokainen alaluokka nimettiin sen sisältöä mahdollisimman hyvin kuvaavasti. Sutton ja Austin (2015, 228–229) kutsuvat tätä vaihetta aineiston koodaamiseksi eli kategorisoinniksi. Aineiston koodaamisessa käytettiin apuna värejä, jotta syntyneet alaluokat oli helpompi erottaa analyysitaulukosta. Kun alaluokat oli muodostettu, siirreltiin samaan alaluokkaan kuuluvat osat aineistosta samalle kohdalle taulukossa. Tämän jälkeen muodostetut alaluokat ryhmiteltiin edelleen niiden sisällön perusteella sopivasti nimettyihin yläluokkiin. Alaluokkien yhdistämisessä yläluokkiin ja yläluokkien nimeämisessä voitiin aineiston lisäksi hyödyntää mahdollisuuksien mukaan teoriaa teoriaohjaavan sisällön analyysin mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2018, 133).

Aineiston abstrahointi

Aineiston analysoinnin viimeinen vaihe eli abstrahointi tarkoittaa aineiston teoreettisten käsitteiden muodostamista (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 167). Muodostuneet yläluokat jaoteltiin niiden sisällön perusteella kuuluviksi pääluokkiin, ja koska aineiston analysointia ohjasi teoriaohjaavan sisällön analyysin mukaan sekä teoria että aineisto pääluokiksi valittiin tutkimuksen teoreettisen katsauksen pohjalta muodostetut tutkimuksen viisi keskeistä teemaa eli itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaaminen puhelimesta, itsemurhariski tunnistaminen, itsemurhariskin puheeksi otto, itsemurhariskin arviointi ja jatkotuen piiriin ohjaaminen sekä ammattilaisten tarpeet täydennyskoulutukselle ja muulle ammatilliselle tuelle. Pääluokka ammattilaisten täydennyskoulutus- ja muut ammatillisen tuen

tarpeet nimettiin tutkimusaineiston perusteella sen sisältöä paremmin kuvaavalla nimellä ammatillisen osaamisen vahvistaminen. Teoriaohjaava aineiston analysointi mahdollisti lisäksi aineistosta esiin nousevien uusien keskeisten teemojen syntyminen, joten teoriasta muodostettujen pääluokkien lisäksi aineistosta muodostettiin kuudes pääluokka: kokemukset itsemurhariskissä olevista soittajista. Taulukoon 1 on kopioitu osa analyysitaulukosta esimerkkinä aineiston analyysin etenemisestä.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä

Teema 5 Koulutus ja muu ammatillinen tuki				
Alkuperäinen	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<i>"On kyllä sellainen turva, että on mahdollisuus päivystävää lääkäriä konsultoida." (S1)</i>	Konsultaatiomahdollisuus on turva	konsultaatiomahdollisuus toimii	Konsultaatiomahdollisuus	Ammatillisen osaamisen vahvistaminen: apuvälineet
<i>"On konsultaatiomahdollisuus, mutta siihen pitäisi olla helppo reitti." (S3)</i>	konsultaatiomahdollisuus on, mutta pitäisi olla helpompi reitti	konsultaatiomahdollisuus on hankala		
<i>"Konsultaatiomahdollisuus on, mutta on tullut vähän käytettyä. Pitäisi käydä keskustelua, jotta se olisi helpompaa." (S4)</i>	Konsultaatiomahdollisuus on, kynnys käyttää			
<i>"Konsultaatiomahdollisuus olisi aika huippu." (T4)</i>	Ei konsultaatiomahdollisuutta, olisi tärkeä	konsultaatiomahdollisuus puuttuu, tarve on		
<i>"Ei ole konsultaatiomahdollisuutta. Voisi olla hyväksi, olisi joku keneltä voisi kysyä vinkkiä, kun alue on niin laaja." (S6)</i>	Ei konsultaatiomahdollisuutta, olisi hyväksi, kun alue laaja			
<i>"Tietoa tarvitsisi ketä voi konsultoida ja keltä saada ohjausta ja neuvoja." (T8)</i>	Ei tietoa ketä voi konsultoida	konsultaatiomahdollisuudesta ei tietoa		

5.5 Eettisyys tutkimusprosessissa

Oleellisin osa tutkimusprosessia on eettisten näkökulmien huomioiminen. Tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin, on tutkijan suojeltava osallistujien inhimillisiä oikeuksia, taattava yksityisyys ja tietosuojaja sekä huolehdittava tunnistamattomuudesta. Koko tutkimusprosessin ajan on varmistettava osallistujien oikeus itsemääräämiseen, yksityisyyteen, nimettömyyteen ja luottamussellisuuteen. (Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen... 2019; Kallinen ym. 2015, 165.)

Tässä tutkimuksessa noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan eli TENK:n hyvää tieteellistä käytäntöä. Yleinen tietosuojaja-asetus huomioitiin kaikissa tutkimuksen

vaiheissa. Tutkimuksen toteuttamista edelsi tutkimussuunnitelmasta saatu myönteinen lausunto eli tutkimuslupa eettisen toteutuksen varmistamiseksi (Kallinen ym. 2015, 148). Tutkimuslupa anottiin tutkimuksen kohteena olevan kuntayhtymän ohjeiden mukaisesti ja anomuksen liitteeksi laadittiin tietosuojaseloste osoittamaan tietosuojalain noudattamista kaikissa tutkimuksen vaiheissa.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja perustui osallistujan suostumukseen ja riittävään tiedon saantiin tutkimuksesta. Ammatillaiset saivat tiedon mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen esimiestensä sähköpostitse välittämällä saatekirjeellä (liite 2). Varsinainen informointi tapahtui kirjallisen tutkimustiedotteen avulla (liite 3). Tutkimustiedotteeseen oli koottu kaikki tutkimuseettisesti merkittävät informoitavat asiat, jotta mahdollinen osallistuja pystyi tekemään saamansa informaation perusteella päätöksen tutkimukseen osallistumisestaan. Tutkimustiedotteessa annettiin tutkijan sekä opinnäytetyötä ohjaavien opettajien yhteystiedot lisätietojen kysymiseksi ja yhteyttä kannustettiin ottamaan missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen... 2019, 8–9; Kallinen ym. 2015, 144.)

Tietosuojaja on tärkein yksityisyyden suojan osa-alue. Tutkittavien tunnistamattomuudesta eli anonymiteetin säilyttämisestä huolehdittiin koko tutkimusprosessin ajan. (Kallinen ym. 2015, 165.) Henkilötietojen käsittely on lain mukaan sallittua tutkittavan suostumuksella (Kuula 2011, 140). Alkuperäinen tarkoitus oli sopia haastattelujankohdista haastateltavien esimiesten välityksellä, jotta sähköpostirekisteriä ei syntyisi ja tunnistetietoja kertyisi mahdollisimman vähän. Tämä osoittautui kuitenkin käytännössä mahdottomaksi toteuttaa, joten ammattilaisia pyydettiin itse ottamaan suoraan yhteyttä tutkijaan sähköpostitse tai puhelimitse haastattelujankohdasta sopimiseksi. Näin ammattilaisen nimi sekä sähköposti- tai puhelinyhteystiedot tulivat tutkijan tietoon. Tämä saattoi nostaa kynnyistä tutkimukseen osallistumisesta. Toisaalta taas se, että haastatteluista sovittiin suoraan tutkijan kanssa, eikä esimiehille mennyt tietoa siitä, ketkä tutkimukseen olivat osallistuneet, saattoi lisätä jonkun osallistumishalukkuutta.

Vaikka haastatteluajankohdasta sopimista pidetään haastatteluun suostumisena (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86), varmistettiin suostumus vielä kirjallisesti. Kaikki tutkimukseen osallistuvat saivat luettavakseen ja allekirjoitettavakseen kirjallisen suostumuslomakkeen (liite 6) ennen haastattelua. Suostumuslomakkeessa oli tarkennettu tutkimuseettisesti merkittäviä seikkoja liittyen tutkimuksen keskeyttämiseen ja jo kerätyn aineiston käyttämiseen tutkimuksessa. Haastateltavat vahvistivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisestaan joko paperiversioon nimikirjaimillaan allekirjoituksen sijasta anonymiteetin lisäämiseksi tai rastittamalla suostumuksen sähköiseen Webropol-kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeen pääsi täyttämään sähköpostitse lähetetyn linkin kautta. Linkki lomakkeeseen oli kaikille sama, eikä vastaaja voitu yksilöidä anonymiteetin säilyttämiseksi. Suostumuslomakkeen täyttäminen oli ehto tutkimukseen osallistumiseksi. Ennen haastattelun alkua suostumus varmistettiin vielä jokaiselta haastatellulta suullisesti.

Webropol-ohjelman käyttö kyselyjen laatimisessa, tietojen keräämisessä ja analysoinnissa on tietoturvallista ja luottamuksellista, sillä selainten välinen liikenne on salattua ja ohjelman käyttö ei luvatta onnistu (Webropol 2020). Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden huomioinnin osoittamiseksi sähköisessä kyselylomakkeessa oli linkki Webropol-ohjelman tietosuojaselosteeseen, johon vastaajat pääsivät halutesaan tutustumaan.

Tutkittavien tunnistetietoja ei kerätä, eikä varsinkaan säilytetä, jos se ei ole tutkimuksessa tarpeellista (Kuula 2011, 140). Taustatietoja kerättiin tutkimukseen osallistuneiden kuvaamiseksi kerättyjen tietojen osalta. Haastatelluilta kerättiin taustatietoina ikä, sukupuoli, ammattinimike, minkä ikäisten palveluissa ammattilainen sillä hetkellä työskenteli, työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollosta vuosina, puhelintyökokemus vuosina, työkokemus mielenterveys-, päihde- ja kriisityöstä sekä täydennyskoulutustietoja puhelintyön, mielenterveys-, päihde- ja kriisityön sekä itsemurhien ehkäisytöiden osalta. Nämä tiedot kerättiin haastattelutilanteessa erilliselle paperiselle taustatietolomakkeelle (liite 4) ja etähaastatelluilta Webropol-kyselyllä anonymisti.

Kaikki lähetetyt ja vastaanotetut sähköpostiviestit, joissa sovittiin haastatteluun liittyvistä asioista sekä Teams-kokouksiin luodut kalenterikutsut poistettiin haastattelun

toteutumisen jälkeen, ettei tutkijalle jäänyt haastateltavien tunnistetietoja. Kaikki haastatellut toivoivat saavansa sähköpostitse tiedon opinnäytetyön valmistumisesta, joten tutkija säilytti haastateltujen sähköpostiosoitteita muistilapulla ulkopuolisten ulottumattomissa tutkimuksen valmistumiseen saakka.

Tutkija on vaitiolo- ja salassapitovelvollinen keräämänsä aineiston suhteen (Kuula 2011, 142). Tutkimusaineistoa kerätessä haastateltujen ääni tallentui kahdelle ulkoiselle nauhurille. Koska haastateltavia on informoitava tallenteiden käytöstä etukäteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 127), se tehtiin jo tutkimustiedotteessa. Haastattelutilanteessa muistutettiin nauhureiden käytöstä aineiston tallentamiseksi analysointia varten. Haastattelutilanteessa ilmoitettiin ajankohta, jolloin nauhurit käynnistettiin.

Aineistoa käytetään sovitulla tavalla ja sovittujen henkilöiden toimesta luottamuksellisuuden takaamiseksi (Kuula 2011, 142). Tämän tutkimuksen aineistoa käsitteli ainoastaan tutkija. Ääninauhoitteet olivat ainoastaan tutkijan hallussa. Nauhoitteet litteroitiin mahdollisimman pian, viimeistään seuraavana päivänä haastattelusta ja tuhottiin välittömästi litteroinnin jälkeen. Litteroitu tutkimusaineisto säilytettiin tutkijan tietokoneella salasanalla suojattuna ja lisäksi varmuuskopioituna kahdelle muistikulle. Muistitikut, kirjalliset suostumus- ja taustatietolomakkeet sekä muut paperiset tutkimukseen liittyvät muistiinpanot säilytettiin koko tutkimusprosessin ajan lukitussa tilassa ja ulkopuolisten ulottumattomissa.

Koska tämä tutkimus oli kertatutkimus, koko tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti tutkimusraportin valmistuttua. Kohdeorganisaatio ja yksityiskohtaisemmat tiedot tutkimukseen osallistuneiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten toimintaympäristöistä eivät tulleet esiin tutkimusraportissa. Tutkimuksen tulososiossa käytetyistä autenttisista, suorista lainauksista poistettiin murreilmaukset. Nämä ratkaisut lisäsivät tutkimukseen osallistuneiden anonymiteettiä sekä erityisesti varmistivat sen, etteivät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten puhelimesa kohtaamia itsemurhariskissä olleita asiakkaita tilanteineen ollut mitenkään mahdollista tunnistaa.

6 Tutkimustulokset

Kappaleessa 6 käydään läpi tämän tutkimuksen tulokset. Ensin esitellään tutkimukseen osallistuneet annettujen taustatietojen perusteella. Sen jälkeen käydään läpi tutkimustulokset, jotka on otsikoitu aineiston analysoinnin perusteella muodostuneiden pääluokkien mukaan. Tulosten tarkastelu etenee yksi pääluokka kerrallaan. Väliotsikoiden avulla jäsennetään tekstiä ja nostetaan tuloksista esiin tärkeitä teemoja. Kuvioilla havainnollistetaan tutkimustuloksista tehtyä synteesiä.

6.1 Tutkimukseen osallistuneet

Tutkimukseen osallistui 17 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista. Ammattilaisista kaksi oli miehiä ja 15 naisia. Nuorin haastateltu oli 30-vuotias ja vanhin 58-vuotias. Yksi ei vastannut ikään koskevaan kysymykseen. Vastanneiden keski-ikä oli 47 vuotta. Haastatelluista 10 oli terveydenhuollon ja 7 sosiaalihuollon ammattilaista. Kaikki haastatellut terveydenhuollon ammattilaiset olivat ammattinimikkeeltään sairaanhoitajia. Osa oli tarkentaneet olevansa AMK- tai YAMK-tutkinnon omaavia. Sosiaalihuollon ammattilaisista neljä oli sosiaalityöntekijöitä ja kolme sosionomeja, joista kaksi oli tarkentanut olevansa lisäksi sosiaaliohjaaja ja yksi AMK-tutkinnon omaava. Taulukossa 2 kuvataan haastateltujen taustatietoja.

Taulukko 2. Haasteltujen taustatiedot.

Taustatiedot	
Sukupuoli (n=17)	
nainen	15
mies	2
Ikä (n=16)	
vaihteluväli	30–58 vuotta
keskiarvo	47 vuotta
Ammattinimike (n=17)	
sosiaalityöntekijä/sosionomi	7
sairaanhoitaja	10

Haastatelluista 17:sta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisesta neljä työskenteli kokoaikaisesti puhelintoiminnassa, seitsemän työskenteli osittain, esimerkiksi kiertävässä vuorossa ja kuusi osana päivittäisiä työtehtäviään. Tämänhetkisessä työssään kaikenikäisille suunnatuissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa työskenteli 11, täysi-ikäisten eli yli 18-vuotiaiden neljä ja työikäisten eli 18–64-vuotiaiden kaksi haastateltua.

6.2 Kokemukset itsemurhariskissä olevista soittajista

Kohtaamisen kokemukset

Kaikilla tähän tutkimukseen osallistuneilla oli henkilökohtaista kokemusta itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisesta puhelimesta riippumatta sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoiminnan työkokemuksen pituudesta tai toimintaympäristöstä, jossa haastateltu työskenteli. Toiset haastatelluista kertoivat kohdanneensa puhelimesta paljon itsemurhariskissä olevia asiakkaita, ja toiset pitivät kokemuksiaan itsemurhariskissä olevista soittajista hyvin vähäisinä. Haastatelluilla oli kokemuksia tuntemattomista, ensi kertaa palveluun soittavista asiakkaista sekä niistä, jotka olivat olleet myös aiemmin yhteydessä tai olivat haastatelluille muuten tuttuja asiakkaita.

Haastateltujen keskuudessa itsemurhariskissä olevien soittajien kohtaamisten määrä ja tiheys vaihteli päivittäisistä, toistuvista kohtaamisista silloin tällöin tapahtuneisiin yksittäisiin kohtaamisiin riippuen enemmän tutkitun toimintayksikön luonteesta kuin siitä työskentelikö ammattilainen sosiaali- vai terveydenhuollossa.

Itsemurhariskissä olevia ihmisiä soittaa päivittäin, muttei korkean riskin ihmisiä. (T4)

Osittain niin kuin ensikohtaaminen tuntemattoman ihmisen kanssa...ja sitten tämmöisten tuttujen asiakkaiden tilanteet, voinnin huononeminen, mistä pitää sitten lähteä kysymään, et onko hän ihan itsetuhoinkin. (T1)

Yhteistä kaikille haastateltaville oli kokemukset toistuvasti palveluihin soittavista, jo tutuiksi tulleista ”vakioasiakkaista”. Haastatellut kertoivat tietävänsä näiden asiakkaiden soittavan myös muihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin.

Sanoisin, että ihan keskimäärin muutama henkilö soittaa kuukaudessa...mutta sitten on niitä ns. vakioasiakkaita, jotka soittelevat meille aika usein ja ottavat sen itsetuhoisuuskortin esiin aika herkästi...heillä ei välttämättä riski ole niin suuri kuin jollain toisentyypisellä asiakkaalla. (S2)

Enemmän on niitä, jotka soittaa ja on niin sanottuja vakiasiakkaita...saattaa soittaa jatkuvasti, vuorokauden aikana vaikka 2–3 kertaa. (T6)

Haastateltujen kokemusten kuvauksessa näyttäytyi yhtenä vaikuttajana se, miten haastateltu määritteli soittajan itsemurhariskin. Osa ei pitänyt toistuvasti tai päihtyneenä soittelevia asiakkaita varsinaisesti itsemurhariskissä olevina. Toiset haastatelluista piti myös mahdollisena, että asiakkaan itsemurhariski saattoi jäädä puhelimesta tunnistamatta.

No oikeastaan melko vähän...ihan sellaista kunnon oikeaa en muista, et olisi ollut yhtäkään. Enemmän ne on olleet, en tiedä voiko näin sanoa, mutta turhia soittelijoita eli näitä, jotka päivittäin saattaa soittaa humalassa tai muuten. (T10)

Varmaan enemmän kuin itse tiedenkään...varmasti osa menee ohi...ihminen ei ehkä puhu, mutta hänhän voi olla hyvinkin epätoivoinen. (S7)

Haastateltujen mukaan palveluihin soittavien itsemurhariskissä olevien asiakkaiden määrässä oli huomattavaa vaihtelua, mutta useampi haastateltu toi esiin itsemurhariskissä olevien asiakkaiden puheluiden viime kuukausina lisääntyneen. Joidenkin haastateltujen mielestä tämä muutos oli seurausta koronaviruspandemian tuomasta kuormituksesta.

On sellaisia aikakausia, että niitä on ihan hirveästi ja välillä mennään pidempi pätkä, ettei ole niin kuin ollenkaan...Varsinkin korona-aika on lisääny niitä. (T5)

Haastateltujen kokemusten mukaan itsemurhariskissä olevat soittajat olivat yleensä iältään aikuisia tai nuoria. Erityisesti nuorten määrä oli sekä sosiaali- että terveydenhuollossa työskentelevien haastateltujen kokemusten mukaan lisääntynyt. Lasten ja ikääntyneiden suhteen haastateltujen keskuudessa tuli esiin toisistaan poikkeavia kokemuksia. Toisten haastateltujen mukaan itsemurhariskissä olivat yhä nuoremmat

asiakkaat, ja lasten itsetuhoisuus eri muodoissaan oli viime aikoina lisääntynyt. Toisten haastateltujen kokemus oli, etteivät kovin pienet lapset ja ihan nuoret kuuluneet itsemurhariskissä oleviin asiakkaisiin. Ikääntyneiden soittajien osalta oli myös kokemuksia ikääntyneiden itsemurhariskissä olevien lisääntyneistä puheluista sekä päinvastaisesti siitä, ettei itsemurhariskissä olevien soittajien joukossa ollut ikääntyneitä.

Yhä nuoremmat uhkaavat itsemurhalla, ihan pienet lapsetkin ja myös vanhukset ovat lisääntyneet itsetuhoisuuden kanssa. Aikuiset ja nuoret ovat olleet aiemmin näkyvissä, mutta nyt vanhukset ja lapset ja nuoret ovat lisääntyneet, kasvanut asiakasryhmä. (S1)

Sinänsä voi olla kaikenikäisiä, mutta ei nyt ihan iäkkäät kuitenkaan. Kyllä ne on nuoria ja työikäisiä pääosin, jotka soittaa. (T9)

Sukupuolen suhteen haastatellut kuvasivat itsemurhariskissä olevia soittajia olevan melko tasaisesti molemmissa sukupuolissa. Miesten mahdollinen suurempi osuus itsemurhariskissä olevissa soittajissa mainittiin. Asiakkaan sosiaalisen aseman suhteen haastateltujen kokemusten mukaan itsemurhariskissä olevia soittajia oli kaikista sosiaaliluokista. Myös korkeassa yhteiskunnallisessa asemassa olevien soittajien mahdollinen itsemurhariski tiedostettiin.

Voi kuulua ihan mihin sosiaaliluokkaan tahansa... Ei voi sanoa, et joku, joka on korkeassa yhteiskunnallisessa asemassa, että sillä ei olisi mitään sellaista. Sehän saattaa jossain tilanteessa olla paljo suuremmassa riskissä. (T5)

Haastatelluilla oli hyvin monenlaisia kokemuksia itsemurhariskissä olevien asiakkaiden soittojen sisällöstä ja siitä, miten asiakkaan itsemurhariski tuli puhelimesse esiin. Osa soittajista oli tuonut itsetuhoisuutensa oma-aloitteisesti esiin, mutta yhtä lailla oli kokemusta soittajista, joilla soiton syy näyttäytyi ensin aivan muuna sosiaalisena tai terveydellisenä ongelmana. Haastatellut kertoivat puheluista, joissa asiakas heti puhelun aluksi toi itse esiin olevansa jollain tavalla itsetuhoisissa. Haastatelluilla oli kokemusta soittajista, jotka olivat kertoneet ajattelevansa kuolemaa vaikean tilanteen helpottajana ja soittajista, jotka olivat kertoneet itsensä vahingoittamisen ajatuksista. Näissä tilanteissa soittaja haastateltujen mukaa yleensä myös toivoi apua tilanteeseen.

Niitä poispääsyntoiveita on. Monet, vaikka ne ei halua oikeasti kuolla, voi toivoa, että joku sairaus iskisi, joka tappaisi, että pääsisi siitä tilanteesta pois ja se voi tuoda hetkellisen helpotuksen tunteen. (T2)

Vastoinkäymisiä on niin paljon ja ne on niin ahdistuneita, itsetuhoisia ajatuksia on käynyt mielessä, mutta ei ole vielä mitään itselleen tehnyt, vaan haluaa hoitoon. (T6)

Vastaavasti haastatellut olivat kohdanneet yhtä lailla niitä soittajia, jotka eivät saaneet oma-aloitteisesti kerrotuksi todellista tilannettaan, vaan saattoivat ensin kertoa yhteydenottonsa syyksi ihan jonkun muun asian. Näissä kohtaamisissa asiakkaan itsemurhariski selvisi vähitellen puhelun aikana ja vaati haastateltujen mukaan aloitteellisuutta ammattilaiselta.

On hyvin monenlaisia syitä, mistä lähdetään soittamaan ja sitten kun keskustellaan pidempään, voi tulla esiin, et on ollut pitkään alakuloisuutta ja masennusta ja on psyykkisten ongelmien taustaa jo entisestään. (S5)

Se voi olla, että ensin sieltä tulee joku somaattinen syy, ja kun teet tarkentavia kysymyksiä niin tulee joko rivien välistä tai suoraan semmoista toivottomuutta. (T8)

Haastatellut kertoivat kokemuksistaan myös sellaisista soittajista, jotka olivat puhelimessa kertoneet juuri edeltävästi vahingoittaneensa itseään ilman tarkoitusta kuolla tai itsetuhotarkoituksessa. Haastatelluilla oli kokemuksia erittäin akuuteista ja kriittisistä tilanteista, joissa soittaja oli jo konkreettisesti toteuttamassa itsemurhasuunnitelmaansa, mutta halusi esimerkiksi vielä soittaa välittääkseen jäähyväiset omaisilleen tai ilmoittaa mahdollisen ruumiin olinpaikan.

On ollut niitäkin joskus, että asiakas ei suoranaisesti sano sitä, että hän tekisi itselleen jotain, mutta kertoo ottaneensa lääkkeitä epämääräisen määrän. (S7)

On näitä rankempia tapauksia, että siellä on ollut hengenlähde lähellä ja ensihoito on viime hetkellä pelastanut asiakkaan. (S2)

Haastatelluilla oli myös kokemuksia soittajista, joiden itsemurhariski ehti tulla esiin puhelun aikana, mutta asiakas jostain syytä katkaisi itse puhelun kesken keskustelun.

Osa näistä asiakkaista soitti anonyymisti kertomatta henkilöllisyyttään tai olinpaikkaansa tai soittivat tuntemattomasta numerosta. Osa niistä, kenen puhelinnumero jäi muistiin, ei kuitenkaan enää vastannut ammattilaisen takaisinsoittoon. Tällaisia asiakkaita ei siis enää tavoitettu.

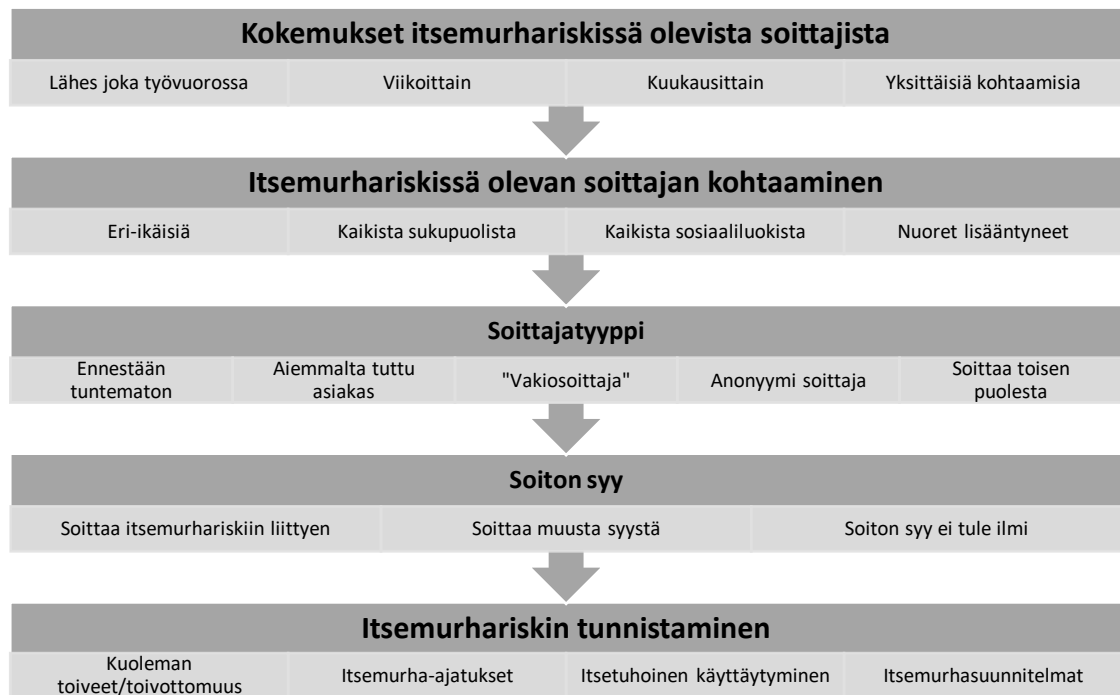
Silloin tällöin tulee niitä, että nyt minä itseni tapan ja puhelin kiinni... Soittaja ei välttämättä esittele itseään tai esittelee vain etunimellä ja paikkakunnalla, eli joskus sen soittajan jäljittäminen on haasteellista. (S7)

Haastatellut toivat esiin asiakkaan itsemääräämisoikeuden oman elämänsä suhteen, mutta pohtivat myös vaikeassa voinnissa tai tilanteessa olevan ihmisen kykyä tehdä päätöksiä. Haastatellut kuvasivat myös tilanteita, joissa soittajana oli itsemurhariskissä olevan asiakkaan omainen tai läheinen. Haastateltujen mukaan ammattilaisina heidän toimintaansa ohjasi kaikissa tilanteissa sosiaali- ja terveydenhuollon lait ja asetukset.

Vaikka onkin itsemääräämisoikeus, silloin ihminen ei välttämättä pysty arvioimaan sitä tilannetta samalla tavalla kuin jos olisi kunnossa. (S6)

Meillehän soittaa paljon myös omaiset, mutta kun on itsemääräämisoikeus niin, ei voida väkisin ketään auttaa...annetaan ohjausta, miten voi saada apua. (S7)

Haastateltujen kokemuksia itsemurhariskissä olevien soittajien kohtaamisista havainnollistetaan kuviossa 8.



Kuvio 8. Kokemukset itsemurhariskissä olevista soittajista

Kohtaamisten herättämät ajatukset ja tunteet

Haastatellut kertoivat itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kohtaamisten puhelimessa herättäneen paljon erilaisia ajatuksia ja tunteita ja olleen ajoittain raskaita kokemuksia. Toiset haastatellut eivät olleet kokeneet kohtaamisia yleensä kuormittavina, vaan kertoivat pystyvänsä vahvan ammattiroolin ja pitkän työkokemuksen kautta pitämään omat tunteensa varsinkin puhelun aikana neutraalina. Jotkut haastatelluista kertoivat tunteiden nousevan pintaan yleensä kuitenkin puhelun jälkeen.

Se on jotenkin selkärangassa se homma, et sitä toimii ja ne tunteet tulee vähä sitten sen puhelun ja niitten tilanteiden jälkeen, kun se homma on hoidettu. Ehkä sitä antaa niille tunteille vallan ja purkaa sen vahvan tunnelatauksen, jota on pidätellyt. (T2)

Yleisesti haastateltujen kertomuksissa itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kohtaamisista välittyi empatian herääminen soittajaa kohtaan sekä vipitön halu olla avuksi.

Sitä yrittää ymmärtäväisesti kuunnella ja olla läsnä. Se on se iso juttu, että asiakas saisi sellaisen käsityksen ja ajatuksen, että häntä oikeasti kuunnellaan ja hänestä välitetään. (S2)

Haastatellut kertoivat helpotuksen tunteesta, kun asiakas oli soittanut, mutta samalla kuvasivat huolta ja pelkoa siitä voisivat mitenkään olla asiakkaalle avuksi. Haastateltujen huolta asiakkaasta voimisti usein epätietoisuus siitä, miten asiakkaan tilanne lopulta päättyi.

Huoli siitä, että asiakkaalle käy jotain tai huoli siitä, ettei itse osaa löytää sellaista vaihtoehtoa, miten voisi häntä auttaa. Suuri huoli siitä, että hän katoaa sieltä linjoilta, eikä tavoita häntä enää mitään kautta. (T1)

Pahinta on se tietämättömyys, et kuka se asiakas on ja mikä sen mielen-tila on ja kun sinä et tiedä mitä sen puhelun jälkeen sitten oikeasti tapahtuu. (S7)

Osa haastatelluista koki, ettei omannut riittävästi tietoa ja keinoja siitä, miten auttaa itsemurhariskissä olevaa soittajaa. Tämä aiheutti ahdistuksen ja toivottomuuden tunteita. Nämä haastatellut kertoivat myös, että olivat huolissaan, voisivatko omalla toiminnallaan jotenkin pahentaa asiakkaan tilannetta tai jopa laukaista asiakkaassa itsetuhoista käyttäytymistä.

Mitäs, jos sen puhelun aikana käytökselläsi, kiireellä tai vähättelyllä aiheutat ihmiselle sen, että sille tulee enemmän vielä ehkä sellainen olo. (T7)

Minkä verran päihtyneen ihmisen kanssa kannattaa lähteä puhumaan, että yllyttääkö se puhe sitten sellaisiin tekoihin, joita hän ei selvinpäin tekisi. (S5)

Toistuvasti, usein päihtyneenä palveluihin soittavat asiakkaat herättivät haastatelluissa eniten turhautumisen ja ärtymyksen tunteita, mutta myös huolta.

Niitä sellaisia värisuoria, jotka soittaa useasti ja voi soittaa samassa vuorossa useammankin kerran...se vaatii pitkää pinnaa kuunnella ja jutella...Ainahan niihin pitää suhtautua vakavasti, mutta jos siellä on se krooninen soittaja, joka sanoo sen sulle joka ikinen kerta, niin siinä on se Pekka ja susi efekti hyvin äkkiä. (T8)

Soittavat ja toteavat taas, että jos eivät saa sitä tai tätä niin vahingoittavat itseään tai päättävät elämänsä. Uhkailevat, tai eihän sitä voi tietää onko se uhkaus vai ovatko he tosissaan. (S6)

Haastatellut ammattilaiset kuvasivat, että toistuvasti ja päihtyneenä soittavat itsemurhariskissä olevat asiakkaat herättivät heissä ristiriitaisia tunteita sekä myös ammattilaisten kesken eriäviä näkemyksiä asiakkaan itsemurhariskin vakavuudesta ja jatkotuen tarpeista. Osa haastatelluista painotti, että myös toistuvasti itsetuho-
heissa soittavien ja päihtyneiden itsetuhoisten soittajien tilanteisiin olevan yhtä vaka-
vasti otettavia ja niihin tuli reagoida.

Voi tulla sellainen tunne, joka on vaarallinen fiilis, että se nyt heittää tota ja pelaa tolla kortilla, ja se fiilis saattaa työntekijöiden kesken voimistua, että ainahan se heittää ton...se voi tuntua itsestä rankalle, jos sulle kuitenkin herää huoli ja muut on, että ääh, sehän haluaa vaan huomiota. (S4)

Et uskallettaisi kysyä ja ihan rauhassa kuunnella se ihmisen vastaus ja ottaa vastaa se, eikä ohitettaisi...et osataanko siihen tarttua, kun on niitä ihmisiä, jotka soittaa hirveän usein niissä samoissa puheissa ja itsetuhoajatuksissa. Ettei käy niin, ettei sitten otetakaan vakavasti ja joku päivä ne sitten tekee sen. (T2)

Monet haastatellut kuvasivat avuttomuutta, turhautumista ja ärtymystä enemmän palvelujärjestelmää kuin soittajia kohtaan. Jotkut haastatellut kokivat asiakkaan vaikeutuneen tilanteen ja voinnin olleen osittain seurausta puutteellisista ja liian vähäisillä resursseilla toimivista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Haastatellut toivat esiin parantamisen varaa olevan erityisesti mielenterveyspalveluihin pääsemässä, kotiin suuntautuvien mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisessä sekä yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kesken.

Toivottomuuden tunteita, kun ei ole hirveästi keinoja auttaa, vaikka yritettiin kuinka saada asiakas hoidon piiriin, niin ei vaan saatu...se yhteistyön puute. En pysty tukemaan riittävästi...koen että mielenterveyspalvelut ei ole ihan parhaat mahdolliset. (S3)

Asiakas oli jo kuukausi sitten hakenut apua, muttei ollut vielääkään saanut...pitääkö yrittää itsemurhaa, että pääsisi hoitoon? Yksittäiset ihmiset ei tässä byrokratiassa pysty tekemään mitään. Jos on oikeasti huono olla, kaksi päivää on pitkä aika...saati jos ei edes tiedä milloin se tapaa-misaika tulee. (T9)

6.3 Itsemurhariskissä olevan soittajan tunnistaminen

Haastateltujen keskuudessa asiakkaan mahdollisen itsemurhariskin tunnistamista pidettiin tärkeänä kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskohtaamisissa. Haastateltuja pyydettiin määrittelemään, millainen soittaja oli heidän kokemustensa mukaan itsemurhariskissä ja miten itsemurhariskissä olevan soittajan voisi tunnistaa. Haastateltujen mukaan itsemurhariskissä olevaa soittajaa ei voinut tarkemmin määrittellä, koska lähtökohtaisesti kuka tahansa soittaja saattoi olla itsemurhariskissä. Itsemurhariskissä olevan asiakkaan tunnistamista puhelimesta pidettiin pääsääntöisesti vaikeana ja haastavana tehtävänä erityisesti niiden soittajien osalta, jotka eivät sitä oma-aloitteisesti tuoneet esille. Haastateltujen mukaan osa itsemurhariskissä olevista soittajista otti puhelimitse yhteyttä aivan muista syistä. Ne, joilla oli enemmän kokemusta itsemurhariskissä olevien kohtaamisesta, kokivat kokemuksen lisänneen tunnistamisen keinoja, mutta pitivät tunnistamista puhelimesta silti haasteellisena.

Periaatteessa kaikki, jotka ovat menettäneet toivonsa tai, jos heille on tapahtunut jotain akuuttia, rajua. Kyllä mun mielestä pitää tavallaan aina tiedostaa se, että aika moni asia voi laukaista ainakin hetkellisesti itsetuhoisia ajatuksia...ne saatetaan jättää kertomatta tai kertoa vihjaillen...naamioida se yhteydenoton syy aluksi ihan joksikin muuksi. (S1)

Aika moneen tilanteeseen sen mieltii taustalta selvitettäväksi asiaksi, että onko sellaista riskiä olemassa... Ne on helpompia tunnistaa, jotka kertoo ja sanoo sen suoraan tai jos on joku ennakkotieto, niin tavallaan pääsee siihen heti kiinni. (S4)

Osa haastatelluista sanoi suoraan, ettei tiennyt, miten asiakkaan itsemurhariskin voisi puhelimesta tunnistaa, jos asiakas ei itse sitä tuonut sanallisesti esille.

Ihan kuka vaan. Ei sitä voi sillä lailla määrittellä eikä tietää. Kuka tahansa soittaja. Yhteydenoton syystä ei välttämättä voi päätellä onko itsemurhariskiä vai ei...En tiedä mistä voi tunnistaa, jos olisi tuttu asiakas, niin sitten ehkä paremmin. (S6)

Tunnistanko edes kaikkia itsemurhariskissä olevia soittajia? (T7)

Itsemurhariskin tunnistamiseksi monet haastatellut painottivat tarkan kuuntelemisen ja asiakkaan sanomisiin tarttumisen merkitystä. Yrittäessään tunnistaa asiakkaan itsemurhariskiä, haastatellut kertoivat tietoisesti kuulostelevansa asiakkaan äänen voimakkuutta ja sävyjä sekä asiakkaan tunnetiloja puhelun aikana.

Kaikesta mitä hän sanoo, jos hän vaikuttaa jotenkin epätoivoiselta. (T6)

Aika usein ihmiset soittaa ja osaa itse kertoo sen, että niillä on huono olo, ja että on toivottomassa tilassa ja sitten kysyttäessä pysyy kertomaan, että on itsetuhoisista ajatuksia tai haluaisi kuolla. (T9)

Osa haastatelluista kertoi myös kuulostelevansa asiakkaan kerronnasta erilaisia kuormitus- ja riskitekijöitä, joiden kautta asiakkaan itsemurhariskin voisi tunnistaa. Haastateltujen mukaan näitä tekijöitä oli soittajan psyykkiset oireet tai tunnetilat, kuten ahdistus, toivottomuus ja yksinäisyys, asiakkaan päihtymystila tai pidempiaikainen päihdeongelma sekä erilaiset äkilliset kriisitilanteet tai kuormittavat elämäntilanteet, kuten ero, menetys tai vaikea taloustilanne. Lisäksi asiakkaan terveydentilaan liittyvät huolet ja psyykkinen sairastuminen mainittiin tekijöinä, joiden perusteella asiakkaan itsemurhariskiä lähdettiin tarkemmin selvittämään.

On kaikkia murheita, moninaisia ongelmia, vaikka taloudellisia murheita...ja jos sillä ei ole ketään siellä kenen kanssa voi puhua tai ketä voisi kiinnostaa hänen asiat. Sieltä voi tulla esiin semmoinen ajatus, ettei kukaan jää kaipaamaan. (S2)

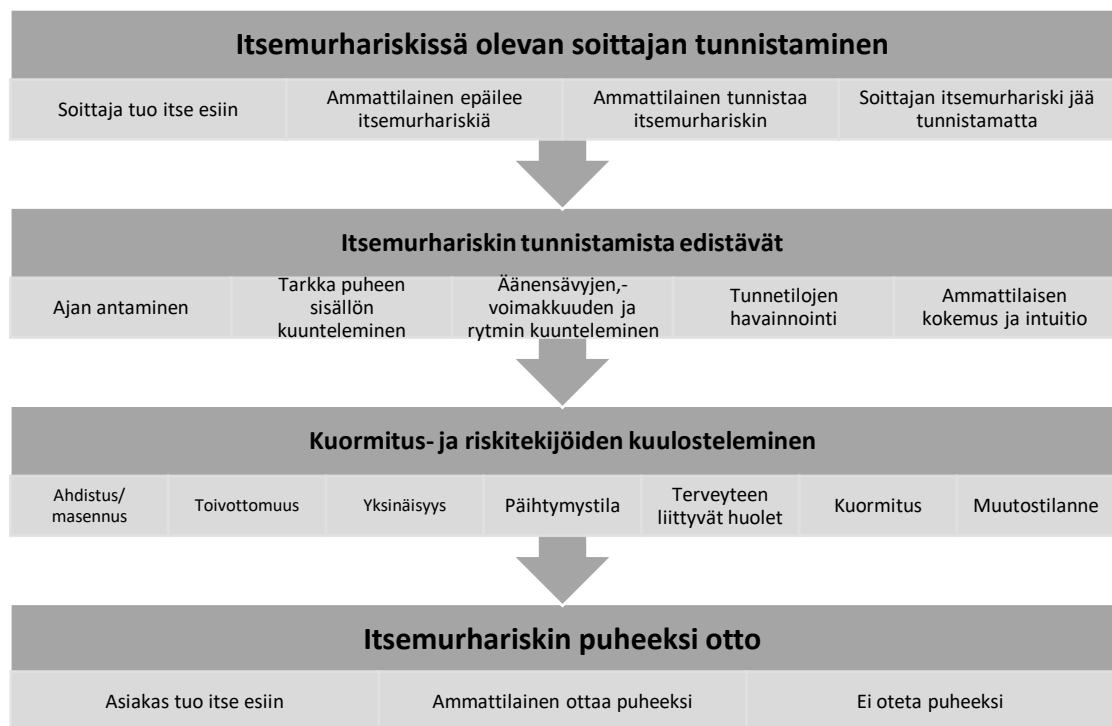
No ihan yleisestä mielialasta, mistä se ihminen kertoo ja että yrittää kaivaa, et miksi se ihminen ihan oikeasti soitti...Psyk. potilaat, masentuneet ne on tavallaan selkeitä, et niiden kohdalla osaa heti miettiä, mut niitten muiden kohdalla ei, vaikka kyllähän sitä riski on potentiaalisesti muillakin, vaikka yksinäisellä vanhuksella. (T7)

Haastatellut toivat esiin kokemuksen itsemurhariskissä olevista asiakkaista auttaneen kehittämään kykyä kuulla ja tunnistaa itsemurhariskiä, vaikka asiakas ei ollut sitä itse ääneen sanonut. Haastatellut kertoivat vaistonsa kehittyneen kokemuksen myötä niin, että pystyivät luottamaan intuitioonsa tilanteissa, joissa heille heräsi epäily asiakkaan itsemurhariskistä.

Asiakas joko tuottaa itsetuhoajatuksia tai toinen mikä on vielä vaikeampi, ettei tuota oikeastaan mitään. Täytyy niin kuin arvata, ettei hänellä ole elämässä enää tavoitteita, toivoa eikä mitään... vaikka hän ei varsinaisesti tuo esiin, että aikoo itsensä tappa. (T1)

Lähdetään siitä, että keskustellaan soittajan kanssa ja kun se keskustelu etenee, luotetaan aika pitkälle omaan intuitioon siitä, mikä vaikutelma asiakkaasta tulee. (S5)

Kuvioon 9 on koostettu haastateltujen kokemuksia itsemurhariskissä olevan soittajan tunnistamiseen liittyen.



Kuvio 9. Itsemurhariskissä olevan soittajan tunnistaminen

6.4 Itsemurhariskin puheeksi otto

Haastatellut kertoivat pyrkivänsä selvittämään puhelimesa asiakkaan itsemurhariskiä pääsääntöisesti erilaisilla kysymyksillä. Tuli esiin monenlaisia kokemuksia ja mieliteitä siitä, miten ja missä kohtaa puhelua itsemurhariski tuli ottaa tai otettiin puheeksi ammattilaisen aloittamana. Haastateltujen yhteinen kokemus oli, että jos asiakas toi itsemurhariskin oma-aloitteisesti esiin, oli helpompi tehdä lisäkysymyksiä ja jatkaa keskustelua aiheesta. Haastatelluista ei ollut käytössään varsinaisia apuvälineitä itsemurhariskin puheeksi ottamiseen, vaan haastatellut kertoivat soveltavansa

omaa kokemustaan itsemurhariskissä olevan asiakkaan haastattelemiseksi puhelimessa.

Ei ole mitään yhteistä kysymyspatteristoa tai listaa. Se on jokaisen työntekijän oman osaamisen, työkokemuksen ja historian kautta opittuja tai hankittuja aiheeseen liittyviä kysymyksiä minkä avulla asiakkaan kohtaaminen tapahtuu. (S2)

Haastatellut kertoivat kysyvänsä itsemurhariskiin liittyviä asioita asiakkaalta sopivassa kohtaa puhelinkeskustelua, kun epäily asiakkaan itsemurhariskistä oli herännyt. Haastatellut kuvasivat käyttävänsä erilaisia lähestymistapoja ja sanallisia ilmaisuja ottaessaan itsemurhariskin puheeksi soittajan kanssa. Osa haastatelluista kuvasi tarkentavansa yleensä ensin asiakkaan vointia, mielialaa ja elämäntilannetta ensin ja sitten lähti tarkemmin kysymään itsemurhariskistä. Haastatellut kertoivat kysyvänsä asiakkaan itsetuhoajatuksesta monesti ensin hieman lievemmillä ilmaisuilla, kuten kysymällä asiakkaan synkistä ajatuksista, toiveista kuolla tai halusta päästä pois. Mikäli toivottoman kuuloisia ajatuksia tuli esiin, haastatellut kertoivat kysyvänsä soittajan ajatuksista vahingoittaa itseään.

Tutun potilaan kanssa sen voi ottaa aika suoraan puheeksi, mut uuden kanssa mun mielestä aika varovasti keskustellen ensin siitä, mitä hänellä on elämässä olemassa olevia asioita ja sitä kautta lähtee kysymään, onko koskaan tullut itsetuhoajatukset mieleen. Jos hän vastaa vähän sinne päin, että on, niin sitten lähdetään tarkentamaan niitä asioita. (T1)

Kysyn mikä häntä ahdistaa tai mikä painaa mieltä ja onko tapahtunut viime aikoina jotain erityistä. Osaako hän kertoa, miksi juuri nyt on sellainen tunne, ettei mikään tunnu miltään. (S2)

Toiset haastatellut kertoivat menevänsä suoraan asiaan kysyen asiakkaalta itsensä vahingoittamisen ajatuksista, itsetuhoisesta käyttäytymisestä ja itsemurhasuunnitelmista.

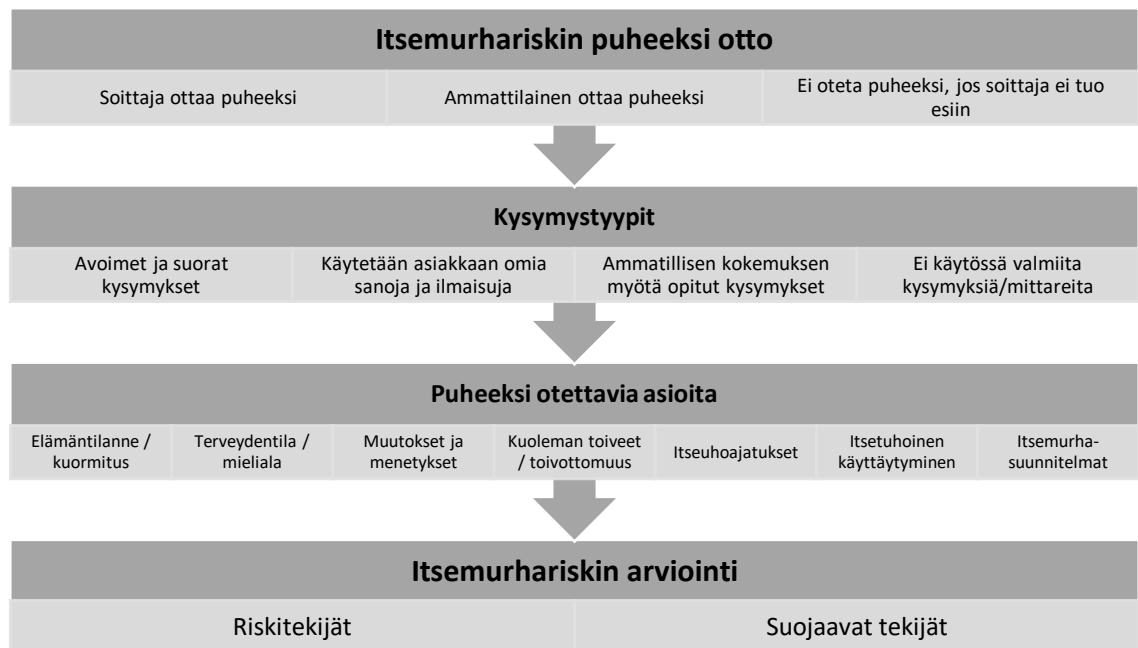
Kysyn suoraan, että oletko ajatellut vahingoittaa itseäsi ja oletko aiemmin yrittänyt itsemurhaa. Mä heitän yleensä kissan pöydälle, koska olen todennut, et yleensä näissä asioissa suora puhe toimii parhaiten. (T5)

Ei sitä voi mistään rivien välistä lähteä lukemaan. Tavallaan totta kai voi tulla muista puheista sitä viitettä, mutta sitä on kysyttävä suoraan, koska ihminen ei välttämättä helposti sitä sano ääneen, ellei sitä kysytä suoraan. (T3)

Haastatellut kertoivat tarkennuksia kysyessään käyttävänsä usein keskustelussa niitä sanoja ja ilmaisuja, joita asiakas oli itse keskustelun aikana käyttänyt.

Jos ihminen sanoo jotain vähän siihen viittaavaa, niin totean, että sanoit näin, mitä tarkoitat sillä. Esitän suoria ja avoimia kysymyksiä. (T2)

Haastatellut painottivat, että itsemurhariskin puheeksi ottaminen eteni aina yksilöllisellä tavalla ja tilanteen mukaan. Kuvioon 10 on koottu haastateltujen esiin nostamia asioita itsemurhariskin puheeksi ottamisesta soittajan kanssa.



Kuvio 10. Itsemurhariskin puheeksi ottaminen puhelimesta

Myös kokemukset siitä, miltä itsemurhariskin puheeksi ottaminen asiakkaan kanssa puhelimesta tuntui, vaihteli haastateltujen keskuudessa. Toisista haastatelluista itsemurhariskistä kysyminen oli hyvin vaikeaa. Osa koki, ettei tiennyt mitä tai miten siitä kysyisi. Kysymistä vaikeutti myös huoli siitä, miten voisi olla avuksi, jos soittajan itsemurhariski tulisi esille tai miten asiakas reagoisi itsemurhariskiin liittyviin kysymyksiin.

Jos soittaja itse kertoo niistä riskeistä niin sitten on helpompaa ottaa puheeksi ja kysellä varovasti, että onko hän ajatellut vahingoittaa itseään. Mut jos hän ei tuo sitä asiaa puheeksi, niin en oikein tiedä millä keinoilla ottaisin sen asian puheeksi...et millä tavalla sitä voi kysyy, siihen en osaa vastata...kun en tiedä mitä siinä vois sitten sanoa. (T10)

Kyllä se siltä asiakkaalta tulee se ensimmäinen vihje ennen kuin siitä alkaa enemmän puhumaan...Välillä sitä mieltii, että jos toinen ei ota itse puheeksi, niin jos mä otan tän nyt puheeksi niin siitähän se ajatus sitten viimeistään lähti. (S6)

Toiset haastatellut kokivat itsemurhariskin puheeksi ottamisen olevan osa ammattitaitoaan ja työtään ilman, että se aiheutti suurempaa kuormitusta.

Mul on niin paljo työvuosia takana, että olen oppinut kysymään suoraan, enkä koe sitä vaikeaksi. (T8)

Sit on niitä, jotka ei tuo sitä esille, mut tokihan se otetaan sitten puheeksi, että onko itsetuhoisia ajatuksia ja aika usein niitä sitten kyllä on. En sitä kysymistä mitenkään sillä tavalla kuormittavana koe. (S4)

Niiden haastateltujen, jotka ottivat puheeksi asiakkaan itsemurhariskin, yhteinen kokemus oli, että soittajat odottivat ammattilaisen kysyvän itsemurhariskistä ja, että soittajat myös vastasivat näihin kysymyksiin. Joillakin haastatelluilla oli myös kokemusta niistä, jotka eivät olleet suostuneet vastaamaan itsemurhariskiä koskeviin kysymyksiin.

Yleensä kun ihminen soittaa, ei se halua piilottaa sitä asiaa, että hänellä on itsetuhoajatuksia, vaikka se soittaa, että sillä on huono olla, eikä se tiedä mihin se tavallaan tarvitsee apua, ja yleensä kun kysyy muutaman kysymyksen ja kysyy suoraan niistä ajatuksista niin se kertoo. (T9)

Jotkut on hyvin hiljaisia ja hyvin sellaisia, et ne ei sitten vastaa mitään, vaikka puhun ja kysyn miten. (T5)

Haastatellut oli myös kokemusta niistä soittajista, jotka olivat kertoneet kokeneensa helpottavana, kun ammattilainen oli ottanut itsemurhariskin puheeksi ja siihen liittyen voitiin käydä keskustelua.

Me saadaan kiitosta siitä, että puhutaan suoraan, ja moni on sanonnu puhelun päättyessä, että kyllä helpotti tämä keskustelu ja puhuminen

vei sen itsetuhoajatuksen niin kun kauemmas tai, että pystyy sen kanssa elämään ja löytyi taas sellaista toivoa ja valoa. (S1)

6.5 Itsemurhariskin arviointi ja jatkotuen piiriin ohjaaminen

Haastateltujen mukaan puhelimesta esiin noussut epäily asiakkaan itsemurha-alttiudesta vaati aina tarkempaa keskustelua ja selvittelyä. Kaikki haastatellut kertoivat asiakkaan itsemurhariskin tunnistaessaan alkavansa tarkentaa soittajan vointia ja tilannetta lisäkysymyksillä arvioidakseen itsemurhariskin vakavuutta ja ohjatakseen asiakkaan jatkotuen piiriin. Arviointia tilanteesta ja jatkotuen piiriin ohjaamisesta tehtiin yhdessä asiakkaan kanssa.

Jos mulla alkaa tuntua, et tämä asiakas on itsetuhoinen, niin silloinhan mä keskityn siihen 110 prosenttisesti...Kyselen häneltä kaikenlaisia asioita ja yritän selvittää, onko häneltä kaikki toivo mennyt ja koitan saada hänet sitoutumaan johonkin avun vastaanottamiseen. (S5)

Sitä arviointiahan tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Hänen kanssaan keskustellaan siitä tilanteesta ja miten hän itse arvioi myös oman tilanteensa...ja sitten, kun eri vaihtoehdot on keskusteltu asiakkaan kanssa, niin varmistetaan, että sopiiko tämä hänelle ja onko tämä hänestä hyvä suunnitelma. Otetaan tavallaan avoimesti se asiakas mukaan myös siihen päättämään. (T4)

Asiakkaan haastattelemisen kerrottiin olevan paras tapa arvioida itsemurhariskin vakavuutta. Haastatelluilla ei ollut käytössä kyselylomakkeita tai muita mittareita itsemurhariskin vakavuuden arviointiin, vaan jokainen toteutti kiireellisyyden arviointia parhaaksi katsomillaan kysymyksillä ja omaa kokemustaan hyödyntäen. Haastatellut kertoivat selvittävänsä aktiivisesti asiakkaan tilanteesta tekijöitä, joiden tiesivät altistavan itsemurhariskille. Itsemurhariskiä vähentävistä, suojaavista tekijöistä mainittiin kysyttävän huomattavasti paljon harvemmin.

Omaopitut kaavat, joilla työstän. Ei ole asteikkoa millä arvioin...Onko suunnitelmia ja onko tehnyt jotain sen asian eteen, onko kuinka pitkällä toiminnan asteella. Tilanne, mikä se on, kuinka raskas se on, sen äkillisyys, pitkään jatkuneisuus, toistuvuus. (S4)

Arvioidaan kysymyksillä, että onko sellaista hetkellistä poispääsyn toivetta ja pärjääkö kotona vai onko sillä tasolla ne ajatukset, et hän on jo

tekemässä sitä... kuinka akuutti se riski on niin, se vaikuttaa hoideaanko hänelle jatkohoito tästä kautta vai ohjataanko hänet hoitamaan jatkon järjestämistä itse. (T3)

Riskitekijöiden selvittäminen

Itsemurhariskin arviointia tehdessään haastatellut kertoivat kartoittavansa monipuolisesti asiakkaalta tämän sen hetkistä tilannetta sekä mahdollisten itsemurhariskille altistavien tausta- sekä laukaisevien tekijöiden olemassaoloa. Haastateltujen mukaan asiakas ei välttämättä oma-aloitteisesti kertonut taustalla olevista kuormitustekijöistä tai terveydentilastaan. Asiakkaalta kerrottiin kysyttävän aiempaan terveydentilaan liittyviä asioita ja arvioitavan onko kysymys äkillisestä kriisistä vai pitkäaikaisemmasta kuormituksesta johtuvasta tilanteesta. Useat haastatellut kertoivat kysyvänsä, oliko asiakkaalla taustalla aiempaa itsetuhoista käyttäytymistä ja jos oli, niin millaista. Myös asiakkaan päihteiden käytöstä kysyttiin, ja yritettiin kuulostella, oliko asiakas puhelimesta päihtyneen kuuloinen.

Mitä on aiemmin tapahtunut, onko aikaisempia vakavia itsemurhayrityksiä, psykiatrisia hoitojaksoja, millaista käyttäytymistä on aiemmin ollut...Jos hänelle on tapahtunut joku tosi traumaattinen, vaikea tilanne, joku kuolema tai vakava sairastuminen...nuoret ottavat vakavasti parisuhteen liittyvät ongelmat ja nuorella tietysti on tunteet pinnassa niin kyllä se nostaa itsemurhariskiä. (S2)

Tausta pitää huomioida, onko psykiatrista sairautta tai muuta siellä taustalla, joitain traumaa, mikä olisi järkyttänyt mieltä tai perhesuhteet tai muuta sellaisia mistä olisi saanut ajatuksen tehdä itselle jotain, ja humalatila, se on aika suuri riski, et sitä on myös vaikea arvioida. (T10)

Haastateltujen mukaan asiakkaan aiempi psyykinen terveydentila ja varsinkin vakavammat psyykkiset sairaudet, kuten psykoottisuus ja masennus, joihin liittyi aiempaa itsetuhoisuutta, olivat itsemurhariskiä kohottavia tekijöitä. Haastatellut kertoivat selvittävänsä asiakkaalta mahdollisuuksien mukaan myös, oliko asiakkaalla hoitokontakti mielenterveys- ja päihdepalveluihin tai muihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin sekä oliko asiakkaalla psykiatrisia sairaalahoitojaksoja. Myös psykiatrisesta lääkehoidosta kerrottiin kysyttävän. Näitä aiempia terveystietoja haastatellut kertoivat selvittävänsä asiakkaalta kysymällä sekä tarkastelemalla näitä tietoja asiakastietojärjestelmästä saadessaan asiakkaalta henkilötiedot ja luvan tietojen tarkasteluun.

Kysyn, onko kontakteja mihinkään ja käykö hän missään avo- tai yksityispuolella ja onko lääkitystä ja näen koneelta, onko aikaisemmin ollut tällaista ja onko joku elämäntilanne, mikä olisi nyt tällaista aiheuttanut ja olisi kärjistänyt tilannetta. (T6)

Sosiaalihuollossa työskentelevät haastatellut kertoivat pääsevänsä katsomaan vain asiakkaan aikaisempia sosiaalihuollon tietoja ja kokivat suurena puutteena, etteivät nähneet itsemurhariskissä olevan soittajan terveydenhuollon tärkeitä tietoja.

Meillähän on se ikävä tilanne, ettei me nähdä terveydenhuollon puolta, että onko siellä lähtökohtaisesti jotain historiaa, jotain sairautta taustalla, joka voisi nostaa sitä riskiä, et sitten me ollaan sen sanan varassa, mitä asiakas meille kertoo. (S4)

Asiakastietoihin pääseminen koettiin niin haastateltujen sosiaali- kuin terveydenhuollon ammattilaisten taholta tärkeäksi erityisesti myös siksi, että ajankohtaisen tilanteen kirjaaminen oli mahdollista ja näin tärkeät tiedot siirtyivät myös sille jatkotaholle, jonne asiakas ohjautui tai ohjattiin olemaan yhteyttä.

Jos toivottomia tai itsetuhoisia ajatuksia tuli esiin, osa haastatelluista kertoi pyytävänsä soittajaa tarkentamaan, milloin nämä ajatukset olivat alkaneet, kuinka usein niitä oli ja miten voimakkaita ne olivat. Monet haastatelluista kertoivat kysyvänsä myös, miten asiakas oli mahdollisesti aikonut itseään vahingoittaa ja oliko vahingoittamisen tarkoituksena itsensä tappaminen vai joku muu tavoite. Haastatellut pitivät tärkeänä selvittää, oliko soittajalla taustalla aikaisempien itsetuhoisten tekojen lisäksi muuta riskikäyttäytymistä. Useimmat haastatellut kertoivat kysyvänsä myös, oliko soittaja hankkinut tai oliko hänellä kotona välineitä itsensä vahingoittamisen tai itsemurhanteko tarkoitukseen tai oliko soittajalla mielessä joku ajankohta itsemurhan toteuttamisesta. Haastatelluilla oli myös kokemusta soittajista, jotka olivat kertoneet jo tehneensä jäähyväiskirjeen ja testamentin.

Usein miten en jätä kysymistä siihen, että oletko ajatellut, että teet itsellesi jotain, vaan kyl kysyn myös mitä olet ajatellut tehdä... Jos on vaikka yks, kaks tai kolme itsemurhayritystä tai viiltelytaustaa, niin sehän tietysti lähtökohtaisesti aiheuttaa suuremman riskin. Sehän voi olla jatkumo. Sitten, et onko konkreettisia suunnitelmia toteutettu jo, vaikka ostettu lääkkeitä ja viinaa. (T7)

*Monesti ne keillä ihan oikeasti on niitä suunnitelmia, niin hehän aika-
tauluttaa sen tai heillä on jotain tapahtumiin, joita he haluaa vielä kat-
soa, et toteutuuko ne vaiko ei ja siihen saakka elää sellaisessa kuplassa.
(T2)*

Haastateltujen mukaan tilanteista, joissa soittaja kuulosti olevan toivottomassa tilassa, kertoi selkeästi suunnitelmastaan vahingoittaa itseään, oli jo jotenkin valmistautunut siihen tai jo mahdollisesti aloittanut itsensä vahingoittamisen oli reagoitava välittömästi. Haastateltujen mukaan tehdyt valmistelut viittasivat erittäin vakavaan itsemurhariskiin.

Suojaavien tekijöiden selvittäminen

Arvioidessaan asiakkaan itsemurhariskin vakavuutta ja jatkotuen tarpeita muutama haastateltu kertoi kysyvänsä asiakkaalta itsemurhariskiä altistavien tekijöiden lisäksi asiakkaan elämässään olevista voimavaroista ja muista tekijöistä, jotka voisivat suojata asiakasta itsemurhariskiltä.

Kysyn myös mikä voisi estää asiakasta tekemästä, jokin tärkeä asia tai ihminen, joka saisi välttymään. Suojaavat tekijät on aina nostettava esille eli ketä ihmisiä ympärillä, ketkä voisi auttaa ja olla tukena. Sitä ajatuksen suuntaamisen kykyä pois siitä, täytyy selvittää aina, että me neekö muuttamaan ajatustaan. (S1)

Näistä suojaavista tekijöistä haastatellut kertoivat kysyttävänä eniten asiakkaan sosiaalisesta verkostosta, kuten perheestä, ystävistä ja muista läheisistä. Myös jo olemassa olevasta hoitosuhteesta terveydenhuoltoon tai muusta viranomaisverkostosta kysyttiin. Lisäksi arjessa tukevia asioita, elämänrytmiä ja kiinnostuksenkohteita mainittiin pyrittävän selvittämään.

Tilanteen kartoittaminen eli missä hän on, onko perhetilanne, onko lapsia, läheisiä, joihin tukeutua tässä tilanteessa ja yleensä tämänhetkisen verkoston tilanne ja koko elämän piiri. Onko joku luotettava kontakti johonkin, et voiko siihen tukeutua. Mitä tarjottavaa elämällä on hänelle. Miten hän nukkuu ja syö, tätä kaikkea arkea ja mitä merkittävää on mihiin osallistuu tai mistä on kiinnostunut. (T1)

Haastatellut kuvasivat omaa osuuttaan olla auttamassa soittajaa löytämään ja tunnistamaan tämän elämästä merkityksellisiä asioita ja voimavaroja sekä ennen kaikkea

olemaan välittämässä soittajalle toivoa. Näin nämä haastatellut ammattilaiset kuvasivat olevansa itse mukana yhtenä tärkeänä tekijänä suojaamassa soittajaa itsemurhariskiltä.

Yritän ymmärtäväisesti kuunnella ja olla läsnä, että asiakas saisi sellaisen käsityksen ja ajatuksen, että häntä oikeasti kuunnellaan ja hänestä välitetään ja sitä kautta luoda toivoa sinne tulevaan ja rohkaista selviytymään, saada uskomaan omiin voimavaroihin ja parempiin tuleviin hetkiin ja siihen niin sanottuun resilienssiin eli selviytymis- ja toipumiskykyyn. (S2)

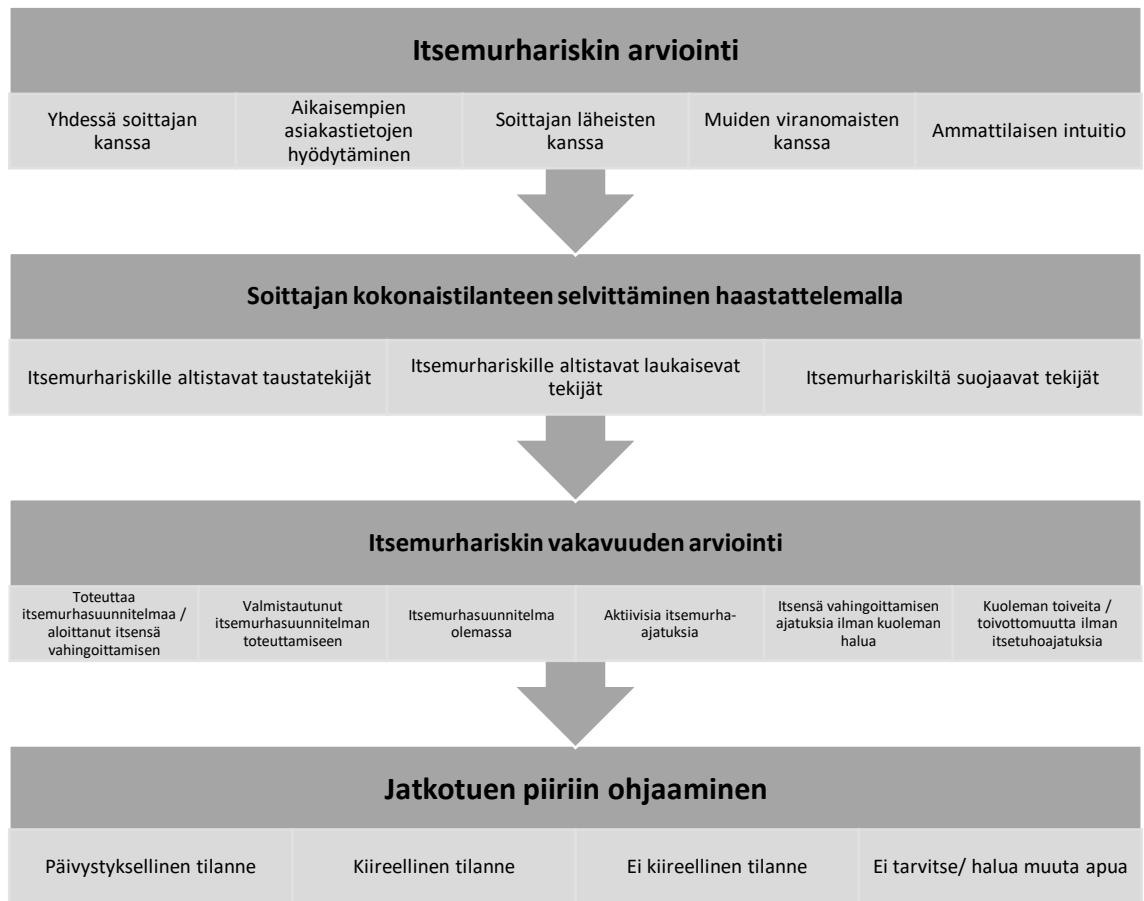
Jos se on kaksi kuukautta miettinyt, että pystyykö soittamaan, niin monesti sanon, ettei tässä ole mitään hätää, en minä tästä mihinkään häviä, niin jos itkettää, niin itke rauhassa ja kerro sitten loppuun se asia...haluan, erityisesti näitten asiakkaiden kohdalla, että heille tulee sellainen olo, että he tuntevat tullessa kuulluksi ja ymmärretyksi tämän asiansa suhteen ja me tätä kautta pystymme järjestämään apua. (T9)

Jatkotuen piiriin ohjaaminen

Haastatellut korostivat jälleen pelkän kuuloaistin perusteella tehtävän arvioinnin tuovan omat haasteensa ja mieluummin tekevänsä jatkohoitoon ohjaamisen suhteen päätöksen vahvemman tuen suuntaan. Osa haastatelluista toi esiin luottavansa omaan intuitioonsa arvioidessaan asiakkaan tilannetta ja toimivansa jatkotuen piiriin ohjaamisen suhteen pitkälti ammatillisen kokemuksen ohjaamana.

Luotan omaan intuitioon. Se on sellainen millä menen tässä työssä. Jos mulla herää huoli, niin silloin toimin sen mukaan. Soitan tarvittaessa ambulanssin tai ohjaan menemään päivystykseen...madallan kynnyistä avun vastaanottamiseen tekemällä sen asiakkaalle mahdollisimman helpoksi tiedottamalla päivystystä asiakkaan olevan tulossa, ettei tämän tarvitse uudestaan selittää samoja asioita. (T8)

Haastatellut ohjasivat itsemurhariskissä olevia asiakkaita jatkotuen piiriin tilanteen itsemurhariskin vakavuuden perusteella joko päivystyksellisesti, kiireellisesti tai ei kiireellisesti, kts. kuvio 11.



Kuvio 11. Itsemurhariskin arviointi ja jatkotuen piiriin ohjaaminen

Jotkut soittajat kuitenkin ehdottomasti kieltäytyivät tarjotusta jatkotuesta, vaikka puhelimesta oleva ammattilainen sitä suositteli. Mikäli soittaja oli akuutissa itsemurhariskissä, eikä haastateltu voinut olla varma, että asiakas lähti itse tai meni omaisen saattamana päivystykseen arviointiin, haastatellut kertoivat soittavansa hätäkeskukseen. Hätäkeskus lähetti ensihoidon ja tarvittaessa myös poliisin paikan päälle arvioimaan asiakkaan tilanteen ja toteutti tarvittavan jatkotuen piiriin ohjaamisen. Näissä päivystyksellisissä tilanteissa haastatellut kertoivat joutuneensa tekemään usein nopeita päätöksiä ja joskus myös ilman asiakkaan suostumusta.

Usein työntekijän on tehtävä aika yksin se päätös...Otetaan se vastuu ja soitetaan hätäkeskukseen ja pyydetään ambulanssi. Kerrotaan asiakkaalle, että on velvollisuus yrittää pelastaa. (S1)

Jos soittaja sanoo, että haluaa pois kuolleiden läheisten luokse, eikä ole enää ketään tai mitään tarkoitus elämässä, ei mielekästä tekemistä, eikä mitään arvokasta tai syytä miksi jaksaisi elää niin tilanne on todella akuutti ja joutuu tilaamaan ensihoidon asiakkaalle. (S2)

Haastatellut kertoivat konsultoivansa mahdollisuuksien ja tilanteen mukaan muita ammattilaisia asiakkaan jatkotuen piiriin ohjaamisesta.

Vaikka teet itsenäistä työtä ja päätöksiä niin voidaan aina neuvotella kollegan tai lääkärin kanssa yhdessä, miten kannattaisi toimia. Skypellä paljon viestitetään ja voin mennä henkilökohtaisesti kysymään. (T9)

Myös omaisten tai läheisten näkemystä asiakkaan tilanteesta kuunneltiin silloin, kun omainen soitti asiakkaan kanssa tai oli mahdollista pyytää omaista puhelimeen.

Omaisten kertoman osuus on myös tosi tärkeä tässä, joskus kuulee, ettei läheiset ole tulleet kuulluksi näissä itsetuhovaarassa olleiden auttamisissa, et kyllä minä pidän tärkeänä sitä mitä lähiomaisetkin kertoo, et jos me vähätellään niitä tietoja, niin sitten me ollaan kyllä todella hukassa näissä. (S1)

Haastatelluilla oli kokemuksia laidasta laitaan niin päivystyksellisistä ja kiireellisistä jatkotuen piiriin ohjaamisista sekä soittajista, joiden kanssa sovittiin, että he ottavat itse yhteyttä vähemmän kiireellisiin palveluihin. Haastateltujen mahdollisuudet ohjata asiakkaita erilaisiin kiireettömiin palveluihin vaihteli työyksikön sekä sen mukaan, minkälaisia tietoja ja kokemuksia heillä oli olemassa olevista palveluista. Osa haastatelluista kertoi ohjaavansa asiakasta soittamaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakasneuvontaan, jossa jatkotuen tarvetta arvioi tarkemmin psykiatrinen sairaanhoitaja. Asiakkaita ohjattiin myös varaamaan aikaa lääkärille joko terveyskeskukseen tai muuhun asiakkaan tilanteeseen sopivaan terveydenhuollon yksikköön. Joissain tilanteissa toiset haastatelluista kuvasivat ottavansa itse yhteyttä mahdolliseen jatkotukea tarjoavaan yksikköön.

Pystyn karkeasti arvioimaan, minkälainen tilanne sillä asiakkaalla on. Jos tämä on ainut paikka, johon se pystyy soittamaan, niin en minä häntä ohjaa enää soittamaan minnekään muualle, vaan soittelen ja järjestelen itse...Olen ajatellut, että mahdollisimman vähillä puheluilla, ettei mene pompotteluksi. (T9)

Erityisen vaikeina haastatellut kokivat ne tilanteet, joissa ei selkeästi tullut esiin päivystyksellisen arvioinnin tai tuen tarvetta, mutta asiakkaan tilanne näyttäytyi silti huolestuttavana.

Hoitopolkuhan hankaloituu niin, että jos nyt ei ole ihan ambulanssitilanteesta kysymys, niin se jää ihmisen omalle varalle ja vastuulle se jatkohoidon järjestäminen. (T4)

Mahdollisuutta suoraan ajanvaraukseen ei monillakaan haastatelluilla ollut käytettävissä. Palveluita, joihin asiakas voisi hakeutua ilman ajanvarausta ei kuntayhtymän alueella haastateltujen mukaan ollut paitsi päivystyksellisissä palveluissa. Matalan kynnyksen palveluita kaivattiin. Haastatellut kokivat mielenterveyspalvelut kankeiksi ja erityisesti asiakkaan hoitoon pääsyn odotusaika koettiin liian pitkäksi. Toivottiin joustavampia palveluita, jotta palveluohjaus toteutuisi helpommin ja asiakkaan kannalta turvallisemmin. Jatkotuen piiriin hakeutuminen jäi ei-päivystyksellisissä tilanteissa asiakkaan itsensä varaan, joka herätti haastatelluissa paljon huolta. Toivottiin kotiin vietäviä palveluita itsemurhariskissä olevan asiakkaan arvioimiseksi ja tukemiseksi.

Pitäisi päästä matalammalla kynnyksellä avunpiiriin. Ihmisen oma tahto ei toteudu useinkaan, vaikka ihminen itse haluaisi hoitoon. Tarvittaisiin enemmän vaihtoehtoja näihin prosesseihin ja hoitovaihtoehtoja, välimuotoja sille psykiatriselle osastohoidolle ja harvajaksoiselle avohoidolle. (S1)

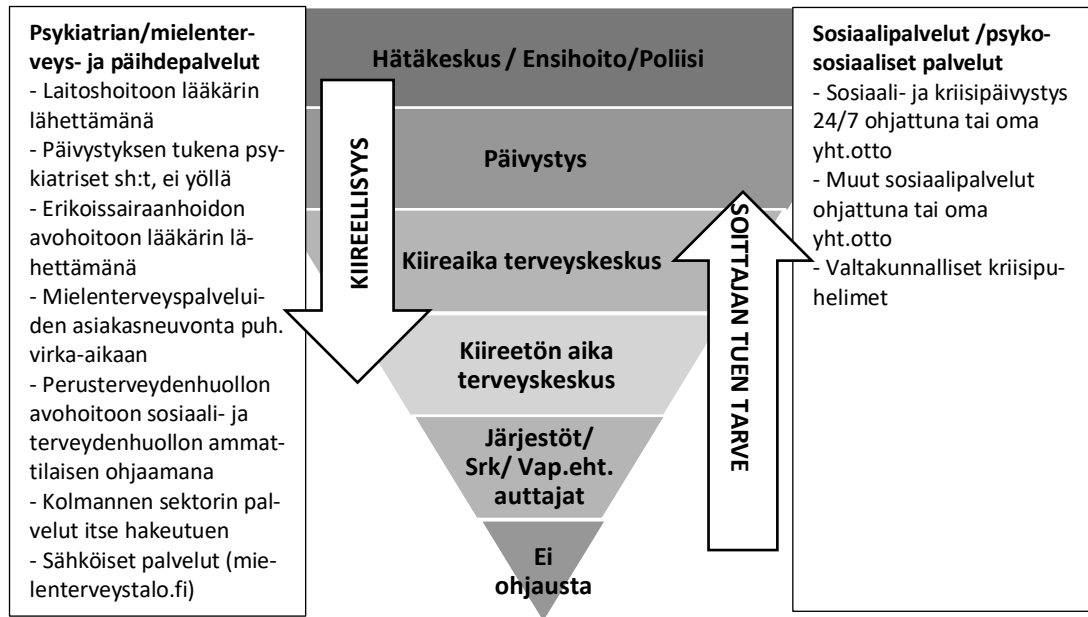
Toivoisin, että se olisi niin kuin helppoa se itsemurhariskissä olevan hoitoon hakeutuminen ja pääseminen...jos meillä on näin vaikeita, että soita sinne ja jonota sinne ja hakeudut sinne ja odotat siellä, niin ei tällä ryhmällä, ei ne lähde. Jos se jää ihmisen omaan varaan, että hänen täytyy sit itse jaksaa lähteä...Kotiin annettavissa palveluissa on koko psykiatriassa kehittämisen varaa runsaasti. Se on vanhanaikaista. (S4)

Mikäli haastateltu koki puhelun aikana, että asiakkaan tilanne ei tällä kertaa vaatinut asiakkaan ohjaamista terveydenhuoltoon tarkempaan arviointiin, jotkut haastatellut kertoivat antavansa myös palveluohjausta asiakkaan tilanteesta ja tuen tarpeista riippuen. Haastatellut mainitsivat antavansa tietoa erilaisten järjestöjen ja seurakuntien tarjoamista palveluista, kriisi- ja auttavista puhelimesta sekä sähköisestä saatavilla olevista palveluista.

Jos on vähemmässä riskissä, niin puhutaan näistä vapaaehtoisista auttajista. Olen ohjannut tutustumaan mielenterveystaloon netissä, sieltä saa lisätietoa... Usein annetaan käytännön neuvoja, jos on esimerkiksi

rahat ihan loppu ja sen takia epätoivoinen, et miten mennään velkaneuvontaan ja mistä saa ruokaa. (S5)

Haastatellut kertoivat myös niistä soittajista, jotka kokivat puhelun helpottaneen oloa niin, etteivät tarvinnut jatkotukea. Kuvioon 12 on koostettu haastateltujen kuvaamana itsemurhariskissä olevan soittajan jatkotuen piiriin ohjaamista.



Kuvio 12. Itsemurhariskissä olevan soittajan jatkotuen piiriin ohjaaminen

6.6 Itsemurhariskissä olevan soittajan kohtaaminen

Haastatelluilta kysyttiin kokemuksia siitä, miten itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaaminen puhelimesta erosi vastaanottotoiminnassa tapahtuneisiin kohtaamisiin sekä haastateltujen puhelintoiminnassa kokemia onnistumista ja haasteista. Puhelimesta tapahtuva asiakkaan kohtaaminen oli yleensäkin haastateltujen mukaan monella tavalla erilaista kuin vastaanottotyössä. Puhelintoiminnan luonteen ja erityispiirteiden takia itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisen koettiin puhelimesta monella tavalla haastavammaksi kuin vastaanotolla.

On siinä eroa, kun on käytettävissä vain ääni. Kun ei ole kehonkieltä ollenkaan eikä ilmeitä ja eleitä, eikä mitään miltä näyttää. Ehdottoman

paljon haastavampaa on etenkin tuntemattoman kanssa. Puhelimessa voi tuntematon aika hyvin niin kuin huijata, jos on semmoinen lyhyt puhelinkeskustelu, joka jää pinnalliseksi. (T1)

Jotkut haastatellut toivat esille myös, että ammattilaisen omalla toiminnalla oli merkittävä vaikutus itsemurhariskissä olevan asiakkaan puhelinkohtaamisen laatuun.

Jos ihmistä kuunnellaan ja haastatellaan pinnallisesti, voi jäädä saamatta paljon tietoa. Olen aina sanonut, että tätä työtä voi tehdä hyvin kevyesti tai sitten sitä voi tehdä niin, että asiakas tulee aidosti kuulluksi. (S1)

Teemme jokainen omalla tavallamme tätä puhelintyötä, mutta voimme omalla työpanoksella vaikuttaa siihen, miten sen soittajan asiat etenee. Koen, että olen avainasemassa hoitamaan sen ihmisen asiat loppuun asti. (T9)

Onnistumiset

Vaikka haastatellut kokivat itsemurhariskissä olevien asiakkaiden puhelinkohtaamiset haasteelliseksi, oli heillä myös monenlaisia onnistumisen kokemuksia näistä kohtaamisista. Ensimmäisenä onnistumisena pidettiin sitä, että asiakas oli soittanut palveluun, ja häneen saatiin jonkinlainen kontakti.

Onnistuminenhan on jo se, että ihminen on ottanut yhteyttä...Välillä onnistuminen on sitä, että soittaja kokee helpotusta, että on saanut keskustella jonkun kanssa asiassa ja sitten siitä ohjattu eteenpäin. (T4)

Haastatellut kuvasivat kokemuksiaan siitä, että soittaja oli puhelun alussa ollut voimakkaassa tunnereaktiossa, mutta rauhoittunut keskustelun myötä. Näissä kohtaamisissa puhelu oli päättynyt asiakkaan helpotuksen kokemukseen ja ammattilaisen huolen vähenemiseen. Haastatellut kuvasivat onnistumisina myös soittajan sanallista sitoutumista yhdessä tehtyyn suunnitelmaan tai sopimukseen siitä, miten seuraavaksi edetään asiakkaan avunsaannin suhteen.

Ihminen soittaa lannistuneena tai vihaisena, mutta sitten kun sitä keskustelua käydään, niin se puhelu päättyy niin, että siihen tilanteeseen ollaan saatu yhdessä ratkaisu ja suunnitelma. Sellainen itsetuhoinen puhe on ollut pahan olon purkamista ja siinä puhelun edetessä ja loppussa tulee sellainen olo, ettei mun tarvitse nyt enää olla huolissaan tästä asiakkaasta. (S7)

...et hän niin kun lupaa, että se mitä me yhdessä suunnitellaan niin hän toteuttaa sen, jolloin se on niin kun vastapainona sille itsetuhoisuudelle. (T1)

Onnistumisena pidettiin myös sitä, että haasteellinen puhelu saatiin päätökseen ilman, että puhelua kummankaan puolelta katkaistiin kesken. Haastateltujen mukaan soittaja oli useammin se, joka puhelun kesken päätti, mutta myös haastatellut olivat joutuneet katkaisemaan puhelun soittajan epäasiallisen käytöksen takia.

Haastatellut kertoivat välillä saavansa asiakkailta puhelimesta suoraa palautetta, jos keskustelusta oli ollut apua. Myös jälkikäteen oli kokemuksia asiakkailta tai omaisilta saaduista kiitoksista tilanteeseen puuttumisesta ja avun antamisesta.

No yleensähan tulee ihan suora palaute asiakkaalta, että kiitos, että kuuntelit. (T9)

Välillä asiakkaat tai omaiset on lähettänyt terveisiä, että kiitos kun autoit silloin. (S5)

Jotkut haastatellut kertoivat positiivisen palautteen herättäneen hämmennystä, koska eivät tiedä, miten tai mikä keskustelussa auttoi asiakasta.

Joku ihme lyhyt lause on voinut olla sille asiakkaalle ihan merkityksellinen, enkä ole tietoisesti tiennyt, mitä olen sanonnut ja, että olen helpottanut hänen oloaan. (T6)

Siinä jään miettimään, että mitäs tässä niin kun tapahtui, kun mun mielestä me vaan juteltiin ja toinen kiittelee, että kiitos, tämä auttoi tosi paljo ja silloin olisi tietysti kiva kuulla, että mikä se oli mikä siinä auttoi. (S3)

Esiin nostettiin myös ristiriitainen tilanteita, joissa ammattilainen koki onnistuneensa, kun soittaja saatiin pelastettua, mutta soittajan kokemus ammattilaisen toiminnasta ja siitä, että hänestä oltiin huolissaan tai hänet pelastettiin, saattoi olla päinvastainen.

Oliko asiakas sittenkään tyytyväinen, että hänet suunnitelmansa pilattiin ja hänen henki pelastettiin? (S2)

No oli kyllä hengenhätä kysymyksessä, mutta tämä asiakas koki loukkaantuneensa, että oli soitettu virkavalta ja ambulanssi paikalle, koska sitten siitä seurasi kaikenlaisia jälkitoimenpiteitä ja hänelle tuli seuraamuksia. Mutta silti koen, että kyllähän se ihan oikein oli toimittu. (S3)

Haasteet

Kaikki haastatellut pitivät kontaktin luomista asiakkaaseen sekä yleensä asiakkaan kokonaistilanteen arviointia puhelimesta huomattavan paljon vaikeampana ja haasteellisempänä kuin kasvokkaisissa kohtaamisissa. Puhelimitse yhteyttä ottaneet asiakkaat olivat ammattilaiselle lähes poikkeuksetta uusia ja ennestään tuntemattomia. Haastateltujen mukaan puhelintyön erityishaasteena oli myös asiakkaan tunnistamiseen liittyvät asiat. Soittajaa ei täydellä varmuudella voinut puhelimesta millään keinolla virallisesti tunnistaa, vaikka tämä olisikin antanut henkilötietonsa. Lisäksi osa itsemurhariskissä olevista asiakkaista soitti anonyyminä, eikä halunnut puhelun aikana kertoa henkilöllisyyttään tai olinpaikkaansa. Näissä tilanteissa ei ollut mahdollisuutta ottaa yksinöllisesti kantaa asiakkaan tilanteeseen, eikä käyttää arvioinnin tukena aikaisempia sosiaali- tai terveydenhuollon asiakastietoja. Asiakkaan yhteydenottoa ei tällöin myöskään voinut kirjata asiakastietojärjestelmään.

En tiedä kuka se asiakas on, en tunne sitä asiakasta. Puhelimestahan on se huono puoli, ettei me välttämättä pystytä tunnistamaan sitä soittajaa. (S7)

Puhelimesta työskentely vaatii haastateltujen mukaan erityistä, kokonaisvaltaista valppautta ja keskittymistä sekä paineensietokykyä. Puhelimeen vastatessa ei koskaan tiennyt mitä soittajan asia koskisi. Haastateltujen mukaan puhelimesta tarvittiin erityisesti taitoa kiireettömän tunnelman luomiseen sekä malttia antaa soittajalle riittävästi aikaa, vaikka tietää puhelinlinjan jonon kasvavan, mahdollisesti saavansa palautetta palveluun jonottaneilta asiakkailta tai sillä aikaa yksin puheluita hoitavalta työtoverilta.

Se vaatii pitkää pinnaa, et jos on semmoinen tilanne, että sulla on puheluita jonossa ja se vilkuttaa punaisella. (T8)

Saatan puhelimessa eri tavalla saada kontaktin, kun annan aikaa ja yritän viedä sen puhelun niin sanotusti loppuun asti. Se saattaa välillä kostautua närkästymisenä seuraavien soittajien tai työtovereiden toimesta, koska kertyy jonoa. (T7)

Osa haastatelluista kuvasi kiireen lisäksi myös muita ulkoisia häiriötekijöitä, kuten melu ja keskeytykset, joista huolimatta oli pystyttävä keskittymään asiakkaan kanssa käytävään puhelinkeskusteluun. Osa haastatelluista työskenteli yhden tai useamman muun ammattilaisen kanssa samassa tilassa, ja joidenkin haastateltujen työn luonne oli sellainen, että puhelu oli joskus pakko keskeyttää jonkin toisen kiireellisen työtehtävän vastaanottamisen takia.

Haastatellut kertoivat puhelin- ja vastaanotto kohtaamisissa olevan eniten eroa asiakkaan tilanteen ja voimien arvioinnin keinoissa. Puhelimesta haasteita aiheutti se, ettei ollut mahdollista tehdä asiakkaan ulkoisesta olemuksesta, eleistä ja ilmeistä havain- toja vaan kokonaisarvio oli tehtävä pelkän kuuloaistin varassa.

Kun näet ihmisen, niin näet myös sen nonverbaalisen viestinnän. Ottaako se katsekontaktia, istuuko se polvet sylissä niin kun nurkassa vai ryhdikkäästi tuolissa ja kertooko johdonmukaisesti asioista. Ihmisen olemus on hirveen iso osa sitä keskustelua, eikä puhelimesta voi kaikkea havaita. (T7)

Osa haastatelluista koki näköaistin puuttumisen vaikeuttavan olennaisesti kontaktin saamista asiakkaaseen. Näköyhteyden puuttuminen vaikutti myös ammattilaisen mahdollisuuteen omalla kehonkielellään välittää toivoa ja rauhoittaa asiakasta.

...olisi miellyttävämpää, et sellainen rauhallisuus ja keskittyminen, vuorovaikutuksellisuus välitty, kun se ei välttämättä välity puhelimen kautta samalla tavalla kuin katsekontaktissa. (S5)

Tilanteet on intensiivisiä ja herkkiä, niin kyllä sitä kosketustakin välillä tarvittaisiin. (S1)

Haastatellut kokivat puhelimitse tapahtuvan kohtaamisen ja itsemurhariskin arvioinnin vaikeimmaksi tilanteissa, joissa asiakkaan oli sanallisesti vaikea ilmaista itseään, tämä ei tuottanut oma-aloitteisesti juuri mitään tai vastasi niukasti esitettyihin kysymyksiin. Haastatelluilla oli kokemusta myös tilanteista, joissa asiakkaan puheesta ei

syystä tai toisesta saanut puhelimesta selvää. Haastateltujen mukaan asiakkaat saattoivat puhelimesta myös vähätellä tai liioitella omaa tilannettaan.

Joskus soittaa sellainen ihminen, et hänen on ihan hirveen vaikea sanottaa itseään tai se on vielä ongelmallisempaa, et on tosi lyhytsanainen...et saa jopa ihan nyhtämällä nyhtää, et saa mitään irti. (T3)

Puhelimesta voi saada ihan erilaisen kuvan, kun mitä se sitten on kun kohtaa, kun ne voi joko vähätellä tai liioitella sitä... (T6)

Haastatellut pohtivat puhelimesta olevan etäisyyden toisaalta saattavan auttaa ja rohkaista jotain asiakkaita tuomaan helpommin esiin omia synkät ajatuksia tai itsetuhoista käyttäytymistä. Puhelimesta oleva etäisyys auttoi joidenkin haastateltujen mukaan myös ammattilaista suorien, vaikeidenkin kysymysten esittämisessä sekä vähensi kohtaamisen kuormitusta.

Toisaalta ihmisen voi olla helpompi sanoa tällaisia asioita kasvotomalle... (S6)

...ehkä puhelimesta on jopa helpompi kysyä ne kysymykset, kun ei tarvi mieltä mihin laittaa kädet tai miten katsot...sille ihmiselle on varmaan myös helpompi vastata siihen, kun se ei ole niin paineinen tilanne. (T9)

Haastateltujen mukaan puhelimesta korostui ammattilaisen aktiivinen ote, taito ja rohkeus kysyä oikeita kysymyksiä sekä kyky luoda vuorovaikutuksen avulla luottamusta, jotta keskustelu ei jäisi pinnalliseksi. Haastateltujen mukaan koko puhelun ajan oli oltava tarkkana, tartuttava asiakkaan sanomisiin ja äänensävyihin sekä kuulosteltava asiakkaan hengitystä, puheen rytmiä, taukoja ja hiljaisia hetkiä. Pelkkä oikeiden kysymysten esittäminen riittänyt, vaan asiakkaan tunnetiloja oli kuulosteltava ja niistä tehtävä havaintoja, koska muuhun havainnointiin ei ollut mahdollisuutta.

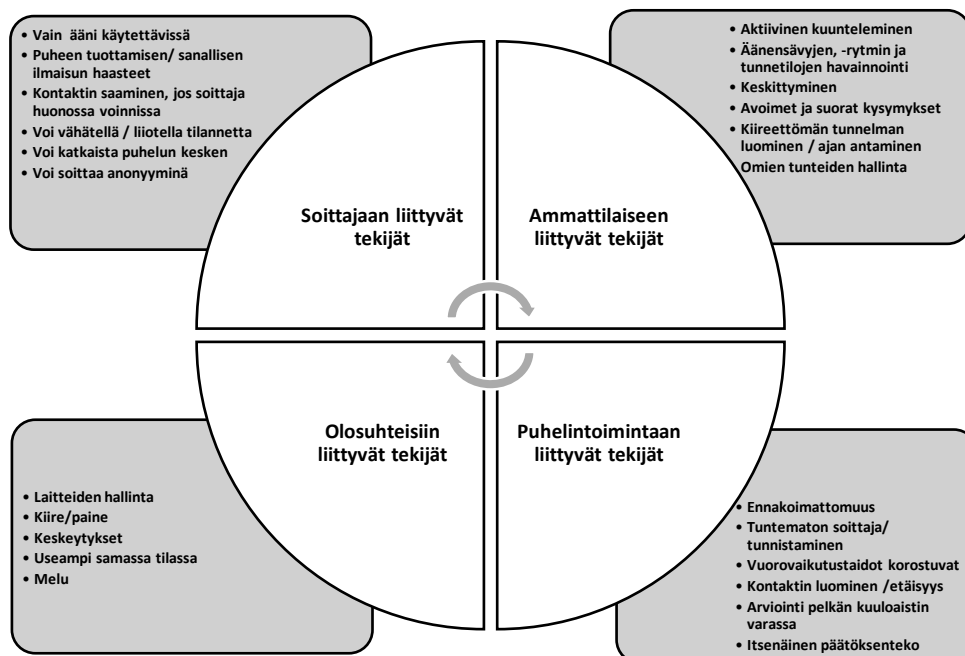
...kaikki vivahteet, miten hän niin kun tunnetasolla siellä käyttäytyy siellä puhelimesta, mikä herättää, mikä liikuttaa häntä, mikä vihastuttaa...aina voi tarkentaa, että mitä tämä sinussa herättää ja mennä syvemmälle, että ei jätä pinnalliseen tilanteeseen niitä kysymyksiä. (S1)

Haastatellut kuvasivat puhelimesta tehtävän asiakkaan itsemurhariskin arvioinnin olevan erittäin vaativa ja raskas tehtävä. Kuormitusta lisäsi puhelinkohtaamisten ennalta-arvaamattomuus. Soittaja saattoi olla kuka tahansa, täysin vieras asiakas, tilanteet tulivat yllättäen eikä niihin voinut mitenkään etukäteen varautua tai valmistautua. Haastatellut toivat esiin, että puhelimesta itsemurhariskissä olevan asiakkaan tilanne saattoi usein olla jopa vaikeampia tai kiireellisempi kuin vastaanotolla.

Jos ihminen tulee käynnille, niin hän on jo sen kykyinen, että voi lähteä käynnille, mutta puhelimeen voi soittaa sellainenkin ihminen, jolle ei riittäisi enää voimia tulla käynnille. (T4)

Tapaamisessa tilanne ei ole ihan yhtä akuutti, kun että siellä rytisee siellä kämpillä nyt jotain...ja puhelimitse koitat operoida sitä tilannetta, että onko tässä juuri tapahtumassa jotain. Se nopea arviointi, että pitkökö toimia heti vai pystynkö puhumalla rauhoittamaan tilannetta, ettei se kärjisty. (S4)

Haastatellut toivat esiin monenlaisia tekijöitä, jotka vaikuttivat itsemurhariskissä olevan asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamiseen puhelimesta. Kuviossa 13 havainnollistetaan näitä tekijöitä.



Kuvio 13. Itsemurhariskissä olevan soittajan kohtaamiseen liittyvät tekijät

6.7 Ammatillisen osaamisen vahvistaminen

6.7.1 Haastateltujen ammatillinen osaaminen

Haastatelluilta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta pyydettiin kyselylomakkeelle täytettävänä taustatietoina koulutus-, työkokemus- ja täydennyskoulutustietoja. Haastatelluilla oli työkokemusta sosiaali- ja terveydenhuollosta 6–34 vuotta. Keskimääräinen haastateltujen työkokemus oli 20 vuotta. Sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoiminnassa haastatellut olivat työskennelleet vaihteluvälillä 0,5–20 vuotta ja keskimääräinen työkokemus puhelintoiminnasta oli 6 vuotta. Yksi oli vastannut vuosimäärän sijasta: ”monta”. Mielenterveys-, päihde- ja kriisityön kokemusta oli 11:sta haastatelluista ja työkokemuksen määrä vaihteli 0,5 vuodesta 34 vuoteen ollen keskimäärin 12 vuotta, kts. taulukko 3.

Taulukko 3. Haastateltujen työkokemus

Taustatiedot	
Työkokemus	
Sosiaali- ja terveydenhuollosta (n=17)	
vaihteluväli	6–34 vuotta
keskiarvo	20 vuotta
Puhelintoiminnasta (n=16)	
vaihteluväli	0,5–20 vuotta
keskiarvo	6 vuotta
Mielenterveys-, päihde- ja kriisityöstä (n=11)	
vaihteluväli	0,5–34 vuotta
keskiarvo	12 vuotta

Peruskoulutuksen ja työkokemuksen lisäksi osalla haastatelluista oli erilaisia täydennyskoulutuksia. Mielenterveys-, päihde- ja kriisityön täydennyskoulutusta oli seitsemällä haastatelluista ammattilaisista. Kolmella heistä oli psykiatrian ja mielenterveys-työn, viidellä kriisityön ja yhdellä päihdehuollon täydennyskoulutuksia.

Täydennyskoulutusta puhelintoiminnasta oli kolmella haastateltuun osallistuneista. Yksi haastateltu oli osallistunut puhelintoimintaan liittyvään koulutuspäivään ja kaksi oli käynyt verkkokoulutuksen. Itsemurhien ehkäisyyn ja itsetuhoisuuteen liittyvää täydennyskoulutusta oli neljällä tutkitusta. Kaksi heistä oli osallistunut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) itsemurhien ehkäisyn verkkokoulutukseen, kaksi THL:n

itsemurhien ehkäisyn koulutustilaisuuteen sekä yksi muuhun itsetuhoisuutta sivuvaan THL:n koulutusohjelman.

Haastateltuja pyydettiin haastattelutilanteessa arvioimaan myös omaa tämänhetkistä ammatillista osaamistaan itsemurhariskissä olevan asiakkaan puhelinkohtaamisiin liittyen sekä tarpeitaan täydennyskoulutukselle ja muulle ammatilliselle tuelle. Haastatellut kuvasivat tämänhetkisen ammatillisen osaamisensa koostuvan peruskoulutuksen, työkokemuksen, elämäkokemuksen ja erilaisten täydennyskoulutusten tuomasta kokonaisosaamisesta. Osa haastatelluista toi esiin, ettei ammatillisessa peruskoulutuksessa ollut mitenkään sivuttu itsemurhariskissä olevia asiakkaita. Kuvioon 14 on koottu niitä tekijöitä, jotka haastateltujen kokemana vahvistavat ammatillista osaamista kohdata itsemurhariskissä olevia soittajia.



Kuvio 14. Ammatillista osaamista vahvistavat tekijät

6.7.2 Haastateltujen tarpeet täydennyskoulutukselle

Haastatellut toivat esiin hyvin vaihtelevia tarpeita erilaisille täydennyskoulutuksille itsemurhariskissä olevan asiakkaan puhelinkohtaamisiin liittyen. Koulutusta kaivanneet haastatellut näkivät niin teoreettisen kuin käytännön taitoja lisäävän koulutuksen tärkeänä ammatillisen osaamisen vahvistamiseksi. Haastatelluista osa arvioi, että taustallaan oleva sosiaali- tai terveydenhuollon koulutus sekä kertynyt työ- ja elämäkokemus antoivat riittävän osaamisen itsemurhariskissä olevan asiakkaan koh-

taamiseksi puhelimessa. Nämä haastatellut eivät kokeneet tarvetta erikseen itsemurhariskiin tai itsetuhoisuuteen liittyvään täydennyskoulutukseen, mutta useampi heistä kaipasi kuitenkin koulutusta puhelimitse tehtävään asiakasohjaus- ja arviointityöhön. Toiset niistä haastatelluista, jotka kertoivat omaavansa enemmän kokemusta itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kohtaamisesta puhelimessa, koki tarvetta omien tietojen päivittämiseen aihealueen tiimoilta. Niin puhelimitse kuin vastaanotolla tapahtuvien itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kohtaamisten nostamista yhteiseen keskusteluun työyhteisössä ja toimintamallien kertaamista toivottiin.

Säännöllisin väliajoin olisi tärkeää tarkastella ja käydä läpi niitä tärkeitä kysymyksiä ja huomioitavia asioita. Se lisäisi sitä tunnistamista ja tulisi yhteisiä toimintamalleja. (T2)

Oli työyhteisö tai työnkuva mikä tahansa, niin olisi hyvä ylläpitää keskustelua itsetuhoisuudesta, sillä aina on käytännössä mahdollista, että tulee eteen asiakas, jolla on se riski, niin sitten tietäis, miten siinä toimitaan. (T1)

Osa haastatelluista koki, ettei heillä ei ollut riittävää osaamista kohdata ja arvioida itsemurhariskissä olevia asiakkaita puhelimessa. Näiden haastateltujen arvio omasta osaamisestaan oli hyvin kriittinen.

No huonoksi, koska tilanteita ei tule päivittäin eikä viikoittain, niin ei ole karttunut osaamista, enkä ole saanut mitään koulutusta siihen. (T10)

Sanotaan, että se on kouluarvosanalla 4–10, niin maksimi 6–7. Se on ihan huono niin kun vähän kaikissa asioissa. Se on vaan tullut kokemuksen myötä, mut silloin kun näen ihmisen niin se on paljon helpompi. (T6)

Osa ammattilaisista piti Itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamiseen liittyvän koulutuksen saamista hyvin tärkeänä. Koulutustoiveita esitettiin asiakkaan itsemurhariskin tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen ja arviointiin. Jatkotuen piiriin ohjaamisen suhteen toivottiin koulutusta kohdistettuna suoraan omaan työyhteisöön, jotta samalla olisi mahdollista käydä läpi olemassa olevia palveluita, niihin ohjaamista sekä sopia yhteisistä toimintamalleista. Etä- tai verkkokoulutuksia pidettiin vähemmän motivoivina koulutusmuotoina. Osa toivoi koulutusta, jossa aihealuetta käsiteltäisiin asiakastapausten ja erilaisten muiden käytännön esimerkkien kautta.

Lisäkoulutustarvetta on...varmaan joku case-tyyppinen koulutus, jossa peilataan palveluverkoston, että mihin voi ohjata ja mitä voi tehdä. (S3)

Miten ja mitä ottaa puheeksi mahdollisimman lempeästi asiakasta loukkaamatta ja varsinkin, jos asiakas ei itse tuo sitä asiaa puheeksi. Miten voisi tukea siinä tilanteessa ja mitkä asiat saa epäilemään mahdollista itsemurhariskiä ja mistä ne voi tunnistaa ja keinot ohjata avun piiriin ja hoitoon. (T10)

Täydennyskoulutusta puhelimitse tehtävään työhön oli kolmella 17:sta haastattelusta. Kaikki heistä oli terveydenhuollon ammattilaisia. Haastatellut sosiaalityön ammattilaiset korostivat puhelimesta tehtävän asiakastyön lisääntyneen niin asiakkaiden tilanteiden arvioinnissa kuin palveluohjauksen osalta. Erikseen nousi esiin myös koronaviruspandemian rajoitusten puhelintoimintaa lisäävä vaikutus niin sosiaali- kuin terveydenhuollon palveluissa. Haastatellut kokivat puhelintoiminnan osalta tarvetta täydennyskoulutukselle ja nostivat esiin erityisesti puhelintoiminnan vuorovai- kutuksellisten haasteiden tuomat koulutustarpeet.

Puhelintyöhön on itseoppinut ja muita seuraamalla. Voisi olla sellaista lyhytkestoista koulutusta, jossa käydään läpi niitä keskeisiä asioita, joita on huomioitava puhelintyössä. (S2)

Olisi tärkeä saada koulutusta siihen, miten kohtaat puhelimesta asiakkaan, kun äänensävy vaikuttaa...kuuluu, jos olet väsynyt tai kyllästynyt...kaikki ei välttämättä ajattele sen merkitystä. (T8)

Osa haastatelluista nosti omien koulutustarpeiden lisäksi esiin myös työyhteisössä olevien vähemmän kokemusta omaavien ja sijaisten mahdolliset koulutustarpeet. Haastateltujen ammattilaisten mukaan riittävän tietotaidon ja yhtenäisten, sovittujen käytäntöjen myötä mahdollistuisi laadukkaammat ja tasavertaisemmat palvelut.

6.7.3 Haastateltujen tarpeet muulle ammatilliselle tuelle

Haastatelluilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla oli vaihtelevasti käytös- sään tukea itsemurhariskissä olevan soittajan kohtaamiseksi. Haastatellut kokivat tarpeita erilaisille apuvälineille helpottamaan soittajan itsemurhariskin tunnistamista ja puheeksi ottamisesta sekä itsemurhariskin arvioimista sekä soittajan jatkotuen piiriin

ohjaamista. Haastatellut toivat esiin, että työyhteisön yhteisillä ohjeilla, konsultointimahdollisuudella, kysymyslistoilla ja arviointikriteereillä, ajantasaisilla tiedoilla palveluista sekä yhteistyöllä voitaisiin tukea ammatillista osaamista itsemurhariskissä olevan asiakkaan auttamiseksi puhelimesta. Erilaisten apuvälineiden lisäksi haastatellut pitivät tärkeänä omasta ammatillisesta jaksamisesta huolehtimisesta työkykyä ylläpitävillä toimilla, kuten mahdollisuutena purkaa kuormittavia puheluita työtoverin, työryhmän tai tarvittaessa esimiehen kanssa sekä saada työnohjausta. Jotkut haastatellut olivat tietoisia myös työterveyshuollon palveluiden käyttämättömyydestä haasteellisten asiakaskohtaamisten jälkeen työssäjaksamisen tukemiseksi.

Työyhteisön yhteiset ohjeet

Haastatellut ammattilaiset kaipasivat työyhteisöönsä ohjeita, joita voisi soveltaa itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamistilanteisiin. Haastatellut olivat sitä mieltä, että samassa palvelussa ammattilaisilla oli hyvin erilaisia tapoja tarttua tilanteisiin. Osittain nämä erilaiset tavat nähtiin ammattilaisten vahvuutena ja persoonallisina tapoina toteuttaa asiakastyötä, mutta myös sovittuja yhteisiä toimintamalleja ja sääntöjä koettiin tarvittavat tukemaan itsemurhariskissä olevan asiakkaan arviointia ja palveluohjausta. Yhteisten toimintamallien nähtiin tasavertaistavan asiakkaiden saamaa palvelua.

Selkeät ohjeet olisi hyväksi...ihan sama kuka vastaa niin soittaja kävisi sapluunan läpi...olisi hyvä pohtii yhdessä sellainen työhohje, jota soveltaa. Olisi niin kun raamit. (T1)

Päivitetäisi ja käytäisi yhteisiä käytänteitä läpi...opit myös toisilta ja voit poimia ja soveltaa sen sun tavan. (S3)

Haastatellut toivat esiin kokemuksiaan asiakkaista, jotka purkivat pettymystään ja pahaa oloaan siitä, etteivät olleet saaneet palveluista jotain, mitä olisivat tarvinneet tai toivoneet, esimerkiksi uusittua lääkereseptiä tai taloudellista tukea. Näissä tilanteissa asiakas saattoi uhata itsensä vahingoittamisella tai tappamisella. Haastavissa tilanteissa yhteisten toimintatapojen olemassaoloa kaivattiin erityisesti.

Yhteiset sovitut säännöt, miten toimitaan, jos asiakas sanoo, että lähtee tappamaan itsensä, et kaikki toimis virtaviivaistesti samalla tavalla, niin

se saattaisi vähentyäkin se puhe. Just se, että joku soittaa ja täällä vastaa työntekijä, jolle saa sadatella ihan miten vaan, mutta toinen tarttuu siihen heti. (S7)

Konsultaatiomahdollisuus

Itsemurhariskissä olevan asiakkaan auttamiseksi haastatelluilla oli eniten kokemusta joko samaan tai eri ammattiryhmään kuuluvan ammattilaisen konsultoimisesta. Haastateltujen kokemukset konsultoinnista vaihteli. Toisilla oli kokemuksia helposti onnistuvista ja sovitusta konsultaatiokäytännöistä. Toisilla konsultaatiomahdollisuutta ei ollut ollenkaan ja osa haastatelluista ei tiennyt miten tai ketä voisi konsultoida.

On kyllä sellainen turva, että on mahdollisuus päivystävää lääkäriä konsultoida. (S1)

Konsultaatiomahdollisuus voisi olla hyväksi, olisi joku keneltä voisi kysyä vinkkiä. (S6)

Toisten ammattilaisten konsultointi samojen toimitilojen sisällä kerrottiin onnistuvan helpoiten. Säännöllisen yhteistyön koettiin madaltavan kynnystä eri ammattiryhmistä olevien konsultointiin. Kaikki eivät olleet käyttäneet olemassa olevaa konsultaatiomahdollisuutta, koska selkeää toimintamallia siitä, ketä milloinkin voi konsultoida ei ollut sovittu.

Kysymyslistat ja arviointikriteerit

Haastatelluilla ei ollut kokemusta kysymyslistojen tai arviointikriteerien käytöstä itsemurhariskissä olevan asiakkaan tunnistamiseksi ja arvioimiseksi puhelimesta. Terveystieteiden ammattilaiset kertoivat hoidon tarpeen arvioinnissa olevan monenlaisia apukysymyslistoja erilaisten fyysisten sairauksien oireiden arviointiin, mutta psyykkisten oireiden tai itsemurhariskin kartoitukseen ei ollut käytössä apukysymyksiä.

Meillä on monesta muusta asiasta näitä listoja...somaattisista asioista niin siitä tulee joku pisteytys ja tiedetään heti, että mikä tilanne. (T6)

Tarkistuslistojen luonnehdittiin kuuluvan osaksi riskien hallintaa ja niitä toivottiin tuki asiakkaan itsemurhariskin arviointiin puhelimesta. Haastatellut kokivat, että esimerkki- ja apukysymykset, joita tarvittaessa voisi käyttää, helpottaisivat itsemurhariskin puheeksi ottoa. Huomioitavien asioiden muistilistan arveltiin saattavan rauhoittaa omaa työskentelyä varsinkin haastavan puhelun aikana sekä olevan hyödynnettävissä asiakastietoihin kirjaamisen sapluunana. Tarkistus- ja kysymyslistoja kaivattiin apuvälineiksi myös uusien työntekijöiden ja sijaisten käyttöön sekä perehdyttämisen helpottamiseksi.

Tsek-listaan voisi nojata erityisesti ne, joille puheeksi otto ei ole niin helppoa... voisi olla helpompi esittää asia ja kysyä kysymykset. (T9)

Kysymyslista asioista, mitkä pitäisi muistaa kysyä... tiettyjen asioiden tsekkaus varsinkin uusille ja sijaisille. Olisi laadukkaampaa palvelua ja parempi lopputulos. (S2)

Päivittäisessä työssään itsemurhariskissä olevia asiakkaita kohtaavat kertoivat kysymisen olevan heille rutiinia, mutta tiedostivat haasteen ja apuvälineiden tarpeen muissa palveluissa, joissa itsemurhariskissä olevien kohtaaminen puhelimesta on vähäisempää.

Kyllähän meille, kun ollaan tehty mielenterveys- ja päihdetyötä jo pitkään, niin se on enemmän sitä rutiinia se itsetuhoisista ajatuksista kysyminen niin kuin meille ihan arkipäivää ja normaalia, mut miten muissa palveluissa, voisiko auttaa tunnistamaan ja kohtaamaan näitä. (T3)

Varsinaisten pidempien arviointi- ja kyselylomakkeiden ei koettu soveltuvan puhelin-työhön. Osa haastatelluista ei kokenut tarvetta apukysymyksille eikä olisi halukas käyttämään valmiita kysymyksiä asiakaskohtauksissa puhelimesta. Kaikkein tärkeimpänä pidettiin luonnollisen kontaktin syntymistä asiakkaaseen ja asiakkaan kerroksen kuuntelemista, vaikka muistin tukena käytettäisiinkin listaa tärkeistä kysymyksistä.

Ne ketkä soittaa tänne ei välttämättä sopeutuisi, että meillä olisi joku kysymyslista, joka ladattaisi heille. He odottaa niin kun semmoista vuorovaikutuksellista keskustelua, ettei kuulu mitään paperin rapinaa tai alan latelee täältä tiettyjä kysymyksiä...sehän saattaisi ärsyttää ihmisiä, että heidät otetaan jonain tapauksena, johon suunnataan jotain tiettyjä

kysymyksiä... ehkä nämä apuvälineet sopii semmoiseen suunnitelmalliseen työhön...(S5)

Itsemurhariskin vakavuuden ja asiakkaan tilanteen kiireellisyyden arvioimiseen puhelimesta toivottiin myös avuksi välineitä. Haastatellut kaipasivat apukysymyksiä tilanteen kiireellisyyden arvioimiseksi ja ohjaamaan omaa päätöksentekoa asiakkaan jatkotuen piiriin ohjaamisesta.

Kysymyslistoista voisi olla hyötyä, että olisi ne arviointikriteerit, et nyt nämä täyttyy ja pitää olla enemmän kuin huolissaan ja pitää toimia. (S6)

Ajantasainen tieto palveluista

Haastatellut kertoivat puhelintoiminnassa työskennellessä ison osan työstään olevan asiakkaan hoitoon ja palveluihin ohjaamista. Haastatellut ammattilaiset toimivat puhelimesta palvelun pääsääntöisesti koko kuntayhtymän alueen asukkaita. Kaikki haastatellut toivat esiin kuntayhtymän maantieteellisen laajuuden vaikeuttavan olemassa olevien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden hahmottamista. Haastatellut työskentelivät eri-ikäisten asiakkaiden palveluissa. Suurin osa haastatelluista toimi kaikenikäisille suunnatuissa palveluissa, jolloin kuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut oli hahmotettava vastasyntyneistä ikääntyneisiin. Haastatellut kuvasivat palveluverkostossa tapahtuvien jatkuvien muutosten tuovan haastetta palveluohjaukseen sekä hankaloittavan myös asiakkaiden oma-aloitteista ohjautumista oikeisiin palveluihin.

Tämä alue on niin laaja, että olisi hyvä olla joku paikka, mistä näkisi kaikki palvelut, myös kiireettömät, mihin voi ohjata. (T10)

Alue on laaja, ja tuo omat haasteensa. Eri puolilla kuntayhtymää on eri palveluita, vaikka palvelu olisi sama voi toimintatavoissa olla eroja... pitää tuntea palvelut ja kelle mitäkin palvelua on...tarvittaisiin koneelle joku päivittyvä malli, mikä pysyy ajan tasalla, kun systeemit muuttuu. Liian paljon muistinvarassa olevaa ja perässä laahaavaa tietoa. (S4)

Osa haastatelluista kertoi puhelintoiminnassa olevan mahdollisuus käyttää sähköisiä ohjeita ja materiaalipankkeja, joihin haastateltujen mukaan kuitenkin pitäisi ensin ehtiä perehtyä kunnolla, jotta niitä pystyisi helpommin hyödyntämään. Haastatellut korostivat palvelualueen laajentumisen vähentäneen niin sanottua paikallistuntemusta

palveluiden ja yhteistyökumppaneiden osalta. Siksi koko kuntayhtymän olemassa olevien palveluiden kuvausten ja ajantasaisten yhteystietojen saatavuus helposti löydettävänä nähtiin tärkeäksi apuvälineeksi puhelintoiminnassa työskentelevälle ammattilaiselle. Ajantasaiset tiedot palveluista auttaisivat asiakkaan jatkotuen tarpeen arviointia ja palveluohjausta merkittävästi. Myös yhteystietoja paikallisten järjestöjen ja valtakunnallisista toimijoiden osalta toivottiin kootusti olevan saatavilla.

Yhteistyö

Yhtenä tärkeänä ammatillisen tuen välineenä itsemurhariskissä olevan asiakkaan auttamiseksi haastateltujen mukaan oli yhteistyö eri viranomaisten kesken. Myös asiakkaan läheisten ja omaisten kanssa tehtävä yhteistyö koettiin merkittäväksi. Haastatellut ammattilaiset totesivat yhteistyöhön tarvittavan lupa asiakkaalta, mutta korostivat, että asiakas harvoin suhtautui kielteisesti hänen auttamisekseen tehtyyn yhteistyötä. Useat haastatellut kokivat, että eri viranomaisten kesken tehtävässä yhteistyössä oli kehitettävää.

Yhteistyö meidän ja terveydenhuollon välillä toimii äärimmäisen hyvin...asiakkaat ovat eri arvoisessa asemassa yhteistyön suhteen eri ammattilaisten keskuudessa. Asiakkaat harvoin kieltäytyy, kun pyytää lupaa olla yhteydessä omaan työntekijään. Arvostan, että uskalletaan tehdä yhteistyötä. (S1)

Yhteistyötä eri viranomaisten välillä on liian vähän. Pitäisi istua saman pöydän ääreen ja miettiä yhdessä. Se auttaisi kaikkia tietämään, mitä palveluita on saatavissa ja miten homma etenee silloin kun on akuuttitilanne. (T5)

Haastatellut näkivät yhteistyön tärkeänä asiakkaan tuen jatkuvuuden kannalta. Parhaimmillaan yhteistyö tuki asiakasta sitoutumaan sovittuun jatkotukeen ja vähensi asiakkaan pompottelua eri palveluiden välillä. Yhteistyö myös selkeytti haastateltujen mukaan viranomaisten välistä työnjakoa vähentäen samalla päällekkäistä työtä ja yksittäisen työntekijän kuormitusta.

Työkykyä ylläpitävä tuki

Itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kohtaaminen puhelimesta koettiin kuormittavana ja vaativana interventiona. Haastatteluissa käytiin läpi koettuja tarpeita ja toiveita sekä käytäntöjä työssä jaksamisen tukemiseksi. Haastatellut nostivat esiin työhyvinvointia edistävinä toimina haasteellisten työtilanteiden purkua työyhteisössä työtovereiden ja esimiehen kanssa, työohjauksessa sekä hyödyntämällä työterveys- huollonpalveluita. Kokemukset näiden toimien käytöstä työkyvyn ylläpitämiseksi vaihtelivat ja osalla haastatelluista oli kokemusta ainoastaan työtoverin kanssa käydystä keskustelusta. Haastatellut pohtivat kuitenkin mahdollisia vaihtoehtoja, joita voisivat tarvittaessa käyttää.

Työtovereita pidettiin suurimpana tukena työssä jaksamisessa. Puhelinkohtaamiset asiakkaiden kanssa herättivät usein tarvetta pohtia toisen ammattilaisen vaihtoehtoja päätöksenteolle tai puhelun päätteeksi purkaa kohtaamisen herättämiä ajatuksia ja tunteita. Haastateltujen kokemukset tarpeesta purkaa puhelintilanteita vaihtelivat, mutta mahdollisuutta purkuun pidettiin tärkeänä. Yleensä haastatellut saivat työtoveriin yhteyden helposti ja nopeasti. Jotkut työskentelivät yksin tai eri toimipisteessä muiden kanssa. Silloin yhteydenpitoon oli mahdollisuus käyttää Skypeä, Teamsia tai puhelinta.

Työkavereiden kanssa tulee useinkin puhuttua. Esimiesten kanssa keskustelu tuntuu vieraammalta, kun he eivät tee tätä työtä, mutta voisi puhua, jos tarvitsi. (T10)

Yhteydenottaminen esimieheen haastavan asiakastilanteen kanssa oli vieraampi käytäntö, mutta osa haastatelluista pitivät sitä tarvittaessa mahdollisena. Jotkut haastatelluista kokivat, että organisaatiomuutosten myötä esimies oli fyysisesti kuin henkisesti etäisempi, eikä sen takia kokenut työtilanteiden purkamista esimiehen kanssa vaihtoehtona. Haastatellut mainitsivat etäisyyden ja jatkuvien työntekijävaihdosten tuoneen muutosta työryhmien rakenteisiin, joka vaikutti siihen, ettei ollut enää yhtä helppo lähestyä työtovereita vaikeammassa asiakastilanteissa. Kynnystä nosti myös se, ettei ollut sovittua käytänteitä tilanteiden purkamiseen vaan se oli työntekijän aloitteellisuuden varassa. Haastatellut kokivat myös, että piti olla tapahtunut selvästi

poikkeuksellinen kohtaaminen, jotta yleisesti nähtiin olevan aihetta keskenään purkamiselle. Tämä nosti kynnystä ottaa itselle kuormittava kohtaaminen puheeksi.

Vaatii omaa aktiivisuutta ja aloitteellisuutta ottaa puheeksi työtoverin tai esimiehen kanssa...liian paljon mietitään omassa päässä. (S2)

Periaatteessa on sovittu, että jos joku haluaa käydä läpi, niin käydään, mutta sitten on sellaisia, joita ei jää vaivaamaan mikään. (T7)

Puhelintoiminnan luonne toi omat haasteensa löytää aikaa kuormittavan puhelun purkamiselle, eikä siihen useinkaan ollut edes mahdollisuutta. Haastatellut kuvasivat, etteivät voineet jäädä pidemmäksi aikaa miettimään kenenkään tilannetta, koska paine seuraavaan puheluun vastaamiseen oli suuri.

Ei siinä kerkeä purkamaan. Jos alat purkamaan toiselle, on hirveä ruuhka puhelimesta...tietyt työkaverit on kelle voi puhua, ja jos sellaista ei ole työvuorossa, niin sitten se jää oman pään sisään. (T5)

Haastatelluilla ammattilaisilla oli vaihtelevasti mahdollisuus työnohjaukseen. Osa ei ollut koskaan käyttänyt työnohjausta, eikä osannut arvioida miten sitä voisi työkyvyn ylläpitämiseen hyödyntää. Ne, joilla oli yksilötyönohjaus, kokivat mahdollisena purkaa työnohjauksessa yksittäisiä asiakastilanteita, mutta usein tarve olisi ollut heti ja työnohjausajankohta vasta myöhemmin. Osalla työnohjaus toteutui työryhmän yhteisenä. Ryhmätyönohjauksen koettiin olevan tarkoitettu enemmän työyhteisön yleisten asioiden käsittelemiseksi kuin yksittäisten haasteellisten asiakaskohtaamisten läpikäymiseksi. Osa olisi kaivannut mahdollisuutta käsitellä työohjauksessa myös yksilöllisiä kuormittavia työtilanteita esimerkiksi itsemurhariskissä olevien asiakkaiden puhelinkohtaamisia.

Työnohjauksen ja purkujen käyttö on jäänyt yllättävän vähälle...lennossa vaihdetaan, kun on pienet resurssit. (S1)

Muutama haastatelluista mainitsi myös työterveyshuollon palveluiden olevan käytettävissä työhyvinvoinnin tukemiseksi ja haastavan asiakaskohtaamisen läpikäymiseksi. Haastatelluilla ei ollut kokemusta eikä tarkempaa tietoa siitä, millaisella aikataululla

tai millaista tukea työterveyshuollon kautta olisi ollut mahdollisuus järjestää. Työkyvyn tukemisen keinojen hyödyntämisessä korostui ammattilaisen oma vastuu. Haastatellut toivoivat, että rohkeus keskenään puhumiselle lisääntyisi ja, että työyhteisössä keskusteltaisiin aktiivisemmin tarpeista ja keinoista purkaa työtaakkaa. Kuvioon 15 on koostettu haastateltujen esiin nostamat tarpeet muulle ammatilliselle tuelle itsemurhariskissä olevan asiakkaan puhelinkohtaamisiin liittyen.

Muu ammatillinen tuki	Erilaiset apuvälineet	Työyhteisön yhteiset ohjeet	
		Konsultaatiomahdollisuus	
		Kysymyslistat ja arviointikriteerit	
		Ajantasainen tieto palveluista	
		Yhteistyö	
	Työkykyä ylläpitävä tuki	Purku	Työtoveri Työryhmä Esimies
		Työnohjaus	Yksilö Ryhmä
			Työterveyshuolto

Kuvio 15. Haastateltujen muut ammatillisen tuen tarpeet

7 Pohdinta

7.1 Luotettavuus tutkimusprosessissa

Tutkimuksen luotettavuuden arviointia tulisi tapahtua läpi koko tutkimusprosessin. Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli itsemurhariskissä olevan asiakkaan puhelinkohtaamisen kuvaaminen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta, jotta tuotettaisiin lisää tietoa ammattilaisten kokemuksista tunnistaa ja kohdata itsemurhariskissä oleva asiakas puhelimesta, mahdollisuuksista ja haasteista ottaa itsemurhariski puheeksi sekä arvioida asiakkaan itsemurhariskiä ja jatkotuen piiriin ohjaamista. Tutkimusmetodiikkaa pohdittaessa laadullinen tutkimus nousi sopivimmaksi vaihtoehdoksi, sillä tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä (Burns & Grove 2011, 74).

Tutkittavaan ilmiöön, siihen liittyviin käsitteisiin sekä aihealueesta oleviin aikaisempiin ajankohtaisiin teoria- ja tutkimustietoihin perehdyttiin perusteellisesti tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Teoreettiseen katsaukseen panostaminen auttoi rajaamaan tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitteita sekä kirkastamaan tutkimustehtäviä. Lisäksi vankka tietopohja vahvisti tutkijan pyrkimystä pysyä niin objektiivisena kuin se laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista (Eskola & Suoranta 2008, 35). Tutkijalla oli omakohtaista kokemusta itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kohtaamisesta puhelimesta. Kokemus syvensi tutkijan ymmärrystä tutkimusilmiöstä, mutta oli samalla riskinä sille, että tutkijan omat kokemukset olisivat vaikuttamassa haastattelun kulkuun, aineiston analysointiin ja tulosten tulkintaan. Tietoisuus tästä riskistä piti keskittymisen tutkittujen äänen kuuntelemisessa.

Tutkimuksen luotettavuuteen ovat kytköksissä kaikki ne menetelmät, joita tutkimuksessa käytetään. Tutkitun ilmiön eli itsemurhariskissä olevan asiakkaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen puhelimesta tapahtuvan kohtaamisen ymmärtämiseksi kerättiin tietoa haastattelemalla tarkoituksenmukaisesti juuri niitä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, joilla ajateltiin olevan henkilökohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen vahvuutena on haastateltujen ammatillisesti erilaiset taustat, työkokemuksen määrän sekä täydennyskoulutusten eroavaisuudet sekä puhelintoimintojen monimuotoisuus työympäristöinä. Tulosten hyödynnettävyyttä lisää se, että haastateltujen joukossa oli sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisia.

Esihaastattelemalla kohdejoukkoon kuuluvia lisättiin tutkimusmenetelmien luotettavuutta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 26), sillä esihaastatteluissa testattiin teemahaastattelurungon lisäksi myös yksilö- ja ryhmähaastattelua menetelmänä. Esihaastatelluilta saatu palaute haastattelun käytänteiden sopimisesta, haastattelulomakkeista sekä haastattelutilanteesta auttoi muokkaamaan teemahaastattelurungon ja taustatietolomakkeen kysymysten asettelua selkeämmäksi sekä antoi tutkijalle tuntumaan ja perspektiiviä tuleviin haastatteluihin. Koska haastateltavien tiedottaminen tutkimusaiheesta ja kysymyksistä lisää haastattelujen onnistumista (Tuomi & Sarajarvi 2018, 86), informoitiin haastateltavia tutkimuksen aihealueista erillisellä tutkimustiedotteella.

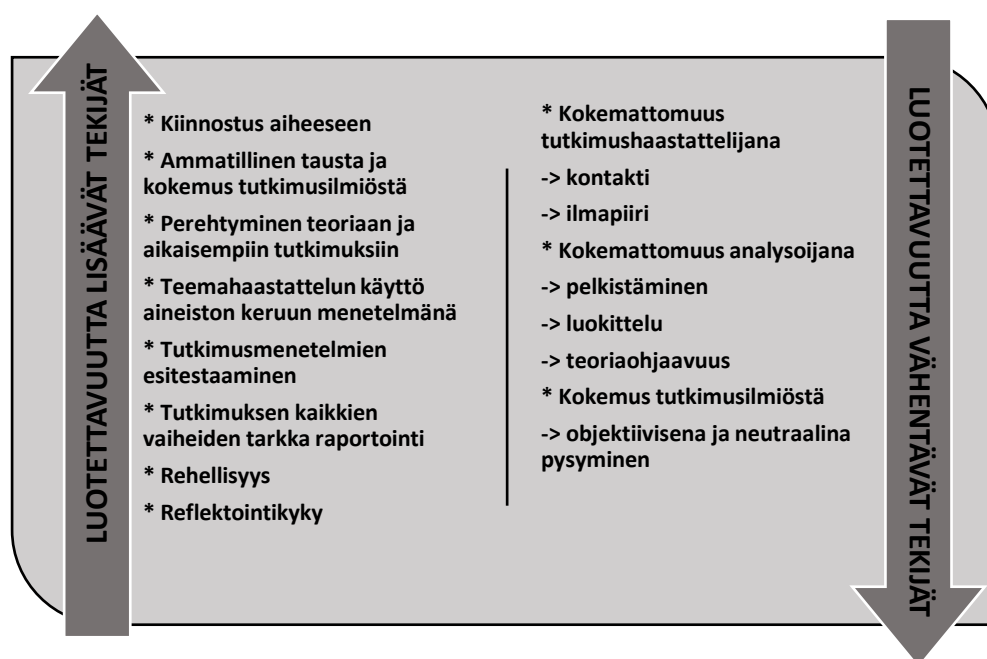
Ensimmäinen ammattilainen, jonka kanssa sovittiin varsinaisesta tutkimushaastattelusta, kysyi mahdollisuudesta saada haastattelukysymykset nähtäväksi etukäteen, jotta voisi valmistautua haastatteluun. Näin ollen kaikille varsinaisiin tutkimushaastatteluihin osallistuneille lähetettiin muiden tutkimuslomakkeiden lisäksi teemahaastattelurunko etukäteen nähtäväksi. Osa haastatelluista oli tutustunut teemoihin ja kysymyksiin etukäteen, ja osa oli valmistautunut muistiinpanoilla haastattelutilanteeseen. Jos myös esihaastateltavat olisivat saaneet tutustua teemahaastattelurunkoon etukäteen, olisi heiltä voitu saada vielä syvällisempää tietoa ja palautetta haastattelun teemoihin ja kysymyksiin liittyen.

Tutkijan kokemattomuus laadullisen tutkimuksen tekijänä vaikutti tutkimuksen luotettavuuteen varsinkin aineiston keruun ja analysoinnin osalta. Melkein kaikki haastatellut olivat tutkijalle ennestään täysin vieraita. Kontaktin ja vuorovaikutuksen syntyminen sekä luottamuksen luominen oli olennaista haastateltujen kokemusten esille saamiseksi. Teamsin kautta toteutuneissa haastatteluissa tutkija esittäytyi haastattelun aluksi kameran välityksellä ja pyrki näin myös luomaan luottamusta. Etähaastatteluissa kontaktin luominen tuntui huomattavasti vaikeammalta kuin kasvokkaisissa haastatteluissa. Haastattelutilanteessa täsmennettiin ja tarkennettiin kysymyksiä ja vastauksia, jotta keskinäinen ymmärrys lisääntyisi ja kerätty tieto olisi mahdollisimman totuudenmukaisesti ja syvällisesti peräisin haastatellun kokemusmaailmasta, tunteista ja ajatuksista (Hirsjärvi & Hurme 2011, 48). Ryhmähaastattelussa haastateltujen keskinäinen vuorovaikutus näyttäytyi keskeisempänä ja tuki haastateltuja kertomaan kokemuksistaan. Tutkijan oli helpompi pysyä taustalla kuunnellen keskustelua ja esittäen vain kysymyksiä. Yksilöhaastattelussa korostui enemmän tutkijan ja haastateltavan välinen vuorovaikutus.

Teemahaastattelun tutkimusmenetelmänä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, koska kaikkien haastateltavien kanssa käytiin läpi samat, etukäteen laaditut, tutkimuksen viitekehukseen perustuvat teema-alueet etsien vastauksia tutkimustehtäviin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 88). Haastattelurunko auttoi tutkijaa antamaan haastateltujen kertoa kokemuksistaan vapaasti, mutta samalla pitämään keskustelun toivotuissa teemoissa. Näin tutkija pyrki olemaan johdattelematta haastateltavia ja pysymään mahdollisimman neutraalina. Haastateltuja kannustettiin avoimuuteen kokemuksistaan

korostamalla anonymiteettia ja vastausten tunnistamattomuutta. Näin pyrittiin vähentämään haastattelun haittana olevaa ilmiötä eli haastateltujen pyrkimystä vastata sosiaalisesti toivotulla tavalla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 128).

Tutkimusaineiston analysoinnissa käytetty sisällön analyysi on menetelmänä joustava, eikä sen toteuttamiseen ei ole olemassa suoria ohjeita. Jokainen tutkimus on erilainen ja tulokset riippuvat tutkijan oivalluksista ja analyttisistä taidoista. (Elo & Kyngäs 2008, 113.) Tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti tutkijan kokemattomuus laadullisen aineiston analysoijana. Analyysiyksiköitä poimien ja varsinkin pelkistysvaiheessa seuloutua pois jotain olennaista haastateltujen kokemuksista. Teoriaohjassa sisällön analysoinnissa aineiston luokittelua ja käsitteellistämistä ohjasi sekä aineisto että teoria. Kun pääluokkina käytettiin teemahaastattelurungon valmiita teemoja ja apukysymyksiä, on mahdollista, että haastateltujen ääni saattoi jäädä joidenkin kokemusten osalta kuulematta, jos teoria ohjasi aineiston luokittelua liian voimakkaasti. Myös tutkijan omat kokemukset saattoivat olla vaikuttamassa aineistosta nostettaviin analyysiyksiköihin, vaikka tutkija pyrki tietoisesti pitämään omat kokemuksensa etäällä. Kuviossa 16 havainnollistetaan tutkijan ja hänen valintojensa vaikutuksia tutkimuksen luotettavuuteen.



Kuvio 16. Tutkijan vaikutus tutkimuksen luotettavuuteen (tiedot: Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018; Tuomi & Sarajärvi 2018; Saaranen- Kauppinen & Puusniekka 2009; Elo & Kyngäs 2008; Eskola & Suoranta 2008)

Tämän tutkimuksen uskottavuutta (credibility) lisättiin avaamalla mahdollisimman läpinäkyvästi tulosten analysoinnin vaiheita niin sanallisesti kuin havainnollistamalla prosessia kuvion ja taulukon avulla sekä esittämällä tulososiossa autenttisia, suoria lainauksia monipuolisesti eri haastateltujen vastauksista. Näin voitiin osoittaa, että saadut tulokset on kuvattu suhteessa kerättyyn aineistoon ja aineiston analysointi on toteutettu niin, että tulokset vastaavat haastateltujen kokemuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 198). Haastateltujen identifiointi käytettyine koodeineen on avattu tutkimusraportissa. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa vahvistettavuudella kuvataan sitä, että tulokset on nostettu aineistosta, eikä tutkijan omista ajatuksista tai kokemuksista (Tuomi & Sarajärvi 2018, 139).

Tämän tutkimuksen vaiheet, haastateltujen valinta ja heiltä kerätyt taustatiedot on kuvattu tutkimusraportissa mahdollisimman tarkasti, jotta jokainen lukija voi arvioida tulosten mahdollista siirrettävyyttä (transferability) toiseen kontekstiin, joka ei kuitenkaan ole laadullisen tutkimuksen päätavoite (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 198). Tutkimusotoksena 17:sta haastateltua on pieni, eikä aikataulullisesti olisi ollut mahdollista kerätä laajempaa haastatteluaineistoa. Koska haastatelluilta saatiin monipuolisesti tietoa tutkimusilmistä ja aineisto vaikutti saturoituneen, ei suurempi otos olisi välttämättä tuottanut syvällisempää tietoa. Vaikka tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisiin, antavat ne kuitenkin tärkeää tietoa siitä, millaisena itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaaminen puhelimesta voi ammattilaisten näkökulmasta katsottuna näyttäytyä. Lisäksi tutkimustulokset antavat suuntaa sille, millaista ammatillista osaamista ja ammatillista tukea näissä kohtaamisissa tarvitaan.

7.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat, että yhtä lailla sosiaali- kuin terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat eri-ikäisiä itsemurhariskissä olevia asiakkaita myös puhelintoiminnoissaan. Tutkimukseen osallistuneet ammattilaiset kokivat vaadittavan vahvaa ammattitaitoa ja kokemusta tunnistaa ja arvioida itsemurhariskissä olevaa asiakasta puhelimesta. Itsemurhariskissä olevan soittajan kohtaamista pidettiin vuo-

rovaikutuksellisesti erityisen haastavana ja kuormittavana, mutta ammatillisesti tärkeänä interventiona, jonka vaikuttavuutta haluttiin kehittää koulutuksen, yhteisten toimintaohjeiden ja konkreettisten apuvälineiden avulla. Erityisesti puhelintoimintaan suunnatulle vuorovaikutukselliselle täydennyskoulutukselle koettiin tarvetta. Lisäksi pidettiin tärkeänä madaltaa kynnystä muiden ammatillisten tukien, kuten yhteistyön, konsultaatiomahdollisuuden, kuormittavien työtilanteiden purkujen ja työnohjauksen hyödyntämiseksi ammatillisen kehittymisen ja työkyvyn ylläpitämisen tukemiseksi.

Kaikilla tähän tutkimukseen osallistuneilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisella oli puhelintoiminnan vaihtelevasta työkokemuksesta riippumatta kokemusta itsemurhariskissä olevan soittajan kohtaamisesta. Kokemuksia oli itsemurhariskissä olevista soittajista lapsista ikääntyneisiin, mutta eniten oli kohdattu aikuisia ja nuoria. Nuorten osuus itsemurhariskissä olevien soittajien joukossa todettiin viime aikoina lisääntyneen. Kohtaamisten määrä ja tiheys vaihtelivat päivittäisistä, toistuvista kohtaamisista silloin tällöin tapahtuneisiin yksittäisiin kohtaamisiin riippuen enemmän tutkitun toimintayksikön luonteesta kuin siitä työskentelikkö ammattilainen sosiaalivai terveydenhuollossa.

Tämän tutkimuksen mukaan itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaaminen ja arvioiminen puhelimesta on ammatillisesti haasteellista ja kuormittavaa. Myös aikaisempien tutkimusten valossa pelkästään puhelimesta työskentelyn tiedetään vaativan itsenäisen päätöksenteon ja arvioinnin tueksi laaja-alaisia ammatillisia tietoja (Nikula ym. 2013, 11; Orava ym. 2012a, 216) sekä monipuolisia vuorovaikutus- ja tunteiden hallintataitoja (Yliluoma ja Palonen 2019, 4). Doncliffin (2015, 33) on esittänyt itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamiseksi puhelimesta ammattilaiselta vaadittavan lisäksi mielenterveysosaamista. Tutkituista myös ne, joilla oli mielenterveysosaamista, kokivat tarvittavan harjaantumista ja kokemusta vuorovaikutuksen ja luottamuksen luomiseksi ilman katsekontaktia ja varsinkin asiakkaan itsemurhariskin arvioimiseksi pelkän kuuloaistin varassa. Itsemurhariskissä olevan soittajan kanssa keskustellessa ajan antamisen merkitys korostuu (Salzmann-Erikson 2019, 5), mutta sen toteutuminen ei tutkittujen mukaan puhelintoiminnan luonteen takia aina ollut mahdollista.

Vaikka asiakkaan itsemurhariskin varhaisen tunnistamisen tiedetään olevan itsemurhien ehkäisyn näkökulmasta tärkeintä (Holopainen ym. 2010, 184), on tunnistamisessa edelleen puutteita (Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen, McDaid, Mikkonen, Parkkonen, Reini, Salovuori & Tourunen 2018, 115). Niin tässä kuin aikaisemmissakin tutkimuksissa itsemurhariskin tunnistaminen koettiin sitä vaikeampana mitä vähemmän kokemusta ja koulutusta itsemurhariskiin liittyen oli (Tepstra ym. 2018; Tsai ym. 2010). Tiedon ja kokemuksen puute aiheutti huolta itsemurhariskin puheeksi oton negatiivisesta vaikutuksesta soittajaan sekä vähensi uskoa omiin mahdollisuuksiin olla avuksi, joten kaikki tutkitut eivät aktiivisesti kysyneet itsemurhariskistä, ellei asiakas tuonut sitä itse puheeksi. Sama ilmiö on havaittu aikaisemmissa tutkimuksissa (Bolster ym. 2015; Suominen & Valtonen 2013, 883).

Tähän tutkimukseen osallistuneet kuvasivat kokemuksen ja koulutuksen auttavan itsemurhariskin tunnistamisen lisäksi itsemurhariskin vakavuuden arvioinnissa, jota toteutettiin intuitiolla ja haastattelemalla soittajaa ammatillisen kokemuksen myötä oppituilla kysymyksillä. Haastattelu on tutkimusten mukaan luotettavin keino itsemurhariskin arvioimisessa, mutta myös arviointimittareita voidaan käyttää tukena (Suomalainen ym. 2018; Solin & Partonen 2017). Tutkitut kaipasivat apuvälineitä itsemurhariskin tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen ja arviointiin. Itsemurhariskille altistavista tekijöistä kuvattiin kysyttävän monipuolisesti, mutta suojaavia tekijöitä kartoitettiin vähemmän. Aikaisempien tutkimusten mukaan kokonaistilanteen arvioinnissa myös itsemurhariskiltä suojaavista tekijöistä keskusteleminen on olennaista ja lisää asiakkaan toivoa (Vatne & Nåden 2014, 168).

Kaikilla tutkituilla oli kokemusta toistuvasti, yleensä päihtyneenä palveluun soittavista itsetuhoisista asiakkaista, joiden itsemurhariskin arviointi koettiin vaikeaksi. Itsemurhariskin aliarvioimisen mahdollisuus lisääntyy toistuvasti itsetuhoisten asiakkaiden kohdalla (Marzano ym. 2016, 197). Vakiosoittajat herättivät tutkituissa turhautumisen ja ärtymyksen tunteita, joka on tunnistettu myös aiemmissa tutkimuksissa (Saunders ym. 2012, 212; Salmi ym. 2014, 20). Tässä tutkimuksessa ammatilaisten kielteiset tunteet kohdistuivat useammin palvelujärjestelmän puutteisiin, kuten esimerkiksi mielenterveyspalveluihin pääsyn odotusaikaan tai kokemuksiin, että

asiakkaita palloitettiin eri palveluiden kesken. Tutkittujen suhtautuminen itsemurhariskissä oleviin soittajiin kuvautui yleisesti myönteisenä. Tätä päätelmää vahvistavat tutkittujen esiin tuoma kokemus onnistumisesta, kun itsemurhariskissä oleva soittaja otti yhteyttä palveluihin, tutkittujen pyrkimys arvioida tuen tarvetta yhdessä soittajan ja tämän muun verkoston kanssa sekä tutkittujen motivaatio ja aktiivisuus itsemurhariskissä olevan soittajan jatkotuen piiriin ohjaamiseen (Wahlbeck ym. 2018, 119).

Terveydenhuollon ammattilaisia on koulutettu itsemurhariskissä olevien asiakkaiden keskeisinä kohtaajina (Bolster ym. 2015), mutta viime vuosina myös sosiaalihuollon ammattilaisten koulutustarpeet on tunnistettu (Ylinen ym. 2019, 166). Erityisesti ne tähän tutkimukseen osallistuneet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, joilla oli vähemmän kokemusta ja koulutusta toivat esiin tarpeitaan täydennyskoulutukselle ja konkreettisille apuvälineitä soittajan itsemurhariskin tunnistamiseksi, puheeksi ottamiseksi ja arvioimiseksi sekä jatkotuen piiriin ohjaamiseksi. Tepstra ja muut (2018) ovat esittäneet, että lähtö- ja kokemustasosta riippumatta lyhytkin itsemurhien ehkäisykoulutus on hyödyllistä kaikille, jotka saattavat kohdata itsemurhariskissä olevia asiakkaita ja toistuvasti itsemurhariskissä olevia kohtaavien koulutuksen tulee olla säännöllistä (Saunders ym. 2015, 213).

Eniten täydennyskoulutusta tutkitut kokivat tarvitsevansa puhelintoiminnassa työskentelyssä huomioitaviin erityisiin vuorovaikutuksellisiin seikkoihin. Koronaviruspandemian takia puhelimesta työskentely oli entisestään lisääntynyt. Tutkitustikin koronaviruksen myötä väkisin lisääntyneet digitaaliset etäpalvelumallit ovat tulleet osittain jäädäkseen. Mikäli ammattilaisilla ei ole riittävää kokemusta ja koulutusta etäpalveluihin, jää kontakti helposti pinnalliseksi, jolloin asiakkaan tilanteen arviointi vaikeutuu. (Rissanen, Parhiala, Kestilä, Härmä, Honkatukia & Jormanainen 2020, 3; 29.) Koulutuksella on todettu olevan suuri merkitys puhelintoiminnan laatuun (Tarkiainen ym. 2012, 111) sekä asiakaslähtöisyyden onnistumiseen (Urpo ym. 2020, 118).

7.3 Johtopäätökset

Itsemurhariskissä olevan soittajan tunnistaminen ja arviointi nähtiin tärkeänä osana ammatillisuutta, jota haluttiin kehittää. Jotta sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoiminnoissa turvataan itsemurhariskissä olevan asiakkaan mahdollisuus tulla tunnistetuksi ja kohdatuksi ehdotetaan itsemurhien ehkäisyn näkökulmasta ja puhelintoiminnan laadun varmistamiseksi tutkimustulosten perusteella seuraavaa:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten itsemurhien ehkäisyyn liittyvään osaamiseen on panostettava järjestämällä säännöllistä koulutusta jo tunnistettuihin tarpeisiin, kuten ammattilaisten mielenterveysosaamisen vahvistamiseen
- Itsemurhariskissä olevan asiakkaan tunnistamisen, itsemurhariskin puheeksi oton, arvioinnin ja jatkotuen piiriin ohjaamisen saamiseksi systemaattiseksi osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon jokapäiväistä toimintaa tarvitaan ammattilaisten tueksi näyttöön perustuvia menetelmiä
- Kansallisten hoitotyön suositusten laatiminen itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisesta sisältäen tunnistamisen, puheeksi oton, arvioinnin ja jatkotuen piiriin ohjaamisen olisi avain laadukkaaseen, tasavertaiseen ja vaikuttavaan toimintamalliin, ja toisi ammattilaisille heidän kaipaamiaan konkreettisia apuvälineitä ja yhtenäisiä toimintaohjeita
- Sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoiminnassa työskennellessä tiedolliset ja taidolliset vaatimukset ovat jo itsessään korkeat. Puhelimessa työskenteleville ammattilaisille tulisi järjestää säännöllisesti puhelintoimintaan liittyviä koulutuksia ja erityisesti huolehtia systemaattisesti toteutuvasta puhelintoiminnassa tarvittavasta vuorovaikutusosaamisen koulutuksesta

Jatkotutkimusaiheena olisi tärkeä selvittää itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kokemuksia puhelinkohtaamisista, ja kerätä tietoa niistä tekijöistä, joiden avulla ammattilainen voi puhelimesta lisätä luottamusta, tukea asiakasta itsemurhariskistä kertomisessa sekä olla avuksi. Näin on mahdollisuus kehittää itsemurhariskissä olevan asiakkaan ja ammattilaisen välisen puhelinkohtaamisen laatua asiakaslähtöisemmäksi sekä hyödyntää kerättyjä tietoja ammattilaisten itsemurhien ehkäisykoulutuksissa. Tärkeää olisi myös selvittää laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tarpeita täydennyskoulutukselle puhelintoimintaan ja muihin etämenetelmiin liittyen, koska koronaviruspandemia on lisännyt näitä menetelmiä samalla,

kun koronarajoitukset ovat lisänneet asiakkaiden ahdinkoa ja mahdollista itsemurhariskiä. Itsemurhien ehkäisyn näkökulmasta olisi olennaista tutkia myös muiden haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten kanssa työskentelevien tahojen, kuten poliisin, rikosseuraamuslaitoksen, Kelan, työvoimapalveluiden ja seurakunnan työntekijöiden kokemuksia itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kohtaamisesta niin kasvokkaisissa kuin puhelinkohtaamisissa. Näin voitaisiin selvittää, millaisia mahdollisia täydennyskoulutus- ja muita ammatillisen tuen tarpeita heillä olisi asiakkaan itsemurhariskin tunnistamisessa, puheeksi ottamisessa, arvioimisessa ja jatkotuen piiriin ohjaamisessa.

Lähteet

A 583/2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Annettu 24.8.2017. Viitattu 3.8.2020.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170583>.

Aaltonen, K. 2019. Suicidal behavior in depressive or bipolar disorders. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 21.7.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-4845-2>.

Aaltonen, K.I., Isometsä, E., Sund, R. & Pirkola, S. 2019. Risk factors for suicide in depression in Finland: first-hospitalized patients followed up to 24 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139, 154–163. Viitattu 14.7.2020.
<https://doi.org/10.1111/acps.12990>.

Aaltonen, K.I., Isometsä, E., Sund, R. & Pirkola, S. 2018. Decline in suicide mortality after psychiatric hospitalization for depression in Finland between 1991 and 2014. *World Psychiatry Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17, 1, 110–112. Julk. verkossa 19.1.2018. Viitattu 14.7.2020.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5775129/>.
<https://doi.org/10.1002/wps.20501>.

Achté, K., Lindfors, O., Lönnqvist, J. & Salokari, M. 1989. Itsetuhoisuuden ilmenemismuodot. Julkaisussa *Suomalainen itsemurha*. Helsinki: Yliopistopaino. Toim. K. Achté, O. Lindfors, J. Lönnqvist & M. Salokari. Helsinki: Yliopistopaino, 11–20.

Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J. & Wahlbeck, K. 2011. Personal stigma and use of mental health services among people in depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry*, 11, 1, 52, 1–6. Julk. verkossa 31.3.2011. Viitattu 27.6.2020.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-52>.

Bolster, C., Holliday, C. Oneal, G. & Shaw, M. 2015. Suicide Assessment and Nurses: What Does the Evidence Show? *The Online Journal of Issues in Nursing* 20, 1, 2, 1–8. Viitattu 9.7.2020.
<http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No1-Jan-2015/Suicide-Assessment-and-Nurses.html>.

Burns, N. & Grove, S.K. 2011. *Understanding Nursing Research. Building an Evidence-Based Practice*. 5th Edition. USA: Elsevier Saunders.

Burton, M. 2019. Suicide and self-harm: vulnerable children and young people. *Practice Nursing*, 30, 5, 218–223. Julk. verkossa 2.5.2019. Viitattu 23.7.2020.
<https://doi.org/10.12968/pnur.2019.30.5.218>.

Björkman, A. & Salzmänn-Erikson, M. 2019. Giving advice to callers with mental illness: adaptation among telenurses at Swedish Healthcare Direct. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 14, 1. Julk. verkossa 27.1.2019. Viitattu 27.12.2019. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1633174>.

Doncliff, B. 2015. Mental health triage – what skills are needed? *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 21, 8, 32–33. Viitattu 2.5.2020. <https://janet.finna.fi>, EBSCO.

Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S. & Fear, N.T. 2014. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44, 3361–3363. Viitattu 4.8.2020. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001299>.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62, 1, 107–115. Viitattu 6.8.2020. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>.

Epävakaaka persoonallisuus. Käypä hoito -suositus. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 20.7.2020. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Tampere: Vastapaino.

Galynker, I. 2017. *The Suicidal Crisis. Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk*. Oxford: Oxford University Press.

Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. 2018. *Global Burden of Disease 2017 Causes of Death Collaborators. The Lancet Journal. Global Health Metrics*, 392, 1736–1788. Viitattu 24.6.2020. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7).

Haglund, A., Lysell, H., Larsson, H., Lichtenstein, P. & Runeson, B. 2019. Suicide Immediately After Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Cohort Study of Nearly 2.9 Million Discharges. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80, 2, 1–6. Viitattu 28.4.2021. <http://doi.org/10.4088/JCP.18m12172>.

Health Statistics for the Nordic Countries 2017. 2017. Copenhagen: NOMESCO Nordic Medico-Statistical Committee 108:2017. Viitattu 29.3.2021. <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1148509/FULLTEXT05.pdf>.

Heiskanen, T. 2017. Miten itsemurha-ajatuksista voi kysyä? Julkaisussa *Masennus. Toim. O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M.O. Huttunen & J. Tuulari*. Helsinki: Duodecim, 363–364.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelu teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.

Hoffmann, T., Bennet, S. & Del Mar, C. 2013. *Evidenced-Based Practice across the Health Professions*. Chatswood, Sydney: Churchill Livingstone, Elsevier.

Holopainen, J., Helama, S. & Partonen, T. 2010. Meemit ja suomalainen itsemurha. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 47, 3, 174–186. Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden verkkosivut, arkisto, artikkeli, PDF-dokumentti. Viitattu 22.7.2020. <https://journal.fi/sla/article/view/3624>.

Holopainen, J. & Partonen, T. 2014. Itsemurha. Julkaisussa *Kuoleman kulttuurit Suomessa*. Toim. O. Halkola, S. Kivistö & V. Mäkinen. Helsinki: Gaudeamus, 202–213.

Hyyryläinen-Järvenpää, P. 2007. Terveystieteiden ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta. *Lääkärilehti* 62, 5, 427–439. Viitattu: 30.11.2019. <https://janet.finna.fi>, Medic.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Toim. I. Kohonen, A. Kuula-Luumi & S-K. Spoo. Helsinki: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3/2019. Viitattu 3.3.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf.

Itsemurhien ehkäisy. 2019. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. THL:n verkkosivut. Päivitetty 10.9.2019. Viitattu 2.2.2020. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/itsemurhien-ehkaisy>.

Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 2.2.2020. www.kaypahoito.fi.

Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1990-2018 eri ikäryhmittäin. 2020. Sotkanetin tulostaulukko. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Indikaattoreina: Itsemurhat 0-17 vuotiailla/100 000 vastaavanikäistä; Itsemurhat 18 - 24-vuotiailla/100 000 vastaavanikäistä; Itsemurhakuolleisuus 25 - 64-vuotiailla / 100 000 vastaavanikäistä; Itsemurhakuolleisuus 65 vuotta täyttäneillä / 100 000 vastaavanikäistä. Viitattu 19.2.2020. https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?indicator=s_Z1ije01jWONwQA®ion=s07MBAA=&year=sy5ztC7V0zUEAA==&gender=t&t=line.

Itsemurhien takia menetetyt elinvuodet. 2016. Sotkanetin tulostaulukko. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Indikaattori ilmaisee ennen 80 ikävuotta tapahtuneiden itsemurhien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärää väestössä 100 000 asukasta kohti. Itsemurhien vuoksi menetetyt elinvuodet (PYLL = Potential Years of Life Lost) -indeksi lasketaan kuolinsyytilaston peruskuolinsyyntä perusteella. Viitattu 19.2.2020. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/kartta?indicator=s44KBQA=®ion=szZ3tc7UM7Q2ygcA&year=sy4rBwA=&gender=t>.

Kallinen, K., Pirskainen, H. & Rautio, S. 2015. Sensitiivinen tutkimuksessa. Menetelmät, kohderyhmät, haasteet ja mahdollisuudet. Jyväskylä: United Press Global.

Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M.O. & Tuulari, J. 2017. Masennuksen monet kasvot. Julkaisussa Masennus. Toim. O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M.O. Huttunen & J. Tuulari. Helsinki: Duodecim, 10–18.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2018. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kansallisen lasten ja nuorten turvallisuuden edistämisen ohjelman tavoite- ja toimenpidesuunnitelma vuosille 2018-2025: Osa I. Toim. U. Korpilahti. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 11/2018. Viitattu 23.7.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-082-2>.

King, N., Horrocks, C. & Brooks, J. 2019. Interviews in Qualitative Research. 2nd Edition. London: SAGE Publications.

Kuolemansyyt. 2020. Itsemurhat. Itsemurhan tehneiden määrä 1921-2019. Julk. 14.12.2020. Helsinki: Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto, Itsemurhat. Viitattu 5.2.2021. Findikaattorin verkkodokumentti. <https://findikaattori.fi/fi/10>.

Kuolemansyyt 2018. 2019. Helsinki: Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto. Viitattu 2.6.2020. Tilastokeskuksen verkkosivut. PDF-dokumentti. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_fi.pdf.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. painos. Tampere: Vastapaino.

L 66/1972. Kansanterveyslaki. Annettu 28.1.1972. Viim. muutos 9.8.2019. Viitattu 3.8.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1972/19720066>.

L 1326/2010. Terveysturvallisuuslaki. Annettu 31.12.2010. Viim. muutos 4.12.2019. Viitattu 3.8.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Laukkala, T., Jylhä, P., Isometsä, E., Koponen, H., Marttunen, M., Wahlbeck, K., Laajasalo, T., Vuorio, A. & Pirkola, S. 2020. Itsemurhaa yrittäneen psykiatrisen hoito – kysy, kuuntele ja hoida perussairaus. Lääkärilehti 38, 75, 1920–1925. Viitattu 31.3.2021. <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2020/SLL382020-1920.pdf>. Pysyväsosoite: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/319954>.

Liukko, E. & Nykänen, E. 2019. Sosiaalityön tulevaisuus- sosiaalityö julkisena hallintoehtävänä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita, 47. Viitattu 29.2.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4091-8>.

Luoma, J.B., Martin, C.E. & Pearson, J.L. 2002. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. The American Journal of Psychiatry, 159, 6, 909-916. Viitattu 1.8.2020. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>.

Löfman, S. & Mainio, A. 2018. Masennuslääkitys ja itsemurhat. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 134, 18, 1776–1778. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin verkkosivut. Viitattu 14.7.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14524>.

Lönnqvist, J. 2017a. Masennuksen ehkäisy ja hoito itsemurhien ehkäisykeinoina. Julkaisussa Masennus. Toim. O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M.O. Huttunen & J. Tuulari. Helsinki: Duodecim, 365–366.

Lönnqvist, J. 2017b. Itsemurhan riskitekijät. Julkaisussa Masennus. Toim. O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M.O. Huttunen & J. Tuulari. Helsinki: Duodecim, 358–360.

Lönnqvist, J. 2017c. Itsetuhokäyttäytyminen ja siihen suhtautuminen. Julkaisussa Masennus. Toim. O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M.O. Huttunen & J. Tuulari. Helsinki: Duodecim, 357–358.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E. & Marttunen, M. 2017. Itsetuhokäyttäytyminen. Julkaisussa Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen. Helsinki: Duodecim, 15. painos, 586–603.

Mathias, C.W., Furr, R.M., Sheftall, A.H., Hill-Kapturczak, N., Crum, P. & Dougherty, D.M. 2012. What's the Harm is Asking about Suicidal Ideation? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 3, 341–351. Julk. verkossa 30.4.2012. National Institutes of Health Public Access. Author Manuscript. Viitattu 4.8.2020. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.0095.x>.

Marzano, L., Smith, M., Long, M., Kisby, C. & Hawton, K. 2016. Police and Suicide Prevention. Evaluation of a Training Program. *Crisis* 37, 3, 194–204. Viitattu 4.1.2019. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000381>.

Metsä-Simola, N., Moustgaard, H. & Martikainen, P. 2020. Time patterns of external and alcohol-related mortality after marital and non-marital separation: the contribution of psychiatric morbidity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74, 6, 510–518. <https://doi.org/10.1136/JECH-2019-213555>

Mielenterveysbarometri. 2019. Mielenterveyden keskusliitto ja Kantar TSN Oy. Mielenterveyden keskusliiton verkkosivut. Viitattu 4.7.2020. <https://www.mtkl.fi/toimintamme/julkaisut/mielenterveysbarometri2019/>.

Morgan, D. L. 2019. *Basic and Advanced Focus Groups*. London: SAGE Publications.

Nigel, K., Horrocks, C. & Brooks, J. 2019. *Interviews in Qualitative Research*. 2th Edition. London: SAGE Publication

Nikula, J., Kaakinen, P., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2013. Perusterveydenhuollon puhelinneuvonnan laatu hoitotyöntekijöiden arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 12, 2, 4–13. Viitattu 11.1.2020. <https://janet.finna.fi>, eMagz.

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen M. 2012a. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede*, 24, 3, 216–231. Viitattu 2.1.2020. <https://janet.finna.fi>, Elektra.

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012b. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen

puhelinohjaus. *Hoitotiede*, 24, 3, 232–243. Viitattu 2.1.2020. [https://janet.finna.fi, Elektra](https://janet.finna.fi/Elektra).

Pajunen, P., Valtonen, H. & Suominen, K. 2017. Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja masennustilat. Julkaisussa *Masennus*. Toim. O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M.O. Huttunen & J. Tuulari. Helsinki: Duodecim, 225–234.

Pallaskorpi, S., Suominen, K., Ketokivi, M., Valtonen, H., Arvilommi, P. Mantere, O., Leppämäki, S & Isometsä, E. 2016. Incidence and predictors of suicide attempts in bipolar I and II disorders: A 5-year follow-up study. *Bipolar Disorders an Interntional of Journal Psychiatry and Neurosciences*, 19, 1, 13–22. Viitattu 30.11.2019. <https://doi.org/10.1111/bdi.12464>.

Partonen, T., Eklin, A., Grainger, M. Kauppila, R., Suvisaari, J. & Virtanen A. 2020. Itsemurhakuolemat Suomessa 2016-2018. Oikeuslääketieteellinen tutkimus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 3/2020. Viitattu 4.7.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-446-2>.

Partonen, T. & Solin, P. 2019. Itsemurhien ehkäisy vaatii jatkuvaa työtä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 36/2019. Viitattu 4.7.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-391-5>.

Practice guideline for the Assesment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. 2003. American Psychiatric Association. Amerikan psykiatriyhdistyksen verkkosivut. PDF. Julkaistu 10/2003. Viitattu 1.3.2020. <https://www.psychiatry.org/>, Psychiatrists, Practice, Clinical Practice Guidelines, Legacy Practice Guidelines, Suicidal Behaviors.

Preventing suicide: A global imperative. 2014. World Health Organization. Raportti WHO:n verkkosivuilla. Viitattu 24.6.2020. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.

Päivystysapu. 2020. Päivystysapu 116 117. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön verkkosivut. Julk. 9.11.2020. Viitattu 6.2.2021. <https://stm.fi/116117fi>.

Ramberg, I-L., Di Lucca, M.A. & Hadlaczky, G. 2016. The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13, 2, 195, 1-12. Viitattu 24.7.2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph13020195>

Rissanen, P., Parhiala, K., Kestilä, L., Härmä, V., Honkatukia, J. & Jormanainen, V. 2020. COVID-19-epidemian vaikutukset väestön palvelutarpeisiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen – nopea vaikutusarvio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 8/2020. Viitattu 6.4.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-496-7>.

Ritchie, H., Roser, M. & Ortiz-Ospina, E. N.d. Suicide. Our World in Data. World Health Organization (WHO) & Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) Global Burden of Disease (GBD) ylläpitämä tilasto verkossa. Viitattu 4.7.2020. <https://ourworldindata.org/suicide>.

- Rodi, P.M., Roškar, S & Marušič, A. 2010. Suicide Victims' Last Contact With the Primary Care Physician: Report from Slovenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 3, 280–287. Viitattu 27.12.2019. <https://doi.org/10.1177/0020764009105330>.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula L. 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Toim. J. Ruusuvuori & L. Tiittula. Tampere: Vastapaino.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, Tampereen yliopisto. Viitattu 24.2.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/tietoarkisto/julkaisut/kvalimotv.pdf>.
- Salmi, T.M., Kaunonen, M., Rissanen, M.-L. & Aho, A.L. 2014. Nuorten itsetuhoisuus ja avunsaanti itsetuhoisuuteen. *Hoitotiede* 26, 1, 11–24. Viitattu 9.7.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1641634>.
- Santos, J.C. 2018. Suicide and Self-Harm. Julkaisussa *European Psychiatric/Mental health nursing in the 21st Century. A Person-Centered Evidence-Based Approach*. Toim. J.C. Santos & J.R. Cutcliffe. Switzerland: Springer International Publishing, 441–452.
- Saunders, K.E.A, Hawton, K., Fortune, S. & Farrell, S. 2012. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139, 3, 205–216. Viitattu 22.7.2020. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.024>.
- Soininen, L. 2019. Päivystysapu 116 117 – kiireellistä hoidoan tarpeen arvioita ennalta määrättyin kriteerein. *Duodecim*, 135, 227–228. Viitattu 3.8.2020. <http://hdl.handle.net/10138/298889>.
- Solin, P., Jokinen, J., Partonen, T., Reinikainen, J., Seppänen, A. & Tamminen, N. 2019. Itsemurhien ehkäisy – koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 20/2019. Viitattu 24.7.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-332-8>.
- Solin, P. & Partonen, T. 2017. Tunnista itsemurhan vaara! Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*, 133, 15, 1405–1410. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin verkkosivut. Viitattu 30.11.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13830#s3>.
- Solin, P., Suvisaari, J. & Viertiö, S. 2019. Itsemurha-ajatukset, mielenterveysoireet ja terveystalveluiden käyttö ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2017-2018 alueellinen tarkastelu. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 35/2019. Viitattu 26.1.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-390-8>.
- Sosiaalihuolto. 2017. Kuntaliiton verkkosivut. Päivitetty 24.1.2017. Viitattu 31.7.2020. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto>.
- Suokas, J.T., Suominen, K., Heilä, H., Ostamo, A., Aalto-Setälä, T., Perälä, J. Saarni, S., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J.M. 2011. Attempted suicide in mental disorders in young adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 10, 965–974. Viitattu

21.7.2020. <https://janet.finna.fi>, ProQuest. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0272-5>.

Suokas, J.T., Suominen, K. & Lönnqvist J. 2009. The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients. A comparative study before and after establishment of a psychiatric consultation service. *Crisis the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 30, 3, 161–165. Julk. verkossa 18.9.2009. Viitattu 23.7.2020. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.3.161>

Suomalainen, L., Seilo, N., Haravuori, H. & Marttunen, M. 2018. Nuorten viiltely ja muu itsetuhoisen käyttäytyminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 134, 8, 857–864. Duodecim-lehden verkkosivut. Viitattu 6.7.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14287>.

Suominen, K. & Valtonen, H. 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 129, 8, 881–885. Viitattu 1.3.2020. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Sutton, J. & Austin, Z. 2015. Qualitative Research: Data Collection, Analysis, and Management. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 68, 3, 226–231. Viitattu 6.8.2020. <https://doi.org/10.4212/cjhp.v68i3.1456>.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2017. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Julkaisussa *Psykiatria. Toim. J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen, T.* Helsinki: Duodecim, 141–204.

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Tarkiainen, K., Kyngäs, H., Kaakinen, P. & Kääriäinen, M. 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystysyksikössä. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö. *Hoitotiede*, 24, 2, 98–113. Viitattu 30.12.2019. <https://janet.finna.fi>, Elektra.

Terpstra, S., Beekman, A., Abbing, J., Jaken, S., Steendam, M. & Gilissen, R. 2018. Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health* 18, 637, 1-8. Julk. verkossa 18.5.2018. Viitattu 24.7.2020. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5512-8>.

Terveyskeskus toimivaksi. 2004. Kansallisen terveydenhuollon kenttäkierroksen raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 13. Viitattu 5.1.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70623/Selv200413.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Tsai, W.-P., Lin, L.-Y., Chang, H.-C., Yu, L.-S. & Chou, M.-C. 2010. The Effects of the Gatekeeper Suicide-Awareness Program for Nursing Personnel. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47, 117-125. Viitattu 24.7.2020. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00278.x>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Urpo, M., Åstedt-Kurki, P., Raassina, J. & Palonen, M. 2020. Asiakkaiden kokemuksia puhelinneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*, 32, 2, 110–121. Viitattu 28.6.2020. <https://janet.finna.fi>, ProQuest.

Vatne, M. & Nåden, D. 2014. Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises. *Nursing Ethics*, 21,2,163–175. Viitattu 11.7.2020. <http://doi.org/10.1177/0969733013493218>.

Vorma, H., Rotko, T. Larivaara, M. & Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Julk. 11.2.2020. Viitattu 4.7.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>.

Wahlbeck, J. & Aromaa, E. 2011. Research on stigma related to mental disorders in Finland: a systematic literature review. *Psychiatria Fennica* 42, 89–111. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivut. THL.fi, Research and expert work, Projects, Aspen, Mental disorder stigma research. PDF-dokumentti. Viitattu 23.7.2020. https://thl.fi/documents/189940/260618/PsychFenn_Wahlbeck_Stigma.pdf.

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, I., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Helsinki: Valtioneuvosto. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018. Viitattu 6.4.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-501-3>.

Webropol 2020. Tietoturvakuvaus, Webropol-kyselypalvelut. Viitattu 3.2.2021. https://webropol.fi/wp-content/uploads/2020/04/Tietoturvakuvaus-Webropol-kyselypalvelut_FI_2020_.pdf.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. 2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. Viitattu 12.2.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>.

Yliluoma P. & Palonen, M. 2019. Telenurses' experiences of interaction with patients and family members: nurse-caller interaction via telephone. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2019, 1–9. Julk. 27.10.2019. Viitattu 2.1.2020. <https://doi.org/10.1111/scs.12770>.

Ylinen, S., Valokivi, H., Rissanen, S. & Kallioma-Puha, L. 2019. Itsemurhariskissä olevan ikäihmisen kanssa työskentelyssä vaaditut taidot sosiaalityössä – katsaus kansainväliseen tutkimukseen. *Gerontologia* 33, 4, 155–170. Viitattu 23.7.2020. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.84416>.

Liitteet

Liite 1. Teorettisessa katsauksessa hyödynnetyt aikaisemmat tutkimukset

Tekijä	Tutkimus	Maa ja vuosi	Mitä tutkittiin/ tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustyyppi	Otos ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Aaltonen, K.	Suicidal behavior in depressive or bipolar disorders.	Suomi 2019	Tutkitaan itsemurhakäyttäytymistä, kuten itsemurha-ajatusta, -yrityksiä ja -kuolemia selittäviä tekijöitä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa masennuksen tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön takia hoidossa olleiden suomalaisten keskuudessa. Kaksi ensimmäistä selvitti itsemurha-ajatusten ja yritysten välisiä riskitekijäeroja. Kaksi jälkimmäistä on erikseen alla.	Määrällinen tutkimus/Väitöskirja	188 masennuksesta ja 99 kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivää pääkaupunkiseudun psykiatrisen esh:n potilasta	45 prosenttia oli yrittänyt itsemurhaa ainakin kerran, ja itsemurhayrityksiä selittivät masennuksen vaikeampi oirekuva, alkoholiriippuvuus, epävaakaan persoonallisuuden piirteet sekä lapsuudenaikainen fyysinen kaltoinkohdeltu, joka lisäsi riskiä sekä yrityksille, että itsemurha-ajatuksille. Itsemurha-ajatusten riskiä lisäsi masennus ja toivottomuus, yrityksiä vaikeampi oireilu ja itsekontrollin väheneminen.
Aaltonen, K., Iso-metsä, E. Sund, R. & Pirkola, S.	Decline in suicide mortality after psychiatric hospitalization for depression in Finland between 1991 and 2014	Suomi 2018	Tutkitaan itsemurhakuolleisuuden kumulatiivista riskiä masennuksen takia ensimmäistä kertaa psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden suomalaisten kohdalla sekä itsemurhakuolleisuuden ajallisia suuntauksia	Määrällinen seuranta tutkimus 24 vuoden ajanjaksolla kerättyinä sairaalarekisteristä sekä kuolinsyrekisteristä.	56826 18-vuotta täyttäneitä ensimmäistä kertaa psykiatrisessa osastohoidossa masennuksen takia olleet potilaat vuosien 1991–2011 välillä, seuranta-aika päättyy v. 2014	17 % potilaista teki itsemurhan. Itsemurhan kumulatiivinen riski oli n. 6 %, miehillä 8,6 ja naisilla 4,1 ollen suurimmillaan ensimmäisen vuoden aikana. Itsemurhakuolleisuus on vähentynyt johdonmukaisesti v. 1991. Masennuksen kumulatiivinen itsemurhariski riippuu ajanjaksosta ja tilanteesta.

Aaltonen, K., Iso-metsä, E. Sund, R. & Pirkola, S.	Risk factors for suicide in depression in Finland: first-hospitalized patients followed up to 24 years	Suomi 2019	Selvitetään pitkänajan riskitekijöitä masentuneen itsemurhalle, sukupuolieroja itsemurhariskissä ja itsemurhamenetelmissä	Määrällinen tutkimus, kts. ed.	Kts. ed.	Masennuksen vaikeusaste, samanaikainen päihdeongelma, miessukupuoli, korkea sosioekonominen asema ja yksiasuminen nousivat riskitekijöiksi. Suurin riski oli aiemmin itsemurhaa yrittäneillä miehillä 15,4 % ja naisilla 8,5 %. Miesten käyttämät tappavimmat itsemurhamenetelmät nähtiin vaikuttamassa miesten riskiä lisäävästi.
Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J. & Wahlbeck; K.	Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland	Suomi 2011	Analysoida mielenterveyteen liittyvien asenteiden ja masennuksen välisiä yhteyksiä sekä niiden yhteyttä masentuneiden mielenterveyspalveluiden käyttöön	Poikittaistutkimus, määrällinen tutkimus	Kysely, 5160 vastaajaa	Masentuneet suhtautuivat suvaitsevaisemmin mielenterveyshäiriöihin ja käsitys masennuslääkkeistä ja niiden vaikutuksista oli heillä positiivisempi kuin niillä, joilla ei ollut omaa kokemusta. Leimautumisen pelko tai syrjäytyminen huolestutti enemmän ei masentuneiksi itseään kokevia. Vakavasti masentuneet ja positiivisemmin masennuslääkkeisiin suhtautuvat käyttivät palveluita aktiivisemmin.
Bolster, C., Holliday, C. Oneal, G. & Shaw, M.	Suicide Assessment and Nurses: What Does the Evidence Show?	Yhdysvallat 2015	Tarkastella sairaanhoitajien itsemurhien arviointikoulutuksen tasoa	Kirjallisuuskatsaus	19 artikkelia	Sairaanhoitajat kohtaavat etulinjassa itsetuhoisia potilaita. Itsemurhariskin tunnistaminen, arviointi ja hoitaminen vaatii koulutusta. Asenteet ja uskomukset vaikuttavat itsemurhariskissä

						olevan tunnistamiseen ja arviointiin. On olemassa koulutusinterventioita, jotka on todettu hyödyllisiksi.
Björkman, A. & Salzmänn-Erikson, M.	Giving advice to callers with mental illness: adaptation among telenurses at Swedish Healthcare Direct	Ruotsi 2019	Kuvata SHD:ta ja sen ominaisuuksia monimutkaisessa järjestelmässä ja haastateltujen kokemuksia ja taitoja ohjata ja neuvoa mielenterveysongelmaisia	Laadullinen tutkimus	Haastateltiin 20 SHD:ssä työskentelevää sairaanhoitajaa	SHD:ssa on monimutkainen puhelinverkkojärjestelmä, jossa hoitaja on jatkuvassa vuorovaikutuksessa monien eri tahojen ja monenlaisten potilaiden kanssa. Hoitajan on sopeuduttava ja mukaututtava jatkuvasti uusiin tilanteisiin soittajan mukaan. Heillä on jatkuva tietoisuus heidän neuvojen ja ohjeiden vaikutuksesta potilaaseen. Heillä on psykiatrisen sairaiden kanssa kohdatessa hahmotus ohuella linjalla tasapainoilusta. Hoitajilla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa puheluiden määrään tai soittajien aikomuksiin.
Holopainen, J., Helama, S. & Partonen, T.	Meemit ja suomalainen itsemurha	Suomi 2010	Tarkastella meemin käsitteen soveltuvuutta suomalaiseen itsemurhatutkimukseen ja lisätä ymmärrystä itsemurhan välittymisen ideaa kulttuurin piirissä ja ilmiön muuttumista ajan suhteen	Määrällinen tutkimus	suomalaisten itsemurhalukujen/tutkimusten tarkastelua vuosien 1751–2008 välillä	Itsemurhalla pitkä historia, johon liittyy sukupolvelta toisella kopioituvia erityisiä meemejä, jotka ilmenevät valtakunnallisesti ja alueellisesti erityispiirteinä. Meeminäkökulma painottaa kulttuurin piirissä tarjottavien uudenlaisten käsittelytapojen tarjoamista itsemurhien ehkäisyssä.

Luoma, J.B., Martin, C.E. & Pearson, J.L.	Contact with Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence	Yhdysvallat 2002	Selvittää itsemurhan tehneiden yhteydenottamista perusterveydenhuoltoon ja mielen-terveysalan ammattilaisiin itsemurhaa edeltävästi	Kirjallisuuskatsaus	40 tutkimusta	Kolme neljästä itsemurhan tehneistä on ollut viimeisen vuoden aikana yhteydessä pth:oon, 1/3 mielenterveys-palveluihin. 45 prosenttia itsemurhan tehneistä oli yhteydessä perusterveydenhuoltoon kuukautta ennen itsemurhaa, erityisesti ikäihmiset. 1/5 oli yhteydessä mielenterveyspalveluihin itsemurhaa edeltävän kuukauden aikana. Perusterveydenhuoltoon tarvitaan osaamista itsemurhariskin tunnistamiseen.
Marzano, L., Smith, M., Long, M., Kisby, C. & Hawton, K.	Police and suicide prevention: Evaluation of training program	Iso-Britannia 2016	Kehittää ja arvioida rautatie-poliisin itsemurhatietouden ja ennaltaehkäisyn koulutusta. Tutkittiin koulutuksen vaikutusta poliisien itsemurhien ehkäisyyn, itsemurhiin liittyviin tietoihin, asenteisiin ja luottamukseen omista kyvyistä tunnistaa ja kohdata itsemurha-vaarassa olevia (myös työtovereita ja oma altistuminen traumaattisille kokemuksille).	Kyselytutkimus sekä haastattelututkimus, tutkimuksessa kaksi kohderyhmää. Heti ensimmäisen kyselyn vastaaja osallistui koulutusohjelmaan, toinen kysely täytettiin heti koulutuksen jälkeen ja kolmas 6 kk:tta koulutuksesta.	53 poliisia osallistui kyselytutkimukseen ja 10 puolistrukturoituun haastattelututkimukseen.	Lähtötasoltaan poliiseilla oli itsemurhien ehkäisyyn liittyen epäyhtenäiset tiedot ja luottamus vaikutusmahdollisuuksiinsa ja asenteet pääosin positiivisia. Itsemurhien ehkäisemistä koskeva koulutus sai hyvän vastaanoton ja koulutuksella oli myönteinen vaikutus pitkällä aikavälillä poliisin asenteisiin, tietoihin ja lisäsi luottamusta omiin vaikutusmahdollisuuksiin poliisina ehkäistä itsemurhia.
Mathias, C.W, Furr, R.M., Sheftall, A.H., Hill-	What's the Harm is Asking about Suicidal Ideation?	Yhdysvallat 2012	Selvittää lisääkö itsemurha-ajatuksista kysyminen näitä ajatuksia	Määrällinen tutkimus, jossa puolen vuoden välein kahden vuoden ajan	12–17-vuotiaita psykiatrisessa sairaalassa hoidossa olleita nuoria. Tutkimuk-	Itsemurha-ajatuksista kysyminen ei lisää itsemurha-ajatuksia. Itsemurha-ajatuksista kysyminen jopa vähentää

Kapturczak, N., Crum, P. & Dougherty, D.M.				toistettiin kyselytutkimus	seen osallistui yhteensä 170, puolet oli tyttöjä ja puolet poikia.	niitä. Kysyminen ja keskusteleminen itsetuhoisista ajatuksista on paras ja luotettavin tapa arvioida itsetuhoisuutta.
Nikula, J., Kaakinen, P., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M.	Perusterveydenhuollon puhelinneuvonnan laatu hoitotyöntekijöiden arvioimana	Suomi 2013	Kuvata puhelinneuvonnan laatua perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöiden arvioimana.	Määrällinen tutkimus, aineisto kerättiin tutkimusta varten kehitetyllä ohjauksen laatu- kyselylomakkeella	Systemaattinen otanta terveyskeskuksista (22), kuuden kuntayhtymän alueelta Keski- ja Pohjois-Pohjanmaalta. Tutkimukseen osallistui 102 vastaanottojen ja päivystysten puhelinneuvontaa toteuttavaa hoitotyöntekijää (N=156) eli vastausprosentti oli 65 prosenttia. Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla	Hoitotyöntekijät tunnistivat työtään ohjaavan ammattieettiset ja juridiset lähtökohdat. 56 % eli hieman yli puolet hoitotyöntekijöistä arvioi ammatilliset tietonsa ja taitonsa hyväksi ja 44 % eli lähes puolet huonoiksi. Vuorovaikutus asiakkaan kanssa arvioitiin toteutuvan hyvin ja 78 % arvioi puhelinneuvonnalla olevan myönteisiä vaikutuksia asiakkaiden terveydentilaan. Yli puolet (67 %) arvioi asiakaslähtöisyyden toteutuvan huonosti. Kolmannes (37 %) ei arvostanut terveydenhuollon puhelinneuvontaa toimintona. Työolosuhteet arvioitiin huonoiksi (88 %) ja apuvälineiden saatavuus myös (79 %).
Orava, Marjo, Kääriäinen, Maria & Kyngäs Helvi	Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus	Suomi 2012	Kuvata hoitajan antamaa puhelinohjausta reaktiivisessa eli asiakkaan aloitteesta, yleensä äkillisessä terveyshaasteessa tulevassa puhelussa	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	43 alkuperäistutkimusta analysoitu laadullisesti	Puhelinohjauksessa syntyy parhaimmillaan luottamuksellinen vuorovaikutus ja se on asiakaslähtöistä. Puhelinohjausta tekevällä hoitoalan ammattilaisella on oltava

						vahva ammatillinen osaaminen, jota on koko ajan kehitettävä. Puhelinohjauksessa työskentelevä tekee itse näistä työtä strukturoitujen ohjeistuksen tuella ja puhelimitse tapahtuva hoitotyö on vaativaa ja haastavaa. Puhelinohjauksen laadun arviointia on moniulotteista, ja arviointia on kehitettävä varsinkin asiakkaisiin kohdistuvien vaikutusten osalta.
Orava, M., Kääriäinen, M. & Kynäs H.	Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus	Suomi, 2012	Hoitajan antamaa proaktiivista puhelinohjausta, jossa hoitaja tekee aloitteen ohjauskontaktista ja se perustuu hoitosuunnitelmaan.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	55 alkuperäistutkimusta analysoitu laadullisen sisällön analyysin mukaan	Proaktiivinen puhelinohjaus on hoitosuunnitelmaan perustuva, hoitaja tekee aloitteen ohjauskontaktista. Hoitajalla on oltava riittävä ammatillinen osaaminen mm. ko. hoitotyön erityispiirteistä ja palvelujärjestelmästä. Hoitajan on omattava aktiivisen kuuntelemisen, ongelmaratkaisutaitojen ja ohjaustaitojen lisäksi vastavuoroiset ohjaustaidot. Hoitaja on usein osa moniammatillista tiimiä.
Pallas-korpi, S., Suominen, K., Ketokivi, M., Valtonen,	Incidence and predictors of suicide attempts in bipolar I and II disorders: A 5-years follow-up study	Suomi 2016	Itsetuhoyritysten esiintyvyyttä kaksisuuntaisen mielialahäiriön (tyyppi I ja II) sairastamisen jaksoilla ja erityisesti itsemurhayrityksen riskin esiintyvyys vaikean masennuksen aikana.	Määrällinen tutkimus	177 potilasta, joilla kaksisuuntaisen mielialahäiriön tyyppi I ja tyyppi II sairaus, 5 vuoden seuranta-aika	Bipolaaritaudin sekamuotoisen sairausjakson aikana riski itsemurhayritykselle on 120 kertaa suurempi kuin oireetoman jakson aikana. Masennusjaksoissa esiintyvyys 60x oireettomaan jaksoon

H., Arvilommi, P., Mantere, O., Leppämäki, S. & Isometsä, E.						verrattuna. Suurin osa itsemurhayrityksistä tehdään masennusjakson aikana (masennusjakson pituus, vaikeusaste ja Clusterin C persoonallisuushäiriö (estynyt, eristäytynyt ym.) lisää riskiä.
Partonen, T., Eklun, A., Grainger, M. Kauppila, R., Suvisaari, J. & Virtanen A.	Itsemurhakuolemat Suomessa 2016–2018. Oikeuslääketieteellinen tutkimus	Suomi 2020	Selvittää itsemurhakuolemia Suomessa vuosina 2016–2018 sekä niiden taustatekijöitä	Määrällinen tutkimus	2400 itsemurhaan kuollutta	Itsemurhakuolemissa on eroa alueellisesti, ikäryhmäkohtaisesti ja sukupuolittain. Itsemurhantekotavat poikkeavat myös alueittain ja ikäryhmittäin.
Ramberg, I-L., Di Lucca, M.A. & Hadlaczky, G.	The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention.	Ruotsi 2016	Selvittää mitkä muut tekijät kuin tieto vaikuttavat työntekijöiden asenteisiin työskennellä itsetuhoisten potilaiden kanssa ja ehkäistä itsemurhia	Määrällinen tutkimus	Kyselylomakkeella, otos 358 Tukholman alueen psykiatrian eri koulutustaustalla olevaa työntekijää	Itsemurhien ehkäisykoulutuksen tarjoaminen parantaa asenteita itsemurhien ehkäisemiseen ja antaa luottamusta työntekijöiden kykyyn itsemurhariskissä olevan potilaan kohtaamisessa. Työn selkeys, luottamus ja asenteet ennaltaehkäisyyn nousivat keskeisiksi teemoiksi. Työkokemus, riittävä koulutus, joka on jatkuvaa, on tärkeää itsemurhien ehkäisemiseksi.
Rodi, P.M., Roškar, S & Marušic, A.	Suicide Victims' Last Contact with the Primary Care Physician: Report from Slovenia	Slovenia 2010	Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida/selvittää vuosien 1993–2003 välisenä aikana Škofja Loka-alueella itsemurhaan kuolleiden viimeinen lääkärin tapaamisen ajankohta	Määrällinen tutkimus	Otoksena oli 105 itsemurhaan kuollutta sekä kontrolliryhmä. Itsemurhaan kuolleiden lääketieteelli-	30 77:stä itsemurhaan kuolleesta oli tavannut lääkärin viimeisen kuukauden aikana ennen itsemurhaa. 14 77:stä oli tavannut lääkärin edellisellä viikolla. 30 prosentilla

			ennen itsemurhaa ja syy ta- paamiselle.		sistä kuolintodistuk- sista selvitettiin su- kupuoli, ikä ja itse- murhamenetelmä ja henkilökohtaisista potilastiedoista en- nen itsemurhaa edel- linen lääkärin tapaa- minen ja lääkärin vastaanottokäynnin syy. 77:lle itsemur- haan kuolleelle löytyi potilastiedot.	itsemurhaan kuolleista syynä viimeiseen lääkärikäyntiin oli mielenterveysongelma. Tu- lokset korostavat peruster- veydenhuollon lääkäreiden tärkeää roolia itsemurhien ehkäisyssä.
Salmi, T.M., Kau- nonen, M., Rissanen, M-L. & Aho A.L.	Nuorten itsetu- hoisuus ja avun- saanti itsetuhoi- suuteen	Suomi 2014	Kuvata itsetuhoisuuden ilme- nemistä ja syitä sekä odotuk- sia avun saannille itsetuhois- ten nuorten näkökulmasta	Laadullinen tutkimus	26 nuorta osallistui tutkimukseen. Ai- neisto kerättiin va- paamuotoisille kirjo- tuksilla, tarkentavilla sähköposti-, puhelin ja kasvotusten ta- pahtuneissa haastat- teluissa	Nuorten itsetuhoisuus ilme- nee itsetuhoisina ajatuksina ja tekoina. Nuoret odottivat saavansa monimuotoista apua läheisiltä ja ammattilai- silta eri muodoissa. Avoin ja luottamuksellinen suhde, kuulluksi tuleminen ja tiedon antaminen olivat tärkeitä it- setuhoisten nuorten autta- misessa nuorten kokemana.
Saunders, K.E.A, Hawton, K., For- tune, S. & Farrell, S.	Attitudes and knowledge of clin- ical staff regard- ing people who self-harm: A sys- tematic review.	Yhdysvallat 2012	Selvittää henkilökunnan asen- teita itsetuhoisiin potilaisiin, tekijöitä, jotka asenteisiin vai- kuttavat sekä henkilökunnan kouluttamisen vaikutusta asenteisiin, tietoihin ja käyt- tämiseen.	Systemaattinen kir- jallisuuskatsaus	74 tutkimusartikke- lia, monipuolisesta terveydenhuollon toimintaympäris- töstä	Itsetuhoisia potilaita kohtaan ilmenee monenlaisia asen- teita henkilökunnassa. Kou- lutuksella on vaikutusta asenteisiin. Työntekijät koki- vat lisäkoulutuksen tarvetta. Psykiatrasta koulutusta saa- neet asennoituvat positiivi- semmin.

Suokas, J.T., Suominen, K., Heilä, H., Ostamo, A., Aalto-Setälä, T., Perälä, J. Saarni, S., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J.M.	Attempted suicide in mental disorders in young adulthood	Suomi 2011	Selvittää itsemurhayritysten esiintyvyyttä ja riskitekijöitä nuorten aikuisten keskuudessa.	Määrällinen tutkimus	Satunnaisesti valitut 1894 20–30-vuotiaasta suomalaista seuloitiin kyselylomakkeella mt-asi-oista. Valittiin kaikki positiiviset sekä sattunainen joukko negatiivista: yhteensä 546 SCID-haastateltiin. Itsemurhayritysten diagnostinen arviointi ja elinikäinen historia perustuivat SCID- haastatteluun, tietokannoista ja rekisteristä systemaattisesti kerättyihin tietoihin	Elinaikainen itsemurhayritysten esiintyvyys oli 5,6 % miehillä ja 6,9 % naisilla. Itsemurhayrityksiä lisäsi mielenterveydenhäiriöt sekä heikko koulutus ja ammatillinen taso. Itsemurhayritysten esiintyvyys liittyi nykyiseen mielenterveysongelmaan, päihteiden käyttöön liittyviin ongelmiin sekä muihin mielenterveysongelmiin. Psykoottisesti oireilevilla oli enemmän itsemurhayrityksiä. Vakavien mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen ehkäisee itsemurhayrityksiä, myös koulutus ja työmahdollisuudet ovat merkittäviä nuorille itsemurhariskin vähentämiseksi.
Suokas, J.T., Suominen, K. & Lönnqvist J.	The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients. A comparative study before and after establishment of a psychiatric consultation service	Suomi 2009	Selvittää ensiavun henkilökunnan asenteita itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisessa sekä psykiatrisen konsultaation mahdollisuuden vaikutusta henkilökunnan asennoitumiseen itsemurhaa yrittänyttä kohtaan	Määrällinen tutkimus	Kyselylomake 100 osallistujaa, asenteita arvioitiin USP-arviointilomakkeella	Ensiavun henkilökunnan asenteissa ei tapahtunut muutosta itsemurhaa yrittäneitä potilaita kohtaan vuoden sisällä psykiatrisen konsultaation mahdollisuuden jälkeen. Ensiavun henkilökunta asennoitui positiivisesti ja halusivat kohdata itsemurhaa yrittäneen. Henkilökunta oli tyytyväisiä psykiatrisen ammattilaisen konsultaatiomahdollisuuteen

Tarkiainen, K., Kyngäs, H., Kaakinen, P. & Kääriäinen, M.	Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystysyksikössä	Suomi, 2012	Sairaanhoidajien koulutusinterventio vaikutusta puhelinneuvonnan laatuun päivystysyksikössä.	Kvasikokeellinen tutkimus ennen-jälkeen-asetelma.	Kysely päivystysyksikön sairaanhoidajille (N 43–35) modifioidulla kyselylomakkeella ja aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastointimenetelmillä ja Fisherin ja McNemarin testeillä.	Koulutusinterventio edisti puhelinneuvonnan laatua. Sairaanhoidajien tiedot, taidot ja resurssit olivat eroltaan tilastollisesti merkittävät ennen ja jälkeen mittauksissa. Asiakaslähtöisyyteen ja puhelinneuvonnan vaikutuksiin ei ollut merkittävää vaikutusta. Työkokemuksella oli tilastollisesti merkittävä ero. 5 v. ja alle työskentelevät pitivät tietojaan ja taitojaan puhelinneuvontaan parempina kuin yli 5 vuotta työskennelleet. Sairaanhoidajien tulisi saada jatkuvaa koulutusta puhelinneuvontatyöhön kehittääkseen ja ylläpitääkseen osaamistaan. Koulutuksen olisi perustuttava sairaanhoidajien tarpeisiin ja työkokemukseen hoitotyössä.
Terpstra, S., Beekman, A., Abbing, J., Jaken, S., Steendam, M. & Gilissen, R.	Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study	Hollanti 2018	Tutkittiin itsemurhien ehkäisykoulutuksen (Gatekeeper Training) vaikutusta eri ammattialojen työntekijöihin Hollannissa	Määrällinen tutkimus	Havainnollistava tutkimus kyselylomakkeella ennen ja jälkeen koulutuksen, 174 vastausta	Koulutus vaikutti positiivisesti itsemurhariskissä olevan ihmisen tunnistamiseen, kohtaamiseen ja jatkohoittoon ohjaamiseen sekä lisäsi merkittävästi tietoja itsemurhien ehkäisystä. Se oli hyödyllistä kaikille kokemuksesta ja ammattialasta riippumatta ja laski kynnystä

						ottaa itsemurhariski puheeksi kaikissa palveluissa
Tsai, W.-P., Lin, L.-Y., Chang, H.- C., Yu, L.-S. & Chou, M.-C.	The Effects of the Gatekeeper Suicide-Awareness Program for Nursing Personnel	Taiwan 2010	Lyhyen koulutusohjelman vaikutusta sairaanhoitajien kykyyn tunnistaa ja kohdata itsetuhoisia potilaita	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Kyselylomakeella ennen ja jälkeen koulutusten. 98 sairaanhoitajaa koulutettiin 90 minuutin itsemurhien ehkäisykoulutuksella tavallisten kuukausittaisten koulutusten lisäksi, joihin osallistui 97.	Lyhytkin koulutus paransi tietoisuutta itsemurhien riskitekijöistä ja merkeistä ja lisäksi halukkuutta ohjata itsetuhoisia potilaita jatkohoitoon. Sairaanhoitajat tarvitsevat koulutusta itsemurhien ehkäisystä.
Urpo, M., Åstedt-Kurki, P., Raassina, J. & Palonen, M.	Asiakkaiden kokemuksia puhelintuoneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus	Suomi 2020	Tarkoitus oli koota tietoa asiakkaiden kokemuksia perusterveydenhuollon puhelintuoneuvonnasta	Kirjallisuuskatsaus	20 artikkelia induktiivisella sisällön analyysillä analysoituna	Asiakaslähtöinen puhelintuoneuvonta on ammattitaitoista ja lisää asiakkaan tietoa sisältäen asiakkaan tunteet huomioivan, vastavuoroisen ja yksilöllisen kohtaamisen sekä kannustaa asiakkaita itsehoitoon.
Vatne, M. & Nåden, D.	Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises	Norja 2014	Tutkia itsetuhoisen potilaan kokemuksia terveydenhuollon ammattilaisten kohtaamisista	Laadullinen tutkimus	10 ihmistä, joilla oli yksi tai useampi itsemurhayritys taustalla haastateltiin: 4 naista ja 6 miestä 21–52-vuotiaita	Ammattilaisen kohtaaminen ei välttämättä auta itsetuhoista ihmistä kamppailemaan elämänsä jatkamiseksi, ja voi jopa vahvistaa kärsimystä ja vähentää toivoa paremmasta elämästä. Avoimuus ja luottamuksellisuus ovat kohtaamisissa tärkeitä. Tärkeintä on vilpittömästi ja tuomitsematta kuunnella

						mitä itsetuhoisella ihmisellä on sanottavana.
Yliluoma, P. & Palonen, M.	Telenurses' experience of interaction with patients and family members: nurse-caller interaction via telephone	Suomi 2019	Kuvata puhelimesta työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta soittajan kanssa (soittaja oli potilas tai hänen perheenjäsenensä)	Laadullinen tutkimus	Haastateltiin 9 puhelinkeskuksesta työskentelevää sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	Soittaja saattoi vaikuttaa parantaen tai estäen vuorovaikutusta. Sairaanhoitajan ammattitaito, kuten kommunikaatiotaidot, taidot hallita puhelua sekä hoitamisen kyvyt mahdollistivat positiivisen vuorovaikutuksen. Vuorovaikutukseen toi haasteita häiritsevät taustaäänet, viestintäongelmat, palvelujärjestelmän häiriöt. Vuorovaikutuksen onnistumista edisti yhteyden saaminen soittajaan, soittaja, jolla oli läheisen tuki sekä organisaation rakenteellinen tuki.
Ylinen, S., Valokivi, H., Rissanen, S. & Kalliomaa-Puha, L.	Itsemurhariskissä olevan ikäihmisen kanssa työskentelyssä vaaditut taidot sosiaalityössä - katsaus kansainväliseen tutkimukseen	Suomi 2019	Tuottaa tietoa ikäihmisten itsemurhista, itsemurhien riskitekijöistä sekä sosiaalityön taidoista, joita tarvitaan itsemurha-alttiin ikäihmisen kohtaamiseen	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	18 kansainvälistä artikkelia	Sosiaalityöntekijät kohtaavat itsemurhariskissä olevia työssään liittyen ikäihmisen terveyteen, perhetilanteeseen, asumiseen ja talouteen. Itsemurha-alttiin ikäihmisen kohtaaminen vaatii osaamista, yhteistyötaitoja ja eettistä vastuun kantamista. Sosiaalityöhön tarvitaan koulutusta itsemurhiin liittyen.

Liite 2. Saatekirje

Arvoisa _____ työskentelevä ammattilainen!

Olen sairaanhoitaja Johanna Rommi ja teen ylemmän AMK:n opinnäytetyönä tutkimusta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista kohdata itsemurhariskissä oleva asiakas puhelimessa. Tutkimuksen toteuttamiselle on lupa xxxxxxxxxxxxxxxx.

Etsin vapaaehtoisia haastateltavia xxxxxxxxxxxxxxxx sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista, jotka toteuttavat puhelimitse asiakasohjausta ja -neuvontaa, hoidon/palvelun tarpeen arviointia sekä sosiaali- ja kriisityötä.

Olisi erittäin arvokasta saada tutkimukseen juuri _____ työskentelevien ammattilaisten kokemuksia itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisesta puhelimesta sekä mahdollisista koulutus tai muun ammatillisen tuen tarpeistanne näihin asiakaskohtaamisiin liittyen.

Liitteenä on tutkimustiedote, jossa on tarkempia tietoja tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä kerättävistä tiedoista ja tietosuojasioista.

Haastattelut toteutetaan mahdollisimman joustavasti työajallanne ja toiveidenne mukaan tammi-maaliskuussa 2021 vallitsevan koronatilanteen mukaisia ohjeistuksia noudattaen joko paikan päällä tai etänä puhelimitse/Teamsin kautta.

Mikäli kiinnostuit, kerron mielelläni enemmän. Olethan yhteydessä minuun sähköpostitse tai puhelimitse!

Ystävällisin terveisin

Johanna Rommi
XXXX@student.jamk.fi
Puh: xxx xxxx xxx

Liite 3. Tutkimustiedote

Tiedote tutkimuksesta

Päivämäärä

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Tutkimus: Itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaaminen puhelimesta - sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisesta puhelimesta sekä mahdollisia kokemianne tarpeita täydennyskoulutukselle tai muulle ammatilliselle tuelle itsemurhariskissä olevan asiakkaan puhelin-kohtaamiseen liittyen. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän osuuttanne siinä. Pehdyttyänne tiedotteeseen Teillä on mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen Teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista kohdata itsemurhariskissä oleva asiakas puhelimesta sekä ammattilaisten kokemista täydennyskoulutus- ja muun ammatillisen tuen tarpeista näissä kohtaamisissa. Tavoitteena on kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia itsemurhariskissä olevan asiakkaan tunnistamisesta ja kohtaamisesta sekä mahdollisuuksista ja haasteista ottaa itsemurhariski puheeksi, arvioida asiakkaan hoidon / palvelun ja jatkohoidon tarvetta puhelimesta.

Tutkimuksen kohdejoukko

Tutkimuksen kohdejoukkona ovat tämän kuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä asiakasohjausta ja -neuvontaa, hoidon ja palvelun tarpeen arviointia sekä sosiaali- ja kriisityötä puhelimesta joko kokoaikaisesti tai osana omaa toimenkuvansa toteuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Lopullisessa opinnäytetyön tutkimusraportissa kohdeorganisaatio, palvelualue tai toimipiste eivät tule esille.

Tutkimuksen kulku

Tutkimuksen aineistonkeruu toteutetaan ensisijaisesti ryhmähaastatteluina, mutta mahdollisuus on järjestää myös pari- tai yksilöhaastatteluja. Koronatilan takia ryhmähaastattelujen järjestäminen ei toistaiseksi ole mahdollista kuin etänä. Haastatteluissa käsitellään seuraavia aihealueita: itsemurhariskissä olevan määritelmä, itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaaminen puhelimesta, itsemurhariskin tunnistaminen, puheeksi otto ja arviointi sekä jatkohoitoon ohjaaminen, itsemurhariskissä olevan puhelin-kohtaamisiin liittyvät täydennyskoulutus- tai muut ammatillisen tuen tarpeet. Haastattelut toteutetaan joko työpaikallanne tai koronatilan takia joutuen etänä, työaikaan puitteissa, erikseen sovittuna ajankohtana toiveidenne mukaan tammi-maaliskuussa 2021. Tutkimusaineiston analysointia varten haastattelut nauhoitetaan kahdella nauhurilla. Nauhoitteet litteroidaan eli kirjoitetaan auki mahdollisimman pian haastattelun jälkeen ja sen jälkeen nauhoitteet tuhoetaan. Nauhoitteita käsittelee ainoastaan tutkija ja ennen litterointia ne säilytetään ulkopuolisten ulottumattomissa.

Henkilötietojen käsittely ja tietojen luottamuksellisuus

Tutkimukseen kerätään taustatietoja haastattelutilanteessa anonymisti täytettävälle erilliselle kyselylomakkeelle joko paikan päällä tai Webropol-kyselynä, jos haastattelu toteutuu etänä. Taustatietoina kerätään ikä, sukupuoli, ammattinimike, minkä ikäisten palveluissa työskentely tapahtuu sekä tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon ja puhelin- ja puhelintoiminnan työkokemuksesta ja täydennyskoulutuksista. Muita henkilötietoja ei kerätä eikä käsitellä. Haastattelujen henkilöllisyys ei tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Suostumus

tutkimukseen osallistumisesta annetaan anonymiteetin suojaamiseksi joko nimikirjaimilla allekirjoitettuna tai Webropol-kyselyssä rastittamalla suostumus. Lopullisessa tutkimusraportissa käytetään haastatteluista lainauksia, mutta ne on muokattu niin, ettei vastaajaa voida tunnistaa. Tutkimusaineistoa käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja sitä käsittelee ainoastaan tutkija. Aineisto säilytetään koko tutkimusprosessin ajan ulkopuolisilta suojattuna ja hävitetään asianmukaisesti tutkimusraportin valmistumisen jälkeen.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt

Osallistumalla voitte antaa arvokasta tietoa ainutlaatuisista kokemuksistanne itsemurhariskissä olevien asiakkaiden kohtaamisesta puhelimesta. Haastatteluilla kerätty tieto voi auttaa lisäämään ymmärrystä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten monipuolisesta ja vaativasta puhelimesta toteutettavasta työstä. Samalla voitte olla mukana kehittämässä monialaisten ja asiakaslähtöisten palveluiden laatua ja koko ajan laajenevaa sosiaali- ja terveydenhuollon puhelintoimintaa sekä erityisesti itsemurhien ehkäisytoimintaa.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää osallistumisen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeytätte osallistumisen tai peruutatte suostumuksen, teistä siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Kyseessä on ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, josta tehdään kirjallinen tutkimusraportti, joka on valmistuttuaan luettavissa verkossa Suomen ammattikorkeakoulujen Theseus-palvelussa.

Lisätiedot

Tarvittaessa voitte esittää tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle tai opinnäytetyön ohjaajille.

Tutkijan yhteystiedot

Johanna Rommi
Puh: xxx xxxx xxx
xxxxx@student.jamk.fi

Opinnäytetyön ohjaajat

Yliopettaja Hanna Hopia
Puh: xxx xxxx xxx
xxxx.xxxx@jamk.fi

Lehtori Katja Raitio

Puh: xxx xxxx xxx
xxxx.xxxx@jamk.fi

Liite 4. Taustakysymykset

TAUSTAKYSYMYKSET

Nämä kysymykset ovat tärkeitä taustakysymyksiä, joihin toivon sinun vastaavan.

ÄLÄ LAITA NIMEÄSI TÄHÄN LOMAKKEESEEN!!

Ikä: _____ vuotta

Sukupuoli: ___ Mies ___ Nainen ___ Muu ___ En halua kertoa

Ammattinimike/ammattinimikkeet: _____

Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollosta: _____ vuotta

Työskentely tällä hetkellä (rastita ja täydennä tarvittaessa):

___ Alaikäisten eli alle 18-v. palveluissa ___ Työikäisten aikuisten eli 18–64-v. palveluissa

___ Ikääntyneiden eli yli 65-vuotiaiden palveluissa ___ Kaikenikäisten palveluissa

___ Joku muu ikäjakauma, mikä _____

Puhelimessa toteutettavan ohjauksen, neuvonnan ja arvioinnin osuus työajasta (rastita):

___ Kokoaikainen ___ Osittainen (esim. 2 pvä/vko:ssa, kiertävä vuoro, tarvittaessa tms.)

___ Puhelintyö osana muuta päivittäistä työtä (päivystyspuhelin, puhelinajat tms.)

Työkokemus puhelimitse toteutettavasta ohjaus-, neuvonta- ja arviointityöstä: _____ vuotta

Työkokemus mielenterveys- päihde- ja/tai kriisityöstä: ___ Ei ___ KYLLÄ: _____ vuotta

Täydennyskoulutus puhelimitse toteutettavasta ohjaus-, neuvonta- ja arviointityöstä: (Mikäli vastaat **KYLLÄ**, tarkenna millaista täydennyskoulutusta esim. erikoistumisopinnot, erilliset koulutuspäivät, verkkokoulutus tms.)

___ EI ___ KYLLÄ _____

Täydennyskoulutus mielenterveys-, päihde- ja/tai kriisityöhön: (esim. erikoistumisopinnot, koulutuspäivät, räätälöity koulutus aihealueesta, verkkokoulutus tms.) ___ EI ___ KYLLÄ _____

Täydennyskoulutus itsemurhien ehkäisyyn tai muuhun itsetuhoisen asiakkaan kohtaamiseen liittyen (esim. itsemurhien ehkäisykoulutus, verkkokoulutus itsemurhien ehkäisystä tai itsemurhaa yrittäneen turvasuunnitelman laatimisesta tms.) ___ EI ___ KYLLÄ _____

Liite 5. Teemahaastattelurunko

<p>Itsemurhariskissä olevan asiakkaan määritelmä:</p> <p>Millainen asiakas on/ voi olla itsemurhariskissä? Ikä, sukupuoli, yhteydenoton syy?</p>
<p>Itsemurhariskissä olevan kohtaaminen:</p> <p>Missä määrin olet kohdannut puhelimesta itsemurhariskissä olevia asiakkaita sosiaali- ja terveydenhuollon työssäsi?</p> <p>Millaisia nämä kohtaamiset ovat olleet?</p> <p>Millaisia tunteita ja ajatuksia kohtaamiset ovat herättäneet tai herättävät nyt?</p> <p>Millaisia onnistumisia olet kokenut näissä kohtaamisissa?</p> <p>Mikä kohtaamisissa on ollut mielestäsi haastavinta?</p>
<p>Itsemurhariskissä olevan tunnistaminen ja puheeksi otto</p> <p>Miten / mistä voit tunnistaa itsemurhariskissä olevan asiakkaan puhelimesta?</p> <p>Miten itsemurhariskin otetaan puheeksi/ voidaan ottaa puheeksi?</p> <p>Mitä asioita on mielestäsi huomioitava ja kysyttävä itsemurhariskissä olevalta ja miten niistä kysytään? (riskit, suojaavat tekijät)</p> <p>Millaisia apuvälineitä työyhteisössäsi on käytössä itsemurhariskin puheeksi ottamiseen? (työohjeet, kysymyslistat, mittarit tms.)</p> <p>Miten koet itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisen/tunnistamisen/puheeksi ottamisen puhelimesta eroavan vastaanottokohtaamisista?</p>
<p>Arviointi ja jatkohoitoon ohjaaminen</p> <p>Miten/millä keinoilla arvioit itsemurhariskin vakavuutta?</p> <p>Mihin ohjaat itsemurhariskissä olevan asiakkaan?</p> <p>Miten jatkohoitoon ohjaaminen konkreettisesti toteutuu?</p> <p>Mihin asioihin mielestäsi pitää erityistä kiinnittää huomiota arvioidessasi itsemurhariskiä ja ohjatessasi itsemurhariskissä olevaa asiakasta jatkohoitoon?</p> <p>Millaisia mahdollisia apuvälineitä työyhteisössäsi on käytössä itsemurhariskin arvioimiseksi ja itsemurhariskissä olevan jatkohoitoon ohjaamiseksi? (arviointikriteerit, mittarit, kiireellisyysluokitukset, konsultaatiomahdollisuus, suora yhteys päivystykseen tai muuhun yksikköön?)</p>
<p>Koulutus- ja muu ammatillinen tuki</p> <p>Millaiseksi koet tämänhetkisen ammatillisen osaamisesi itsemurhariskissä olevan asiakkaan puhelinkohtaamiseen liittyen?</p> <p>Millaiseksi koet tarpeesi konkreettisille apuvälineille itsemurhariskissä olevan asiakkaan puhelinkohtaamiseen (työohjeet, kysymyslistat, mittarit, arviointi- ja kiireellisyysluokitukset, jatkohoitoon ohjaaminen, konsultaatiomahdollisuus?)</p> <p>Millaiseksi koet tarpeesi käydä läpi itsemurhariskissä olevan asiakkaan puhelinkohtaamista esim. työtoverin kanssa, esimiehen kanssa, työnohjauksessa?</p> <p>Millaiseksi koet koulutustarpeesi itsemurhariskissä olevan asiakkaan puhelinkohtaamisiin liittyen? Jos tarpeita, niin millaista koulutusta toivoisit? (Aihealueet, koulutuksen toteutus?)</p>

Liite 6. Suostumuslomake

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Päivämäärä

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Tutkimus: Itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaaminen puhelimesta – sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia

Tutkimuksen toteuttaja: Johanna Rommi

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia itsemurhariskissä olevan asiakkaan kohtaamisesta puhelimesta sekä mahdollisia täydennyskoulutus- tai muita ammatillisen tuen tarpeita itsemurhariskissä olevan asiakkaan puhelinkohtaamiseen liittyen.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumista tutkimukseen. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Ymmärrän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Ymmärrän myös, että tutkimusraportissa ei tule esiintymään nimeäni, mutta raportissa voi esiintyä lainauksia haastattelussa esiin tuomistani asioista, mutta niin, ettei minua voida niistä tunnistaa.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja, että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumukseni, minusta keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Nimikirjaimillani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

Päivämäärä

Nimikirjaimet

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus jää tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote sekä toinen allekirjoitettu suostumuslomake annetaan tutkittavalle.