



Marena Kukkonen
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Monialainen ja yhteensovittava johtaminen
Sairaanhoidaja YAMK
Opinnäytetyö, 2024

**KOULUTUKSEN VAIKUTUS AMMATTILAISTEN ASENTEISIIN JA
OSAAMISEEN ITSEMURHAVAARASSA OLEVAN ASIAKKAAN TUN-
NISTAMISESSA, HOITOON OHJAAMISESSA JA HOITOKÄYTÄN-
TEISSÄ LÄNSI-POHJAN ALUEELLA**

TIIVISTELMÄ

Marena Kukkonen

Koulutuksen vaikutus ammattilaisten asenteisiin ja osaamiseen itsemurhavaarassa olevan asiakkaan tunnistamisessa, hoitoon ohjaamisessa ja hoitokäytänteissä Länsi-Pohjan alueella

68 sivua ja 3 liitettä

Kevät 2024

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Monialainen ja yhteensovittava johtaminen

Suomessa itsemurhien määrä suhteutettuna väestöön on edelleen suhteellisen korkea verrattuna muihin Pohjoismaihin. Vuonna 2020 julkaistu itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030 toteaa tarpeen järjestelmälliseen itsemurhien ehkäisytyöhön Suomessa.

Opinnäytetyössä tutkitaan ITRO-hankkeen (itsemurhien ehkäisy riskiryhmäinterventioiden ja osaamisen vahvistamisen kautta) koulutuksen vaikutuksia itsemurhavaarassa olevan potilaan tunnistamiseen, kohtaamiseen ja hoitokäytänteisiin sekä miten koulutus on vaikuttanut työntekijöiden asenteisiin ja osaamiseen. Tietoa voi hyödyntää hyvinvointialueilla ammattilaisille suunnattujen koulutusten ja työmuotojen suunnittelussa.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus ja analyysimetodina on laadullinen sisällönanalyysi. Opinnäytetyössä käytetty aineisto kerättiin koulutettujen Linity-menetelmäosaajien sekä koulutuksiin osallistuneiden työryhmien esihenkilöiden fokusryhmähaastatteluilla.

Tuloksena todennettiin, että itsemurhien ehkäisyn koulutukset koettiin tärkeiksi. Koulutukset vahvistivat työntekijöiden osaamista, itsetuhoisuuden tunnistamista ja hoitoon ohjaamista. Koulutus toi uusia, konkreettisia työtapoja sekä vahvisti eri organisaatioiden yhteistyökäytäntöjä ja asiakkaan hoitopolkua.

Tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää hyvinvointialueilla itsemurhavaaraa työssään kohtaavien ammattilaisten ja työryhmien koulutuksien suunnittelussa ja kohdennuksessa.

Asiasanat: Itsemurhien ehkäisy, Koulutus, Osaamisen vahvistaminen

ABSTRACT

Marena Kukkonen

Impact of training on professionals' attitudes and competence in identifying, referring to treatment and treatment practices of clients at risk of suicide in the Länsi-Pohja's region
68 pages and 3 appendices
Spring 2024
Diaconia University of Applied Sciences
Masters of Degree Programme in Health Care
Master of Health Care

In Finland, the number of suicides in relation to the population is still relatively high compared to other Nordic countries. The suicide prevention program for the years 2020–2030 published in 2020 states the need for systematic suicide prevention work in Finland.

The thesis examines the effects of the ITRO-project's (suicide prevention through risk group interventions and strengthening skills) training on identifying, confronting, and treating patients at risk of suicide, and how the training has affected the attitudes and skills of employees. The information can be used in the planning of trainings and forms of work aimed at professionals in wellbeing services counties.

The thesis is qualitative research, and the analysis method used is qualitative content analysis. The material used in the thesis was collected through focus group interviews of trained Linity method experts and supervisors of the working groups that participated in the training.

As a result, it was verified that suicide prevention trainings were perceived as important. The trainings strengthened employees' skills, identification of suicidal behavior and referral to treatment. The training brought new, concrete ways of working and strengthened the cooperation practices of different organizations and the client's treatment path.

The results of the study can be used in the planning and targeting of trainings for professionals and work groups facing suicide risk in wellbeing services counties.

Keywords: Suicide prevention, Education, Strengthening competence

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO	6
2 ITSEMURHAN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT JA KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1 Itsemurhan määritelmä	7
2.1.1 Itsemurhien riskitekijät ja suojaavat tekijät	9
2.2 Itsemurhavaarassa olevan tunnistaminen ja puheeksiotto	12
2.2.1 Itsemurhakuolemat Suomessa	12
2.2.2 Itsemurhien ehkäisykoulutus terveydenhuollon ammattilaisille	15
2.3 Linity/ASSIP-interventio itsemurhaa yrittäneille	17
2.3.1 Linity/ ASSIP – intervention sisältö	18
2.3.2 Linity/ ASSIP – interventiotutkimus	20
2.4 Linity /ASSIP-intervention implementointi Suomessa.....	21
2.5 ITRO-hankkeen itsemurhien ehkäisykoulutukset.....	22
2.5.1. Asenne ja osaaminen käsitteinä ja niiden tunnistaminen	23
2.6 Länsi-Pohjan alueellinen itsemurhien ehkäisytyötä koordinoiva verkosto	24
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	25
4 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA TYÖELÄMÄKUMPPANIT.....	26
5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSAINEISTO	28
6 FOKUSRYHMÄHAASTATTELUIJEN ANALYYSI.....	33
6.1. Aineiston analyysi.....	35
7 TUTKIMUSTULOKSET	38
7.1. Koulutusten myönteinen vaikutus asenteisiin.....	40
7.1.1 Koulutuksen vaikutus vahvoihin ennakkoluuloihin ja asenteisiin	40
7.2. Koulutusten vaikutus ammattilaisten osaamisen vahvistamiseen	41
7.3. Koulutuksen vaikutus itsemurhavaaran tunnistamiseen	42
7.4. Koulutuksen vaikutus yhteistyöhön eri organisaatioiden välillä	42
7.5. Koulutus myönteisen muutoksen edistäjänä hoito – ja työkäytänteissä	43
7.6. Koulutuksen vaikutus itsetuhoisen henkilön osallisuuden ja allianssin vahvistumiseen.....	44

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYTEEN JA LUOTETTAVUUTEEN LIITTYVÄT KYSYMYKSET	46
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTAA	48
9.1. Johtopäätökset.....	48
9.2. Ammatillisen osaamisen kehittyminen ja vahvistuminen	54
9.3. Jatkotutkimusehdotuksia.....	54
LÄHTEET.....	57
LIITE 1. Kutsu tutkimukseen.....	69
LIITE 2. Kirjallinen suostumus	70
LIITE 3. Sisällönanalyysiprosessin eteneminen	71

1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan maailmassa tehdään vuosittain yli 700 000 itsemurhaa. Itsemurhayrityksiä arvioidaan tapahtuvan moninkertainen määrä yhtä itsemurhakuolemaa kohden. (WHO, 2023.) Suomessa itsemurhien määrä suhteutettuna väestöön on edelleen suhteellisen korkea muihin Pohjoismaihin ja moniin Länsi-Euroopan maihin verrattuna, vaikka itsemurhakuolleisuus Suomessa onkin puolittunut 1990-luvun jälkeen. Vuonna 2022 Suomessa tehtiin 740 itsemurhaa. (Tilastokeskus, 2023.)

Hoidon näkökulmasta WHO (2015) linjaa itsemurhien ehkäisyn kulmakiviksi itsemurhariskissä olevien paremman tunnistamisen ja kohtaamisen, akuutin matalan kynnyksen avun saamisen ja nopean tuen itsemurhaa yrittäneille ja itsemurhan tehneen läheisille. Vuonna 2020 julkaistu itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030 toteaa tarpeen järjestelmälliseen itsemurhien ehkäisytyöhön Suomessa. Ohjelmaan on kirjattu riskiryhmiin liittyvien interventioiden tarve sekä tarve kouluttaa portinvartija- asemassa olevia ammattilaisia. Ohjelman tavoitteena on muun muassa vaikuttaa asenteisiin, lisätä varhaista tukea, löytää riskiryhmät, kehittää hoitoja ja vahvistaa tutkimusta. (Vorma ym., 2020.)

Osana mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman toimeenpanoa STM rahoitti vuosina 2021–2022 valtionavustuksella itsemurhien ehkäisyhankkeita. Yksi rahoituksen saaneista hankkeista oli Länsi-Pohjan alueella toiminut ITRO-hanke (itsemurhien ehkäisy riskiryhmäinterventioiden ja osaamisen vahvistamisen kautta). Hankkeen toimintavuosien 2021–2022 aikana koulutettiin järjestölähtöisesti itsemurhavaarassa olevia työssään kohtaavia ammattilaisia itsemurhien ehkäisyn menetelmiin: itsemurhan puheeksiottoon, turvasuunnitelman laatimiseen ja Linity-interventioon. Vuoden 2023 täydentävässä hankehaussa ITRO-hanke laajeni koko Lapin hyvinvointialueelle ajanjaksolla 1.1.2023 – 30.6.2023. ITRO-hanketta hallinnoi ja koordinoi mielenterveysjärjestö MIELI Suomen Mielenterveys ry. Osatoteuttajina olivat Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri, Lapin hyvinvointialue, Lapin ensi- ja turvakoti ry:n Kriisikeskus, Kriisikeskus Turvapoiju (Mieli Meri-Lapin mielenterveys ry) ja Surunauha ry. Opinnäytetyön tekijä Marena Kukkonen on vakituisessa työsuhteessa MIELI ry:ssä ja toimi ITRO-hankkeen hankepäällikkönä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää koulutuksen vaikutuksia ammattilaisten asenteisiin ja osaamiseen itsemurhavaarassa olevan asiakkaan tunnistamisessa, hoitoon ohjaamisessa ja hoitokäytänteissä Länsi-Pohjan alueella. Lähestymistapa on laadullinen tutkimus ja analyysimetodina laadullinen sisällönanalyysi. Opinnäytetyössä käytetty aineisto kerättiin kahden ryhmän, Linity-menetelmäosaajien sekä koulutuksiin osallistuneiden työryhmien esihenkilöiden fokusryhmähaastatteluilla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa koulutuksen vaikutuksesta ammattilaisten osaamiseen ja työkäytänteisiin itsemurhien ehkäisytyössä. Koska järjestövetoisesta, järjestöjen ja julkisen sektorin hankeyhteistyönä toteuttamista sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammatillisista täydennyskoulutuksista ei tiettävästi ole tehty aikaisempaa tutkimusta, voi tätä opinnäytetyötä hyödyntää järjestöjen ja julkisen sektorin ammattilaisille suunnattujen koulutusten ja uusien työmuotojen suunnittelussa ja toteutuksessa.

2 ITSEMURHAN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT JA KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Itsemurhan määritelmä

Tässä luvussa avaan itsemurhan määritelmää ja hoitosuosituksia Suomessa ja kansainvälisesti viitaten Maailman terveysjärjestö WHO:n määrittelyyn ja suomalaiseen Käypä hoito -suositukseen. Kansalliset, asiantuntijoiden laatimat riippumattomat ja tutkimusnäyttöön perustuvat Käypä hoito -suositukset hoitopäätösten tueksi laatii Suomalainen Lääkäriseura Duodecim yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022).

WHO:n määritelmän mukaan itsemurhalla tarkoitetaan tekoa, jonka suorittamalla henkilö surmaa itsensä tarkoituksellisesti (WHO, 2015). Samaa tahallista itsensä vahingoittamista, jolla ei ole kuolemaan johtavaa lopputulosta, kutsutaan itsemurhayritykseksi (WHO, i.a.). Suomessa itsemurhaksi luokitellaan kuolema, joka

oikeuslääkärin arvion mukaan on seurausta henkilön omasta teosta, jonka hän on tien-
nyt johtavan tai ainakin uskonut voivan johtaa kuolemaan (Lönnqvist ym., 2007, s.
341). Itsemurhayrityksellä tarkoitetaan henkilön itseensä kohdistavaa vahingollista te-
koa, johon liittyy ainakin jonkin asteinen kuolemantoive (Suomalaisen Lääkäriseuran
Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suo-
men Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen aset-
tama työryhmä, 2022).

Suomalaisessa itsemurhien ehkäisyn ja itsemurhaa yrittäneen Käypä hoito -suosituk-
sessa itsetuhoisuudella tarkoitetaan pyrkimystä tai käyttäytymistä, johon sisältyy it-
sensä vahingoittaminen tai tarkoituksellinen henkeä uhkaavan riskin ottaminen. Itse-
tuhoisuus voi ilmetä itsemurha-ajatuksina, itsemurhasta puhumisena, keskeytyneenä
itsemurhayrityksenä, itsemurhayrityksenä tai itsemurhana. (Suomalaisen Lääkäriseu-
ran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen,
Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen
asettama työryhmä, 2022.)

Itsemurha-ajatuksat voivat vaihdella hetkellisistä ja jäsentymättömistä mielikuvista
pitkäaikaisiin ja yksityiskohtaisiin itsemurhasuunnitelmiin. Aktiivinen itsemurhasta
puhuminen on merkki pidemmälle edenneestä itsetuhoisuudesta. (Suomalaisen Lääkä-
riseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyk-
sen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyk-
sen asettama työryhmä, 2022.) Mitä yksityiskohtaisempi itsemurhasuunnitelma hen-
kilöllä on, sitä suurempi on itsetuhoisen teon riski (Riala ym., 2023). Itsemurhayrityk-
sessä itsemurha-ajatuksat ovat jo siirtyneet toiminnan tasolle (Lönnqvist ym., 2007, s.
341). Siirtymä ajatuksista tekoihin on tärkeä ja vaarallinen. Se kertoo itsemurha-aja-
tusten vakavuudesta tai henkilön kyvyttömyydestä hallita mielikuvien ja tekojen vä-
listä oleellista eroa. (Lönnqvist ym., 2007, s. 241.) Suomalaisessa FinSote-tutkimuk-
sessa vuonna 2020 itsemurha-ajatuksia esiintyi 20–54-vuotiailla 9 %:lla, 56–74-vuo-
tiailla 3 %:lla ja yli 75-vuotiailla 2 %:lla (THL., i.a.).

Kun itsemurhaa halutaan ymmärtää syvällisemmin, tulee ilmiötä tarkastella moniulot-
teisesti, useista eri näkökulmista käsin (Holopainen & Partonen 2014, s. 203). Suoma-
laisen lääkäriseura Duodecimin vuonna 2022 julkaiseman itsemurhien ehkäisyn ja it-
semurhaa yrittäneen Käypä hoito – suosituksen mukaan itsemurha on kompleksinen,

monitekijäinen prosessi. Siksi sen vaikuttava ehkäisy terveydenhuollossa on monitekijäistä. Suosituksessa todetaan, että itsetuhoisuuteen kohdennetut hoitointerventiot voivat merkittävästi pienentää itsemurhayrityksen uusiutumisen riskiä, ja että interventioita tulisi kohdentaa aktiivisesti itsemurhaprosessin eri vaiheisiin. Tutkittuja interventioita ovat kognitiivisbehavioraaliset psykoterapiat, turvasuunnitelmainterventio, sekä dialektinen käyttäytymisterapiaepävakaan persoonallisuuden itsetuhokäyttäytymisen hoidossa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022.)

Itsemurha-ajatuksista kysyminen ei suurennakaan itsemurhan riskiä. Käypä hoito – suosituksen mukaan itsemurhaa yrittäneen kanssa olisi tärkeää käydä läpi koko itsemurhayritykseen johtanut tapahtumaketju ja tehdä tilannearvio sekä ajankohtaisesta itsetuhoisuudesta kuin psykiatrisen ja psykososiaalisen hoidon ja tuen tarpeista. Lisäksi suosituksessa esitetään, että terveydenhuollossa on syytä kehittää itsemurhaa yrittäneiden arviointia ja lisätä tutkittujen interventioiden saatavuutta. Käypä hoito - suosituksen mukaan vain pieni osa itsemurhaa yrittäneistä tarvitsee psykiatrista sairaalahoitoa, ja useimmiten jatkohoito voidaan toteuttaa avohoitona. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022.)

2.1.1 Itsemurhien riskitekijät ja suojaavat tekijät

Itsemurhaan on lukuisia riskitekijöitä, siksi yksittäistä itsemurhayritystä on vaikea ennustaa. Itsemurhalta suojaaviksi esitetyt tekijät näyttävät pienentävän itsemurha-alttiutta mahdollisista riskitekijöistä riippumatta ja vähentävän itsemurhayrityksiä ja itsemurha-ajatuksia. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022.) Suojaavia tekijöitä ovat mm. yksilön kehittyneet selviytymiskeinot, kuten valmius avun hakemiseen muilta tai ratkaisukeskeinen ote, ongelmanratkaisutaidot, psykologinen resilienssi, myönteinen maailmankuva ja tapahtumien selitysmalli, vahva kokemus oman elämän hallinnasta ja omasta toimijuudesta, elämän kokeminen merkitykselliseksi, kokemus

sosiaalisesta ja yhteisön tuesta sekä avun saamisesta. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022.) Pohjoismaissa avioliiton on todettu suojaavan itsemurhilta (Øien-Ødegaard ym., 2021, Qin ym., 2003) kun taas naimattomilla, leskillä tai eronneilla on kohonnut itsemurhariski (Øien-Ødegaard ym., 2021, Crump ym., 2014).

Itsemurhia ei juurikaan esiinny lapsuudessa, vaan ilmiö tulee esille ja lisääntyy nuoruusiässä (Lönnqvist ym., 2007, s. 344). Nuoruusiässä myönteiset suhteet perheessä suojaavat ajankohtaista itsemurhariskiä vastaan. Samoin myös tukea antava arkiympäristö kouluissa ja työpaikoilla sekä tuen saatavuus ja yksinäisyyden torjunta ovat tärkeitä suojaavia tekijöitä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022.) Lapsuudessa koettu fyysinen, seksuaalinen tai emotionaalinen hyväksikäyttö sekä laiminlyönti lisää aikuisiän itsemurhariskiä ja alttiutta itsetuhoisten ajatusten esiintymiselle (Angelakis ym., 2019). Kuuluminen uskonnolliseen yhteisöön ja oma kokemus uskonnollisuudesta sekä itsemurhiin kielteisesti suhtautuva kulttuuri tarjoavat suojaa itsemurhayrityksiä vastaan (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022). Mielenterveysavopalveluiden saatavuus ja monimuotoisuus ovat yhteydessä vähäisempään itsemurhakuolleisuuteen. Hoidossa olevilla hyvä hoitosuhde ja terapeuttinen allianssi eli yhteistyösuhde liittyvät tavallista vähäisempään itsetuhoiseen käyttäytymiseen ja pienempään itsemurhayritysten määrään itsemurhariskin yhteydessä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022.)

Merkittävimmät yksilötason itsemurhayritysten ja -kuolemien riskitekijät tähänastisen tutkimuksen valossa ovat mielenterveyshäiriöt ja niistä erityisesti depressio, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitsofrenia sekä päihdeongelmat (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022). Useimpien itsemurhaan päätyvien ihmisten psyykinen

vointi on ollut huono, ja heidän voidaan sanoa kärsineen sietämättömäksi koetusta psyykkisestä kivusta. Kuitenkin vain osalle heistä on suunnattu käytettävissä olevia heidän vointiaan parhaiten kohentavia terveydenhuollon toimia. (Lönnqvist ym., 2007, s. 345.) Ajankohtaiset ja aiemmat kielteiset elämäntapahtumat, persoonallisuuden piirteistä epävakaus ja impulsiivisuus ja psyykkisistä oireista toivottomuus on liitetty suurentuneeseen itsemurhayritysten tai kuolemien riskiin. Myös muu fyysinen samanaikaisairastaminen ja vaikeat kiputilaongelmat ovat yhteydessä suurentuneeseen itsemurhayritysten ja kuolemien riskiin. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022.) Alkuperäiskansoilla, kuten Suomen, Ruotsin ja Norjan saamelaisilla on kohonnut itsemurhakuolleisuus (Young ym., 2015, Jacobsson ym., 2020). Tämä on liittynyt kolonisaatioon ja nopeaan modernisaatioon, joka on aiheuttanut kulttuurisia ja sosiaalisia häiriöitä, alkoholiongelmia ja lapsuudenaikaisia vastoinkäymisiä. Myös ylisukupolviset kokemukset itsemurhasta, joita monilla alkuperäisväestön jäsenillä on, voivat lisätä riskiä nähdä itsemurha keinona elämänkriisien ratkaisemiseen. (Bolliger & Gulis, 2018, Granheim ym., 2021.)

Koska yksilön itsetuhokäyttäytyminen ei ole irrallista ympäristöstä, on itsemurhan riskitekijöitä huomioitava myös sosiaaliset ja elämänhistorialliset riskitekijät. Sosiaalista tekijöistä huomioitavia on perhehistorian vaikutus sekä yksilön ajankohtaisessa elämäntilanteessa mahdollisesti koettu sosiaalisen tuen puuttuminen ja eristyneisyys. (O'Connor & Nock, 2014, s. 79–80.) Lisäksi O'Connor & Nock (2014, s. 77–78) nostavat riskitekijöiksi huomion suuntaamisen haasteet, sisäisen rauhattomuuden, haasteet elämäntavoitteiden suuntaamisessa tai niiden joustamattomuudessa, sekä kokemuksen siitä, että on uhattuna, ansassa tai että syitä elää on vähän. Itsemurhakuolleisuus on vahvasti yhteydessä sekä alueellisiin sosioekonomisiin tekijöihin että yksilön sosioekonomiseen asemaan. Suomessa koulutus, talouden tulot ja sosiaaliluokka ovat yksinään tarkasteltuna vahvasti yhteydessä itsemurhakuolleisuuteen. Ammattiin perustuva sosiaaliluokka on kaikkein voimakkaimmin yhteydessä itsemurhakuolleisuuteen, myös sen jälkeen, kun koulutuksen ja tulojen vaikutus vakioidaan. Pitkäaikaisesti työttömien itsemurhakuolleisuus on noin 3-kertainen työllisiin verrattuna. (Wahlbeck, 2020.) Suomessa vähän koulutetuilla, työntekijäasemassa olevilla pienituloisilla ja työttömillä on havaittu olevan kohonnut itsemurhariski (Mäki, 2010).

Itsemurhan mahdollistavien välineiden saatavuus on itsemurhan merkittävä riskitekijä (WHO, 2014, s. 32). Alkoholin ja muiden päihteiden käyttöhäiriöt suurentavat itsetuhoisuuden riskiä monin tavoin. Myös alkoholinkäytön ja akuutin päihtymystilan, joihin ei liity todettua päihdehäiriötä, on esitetty madaltavan itsemurhayrityskynnystä tai lisäävän yrityksen letaaliutta. Miesten itsemurhariski on suurempi kuin naisten. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022.) Suurin itsemurhan ja itsemurhayrityksen riskitekijä on aiempi itsemurhayritys (Harris & Barraclough, 1997, s. 205–228; Hawton ym., 1998, s. 441–447; WHO, 2023). Riski säilyy muuttumattoman vuosikymmeniä ja on suurimmillaan ensimmäisen vuoden ajan itsemurhayrityksen jälkeen (Jenkins ym., 2002, s. 1155; Runeson, 2002, s. 1125–1126; Suominen ym., 2004, s. 562; Demesmaeker ym., 2022, s. 613–614;). Noin puolet itsemurhan tehneistä on aiemmin yrittänyt itsemurhaa (Lönnqvist ym., 2007, s. 344).

Itsemurhaa yrittäneen potilaan hoidon jatkuvuus on erittäin tärkeää (Tahvanainen ym., 2021). Hoitoon ohjaamisessa ja hoitoon pääsemisessä oli viiveitä poliklinikoiden ja osastojen ruuhkautumisen vuoksi jo ennen koronaa, ja koronan aikana sosiaali- ja terveydenhuoltoon on syntynyt palveluvelkaa, jonka purkaminen kestää vuosia. Yli 6 kuukautta hoitoa odottaneiden osuus oli ennen epidemiaa noin 2,5 %, mutta marraskuussa 2021 jo 6,3 %. Erityisesti psykiatrian erikoisaloilla jonot ovat kasvaneet merkittävästi. Yli puoli vuotta hoitoa odottaneiden osuus kasvoi alle 3 prosentista 2019 lopussa lähes 16 prosenttiin 2021 lopussa. Samaan aikaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien määrä on pienentynyt. Vakavien mielenterveyden häiriöiden osalta hoitoketjuja on katkennut, hoitoa on saatettu laimentaa ja toiminnallisen kuntoutuksen palveluja on ollut tavanomaista vähemmän saatavilla. (Varanka ym., 2022:14.)

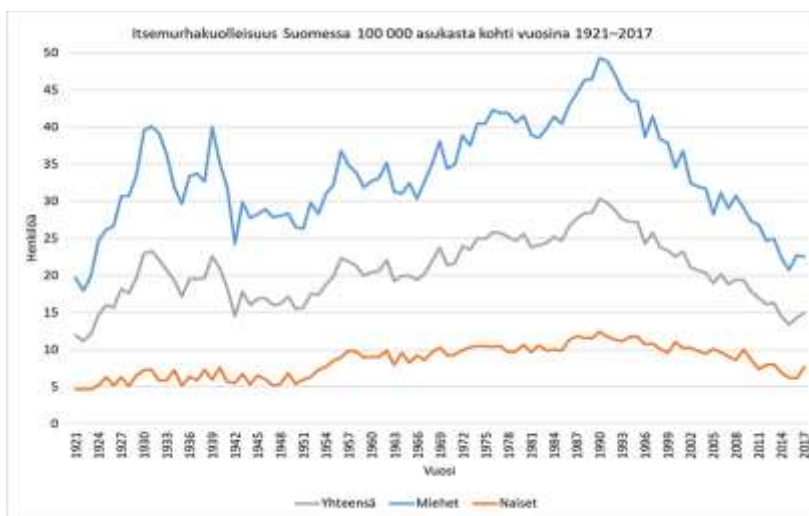
2.2 Itsemurhavaarassa olevan tunnistaminen ja puheeksiotto

2.2.1 Itsemurhakuolemat Suomessa

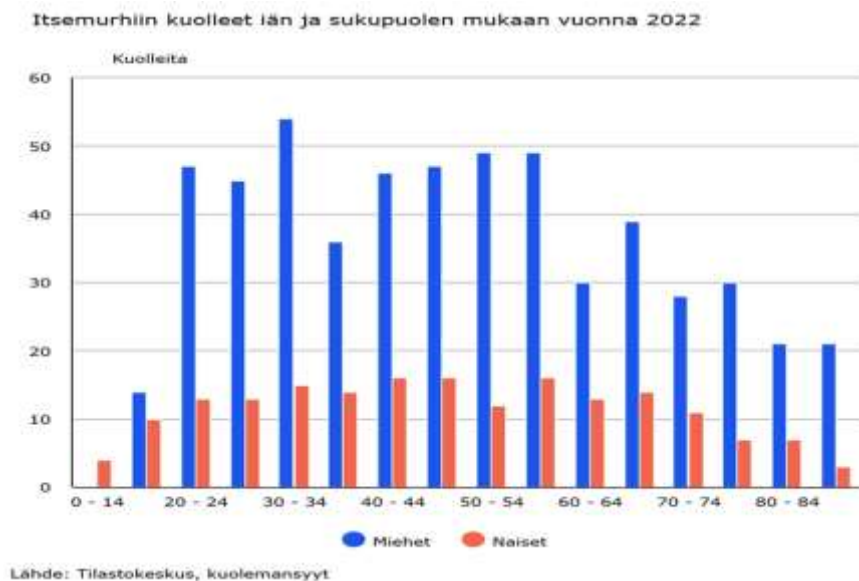
Suomessa itsemurhakuolemia on tilastoitu vuodesta 1751 alkaen (THL i.a.). Itsemurhien määrä (taulukko 1) on laskenut suhteellisen tasaisesti vuodesta 1990, jolloin

Suomessa tehtiin yli 1 500 itsemurhaa. Myönteinen käänne tapahtui valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin (1986–1996) aikana. (THL i.a.) Miesten osuus itsemurhan tehneistä (taulukko 2) on kolme neljäsosaa (Tilastokeskus, 2022). Suomalaisen aineiston mukaan tämän on ajateltu johtuvan muun muassa miesten käyttämien menetelmien väkivaltaisuudesta (Aaltonen ym., 2019, s. 154–163). Itsemurha-ajatukset ja yritykset ovat tytöillä ja naisilla yleisempiä kuin pojilla ja miehillä (Haravuori, 2022). Nuorten itsemurhakuolleisuus on Suomessa eurooppalaisittain verrattuna korkea. Sitä vastoin 65 vuotta täyttäneiden itsemurhakuolleisuus ei ole viime vuosina poikennut EU-maiden keskiarvosta. (Tilastokeskus, 2020.) Vuonna 2021 itsemurhan teki Suomessa 747 henkilöä, mikä on 30 enemmän kuin edellisenä vuonna. 70 % itsemurhan tehneistä oli miehiä. (Tilastokeskus, 2021.) Vuonna 2022 itsemurhan teki 740 henkilöä, mikä oli 7 vähemmän kuin edellisenä vuonna (Tilastokeskus, 2023).

Taulukko 1. Itsemurhakuolleisuus Suomessa (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022).



Taulukko 2. Itsemurhiin kuolleet iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2022 (Tilastokeskus, 2022).



THL:n tutkimuksessa itsemurhakuolemat Suomessa 2016–2018 selvitettiin 2400 itsemurhakuoleman aineistosta, milloin itsemurhan tehneen viimeinen käynti terveydenhuollossa oli tapahtunut. Itsemurhan tapahtumapäivänä hoitosuhteessa olleiden henkilöiden osalta selvitettiin heidän hoitopäivänsä viimeisen vuoden ajalta sekä viimeisen käynnin syy. Tutkimuksella pyrittiin selvittämään, kuinka aktiivisen hoidon piirissä itsemurhaan päätyneet henkilöt olivat olleet ja millaisia alueellisia eroja heidän hoidossaan oli sekä milloin itsemurhaan kuollut henkilö oli viimeisen kerran käynyt terveydenhuollon vastaanotolla. (Partonen ym. 2020, s. 345–349.) Itsemurhan tehneistä valtaosalla viimeinen käynti oli ollut itsemurhaa edeltäneen kuukauden ja lähes joka toisella edeltäneen viikon aikana. Joka viides oli asioinut terveydenhuollossa itsemurhapäivänään. Huolestuttavaa oli, että viimeisen hoitokäynnin ajoittumisessa oli huomattavan suurta vaihtelua sairaanhoitopiireittäin. Tutkimuksen tulokset voivat tarkoittaa sitä, että hoitoon hakeutuminen on yleistynyt mutta että vastaanotolla on itsemurhavaaran tunnistamisessa ja lievittämisessä edelleen ongelmia. (Partonen ym. 2020, s. 349–350.) Myös useissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että itsemurhaan kuolleista monet (20–75 % kuolleista) olivat olleet yhteydessä perusterveydenhuoltoon itsemurhaa edeltäneen kuukauden aikana (Lake, 2008; Luoma ym., 2002; Pearson ym., 2009).

2.2.2 Itsemurhien ehkäisykoulutus terveydenhuollon ammattilaisille

Hyvään ja toimivaan terveydenhuoltoon kuuluu terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Hyvään hoitoon sisältyy mm. potilasturvallisuus, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, oikeudenmukaisuus, vaikuttavuus, yhdenvertaisuus ja terveydenhuoltohenkilöstön ammattitaito ja osaaminen. (euterveydenhoito.fi, i.a.) Terveydenhuollon palveluntarjonnan tulee olla tutkimusnäyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintamalleihin perustuvaa sekä laadukkaasti, turvallisesti ja asianmukaisesti toteutettua. Hyvän ja laadukkaan hoidon takaamiseksi terveydenhuollon palveluita ja hoitokäytäntöjä säätelee terveydenhuoltolaki. (L1326/2010.) Lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta, vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä sekä vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä. Lisäksi lain tarkoituksena on parantaa terveydenhuollon toimijoiden välistä yhteistyötä, hyvinvointialueen eri toimialojen välistä yhteistyötä ja hyvinvointialueen ja kunnan välistä yhteistyötä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. (L 1326/2010 1 §.)

Yksilöllistä itsemurhariskiä ei nykyisillä menetelmillä pystytä luotettavasti määrittämään, mutta suhteellista riskin suurenemista voidaan arvioida selvittämällä riskitekijöiden kasautumista ja potilaan elämäntilannetta kokonaisuutena. Arviossa tulee pyrkiä kokonaisvaltaiseen ymmärrykseen potilaan psyykkisestä voinnista ja ajankohtaisista kuormitustekijöistä. (Tahvanainen ym., 2021, s.137.) Itsemurhaa yrittäneen henkilön psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarve on arvioitava ensi tilassa. Ensihoidon jälkeen potilaalle tulee tarjota hänen sairastamansa psykiatrisen häiriön mukaisen hoitomallin suosittelema jatkohoito erityis- tai perustasolla. (Tahvanainen ym., 2021.) Mahdollisia syitä siihen, miksi itsemurhaa ei ole terveydenhuollon kontaktista huolimatta onnistuttu estämään, on useita. Potilas ei aina paljasta itsetuhoisia ajatuksiaan, mutta myös hoitavan henkilöstön valmiuksissa saattaa olla puutteita, kuten heikko mielen-terveyden lukutaito (esimerkiksi toivottomuuden tai selviytymiskeinojen tunnistaminen), niukka kliininen kokemus sekä heikot haastattelukeinot tai vuorovaikutustaidot potilaan kanssa. (THL. i.a.)

Itsemurhakuolemat Suomessa 2016–2018 raportissa esitetään, että sen lisäksi, että varmistetaan näyttöön perustuvien hoitojen riittävä tarjonta ja itsetuhoisen nopea hoitoon pääsy on myös vahvistettava hoitohenkilöstön korkeatasoinen osaaminen itsemurhavaaran puheeksiotossa ja arvioinnissa sekä henkilöstön riittävä tuki konsultaatioiden ja työnohjauksen muodossa (Partonen ym., 2020). Itsemurhien ehkäisyn ja itsemurhaa yrittäneen Käypä hoito – suosituksessa todetaan, että keskeisellä sijalla itsemurhien ehkäisyssä on kouluttaa perustason terveydenhuollon henkilöstöä itsetuhokäyttäytymisen tunnistamisessa. Haasteena on, että itsetuhoisuuden yleisyydestä huolimatta itsemurhien tematiikan koulutus ei tällä hetkellä kuulu säännönmukaisesti sote-alan ammatilliseen ja amk-tutkintojen opetussuunnitelmiin. Opetushallituksen opetusneuvos Mialeena Pärssisen mukaan (henkilökohtainen tiedonanto 3.3.2023) nykyisessä sosi-aali- ja terveydenhuoltoalan perustutkinnon perusteluonnoksessa on useissa tutkinnon osissa mielen hyvinvoinnin, mielenterveystaitojen ja elämän merkityksen tukemista ja päihdetyön tutkinnon osassa myös työkaluja ja menetelmiä mielenterveyden edistämiseen. Osassa valinnaisissa tutkinnon osissa näitä sivutaan myös. Varsinaisesti itsetuhoisuudesta ja sen hoidosta tai estämisestä ei ole luotu erillisiä ammattitaitovaatimuksia näiden ollessa sisältöä, mitä koulutuksen järjestäjä luo toteutussuunnitelmaan. Tästä syystä itsetuhoisuuteen liittyvä koulutus, koulutuksen taso ja siihen käytetty aika vaihtelee eri koulutusohjelmissa. mm. oppilaitosten ja yksittäisten aineopettajien mielenkiinnon ja aiheeseen perehtyneisyyden mukaan.

Terveyden – ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut itsemurhien ehkäisy – verkkokoulun, mikä on suunnattu erityisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisille. Koulutuksen tarkoituksena on lisätä osaamista itsetuhoisen potilaan kohtaamisessa, itsemurhavaaran tunnistamisessa ja puheeksi otossa sekä jatkohoidon suunnittelussa. Koulutus on avoin ja maksuton kaikille kiinnostuneille. (THL., i.a.) Itsemurhien ehkäisykoulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille syntyi vuosina 2011–2014 toteutetun EUREGENAS-projektin tuotoksista. Projektissa tuotettu koulutusmateriaali käännettiin ja sovellettiin Suomen oloihin sopivaksi ja pilotoitiin työterveyshuollon ammattilaisilla. Koulutuksen kohderyhmäksi valittiin yleislääkärit sekä muu perusterveydenhuollossa toimiva henkilöstö. Johtavan asiantuntijan Pia Solinin (henkilökohtainen tiedonanto 28.2.2023) mukaan kohderyhmän valintaan vaikuttivat ensisijaisesti tilastot itsemurhan tehneiden viimeaikaisista lääkärissä käynneistä ennen itsemurhaa. Mukaan otettiin perusterveydenhuollon ammattilaisten lisäksi kaikki, ketkä aiheesta

halusivat kouluttautua, joten koulutukseen osallistui paljon myös sosiaalialan ammattilaisia. Kahden vuoden aikana toteutettiin 45 koulutusta eri puolella Suomea ja koulutuksiin osallistui 2027 ammattilaista. Osallistujien itse arvioitu osaaminen lisääntyi kaikilla koulutuksen osa-alueilla. Koulutus koettiin hyödylliseksi myös kohderyhmän ulkopuolisissa ammattiryhmissä, kuten sosiaalialan ja mielenterveysalan ammattilaisten parissa. (Solin ym. 2018.) Hyvien käytännön kokemusten lisäksi olisi tarpeen saada lisää tutkimustietoa terveydenhuollon ja ensihoidon henkilöstön kouluttamisesta itsemurhien ehkäisyyn (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022).

Kansainvälisesti näyttöön perustuvia toimenpiteitä itsemurhia ehkäisemiseksi on tehty mm. Japanissa, jossa lisättiin maaseudulla asuvien ikääntyneiden masennuksen seurantaa ja terveystasvatusta (Oyama ym., 2008). Saksassa masennusliitto toteutti kampanjan, jonka aikana koulutettiin lääkäreitä ja lisättiin yhteisölle psykoedukaatiota masennuksen paremmasta havaitsemisesta ja riskiryhmien tukemisesta (Hegerl ym., 2006; Köhler ym., 2021). Portinvartijakoulutusta yhteisön jäsenten itsemurhavaaran tunnistamiseen on toteutettu sekä Norjan armeijassa että Yhdysvaltain ilmavoimissa (Mann ym., 2005a; Knox ym., 2003). Ruotsissa vahvistettiin perusterveydenhuollon lääkäreiden osaamista masennuksen havaitsemiseksi ja hoitamiseksi (Rutz ym., 1995).

2.3 Linity/ASSIP-interventio itsemurhaa yrittäneille

Linity/ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program, Suomeksi lyhytinterventio itsemurhaa yrittäneelle) on lyhytinterventio, jonka tavoite on ennaltaehkäistä itsemurhakäyttäytymisen. Linity/ASSIP-interventio on suunnattu henkilöille, jotka ovat yrittäneet itsemurhaa. Työskentelyn tavoitteena on selvittää itsemurhakriisin taustalla olevia tekijöitä, työstää myönteisiä selviytymisstrategioita ja näin ehkäistä uusi itsemurhayritys. (Gysin-Maillart & Michel, 2013, s. 61; Gysin-Maillart, Soravia & Schwab, 2020, s. 394–395.) Linity /ASSIP-lyhytterapian vaikuttavat tekijät ovat terapeutin allianssi, itsetuhoisen tilan uudelleenaktivointi, tarinan uudelleenjäsentyminen, uutta itsemurhayritystä ehkäisevien myönteisten toimintastrategioiden aktivointi ja hyvä terapiasuhte. (Gysin-Maillart & Michel, 2013, s. 63.) Interventio on kehitetty Sveitsissä, Bernin yliopiston psykiatrisella poliklinikalla. Mallin kehittäjä professori

Konrad Michel ja PhD Anja Gysin-Maillart kehittivät itsemurhaa yrittäneiden hoito-mallia periaatteella, että vaikka itsemurhan taustalta voidaan useimmiten tunnistaa jokin psykiatrinen sairaus, varsinaisessa itsemurhayrityksessä on kyse kuitenkin toiminnasta. Jokaisella asiakkaalla on yksilöllinen ja henkilökohtainen tarina, ja tarinan kuuleminen auttaa ymmärtämään hänen toimintaansa. (Gysin-Maillart & Michel, 2013.)

Linity/ASSIP-intervention teoreettinen viitekehys yhdistää mm. kiintymyssuhdeteoriaa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja toiminnanteoriaa. Linity/ASSIP-mallissa asiakkaaseen pyritään luomaan turvallinen terapeutin suhde narratiivisen ja toiminnanteoreettisen lähestymistavan avulla. (Gysin-Maillart & Michel, 2013, s. 21.) Narratiivinen tapa haastatella itsemurhaa yrittänyttä vahvistaa terapeutista suhdetta, mikä vahvistaa asiakkaan motivaatiota ja sitoutumista yhteistyöhön (Kukkonen ym., 2017, s. 28).

Linity/ASSIP – lyhytinterventiossa itsemurhakriisiä käsitellään toiminnan teorian näkökulmasta. Perusajatuksena on, että henkilö voi päätyä itsemurhakriisiin negatiivisten kokemusten, kuten uhkaavan eron tai masennusoireiden uhatessa tärkeitä elämäntavoitteita. Tämä voi johtaa sietämättömäksi koettuun henkiseen kipuun, jossa itsemurha koetaan ainoaksi ulospääsykeinoksi. Tällöin lääketieteellinen lähestymistapa ei lisää tai anna suurta painoarvoa itsemurhaa yrittäneiden asiakkaiden toimintojen ymmärtämiselle. (Michel & Gysin-Maillart, 2015.) Kun itsemurhaa pidetään toimintana eikä sairautena, avautuu uusi näkökulma itsemurhakriisin ymmärtämiselle ja terapeutiselle työskentelylle. Linity-lyhytterapiassa itsemurha nähdään tavoitteellisena toimintana, jossa itsemurha koetaan ratkaisuksi henkilön olemassaoloa uhkaavassa elämänkriisissä. Itsemurhayritystä ja siitä selviytymistä pyritään ymmärtämään tärkeiden elämänmyönteisten tavoitteiden kautta. (Michel & Gysin-Maillart, 2015.)

2.3.1 Linity/ ASSIP – intervention sisältö

Linity-malli pitää sisällään 3–4-tapaamista Linity-työntekijän kanssa. Linity-intervention ensimmäisellä tapaamisella keskiössä on narratiivinen haastattelu. Työntekijä pyytää asiakasta kertomaan omin sanoin, mikä asiakkaan sai yrittämään itsemurhaa, jonka jälkeen asiakas kertoo tarinansa keskeytyksettä. Tapaaminen ja tarina kuvataan videolle. Narratiivisen haastattelun tarkoituksena on pyrkiä ymmärtämään, miten

asiakas jäsentää itsemurhakriisiään suhteessa henkilöhistoriaansa. Tarinan kautta pyritään tunnistamaan elämänhistoriasta tapahtumia, haavoittuvuustekijöitä ja itsemurhakriisin laukaisevia tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet itsemurhayritykseen. Ensimmäisen tapaamisen päätteeksi asiakas ja työntekijä täyttävät yhdessä itsemurha-alttiutta kartoittavan lomakkeen. (Gysin-Maillart, ym. 2020, 394–395; Gysin-Maillart & Michel, 2013, s. 64–90; MIELI ry., 2023.)

Toisella tapaamisella, noin viikon kuluttua ensitapaamisesta, videotallenne katsotaan yhdessä asiakkaan kanssa. Tallenteen katsomisen aikana keskustellaan itsemurhayritykseen johtaneista elämänhistorian tapahtumista, itsetuhoisuuteen liittyvistä ajatusmalleista, tunteista, fyysisistä muutoksista ja käyttäytymisestä. Tallenteen tutkimisen ja keskustelun tavoitteena on, että asiakas oppii tunnistamaan itsemurhaprosessinsa vaiheita ja haitallisia selviytymiskeinoja sekä ottamaan käyttöön uusia, turvallisia toimintamalleja ehkäistäkseen uuden itsemurhayrityksen. Toisen käynnin päätteeksi asiakas saa mukaansa psykoedukatiivisen esitteen, joka sisältää tietoa mm. masennuksen ja päihteiden vaikutuksesta itsemurhakriisiin sekä neurobiologista tietoa itsetuhoisesta mielentilasta. Toisen ja kolmannen tapaamisen välillä työntekijä tekee kirjallisen tiivistelmän itsemurhayritykseen johtaneista tekijöistä pohjautuen asiakkaan kertomaan tarinaan. (Gysin-Maillart, ym. 2020, 394–395; Gysin-Maillart & Michel, 2013, s. 64–90; MIELI ry., 2023.)

Kolmannella tapaamisella käydään läpi työntekijän kirjoittama tiivistelmä. Tarvittaessa sitä korjataan tai täydennetään niin, että se vastaa asiakkaan kokemusta. Tämän jälkeen työntekijä ja asiakas laativat yhteistyössä asiakkaalle henkilökohtaisen turvasuunnitelman. Turvasuunnitelma laaditaan aiempien tapaamisten pohjalta ja sen avulla pyritään löytämään asiakkaalle vaihtoehtoisia toimintatapoja itsemurhaan johtavan käyttäytymisen estämiseksi. (Gysin-Maillart, ym. 2020, 394–395; Gysin-Maillart & Michel, 2013, s. 64–90; MIELI ry., 2023.)

Asiakkaalla on mahdollisuus myös neljänteen tapaamiseen, johon voi kutsua mukaan asiakkaan läheisiä. Interventioon sisältyy kahden vuoden kirjeseuranta viimeisen tapaamisen jälkeen. (Gysin-Maillart, ym. 2016; Gysin-Maillart & Michel, 2013, s. 20–21.) Puolistrukturoituja kirjeitä tai sähköpostia lähetetään ensimmäisen vuoden ajan neljä, kolmen kuukauden välein ja seuraavan vuoden aikana kaksi, puolen vuoden välein. Kirjeissä kysytään asiakkaan vointia, muistutetaan vaihtoehtoisista

toimintastrategioista ja tuodaan esiin mahdollisuus olla yhteydessä omaan Linity-työntekijään. Kirjeseuranta ei velvoita asiakasta vastaamaan yhteydenottoihin. (Gysin-Maillart & Michel, 2013, s. 90–97; MIELI ry., 2023.)

2.3.2 Linity/ ASSIP – interventiotutkimus

Linity/ASSIP – interventio (Attempted Suicide Short Intervention Program, Suomeksi lyhytinterventio itsemurhaa yrittäneelle) on käytössä yhdessätoista maassa: Sveitsissä, Suomessa, Ruotsissa, Liettuassa, Itävallassa, Belgiassa, Saksassa, Yhdysvalloissa, Iranissa, Etelä-Koreassa ja Iranissa (Attempted Short Intervention Program, ASSIP, 2023). Linity/ ASSIP:ia on tutkittu pääosin Sveitsissä, mutta eri tietokantahakujen perusteella muutamia tutkimuksia on tehty myös Yhdysvalloissa, Suomessa, Itävallassa ja Australiassa. Lisäksi Liettuassa on meneillään laadullinen tutkimus, jossa satunnaistetun kliinisen tutkimuksen yhteydessä tarkastellaan ASSIP-terapiaan osallistuneiden henkilöiden kokemuksia (Latakienė ym. 2022; 20–24). Kliinisiä satunnaistettuja tutkimuksia, jossa Linity /ASSIP-interventiota verrataan tavanomaiseen hoitoon, on tehty Sveitsissä ja Suomessa. Ruotsissa tutkitaan laajemmin ASSIP-intervention soveltamista ruotsalaiseen tukijärjestelmään (Westrin ym., 2023).

Sveitsissä toteutettiin ensimmäinen kliininen tutkimus, jossa verrattiin ASSIP:n ja tavallisen hoidon tuloksellisuutta uusien itsemurhayritysten ehkäisyssä (Gysin-Maillart, ym., 2016). Sveitsin palvelujärjestelmän olosuhteissa tutkimustulokset olivat myönteisiä ja ASSIP:n todettiin vähentävän itsemurhia. Suomessa toteutettiin vastaavanlainen satunnaistettu kliininen tutkimus vuonna 2022. Tutkimuksessa verrattiin Linity/ASSIP-intervention ja MIELI ry:n tavallisen kriisiavun tuloksellisuutta. Tässä tutkimuksessa ei havaittu merkittävää eroa Linity-intervention ja tavallisen kriisiavun välillä. (Arvilommi ym., 2022.) Huomioitavaa on, että sekä Linity-työntekijät että kriisiapua tarjonneet työntekijät työskentelivät MIELI ry:n samassa kriisikeskuksessa, jolloin kriisityöntekijät olivat aiemmin tutustuneet Linity-intervention teoreettiseen viitekehystä ja työtapaan.

Gaily-Luoman ja kumppaneiden (2023) tutkimuksessa haastateltiin 14 Linity-intervention osallistunutta itsemurhaa yrittänyttä henkilöä. Tutkimukseen osallistuneet kokivat Linityn vaikuttaneen omaan ajatteluun myönteisesti intervention tuodessa

uusia näkökulmia ja ymmärrystä itsemurhayrityksen taustoihin sekä auttaessa tunnistamaan, miten toimia, ettei itsetuhoisen kriisi uusiutuisi. Haastateltavat kuvasivat Linity-intervention lisänneen elämisen jatkamiseen motivoivia ja sitä helpottavia muutoksia itsessään ja elämäntilanteessaan. Tutkimuksen mukaan Linityn rakenne koettiin toimivana ja se mahdollisti itsemurhayrityksen syvällisen käsittelyn. Linity-intervention osallistuneet asiakkaat pitivät erityisen tärkeänä fokuksen keskittämisen itsetuhoisuuteen osin siksi, että vastaava fokus itsetuhoisuuteen usein puuttuu muusta hoidosta. Vaikka tutkimuksen mukaan Linityn tuomat myönteiset muutokset auttoivat ymmärtämään ja hallitsemaan itsetuhoista käyttäytymistä, tarvitaan palvelujärjestelmään sen lisäksi hoidollista jatkuvuutta ja riittäviä hoitopolkuja itsemurhakriisin taustalla olevien psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien hoitoon ja käsittelyyn. (Gaily-Luoma ym., 2023.)

2.4 Linity /ASSIP-intervention implementointi Suomessa

MIELI Suomen Mielenterveys ry:llä oli LINITY-lyhytinterventio itsemurhaa yrittäneille – projekti vuosina 2013–2017. Projektin tavoitteena oli itsemurhayritysten ja itsemurhien vähentäminen testaten ja soveltaen Linity/ASSIP-mallia Suomen oloihin. Projektin jälkeen MIELI ry sai rahoituksen Itsemurhien ehkäisykeskukseen, johon Linity /ASSIP-malli jäi pysyväksi osaksi palveluntarjontaa.

Linity/ASSIP- menetelmä on käytössä MIELI ry:n Itsemurhien ehkäisykeskuksessa Helsingissä ja Kuopiossa, Jyväskylän Kriisikeskus Mobilessa, Kemin Kriisikeskus Turvapojussa, Saimaan Kriisikeskuksessa, Mikkelin Kriisikeskuksessa, Tampereen Kriisikeskus Osviitassa, Turun Kriisikeskuksessa, Seinäjoen nuorisopsykiatriassa sekä Vaasan akuuttipsykiatrian poliklinikalla (Mieli ry, i.a.) Pohjois-Savon hyvinvointialueen psykiatriassa Linity-menetelmäkoulutus käynnistyi vuoden 2023 alussa. Linity-interventio sopii toteutettavaksi osana sote-palveluja tai yhteistyössä järjestötoimijoiden kanssa.

2.5 ITRO-hankkeen itsemurhien ehkäisykoulutukset

Tässä luvussa esittelen ITRO-hankkeen aikana toteutetut itsemurhien ehkäisyn koulutukset: itsemurhien puheeksiottokoulutuksen, turvasuunnitelmakoulutuksen ja Linity-interventiokoulutuksen. Avaan myös koulutusten tavoitteita, koulutusten kohderyhmiä ja kuinka paljon koulutuksia pidettiin hankkeen aikana.

ITRO-hankkeen itsemurhien ehkäisy -koulutusten tavoitteena oli vahvistaa sairaanhoitopiirin henkilöstön osaamista itsemurhavaaran tunnistamisessa, puheeksiotossa ja hoitoon ohjaamisessa, sekä siihen liittyvien työvälineiden kuten turvasuunnitelman ja Linity-intervention käytössä. Osaamisen vahvistamisen lisäksi koulutusten tavoitteena oli asenteisiin vaikuttaminen.

Itsemurhien puheeksiottokoulutus sisältää tietoa itsemurhasta ja itsetuhoisuudesta ilmiönä ja sen yleisyydestä useasta eri näkökulmasta. Koulutuksessa käsitellään itsetuhoisuutta neurobiologian näkökulmasta, miten itsensä tappaminen muuttuu mahdolliseksi, milloin ja miten itsemurha / itsemurhavaara tulisi ottaa puheeksi, miten kohdata itsetuhoisen ihminen ja kuinka estää itsemurha. Koulutus on kestoaltaan 1.5–2 tunnin luento. (INNO-kylä, i.a.). Hankkeen aikana koulutettiin itsetuhoisia asiakkaita työssään kohtaavia sosiaali- ja terveydenhuoltoalan, poliisin ja pelastusalan ammattilaisia, seurakunnan henkilöstöä, opettajia, oppilashuollon työntekijöitä sekä järjestötyöntekijöitä ja järjestöjen koulutettuja vapaaehtoisia. Kaksi yleisölle avointa itsemurhien puheeksiottoseminaaria suunnattiin Länsi-Pohjan alueen väestölle. Koulutusmateriaalina käytettiin MIELI ry:n Itsemurhien ehkäisykeskuksen koulutusmateriaalia.

Turvasuunnitelma – koulutus on suunnattu työntekijälle, joka työssään kohtaa itsemurhaa yrittäneitä tai vakavasti itsetuhoisia. Koulutuksessa esitellään turvasuunnitelmainterventio, jonka avulla itsetuhoisen asiakas tunnistaa ajoissa mahdollisen kriisitilanteen ja noudattaen ennalta laadittua turvasuunnitelmaa estää itsetuhoisen teon / itsemurhayrityksen. Koulutuksen tavoitteena on, että työntekijä oppii laatimaan turvasuunnitelman yhteistyössä asiakkaan kanssa. Puolen päivän koulutus sisältää teoriaosuuden itsetuhoisuuden tematiikasta, miten kohdata ja ottaa puheeksi itsemurhavaara. Teorian lisäksi opetusmateriaalina käytetään opetusvideoita, joiden avulla perehdytään turvasuunnitelman laatimiseen. (Mieli ry, i.a.)

Linity /ASSIP-interventio on suunnattu itsemurhaa yrittäneille henkilöille. Työskentelyn tavoitteena on selvittää itsemurhakriisin taustalla olevia tekijöitä, työstää myönteisiä selviytymisstrategioita ja ehkäistä näin uusi itsemurhayritys. (Gysin-Maillart & Michel, 2013, s. 61; Gysin-Maillart ym., 2020, s. 394–395.) Ennen koulutuksen aloitusta koulutettaville toimitetaan ennakkotehtävänä Linity-käsikirja sekä muuta kirjallista materiaalia. Linity-menetelmäkoulutus sisältää kaksi teoriapäivää, koulutustapaamisten välissä koulutettavilta käytännön asiakastyötä ja viisi kahden päivän työnohjauskertaa koulutettavien asiakasnauhujen perusteella. Koulutettava saa MIELI ry:n myöntämän Linity-sertifikaatin viiden henkilökohtaisesti työnohjatun asiakaskeussin jälkeen.

ITRO-hankkeen Länsi-Pohjan toimintakauden 1.9.2021 – 31.12.2022 aikana itsemurhien puheeksiottokoulutuksia pidettiin 47 työryhmälle. Koulutuksiin osallistui noin 730 ammattilaista. Turvasuunnitelmakoulutuksia järjestettiin 6 työryhmälle ja niihin osallistui 38 henkilöä. Hankkeen aikana Länsi-Pohjan alueelle koulutettiin kuusi Linity-menetelmäosaajaa, joista neljä työskentelee Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä (nykyisellä Lapin hyvinvointialueella) ja kaksi MIELI Meri-Lapin Mielenterveys ry:n Kriisikeskus Turvapoijussa. Linity-menetelmäosaajat käyttävät Linity-interventiota asiakastyössä itsemurhaa yrittäneiden potilaiden /asiakkaiden kanssa.

2.5.1. Asenne ja osaaminen käsitteinä ja niiden tunnistaminen

Asenne on sosiaalipsykologiassa käsite, jolla tarkoitetaan käyttäytymiseen vaikuttavia positiivisia tai negatiivisia tunteita, aikomuksia ja uskomuksia (Tieteen termipankki, 2024). Asenteet voi määritellä henkilöön, kohteeseen tai kysymykseen liittyväksi myönteiseksi tai kielteiseksi tunteeksi. Kirjassa Johdatus sosiaalipsykologiaan asenne määritellään tietynlaiseksi valmiudeksi ja kokonaisvaltaiseksi suhtautumiseksi johonkin asiaan tai henkilöön. Asenteet ovat ilmiöitä, mitkä rakentuvat sosiaalisessa maailmassamme ja ne opitaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. (Helkama, ym. 2020, s. 418.) Asenteen voimakkuus voi vaihdella voimakkaasta heikkoon asenteeseen (Honkanen, 2016, s. 75).

Koulutuksissa tavoitellun osaamisen vahvistumisen ja sen tunnistamisen lähtökohdat muodostuvat joko työelämästä tai koulutusjärjestelmästä. Osaamisen luotettavan

tunnistamisen ja tunnustamisen asemoimiseksi se suhteutetaan koulutusjärjestelmän tai työelämän osaamistarpeisiin ja tehtäviin. Tätä varten on kehitetty tutkintojen viitekehukset ja yhteisesti sovitut tavat opintojen ja osaamisen mitoittamisesta ja luokitte-
lusta. Suomen tutkintojen viitekehys kuvaa kansalliseen koulutusjärjestelmäämme kuuluvat tutkinnot, oppimäärät ja muut laajat osaamiskokonaisuudet. Kunkin tason tuottama osaaminen on määritelty valtioneuvoston asetuksessa. (Työ- ja elinkeinomi-
nisteriön julkaisuja, 2020.)

Terveystieteiden osaamista määrittelee lainsäädäntö, joka edellyttää, että toiminnan on oltava ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista. Näitä on mm. laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994), sekä potilasvahinkolaki (L 585/1986). Osaamisvaatimuksia määrittävät lisäksi oikeudenmukainen ja turvallinen hoito, asiakkaan / potilaan valinnanvapaus, ennaltaehkäisevä toiminta ja tehokkaat toimintamallit (Nurminen, 2011).

2.6 Länsi-Pohjan alueellinen itsemurhien ehkäisytyötä koordinoiva verkosto

Yhtenä kansallisen mielenterveysstrategian itsemurhien ehkäisyohjelman tavoitteena on, että alueellinen itsemurhien ehkäisy-suunnitelma sisällytetään kuntien/hyvinvointi-
alueiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitelmiin mutta tavoite on suurimmalla osalla hyvinvointialueista vielä toteutumatta. Tavoitteen edistämiseksi ITRO-hankkeen aloitteesta Länsi-Pohjan alueelle perustettiin itsemurhien ehkäisy-
työtä koordinoiva verkosto. Verkoston tavoitteena on tutustua alueen eri toimijoiden itsemurhien ehkäisytyöhön ja ehkäisytyön tarpeisiin, pitää yllä mielenterveysstrate-
gian itsemurhien ehkäisyohjelman tavoitteita uudistuvalla hyvinvointialueella, vahvis-
taa alueen eri toimijoiden yhteistyötä sekä ylläpitää ITRO-hankkeen aikana kehitettyjä
alueellisia ohjaus-, koulutus-, ja yhteistyökäytäntöjä hankkeen aikana ja hankkeen jäl-
keen. Verkostoon kuuluu edustajat Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiristä, poliisista, alueen
seurakunnista, sosiaalityöstä, nuorisotyöstä, Kriisikeskuksesta, ensihoidosta, järjes-
töistä ja ammattikorkeakoulu Lappiasta. Vuonna 2023 yhteistyöverkosto laajeni kos-
kemaan koko uutta Lapin hyvinvointialuetta.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tässä luvussa kerron opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista. Kuvailen myös fokusryhmähaastatteluun osallistuneet sekä esittelen tutkimuskysymykset, ja miten tutkimustuloksia voidaan hyödyntää.

Opinnäytetyössä kuvaan kahden ryhmän, Linity-menetelmäosaajien sekä koulutuksiin osallistuneiden työryhmien esihenkilöiden, jotka kuuluvat myös alueelliseen itsemurhien ehkäisytyöryhmään, näkemyksiä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella toteutetun ITRO-hankkeen koulutuksista. Suomessa ei ole tehty aikaisempaa tutkimusta järjestölähtöisen itsemurhien ehkäisytyön täydennyskoulutuksista ja koulutuksen vaikutuksesta ammattilaisten asenteisiin, osaamiseen ja työkäytänteisiin itsemurhavaarassa olevaa kohdatessa. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, minkälaisia vaikutuksia järjestön tarjoamalla Linity -interventiokoulutuksella, itsemurhien puheeksiotto-koulutuksella sekä turvasuunnitelmakoulutuksella on ollut. Opinnäytetyöstä saatua tietoa voi käyttää järjestöjen ja julkisen sektorin yhteistyönä toteutettavien täydennyskoulutusten kehittämiseen ja ammattilaisten osaamisen vahvistamiseen itsemurhien ehkäisytyössä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia vaikutuksia koulutuksella on ollut osallistujien arvioinnin mukaan ammattilaisten asenteisiin ja osaamiseen itsemurhavaarassa olevan asiakkaan kohtaamisessa?
2. Miten koulutus on muuttanut itsemurhavaarassa olevan asiakkaan tunnistamista, hoitoon ohjaamista ja työkäytänteitä?

Tuloksia voidaan hyödyntää itsemurhia ennaltaehkäisevien interventioiden ja koulutusten suunnittelussa, kohdennuksessa ja toteutuksessa hyvinvointialueilla, sotokeskuksissa, kriisikeskuksissa, sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä sekä turvallisuusviranomaisten työryhmissä.

4 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA TYÖELÄMÄKUMPPANIT

Tässä luvussa kerron ITRO-hankkeen lähtökohdista ja tavoitteista Länsi-Pohjan alueella, ja miten ne liittyvät Kansallisen mielenterveysstrategia itsemurhien ehkäisyohjelmaan vuosille 2020–2030. Kuvailen myös ITRO-hankkeen ja opinnäytetyön työelämäkumppaneita ja tutkimusympäristöä.

Osana mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman toimeenpanoa STM rahoitti vuosina 2021–2022 valtionavustuksella itsemurhien ehkäisyhankkeita. Hankkeet toimivat niillä alueilla ja niiden väestöryhmien parissa, joissa hankekauden alkaessa itsemurhakuolleisuus oli muuta maata ja väestöä yleisempää. (Partonen, ym., 2023, s. 6.) Yksi rahoituksen saajista oli Länsi-Pohjan alueella toimiva ITRO-hanke (itsemurhien ehkäisy riskiryhmäinterventioiden ja osaamisen vahvistamisen kautta), jolla vastattiin itsemurhien ehkäisyohjelmassa 2020–2030 esitettyihin osa-alueisiin (asenteiden muokkaaminen, varhaistuen tarjoaminen ja riskiryhmien tukeminen). Hankkeen tavoitteena oli vähentää itsemurhia ja itsemurhayrityksiä Länsi-Pohjan alueella vahvistamalla itsemurhavaarassa olevia työssään kohtaavien ammattiryhmien osaamista itsetuhoisuuden tunnistamisessa, puheeksiotossa ja hoitoon ohjaamisessa sekä edistää itsemurhien ehkäisytyötä tekevien yhteistyötä hankealueella verkostotyön avulla. (MIELI Suomen Mielenterveys ry, 2022.) MIELI Suomen Mielenterveys ry toimi ITRO-hankkeen koordinoijana ja hakijana. Hankekumppaneina olivat Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri, Lapin hyvinvointialue, Kriisikeskus Turvapoiju (MIELI Meri-Lapin mielenterveys ry) ja Surunauha ry.

MIELI Suomen Mielenterveys ry on mielenterveysjärjestö, jonka tarkoituksena on edistää mielenterveyttä, tarjota matalan kynnyksen kriisiapua ja ennaltaehkäistä mielenterveyden ongelmia. Järjestö toimii valtakunnallisesti 54 paikallisen jäsenjärjestön voimin. Toiminnassa on mukana lähes 180 ammattilaista ja yli 3000 vapaaehtoista. (Mieli Suomen Mielenterveys, 2024.) MIELI ry:n ITRO-hankepäällikkö, työparinaan hankkeen kouluttaja, vastasi ITRO-hankkeen koordinoinnista, yhteistyön toteutumisesta ja ohjaus- ja yhteistyökäytäntöjen kehittämisen edistämisestä ja raportoinnista.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri oli kuntayhtymä, jonka muodostivat Lapin nykymaakunnan kuusi lounaisinta kuntaa Kemi, Keminmaa, Simo, Tervola, Tornio ja Ylitornio.

Sairaanhoitopiiri järjesti laissa säädettyt erikoissairaanhoidon palvelut jäsenkuntiansa puolesta. Sairaanhoitopiirissä työskenteli vakituisessa työsuhteessa 421 henkilöä vuonna 2020. (Kuntayhtymän hallituksen ja valtuuston päätöksiä, 2021.) Asukasluvultaan Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri oli toiseksi pienin Manner-Suomen sairaanhoitopiireistä. Vuoden 2018 Länsi-Pohjan asukasluku oli 61 616 asukasta. Vuosina 2016–2018 Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin itsemurhakuolleisuus 100 000 asukasta kohden oli 24.13 (Partonen ym., 2020). Vuonna 2021 itsemurhakuolemia oli 16.87 (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. i.a.).

ITRO-hankkeen yhteistyökumppanina sairaanhoitopiiri sitoutui hankkeen tavoitteisiin ja mahdollisti henkilöstön hankkeen koulutuksiin osallistumisen. Sairaanhoitopiirin johtoa edustaville yhdyshenkilöille raportoitiin hankkeen etenemisestä ja heidän edustajansa oli ohjausryhmässä, jossa käsiteltiin hankkeen toimenpiteitä ja käytännön ratkaisuja hankkeen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä 1.1.2023 aikaisemmat sote-kuntayhtymät muuttuivat hyvinvointialueiksi ja lakisääteinen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyi kunnilta 21 hyvinvointialueelle. Uudistuksessa aikaisemmasta Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiristä tuli osa Lapin hyvinvointialuetta, joka kokonaisuudessaan muodostuu Enontekiön, Inarin, Kemin, Kemijärven, Keminmaan, Kittilän, Kolarin, Muonion, Pelkosenniemen, Pellon, Posion, Ranuan, Rovaniemen, Sallan, Savukosken, Simon, Sodankylän, Tervolan, Tornion, Utsjoen ja Ylitornion kunnista.

Kriisikeskus Turvapoijun taustayhteisö on MIELI Meri-Lapin Mielenterveys ry, joka on MIELI Suomen Mielenterveys ry:n paikallisyhdistys. Kriisikeskus Turvapoiju on osa MIELI Suomen Mielenterveys ry:n kriisikeskusverkostoa. (MIELI Meri-Lapin mielenterveys ry, Kriisikeskus Turvapoiju, i.a.) Kriisikeskus Turvapoijun työntekijä oli 50 % työsuhteessa ITRO-hankkeessa ja toteutti hankesuunnitelmaa, Linity-asiakastyötä ja asiakastyön ja koulutusten organisointia yhdessä hankepäällikön ja kouluttajan kanssa.

Surunauha ry on valtakunnallinen vertaistukijärjestö itsemurhan tehneiden läheisille. Yhdistys on vuodesta 1997 järjestänyt toimintaa eri puolilla Suomea, mm. vertaistukiryhmiä ja –viikonloppuja sekä tarjoaa tukihenkilötapaamisia ja vertaistukea, myös

puhelimitse ja chat-alustoilla. Toiminta on uskonnollisesti ja poliittisesti sitoutumatonta. (Surunauha, i.a.) ITRO-hankkeessa Surunauha ry:llä oli hanketyöntekijä, joka osallistui erityisesti hankkeeseen sisältyvään itsemurhan tehneiden läheisiin kohdistuvaan osioon ja tarjosi yksilövertaistukea ja vertaisryhmätapaamisia sekä toteutti väestöviestintää yhteistyössä hankehallinnoijan kanssa.

Opinnäytetyön tulokset ovat ITRO-hankkeen päätoteuttajan MIELI Suomen Mielen-terveys ry:n, hankkeen yhteistyökumppaneiden, hankkeen rahoittajan Sosiaali- ja terveysministeriön sekä hankkeen koordinoijan Terveysten ja hyvinvointilaitoksen käytettävissä kuukauden sisällä opinnäytetyön valmistumisesta.

5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSAINEISTO

Tässä luvussa kerron opinnäytetyöni tutkimusmenetelmästä, kuvailen tutkimusaineistoa eli fokusryhmähaastatteluja ja kuinka etenin tiedonhausta haastateltavien rekrytointiin ja haastattelujen toteuttamiseen. Esittelen myös haastattelukysymykset ja opinnäytetyöni aikataulun.

Opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Laadullinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, jossa pyritään ymmärtämään kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti (Jyväskylän yliopisto, i.a.) sekä tutkimuksessa tarkasteltavaa ilmiötä kohteena olevien henkilöiden näkökulmasta. (Juuti & Puusa, 2020, s.11–27.) Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kokemuksista, ajatuksista, tunteista ja merkityksistä, joita ihmiset antavat tutkimuksen kohteena olevalle asialle. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tuottamaan tietoa jostakin ilmiöstä ihmisiltä, jotka toimivat luonnollisessa ympäristössään sekä reagoiden toistensa toimintaan että vastavuoroisesti tulkiten niitä. (Juuti & Puusa, 2020, s.11–27.) Laadulliselle tutkimukselle onkin ominaista kerätä aineistoa, joka tekee mahdollisimman monenlaiset ja monipuoliset tarkastelut mahdollisiksi (Alasuutari, 2012, s. 143).

Laadullisen tutkimuksen aihetta valitessaan tutkijalla on mielessään aihe, joka kaipaa selvittämistä tai näkökulmaa, jota ei ole vielä kartoitettu tai on tutkittu vasta vähän, jolloin hän esittää aiheen valinnalle käytännön perustelun. Kirjallisuuteen perehtymällä tutkija voi teoreettisesti perustella ja osoittaa tutkimusaukon käsiteltävästä aiheesta tai että aiheesta on vähän aiempaa tutkimusta. Tutkimuksen tavoitteita asetettaessa tutkijan on hyvä muistaa aiheen rajaus. On tavoiteltavampaa perehtyä rajattuun ilmiöön kuin liikkua pinnallisesti usean teeman äärellä. Tavoitteiden jälkeen muotoiluun tutkimuskysymykset, esitellään tutkimuksen rajaukset ja laaditaan teoreettinen viitekehys kirjallisuuden avulla. Lähestymistavan valinnassa päätetään paradigma eli teoria tai viitekehys. Sen valinnassa auttaa pohdinta, tehdäänkö teorian testaamiseen tai rakentamiseen pyrkivää perustutkimusta vai soveltavaa tutkimusta, jolla on itseisarvoa sinänsä ja jolla pyritään tuottamaan hyödyllistä ja sovellettavissa olevaa tietoa? Lähestymistavan perustelun jälkeen päätetään tutkimusmenetelmät sekä näytteet tai aineisto. (Juuti & Puusa, 2020, s.11–27.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto hankitaan yleensä yksilö-, tai ryhmähaastattelun avulla, dokumenttiaineistosta, havainnoimalla tai yhdistelemällä näitä aineistonkeruumenetelmiä. Analysoimalla ja tulkitsemalla aineistoa pyritään saamaan selville tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden näkökulmia ja kokemuksia. Tuloksia kirjoitettaessa vältetään liiallista yksityiskohtaisuutta. Lainauksia voidaan käyttää havainnollistamaan aineistoa ja analyysiprosessin etenemistä, mutta ne eivät voi korvata itse analyysia. Lopuksi tutkimustulokset raportoidaan ja arvioidaan tutkimuksen luotettavuus. (Juuti & Puusa, 2020, s.11–27.)

Opinnäytetyössäni aineistonkeruumenetelmänä on haastattelijan ylläpitämä ryhmäkeskustelu eli fokusryhmähaastattelu. Fokusryhmähaastattelun avulla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Ryhmäkeskustelulla viitataan tilaisuuteen, johon on kutsuttu joukko vapaaehtoisia ihmisiä keskustelemaan tietystä aiheesta fokusoidusti mutta vapaamuotoisesti. Ryhmäkeskustelussa vetäjä pyrkii edistämään osallistujien välistä vuorovaikutusta. Hänen pääasiallinen tehtävänsä on saada osallistujat keskustelemaan keskenään kohteena olevasta aiheesta, ja tämä tuottaa ryhmäkeskustelulle tyypillisen tutkimusaineiston. (Valtonen & Viitanen, 2020, s. 269–270.)

Fokusryhmähaastattelun tavoitteena on erilaisten näkökulmien esille saaminen. Fokusryhmähaastattelu tallennetaan ja kirjoitetaan tekstiksi eli litteroidaan. Aineisto

analysoidaan kuten muukin laadullinen aineisto. Tulokset esitetään teema-alueina tai teoreettisena mallina sekä suorina lainauksina. Fokusryhmähaastattelu tuottaa monipuolisen ja rikkaan aineiston, jota ei olisi saatavissa muilla tutkimusmenetelmillä. (Mäntyranta & Kaila, 2002, s.124.) Opinnäytetyössä päädyin fokusryhmähaastatteluun koska kiinnostuksen kohteena oli erityisesti koulutusprosessiin osallistuneiden näkökulmat, mielipiteet ja kokemukset koulutusten vaikutuksesta ammattilaisten asenteisiin, osaamiseen ja hoitokäytänteisiin itsemurhien ehkäisytyössä. Avoimella vuoropuhelulla voidaan saada esille monipuolisesti näkökulmia ja käytännön kokemuksia, joita olisi muilla menetelmillä haastavaa tuoda esiin.

Opinnäytetyö alkoi tiedonhauella marraskuussa 2022. Itsemurhien ehkäisyyn liittyvää tietoa on saatavilla runsaasti. Tärkeitä tutkimuksia ja lähdeoteoksia on jo 1900-luvun loppupuolelta, osan niistä ollen jo vanhentuneita. Tiedonhaku tehtiin keskeisistä elektronisista tietokannoista Academic Search Premier ja Medic sekä sanahauella tietokanta CINAL Completeestä. Hakusanoja olivat: itsemurha, itsetuhoisuus, sosiaali-, ja terveysalan ammattinimikkeet, koulutus, koulutusinterventiot, asenteita ja osaamista kuvaavat käsitteet sekä niiden mahdolliset synonyymit. Hakulauseke muodostettiin käyttäen sanakatkaisuja ja hakulauseketta muokattiin kuhunkin tietokantaan sopivaksi. Hakusanat ja halulausekkeet muokattiin vastaamaan eri tietokantojen kriteereitä. Tutkimuksien ja artikkelien sisäänottokriteerit valittiin koskemaan artikkelien sisältöä, julkaisukieltä (suomi ja englanti), julkaisun ajankohtaa sekä tutkimuksen laatua. Tämän jälkeen hakusanat kohdennettiin asenteisiin, koulutukseen ja koulutusinterventioihin.

Ammattilaisten itsetuhoisuuteen liittyvästä koulutuksesta, koulutusinterventioista ja niiden vaikutuksesta ei löytnyt suomalaisia tutkimuksia eikä haluttuja tuloksia, vaikka hakuja tehtiin sekä manuaalisesti ja systemaattisesti. Päätelmänä oli, että itsemurhien ehkäisyn koulutuskokemuksia tai tuloksia ei ole Suomessa tutkittu systemaattisesti. Kansainvälisesti tutkimuksia on tehty eri ammattiryhmistä. Koska tämä opinnäytetyö liittyy konkreettisesti ITRO-hankkeessa saavutettujen koulutusten vaikutusten tarkasteluun, päädyttiin hakutulosten perusteella hakemaan teoriaosuuteen pohjaa aikaisempien, todettujen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammatillisten hyvien käytänteiden kautta.

Opinnäytetyön tekeminen eteni huhtikuussa 2023 Linity-menetelmäosaajille ja esihenkilöille osoitetuilla haastattelupyynnöillä. Rekrytointi haastatteluun tehtiin sekä

puhelimitse että sähköpostilla (liite 1.) ja osallistujille laitettiin tiedoksi myös kirjallinen suostumus – ja saatelomake (liite 2.) Kaikki pyydetyt suostuivat haastatteluun. Jos haastatteluun kutsutut olisivat peruneet suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta, olisi opinnäytetyön tekijä kutsunut haastatteluun muita koulutukseen osallistuneita työntekijöitä tai heidän esihenkilöitään, kunnes suostumus ja osallistuminen olisi saatu riittävän monelta niin, että analysoitavaksi olisi saatu tarvittava määrä aineistoa. Fokushaastattelut toteutettiin ja tallennettiin Teamsissa kesäkuun 2023 aikana. Haastattelujen toimintaympäristönä Teams oli haastateltaville tuttu ja luonteva, koska Länsi-Pohjan alueella ja ITRO-hankkeen aikana palaverit ja yhteydenpito työntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden kesken käytiin pääsääntöisesti Teamsin välityksellä.

Haastattelukysymykset olivat:

- a) Minkälaisia vaikutuksia koulutuksilla on ollut?
- b) Miten koulutus on muuttanut työkäytänteitä?
- c) Millä tavalla itsemurhista tällä hetkellä puhutaan?
- d) Millä tavalla itsemurhavaarassa oleva kohdataan?
- e) Mitä muuta haluatte nostaa esille?

Tutkimusaineistona on kaksi fokusryhmähaastattelua ja yksi yksilöhaastattelu, niiden videotallenteet sekä tallenteista litteroidut tekstit. Ensimmäisen ryhmän osallistujina oli neljä koulutukseen osallistunutta työntekijää, joista kolme työskenteli hyvinvointialueella ja yksi kriisikeskuksessa. Kaikki neljä olivat osallistuneet puheeksiottokoulutukseen ja suorittaneet Linity-menetelmäkoulutuksen. Toisessa haastatteluryhmässä oli kolme esihenkilöä, jotka työskentelevät alueen eri organisaatioissa ja joiden työryhmistä osallistuttiin Linity-menetelmäkoulutukseen, turvasuunnitelmäkoulutukseen ja puheeksiottokoulutukseen. He ovat myös alueellisen itsemurhia ehkäisevän verkoston jäseniä. Yksi esihenkilö haastateltiin yksin, koska ryhmähaastattelun ajankohta ei sopinut hänen aikatauluunsa. Fokusryhmähaastatteluilla saatiin ymmärrystä ja tietoa eri taustaisten ja eri tavalla itsemurhien ehkäisytyötä kohtaavien ja toteuttavien työntekijöiden ja esihenkilöiden kokemuksista, kuin myös eri organisaatiossa työskentelevien ammattilaisten näkökulmasta.

Kaikkia kolmea haastatteluryhmää haastateltiin kerran. Haasteena ryhmähaastattelulle oli, että osa ryhmiin osallistujista tunsi toisensa paremmin, kun taas osa oli vieraita

toisilleen. Tämä saattoi tuoda jännitteitä ja epävarmuutta ryhmätilanteeseen osallistujien pohtiessa omaa suhdettaan ryhmän jäseniin. Myös erilaiset ammatilliset taustat ja ammatillinen kokemus itsemurhien ehkäisytyössä voi vaikuttaa haastateltavien osallistumiseen, jos osallistujat eivät koe mielekkääksi altistaa omia poikkeavia näkökantojaan kritiikille. (Valtonen & Viitanen, 2020, s. 276.) Haastattelijan pääasiallinen tehtävänä olikin virittää otollinen ilmapiiri, ohjata keskustelua tavoitteiden mukaisesti, rohkaista ja kannustaa osallistujia keskustelemaan keskenään aiheesta. Toinen huomioitava haaste oli haastattelujen toteuttaminen verkossa, etäyhteyksin. Verkossa osallistumiseen liittyvistä ei-kielellisestä palautteesta ja tulkinnasta (nyökkäily, ääntelyt, katsekontakti osallistujien kesken) jää eittämättä vajaaksi vaikkakin myönteistä on videoyhteyksin tehtävän haastattelun videointi, jossa vuorovaikutuksen saattomat aspektit saadaan paremmin mukaan (Valtonen & Viitanen, 2020, s. 289).

Edellä mainittuja haasteita ennaltaehkäistiin käymällä ryhmäkeskustelun aluksi läpi säännöt ja rajat: mistä ja miten oli tarkoitus keskustella, miten ryhmässä puhutaan sekä miksi osallistujat oli kutsuttu paikalle. Haastattelu aloitettiin osallistujien esittäytymisellä, jonka jälkeen siirryttiin sisällölliseen teeman käsittelyyn. Keskustelun sisältöä koskevilla avoimilla kysymyksillä (mitä, miten, kertokaa...) ilmaistiin, mitä ja miten osallistujien odotetaan keskustelevan. (Valtonen & Viitanen, 2020, s. 278–283.) Ennen ryhmäkeskustelun aloittamista tehtiin myös sopimus siitä, pidetäänkö mikrofonit auki koko tapaamisen ajan sekä sopimalla, kuinka keskusteluun osallistutaan ja puheenvuoroja pyydetään (aloittamalla puhuminen suoraan vai viittaamalla). Päävastuussa kaikkien osallistujien vuorovaikutuksen huomioimisesta ja keskustelun ylläpitämisestä oli haastattelijalla.

Aineiston keräys eli haastattelut toteutettiin kesäkuussa 2023. Aineiston analysointi alkoi elokuussa 2023 ja opinnäytetyön kirjoitus syksyllä 2023. Opinnäytetyöstä vastaavalla opiskelijalla oli mahdollisuus käsitellä ja analysoida tutkimusaineisto ilman erilliskorvauksia, osana opintosuunnitelmaa.

6 FOKUSRYHMÄHAASTATTELUN ANALYYSI

Tässä luvussa avaan fokusryhmähaastattelun sisällönanalyysia. Kerron, kuinka etenin aineiston käsittelyssä tallenteiden kuuntelusta litterointiin ja miten etenin teemoittelussa. Avaan myös tapaani koodata aineistoa ja esitän esimerkkilausein, miten etenin luokittelussa alaluokista yläluokkiin, aina pääluokkiin asti.

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on luoda aineistosta kokonaisuus, jonka avulla voidaan tuottaa perusteltu tulkinta ja tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä (Puusa & Juuti, 2020, s. 237). Tässä opinnäytetyössä käytetään analyysimetodina laadullista sisällönanalyysia, koska se on yksi yleisimmin sovelletuista metodeista laadullisen aineiston tarkastelussa (Puusa & Juuti, 2020, s. 238). Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, missä etsitään tekstin merkityksiä. Sisällönanalyysin avulla pyritään analysoimaan dokumentteja sanallisesti, systemaattisesti ja objektiivisesti. Menetelmän avulla tutkittavasta ilmiöstä – osallistujien inhimillisistä kokemuksista – pyritään saamaan kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa johtopäätöksiä varten. (Sarajärvi ym., 2017, s. 216–218.)

Ryhmäkeskusteluun kokoontuva ryhmä on useimmiten ainutkertainen ja se on olemassa ryhmänä yleensä vain parin tunnin ajan (Valtonen & Viitanen, 2020, s. 275). Keskustelun päätyttyä tutkijan on hyvä tehdä muistio ensihavainnoista: mitä päällimmäisiä ajatuksia ja mielikuvia tästä ryhmästä syntyi. Tämän jälkeen nauhoitetut ryhmäkeskustelut puretaan eli litteroidaan sanatarkasti mutta ei yksityiskohtaisesti taukoineen ja aineisto analysoidaan.

Sisällönanalyysin tavoitteena on auttaa järjestämään aineisto aluksi tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen keskeistä tietoa (Puusa & Juuti, 2020, s. 239). Tutkimusaineiston redusoinnissa eli pelkistämässä analysoitava informaatio, tässä opinnäytetyössä haastattelut, ensin kuunnellaan ja aukikirjoitetaan sana sanalta (Sarajärvi ym. 2017, s. 229). Tämän jälkeen aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois tiivistämällä ja pilkkomalla data osiin, koska sellaisenaan mittava aineisto on hajanaista (Puusa & Juuti, 2020, s. 239). Aineistosta etsitään samaa kuvaavia pelkistettyjä ilmaisuja alleviivaten ne eri värein ja erottelemalla erilaisia ilmiöitä. Näin

datasta etsitään tutkimustehtävää kuvaavia alkuperäisilmauksia ja niitä kuvaavia pelkistettyjä ilmauksia ja nämä listataan allekkain.

Pelkistetyt ilmaukset klusteroidaan eli ryhmitellään. Ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi ja pelkistetyistä ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet ryhmitellään, yhdistetään ja listataan allekkain eri luokiksi, joista muodostuu alaluokkia. Alaluokat nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä esimerkiksi ilmiön piirteen tai käsityksen mukaan. Tarkoituksena on tiivistää ja yhdistää aineistoa sisällyttämällä yksittäisiä tekijöitä yleisempiin käsitteisiin, jolloin niistä muodostuu yläluokkia. (Sarajärvi ym., 2017, s. 229–234.)

Yläluokkia yhdistelemällä muodostuu pääluokkia, jotka nimetään aineistosta nousevan ilmiötä kuvaavan aiheen mukaan. Lopun yhdistävä luokka on yhteydessä tutkimustehtävään. Klusteroinnin tarkoituksena on tutkimuksen perusrakenteen ja kokoavan käsitteen muodostaminen sekä alustavien kuvauksien luominen tutkittavasta ilmiöstä. (Sarajärvi ym., 2017, s. 229–234.)

Klusterointia seuraa aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, josta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämässä alkuperäisdatassa käytetyistä ilmauksista edetään teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista ja niin että yhteys alkuperäisdataan on löydettävissä. (Sarajärvi ym., 2017, s. 234.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä, jolloin saadaan vastaus tutkimustehtävään (Sarajärvi ym., 2017, s. 237). Analyysi perustuu tulkintaan ja päätelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä (Puusa & Juuti, 2020, s. 239). Tutkija siis kuvailee tutkimuskohdetta muodostamiensa käsitteiden avulla ja teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan koko ajan alkuperäisaineistoon uutta teoriaa luodessa. Johtopäätöksissä tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä asiat merkitsevät tutkittaville heidän näkökulmastaan. (Sarajärvi ym., 2017, s. 237.)

6.1. Aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä aineistoyksikköjä eli fokusryhmähaastatteluja oli kolme, joista jokainen kesti noin tunnin. Haastatteluissa keskityttiin erityisesti haastateltujen käytännön kokemuksiin ja esimerkkeihin koulutuksien vaikutuksesta omaan ja työyhteisöjen osaamiseen ja työkäytänteisiin. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on toteutettu siten, että kuuntelin ensin fokusryhmähaastattelujen äänitallenteet useaan otteeseen, jonka jälkeen purin ne tekstimuotoon niin että keskustelujen kokonaisrakenteesta ja sisällöstä muodostui tarpeeksi hyvä kuva. Analyysiprosessi jatkui aineiston lukemisella useaan kertaan tehden siitä samalla muistiinpanoja, vertailemalla ryhmien välisiä aineistoja ja suhteuttamalla aineistoa aiempaan kirjallisuuteen. (Valtonen & Viitanen, 2020, s. 291.)

Tallenteelta purettua tekstiaineistoa oli yhteensä 43 sivua. Tämän jälkeen kuuntelin haastattelut vielä kertaalleen sen varmistamiseksi, että tekstimuotoon litteroidut puheenvuorot näyttivät mahdollisimman aidosti sen, mitä osallistujat olivat sanoneet. Tutkin alkuperäistä aineistoa työhuoneessani, suojatussa internetyhteydessä. Suojasin haastateltavien pseudonymisoinnin litteroinnin yhteydessä siten, että nimiä tai muitakaan haastateltavien tai heidän mainitsemiensa ihmisten tunnistamisen mahdollistavia asioita ei kerrota tutkimuksessa. Aineiston keruun aikana pidin työpäiväkirjaa mm. aineiston keruun vaiheista, aineistosta saadusta ensivaikutelmasta ja tärkeimmistä havainnoista ja palasin päiväkirjan havaintoihin opinnäyteprosessin edetessä.

Varsinaisen analyysin tein tekstimuotoisesta aineistosta. Analyysi eteni seuraavien vaiheiden kautta: alkuperäisilmaukset, pelkistetyt ilmaukset, alaluokka, yläluokka, pääluokka ja yhdistävä luokka. Ensin etsin pelkistetyistä, tekstimuotoisesta aineistosta samankaltaisuuksia ja samankaltaisia lauseita sen mukaan, minkälaisia teemoja lauseissa tuotiin esiin (katso liite 3.):

Taulukko 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTETTY ILMAUS
”Koulutukset koettiin tärkeiksi” ”Aiempi koulutus itsemurha-aiheesta on ollut vähäistä.” ”Koulutuksille oli ammatillista ja henkilökohtaista tilausta.”	Koulutusten tärkeys Aiempi koulutus vähäistä Koulutuksille tilausta

”Eri toimijoiden yhteistyö on vahvistunut” ”On tullut uusia yhteistyökumppanuuksia” ”Lisääntynyt yhteistyö on edistänyt asiakasohjausta” ”Monipuolistanut asiakkaan saamaa hoitoa”	Yhteistyön vahvistuminen Uusia yhteistyökumppanuuksia Lisääntynyt yhteistyö Hoidon monipuolistuminen
”Linity-menetelmä on koettu hyväksi, konkreettiseksi työtavaksi kohdata ihmisiä” ”Linity on uusi työkalu itsemurhakriisin arviointiin ja käsittelyyn” ”Asiakkaille uusi, mahdollinen työtapaa”	Konkreettinen työtapaa Uusi työkalu Uusi työtapaa

Tämän jälkeen koodasin lauseet omiin ryhmiin ja erottelin ne eri värein sen mukaan, mitä lauseissa tuotiin esiin. Erottelin muun muassa, minkälaisia vaikutuksia koulutuksella oli työtapoihin, työtoteeseen ja henkilökohtaisesti tai tuotiinko lauseessa esiin tunteita tai merkityksiä (liite 3., siniset lauseet). Eri värillä merkitsin lauseet, missä ilmaistiin, miten koulutus vaikutti yhteistyöhön ja kuvattiinko niissä hoitopolkua (liite 3., punaiset lauseet), sekä minkälaisena itsetuhoisuus näyttäytyy (liite 3. vihreät lauseet). Merkitsin lauseet myös sen mukaisesti, käsiteltiinkö niissä itsemurhaa ilmiönä ja sosiaalisessa kontekstissa (liite 3., harmaat lauseet). Tämän jälkeen ryhmittelin pelkistetyt ilmaukset. Pelkistetyistä ilmauksista nimesin alaluokkia mielestäni niissä esiintyvien samankaltaisuuksien perusteella (katso liite 3.)

Taulukko 4. Esimerkki aineiston ryhmittelystä.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Koulutus lisäsi uskallusta puhua itsemurhasta. Koulutus on vähentänyt pelkoa Koulutus on lisännyt osaamista ja rohkeutta puheeksiottoon Koulutus on lisännyt suoraa puhetta itsemurhasta	Rohkeuden lisääntyminen
Koulutusten tärkeys Aiempi koulutus on ollut vähäistä Koulutuksille tilausta	Ammatillinen tilaus
Yhteistyön vahvistuminen Uusia yhteistyökumppanuuksia Lisääntynyt yhteistyö Hoidon monipuolistuminen	Yhteistyön vahvistuminen
Konkreettinen työtapaa Uusi työkalu	Uusi työtapaa

Etenin analyysissä yhdistämällä alaluokat ja muodostamalla niistä eri värein yläluokat alaluokkien otsikoista esiin nousevien aiheiden mukaan (katso liite 3.)

Taulukko 5. Esimerkki aineiston abstrahoinnista.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Rohkeuden lisääntyminen Työhyvinvointi Ymmärryksen lisääntyminen	Ymmärryksen lisääntyminen
Focus Hoidon nopeutuminen Uusi työtap	Ammatillinen tilaus
Asiakkaan toimijuuden lisääntyminen Yhteistyö	Rohkeuden lisääntyminen
Yleisyys Kulttuurin muutos	Työhyvinvointi
Ammatillinen tilaus Koulutuksen jatkuvuus Jakautuneet asenteet	Motivaatio

Näistä yläluokista muodostin pääluokat sen mukaan, vaikuttiko koulutus työntekijöiden henkilökohtaiseen ammattitaitoon, hoitotyön sisältöön, työryhmien ja organisaatioiden yhteistyökäytäntöihin, yhteiskuntaan vai koulutuksen tarpeeseen ja säännöllisyyteen:

Taulukko 6. Esimerkki aineiston astrahoinnista ja niistä muodostettu yhdistävä luokka

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Ymmärryksen lisääntyminen	Ammattitaidon vahvistuminen
Ammatillinen tilaus	Hoidon kehittyminen
Rohkeuden lisääntyminen	Yhteistyön lisääntyminen
Työhyvinvointi	Yhteiskunnallinen muutos
Motivaatio	Koulutuksen jatkuvuus

YHDISTÄVÄ LUOKKA
Koulutuksen vaikutus ammattitaidon vahvistumiseen, hoidon kehittymiseen ja yhteistyön lisääntymiseen.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä tulososiossa kerron opinnäytetyön keskeisiä tuloksia. Kuvailen, miten haastattelut kertoivat koulutusten vaikuttaneen asenteisiin, osaamiseen, itsetuhoisuuden tunnistamiseen ja valmiuksiin kohdatessa itsemurhavaarassa olevan asiakkaan. Avaan, miten koulutus on muuttanut työkäytänteitä ja yhteistyötä eri työryhmien ja organisaatioiden kesken sekä millainen vaikutus koulutuksilla on ollut itsetuhoisten asiakkaiden omaan toimijuuteen ja työntekijöiden työhyvinvointiin.

ITRO-hankkeen itsemurhien ehkäisy koulutukset vaikuttivat myönteisesti suurimpaan osaan mutta erityisesti uusiin ja kokemattomiin työntekijöihin. Jos työntekijällä ei ole kykenevyyden tunnetta itsetuhoisuuden käsittelyyn vaan keinottomuutta ja arkuutta aiheen kanssa pärjäämisessä, on itsemurha-ajatuksista ja itsemurhavaarasta kysyminen vaikeampaa. Silloin itsetuhoisuus helpommin sivuutetaan. Myös ne ammatillaiset, joilla ei ole psykiatrista koulutusta ja osaamista, mutta jotka työssään kohtaavat itsetuhoisia ja itsemurhavaarassa olevia, saivat rohkeutta ja valmiuksia ottaa itsemurhavaara puheeksi sekä tarvittavaa tietoa hoitoon ohjaamisesta.

Koulutuksen vaikutuksia arvioitaessa haastatteluista nousi esiin huomio, miten itsemurhavaaran puheeksioton tulisi olla tietoista ja aktiivista, muuten siitä kysyminen hiipuu. Yhden haastateltavan esiin nostama havainto oli, että aiemman Jouko Lönnqvistin itsemurhien ehkäisyprojektin (1986–1996) tuotokset kannattelivat lähes kaksikymmentä vuotta (Lönnqvist ym., 1993). Nyt ammattilaisten sukupolvenvaihdon myötä oli hyvä aika nostaa itsetuhoisuus jälleen aktiivisesti puheeksi ja kouluttaa erityisesti uusia työntekijöitä mutta vahvistaa myös kokeneiden ammattilaisten osaamista itsemurhien ehkäisytyössä. Itsemurhien ehkäisy koulutusten tulisikin sisältyä sosi-aali- ja terveydenhuoltoalan ammatillisiin ja korkeakouluopintoihin jatkuen täydennyskoulutuksena läpi työuran.

Haastatteluissa nousi toistuvasti esiin koulutuksien positiivinen vaikutus ammattilaisten lisääntyneisiin valmiuksiin itsemurhavaaran tunnistamisessa ja puheeksiotossa. Erityisen merkittävänä pidettiin mahdollisuutta ohjata itsemurhaa yrittänyt asiakas / potilas koulutetuille Linity-menetelmäosaajille. Aiemmin yhtenä mahdollisena esteenä itsetuhoisuudesta kysymiselle on saattanut olla ammattilaisten vähäiset

keinovalikoimat siitä, kuinka käsitellä itsemurhayritystä. Tästä syystä itsemurhasta kysymistä on mahdollisesti vältelty. Kun hankkeen koulutusten myötä asiakkaan / potilaan hoitopolkuun tuli uusi työmenetelmä, Linity-interventio, on työntekijöillä konkreettinen keino auttaa itsemurhaa yrittänyttä ohjaamalla hänet Linity-työntekijälle. Silloin tieto ja huoli itsemurhariskistä ei jää yksin itsemurhavaaran puheeksi ottaneen työntekijän kannettavaksi, ilman itsemurhaa ehkäiseviä toimenpiteitä. Koulutus turvasuunnitelman tekoon vahvisti itsemurhien ehkäisytyön osaamista erityisesti matalan kynnyksen kohtaavassa työssä.

Haastateltavien kokemuksena oli, että jo pelkästään itsemurhien puheeksiottokoulutus lisäsi ymmärrystä ja valmiuksia itsemurhien ehkäisemiseksi mutta kaikkien kolmen koulutuksen; puheeksiottokoulutuksen, Linity-interventiokoulutuksen ja turvasuunnitelmakoulutuksen yhteisvaikutus tuki itsetuhoisen asiakkaan hoitopolkua ja lisäsi hoitokäytäntöjä tehden itsemurhien ehkäisytyöstä alueellisesti vaikuttavaa.

Haastatteluissa itsetuhoisuuden nähtiin olevan yleistä Länsi-Pohjan alueella. Työntekijät eri työtehtävissä kohtaavat itsetuhoisuutta viikoittain tai useamman kerran kuukaudessa. Tilastot tukevat tätä kokemusta. Haastateltavat havaitsivat itsetuhoisuudessa kulttuurillisia muutoksia, niissä esimerkiksi näkyy lääkeyliannostukset ja päihteet aiempaa useammin. Samaan aikaan sosiaalinen media on lisännyt ihmisten avoimuutta itsetuhoisuuden käsittelyssä eikä itsemurha ole enää tabu. Kampanjat, uutiset ja lehtiartikkelit vahvistavat väestön tietoisuutta mielenterveydestä edistämällä avun hakemista. Itsemurhia ehkäisevien työtapojen ja -menetelmien osaamiselle nähdään olevan tilausta sosiaali- ja terveydenhuoltoalan lisäksi myös muissa ammattiryhmissä, missä kohdataan itsetuhoisuutta, itsemurhaa yrittäneitä tai itsemurhan tehneiden läheisiä.

Haastatteluissa merkille pantavaa oli haastateltavien enemmistön innostuneisuus ja hyvin samankaltaiset kuvailut koulutusten positiivisista vaikutuksista niin omaan kuin työryhmien ammattitaitoon, osaamiseen ja työssä jaksamiseen. Haastateltavien vahva motivaatio ja ammattietiikka haastavan asiakasryhmän kohtaamisessa ja auttamisessa tuli esiin pohdinnoissa, missä koulutuksien koettiin vahvistavan hyviä hoitokäytäntöjä. Työnantajien olisikin hyvä huomioida ammatillinen täydennyskoulutus yhtenä vetovoimatekijänä aloilla ja hyvinvointialueilla, joissa työvoimapula on merkittävä riskitekijä lähitulevaisuudessa.

7.1. Koulutusten myönteinen vaikutus asenteisiin

Haastattelussa tuli vahvasti esiin, kuinka sekä puheeksiottokoulutus että Linity-menetelmäkoulutus lisäsivät työntekijöiden tietoa itsetuhoisuuden tematiikasta ja kompleksisuudesta. Koska itsemurhiin liittyvää asiallista tietoa ja koulutusta on aiemmin ollut saatavilla vähän tai ei ollenkaan, on itsemurhia suomalaisessa yhteiskunnassa käsitelty paljon myyttien ja väärinymmärrysten kautta. Silloin myös ammattilaiset ovat saattaneet tulkita itsetuhoisuutta huomionhakuisuudeksi, itsekkyydeksi tai yritykseksi manipuloida ympäristöä. Itsemurhien ehkäisytyössä kokemuksena on, että itsetuhoisuuteen on liittynyt pelkoja ja keinottomuutta, mitkä ovat lisänneet kohtaamattomuutta. Kaikki nämä ovat vaikuttaneet kielteisten asenteiden muodostumiseen. Koulutus lisäsi ammattilaisten ymmärrystä itsetuhoisen henkilökohtaisen tarinan ja historian merkityksestä itsetuhoiseen käyttäytymiseen ja itsetuhoisuuteen liittyen. Ymmärrys ja empatia taas muokkasivat asenteita niin, että itsemurhavaara huomioidaan ja otetaan aiempaa vakavammin.

”Hyväksyvä läsnäolo on vahvistunut” (Ryhmähaastattelu 1)

”Myyttejä ja faktoja purettu” (Ryhmähaastattelu 2)

”Ymmärtää, mitä siellä tapahtuu aivoissa”(RH2)

”Puheeksiottamisen koulutuksen myötä tullut vahvuus, että on oppinut ymmärtämään, mikä merkitys sillä toiminnalla on siinä hetkessä, kun ihminen on itsetuhoinen”(RH2)

”Ihmiset on jotenkin oppinut ottamaan sen asian vakavasti”(RH1)

”Asennemuokkaus, otetaan tosissaan ja otetaan puheeksi”(RH1)

”Puheeksiottokoulutus on ollut ihan silmiä avaava”(RH2)

Haastateltavat kuvasivat yhdenmukaisesti, kuinka koulutus lisäsi ymmärrystä itsetuhoisesta mielentilasta. Tiedon lisääntyminen vähensi virheellisiä tulkintoja ja johti asiakkaan / potilaan parempaan kohtaamiseen.

7.1.1 Koulutuksen vaikutus vahvoihin ennakkoluuloihin ja asenteisiin

Haastateltavat huomioivat, että vaikka koulutus on muokannut asenteita myönteisimmäksi niin edelleen osalla ammattilaisista on vahvoja ennakkoluuloja ja kielteisiä asenteita, joihin koulutus ei tuonut muutosta.

”Asenteet jakautunutta, toivon että puheeksiottokoulutuksen käyneellä ymmärrystä olisi enemmän.”(RH1)

”On vielä voimakkaita asenteita, jollain ammattilaisillakin.”(RH1)

” (xxx paikkakunnalla ja työyhteisössä) tähän ei ole ottaneet koppia, olivat että vähän ”raskas teema”. (RH1)

”Jakautuu kuitenkin kahteen, toiset ottaa vakavasti ja ammatillisesti ja toiset on sitten ”no jos se on päättänyt itsensä tappaa niin se oma tahonsa.”(R1)

Koska itsetuhoisuuteen liittyvää koulutusta on ollut vähän, on osalle ammattilaisista muodostunut vahvoja, kielteisiä asenteita tai pelkoja heidän kohdatessaan itsetuhoisuutta. Ennakkoluulot ja kielteiset asenteet taas johtavat väärin tulkintoihin tai pyrkimykseen väistää haastava aihe. Tiedon puute voi myös johtaa tarpeeseen vastuuttaa asiakasta / potilasta tavalla, johon tämä ei itsetuhoisessa tilanteessa kykene. Näihin tulkintoihin ja asenteisiin on vaikeaa vastata lyhyellä koulutuksella.

7.2. Koulutusten vaikutus ammattilaisten osaamisen vahvistamiseen

Haastateltavat tunnistavat tarpeen itsemurhien ehkäisyn koulutukselle. Ammattilaiset kokivat koulutusten vahvistaneen osaamista ja lisänneen rohkeutta itsemurhavaaran puheeksiottoon ja itsemurha-sanankäyttöön.

”Linityn myötä oppi eri tavalla pysähtyä kuulemaan juuri sen ihmisen kokeman tarinan, hänen kokemuksensa, mikä johti itsemurhayritykseen.”(RH1)

”Itsetuhoisuuteen liittyen on vahvistunut osaaminen tämän koulutuksen jälkeen, se ei ole niin pelottava asia.”

”On helpompi käyttää sanaa itsemurha.”(RH1)

”Puheeksiotokoulutusten suosio on kertonut siitä, että jotakin on puutunut aikaisemmin.”(RH2)

”Tunnistetaan että on aihe, jossa on erityispiirteitä”(RH2)

”Uusillekin ihmisille tuli se tapa, miten siihen puututaan tai miten se otetaan puheeksi” (RH3)

”Vilpittömän kysymyksen rutiini ilman tuomitsevia tai odottavia asenteita” (RH1)

”Koulutus on yksi merkittävä muutos, että siitä uskalletaan puhua” (RH2)

”On tullut rohkeutta siihen puheeksiottoon eikä varota sitä” (RH2)

Koulutus lisäsi ammattilaisten valmiuksia itsetuhoisuuden käsittelyyn yhteistyössä asiakkaan / potilaan kanssa ilman haitallisia ennakoasenteita. Koulutus edisti myönteistä muutosta itsemurha-aiheen käsittelyyn, ja toi työntekijöille uuden toimintatavan itsemurhavaaran puheeksiottoon sekä tarvittavaa rutiinia aiheen käsittelyyn.

7.3. Koulutuksen vaikutus itsemurhavaaran tunnistamiseen

Haastatteluissa tuli esiin, kuinka koulutus herkisti ammattilaisia kuulemaan itsemurhavaaran aiempaa paremmin. Lisääntyneet valmiudet itsemurhakriisin tunnistamiseen keskitti työntekijöiden fokuksen itsemurhariskin käsittelyyn silloin, kun itsemurha tuli esiin joko työntekijän kysymänä tai asiakkaan esiintuomana.

”Linity-korva kuuntelee tarkemmin nykyään niitä tarinoita. (RH1)

”Asiakasta kuulee eri tavalla.” (RH1)

”Niihin tarttuu ja lähtee tarkentamaan ”Mitä sä sillä tarkoitat?” ja ”ootko miettinyt, että satutat itseäsi. (RH1)

”Osataan kysyä oikealla lailla kysymyksiä” (RH2)

”Jos huomaa masennus oireita tai on kuormittava elämäntilanne, tai on välittynyt tunnetta, niin on kysynyt, vaikka potilas ei ole sitä itse millään tavalla tuottanut.” (RH1)

Koulutuksen jälkeen ammattilaisilla vahvistui itsemurhavaaran tunnistaminen, jos asiakas/ potilas epäsuorasti vihjaili itsemurha-ajatuksista tai hänen elämäntilanteensa oli itsemurhan riskiä lisäävää kuormitusta. Vahvistunut osaaminen edisti itsetuhoisuudesta suoraan kysymistä ja puhumista.

7.4. Koulutuksen vaikutus yhteistyöhön eri organisaatioiden välillä

Koulutukset lisäsivät eri organisaatioiden välistä yhteistyötä luomalla uusia yhteistyökumppanuuksia sekä vahvistamalla jo olemassa olevaa yhteistyötä. Lisääntynyt itsemurhavaaran puheeksiotto edisti asiakasohjausta eri organisaatioiden ja työryhmien välillä, nopeutti asiakkaan / potilaan hoitopolkua ja monipuolisti itsemurhavaarassa olevan hoidon tarjontaa ja hoitomenetelmiä.

”Lisääntynyt konsultointi työryhmässä konkreettinen juttu. Matalammalla kynnyksellä otetaan yhteyttä.” (RH1)

”Yhteistyökumppanit on kommentoinut, että onpa hyvä ja tärkeää, että on tämmöistäkin apua täällä.” (RH1)

”Osastolla Linitystä on puhuttu, ovat käyneet puheeksiottokoulutuksia ja Linity on enempi sydämen asia, ja potilaiden saattaminen meille hoitoon tähän. Koko ajan on enempi semmoisia työntekijöitä.” (RH1)

”Työryhmät ja että yhteistyö on vahvistunut entisestään.” (RH2)

”Tuonut verkostoitumusta paikkakunnan toimijoiden kesken” (RH2)

”Tiivis verkostoyhteistyö on jo olemassa” (RH3)

”Joltain osin on taas parantunut” (RH3)

”Nyt on muutakin kuin se, että itse joudun vastuuseen ja pelkäämään, menetetäänkö tämä potilas siitä huolimatta, että mä nyt tiedän. On selkeästi protokolla, millä lähdetään työskentelemään, tulee oheishoito, erikseen koulutetut ITRO-työntekijät” (RH3).

Itsemurhien puheeksioton koulutukseen osallistui laajasti koko Länsi-Pohjan alueen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan henkilöstö sekä poliisin, opetusalan ja seurakunnan työntekijöitä. Yhteinen ymmärrys ja kieli itsetuhoisuudesta, puheeksioton merkityksestä ja hoitoon ohjaamisesta tiivisti verkostoyhteistyötä eri organisaatioiden ja työryhmien välillä vahvistaen käytössä olevia resursseja.

7.5. Koulutus myönteisen muutoksen edistäjänä hoito – ja työkäytänteissä

Linity-interventiokoulutus ja turvasuunnitelmakoulutus edistivät myönteistä kehitystä tuoden uusia työtapoja ja työmenetelmiä ammattilaisten käyttöön itsemurhavaarassa olevan kohtaamisessa ja hoidossa. Uudet hoitomenetelmät ja työkäytännöt lisäsivät työntekijöiden valmiuksia käsitellä itsemurhayritystä ja itsetuhoisia ajatuksia ja toivat hoitoprosessiin struktuuria. Uudet työmenetelmät edistivät itsemurhayrityksestä puhumista suoraan, kiertelemättä.

”Helpompi puhua suoraan ja kysyä jotenkin suoraan eikä kysyä vaikka, että ”no minkälaisia erilaisia ratkaisumahdollisuuksia sinä olet miettinyt tässä tilanteessa” (RH1)

”Linityssä ei haeta vääränlaisia sävyjä siihen hetkeen.” (RH1)

”Linity antoi uuden työkalun. Näin voin tässä tilanteessa toimia.” (RH1)

”Linityssä itsetuhoisuuden arviointilomake kulkee koko ajan mukana perusrakenteessa, sitä ei tarvitse muistaa lisätä tai huomioida lisäksi.” (RH1)

”Työkalu mukana, helpottaa aidosti sitä puheeksi ottamista.” (RH3)

”Työkaverit sai myös tästä työkalun, he pystyy ohjaamaan asiakkaita / potilaita meille Linity-koulutettaville.” (RH1)

”Nyt tullut, että uskalletaan olla siinä, kuulla vaan että mitä tämä xx sanoo” (RH2)

”Yhtä aikaa tieto, että sitten kun otan puheeksi, niin mulla on myös joku erityistyökalu, mihin ihminen ohjataan.” (RH3)

Haastateltavat pitivät merkittävänä, kuinka itsemurhien puheeksiototon koulutus ja uudet työkäytännöt lisäsivät ymmärrystä ja työryhmien avoimuutta. Haastavista tilanteista puhuminen ja niiden jakaminen edisti työssä jaksamista ja työhyvinvointia.

Positiivinen muutos lisäsi työntekijöiden resilienssia heidän kohdatessaan itsemurha-vaarassa olevia ja heidän läheisiään.

” [koulutuksen vaikutus] työssä jaksamiseen ja ymmärtämiseen on ihan merkittävä. ”(RH2)

”Valtavaa kuormaa pois työntekijöiltä henkilökohtaisesti. ”(RH2)

”Aiemmin ihmiset on ollut aiheen kanssa hämillään, yksin tai neuvottomia. ”(RH2)

”Vahvistaa ihmisen jaksamista siinä tilanteessa, kun kohtaa näitä (itsetuhoisia) ihmisiä”(RH2)

”Näytetään tunteet avoimemmin kuin ennen. ”(RH2)

”Se saa olla se asia sillä tavalla, että autetaan vaan ihmistä siitä eteenpäin ” (RH1)

”Toinen sanoo ääneen tai alkaa itkemään, sanotaan ajatuksia, ottaa puheeksi niin se antaa esimerkkiä sille toiselle, että ei mun tarvitsekaan tästä niin vahvasti selviytyä, että kaikki tunteet on sallittuja ja ajatukset. ”(RH2)

”Muutos näissä töissä, joissa näitä kohdataan, niin on pystytty puhumaan myös näistä haastavista aiheista. ”(RH2)

”Työhyvinvointi lisääntynyt, aiemmin oli yksin tai jotenkin avuton. Nyt on rohkeampi puheeksiotto ja pystyy ohjaamaan, sanoa ihan henkilöitä ja mihin voi olla / ollaanko yhteydessä?”(RH2)

”Hyväksyvä läsnäolo on vahvistunut. ” (RH1)

”On rauhoittunut siihen itsetuhoisten asiakkaitten kohtaamiseen ja heidän kanssa työskentelyyn. ” (RH1)

”Kahdella tapaamisella saa näin paljon tarinaa tähän ympärille ja asiakkaan omilta työntekijöiltä tulee se palaute, kuinka paljon on saatu sitä lihaa luiden päälle, niin se mahtava tunne. ” (RH1)

Koulutus edisti itsetuhoisuuden käsittelyä asiakkaiden / potilaiden, työntekijöiden ja työryhmien kesken. Jos aikaisemmin työntekijät kokivat itsetuhoisuuden haastavaksi ja pyrkivät välttelemään itsetuhoisuuteen liittyviä keskusteluja, lisäsi koulutus vuoropuhelua, tunteiden tunnistamista, hyväksymistä sekä turvallista jakamista. Myönteiset muutokset edistivät hoitokäytänteitä, lisäsivät työhyvinvointia ja vahvistivat ammatti-identiteettiä.

7.6. Koulutuksen vaikutus itsetuhoisen henkilön osallisuuden ja allianssin vahvistumiseen

Haastatteluissa nousi yllättäen esiin työntekijöiden havainto Linity-interventioon osallistuneiden asiakkaiden / potilaiden oman toimijuuden ja osallisuuden vahvistumisesta

Linity-menetelmätyöskentelyn myötä. Kun asiakkaiden / potilaiden ymmärrys itsemurhakriisiin liittyvistä tekijöistä lisääntyi, lisäsi se samalla heidän valmiuksiaan oman elämäntilanteensa käsittelyssä ja hallinnassa. Tämä lisäsi työntekijöiden ja asiakkaiden / potilaiden yhteisymmärrystä ja itsetuhoisen myötätuntoa omaa elämäntarinaansa kohtaan.

[Haastateltavan kuvailema asiakaspalaute]: ”Ekaa kertaa elämässäni lähestyy ensimmäinen vuosi ilman itsetuhoajatuksia. Linityssä kaikki mustat möykyt tulee ulos ilman, että niihin kiinnitetään sillä hetkellä huomiota. Seuraavalla kerralla niitä jotenkin käsitellään. Toimi mun kohdalla.”(RH1)

”Avaavia ja koskettavia ne perhetapaamiset. Murtui tavallaan se jää, ja kynnys lähteä mukaan.”(RH1)

”...kuinka asiakkaat ottavat, jollekin on joku merkittävä niistä teemoista, joku tykkää siitä tiivistelmästä ja jollekin se on joku muu osa, mikä se on aina kenellekin mielekästä.”(RH1)

”Näkee, kuinka asiakkaalle syntyy myötätunto omaa tarinaa ja elämää kohtaan, se on mun mielestä aina kauheen hienoa, siitä on hyötyä.”(RH1)

”Asiakas kertoo, että nyt tuntuu vähän huonolta ja muistan, että sain sinuun ottaa yhteyttä turvasuunnitelman mukaisesti, siitä oikeasti on hyötyä, koen.”(RH1)

”Asiakkaat sanoo: häntä ei ole koskaan kuunneltu tällä tavalla / hän ei ole koskaan ymmärtänyt mistä kaikesta nämä asiat juontaa” (RH2)

Haastateltavat kokivat Linity-intervention toimivana työskentelytapana ja he nostivat työskentelystä merkityksellisinä esiin eri teemoja. Osa kertoi asiakkaiden / potilaiden hyötyneen tarinallisuudesta, toiselle vaikuttavinta olivat perhetapaamiset. Itsetuhoisen lisääntynyt toimijuus vahvisti työntekijöiden ja asiakkaiden / potilaiden allianssia ja yhteistyötä jatkuen myös kriisitapaamisten jälkeen, Linity-interventioon kuuluvalla seuranta-ajalla.

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYTEEN JA LUOTETTAVUUTEEN LIITTYVÄT KYSYMYKSET

Edellisessä luvussa kerroin tutkimusmenetelmästä ja – aineistosta. Tässä luvussa käyn tarkemmin läpi tutkimusaineiston keruuseen ja käsittelyyn liittyviä kysymyksiä ja kuinka opinnäytetyön tekijänä huomioin eettiset ohjeet. Kerron myös, missä ympäristössä opinnäytetyön tuloksia raportoidaan ja voidaan jatkossa hyödyntää.

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin osana ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä. Aineiston käsittelystä vastasi tutkimuksesta vastaava opiskelija Marena Kukkonen. Aineiston keruu ja haastattelut tapahtuivat kokonaisuudessaan Teams-verkkoympäristössä. Haastatteluun kutsuttiin ja osallistujilta pyydettiin suostumus tutkimukseen osallistumisesta sekä haastattelun nauhoittamisesta kirjallisesti. (liitteet 1. ja 2.) Kaikille tutkittaville, sekä työntekijöille että esihenkilöille, kerrottiin sekä kirjallisesti että suullisesti, mikä tutkimuksen tarkoitus on. Heillä oli mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä, jonka jälkeen heiltä saatiin kirjallisessa muodossa suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Haastattelut tehtiin saman kuukauden aikana, kun hanke päättyi niin että tutkimus ei päässyt vaikuttamaan yhteistyöhön tai siihen, miten työntekijöiden oli mahdollista osallistua koulutuksiin. Suostumusta pyydetessä esihenkilöille ja työntekijälle kerrottiin, että tutkimuksessa kiinnostus kohdistui ensi sijassa työntekijöiden henkilökohtaisiin kokemuksiin eikä mahdolliseen osaamiseen työkytenteissä. Haastateltaville kerrottiin myös, että heidän oli mahdollista perua suostumuksensa antaa videotallenne tutkimuskäyttöön. Haastattelut tallennettiin tulevaa tarkastelua varten ja poistettiin välittömästi opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Opinnäytetyön tekijä sitoutui noudattamaan tutkimus – ja kehittämistyön ohjeita huolellisesta tietojen käsittelystä sekä huomioi henkilötietojen käsittelyä ja yksityisyyden suojaa koskevan lainsäädännön. Opinnäytetyötä varten kerättyä aineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti ja ainoastaan tämän kehittämistyön tekemiseen. Fokusryhmissä ei käsitelty asiakastietoja eikä osallistujien yksityiselämään liittyviä arkaluontoisia tietoja, mutta jos / kun tällaisia siitä huolimatta tuli esille, nämä tiedot pseudonymisoitiin ja muutettiin tunnistamattomiksi litteroinnin yhteydessä. Tallennettua aineistoa säilytettiin MIELI ry:n tietosuojamääräysten mukaisesti opinnäytetyön työstämisen ajan eikä niitä annettu muille kuin tutkimusluvan saaneelle. Opinnäytetyön tekijä säilytti

litteroitua aineistoa käytössään salasanalla suojatulla tietokoneella ja hävitti litteraattit asianmukaisella tavalla opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyön tekijä on myös vaitiolovelvollinen kaikesta videotallenteista havaitsemistaan asioista.

Opinnäytetyön reliiabelius pyrittiin varmistamaan dokumentoimalla opinnäytetyön eteneminen sekä noudattamalla huolellisuutta aineiston keruussa ja haastattelujen purkamisessa. Validiutta eli aineistosta tehtyjen johtopäätösten luotettavuutta, tutkimusprosessin toteutuksen systemaattista luotettavuutta ja tutkimustulosten yleistettävyyttä kontekstissa sekä opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin DIAK:n YAMK-tutkimuksen opinnäytetyön arviointikriteerein. Arvioinnin osa-alueet ovat: tehtävän merkitys työelämälle, tietoperusta ja tiedonhankinta, menetelmien ja prosessin hallinta, tulokset ja niiden hyödyntäminen sekä asiantuntijuuden kehittyminen, kieli, rakenne ja viestintä. Vaadittujen kriteerien saavuttamista ja opinnäytetyön luotettavuutta edesauttoi tekijän työnantajan ja hankkeen päätoteuttajan, MIELI ry:n asiantuntijoiden tuki sekä oppilaitoksesta saatu tiivis ohjaus opinnäytetyöprosessissa.

Opinnäytetyössä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä eli haastateltavan autonomian kunnioittamista, luottamuksellisuutta ja vahingon välttämistä (HTK). Käytännön on laatinut tutkimuseettinen neuvottelukunta ja jonka ennakoarvioinnin kautta opinnäytetyö käytetään (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2021). Opinnäytetyön tuloksia raportoidaan oppilaitoksen oppimisympäristössä ja julkaistaan Theseuksessa, Suomen ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä ja julkaisuja tallentavassa kokotekstitietokannassa. Lisäksi tuloksia tullaan hyödyntämään Itsemurhien ehkäisykeskuksen toiminnan kehittämisessä ja itsemurhien ehkäisytyön alueellisissa jatkosuunnitelmissa MIELI ry:n kriisikeskuspaikkakunnilla ja hyvinvointialueilla.

Opinnäytetyön luotettavuutta tarkasteltaessa huomio kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Kriteereinä näissä on totuusarvo, sovellettavuus, pysyvyys ja neutraalisuus (Tynjälä 1991). Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin ITRO-hankkeen toimenpidealueelta Länsi-Pohjasta, hankkeen yhteistyötahojen edustajilta ja koulutuksiin osallistuneilta henkilöiltä. Otos oli edustava eikä mitään havaintoryhmää suosittu tai jätetty ulkopuolelle systemaattisesti. Opinnäytetyön eteneminen kuvataan huolellisesti ja tulosten analysoinnin läpinäkyvyyttä lisää esimerkkitaulukot. Opinnäytetyön tekijällä oli käytössä työpäiväkirja huomioiden ja havaintojen kirjaamiseksi. Työpäiväkirja oli myös neutraalisuuden tukena

haastattelujen tuloksia analysoitaessa opinnäytetyön tekijän saattaessa palata työpäiväkirjan avulla omiin ensivaikutelmiin ja tunnelmiin erotellakseen ne haastateltavien tunteista ja kokemuksista.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTAA

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, minkälaisia vaikutuksia koulutuksella on ammattilaisten asenteisiin ja osaamiseen itsemurhavaarassa olevan asiakkaan tunnistamisessa, ja miten koulutus vaikuttaa hoitoon ohjaamiseen ja hoitokäytänteisiin. Tässä luvussa kerron, minkälaisiin johtopäätöksiin opinnäytetyössäni päädyin. Tuon myös esiin havaintojani opinnäytetyön tutkimusaineistosta sekä esitän jatkotutkimusehdotuksia. Pohdintaosuudessa tuon esiin, miten Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin koulutuksista saatuja kokemuksia on mahdollista hyödyntää myös muilla hyvinvointialueilla. Lopuksi kerron, minkälainen positiivinen muutos Länsi-Pohjan itsemurhatilastoissa on tapahtunut vuosien 2016–2022 aikana.

9.1. Johtopäätökset

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: Minkälaisia vaikutuksia koulutuksella on ollut osallistujien arvioinnin mukaan ammattilaisten asenteisiin ja osaamiseen itsemurhavaarassa olevan asiakkaan kohtaamisessa? Miten koulutus on muuttanut itsemurhavaarassa olevaa asiakkaan tunnistamista, hoitoon ohjaamista ja työkäytänteitä? Opinnäytetyössäni analysoin kolmea aineistoyksikköä eli fokusryhmähaastattelua. Haastatteluisa keskityttiin haastateltavien käytännön kokemuksiin ja esimerkkeihin koulutuksen vaikutuksesta sekä omaan että työyhteisöjen osaamiseen ja työkäytänteisiin.

Suomessa tehdään vuosittain lähes 750 itsemurhaa (Tilastokeskus, i.a.). Itsemurhayrityksiä arvioidaan olevan 20 x määrä itsemurhakuolemiin nähden (WHO, i.a.). Vaikka itsemurhat ovat vähentyneet 1990 – luvun synkimmistä vuosista, ovat itsemurhat edelleen merkittävä kuolinsyy Suomessa (Tilastokeskus, i.a.). Voidaankin olettaa, että

suuri osa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisista kohtaa työurallaan joko itsemurhaa pohtineen, itsemurhaa yrittäneen tai itsemurhan tehneen läheisen.

Opinnäytetyön keskeisiä tuloksia on, että itsemurhien ehkäisyn koulutukset koettiin tärkeiksi ja niille nähtiin ammatillista tilausta aiemman koulutuksen itsetuhoisuudesta ollessa vähäistä, vaikka itsetuhoisuutta ja itsemurhavaaraa kohdataan työtehtävissä usein. Koulutukset vahvistivat työntekijöiden osaamista, itsetuhoisuuden tunnistamista ja hoitoon ohjaamista. Koulutus toi uusia, konkreettisia työtapoja ja -menetelmiä sekä edisti yhteistyökäytäntöjä lisäten asiakasohjausta ja nopeuttaen asiakkaan / potilaan hoitopolkua. Koulutukset herkistivät ammattilaiset kuulemaan itsetuhoisen potilaan / asiakkaan henkilökohtaisen tarinan, siihen liittyvät taustatekijät ja avun tarpeen, mikä lisäsi ymmärrystä ja empatiaa vähentäen itsemurhiin liittyvää stigmaa. Tämä vahvisti työntekijän ja potilaan / asiakkaan allianssia lisäten samalla itsetuhoisen omaa toimijuutta itsemurhakriisin käsittelyssä. Koulutus toi myös positiivista muutosta työhyvinvointiin. Kun osaaminen vahvistui ja uudet työkäytännöt lisäsivät työryhmien avoimuutta, helpotti se raskaiden tilanteiden kohtaamista, niiden jakamista ja työssä jaksamista.

Itsemurhien ehkäisytyössä haasteena on, ettei sote- ja pelastusalan ammattitutkintoihin kuulu itsemurhien ehkäisyyn liittyviä pätevyysvaatimuksia vaan itsemurhien ehkäisyn koulutukset ovat usein vapaavalintaisia opintoja. Jos itsemurhavaaraa ei tunnisteta tai se sivuutetaan, ei saavuteta sitä vaikuttavuutta mitä hyvä hoito itsemurhien ehkäisytyössä edellyttää. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan päätellä, että jo lyhyellä täydennyskoulutuksella voidaan merkittävästi vahvistaa itsemurhien ehkäisytyön osaamista ja toimivaa hoitoon ohjausta.

Tarve itsemurhien ehkäisyn osaamiseen on huomioitu. Vuonna 2020 THL julkaisi verkkokoulun vahvistaakseen perusterveydenhuollon ammattilaisten osaamista itsetuhoisen potilaan kohtaamisessa, itsemurhavaaran tunnistamisessa ja puheeksiotossa sekä jatkohoidon suunnittelussa (THL, 2020). Itsemurhien ehkäisy -verkkokoulun lisäksi on tuotettu erillinen kokonaisuus ensihoidon ammattilaisille ja opiskelijoille osana Joint Action ImpleMental – hanketta yhteistyössä Satakunnan hyvinvointialueen Itsemurhien ehkäisy Satakunnassa ja Kestävän kasvun Satakunta (NextGenerationEU rahoittama) hankkeiden kanssa (THL, i.a.). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mielenterveystiimin asiantuntijoiden ja Poliisiammattikorkeakoulun

opetus- ja TKI-toiminnan yhteistyönä vuosien 2021–2022 aikana toteutettu haastavien vuorovaikutustilanteiden HAAVA – hankkeessa tuettiin kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman toteutumista. Hankkeessa tuotettiin verkko-opetusmateriaalia itsemurhavaarassa olevan tai mielenterveyden häiriöistä kärsivän henkilön kohtaamisesta. Opetusmateriaali on käytettävissä poliisin AMK-tutkinnon opetuksessa ja täydennyskoulutuksessa. (Poliisiammattikorkeakoulu, i.a.)

Nykyinen työelämä edellyttää jatkuvaa kehittämistä ja uuden oppimista. Jatkuvalla oppimisella tarkoitetaan koko elämänkaaren aikaista ja eri elämänalueille ulottuvaa oppimista. Jatkuvan oppimisen tavoitteena on vastata työelämän muutoksista aiheutuviin osaamistarpeisiin, painottaen työikäisten osaamisen kehittämistä. (Työ – ja elinkeinoministeriö, i.a.) Jatkuvalla oppimisella vastataan myös tarpeeseen kehittää osaamista elämän ja työuran eri vaiheissa (Opetus – ja kulttuuriministeriö, i.a.). Sitra selvitti vuonna 2019 suomalaisten 18–85-vuotiaiden suhtautumista elinikäiseen oppimiseen. Vastaajista lähes 80 prosenttia kertoi nauttivansa uuden oppimisesta ja opettelevansa uusia asioita mielenkiinnosta. Vahvimmiksi motiiveiksi osaamisen kehittämiseksi mainittiin uteliaisuus ja innostus, pärjääminen muuttuvassa maailmassa, oman hyvinvoinnin parantaminen sekä ihmisenä kasvu. Pakon vuoksi uutta oppivienkin tyyppisimmät tunteet oppimista kohtaan olivat innostus ja uteliaisuus, vaikka heillä esiintyi useammin myös kielteisiä tunteita, kuten ahdistusta ja epävarmuutta. Vaikka elinikäistä oppimista arvostetaan ja työelämä koettiin tärkeäksi oppimisympäristöksi, vain puolet vastaajista koki työelämän tarjonnan mahdollisuuden kehittää omaa osaamistaan haluttuun suuntaan. (Arola ym., 2019.)

Opinnäytetyöni havainnot koulutuksen merkityksestä ammattilaisille ovat hyvin samansuuntaisia kuin mitä tuli esiin Sitran kyselyssä (Arola ym., 2019). Ammattilaisilla on pääsääntöisesti hyvin myönteinen suhtautuminen koulutukseen. Vaikka ammattilaisilla esiintyy ajoittain epävarmuutta haastavan asiakasryhmän kohtaamisessa, on heillä ennen kaikkea vahva ammatillinen eetos auttaa ja halu ymmärtää itsetuhoisuutta sekä ilmiönä että itsetuhoisen henkilön kokemuksena. Vahvistaakseen ammattitaitoaan työntekijät ovat motivoituneita kouluttautumaan. Osaamisen vahvistuminen näyttyi myönteisenä muutoksena asenteissa ja asiakkaan / potilaan kohtaamisessa sekä työhyvinvoinnin lisääntymisenä. Ammatillisen täydennyskoulutuksen mahdollistaminen olisikin yksi sosiaali- ja terveydenhuoltoalan vetovoimatekijä koulutuksen vahvistuksessa motivaatiota ja työssä jaksamista.

Yhtenä Käypä hoito -suosituksen keskeisenä tavoitteena on tehostaa itsemurhien ehkäisyä terveydenhuollossa parantamalla valmiuksia tunnistaa ja ottaa puheeksi itsetuhoisen käyttäytyminen (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2022). Itsemurhien puheeksiottokoulutuksen sisällyttäminen sote- ja pelastusalojen ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmiin sekä ammatilliset täydennyskoulutukset edistäisivät merkittävästi tavoitteen saavuttamista. Turvasuunnitelmaprotokollan käyttöönotto työmenetelmänä vahvistaisi ammattilaisten valmiuksia käsitellä itsetuhoisuutta johdonmukaisesti. Itsemurhakriisin käsittelyyn erikoistuneiden Linity-menetelmäosaajien kouluttaminen ja Linity-asiakasvastaanottojen perustaminen kaikkien hyvinvointialueiden sotekeskuksiin, kriisikeskuksiin tai psykiatrian akuuttityöryhmien yhteyteen, osaksi mielenterveyspalveluja vahvistaisi itsemurhaa yrittäneen saamaa hoitoa.

Opinnäytetyössäni tulee esiin Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin työntekijöiden ja esihenkilöiden kokemus itsemurhien ehkäisyn koulutuksien merkityksellisyydestä. Koulutuksille oli ammatillista tilausta, työntekijät olivat motivoituneita vahvistamaan osaamistaan ja koulutusmyönteisiä. Jo lyhytkestoinen koulutus lisäsi ymmärrystä itsetuhoisuudesta ilmiönä, rohkaisi itsemurhien puheeksiottoon ja vahvisti ammattilaisten luottamusta omaan kykyyn auttaa. Uusien työmenetelmien käyttöönotto vahvisti konkreettisesti ammattitaitoa. Myönteinen muutos asenteissa ja keskustelukulttuurissa edisti työssä jaksamista ja lisäsi yhteistyötä työryhmien ja eri organisaatioiden välillä.

Vaikka suurin osa ammattilaisista hyötyi koulutuksesta, esiintyy osalla työntekijöistä edelleen vahvoja negatiivisia asenteita, pelkoja ja stigmaa itsetuhoisuuteen liittyen. Stigmalla tarkoitetaan kielteistä mielikuvaa, joka liitetään ihmiseen tämän taustan, olemuksen, toiminnan tai sairauden vuoksi (STM, 2023.) Näihin on vaikea saada aikaan muutosta lyhyillä koulutuksilla. Ammattilaisten ja palvelujärjestelmän stigmaan liittyviin negatiivisiin asenteisiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja stigman purkamiseen liittyvää tietoa lisätä, koska leimaavien asenteiden oletetaan olevan yksi suurimmista esteistä masennuksesta kärsivien ihmisten ammattiavun hakemiselle (Aromaa ym., 2011). Mielenterveyshäiriötä sairastaviin ihmisiin kohdistuvaa stigmaa tutki-neessa väitöskirjassa ilmeni, että sairaanhoitajakoulutuksessa stigmaan liittyvää opetusta on vähän ja stigmaan liittyvät kuvaukset vaihtelivat opetussuunnitelmien välillä. Tutkimuksessa tuotiin esiin perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien sekä

myönteiset että leimaavat asenteet mielenterveysasiakasta kohtaan. Myönteisempiin asenteisiin olivat yhteydessä hoitajan vanhempi ikä ja mielenterveysalan lisäkoulutus. Myös vaikuttaviksi osoittautuneet interventiot vähentävät stigmaa ja lisäävät hoitajien myönteisiä asenteita. Väitöskirjassa esitetään, että stigmaan liittyvä koulutus sairaanhoidon opiskelijoille ja säännöllisesti tarjottu mielenterveysalan lisäkoulutus terveydenhuollon ammattilaisille olisikin tärkeää. (Ihalainen, 2023.)

Psykkisiin häiriöihin liittyvä stigma on tunnistettu. Sosiaali- ja terveysministeriö on listannut suosituksen tavoitteista, joilla pyritään purkamaan tai torjumaan stigmaa. Suosituksilla pyritään varmistamaan julkisten palveluiden yhdenvertaisuus, edistämään yhteisöllisyyttä ja kulttuurin moninaisuutta. Suosituksissa huomioidaan vastuullinen viestintä sekä mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusosaamisen vahvistaminen. Tavoitteena on parantaa mielenterveys-, päihde- ja riippuvuustyön laatua. (STM, 2023.) Suositukset tukevat päihde- ja riippuvuusstrategian, mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman toteutusta (Markkula ym., 2023).

Opinnäytetyöni tutkimusmenetelmäksi valikoitui fokusryhmähaastattelu. Fokusryhmähaastattelu on vaativa tutkimustapa, jota käytettäessä on kiinnitettävä huomiota, ettei tutkimuksen tekijä syötä omia näkemyksiään haastateltaville ryhmille. Haastateltavaan fokusryhmään kutsuttiin ITRO-hankekumppaneiden organisaatioiden jäseniä, Linity-menetelmäosaajia sekä koulutettujen työryhmien esihenkilöitä. Minulla oli riippuvuuksia ITRO:n hankekumppaneihin ja haastateltaviin siten, että toimin ITRO-hankkeen hankepäällikkönä. Minulla ei kuitenkaan ollut esihenkilöroolia tai muuta organisatorista kytköstä osallistujiin haastattelujen aikana, koska hanke oli siinä vaiheessa päättymässä. Kaikki haastateltavat ovat oman alansa asiantuntijoita, jolloin ei myöskään muodostunut hierarkkista asetelmaa haastattelijan ja osallistujien välille. Opinnäytetyön toteutuksen etuna oli perehtyneisyyteni ITRO-hankkeeseen ja koulutuksien sisältöön, mikä saattoi edesauttaa ohjaamaan fokusryhmien keskustelua sisällöllisesti relevantimpaan suuntaan kuin mitä täysin ulkopuolisen haastattelijan aineiston keruu olisi voinut tuottaa.

Opinnäytetyön ansioita ja puutteita tarkasteltaessa on huomioitava, että tutkimuksen aineisto muodostuu kolmesta fokusryhmäkeskustelusta. Tuloksista ei siksi voida tehdä kattavia yleistyksiä koulutusten vaikutuksesta ammattilaisten ja työryhmien asenteisiin, osaamiseen ja työkäytänteisiin. Koska laadullisen sisällönanalyysin

fokusryhmähaastattelun tarkastelu nostaa esiin yleisiä vaikutuksia ja prosesseja (Valtonen & Viitanen, 2020, s. 269–270) ja tavoitteena on erilaisten näkökulmien esille saaminen (Mäntyranta & Kaila, 2002, s.124), voi tutkimustuloksia kuitenkin pitää suuntaa antavina.

Pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelmaan perustuen Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt Hyvän työn ohjelman, joka sisältää sekä pitkän että lyhyen aikavälin toimenpiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöpulan helpottamiseksi sekä sote- ja pelastusalan veto- ja pitovoiman lisäämiseen. Ohjelma sisältää mm. suunnitelman koulutusmäärien lisäämisestä ja koulutuksien rakenteiden kehittämistä mm. parantamalla mahdollisuuksia erikoistumiseen ja täydennyskoulutukseen. (STM, 2024.) Länsi-Pohjan koulutuksista saatu kokemus oli, että osaamisen vahvistaminen ja riittävät työkalut haastavien aiheiden käsittelyyn vahvistavat työssä jaksamista ja hyvinvointia, mikä taas lisää työn mielekkyyttä, vähentää stressiä ja psyykkistä rasittuneisuutta. Nämä ovat osoittautuneet haasteeksi Työterveyslaitoksen laatimassa työhyvinvoinnin kyselytutkimuksessa (Työterveyslaitos, 2023). Siksi koulutuksen mahdollistaminen ja osaamisen kehittäminen palautuu työnantajalle sitoutuneina, motivoituneina ja työhyvinvoivina ammattilaisina ja hyvinvointialueilta laadukkaina palveluja saavina asiakkaina ja potilaina.

Opinnäytetyön tulosten perusteella on mahdollista kehittää vaikuttavaa itsemurhien ehkäisytyötä. Lyhyellä täydennyskoulutuksella voidaan merkittävästi vahvistaa ammattilaisten asiantuntijuutta itsemurhavaaran tunnistamisessa, puheeksiotossa ja hoitoon ohjaamisessa. Itsemurhia ennaltaehkäisevien työmenetelmien, Linity-menetelmäosaamisen ja turvasuunnitelmaprotokollan kouluttaminen itsemurhavaarassa olevia työssään kohtaaville ammattiryhmille edistäisi vaikuttavaa itsemurhien ehkäisytyötä kaikilla hyvinvointialueilla. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiristä saatuja myönteisiä kokemuksia koulutuksista, niiden organisoinnista ja toteuttamisesta järjestöjen ja julkisen sektorin yhteistyöllä on mahdollista hyödyntää, kun uusilla hyvinvointialueilla pohditaan toimenpiteitä itsemurhien ehkäisyyn sekä mietitään ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuoltoalan pito- ja vetovoiman parantamiseksi.

9.2. Ammatillisen osaamisen kehittyminen ja vahvistuminen

Valitessani opinnäytetyön aihetta kiinnostukseni kohdistui erityisesti laadulliseen tutkimukseen sen pyrkiessä ymmärtämään tarkasteltavan ilmiön kohteena olevien henkilöiden näkökulmia, ajatuksia ja tunteita. Itsemurhien ehkäisytyön kliinisenä asiantuntijana ensisijaista oli vahvistaa osaamistani opinnäytetyön tutkimusmenetelmästä, systemaattisesta tiedonhausta ja saatavilla olevan tiedon validiteetin arvioinnista. Opinnäytetyön edetessä osaamiseni vahvistui merkittävästi erityisesti fokusryhmähaastattelun toteuttamisen osalta. Itsemurhista ja itsemurhien ehkäisystä on saatavilla runsaasti niin kansallista kuin kansainvälistä tutkimusta. Aikaisempaan tutkimustietoon perehtyminen oli innostavaa pyrkiessäni valitsemaan ja rajaamaan laajasta aineistosta opinnäytetyöhöni teoriaosaa niin, että se tuki ja perusteli myös opinnäytetyön tulosten arviointia ja käyttökelpoisuutta.

Hanketyön haasteena on usein rajallinen kesto, johon harvoin sisältyy tehtyjen toimenpiteiden pidempiaikaista seuranta ja vaikutusten arviointia. Opinnäytetyön edetessä vahvistui näkemys implisiittisten kokemusten riittämättömyydestä silloin, kun halutaan tuottaa terveydenhuollon käyttöön vaikuttavia käytäntöjä ja uusia toimintatapoja. Opinnäytetyöprosessin aikana osaamiseni lisääntyi erityisesti tehtyjen toimenpiteiden ja kokemusten systemaattisessa raportoinnissa sekä saatujen tulosten arvioinnissa laajemmassa kontekstissa. Opinnäytetyön tuloksia analysoidessa näyttäytyi toimivan, poikkihallinnollisen yhteistyön merkitys. Länsi-Pohjan alueella organisaatioiden rajat ylittävä koulutusyhteistyö itsemurhien ehkäisemiseksi toi vaikuttavuutta, mihin yksittäisten toimijoiden olisi ollut haastavaa päästä.

9.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Opinnäytetyön tutkimusaineisto osoittautui runsaaksi ja monipuoliseksi. Fokusryhmähaastatteluissa nousi esiin näkökulmia ja kokemuksia moniäänisesti. Keskustelujen sisällöstä olisi voinut nostaa monta eri kohtaa tarkemman tarkastelun kohteeksi. Kiinnostavaa oli verrata haastateltavien positiivisia ja innostuneita kokemuksia sekä havainnoida, kuinka samankaltaisia tulkintoja koulutusten vaikutuksesta ilmeni riippumatta haastateltavien ammatillisesta koulutuksesta tai taustaorganisaatiosta. Opinnäytetyön tuloksia ja johtopäätöksiä olisi mahdollista verrata muihin koulutus kontekstien

fokusryhmähaastatteluihin tai mielenterveysstrategian hankkeista saatuihin kokemuksiin.

Opinnäytetyön teoriaosuutta varten tutustuin itsetuhoisuutta käsittelevään kirjallisuuteen ja aikaisempaan tutkimukseen. Itsemurhaa on tutkittu paljon sekä Suomessa että kansainvälisesti. Suomessa itsemurhatutkimus on painottunut erityisesti kvantitatiiviseen tutkimukseen, kuten itsemurhien tilastotieteeseen tai lääketieteen näkökulmaan. Viime vuosina on herännyt kiinnostusta tutkia itsetuhoisen omaa kokemusmaailmaa sekä miten itsemurha olisi estettävissä varhaisen puuttumisen, hoidon ja terapeutin allianssin keinoin (Gaily-Luoma, 2023; Mikola, 2023; Järnstedt, 2023; Kuusinen, 2020; Elliott ym., 2018; Aarnio, 2016; Gysin-Maillart & Michel, 2013).

Kvantitatiivisen tutkimuksen lisäksi tarvitaan enemmän laadullista tutkimusta itsemurhaa yrittäneiden ja itsemurhaan päätyneiden todellisuudesta niin, että löydetään uusia keinoja ja menetelmiä itsemurhien ehkäisemiseksi. Vaikuttava itsemurhien ehkäisytyö edellyttää näyttöön perustuvaa tietoa itsetuhoisen ja itsemurhaa yrittäneen hoitointerventioista niin julkiselta sektorilta kuin kolmannen sektorin palveluista. Lisätietoa tarvitaan koulutuksen vaikutuksesta hoitoprosessien etenemiseen ja hoitokulttuuriin. Tutkimusta tarvitaan myös osaamisen vahvistamisen yhteydestä hyvinvointialueiden itsemurhakuolleisuuden pidemmällä aikavälillä.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä itsemurhia esiintyi eniten Suomessa vuosina 2016–2019, jolloin Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin itsemurhakuolleisuus 100 000 asukasta kohden oli 23,45. (taulukko 3). Vuonna 2021 itsemurhakuolemia oli 16,87. Vuonna 2022 itsemurhia tapahtui Länsi-Pohjan alueella 6,89 / 100 000 asukasta kohden. (THL, 2023, s. 6–23.)

Taulukko 3. Itsemurhakuolleisuus (100 000 asukasta kohden) hankkeiden toiminta-alueilla keskimäärin vuosina 2016–2019 sekä erikseen vuosina 2020, 2021 ja 2022 (Partonen ym., 2023).

Alue	2016–2019	2020	2021	2022
Etelä-Savo	21,013	19,354	18,542	11,472
Kainuu	21,259	13,892	26,588	17,016
Keski-Suomi	17,021	15,828	11,470	11,063
Kymenlaakso	16,019	15,889	11,104	10,659
Lappi	15,750	14,537	15,341	12,737
Länsi-Pohja	23,459	15,007	16,879	6,894
Satakunta	17,261	10,644	11,636	17,407
Koko maa	14,206	12,876	13,391	13,102

Pienen väestöpohjan alueella on huomioitava jo muutaman itsemurhan vaikutus alueen itsemurhatilastoihin, eikä syytä itsemurhakuolemien vähenemiseen ole mahdollista eksaktisti tietää ilman tarkempaa selvitystä. Johtopäätöksiä itsemurhakuolemien vähenemisen yhteydestä ITRO-hankkeeseen ei voida todistaa mutta on mahdollista, että ITRO-hankkeen aikana tehdyillä toimenpiteillä ja koulutuksilla on ollut vaikutusta Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin itsemurhamäärien laskuun. Tämä vaatisi kuitenkin jatkotutkimuksia ja pidempiaikaista seuranta koulutuksen vaikutuksesta. Tarpeellista olisi tehdä lisäselvityksiä myös muista mahdollisista itsemurhamäärien laskuun vaikuttavista tekijöistä, kuten hallinnollisten muutosten vaikutuksesta Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin valmistautuessa siirtymään uudelle Lapin hyvinvointialueelle.

LÄHTEET

- Aaltonen, KI., Isometsä, E., Sund, R., ym. (2019). Risk factors for suicide in depression in Finland: first-hospitalized patients followed up to 24 years. *Acta Psychiatr Scand* 2019; 139:154–63. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30480317/>
- Aarnio S., (2016). Keskustelunanalyttinen tutkimus itsemurhaa yrittäneiden narratiivisesta haastattelusta lyhytterapiassa. Helsingin yliopisto. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/4b534278-6ba9-4f22-adbb-34070d855cd2/content>
- Alasuutari, P. (2012). *Laadullinen tutkimus 2.0.* (p.1.). Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.
- Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49 (7),1057–1078. <https://psycnet.apa.org/record/2019-00702-001>
- Arola, M., Jämsen, P., & Ryky, J. (14.4.2020). Mahdollisuus oppia auttaa pärjäämään elämässä. *Sitra*. <https://www.sitra.fi/artikkelit/mahdollisuus-oppia-auttaa-parjaamaan-elamassa/>
- Arola, M., & Hyry, J. (2023). Mitä työikäiset ihmiset ajattelevat jatkuvasta oppimisesta? Jatkuvan oppimisen ja työllisyyden palvelukeskus JOTPA: https://backend.jotpa.fi/sites/default/files/documents/Kyselytutkimus_Mit%C3%A4_ty%C3%B6ik%C3%A4iset_ihmiset_ajattelevat_jatkuvasta_oppimisesta_2023_saavutettava.pdf
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J. & Wahlbeck, K. (2011). Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC psychiatry*, 11 (52). <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/37338>
- Arvilommi, P., Valkonen, J., Lindholm, L. H., Gaily-Luoma, S., Suominen, K., Ruis-halme, O. M., Kukkonen, M., Sihvola, H., & Isometsä, E. (2022). A Randomized Clinical Trial of Attempted Suicide Short Intervention Program versus Crisis Counselling in Preventing Repeat Suicide Attempts: A

- Two-Year Follow-Up Study. <https://researchportal.helsinki.fi/en/publications/a-randomized-clinical-trial-of-attempted-suicide-short-interventi>
- Bolliger, L. & Gulis, G. (2018). The tragedy of becoming tired of living: Youth and young adults' suicide in Greenland and Denmark. *International Journal of Social Psychiatry*. 2018;64(4):389-395. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764018766198?journalCode=ispa>
- Demesmaecker, A., Chazard, E., Hoang, A., Vaiva, G., & Amad, A. (2022). Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(6), 603–616. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34465221/>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 399–410. [Elliott et al., 2018 Empathy & Outcome Psychotherapy \(strath.ac.uk\)](https://www.strath.ac.uk/research/centres-and-groups/psychology/elliott-et-al-2018-empathy-and-outcome-psychotherapy/)
- EU-terveydenhoito.fi (i.a). *Tietoa terveystalvelujen käyttämisestä Suomessa ja ulkomailla. Hoidon laatu Suomessa*. Saatavilla 18.2.2024. <https://www.eu-terveydenhoito.fi/hoitoon-ulkomailta-suomeen/terveydenhuoltojarjestelma-suomessa/hoidon-laatu-suomessa/>
- Gaily-Luoma, S., Valkonen, J., Holma, J., & Laitila, A. (2023). Client-reported impact of the Attempted Suicide Short Intervention Program. *Psychotherapy Research*, DOI:10.1080/10503307.2023.2259070 <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2259070>
- Granheim, I.P.H., Silvikien, A., Larsen, C.V.L., & Kvernmo, S. Socio-demographic, psychosocial and environmental factors associated with suicidal behaviour in Indigenous Sami and Greenlandic Inuit adolescents; the WBYG and NAAHS studies. *International Journal of Circumpolar Health*. 2021;80(1):1913939. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8057081/>
- Gysin-Maillart, A. & Michel, K. (2013). *Lyhytterapia itsemurhayrityksen jälkeen*. Helsinki: Painojussit Oy. Suom. DeLingua Oy. Alkuperäisteos: Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP Attempted Suicide Short Intervention Program. Bern: Verlag Hans Huber.
- Gysin-Maillart, A., Soravia, L., & Schwab, S. (2020). Attempted suicide short intervention program influences coping among patients with a history of attempted

- suicide. *Journal of Affective Disorders*, 264, 393–399. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31759660/>
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Medicine*, 13(3), e1001968. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26930055/>
- Haapakorva-Kallio, M., Sakaranaho, P., & Väre, P. (25.10.2018). Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma 2018–2025. Saatavilla 6.2.2023. 2018–2025 https://www.jarjestotieto.fi/imaget/201810_1_p_sotejarjestamissuunni_2018_2025.pdf
- Haravuori, H. (28.4.2022). Itsemurhavaara. Teoksessa *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01310>
- Harris, E.C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205 – 228. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9229027/>
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: Longterm follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182(6), 537–542.
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*. 2006;36(9):1225-1233 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16707028/>
- Helkama, K., Myllyniemi, R., Libkind, K., Ruusuvoori, J., Lönnqvist, J-E., Hankonen, N., Renvik, T., Jasinskaja-Lahti, I., & Lipponen, J. (2020). *Johdatus sosiiaalipsykologiaan*. uud. p.11. Edita Publishing Oy.
- Holopainen J., Helama S., Björkenstam C., & Partonen, T. (2013). Variation and seasonal patterns of suicide mortality in Finland and Sweden since the 1750s. *Environ Health Prev Med* 2013; 18:494–501. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23835646/>
- Holopainen, J., & Partonen, T. (2014). Itsemurha. Teoksessa O. Hakola, S. Kivistö, & V. Mäkinen (Toimittajat), *Kuoleman kulttuurit Suomessa* (Sivut 202–213). Gaudeamus.

- Honkanen, H. (2016). *Vaikuttamisen psykologia: Mielen muuttamisen tieto ja taito*. Helsinki, Arena-Innovation Oy.
- Ihalainen, N. (2023.) Stigma toward people with mental disorders. [Väitöskirja, Turun yliopisto]. <https://www.utupub.fi/handle/10024/174521>
- INNO-kylä. (i.a.). ITRO-hanke 2021–2023 (Itsemurhien ehkäisy riskiryhmäinterventtioiden ja osaamisen vahvistamisen kautta). Saatavilla 27.1.2024. <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/itro-hanke-2021-2023-itsemurhien-ehkaisy-riskiryhmainterventtioiden-ja-osaamisen>
- Jacobsson, L., Stoor, JPA., & Eriksson, A. (2020). Suicide among reindeer herding Sámi in Sweden, 1961–2017. *International Journal of Circumpolar Health*. 2020;79(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7191896/>
- Jenkins, G.R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M. J. & Tyrer, P. (2002). Suicide rate 22 years after parasuicide: Cohort study. *British Medical Journal*, (16) 326, 1155. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12433767/>
- Jokinen, A., Juhila, K., & Suoninen, E., (2016) *Diskurssianalyysi: Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö*. Tampere: Vastapaino.
- Jyväskylän yliopisto. (i.a.). *Laadullinen tutkimus*. Saatavilla 25.2.2024. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>
- Järnstedt, A. (2023). Empatian osoittaminen itsemurhaa yrittäneiden Linity-interventiossa. Keskusteluanalyttinen tutkimus. [Pro Gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto]. [Gradupohja \(tuni.fi\)](https://tuni.fi/gradupohja)
- Knox, KL., Litts, DA., Talcott, GW., Feig, JC., & Caine, ED. (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ*. 2003;327(7428):1376. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14670880/>
- Korpilahti, U. toim. (2018). Kansallisen lasten ja nuorten turvallisuuden edistämisen ohjelman tavoite- ja toimenpidesuunnitelma vuosille 2018–2025. Osa 1. Työpaperi 11/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-082-2>
- Kulvik, T., & Suominen K. (2015). Mitä itsemurhayrityksen jälkeen – työkalupakki klinikon käyttöön. *Suom. Lääkärilehti*, 70:2151–5.

Kuntayhtymän hallituksen ja valtuuston päätöksiä. (25.5.2021).

<https://www.lpshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/ajankohtaista/uutiset/kuntayhtymän-hallituksen-ja-valtuuston-paatoksia-25.5.2021.html?p1409=6>

Kukkonen, M., Lappalainen, J., Lindqvist, J., Metelinen, J., & Valkonen, J. (2017) Livitymenetelmä itsemurhien ehkäisyyn. *Perheterapia*, 33. (1), 26–40.

Kuusinen, K.-L (2020). Miksi terapiasuhde on tärkeä. Teoksessa: Turpeinen, P., Nurmento, R., Korja, R., Kurri, K., Kuusinen, K.-L., Lahti-Nuuttila, P., Valkonen, H., Voutilainen, L., Wahlström, J., & Weiste, E. *Terapiasuhteessa olemisen taito* (2. painos.). Edita, 12–39.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L 585/1986. Potilasvahinkolaki. 585/1986. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1986/19860585>

L 1326/2010 Terveydenhuoltolaki. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Lake, CR. (2008). How academic psychiatry can better prepare students for their future patients. Part I: the failure to recognize depression and risk for suicide in primary care; problem identification, responsibility, and solutions. *Behavioral Medicine*, 2008; 34:95–100. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18829423/>

Luoma, JB., Martin, CE., & Pearson, JL. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159:909–16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12042175/>

Länsi-Pohjan sosiaali- ja terveystalvelujen ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perussopimus (pdf) 1.8.2021 (voimaantulopvm). Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 1.8.2021 (voimaantulopäivä). Viitattu 12.2.2023. https://fi.wikipedia.org/wiki/L%C3%A4nsiPohjan_sairaanhoitopiiri#cite_note-1

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E., Marttunen, M. & Heikkinen, M. (2007). Itsetuhokäyttäytyminen. Kirjassa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria* (5. uud.p.). Helsinki: Duodecim.

- Lönnqvist, J., Aro, H., & Marttunen, M. (toim.). Itsemurhat Suomessa 1987 – projekti. Toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes 1993*. Saatavilla 20.2.2024. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77888/L%C3%B6nnqvist%20et%20al%201993%20Itsemurhat%20Suomessa%201987%20-projekti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mann, JJ., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, C., Haas, a., Hegerl, U., Lönnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294(16):2064–2074. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16249421/>
- Markkula, J., Rapeli, S., Ruohio, H., Mattila, E., & Palola, L. (29.3.2023). *Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuussisällöt kohtaavien alojen koulutuksissa: Suosituksia osaamisen vahvistamiseksi*. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165169/STM_2023_30_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- MIELI Suomen Mielenterveys ry. (8.2.2024). *Mitä MIELI ry tekee?* <https://mieli.fi/mieli-ry/toiminta/>
- MIELI Suomen Mielenterveys ry. (i.a.). *Itsetuhoisen henkilön turvasuunnitelma*. Saatavilla 27.1.2024. <https://mieli.fi/materiaalit-ja-koulutukset/materiaalit/itsetuhoisen-henkilon-turvasuunnitelma/>
- MIELI Suomen Mielenterveys ry. (i.a.). *ITRO-hanke (Itsemurhien ehkäisy riskiryhmäinterventioiden ja osaamisen vahvistamisen kautta)*. Saatavilla 5.5.2023. <https://mieli.fi/mieli-ry/hankkeet/itro-hanke/>
- MIELI Suomen Mielenterveys ry. (i.a.). *Mikä on Linity-malli*. Saatavilla 28.1.2024. <https://mieli.fi/tukea-ja-apua/apua-itsetuhoisuuteen/mika-on-linity-malli/>
- MIELI Suomen Mielenterveys ry.(i.a.). *Linity-menetelmäosaajat auttavat itsemurhayrityksen jälkeen eri puolilla Suomea*. Saatavilla 28.1.2024. <https://mieli.fi/tukea-ja-apua/itsemurhien-ehkaisykeskus/linity-menetelma-osaajat-auttavat-eri-puolilla-suomea/>
- MIELI Meri-Lapin mielenterveys ry. Kriisikeskus Turvapoiju. (i.a.). <https://www.mielenterveysseurat.fi/merilappi/>

- Mikola, S. (2023). ”Kuin olisi kävelevä kuori vaan” Merkitysten rakentuminen itsemurhaa yrittäneiden kertomuksissa. Narratiivinen tutkimus. [Pro Gradu -tutkielma, Turun yliopisto]. [Mikola Serafiina opinnayte.pdf \(utupub.fi\)](#)
- Mäki, N. (2010). *Not in all Walks of Life? Social Differences in Suicide Mortality* [Väitöskirja, Helsingin yliopisto] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-6088-5>
- Mäntyranta T., & Kaila, M. (2008). Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2008; 124 (13): 1507–13. <https://www.duodecimlehti.fi/duo97349>
- Nurminen, R. (toim.). (2011). Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. *Turun ammattikorkeakoulun raportteja 113*. Saatavilla 18.2.2024. <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162038.pdf#page=32>
- O’Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet. Psychiatry*, 1(1), 73–85. <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/26360404/>
- Oyama, H., Sakashita, T., Ono, Y., Goto, M., Fujita, M., & Koida J. (2008). Effect of Community-based Intervention Using Depression Screening on Elderly Suicide Risk: A Meta-analysis of the Evidence from Japan. *Community Mental Health Journal*. 2008; 44:311-320. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK75961/>
- Opetus – ja kulttuuriministeriö. (i.a.). *Jatkuva oppiminen*. Saatavilla 29.1.2024. <https://okm.fi/jatkuva-oppiminen>
- Øien-Ødegaard, C., Hauge, L.J., & Reneflot, A. (2021). Marital status, educational attainment, and suicide risk: a Norwegian register-based population study. *Population Health Metrics*. 2021;19(1). <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/34247635/>
- Partonen, T., Eklin, A., Grainger, M., Kauppila, R., Suvisaari, J., & Virtanen, A. (2020). Itsemurhakuolemat Suomessa 2016–2018. Oikeuslääketieteellinen tutkimus. Raportti 3/2020. *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-446-2>
- Partonen, T., Grainger, M., Kiviruuu, O., & Suvisaari, J. (2022). Viimeinen terveydenhuollon käynti ennen itsemurhaa vuosina 2016–2018. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2022; 138(4):345–352 <https://www.duodecimlehti.fi/duo16711>

- Partonen, T., Grainger, M., Kiviruusu, O., Eklin, A., & Suvisaari, J. (2020). Itsemurha-kuolemat Suomessa vuosina 2016–2021. [Tiivistelmä]. *Tutkimuksesta tiiviisti* 47/2022. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145373/URN_ISBN_978-952-343-941-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Partonen, T., Solin, P., & Haag, C. (19/2023). *Toimintamalleja itsemurhien ehkäisyyn – Itsemurhien ehkäisyohjelman tuloksia (2021–2023)*. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147931/URN_ISBN_978-952-408-236-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Partonen, T., & Solin, P. (2019). Itsemurhien ehkäisy vaatii jatkuvaa työtä [Tiivistelmä]. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. *Tutkimuksesta tiiviisti* 36. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138532/URN_ISBN_978-952-343-391-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pearson, A., Saini, P., Da Cruz, D., Miles, C., While, D., Swinson, N., Williams, A., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2009). Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. *Br J Gen Pract.* (2009); 59:825–32 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19861027/>
- Poliisiammattikorkeakoulu. (i.a.). *Haastavat vuorovaikutustilanteet: Itsemurhavaarassa olevan tai mielenterveyshäiriöistä kärsivän henkilön kohtaaminen (HAAVA)*. Saatavilla 5.3.2024. <https://polamk.fi/haava>
- Puusa, A., & Juuti P. (toim). (2020). *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus oy. <https://www.finna.fi/Record/3amk.282689>
- Pälli, P., & Lillqvist, E., Diskurssianalyysi. Julkaisussa Luodonpää-Manni, M., Hamunen, M., R Konstenius, R., Miestamo, M., Nikanne, U., & Sinnemäki, K. (toim.), *Kielentutkimuksen menetelmiä II*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki, Sivut 374–411. <https://doi.org/10.21435/skst.1457>
- Riala, K., Haravuori, H., & Marttunen, M. (2022). Itsetuhoisuuden ja itsensä vahingoittamisen eri muodot. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2022; 138(21):1943–9 [duo17089.pdf \(duodecimlehti.fi\)](https://doi.org/10.21435/skst.1457)
- Runeson, B.S. (2002). *Suicide after parasuicide*. *British Medical Journal*, 16(352), 1125–1126. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12433743/>

- Rutz, W., von Knorring, L., Pihlgren, H., Rihmer, Z., & Wålinder, J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *The Lancet*. 1995;345(8948):524. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7861901/>
- Sarajärvi, A., & Tuomi, J. (2017). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Uudistettu laitos. Tammi.
- Solin, P., Jokinen, J., Partonen, T., Reinikainen, J., Seppänen A., & Tamminen, N. (2019). *Itsemurhien ehkäisy. Koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 20/2019. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138377/THL_TYO020_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (5.10.2023). *Uusi asetus sote-henkilöstön täydennyskoulutuksesta nyt lausunnolla*. <https://stm.fi/sotehenkilosto/ohjelma>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (29.9.2023). *Uudet suositukset kuvaavat, kuinka voidaan vahvistaa mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusosaamista sekä vähentää stigmaa ja syrjintää*. [Tiedote] <https://stm.fi/-/uudet-suositukset-kuvaavat-kuinka-voidaan-vahvistaa-mielenterveys-paihde-ja-riippuvuusosaamista-seka-vahentaa-stigmaa-ja-syrjintaa>
- Suokas, J., & Suominen, K. (2002). Itsemurhaa yrittäneen psykiatrinen arviointi ja hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. (2002); 118(3):287–292 <https://www.duodecimlehti.fi/duo92767>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatryhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä (18.2.2022). Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122#K1>
- Suomen lääketieteen säätiö, Tutkijat kertovat | 26/08/2021. <https://laaketieteensaatio.fi/itsemurhat-ovat-vahentyneet-suomessa-mutta-nuorten-tilanne-huoltaa/>
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed suicides after a suicide attempt: A 37-year-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 562–3. <https://www.semanticscholar.org/paper/Completed-suicide-after-a-suicide-attempt%3A-a-study.-Suominen-Isometsa%3A4/c76f645249949c6becda55465d1fc53569bfb70>

- Surunauha ry. (i.a.). Saatavilla 12.1.2023 <https://surunauha.net/>
- Tahvanainen, M., Riipinen, P., Jääskeläinen, E., & Halt, A-H. (2021). Itsemurhan riskitekijät ja niiden huomioiminen yleislääkärin työssä. *Duodecim*, 137(9):925–32. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15799>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (i.a.). *FinSote-tutkimus*. [Tietokanta]. [FinSote-tutkimus - THL](#)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (i.a.). Itsemurhakuolleisuus / 100 000 asukasta. Tilasto- ja indikaattoripankki. Sotkanet.fi. https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_atBAA=®ion=s7Z0BwA=&year=sy5zAgA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimes-tamp=202309010633
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (i.a.). Itsemurhien ehkäisyohjelma. Saatavilla 31.8.2022. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/itsemurhien-ehkaisyohjelma>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (i.a.). Itsemurhien ehkäisytaitoja lisäävät koulutukset. Saatavilla 25.2.2024. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/itsemurhien-ehkaisy/itsemurhien-ehkaisytaitoja-lisaavat-koulutukset>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (i.a.). *Itsemurhien ehkäisyn verkkokoulut*. Saatavilla 3.2.2024. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/itsemurhien-ehkaisy/itsemurhien-ehkaisy-verkkokoulut>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (27.8.2020). *THL on julkaissut Itsemurhien ehkäisy - verkkokoulun*. <https://thl.fi/-/thl-on-julkaissut-itsemurhien-ehkaisy-verkkokoulun>
- Tieteen termipankki (i.a.). *Nimitys: asenne*. Saatavilla 17.02.2024 <https://www.tieteen-termipankki.fi/wiki/Nimitys:asenne>.
- Tilastokeskus. (i.a) *Itsemurhat iän ja sukupuolen mukaan, 1921–2021*. Saatavilla 19.3.2024. https://pxdata.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_ksyyt/statfin_ksyyt_pxt_11by.px
- Tilastokeskus. (5.12. 2023). Itsemurhiin kuolleet iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2022. [Tietokanta]. <https://www.stat.fi/julkaisu/ckte7a0005dj90d09soc5utvm>
- Tilastokeskus. (i.a.). *Kuolemansyyt*. (2020). Itsemurhia aiempaa vähemmän [Tietokanta]. https://www.stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt_2020_2021-12-10_kat_007_fi.html

- Tilastokeskus. (5.12.2023). Kuolemansyyt 2022. [Tietokanta]. <https://www.tilastokeskus.fi/julkaisu/cl8mlgiehwn8z0cvzmev6j7sr>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (21.4.2021). Eettinen ennakoarviointi. <https://tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi>
- Tynjälä, P. (1991). Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta. *Kasvatus* 22(5–6), s. 387–598.
- Työ - ja elinkeinoministeriö. (i.a.). *Jatkuva oppiminen*. Saatavilla 29.1.2024. <https://tem.fi/jatkuva-oppiminen>
- Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. (2020:28). *Miten osaaminen näkyväksi? Kartoitustus osaamisen tunnistamisen ja tunnustamisen rakenteista ja käytännöistä Suomessa ja valituissa kansainvälisissä verrokkimaissa*. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162282/TEM_2020_28.pdf?sequence=1
- Työterveyslaitos. (25.1.2023). Sote- ja kunta-alalla tarvitaan nyt tukea jaksamiseen. <https://www.ttl.fi/ajankohtaista/tiedote/sote-ja-kunta-alalla-tarvitaan-nyt-tukea-jaksamiseen>
- Young, TK., Revich, B., & Soininen, L. Suicide in circumpolar regions: an introduction and overview. *International Journal of Circumpolar Health*. 2015: 73 (1): 27349. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4351303/>
- Varanka, J., Packalen, P., Voipio-Pulkki, L-M., Määttä, S., Pohjola, P., Salminen, M., Railavo, J., Berghäll, J., Rikama, S., Nederström, H., & Hiitola, J. (2022) COVID-19-kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa. Keskipitkän aikavälin arvioita. *Valtioneuvoston julkaisuja 2022:14* https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163983/VN_2022_14.pdf
- Valtonen, A., & Viitanen, M., (2020). Ryhmäkeskustelut laadullisena metodina. Teoksessa A. Puusa, & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus Oy.
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. (11.2.2020). *Itsemurhien ehkäisyohjelma. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>
- Wahlbeck, K. (7.1.2020). *Itsemurhariski liittyy vahvasti sosioekonomiseen asemaan*. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen Käypä hoito – suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix02750>

- Westrin, Å., Probert-Lindström, S., Waern, M., Runeson, B., & Ehnvall, A. (2023). Saatavilla 4.3.2024. Attempted Suicide Short Intervention Program. Attempted Suicide Short Intervention Program", ASSIP. Patienternas upplevelse av behandlingen, terapeuternas erfarenhet och terapitrogenhet. [Tiivistelmä]. *University of Gothenburg, Karolinska Institute*. <https://portal.research.lu.se/en/projects/attempted-suicide-short-intervention-programattempted-suicide-sho>
- WHO (2015). *Itsemurhien ehkäisy. Globaali velvollisuus*. World Health Organization. (WHO:n luvalla julkaissut Suomen Mielenterveysseura.) Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.
- WHO. (i.a.). Suicide prevention. Saatavilla 3.2.2024. https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1
- WHO. Suicide. (28.8.2023). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

LIITE 1. Kutsu tutkimukseen

Kutsu ITRO-hanketta koskevaan tutkimukseen.

Kysyn mahdollisuuttasi osallistua ITRO-hankkeeseen liittyvään tutkimukseen.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kahden ryhmän, Linity-menetelmäosaajien sekä alueellisen itsemurhien ehkäisytyötä koordinoivan verkoston näkökulmista minkälaisia vaikutuksia Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella toteutetun ITRO-hankkeen itsemurhien ehkäisyn koulutuksilla on ollut itsemurhavaarassa olevan asiakkaan tunnistamiseen ja miten koulutus on eri organisaatioissa vaikuttanut työntekijöiden asenteisiin ja osaamiseen kohdatessa itsemurhavaarassa olevia henkilöitä.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa koulutuksen lisäämisen vaikutuksesta työikäntäisiin ennaltaehkäisevänä tukimuotona itsemurhayritysten ja itsemurhakuolemien ehkäisyssä. Tutkimukseen osallistujat voivat näin osaltaan myötävaikuttaa itsemurhien ehkäisytyön kehittämiseen.

Osallistuminen on vapaaehtoista. Aineiston keruu ja haastattelut tapahtuvat kokonaisuudessaan Teams-verkkoympäristössä. Haastattelut tallennetaan tulevaa tarkastelua varten ja poistetaan litteroinnin jälkeen. Tallenteita käsitellään luottamuksellisesti ja ne ovat tutkimuksen ajan vain tutkijan ja tarvittaessa tutkimuksen ohjaajien saatavilla.

Jos haluat kuulla lisää tutkimuksesta tai mahdollisesta osallistumisen käytännöistä, voit laittaa tutkijalle viestiä tai soittaa numeroon 040 669 3070 / Marena tai lähettää sähköpostia (ks. alla). Huomioithan, että yhteydenotto ei velvoita sinua mihinkään. Voit halutessasi antaa suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta oheisella lomakkeella.

Helsingissä 1.4.2023

LIITE 2. Kirjallinen suostumus

Kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön liittyvän tutkimuksen hyödyntämisestä tutkimus – ja kehittämistoiminnassa.

Opintokokonaisuus ja tehtävän nimi

Opinnäytetyö, ITRO-hanke

Vastuhenkilö

Marena Kukkonen

Tulokset tullaan julkaisemaan kehittämisraportissa / hankkeiden jatkokehittämissä. Minulle on selvitetty yllä mainitun tehtävän tarkoitus ja se, että kirjallista materiaalia tullaan käyttämään Diakin tutkimus – ja kehittämistyössä. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olen myös tietoinen siitä, että henkilöllisyyteni jää vain tutkijan / tutkijoiden tietoon.

Päiväys

Tutkimukseen osallistujan allekirjoitus ja nimenselvennys

LIITE 3. Sisällönanalyysiprosessin eteneminen

SAMANKALTAISUUKSIEN ETSIMINEN PELKISTETYISTÄ ILMAUKSISTA

Itsetuhoisuus on yleistä, sitä esiintyy viikoittain tai useamman kerran kuukaudessa

Koulutukset koettiin tärkeiksi, aiempi koulutus itsemurha-aiheesta on ollut vähäistä.

Koulutuksille oli ammatillista ja henkilökohtaista tilausta.

Koulutus lisäsi uskallusta puhua itsemurhasta.

Koulutukset vahvistivat osaamista, ymmärrystä, itsetuhoisuuden tunnistamista ja hoitoon ohjaamista.

Koulutus helpotti aiheesta puhumista ja toivat työkalun aiheen käsittelyyn.

Linity-menetelmä on koettu hyväksi, konkreettiseksi työtavaksi kohdata ihmisiä.

Koulutus ja uudet työtavat ovat lisänneet avoimuutta, raskaiden tilanteiden jakamista ja työssä jaksamista.

Eri toimijoiden yhteistyö on vahvistunut ja on tullut uusia yhteistyökumppanuuksia.

Lisääntynyt yhteistyö on edistänyt asiakasohjausta ja monipuolistanut asiakkaan saamaa hoitoa.

Yhteistyö lisää työssä jaksamista ja työhyvinvointia.

Itsemurha ei ole enää tabu.

Some on lisännyt itsetuhoisuudesta puhumista ja avoimuutta, erityisesti nuorten kohdalla.

Somekulttuuri tuo myös sosiaalista painetta, lisää ahdistusta erityisesti nuorilla.

Tiedon lisääminen edistää avun hakemista ja itsetuhoisuuden esille ottamista.

Kampanjat, uutiset ja lehtiartikkelit lisäävät tietoisuutta mielenterveydestä, itsetuhoisuudesta ja avun saamisesta, julkkikset tuovat asialle kasvot.

Itsemurhayrityksissä enemmän mukana lääkeyliannostukset ja päihteet.

Koulutus on lisännyt itsetuhoisuuden kuulemista ja tunnistamista.

Koulutus on vähentänyt pelkoa

Koulutus on lisännyt uskallusta puheeksiottoon ja aiheen käsittelyyn asiakkaan /potilaan kanssa

Koulutus on lisännyt myötätuntoa

Koulutus on muokannut asenteita, itsemurhavaara huomioidaan ja otetaan vakavammin

Edelleen osalla ammattilaisista vahvoja ennakkoluuloja ja kielteisiä asenteita.

Koulutus on herkistänyt kuulemaan itsemurhavaaran paremmin

Koulutus on keskittänyt fokuksen itsemurhakriisiin

Koulutus on lisännyt osaamista ja rohkeutta puheeksiottoon

Koulutus on lisännyt suoraa puhetta itsemurhasta

Koulutus on lisännyt työntekijän ymmärrystä asiakkaan tarinaan ja itsemurhan taustoihin

Linity on konkreettinen, uusi työkalu itsemurhakriisin arviointiin ja käsittelyyn

Eri työryhmien välinen konsultaatio on lisääntynyt

Työntekijät ottavat matalammalla kynnyksellä yhteyttä ja miettivät Linityn mahdollisuutta potilaalle

Asiakasohjaus on lisääntynyt

Tärkeä asiakasohjauskanava eri ammattiryhmille itsemurhaa yrittäneen hoitopolulla

Asiakkaille uusi, mahdollinen työtapa

Asiakkaiden toimijuus ja itseymmärrys lisääntynyt

Ymmärrys itsemurhista ja tematiikasta on lisääntynyt

Itsemurhavaara otetaan enemmän todesta

Itsetuhoisten oma ymmärrys itsemurhakriisistään on lisääntynyt

Edelleen kahtiajakautuneita asenteita, osa tuomitsevia ja pelokkaita

nuorten puhe itsetuhoisuudesta on lisääntynyt

Koulutus on helpottanut ja tehostanut itsemurhien puheeksiottoa ja hoitoon ohjausta

Koulutus on nopeuttanut työtapoja ja prokollaa

Koulutus on vaikuttanut erityisesti uusiin työntekijöihin.

Työkalu (Linity-interventio) helpottaa puheeksi ottamista, koska voi ohjata jatkohoitoon.

Linity soveltuu aikaisempaan työskentelytapaan, Keroputaan malliin, hyvin.

Koulutus on nopeuttanut puheeksiottoa.

Koulutus on nopeuttanut työskentelyä ja prosessia.

Yhteistyötä on ollut aiemminkin eri työryhmien ja organisaatioiden välillä mutta nyt se on parantunut ja tiivistynyt.

Koulutuksen ja yhteistyön tiivistyminen verkostoissa on tuonut hoitoon uusia näkökulmia ja toimintatapoja.

Itsetuhoisuudessa on usein päihteet mukana.

Itsemurhien puheeksioton tulee olla aktiivista ja jatkuvaa, muuten siitä kysyminen hiipuu.

Aiemman Lönnqvistin im-projektin tuotokset kannattelivat kaksikymmentä vuotta. Ammattilaisten sukupolvenvaihdoksen myötä nyt oli hyvä aika nostaa aihe aktiivisesti puheeksi ja vahvistaa uusien työntekijöiden osaamista.

Jos uusilla työntekijöillä ei ole kykenevyyden tunnetta itsetuhoisuuden käsittelyyn vaan arkuutta aiheen kanssa pärjäämisessä, kysyminen jää.

Laajan väestön koulutus ja tiedon lisääminen pienentää stigmaa ja helpottaa läheisten hoitoon ohjaamista

Ammattilaisten osaaminen itsemurhien puheeksiottoon lisää ihmisten valmiutta puhua aiheesta-

PELKISTETTYJEN ILMAUSTEN RYHMITTELY JA ALALUOKKIEN MUODOSTAMINEN

Yleisyys

Itsetuhoisuus on yleistä, sitä esiintyy viikoittain tai useamman kerran kuukaudessa

Itsemurhayrityksissä enemmän mukana lääkeyliannostukset ja päihteet.

Nuorten puhe itsetuhoisuudesta on lisääntynyt

Itsetuhoisuudessa on usein päihteet mukana.

Ammatillinen tilaus

Koulutukset koettiin tärkeiksi, aiempi koulutus itsemurha-aiheesta on ollut vähäistä.

Koulutuksille oli ammatillista ja henkilökohtaista tilausta.

Koulutus on vaikuttanut erityisesti uusiin työntekijöihin.

Jos uusilla työntekijöillä ei ole kykenevyyden tunnetta itsetuhoisuuden käsittelyyn vaan arkuutta aiheen kanssa pärjäämisessä, kysyminen jää.

Rohkeuden lisääntyminen

Koulutus lisäsi uskallusta puhua itsemurhasta.

Koulutus on vähentänyt pelkoa

Koulutus on lisännyt uskallusta puheeksiottoon ja aiheen käsittelyyn asiakkaan /potilaan kanssa

Koulutus on lisännyt osaamista ja rohkeutta puheeksiottoon

Koulutus on lisännyt suoraa puhetta itsemurhasta

Työhyvinvointi

Koulutus ja uudet työtavat ovat lisänneet avoimuutta

Raskaiden tilanteiden jakamista ja työssä jaksamista.

Koulutus on lisännyt myötätuntoa

Ymmärryksen lisääntyminen

Koulutukset vahvistivat osaamista, ymmärrystä, itsetuhoisuuden tunnistamista ja hoitoon ohjaamista.

Koulutus on lisännyt työntekijän ymmärrystä asiakkaan tarinaan ja itsemurhan taustoihin

Koulutus on lisännyt itsetuhoisuuden kuulemista ja tunnistamista.

Ymmärrys itsemurhista ja tematiikasta on lisääntynyt

Koulutus on muokannut asenteita, itsemurhavaara huomioidaan ja otetaan vakavammin

Focus

Koulutus on herkistänyt kuulemaan itsemurhavaaran paremmin

Koulutus on keskittänyt fokuksen itsemurhakriisiin

Itsemurhavaara otetaan enemmän todesta

Hoidon nopeutuminen

Koulutus on helpottanut ja tehostanut itsemurhien puheeksiottoa ja hoitoon ohjausta

Koulutus on nopeuttanut puheeksiottoa.

Koulutus on nopeuttanut työtapoja ja prokollaa

Työkalu (Linity-interventio) helpottaa puheeksi ottamista, koska voi ohjata jatkohoitoon.

Koulutus on nopeuttanut työskentelyä ja prosessia.

Uusi työtapa

Linity-menetelmä on koettu hyväksi, konkreettiseksi työtavaksi kohdata ihmisiä.

Linity on konkreettinen, uusi työkalu itsemurhakriisin arviointiin ja käsittelyyn

Koulutus helpotti aiheesta puhumista ja toivat työkalun aiheen käsittelyyn.

Asiakkaan toimijuuden lisääntyminen

Asiakkaille uusi, mahdollinen työtapa

Asiakkaiden toimijuus ja itseymmärrys lisääntynyt

Itsetuhoisten oma ymmärrys itsemurhakriisistään on lisääntynyt

Ammattilaisten osaaminen itsemurhien puheeksiottoon lisää ihmisten (asiakkaiden) valmiutta puhua aiheesta.

Laajan väestön koulutus ja tiedon lisääminen pienentää stigmaa ja helpottaa läheisten hoitoon ohjaamista

Yhteistyö

Eri toimijoiden yhteistyö on vahvistunut ja on tullut uusia yhteistyökumppanuuksia.

Lisääntynyt yhteistyö on edistänyt asiakasohjausta ja monipuolistanut asiakkaan saamaa hoitoa.

Yhteistyö lisää työssä jaksamista ja työhyvinvointia.

Eri työryhmien välinen konsultaatio on lisääntynyt

Työntekijät ottavat matalammalla kynnyksellä yhteyttä ja miettivät Linityn mahdollisuutta potilaalle

Asiakasohjaus on lisääntynyt

Tärkeä asiakasohjauskanava eri ammattiryhmille itsemurhaa yrittäneen hoitopolulla.

Yhteistyötä on ollut aiemminkin eri työryhmien ja organisaatioiden välillä mutta nyt se on parantunut ja tiivistynyt.

Koulutuksen ja yhteistyön tiivistyminen verkostoissa on tuonut hoitoon uusia näkökulmia ja toimintatapoja.

Linity soveltuu aikaisempaan työskentelytapaan, Keroputaan malliin, hyvin.

Kulttuurin muutos

Itsemurha ei ole enää tabu.

Some on lisännyt itsetuhoisuudesta puhumista ja avoimuutta, erityisesti nuorten kohdalla.

Somekulttuuri tuo myös sosiaalista painetta, lisää ahdistusta erityisesti nuorilla.

Tiedon lisääminen edistää avun hakemista ja itsetuhoisuuden esille ottamista.

Kampanjat, uutiset ja lehtiartikkelit lisäävät tietoisuutta mielenterveydestä, itsetuhoisuudesta ja avun saamisesta, julkkikset tuovat asialle kasvot.

Jakautuneet asenteet

Edelleen kahtiajakautuneita asenteita, osa tuomitsevia ja pelokkaita.

Edelleen osalla ammattilaisista vahvoja ennakkoluuloja ja kielteisiä asenteita.

Koulutuksen jatkuvuus

Itsemurhien puheeksioton tulee olla aktiivista ja jatkuvaa, muuten siitä kysyminen hiipuu.

Aiemman Lönnqvistin im-projektin tuotokset kannattelivat kaksikymmentä vuotta.

Ammattilaisten sukupolvenvaihdon myötä nyt oli hyvä aika nostaa aihe aktiivisesti puheeksi ja vahvistaa uusien työntekijöiden osaamista.

ALALUOKKIEN YHDISTÄMINEN ja yläluokkien muodostaminen

Alaluokka

Yleisyys

Ammatillinen tilaus

Rohkeuden lisääntyminen

Työhyvinvointi

Ymmärryksen lisääntyminen

Focus

Hoidon nopeutuminen

Uusi työtap

Asiakkaan toimijuuden lisääntyminen

Yhteistyö

Kulttuurin muutos

Jakautuneet asenteet

Koulutuksen jatkuvuus

YLÄLUOKKA

Rohkeuden lisääntyminen

Työhyvinvointi

Ymmärryksen lisääntyminen

Focus

Hoidon nopeutuminen

Uusi työtap

Asiakkaan toimijuuden lisääntyminen

Yhteistyö

Yleisyys

Kulttuurin muutos

Ammatillinen tilaus

Koulutuksen jatkuvuus

PÄÄLUOKKA

Ammattitaidon vahvistuminen

Hoidon kehittyminen

Yhteistyön lisääntyminen

Yhteiskunnallinen muutos

Koulutuksen jatkuvuus

YHDISTÄVÄ LUOKKA

Koulutuksen vaikutus ammattilaisten osaamiseen itsemurhavaarassa olevan potilaan kohtaamisessa ja hoitokäytänteissä.

