

Itsemurhariskin tunnistamisen ja arvioinnin kehittäminen päivystyshoidossa

Sini Hyvönen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2015

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Sukunimi, Etunimi Hyvönen, Sini	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 28.05.2015
	Sivumäärä 50	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Itsemurhariskin tunnistamisen ja arvioinnin kehittäminen päivystyshoidossa.		
Koulutusohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Hanna Hopia ja Carita Kuhanen		
Toimeksiantaja(t) Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Ensiapu Acuta, Taru Kotiniitty		
Tiivistelmä Vuonna 2013 yhteensä 887 suomalaista teki itsemurhan. Paras tapa estää itsemurhia on ennaltaehkäisy ja ensiapu on usein ensimmäinen paikka, josta ongelmiin haetaan apua. Kirjallisuuden perusteella ensiavussa työskentelevien sairaanhoitajien kyky tunnistaa ja arvioida potilaiden itsemurhariskiä on puutteellinen. Sama ilmiö oli havaittavissa myös Tays ensiapu Acutassa. Ensiapu Acutan toimintasuunnitelmassa tärkeäksi kehittämiskohteeksi on nostettu hoidon kiireellisyyden ensiarvio-toiminnan kehittäminen havaittujen epäkoh- tien pohjalta. Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää ensiapu Acutassa tehtäviä hoidon kiireelli- syyden ensiarvioita itsetuhoisten potilaiden osalta. Kehittämistyön tavoitteena oli vahvis- taa sairaanhoitajien osaamista itsemurhariskin tunnistamisessa ja arvioimisessa. Kehittä- mistyön viitekehyksenä käytettiin implementointimallia. Kehittämistyö koostui tiedon ko- koamisesta, sairaanhoitajien kouluttamisesta, palautteen keräämisestä ja seulontalomak- keen pilotoinnista. Pilotoinnin arviointi jäi aiheen rajaamisen vuoksi toimintayksikön vas- tuulle. Sairaanhoitajille järjestetyssä koulutuksessa kerättiin palaute, jonka perusteella koulutusta ja lomaketta arvioitiin. Palautteen perusteella koulutusta pidettiin tarpeellisena ja hyvänä. Sairaanhoitajat kokivat saaneensa uutta tietoa aiheesta. Osa sairaanhoitajista suhtautui lomakkeeseen myönteisesti, jotkut kuitenkin epäilivät lomakkeen käytettävyyttä ja arvelivat sen hidastavan potilaiden sisäänottoa. Palautteen perusteella sairaanhoitajien osaamisen voidaan päätellä vahvistuneen koulutuksen ja lomakkeen ansiosta. Kehittämistyön perusteella voidaan todeta, että lomakkeen pysyvää käyttöönottoa varten sen selkiyttämistä ja digitalisointia on syytä harkita. Jatkokehittämisehdotuksena on mie- lenterveys- ja päihdeongelmia käsittelevien koulutusten lisääminen, työnohjauksen tarjoa- minen hoitohenkilöstölle sekä itsetuhoisten potilaiden kokemusten kartoittaminen.		
Avainsanat (asiasanat) itsemurhariski, hoidon kiireellisyyden ensiarvio, päivystyshoito, triage, implementointi		
Muut tiedot		



Author(s) Last name, First name	Type of publication Master's thesis	Date 28.05.2015
Hyvönen, Sini		Language of publication: Finnish
	Number of pages 50	Permission for web publication: x
Title of publication Development of suicide risk identification and assessment in emergency care.		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Tutor(s) Hopia, Hanna and Kuhanen, Carita		
Assigned by Pirkanmaa Hospital District, First Aid Unit Acuta, Taru Kotiniitty		
Abstract During 2013 887 Finns committed a suicide. The best way to forestall suicides is prevention. First aid units are often the first place where people seek help for their problems. Based on literature, nurses who work in the first aid units have inadequate abilities to identify and assess patients' suicide risk. The same phenomenon was detected in the Tampere University Hospital's First Aid Unit Acuta. Improving triaging on the basis of observed deficiencies has been highlighted as one of the important development targets in First Aid Unit Acuta's strategy. The purpose of this development work was to improve triaging suicidal patients in First Aid Unit Acuta. The goal of this development work was to strengthen nurses' competence in the identification and assessment of a suicide risk. The reference framework of this work was an implementation framework. This development work consisted of collecting information, educating nurses, collecting feedback and piloting a screening questionnaire. The assessment of piloting was submitted to the unit, because of the delimitation of the topic. Feedback for the evaluation of the questionnaire and training was collected after the nurses' education. According to the feedback, the nurses thought that the training was necessary and good. The nurses felt that they had received new information about the topic. Some of the nurses welcomed the questionnaire, but others thought that it might not be very usable and that it might slow down the patient intake. According to the feedback, it can be stated that the nurses' competence in the identification and assessment of a suicide risk was strengthened. On the basis of this development work, it can be stated that consideration should be given to clarifying and digitalizing the questionnaire in order to institute the change in practice. Further development ideas include increasing the education on mental health and substance abuse problems, offering work supervision for the nursing staff and surveying the experiences of suicidal patients.		
Keywords/tags (subjects) suicide risk, triaging, emergency care, triage, implementation		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 ITSETUHOISUUS.....	4
2.1 Itsemurhien esiintyvyys	5
2.2 Itsemurhien ehkäisytyö Suomessa	7
3 PÄIVYSTYSHOITO.....	8
3.1 Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi	9
3.2 Mielenterveysongelmaiset potilaat päivystyksessä	10
3.3 Hoidontarpeen arvioita tekevien sairaanhoitajien osaamisvaatimukset	11
3.4 Seulontalomake itsemurhariskin arvioinnin tukena	12
4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	14
5 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	15
5.1 Kehittämistyö	15
5.2 Implementointimalli kehittämistyön viitekehyksenä	16
6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	19
6.1 Ongelman tunnistaminen	19
6.2 Tutkimustiedon kokoaminen ja arviointi	20
6.3 Estävien ja edistävien tekijöiden huomiointi	22
6.4 Pilotointi.....	27
6.5 Koulutus näyttöön perustuvan tiedon jalkauttamisessa	29
6.5.1 Aktivoiva luento	30
6.5.2 Roolipeli	31
6.5.3 Koulutuksen arviointi	33
7 KOULUTUKSEN JA LOMAKKEEN ARVIOINTI.....	35
7.1 Osallistujien antama palaute	35
7.2 Kouluttajan näkökulma.....	37
8 POHDINTA.....	38
8.1 Kehittämistyön prosessin tarkastelu	38
8.2 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	42
LÄHTEET.....	45

LIITTEET	49
Liite 1. Seulontalomake.....	49
 KUVIOT	
Kuvio 1. Kehittämistyön implementointimalli	18
Kuvio 2. Apukysymykset palautteen antoa varten	34
 TAULUKOT	
Taulukko 1. Estävät ja edistävät tekijät kehittämissä.	24

1 JOHDANTO

Vuonna 2013 yhteensä 887 suomalaista teki itsemurhan. Itsemurha on ihmisen teko, jolla hän itse aiheuttaa oman elämänsä päättymisen. Itsemurhat on jo pitkän aikaa tunnustettu kansalliseksi ja kansainväliseksi ongelmaksi. Maailmanlaajuisesti se on nuorten ihmisten toiseksi yleisin kuolinsyy. Suomessa itsemurhien kokonaismäärä on ollut viime vuosina laskusuuntainen, mutta edelleen se on lähes kaksinkertainen Euroopan keskiarvoihin verrattuna. Pirkanmaalla itsemurhalukemat ovat koko Suomen tasoa hieman suurempia. (Kuolemansyyt 2010; Kuolemansyyt 2011; Kuolemansyyt 2013; Väkiältä ja terveys maailmassa 2005, 206; Mental health action plan 2013–2020 2013, 7.)

WHO on asettanut maailmanlaajuisesti tavoitteeksi vähentää maakohtaista itsemurhakuolleisuutta 10 %:lla vuoteen 2020 mennessä. Tavoitteeseen pääsemiseksi ympäri maailmaa on käynnissä ohjelmia, jotka on suunnattu itsemurhien määrän vähentämiseen ja niiden ennaltaehkäisyyn. (Mental health action plan 2013–2020 2013, 17.) Ennaltaehkäisy on paras tapa estää itsemurhia. Käynti ensiavussa tarjoaa siihen mahdollisuuden, jos hoitohenkilökunta pystyy tunnistamaan ja arvioimaan itsemurhariskin sekä tekemään oikeat hoitopäätökset riskin vähentämiseksi. On tärkeää huomata, että itsemurhaa yrittäneistä potilaista jopa 60 % on ollut tapahtumaa edeltävästi yhteydessä terveydenhuoltoon. Kuitenkin usein on niin, ettei ensiavussa työskentelevä hoitohenkilöstö ole perehtynyt itsemurhariskin tunnusmerkkeihin. Mieli 2009-suunnitelman väliarviossa todettiin, että päivystyksissä työskentelevä henkilöstö tarvitsee lisäkoulutusta mielenterveys- ja päihdeongelmista. Ajankohtaiseen tutkimustietoon perustuvan koulutuksen on havaittu lisäävän sairaanhoitajien kykyä tunnistaa itsemurhariskissä olevat potilaat ja valita heille oikeat interventiot. (Giordano & Stichler 2009, 22, 25; Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012, 63; Heilä 2013.)

Tampereen yliopistollisen sairaalan perusterveydenhuollon päivystys ensiapu Acuta hoitaa äkillisesti sairastuneet tai loukkaantuneet potilaat joita ei voida hoitaa omalla terveysasemalla. Ilta- ja yöaikaan monen ympärystön päivystys on keskitetty ensiapu Acutaan. (Ketä hoidetaan 2015.) Psykkisistä syistä ensiapuun saapuneet poti-

laat ohjautuvat ensiavussa hoidon kiireellisyyden ensiarvion jälkeen lääkärille tai psykiatriset konsultaatiot tekevälle sairaanhoitajalle, jonka palvelut tuotetaan Tampereen kaupungin akuuttipsykiatrian poliklinikalta. Ensiavun päivystysluonteen ja ruuhkautumisen vuoksi potilaan odotusaika saattaa venyä pitkäksi. Vakavassa itsemurhariskissä oleva potilas ei välttämättä kykene pitkiin odotusaikoihin ilman valvontaa. Itsetuhoisen potilaan hoidontarpeen ensiarvioon ei ole ollut riittävän kattavia ohjeita ja käytännön työssä havaittiin, että itsetuhoisten potilaiden kiireellisyyden ensiarvioissa oli paljon vaihtelua. Ensiapu Acutan toimintasuunnitelmassa ensiarvio-toiminnan kartoittaminen ja kehittäminen on nostettu tärkeäksi kehittämiskohteeksi (Toiminta- ja taloussuunnitelma 2012–2014 ja talousarvio 2012). Käytännön työssä havaittujen epäkohtien pohjalta nousi tarve vahvistaa sairaanhoitajien osaamista itsemurhariskin tunnistamisessa ja arvioinnissa ensiapu Acutan toimintasuunnitelman mukaisesti.

2 ITSETUHOISUUS

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan itsensä vahingoittamista tai henkeä uhkaavan riskin ottamista. On olemassa suoraa ja epäsuoraa itsetuhoisuutta, jotka eroavat siten, että epäsuoraan itsetuhoisuuteen liittyy henkeä uhkaavan riskin ottaminen ilman tietoista itsensä vahingoittamisaietta tai kuolemantoivetta, kun taas suora itsetuhoisuus ilmenee itsemurha-ajatuksina, itsemurhayrityksinä tai itsemurhana. (Suominen & Valtonen 2013, 881.) Monilla ihmisillä esiintyy itsetuhoisuutta sen molemmissa muodoissa. Itsetuhoisesti käyttäytyvä potilas pitäisi pysäyttää miettimään tekojensa vakavuutta, sillä toistuva riskinotto lisää vahingoittumisen todennäköisyyttä. (Lönngqvist, Henriksson, Isometsä, Marttunen & Heikkinen 2008, 340–341.)

Kirjallisuuden mukaan noin 10–15 prosentilla väestöstämme on arvioitu olevan itsemurha-ajatuksia jossain elämänsä vaiheessa (Lönngqvist ym. 2008, 341; Heilä 2013). On haastavaa erottaa tästä joukosta ne, jotka ovat huomattavassa itsemurhavarassa. Itsemurha-ajatuksia tulisi kartoittaa kaikilta päivystykseen tulevilta potilailta, sillä ne ovat kliinisesti yksi tärkeimmistä itsemurhaa ennakoivista merkeistä ja ohime-nevinä melko yleisiä. (Suominen & Valtonen 2013, 881–882; Lönngqvist 2009; Heilä 2013.) Itsemurhasta puhuvat ihmiset tulisi aina ottaa vakavasti, sen sijaan että siihen

suhtaudutaan välinpitämättömästi. Itsemurha-ajatusten taustalla on monesti toive elämän taukoamisesta, ei niinkään lopullinen kuolematoive. (Kunde 2011; Lönnqvist ym. 2008, 340.)

Itsemurhayritykset ovat 10–20 kertaa yleisempiä kuin itsemurhat (Lönnqvist 2009). WHO:n mukaan aiempi itsemurhayritys on yksi vahvimista itsemurhaa ennustavista riskitekijöistä. Miltei prosentti itsemurhaa yrittäneistä ihmisistä kuolee seuraavan vuoden aikana ja sen jälkeenkin noin 10 prosenttia päättää elämänsä itsemurhan kautta. On kuitenkin muistettava, että suurella osalla itsemurhan tehneistä ei ole aiempia itsemurhayrityksiä. (Väkivalta ja terveys maailmassa 2005, 217–218.) Itsemurhayritykset ovat yleisempiä nuorilla aikuisilla kuin vanhemmalla väestöllä ja yli puolet niistä tehdään päihtyneenä (Heilä 2013). Itsemurhayrityksestä selvinneiden kohdalla on huomattu, että keskeisin syy itsemurhayritykselle ei ole ollut halu kuolla, vaan ennemminkin tietoisuuden tai sietämättömän kivun lopettaminen (Kunde 2011).

Itsemurhiksi luokitellaan Suomessa sellaiset kuolemat, jotka oikeuslääkärin arvion mukaan ovat seurausta ihmisen omasta teosta, jonka tämä on tiennyt tai uskonut johtavan kuolemaan (Lönnqvist ym. 2008, 341). Itsemurha on usein pitkällisen prosessin tulosta pitkin elämää kertyvien riskitekijöiden, suojaavien tekijöiden puuttumisen ja laukaisevien tekijöiden yhteisvaikutusta. Se liittyy lähes poikkeuksetta mielen-terveyden häiriöön tai päihdeongelmaan, mutta myös yksinäisyyteen, työttömyyteen ja köyhyyteen. Itsemurhan tehneistä henkilöistä 40–60 prosenttia on hakenut terveyteensä liittyvien huolien takia lääkärin apua viimeisen elinkuukautensa ja 18 prosenttia viimeisen elinpäivänsä aikana. Suurin osa potilaista ei kuitenkaan kertonut lääkärin vastaanotolla itsemurha-ajatuksistaan. Itsemurhan tehneistä potilaista jopa 80 prosentilla psykiatrisen hoidon on havaittu olleen riittämätöntä. (Heilä 2013; Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 25.)

2.1 Itsemurhien esiintyvyys

Arviolta miljoona ihmistä kuolee vuosittain itsemurhan kautta ja se on nuorten aikuisten toiseksi yleisin kuolinsyy. Itsemurhatilastot ovat huonosti raportoituja itsemurhaan liittyvän stigman sekä maakohtaisten merkitsemistapojen vuoksi. Monissa

maissa itsemurhalukemat näyttävät tasoittuneen tai nousseen, kun taas osassa maita näkyy pitkäkestoista määrien vähenemistä. (Kunde 2011; Health at a glance: Europe 2010, 38; Mental health action plan 2013–2020 2013, 7, 17.) Maailmanlaajuisesti itsemurhakuolleisuus on korkeinta Itä-Euroopassa ja Sri Lankassa. Lukemat ovat alhaimpia Latinalaisessa Amerikassa ja osassa Aasian maita. Afrikan maista on vain niukasti tietoja saatavilla. Maailman tilastoissa itsemurhakuolleisuus lisääntyy iän myötä ja erityisen suuri se on 75 vuotta täyttäneillä miehillä. Naisten osalta iän mukainen vaihtelu on suurempaa ja joissain maissa naisilla esiintyy suurempia lukemia keski-iässä tai nuorena aikuisena. Kokonaislukuja tarkastellessa voidaan todeta miesten itsemurhien olevan kolme kertaa yleisempiä kuin naisten. (Väkivalta ja terveys maailmassa 2005, 207, 210–211.)

Monissa Euroopan maissa itsemurha on merkittävä kuolemansyy. Vuonna 2008 arviolta 55 000 ihmistä kuoli itsemurhan seurauksena. Etelä-Euroopan maissa sekä Iso-Britanniassa itsemurhalukemat ovat matalia, alle kahdeksan kuolemaa 100 000 asukasta kohden. Suurimmat itsemurhalukemat löytyvät Baltian maista, Keski- ja Itä-Euroopasta. Yleisesti ottaen eurooppalaisten miesten itsemurhalukemat ovat kolme tai neljä kertaa suurempia kuin naisten lukemat. Maissa, joissa on korkeimmat itsemurhalukemat, voi miesten osuus olla jopa kuusinkertainen. Sukupuolierot ovat pienempiä itsemurhaa yrittäneiden kesken, joka antaa viitettä siitä, että miehet käyttävät kuolettavampia menetelmiä itsemurhayrityksissään. Euroopan tilastoissa alle 25-vuotiaat ja iäkkäät ovat muita ikäluokkia suuremmassa itsemurhariskissä. Itsemurhalukemat ovat vuoden 1994 jälkeen laskeneet useimmissa Euroopan maissa. Lukemat ovat kasvaneet ainoastaan Maltalla, Islannissa, Liettuaissa ja Portugalissa. Monissa Euroopan maissa tehdään mielenterveyden edistämistyötä ja kehitetään kansallisia strategioita itsemurhien ehkäisyyn. (Health at a glance: Europe 2010, 38.)

Suomessa miesten itsemurhakuolleisuus on ollut poikkeuksetta huomattavasti korkeampaa kuin naisten. Miesten itsemurhakuolleisuus oli vuonna 2013 24,9 tapausta 100 000 asukasta kohden, kun taas naisten vastaava luku oli 8 tapausta 100 000 asukasta kohden. Suomessa yleisimpiä ovat työikäisten itsemurhat. Nuorten miesten ja työikäisten itsemurhalukemat on kuitenkin viime vuosina saatu laskuun. Euroopan itsemurhalukuihin verrattuna suomalaisten itsemurhakuolleisuus on edelleen lähes

kaksinkertaista. (Kuolemansyyt 2010; Kuolemansyyt 2011; Kuolemansyyt 2013.) Suomen tilastoissa itsemurhakuolleisuuden on havaittu olevan vähäisempää Pohjanmaalla ja ruotsinkielisen väestön keskuudessa. Itsemurhat ovat lisääntyneet erityisesti haja-asutusalueiden miesten sekä Etelä-Suomen ja kaupungeissa asuvien naisten keskuudessa. (Lönngqvist 2009.) Pirkanmaan lukemat vuodelta 2013 kertovat, että täällä itsemurhiin kuolee 20,1 ihmistä 100 000 asukasta kohti. Pirkanmaan lukema on koko maan tasoa 23 prosenttia suurempi ja itsemurhakuolleisuus on suurinta 65 vuotta täyttäneillä. (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet.)

2.2 Itsemurhien ehkäisytyö Suomessa

Itsemurhakuolleisuuden jatkuvaan kasvuun kiinnitettiin Suomessa huomiota jo 1970-luvun alussa, jolloin nimitettiin komitea miettimään ehdotuksia itsemurhien vähentämiseksi. Vuonna 1986 Lääkintöhallitus aloitti valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin, jonka työn tuloksena julkaistiin seitsemän suositusta sisältävä ehkäisystrategia ja toimintaohjelma. Projektin tavoitteena oli vähentää itsemurhien määrää 20 % vuoteen 1995 mennessä, mutta tavoitteeseen päästiin vasta vuonna 1998. Suomi oli ensimmäinen maa, joka onnistui toteuttamaan merkittävästi itsemurhakuolleisuutta vähentäneen kansallisen ehkäisystrategian. Yksi strategian suosituksista oli masennuksen tunnistaminen ja hyvä hoito. Myöhemmin kansanterveyslaitoksen tutkimukset ovat osoittaneet, että masennuksen hoidon kehittyminen on mitä ilmeisimmin vähentänyt Suomen itsemurhatilastoja. (Lönngqvist 2007.) Vuoteen 2013 mennessä itsemurhakuolleisuus oli laskenut 53 % verrattuna vuoden 1990 lukemiin (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet).

Mieli 2009-suunnitelma on ansiokkaasti jatkanut itsemurhien ehkäisytyötä. Suunnitelmassa itsemurhien ehkäisytyössä vaikuttavimmiksi keinoiksi nimettiin tunnistaminen, keinojen saatavuuden rajoittaminen, monimuotoiset mielenterveyspalvelut sekä itsemurhaa yrittäneiden jälkihoito. Samaisessa suunnitelmassa suositeltiin mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen lisäämistä kaikissa sosiaali- ja terveysalan perustutkinnoissa, sillä kaikilla ammattihenkilöillä pitää olla valmius tunnistaa ja ottaa puheeksi mielenterveys- ja päihdeongelmat. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 25, 38.) Mieli 2009-suunnitelman väliarviossa todettiin, että päivytyksissä

työskentelevä henkilöstö tarvitsee lisäkoulutusta aiheesta. Lisäksi väliarviossa painotettiin, että itsemurhien ja itsemurhayritysten ehkäisyä tulisi edelleen tehostaa kehittämällä mielialahäiriöiden hoitoa ja hoitoon pääsyä, lisäämällä tietoisuutta itsemurhavaaran merkeistä ja auttamiskeinoista. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012, 63.)

3 PÄIVYSTYSHOITO

Päivystyshoidolla tarkoitetaan äkillisen vamman, sairauden tai kroonisen sairauden vaikeutumisen vaativaa välitöntä arviointia tai hoitoa. Potilas on hoidettava päivystyshoitoyksikössä, jos hoitoa ei voida siirtää seuraavalle arkipäivälle tai kiireellisen hoidon toteutuminen muualle ohjattuna on epävarmaa. Palveluita on oltava tarjolla kaikkina vuorokauden aikoina. Vastuu päivystyshoidon järjestämisestä on kunnilla, joissa kuluneen 20 vuoden aikana on siirrytty yhä isompiin keskitettyihin päivystysyksiköihin ja yhteispäivystyksiin. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 22.)

Kaikki päivystykseen saapuneet potilaat eivät tarvitse välitöntä hoitoa. Lieväoireisia potilaita voidaan ohjata omalle terveysasemalle tai työterveyshuoltoon. Ajanvaraus toimintaan verrattuna keskeisimpänä erona on, että päivystyksessä joudutaan tekemään hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia, jotta päivystyshoitoa tarvitsevat potilaat pystyttäisiin hoitamaan laadukkaasti ja muut potilaat ohjaamaan toisaalle. Usein päivystyksen resursseja kuormittavat ei-kiireelliset potilaat, koska maallikoiden on vaikea arvioida kuinka kiireellisesti he hoitoa tarvitsevat. Päivystyshoitoon kuuluu yllätyksellisyys niin potilasmäärien, kuin tilanteidenkin osalta. Sen vuoksi päivystyshoidon turvallisuuteen ja laatuun on alettu viime vuosina kiinnittää huomiota. Päivystyksissä työskentelevän henkilöstön riittävään koulutukseen, kokemukseen ja johtamiseen on jo puututtu asetuksien avulla. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 23–24; Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 16.) Tammi-kuussa 2015 voimaan astuneen päivystysasetuksen toivotaan yhtenäistävän alueellisia käytäntöjä päivystyshoidon osalta. Asetus luo yhtenäisen pohjan päivystyshoidolle sekä mahdollistaa laadukkaat palvelut valtakunnallisesti ja paikallisesti. (Päivystysasetuksen päivityksellä taataan hoidon laatua ja turvallisuutta 2014.)

3.1 Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi

Ensiapu Acutaan hakeutuu vuorokaudessa arviolta 250–350 potilasta (Toiminta- ja taloussuunnitelma 2012–2014 ja talousarvio 2012). Kaikki ensiapuun saapuvat potilaat kohtaavat ensimmäisenä triagehoitajan. Itsenäisesti potilaita vastaanottavan sairaanhoitajan tehtävänä on määrittää potilaan hoidon tarve, kiireellisyys ja resurssien tarve. Edellä mainittujen tekijöiden perusteella sairaanhoitaja määrittää potilaalle Emergency severity index-kiireellisyysluokituksen (ESI). (Tehtäväkuvaukset 2010.) ESI-luokitus huomioi kiireellisyyden lisäksi myös resurssien tarpeen (Siippainen 2013, 13).

Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan ammattilaisen tekemää arviota potilaan hoitoon pääsystä ja hoidon kiireellisyydestä. Käsitteenä se on tullut hoitotakuun myötä osaksi lakitekstiä vuonna 2005. Hoitotakuussa se määritellään ensimmäiseksi vaiheeksi potilaan hoitotakuussa, se on toisin sanoen portti potilaan hoitoon. Lain mukaan hoidon tarpeen arvioinnissa tulee selvittää yhteydenoton syy, oireet, niiden vaikeusaste ja kiireellisyys annettujen esitietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että sitä tekevällä henkilöstöllä on riittävä koulutus, työkokemus, yhteys hoitoa antavaan yksikköön ja pääsy potilasasiakirjoihin. Hoidon tarvetta voidaan arvioida myös puhelimitse. Hoidon tarpeen arviota tekevä sairaanhoitaja on portinvartijan roolissa. Sairaanhoitajalla tulee olla riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Hän tekee päätöksensä kokemuksensa ja ohjeistusten mukaisesti, ohjaten potilaan oikealle hoidon portaalille. Oikea hoitoporras voi olla myös potilaan ohjaaminen kotihoitoon. Hyvin toteutetulla hoidon tarpeen arvioinnilla voidaan saavuttaa vaikuttavuutta hoitoon ohjauksessa, ehkäistä turhia käyntejä niin päivystyksessä kuin ajanvarausvastaanotoilla. Vaikutukset näkyvät nopeasti, kun palveluiden pariin ohjataan vain apua tarvitsevat potilaat. (Syväoja & Äijälä 2009, 9, 13–14; 25–26.)

Hoidon kiireellisyyden ensiarviolla tarkoitetaan päivystykseen saapuvalle potilaalle tehtävää hoidon kiireellisyyden arviota. Päivystysyksiköissä hoidon kiireellisyysluokituksista käytetään yleisesti vieraskielistä termiä triage. Päivystykseen saapuvilla potilailla on usein perussairauksia ja monia oireita, jotka vaikuttavat kiireellisyysarvioon.

Kiireellisyysarvion tulisikin aina perustua kokonaisuuteen, ei yksittäiseen oireeseen. On tärkeää, että päivystyksessä käytettävä hoidon kiireellisyyden ensiarvio soveltuu paikallisiin olosuhteisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erityisalakohteisista edellytyksistä 2013, 9.)

Ensiapu Acutassa toimivat triagehoitajat ovat koulutukseltaan joko sairaanhoitajia tai ensihoitajia (Siippainen 2013, 8). Ensiapu Acutan toimintasuunnitelmaan on keskeiseksi kehittämiskohteeksi kirjattu hoidon kiireellisyyden ensiarvio-toiminnan systemaattinen kartoittaminen ja kehittäminen. Hoidon kiireellisyyden ensiarvioihin liittyen Acutassa on toteutettu vuonna 2013 kehittämisprojekti, jossa arvioitiin hoidon kiireellisyyden ensiarvioiden onnistumista. Saatujen tuloksien pohjalta sairaanhoitajille järjestettiin koulutuksia hoidon kiireellisyyden ensiarvioiden kehittämiseksi. (Siippainen 2013, 7.) Koulutuskokonaisuus ei sisältänyt psyykkisesti oireilevien potilaiden hoidon kiireellisyyden ensiarvioita, joten se antoi hyvät lähtökohdat jatkaa kehittämistyötä ensiarvioiden parissa.

3.2 Mielenterveysongelmaiset potilaat päivystyksessä

Mielenterveysongelmista kärsivät potilaat ovat moniongelmaisuuksensa ja ongelmien kerrostumisen vuoksi haaste päivystykselle. Ongelmien kerrostuminen tarkoittaa, että psyykeongelmien lisäksi heillä saattaa olla päihdeongelmaa, somaattisia sairauksia tai muuta avun tarvetta kuten asunnottomuutta, rahattomuutta ja ihmissuhdeongelmat. Mielenterveyspalvelut ovat useimmiten pirstaleisia ja ohjausjärjestelmät vaihtelevat paikkakunnan mukaan, eikä yhteistyötä sosiaalipäivystyksen kanssa tehdä tarpeeksi. Suomessa on varsin yleistä, että virka- ja päivystysaikaan annetut palvelut ovat riittämättömiä. Hoitopolkujen puutteellisuus ja tiedonpuute palvelujärjestelmän suhteen aiheuttavat edellä mainittujen ongelmakohtien kanssa päivystyksen tarpeetonta kuormittumista. Itsemurhien ehkäisyyn voidaan väestötasolla vaikuttaa kriisi- ja päivystyspalveluita kehittämällä. Psyykkisesti oireilevien potilaiden hoidon kehittämisessä on tärkeää turvata myös päivystyksissä työskentelevän henkilökunnan osaaaminen. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 56–57; Lönnqvist 2009.)

Pirkolan, Sundin, Sailaksen ja Wahlbeckin (2008, 83) tutkimuksessa havaittiin moni-
muotoisten avohoitopalveluiden ja koko vuorokauden kattavan psykiatrisen päivys-
tyksen vähentävän itsemurhien esiintymistä kunnissa sekä sosiaaliekonomisista että
demografisista tekijöistä huolimatta. Ensiapu Acutassa tehtävät psykiatrisen sairaan-
hoitajan konsultaatiot ovat saaneet vuonna 2011 alkunsa päivystyskokeilusta. Kysei-
sen kokeilun raportista selviää, että psykiatrisia konsultaatioita tekevä sairaanhoi-
tajalle ohjautuneista potilaista 17 % oli ensisijaisesti itsetuhoisia. Itsetuhoisuus oli
toiseksi suurin potilaita ensiapuun tuonut ongelma ja useimmiten siihen liittyi päihty-
mys. Muiden ensisijaisten diagnoosien kohdalla itsetuhoisuus oli yleisin liitännäisön-
gelma. Itsetuhoisten potilaiden havaittiin käyttävän päivystystä toistuvasti. Rapo-
rtissa oli huomioitu vain Akuuttipsykiatrian poliklinikan päivystävälle sairaanhoitajalle
ohjautuneet potilaat. Kokeilun aikana konsultaatioita tekevä sairaanhoitaja oli en-
siavun käytettävissä keskimäärin 44 tuntia viikossa. (Lepistö & Tammentie 2011, 7-8.)
Psykiatristen sairaanhoitajakonsultaatioiden saatavuus on vuosien saatossa parantu-
nut. Tällä hetkellä arvioita tekevä sairaanhoitaja on ensiavun käytettävissä keskimää-
rin 72 tuntia viikossa.

3.3 Hoidontarpeen arvioita tekevien sairaanhoitajien osaamisvaatimukset

Päivystys on usein ensimmäinen paikka, josta yksilöt ja perheet hakevat apua mielen-
terveysongelmiinsa. Näiden potilaiden arviointi on haastavaa, eivätkä potilaat tuo
välttämättä esille itsemurha-ajatuksiaan vaikka niitä kysyttäisiinkin. Itsetuhoisten po-
tilaiden arvioinnin on havaittu olevan ensiavussa puutteellista tai satunnaista. Potilai-
den hoidon kiireellisyyden arviointi on tärkeää, jotta voidaan päättää kuka pystyy
odottamaan ilman valvontaa, kuka turvallisessa ympäristössä ja kuka tarvitsee apua
kiireellisesti. Epätarkat arviot voivat lisätä itsetuhoisuutta ja itsemurhia. Jos potilaan
kiireellisyys arvioidaan liian alhaiseksi, saattaa hän odotusajan vuoksi poistua en-
siavusta ilman hoitoa ja toteuttaa itsemurha-aikeensa. (Clarke, Brown & Giles-Smith
2008, 165–166; Bethel 2013, 52–53).

Tietämys riskitekijöistä auttaa sairaanhoitajia päättämään milloin itsemurhariskiä
on syytä arvioida, vaikka potilas ei saapuessaan kerro itsemurha-ajatuksistaan. Poti-

laan yksityisyydestä on pidettävä huolta potilaan kiireellisyyttä arvioitaessa, sillä luottamus ja yhteisymmärrys ovat tärkeitä riskien arvioinnissa. Yksilöllisiä riskitekijöitä arvioidessa tulee olla varovainen, sillä suurinta osaa itsemurhan tehneistä ei ole koskaan arvioitu korkean riskin omaaviksi henkilöiksi. Arviota tekevän sairaanhoitajan on syytä kiinnittää huomiota potilaan olemukseen ja mahdollisen saattajan havaintoihin potilaan käyttäytymisestä. Epämääräisten vaivojen ja ympäröivästä kysymyksiin vastaavien potilaiden kohdalla tulee kiinnittää huomiota odotusajan olosuhteisiin. Potilaan levottomuus, ärtyneisyys ja häiriöherkkyys ovat merkkejä tulevasta itsemurhayrityksestä. Havaintojensa perusteella sairaanhoitajan on arvioitava potilaan tilanteen vaatimat turvallisuustekijät, kuten tarvitseeko potilas valvontaa ja millaisissa tiloissa hän voi odottaa vastaanottoa. Arvioinnin perusteiden ja mahdollisten turvatoimenpiteiden huolellinen dokumentointi on tärkeää. Potilaat, jotka poistuvat ensiavusta ilman hoitohenkilöstön tapaamista, ovat yleensä luokiteltu välitöntä, kiireellistä tai melko kiireellistä apua tarvitseviksi. (Clarke ym. 2008, 167, 170–171.)

Aiheesta tehtyjä tutkimuksia koostanut Bethel (2013, 52–53) havaitsi, että itsemurha-ajatukset eivät mahdollisesti saa tarvitsemaansa huomiota päivystyksessä tai ei olla varmoja, miten tällaisten potilaiden kanssa tulisi toimia. Asenteella luokittelun takana on yhtä merkittävä rooli kuin sen sisällöllä (Clarke ym. 2008, 165–166). Ensiavussa työskentelevien sairaanhoitajien kouluttamisesta on olemassa hyviä kokemuksia. Giordano ja Stichler (2009, 22–25) raportoivat *Journal of Emergency* lehdessä kehittämistyöstään, joka osoitti, että triageissa työskentelevien sairaanhoitajien osaamista itsemurhariskin arvioinnin osalta on mahdollista parantaa koulutuksen ja toimintayksikön tarpeisiin muokatun riskikartoituslomakkeen avulla. Koulutuksen kautta tapahtuva kehittäminen on kustannustehokasta ja helppoa (Giordano & Stichler 2009, 22–25).

3.4 Seulontalomake itsemurhariskin arvioinnin tukena

Kirjallisuudesta löytyy vaihtelevasti suosituksia siitä kuinka suositeltavia kliniset kyselylomakkeet ovat potilaiden itsemurhariskin arvioinnissa (ks. Clarke ym. 2008, 170; Cochrane-Brink, Lofchy & Sakinofsky 2000, 445; Kunde 2011; Posner, Brown, Stanley,

Brent, Yershova, Oquendo, Currier, Melvin, Greenhill, Shen & Mann 2011, 1275; Giar-dano & Stichler 2008, 22). Lomakkeita on kritisoitu esimerkiksi spesifisyyden puut-teesta ja kyvyttömyydestä arvioida välitöntä itsemurhavaaraa (Hermes, Deakin, Lee & Robinson 2009, 44; Clarke ym. 2008, 170). Lomakkeiden on myös havaittu yliarvioi-van itsemurhariskiä. Lomakkeista on kuitenkin arveltu olevan apua itsemurhariskiä arvioitaessa ja se auttaa hoitohenkilöstöä vaikean asian puheeksi ottamisessa. Var-min tapa hyödyntää lomaketta on käyttää sitä haastattelun tukena. Täytyy kuitenkin muistaa, että yksittäisellä lomakkeella ei voi korvata yksilöllistä psykiatrista arviota. (Cochrane-Brink ym. 2000, 449, 451.)

Tässä kehittämistyössä hoidon kiireellisyyden ensiarvioiden tukena käytettäväksi lo-makkeeksi valikoitui Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), koska sen käyt-töä tullaan suosittelemaan Välitä-hankkeen edellyttämässä paikallisissa hoito-ohjel-missa Pirkanmaalla. Lomake on varsin laajalti käytetty eri toimintaympäristöissä ja käännetty sadalle eri kielelle. Lomakkeen käytettävyyttä helpottaa, että sen käyttöoi-keudet ovat kunnossa. (Tammentie-Sarén 2013.) C-SSRS-lomake on näyttöön perus-tuva ja sen käyttöä suositellaan myös kansallisessa kaksisuuntaisen mielialahäiriön Käypähoito-suosituksessa (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypähoito-suositus 2013). Lomake sellaisenaan on melko laaja, eikä sovellu hektiseen päivystystyöhön. C-SSRS-lomakkeesta on kuitenkin olemassa lyhempi seulonta-versio, joka on kehi-tetty päivystystyöhön potilaiden hoidon kiireellisyyden arviointiin. Lyhemmän lomak-keen valintaa tukee sen suoraviivaisuus ja ytimekkyys, jota Hermes ja muut (2009, 48) kirjallisuuskatsauksensa perusteella painottavat.

Alkuperäinen C-SSRS- lomake on suunniteltu määrittelemään itsetuhoajatusten- ja käyttäytymisen vakavuutta. Aiemmissa tutkimuksissa havaittiin toistuvasti, että itse-murha-ajatukset ja aiemmat itsemurhayritykset ovat keskeisimpiä itsemurhaa ennus-tavia tekijöitä. Lisäksi itsemurha-ajatusten ja – käyttäytymisen strukturoidun arvioin-nin oli huomattu parantavan korkean riskin potilaiden tunnistamista. C-SSRS-lomak-keen kehittäjät havaitsivat, että ei ollut olemassa yhtä lomaketta, joka arvioisi sekä itsemurha-ajatuksia, että – käyttäytymistä. Lomake luotiin alun perin tutkimuskäyt-töön, mutta myöhemmät psykometrisiä ominaisuuksia kartoittavat tutkimukset ovat osoittaneet sen toimivuuden arviointivälineenä niin tutkimusten, kuin klinisen työn-kin parissa. (Posner ym. 2011, 1266, 1277.)

Lomakkeen validiteettia ja sisäistä konsistenssia suhteessa toisiin mittareihin on tutkittu kolmessa erillisessä tutkimuksessa. Kaksi tutkimusta kohdistui nuoriin (N=124 ja N=312) ja yksi aikuisiin (N=237). Aikuisiin kohdennetussa tutkimuksessa tutkimusjoukko koostui ensiapuun psyykkisistä syistä tulleista potilaista. Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia miten C-SSRS lomake toimii itsemurhaa hiljattain yrittäneiden ja itseään ilman kuoleman toivetta vahingoittavien potilaiden tunnistamisessa ja luokittelussa. Tutkimusten perusteella C-SSRS lomakkeen psykometriset ominaisuudet olivat lupaavia. Lomake osoitti hyvää yhtenevää ja eriävää validiteettia verrattuna muihin moni-informatiivisiin mittareihin. Sen spesifisyys ja sensitiivisyys oli korkea verrattuna toiseen käyttäytymistä kartoittavaan mittariin ja riippumattoman itsemurhalautakunnan arvioihin. Mittari oli myös herkkä muutoksille, joita potilaiden voinnissa ajan saatossa tapahtui. (Mts. 1266, 1268, 1275.)

Edellä mainituista tutkimuksista aikuisiin kohdistunut on lähimpänä tämän kehittämistyön toimintaympäristöä ja potilasaineistoa. Kyseisestä tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan siis pitää toimintaympäristön kannalta yleistettävimpinä. Mittarin validiteettia ja psykometrisiä ominaisuuksia tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava, että ensiavussa käyttöönotettava lomake on lyhennetty versio alkuperäisestä lomakkeesta (mts. 1275).

4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Kehittämistyön **tarkoitus** on kehittää ensiapu Acutassa tehtäviä hoidon kiireellisyyden ensiarvioita itsetuhoisten potilaiden osalta koulutuksen ja toimintaympäristöön sopivaksi muokatun seulontalomakkeen avulla. Sairaanhoitajien saama lisäkoulutus ja seulontalomake auttavat tunnistamaan itsemurhariskissä olevat potilaat, määrittelemään hoidon kiireellisyyden ja mahdollisesti tarvittavan valvonnan.

Kehittämistyön **tehtävänä** on:

- Koota aiheesta tutkimustietoa, etsiä näyttöön perustuva seulontalomake ja muokata se toimintaympäristöön sopivaksi.
- Kouluttaa sairaanhoitajat itsemurhariskin tunnistamiseen ja arviointiin ajan-kohtaisen tutkimustiedon pohjalta.

- Opettaa sairaanhoitajat käyttämään seulontalomaketta haastattelun tukena.
- Arvioida koulutuksen onnistumista ja lomakkeen käytettävyyttä.
- Pilotoida lomaketta ensiapu Acutassa.

Kehittämistyön **tavoitteena** on vahvistaa sairaanhoitajien osaamista itsemurhariskin tunnistamisessa ja arvioimisessa. Kehittämällä hoidon tarpeen ensiarvioita pystytään itsemurhariskissä olevat potilaat tunnistamaan paremmin ja ohjaamaan ESI-luokituksen perusteella hoitoketjussa eteenpäin. Tämä opinnäytetyö kuvaa kehittämistyön etenemistä ensiapu Acutassa.

5 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Kehittämistyö

Kehittämistyö on toimintaa, jonka tavoitteena on luoda uusia tai parempia palveluita, tuotantomenetelmiä tai – välineitä tutkimustulosten avulla. Kehittyminen on yhtälailla prosessi ja tulos, sillä kuvataan yksilöiden, toimintojen asioiden tai ilmiöiden muutoksia. Yleensä kehittyminen tarkoittaa muutosta parempaan. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21.) Kehittämistyölle on ominaista ongelmalähtöinen toiminta ja sille on määriteltävissä oleva tarve. Kehittämistyö perustuu sille asetettuihin tavoitteisiin ja arviointiin siitä, miten tavoitteet on saavutettu. (Anttila 2007, 14–15.) Kehittämistyössä oleellista on soveltaa, muokata ja luoda uusia ratkaisuja. Tutkimuksellisuus kehittämistyössä ymmärretään usein liian kapea-alaisesti. Perinteisten kyselyiden ja haastatteluiden lisäksi tutkimuksellisuus tarkoittaa kehittämistyön etenemistä järjestelmällisesti, analyyttisesti ja kriittisesti. Hyvässä kehittämistyössä on arvioiva työote, jossa korostuu työn sisäinen logiikka ja työprosessien avaaminen. Kehittämistyössä pitäisi näkyä kyky siirtää teoriaa käytäntöön. (Ojansalo, Moilanen, Ritalahti 2010, 20–21; Anttila 2007, 23.)

Kehittämistyöhön on tarjolla monenlaisia lähestymistapoja. Valittava menetelmäteoreettinen tausta riippuu siitä mihin kysymyksiin haetaan vastausta. (Anttila 2007, 22.) Kehittämistyön tärkein suunnitteluvaihe on perusrajauksen määrittely. Sen avulla pystytään valitsemaan sopiva toteutusmalli ja strategia. Kehittämistyön lähtökohtana

voi toimia ratkaisua vaativa käytännön ongelma, uusi mahdollisuus tai lupaava toimintamalli. Kehittämistyölle on tärkeää tehdä aikataulusuunnitelma, jonka perusteella sen kulkua voidaan ennakoida ja seurata. Suunnitelmassa on hyvä olla välitavoitteita ja virstanpylväitä. Ne antavat mahdollisuuden hengähtää hetken arvioida toteutumista suhteessa suunnitemaan, tehdä korjauksia ja saada palautetta onnistumisesta. Kehittämistöissä on oleellista, ettei kehitettävä toiminta jää riippuvaiseksi projektista, vaan sen tulisi olla alkusysäys uudelle ja terveelle toiminnalle (Silfverberg 2007, 30, 50–51, 53; Ruuska 2007, 51, 53.) Tutkimuksellisen kehittämistyön jalkauttamiseen voidaan hyödyntää implementointimallia (Ojansalo ym. 2010, 10).

Kehittämistyössä eettisyys on yhtä tärkeää kuin tieteellisessä tutkimuksessa. Kehittämistöissä on oltava rehellinen, tarkka ja huolellinen. Tiedonhankinta- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisiä ja on tärkeää huolehtia kerätyn tiedon luottamuksellisuudesta. Tekstiä tuotettaessa on merkittävä lähteet asianmukaisesti ja plagiointia tulisi välttää. Jos kehittämistyöhön liittyy kysely, on kehittäjän tärkeää tiedottaa tutkittaville mihin tarkoitukseen tietoa kerätään, miten sitä hyödynnetään ja säilytetään. Kehittämistyön tulokset tulee esittää sellaisina kuin ne ilmenevät, eikä niitä saa vääristellä. Ennen työn aloittamista kehittämistyön tekijän on tärkeää selvittää työhön liittyvät oikeudelliset kysymykset, tarvittavien sopimusten luonne sekä kohdeorganisaation eettiset säännöt ja käytännöt. (Ojansalo ym. 2010 47–48.)

Tässä kehittämistyössä lähdettiin ratkaisemaan ensiapu Acutassa havaittua käytännön ongelmaa itsetuhoisten potilaiden hoidon kiireellisyyden ensiarvioiden osalta. Kehittämistyön aikataulusuunnitelma rytmittyi implementointimallin vaiheiden mukaisesti.

5.2 Implementointimalli kehittämistyön viitekehyksenä

Kehittämistyön toteuttamiseen käytettiin implementointimallia, joka muokattiin kahdesta valmiista mallista: The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care ja The PARIHS Framework. Jatkossa näihin malleihin viitataan termein PARIHS-malli ja IOWA-malli.

IOWA-malli kehitettiin alun perin vuonna 1994 helpottamaan tutkimustiedon hyödyntämistä potilaiden hoidon parantamiseksi erityisesti terveydenhuollon ammattilaisia ajatellen. Tässä kehittämistyössä on hyödynnetty vuonna 2001 päivitettyä implementointimallia, jota on käytetty lukuisissa tutkimuksissa sekä samankaltaisessa kehittämistyössä. (Titler, Kleiber, Steelman, Rakel, Budreau, Everett, Buckwalter, Tripp-Reimer & Goode 2001, 498; Hermes ym. 2009.) PARIHS-malli on julkaistu ensimmäisen kerran vuonna 1998. Se tarkastelee implementointia kolmen tärkeimmän tekijän yhtälönä. Mallin kehittäjien mielestä onnistuneen implementoinnin kannalta on olemassa kolme tärkeää elementtiä: näyttö (evidence), toimintaympäristö (context) ja toimeenpano (facilitation). Implementointia varten etsittyä tai tuotettua tietoa kutsutaan näytöksi, kun taas toimintaympäristöllä tarkoitetaan ympäristöä, johon muutos on tarkoitus implementoida. Toimeenpanolla tarkoitetaan prosessia, jolla näyttöön perustuvan tiedon implementointia helpotetaan. Nämä kolme elementtiä vaikuttavat toisiinsa samanaikaisesti ja ne ovat dynaamisessa yhteydessä. Ne sisältävät alakategoriat, joiden osa-alueet voidaan arvottaa matalasta korkeaan. Korkealle arvoitetut osa-alueet ovat yhteydessä onnistuneeseen implementointiin. (Rycroft-Malone 2004, 298–300.) Tutkimusten perusteella implementointi näyttäisi onnistuvan parhaiten, kun:

- **Näyttö** on tieteellisesti vahvaa ja yhtenevää ammatillisen näkemyksen sekä potilaiden mieltymysten kanssa.
- **Toimintaympäristö** on vastaanottavainen muutoksille, sen kulttuuri on osaaottava, johtajuus vahvaa ja sillä on asianmukainen seuranta- ja palauttejärjestelmä.
- Muutoksen **toimeenpano** on tarkoituksenmukaista ja sisältää pätevien ulkoisten ja sisäisten toimijoiden (fasilitaattoreiden) työpanoksen. (Mts. 298–300.)

IOWA-malli pyrkii näkemään näyttöön perustuvan tiedon laajasti ja antaa valmiudet hyödyntää muutakin kuin tutkimustietoa käytännön kehittämiseksi (Titler ym. 2001, 502). IOWA-malli ei kuitenkaan sisällä implementointia estävien ja edistävien tekijöiden syvällisempää arviointia, joten ne on lisätty tässä työssä käytettävään implementointimalliin PARIHS-mallia mukaillen. PARIHS mallin mukaan estävien ja edistävien tekijöiden arviointi ja hyödyntäminen implementoinnissa edistää sen onnistumista

(Rycroft-Malone 2004, 298–300). Estävien ja edistävien tekijöiden huomioinnilla voidaan koulutusta ja käyttöönottoa mukauttaa työyhteisölle sopivammaksi.

Kehittämistyötä varten muokattu implementointimalli koostuu kuudesta vaiheesta. Viimeisessä vaiheessa on kaksi vaihtoehtoista toimintatapaa (ks. kuvio 1). Implementointimallin neljä ensimmäistä vaihetta ovat opinnäytetyön tekijän vastuulla, loput vaiheista jäävät toimintayksiköstä nimetyn sairaanhoitajan vastuulle. Jaottelu on tehty aiheen rajaamiseksi. Sinisissä laatikoissa on kuvattu opinnäytetyön osuus, oransseissa laatikoissa on toimintayksikön vastuulle jäävä osuus.



Kuvio 1. Kehittämistyön implementointimalli

6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

6.1 Ongelman tunnistaminen

Kehittämisen kohde voidaan tunnistaa asiantuntemukseen perustuen tai ongelmalähtöisesti. Asiantuntemukseen perustuvat ärsykkeet käytännön kehittämiseen voivat nousta uuden tutkimustiedon, kirjallisuuden, suositusten, standardien, hoitotyön filosofioiden tai valvovien instanssien esittämien kysymysten kautta. Ongelmalähtöiset ärsykkeet voivat olla lähtöisin riskien hallinnasta, talousarvioista, prosessien kehittämisestä, benchmarkingista tai klinisen ongelman tunnistamisesta. (Titler ym. 2001, 500.)

Tässä kehittämistyössä ongelman tunnistaminen lähti päivystystyössä esiin nouseesta epäkohdasta. Itsetuhoisten potilaiden hoidon tarpeen ja kiireellisyyden ensiarviot olivat psykiatrisille sairaanhoitajille tulleiden yhteydenottojen perusteella hyvin vaihtelevia. Oli myös havaittu, että ensiavusta oli poistunut itsetuhoisia potilaita ennen kuin heidän psyykkinen tilansa oli tarkemmin arvioitu. Kyseessä oli implementimallin näkökulmasta ongelmalähtöinen ärsyke.

Kehittämisen kohdetta valitessa pitää miettiä, onko aihe tärkeä organisaatiolle ja sen eri tasoille. Organisaation prioriteetteihin sopivan aiheen lisäksi on tärkeää kerätä hankkeelle päättäjien, esimiesten ja lääkäreiden tuki, kuten myös tarvittavat resurssit. Aiheen tulisi innostaa myös henkilökuntaa, joka on vastuussa toimintatapojen muuttamisesta käytännössä. Jos aihe on henkilökunnan hyväksymä sekä linjassa strategisten ja organisatoristen päämäärien kanssa, on sillä suuri todennäköisyys tulla hyväksytyksi hoitotyötä tekevien keskuudessa. (Titler ym. 2001, 503.)

Aiheen tärkeyttä kartoitettiin keskustelemalla henkilöstön kanssa. Keskustelut ensiavussa työskentelevien sairaanhoitajien kanssa vahvistivat käsitystä siitä, että tarvetta itsetuhoisuuden arvioinnin kehittämiseen on olemassa. Yksikön esimiehet tunnistivat samaisen ongelman sekä sairaanhoitajien koulutustarpeen mielenterveys ja päihdeongelmien osalta. Sairaanhoitajien kanssa käytyjen keskustelujen perusteella heillä oli tarve saada työkaluja hoidon tarpeen ensiarvion tekemiseen itsetuhoisten potilaiden osalta. Systemaattista kyselyä aiheen tärkeydestä ei tehty, vaan vahvistus

kehittämistyön tarpeellisuudesta saatiin kokemusten ja keskustelujen kautta. Potilasnäkökulmasta aihe oli tärkeä, sillä ennalta ehkäisy on paras tapa vähentää itsemurhien esiintyvyyttä ja jokainen säästynyt ihmishenki on korvaamattoman arvokas. Hoidon kiireellisyyden ensiarvio-toiminnan kehittäminen on yksi tärkeitä kehittämiskoh-teista ensiapu Acutan toimintasuunnitelmassa, joten aihe oli tärkeä myös organisaa-tiolle.

Yhteistyö kehittämistyön osalta alkoi lokakuussa 2013, jolloin toimintayksikön esi-miesten kanssa sovittiin aiheen valinnasta ja kehittämistyön aloittamisesta. Aiheen tarpeellisuuden kartoitusta oli tehty syksyn 2013 aikana. Ennen kehittämistyön aloi-tusta pidettiin yhteistyöpalaveri osastonhoitajan ja opetushoitajan kanssa. Palave-rista tehtiin muistio, johon kirjattiin kehittämistyön keskeisimmät sisällöt ja käytettä-vät menetelmät.

6.2 Tutkimustiedon kokoaminen ja arviointi

Aiheen valitsemisen jälkeen alkaa tiedonhaku. Kehittämistyötä varten etsitään aihee-seen liittyviä tutkimuksia ja kirjallisuutta. Tiedonhaussa on syytä kiinnittää huomiota erityisesti näyttöön perustuviin suosituksiin, systemaattisten kirjallisuuskatsausten tiivistelmiin, meta-analyyseyhin sekä kliinisiin tutkimuksiin. Perinteisten tiedonhaku-menetelmien lisäksi on hyvä käyttää myös vaihtoehtoisia menetelmiä, kuten asian-tuntija haastatteluja, väitöskirjoja ja pro-graduista. Näin saadaan mahdollisimman kat-tavasti tietoa aiheesta. Aiheen parissa työskentelevien tai samankaltaisia projekteja läpi vieneiden henkilöiden haastattelu voi olla myös tarpeellista. Kehittämistyöhön etsitty tieto tulee arvioida ja punnita kriittisesti ja sen soveltuvuutta pitää peilata omaan aiheeseen. (Titler ym. 2001, 503–505.) Tutkimuksia arvioitaessa tulee huomi-oida:

1. Tutkimuksen tieteelliset ansiot.
2. Tutkimuksen osallistuneiden henkilöiden ominaispiirteet (ikä, sukupuoli, pa-tologiset löydökset) ja niiden yhtenevyys siihen joukkoon, johon muutos aio-taan toteuttaa.
3. Tutkimuksen kliininen merkitys. (Mts. 503–505.)

Arvioitaessa riittääkö hankittu näyttöön perustuva tieto muutoksen toimeenpanoon, on otettava huomioon kuinka yhteneviä tutkimuksista saadut tulokset keskenään ovat, tutkimuksissa tehtyjen havaintojen kliininen merkitys, löydettyjen tutkimusten laatu ja tulosten sovellettavuus käytäntöön. Lisäksi on oleellista kuinka paljon on löydetty tutkimuksia, joissa on yhteneväiset ominaispiirteet sen kohderyhmän kanssa, johon tietoa ollaan soveltamassa. PARIHS-malli painottaa IOWA-mallin tapaan tieteilisestään vahvaa näyttöä, joka on yhtenevää ammatillisen näkemyksen ja potilaiden kokemusten kanssa. (Rycroft-Malone 2004, 298; Titler ym. 2001, 503–505.)

Tämän kehittämistyön aiheesta voidaan todeta, että itsemurhista ja riskitekijöistä löytyy runsaasti tutkimustietoa niin kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla. Itsemurhariskin tunnistaminen päivystystyössä on spesifimpi aihealue, mutta siitäkin löytyi kansainvälisiä artikkeleita, joihin oli koostettu runsaasti tutkimuksia ja kirjallisuutta (ks. Bethel 2013; Clarke ym. 2008). Kehittämistyössä on tutkimustiedon lisäksi hyödynnetty samankaltaisista kehittämistöistä tehtyjä raportteja (ks. Hermes, Deakin, Lee & Robinson 2009; Giardano & Stichler 2009; Siippainen 2013) ja asiantuntijalausuntoa (Tammentie-Sarén 2013) kuten implementointimalleissa suositellaan (Titler ym. 2001, 503–505; Rycroft-Malone 2004, 298). Materiaalia kehittämistyöhön haettiin useista eri lähteistä ja lisäksi tehtiin täydentäviä hakuja lähdeluetteloiden ja viittausten perusteella. Lähteitä valitessa kiinnitettiin huomiota tekijöiden ansioihin ja siihen, minkälaisessa lehdessä tai verkkojulkaisussa artikkelit esiintyvät. Kehittämistyötä varten kootun tiedon on arvioitu olevan yhtenevää ammatillisen näkemyksen kanssa. Näyttöön perustuvan tiedon arvioinnissa on hyödynnetty kehittäjän omaa psykiatrasta asiantuntemusta.

Itsemurhariskin arviointilomakkeen valintaan löytyi perusteita edellä mainituista tutkimusartikkeleista. Valinnan selkiyttämiseksi kehittämistyötä varten haastateltiin Vällittä 2013 Pirkanmaan osahankkeen projektipäällikköä. Projektipäällikön mukaan valmisteilla oleviin Pirkanmaan paikallisiin hoito-ohjelmiin (mm. masennus, epävakaa persoonallisuushäiriö) tulotisiin suosittalemaan itsemurhariskin arviointiin C-SSRS-lomaketta. Lomakkeen käyttöoikeudet olivat kunnossa, mikä helpotti lomakkeen hyödynnettävyyttä. (Tammentie-Sarén 2013.) C-SSRS-lomakkeen psykometrisia ominai-

suuksia oli tarkasteltu Posnerin ja kumppaneiden (2011) artikkelissa muiden tekemien tutkimusten pohjalta. Aikuisiin kohdistuneen tutkimuksen tuloksia voidaan pitää kohdejoukon perusteella yleistettävimpinä tätä kehittämistyötä ajatellen.

Ensiapu Acutaan valikoitunut C-SSRS-lomake on lyhennelmä alkuperäisestä lomakkeesta. Kompaktin sisältönsä ansiosta se soveltuu hyvin päivystyksen olosuhteisiin. Lomake piti kuitenkin kääntää ja sitä haluttiin muokata toimintaympäristöön sopivaksi. Luvat kääntämiseen ja ulkoasun muokkaamiseen saatiin lomakkeen kehittäjiltä sähköpostitse (Posner 2013). Ensiapu Acutan toiveesta lomakkeeseen lisättiin itsemurhan riskitekijät check-listan tapaan. Listaa kootessa hyödynnettiin C-SSRS Risk Assessment-lomaketta sekä lähdemateriaalia. Lomaketta muotoiltiin visuaalisesti sopivammaksi ja houkuttelevammaksi. ESI-luokituksen pisteytys tehtiin yhdessä ensiavun ylilääkärin ja triagehoitajien koulutuksista vastaavan sairaanhoitajan kanssa. Lomakkeen ulkoasu sai lopullisen muotonsa sairaanhoitopiirin lomakesuunnittelijan toimesta ja siihen lisättiin sairaanhoitopiirin logot ja tunnisteet (liite 1). Tutkimustiedon kokoaminen ja seulontalomakkeen muokkaus toteutuivat suunnitellusti ajanjaksolla lokakuu 2013-helmikuu 2014.

6.3 Estävien ja edistävien tekijöiden huomiointi

Estävät ja edistävät tekijät koostuvat PARIHS-mallin mukaan kolmesta pääluokasta: näytöstä, toimintaympäristöstä ja toimeenpanosta (Rycroft-Malone 2004, 298).

Näyttöön liittyvät estävät ja edistävät tekijät ovat yhteneviä IOWA-mallista nousevien arviointikriteerien kanssa (Titler ym. 2001) ja ne on käsitelty edellisessä kappaleessa.

Toimintaympäristöä arvioitaessa on huomioitava työyksikön kulttuuri, johtajuus ja arviointimenetelmät. Oppiviksi organisaatioiksi luokiteltavat yhteisöt voidaan nähdä muutoksen toimeenpanoa edistävinä. Ne luovat oppivaa kulttuuria, joissa kiinnitetään huomiota yksilöihin, ryhmäprosesseihin ja organisatorisiin järjestelmiin. Tällaiselle toimintaympäristölle on luonteenomaista hajautettu päätöksenteko, esimiestyöntekijä suhteen painottaminen ja johtamistyyli, joka on autoritäärisen sijaan mah-

dollistava (fasilitatiivinen). Johtajilla on PARIHS-mallin mukaan tärkeä rooli kulttuurien muuttamisessa ja toimintaympäristöjen muovaamisessa muutoksia vastaanottavaisemmiksi. Muuntautumiskykyiset johtajat pystyvät muuttamaan kulttuuria huomattavasti paremmin kuin káskevát ja kontrolloivat johtajat. Muuntautumiskykyiset johtajat inspiroivat henkilökuntaa yhteiseen, jaettuun visioon stimuloivalla, haastavalla ja mahdollistavalla tyylillään. Arviointimenetelmien käyttö työyhteisössä tarjoaa tietoa toimintatapojen perusteeksi. Näin voidaan arvioida ovatko uudet käytännöt sopivia ja vaikuttavia. Toimintaympäristöt, jotka hyödyntävät arviointia käyttäen useita menetelmiä ja lähteitä, ovat huomattavasti vastaanottavaisempia muutoksille. (Rycroft-Malone 2004, 298–300.)

Muutoksen toimeenpanija (fasilitaattori) on se henkilö, joka tekee näkyväksi implementoitavan tiedon merkityksellisyyden. Toimeenpanijat ovat siis yksilöitä, joilla on asianmukainen rooli, taidot ja tietämys yksilöiden ja yhteisöjen auttamiseen näytön käyttöönotossa. Toimeenpanoa estävät ja edistävät tekijät jakautuvat kolmeen alakategoriaan, jotka ovat merkitys, rooli, taidot ja ominaisuudet. Toimeenpanon merkitys saattaa vaihdella yksittäisen tehtävän muuttamisesta kokonaisvaltaiseen prosessiin, joka tarjoaa yksilölle ja yhteisölle mahdollisuuden analysoida, reflektoida ja muuttaa omia asenteitaan sekä toimintatapojaan. Toimeenpanijan rooli sen sijaan vaihtelee käytännönläheisestä kompleksiseen ja monitahoiseen rooliin. Hyvä toimeenpanija mahdollistaa reflektiivisen oppimisen kehittymistä tunnistamalla oppijoiden tarpeet, ohjaamalla ryhmäprosesseja ja arvioimalla saavutettiin oppimistavoitteet. Taitava toimeenpanija kykenee mukauttamaan rooliaan implementoinnin tarpeita ja vaiheita vastaavaksi. Näin ollen toimeenpanijalta vaaditaan monenlaisia taitoja ja mukautumiskykyä. Toimeenpanijan syvin pyrkimys on auttaa käytännön työtä tekevät ihmiset itse muuttamaan toimintatapojaan. (Rycroft-Malone 2004, 300.)

Tämän kehittämistyön implementoinnin estävät ja edistävät tekijät määriteltiin kehittämistyön tekijän toimesta, yksikön esimiesten sekä hoitohenkilöstön kanssa käytöjen keskustelujen perusteella. Jos estäviä ja edistäviä tekijöitä olisi kartoitettu systemaattisemmin koko henkilöstöltä, olisi otos ollut todennäköisesti kattavampi. Aikataulun ja työn rajaamisen vuoksi päädyttiin hyödyntämään pienempää otosta. Seuraavaan taulukkoon on koottu kehittämistyön toteuttamista estävät ja edistävät tekijät.

Taulukko 1. Estävät ja edistävät tekijät kehittämistyössä.

ESTÄÄ	EDISTÄÄ
• Acutaan on tulossa iso muutos ja remontti ("muutosturbulenssi") • Lomakkeen toimivuutta tässä muodossa ei ole esitestattu • Potilaiden yksityisyys on huono "triage-luukuilla" • Aihe on haasteellinen ja osaaminen heikkoa • Ennakkoasenteet mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan • Toistuvasti itsetuhoisuuden vuoksi päivystykseen hakeutuvien potilaiden määrä on suuri-> turtuminen/motivaation puute aiheeseen • Vaikeus rajata keneltä kysytään, koska potilaat eivät aina tulotilanteessa kerro itsetuhoisuudestaan • Hoidon kiireellisyyden ensiarvioon käytävissä oleva aika on lyhyt	• Esimiesten tuki kehittämistyölle • Työhön on nimetty yksiköstä vastuuhenkilö, jonka on mahdollista olla mukana käytännön toteutuksen eri vaiheissa • Koulutusta suunniteltaessa otetaan huomioon aikuisoppimisen näkökulma • Sairaanhoitajat ovat tottuneet osallistaviin koulutuksiin • Tarve työvälineelle arvioinnin tueksi on ilmeinen • Hoitajien oikeusturva paranee. On ohje mihin tukeutua ja millä perustella päätökset • Osuvampi riskikartoitus-> oikea hoitopolku -> potilaiden output nopeutuu • Lomakkeen nopea käytettävyys ja näyttöön perustuvuus

Kehittämistyötä suunniteltaessa huomioitiin ennalta määritellyt estävät ja edistävät tekijät. Koulutukseen kerätty tieto pyrittiin koostamaan siten, että huolimatta sairaanhoitajien olemassa olevasta tieto- ja kokemuspohjasta, siitä löytyisi uutta sisältöä kaikille. Koulutuksen ajallinen rajallisuus huomioiden painopiste pidettiin ensiarvioiden kannalta tärkeissä asioissa. Koulutuksessa käytettäviä menetelmiä valitessa huomioitiin aikuisopiskelijoiden ja kohderyhmän erityispiirteet. Koulutuksen kannalta oli tärkeää, että sillä oli alusta asti esimiesten tuki, joka näkyi esimerkiksi sairaanhoitajien koulutukseen osallistumisen mahdollistuminen työvuorosunnittelun avulla. Hoitajien mielenkiintoa aiheeseen heräteltiin Acutasta vastuuhenkilöksi nimetyn sairaanhoitajan toimesta. Hän oli markkinoinut koulutusta ja tulevaa lomaketta henkilöstön keskuudessa jo etukäteen. Kyseinen sairaanhoitaja oli mukana ensimmäisellä

koulutuskerralla ja toimi näin sisäisenä toimeenpanijana (fasilitaattorina) implemen-

toinnille.

Ennen itsetuhoisuuden arviointiin liittyviin faktoihin siirtymistä aiheen tarpeellisuutta perusteltiin tutkitun tiedon ja sairaanhoitajien oikeusturvan kautta. Sairaanhoitajia motivoitiin tiedon vastaanottamiseen kertomalla oikean luokituksen tuomista käytännön hyödyistä päivystyksessä. Ennakkoasenteiden ja sairaanhoitajien turtumisen suhteen oli valmistauduttu käymään keskustelua aiheesta ja koulutuksen sisällössä oli kiinnitetty huomiota etenkin tunteita herättävien potilasryhmien erityispiirteisiin ja taustatekijöihin. Tällaisia potilasryhmiä olivat esimerkiksi päihtyneet ja persoonallisuushäiriöiset potilaat. Faktatiedon ja keskustelun tarjoaman reflektion kautta sairaanhoitajien oli mahdollista saada uusia näkökulmia edellä mainittujen potilasryhmien arviointiin.

Sairaanhoitajia motivoitiin lomakkeen käyttöön korostamalla sen näyttöön perustuvuutta. Yksi estävistä tekijöistä oli rajan vetämisen vaikeus, eli ketä haastatellaan ja ketä ei. Lomakkeen käyttöön ohjeistettiin siten, että sairaanhoitajat täyttäsivät lomakkeen kaikkien psyykkisistä syistä ensiapuun tulleiden potilaiden kohdalla. Näin sairaanhoitajan ei tarvitse miettiä kenen kohdalla lomake täytetään. Potilaille kysymyksiin vastaaminen oli vapaaehtoista, eikä hoitajien lomakkeen käyttöä valvottu. Lomakkeen systemaattista käyttöä kuitenkin suositeltiin, jotta sairaanhoitajat rutinoituvat itsetuhoisuuden puheeksi ottamisessa. Työmäärän rajaamiseksi lomaketta ei esitestattu, mutta vastuuhenkilöksi nimetty sairaanhoitaja ja ensiavun ylilääkäri olivat tiiviisti mukana lomaketta muokattaessa. Näin lomakkeen kehittämiseen saatiin henkilöstön näkökulma sekä hoidon kiireellisyyden ensiarvioita tekevien työntekijöiden, että esimiesten osalta. Sairaanhoitajien turtuminen ja motivaation puute itseään toistuvasti vahingoittavien potilaiden kohdalla oli jossain määrin näkynyt käytännön työssä ennen kehittämistyön aloittamista. Motivaation puutteeseen ja turtumiseen pyrittiin vaikuttamaan tiedon avulla. Tiedon kautta saatu ymmärrys potilaan itsetuhoisen käyttäytymisen syistä auttaa sairaanhoitajia näkemään itsetuhoisen käyttäytymisen sairauden tai häiriön oireena sen sijaan, että se tulkittaisiin potilaan huomionhakuisuudeksi.

Hoidontarpeen arvioon käytettävissä oleva aika huomioitiin lomakkeen suunnittelussa. Lomakkeen ulkoasu muotoiltiin sellaiseksi, että kysymysten esittäminen vie aikaa vain muutaman minuutin. Näin pyrittiin estämään potilaiden sisäänoton tukkeutuminen lomakkeen käytön vuoksi. Sairaanhoitajilta pyydettiin, että potilaiden yksityisyydestä huolehditaan triageluukuilla mahdollisimman tunnollisesti. Tarvittaessa sairaanhoitajilla oli yksityisempi työhuone käytettävissä haastattelua varten. Acutaan tehtävien remonttien ja rakenteellisten muutosten tuoma stressi huomioitiin siten, että kehittämistyön toteutus pyrittiin pitämään sairaanhoitajia mahdollisimman vähän kuormittavana. Aihe olisi tarjonnut mahdollisuuden kattavampaankin kouluttamiseen, mutta muutosturbulenssin vuoksi syvyystaso pidettiin kohtuullisena.

Toimeenpanijoina implementoinnissa voidaan nähdä kehittämistyön tekijä (ulkoinen fasilitaattori) ja vastuuhenkilöksi nimetty sairaanhoitaja, joka on kouluttanut henkilökuntaa hoidon kiireellisyyden ensiarvioiden osalta jo aiemmin (sisäinen fasilitaattori). Ulkoinen fasilitaattori voidaan nähdä tässä kehittämistyössä aihealueen asiantuntijana, kun taas sisäinen fasilitaattori voidaan nähdä ensiapu Acutan ja sen erityispiirteiden asiantuntijana. Sisäisen toimeenpanijan ansiosta toimintaympäristön tarpeita pystyttiin huomioimaan jo suunnitteluvaiheessa. Kehittämistyöntekijä itse pyrki työn edetessä mukauttamaan rooliaan toimintaympäristön tarpeisiin sopivaksi. Jäykkiä koulutussuunnitelmia ei tehty, vaan koulutus eteni toimintaympäristön ja koulutettavien ehdoilla. Ajallisesti estävien ja edistävien tekijöiden tunnistaminen ja huomiointi tapahtui suunnitellusti tammikuussa 2014 ennen koulutuksen suunnittelun aloittamista.

6.4 Pilotointi

Pilotoinnin tarkoitus on osoittaa uuden toimintavan soveltuvuus ja tehokkuus. Se vie tutkimustiedon hyödyntämisen kontrolloiduista olosuhteista toimintaympäristöön, jossa ulkopuoliset muuttujat vaikuttavat tuloksiin. (Titler ym. 2001, 506) Pilotointiin tulisi sisällyttää seuraavat kuusi askelmaa:

1. Tavoiteltavien lopputulosten määrittely
2. Lähtötason tiedon kerääminen
3. Kirjallisen näyttöön perustuvan ohjeistuksen luominen
4. Ohjeistuksen testaaminen yhdessä tai useammassa yksikössä
5. Prosessin ja pilotoinnin lopputuloksen arviointi
6. Ohjeistuksen muokkaaminen arvioinnin perusteella. (Mts. 506.)

On hyvä huomata, että pilotoinnista saatavat lopputulokset voivat olla eriäviä niiden tutkimusten kanssa, joita näyttöön perustuva ohjeistuksen muodostamiseen on käytetty. Pilotoinnin perusteella tehdään päätös siitä, otetaanko uusi ohjeistus pysyvästi käyttöön. Pilotoinnin aikana tehtyjen havaintojen perusteella ohjeistusta on mahdollista muokata paremmin toimintayksikköön sopivammaksi ennen pysyvää käyttöönottoa. (Mts. 506.)

Tässä kehittämistyössä pilotointi alkoi koulutuksella, joka keskitettiin ensiavussa hoidontarpeen ensiarvioita tekeviin sairaanhoitajiin. Ensiapu Acutassa työskentelee noin 60 sairaanhoitajaa, jotka tekevät triagea. Nämä sairaanhoitajat ovat erityisen tärkeässä roolissa itsemurhariskin varhaisen tunnistamisen osalta. Pilotoinnissa tavoiteltavaksi lopputulokseksi määriteltiin se, että itsetuhoisen potilaan hoidon kiireellisyyden ensiarviointi onnistuu sairaanhoitajilta lomakkeen avulla ja he pystyvät tunnistamaan akuutissa itsemurhariskissä olevat potilaat. Koulutuksessa kerättiin palaute, jota voidaan osittain hyödyntää lähtötason tietona. Palautteen avulla voidaan esimerkiksi arvioida miten sairaanhoitajien suhtautuminen lomakkeeseen muuttui pilotoinnin aikana. Koulutuksen ja lomakkeen käyttöönoton jälkeen lomakkeen avulla seulottiin systemaattisesti kaikki psyykkisistä syistä ensiapuun tulleet potilaat. Kirjallisena ohjeena uuden toimintatavan osalta toimi näyttöön perustuva seulontalomake, jonka avulla triageessa työskentelevä sairaanhoitaja määritteli potilaan ESI-luokan. Pilotoinnin aikana toimeenpanijat huolehtivat siitä, että lomakkeita oli triagen työpisteissä

käytettävissä. Lomaketta pilotoitiin aikataulusuunnitelman mukaisesti kevään 2014 aikana ja sen toimivuutta arvioitiin yksikön henkilökunnan toimesta kolmen kuukauden kuluttua pilotoinnin alkamisesta.

Pilotoinnin arviointi ja sen perusteella tehtävät ratkaisut

Arviointi on osa pilotointia. Arvioinnin perusteella tehdään päätös siitä, otetaanko uusi toimintapa pysyvästi käyttöön. Se antaa myös tietoa siitä, pitääkö pilotoinnin jälkeen tehdä muutoksia, joiden avulla toimintavasta saadaan vielä parempi. Jos kuitenkin näyttää siltä, että pilotoinnin perusteella uusi toimintatapa ei ole sopiva käyttöön otettavaksi, on syytä jatkaa hoitotyön laadun tarkastelua sekä uuden tutkimustiedon etsimistä. Uusien faktojen pohjalta implementointiprosessi voidaan tarvittaessa aloittaa alusta. Uuden tutkimustiedon ja vaihtoehtoisten toimintatapojen puuttuessa voidaan parhaan toimintatavan löytämiseksi hyödyntää asiantuntijalausuntoja, tieteellisiä periaatteita tai olemassa olevaa teoriaa. Jos pilotoinnin lopputulos on positiivinen ja uusi toimintatapa osoittautuu toimivaksi, on se syytä ottaa käyttöön mahdollisimman laajasti. Uuden toimintatavan omaksumisessa on tärkeää organisatorinen tuki, tarvittavan koulutuksen järjestäminen ja riittävän ajan varaaminen prosessin läpivientiin. Henkilökunnan näkökulmasta on tärkeää, että työntekijät ottavat uuden toimintatavan omakseen ja näkevät, että uudella toimintatavalla voidaan parantaa hoidon laatua. (Titler ym. 2001, 507.)

Pilotoinnin onnistumisen arviointi on tärkeää, jotta pilotointi ja siihen tehty työ ei menisi hukkaan. Pilotoinnin arviointia ei ole sisällytetty tähän opinnäytetyöhön, mutta toimintayksikkö on luvannut huolehtia arvioinnin toteuttamisesta. Vastuuhenkilöksi arviointiin nimettiin ensiapu Acutassa kouluttajana toimiva sairaanhoitaja. Arvioinnin perusteella yksikön esimiehet tekevät lopullisen päätöksen siitä viedäänkö lomake Tampereen yliopistollisen sairaalan virallisen protokollan läpi, jonka jälkeen se voidaan ottaa pysyvästi käyttöön. Jotta lomake voidaan ottaa pidempiaikaiseen käyttöön, täytyy toimintayksikön päättää miten koulutus järjestetään myös niille sairaanhoitajille, joita ei tämän kehittämistyön tiimoilta päästy kouluttamaan. Lomakkeen käytön jatkamisen kannalta on oleellista, että sairaanhoitajat ottavat lomakkeen pilotoinnin aikana omakseen ja näkevät sen käyttöön liittyvät hyödyt. Ilman edellä mainittuja muutoksia ei lomakkeen käyttö tunnu mieluisalta ja hyödylliseltä.

Koko kehittämistyön läpi annettava esimiestason tuki ja oikea aikataulutus ovat uuden käytännön pysyvän käyttöönoton kannalta tärkeitä seikkoja. Lomakkeen pilotoinnin jälkeen lomakesuunnittelusta ilmoitettiin, että lomakkeeseen täytyisi tehdä muutamia teknisiä muutoksia, jos se aiotaan ottaa pidempiaikaiseen käyttöön. Lomakesuunnittelijan kanssa sovittiin, että asiaan palataan, jos lomakkeen käyttöä jatketaan pilotoinnin arvioinnin jälkeen.

6.5 Koulutus näyttöön perustuvan tiedon jalkauttamisessa

Sairaanhoitajien osaamisen vahvistamiseksi järjestettiin koulutus, johon sisältyi seurantalomakkeen käytön harjoittelu. Itsemurhariskin tunnistamista ja arviointia koskeva koulutus järjestettiin osana pilotointia. Työvuorosuunnittelun avulla pyrittiin varmistamaan, että mahdollisimman moni pääsee koulutukseen. Sairaanhoitajat koulutettiin läpi neljän iltapäivän aikana. Aikaa yhteen koulutukseen varattiin kaksi tuntia. Koulutuksiin osallistui yhteensä 35 sairaanhoitajaa. Ennakotietojen perusteella triagea tekeviä sairaanhoitajia oli 60, mutta poissaolojen ja työnkierron vuoksi koulutuksiin saatiin tästä joukosta hieman yli puolet. Oppimiskäsityksistä konstruktivistinen sopii aikuisille, jonka vuoksi se valittiin koulutuksen perustaksi.

Konstruktivismissa on kysymys siitä, kuinka ihmiset tulkitsevat kokemuksiaan. Sosiaalisen konstruktivismiin on havaittu soveltuvan erityisesti aikuiskoulutukseen. Aikuisen oppiminen on keskusteluprosessi, joka sisältää henkilökohtaisten ja käyttökelpoisten merkitysten vaihtoa ja rakentamista. Siinä korostuu itsenäisyyden, yksilöllisyyden ja aktiivisen kyselyn osuus oppimistehtävissä. Henkilöstön kehittämisen ja ammatillisen kasvun teoreettinen ymmärrys perustuu pitkälti konstruktivismiin ja situationaalisen kognition, eli oppimistilanteen tulkinnan käsitteille. Uutta tietoa siis omaksutaan hyödyntämällä aiemmin opittua. Konstruktivistisessa oppimiskäsityksessä kouluttajan tärkein tehtävä on keskustella oppijan kanssa ja auttaa häntä mielen sisäisten mallien merkityksien rakentamisessa. Aikuiskasvatuksessa konstruktivismi ilmenee kokemuksellisenä oppimisena, merkitysperspektiivien muuttumisena, reflektiivisyytenä ja itseohjautuvana oppimisena. Oppiminen on siis prosessi, jossa luodaan uusia merkityksiä sekä vuorovaikutuksessa, että itsenäisesti. (Ruohotie 2005, 118–120, 124–125, 177.)

Konstruktiivisessa oppimiskäsityksessä kouluttaja suuntaa koulutusta oppijoiden odotusten, tavoitteiden, kokemusten ja aiempien tietojen perusteella. Näin ollen tarkan koulutussuunnitelman tekeminen ennakoon ei kannata, vaan tärkeämpää on miettiä valmiiksi tavoitteet, teemat ja käytettävät menetelmät. Opetusmenetelmää valittaessa lähdetään liikkeelle koulutuksen oppimistavoitteista, resursseista ja reunaehdoista. Osallistujien odotukset, osaaminen ja motivaatio vaikuttavat yhtälailla koulutusmenetelmän valintaan. Hyvin käytetty menetelmä ei vie koulutukselta pääosaa, vaan vie prosessia sujuvasti läpi. Ilmapiiiri vaikuttaa merkittävästi siihen millaisena oppimisen tuoma muutos koetaan. Kouluttajan on tärkeä tuntea koulutettavien taustat ja puhua samaa kieltä heidän kanssaan. Opitun tiedon ja taidon sovellusmahdollisuuksia tulisi tutkiskella jo koulutuksen aikana. Osallistavia menetelmiä voidaan helposti käyttää, jos ryhmä on tottunut niihin. Silloin menetelmän käyttöä ei tarvitse erikseen perustella. Esimerkiksi roolipelit auttavat hyödyntämään opittua omassa työssä ja reflektointi tehostaa oppimista. (Kupias 2002, 8, 12–13; Kupias & Koski 2012, 98–105.)

Päivystyksessä työskenteleviltä sairaanhoitajilta löytyy monialaista osaamista ja työvuosien tuoma kokemus kulkee jokaisen mukana. Valmiudet itsemurhariskin tunnistamiseen vaihtelevat työntekijän olemassa olevan tietopohjan, asenteiden ja työhistorian mukaan. Koulutusta suunnitellessa huomioitiin, että osallistujien lähtökohdat ja pohjatiedot ovat erilaiset. Koulutus aloitettiin selvittämällä onko osallistujilla työkokemusta tai koulutusta mielenterveys- tai päihdetyöstä. Koulutettavien joukossa oli muutamia sairaanhoitajia, jotka olivat työskennelleet psykiatrisessa yksikössä tai hankkineet lisäkoulutusta mielenterveys- ja päihdeongelmista. Opetustilanne pyrittiin konstruktiivisen oppimiskäsityksen mukaisesti pitämään avoimena, jotta reflektiivinen tiedon uudelleen rakentaminen mahdollistuu.

6.5.1 Aktivoiva luento

Aktivoiva luento yhdistää perinteistä luennointia osallistujien aktiivisempaan tietojen käsittelyyn (Kupias & Koski 2012, 113.) Aktivoiva luento voi sisältää tietoiskun lisäksi erilaisia pari- tai ryhmämenetelmiä, sekä aktivoivia kysymyksiä. Aktivoivat kysymykset laittavat kuulijoiden ajatukset liikkeelle ja provosoivat heitä. Asioita pitää pystyä peilaamaan omaan elämään ja paras väylä oppimisen reflektointiin on keskustelu.

Aktivoiva luento voi toimia laajemmin kuin pelkän tietopohjan lisäämisen välineenä. Tällaisessa luennossa tiedonlähteenä voi asiantuntijan lisäksi toimia kirjallisuus, toiset osallistujat tai koulutusmateriaali. Aktivoivaan luentoön voidaan helposti liittää myös muita aktivoivia työskentelymenetelmiä, kunhan ne on sidottu tavoitteisiin. (Kupias & Koski 2012, 113; Korteso 2010, 110.) Koulutuksen tavoite on hyvä ilmaista oppijälähtöisesti, jolloin se auttaa heitä arvioimaan omaa oppimistaan. Kokemuksien ja esimerkkien tuominen opetustilanteeseen tekee aiheesta mielekkäämmän, koska tällöin teoria ja käytäntö kohtaavat. Ilmapiirillä ja vuorovaikutuksella on merkittävä rooli myös aktivoivaa luentoa pidettäessä. Vuorovaikutuksen avulla koulutukseen osallistuvat saavat palautetta omista ajatuksistaan, kun taas turvallinen ja rento ilmapiiri on edellytys niiden ilmaisemiselle. Kouluttaja voi osaltaan luoda tilanteita, joissa palautteen anto mahdollistuu eri suunnista: oppijalta toiselle, mutta myös oppijalta kouluttajalle. (Kupias 2002, 47–49.)

Koulutuksissa tavoitteet esitettiin heti aluksi. Tavoitteet oli määritelty kehittämistyön tavoitteen ja tarkoituksen mukaisesti. Aktivoivan luennon periaatteita noudattaen osallistujia rohkaistiin kysymään avoimesti heitä askarruttavia asioita pitkin luentoa. Koulutuksen havaintomateriaalina toimivat PowerPoint diat, joiden läpikäymisen lomassa sairaanhoitajien kiinnostusta pyrittiin pitämään yllä aktivoivien kysymysten ja esimerkkien avulla. Koulutuksessa hyödynnettiin melko paljon ajankohtaista tilastotietoa, jotta itsemurhien ja mielenterveysongelmien esiintyvyys korostuisi. Sairaanhoitajat lähtivät aktiiviseen koulutusotteeseen hyvin mukaan. Kysymysten kautta kouluttajan asiantuntemusta hyödynnettiin ryhmän tarpeiden mukaisesti. Ryhmät olivat varsin keskustelevia ja sopivan kokoisia turvallisen ilmapiirin luomiseen. Aktivoivan luennon lisäksi koulutustilanne pyrittiin pitämään dynaamisena roolipelin avulla. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että koulutuksessa toteutuivat aktivoivan luennon periaatteet.

6.5.2 Roolipeli

Roolipelit ovat hyvä tapa oppia toiminnan kautta ja harjoitella uusia asioita. Se mahdollistaa käyttäytymisen ja toiminnan tutkimisen erilaisissa, todellisuutta muistuttavissa tilanteissa. Se sopii tilanteisiin joissa opitaan uusia taitoja tai hiotaan vanhoja. (Kupias 2002, 106–107.) Roolipeli on joustava menetelmä, joka voidaan toteuttaa

monella tavalla, tarkasti suunniteltuna tai kevyempänä versiona. Tilanteen näyttely kestää yleensä muutamasta minuutista kymmeneen minuuttiin. Näyttelyn jälkeen on tärkeää purkaa tilanne, etteivät roolit jää päälle. (Kupias & Koski 2012, 119.) Analysointi ja johtopäätösten teko on roolipelien tärkein vaihe, jossa käydään läpi osallistujien kokemuksia ja tunteita. Jos analysointi tapahtuu pareittain tai pienryhmissä, on hyvä koota analyysit yhteen. (Kupias 2002, 106–109.)

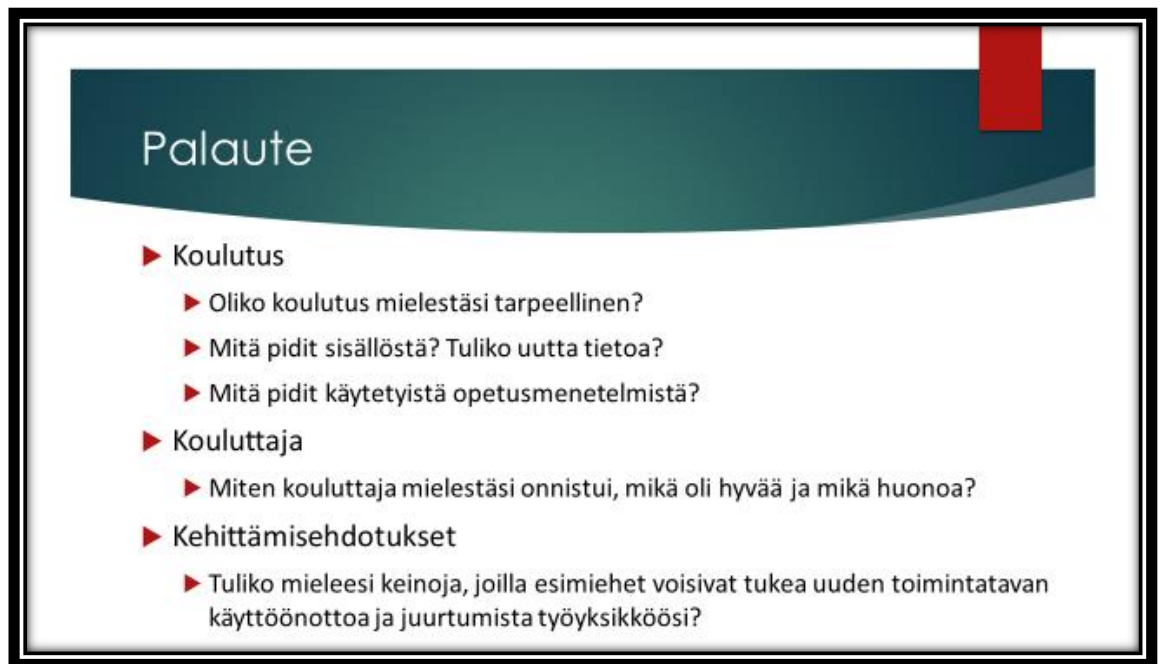
Koulutuksessa harjoiteltiin lomakkeen käyttöä vastaanottotilanteessa roolipelin avulla. Lomake käytiin lyhyesti läpi molemmissa rooleissa. Eniten kysymyksiä herätti lomakkeen tulkinta. Lomakkeeseen lisätyt riskitekijät aiheuttivat hämmennystä, sillä niitä ei käytetty ESI-luokituksen perusteena, vaan ESI-luokitus nousi kuuden itsetuhoisuutta käsittelevän kysymyksen perusteella. Esitestaamalla lomake henkilöstöllä olisi voitu havaita, että riskitekijöiden lisääminen lomakkeeseen saattaa tehdä siitä vaikeammin tulkittavan.

Roolipelin osuudelle jäi aikaa noin 10–15 minuuttia ja sitä hyödynnettiin suunnitellusti melko kevyenä versiona koulutuksessa. Roolipelin tehokkaampi käyttö olisi vaahtunut enemmän aikaa ja pidemmän koulutuksen. Kevyt harjoittelu sopi tähän koulutukseen ja madalsi kynnystä lomakkeen käyttöönottoon. Kommenttikierroksen ja kirjallisten palautteiden perusteella voidaan todeta, että lomakkeen käytön harjoittelu hälvensi sairaanhoitajien ennakkoasenteita sen käytettävyyttä kohtaan, mutta toisaalta he toivat esille joitain ongelmakohtia. Lomakkeen käytön ongelmakohtina nähtiin potilaiden intimiteetti ja käytössä oleva rajallinen aika. Intimiteetin säilyttämisen kannalta pidettiin haastavana, että lomaketta käytetään triagessa ”luukulla”, jossa myös muut potilaat odottavat vuoroaan. Turvallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin luominen kyseisissä tilanteissa koettiin haasteellisena. Ensiarvioon käytetään sairaanhoitajien kokemuksen mukaan vain muutamia minuutteja ja lomakkeen käytön pelättiin hidastavan potilaiden sisäänottoa. Harjoitteen jälkeinen purku toteutettiin kahden kesken ja lopuksi pääällimmäiset tuntemukset jaettiin koko koulutusryhmän kesken. Sairaanhoitajien purkutilanteessa antama palaute koski lomakkeen käytettävyyttä ja sairaanhoitajien tuntemuksia siitä, miltä kysymysten esittäminen tuntui. Roolipeleissä saatu ja annettu palaute voidaan nähdä lomakkeen käyttöönottoa vahvistavana.

6.5.3 Koulutuksen arviointi

Arviointi on tärkeä osa koulutusta, eikä ole samantekevä miten se tapahtuu (Kupias & Koski 2012, 163). Se tulisi liittää osaksi oppimista, sen sijaan, että sitä käsitellään irrallisena toimintana. Koulutusta ja oppimista arvioitaessa on mietittävä mitä arvioidaan, miksi, miten, kuka ja milloin. (Atjonen 2007, 20–21.) Arvioinnin yhteydessä on mietittävä milloin kyseessä on palaute ja milloin arviointi. Palautteen ja arvioinnin avulla on mahdollista kehittää sekä koulutusta, että osallistujien oppimista. Oppijoiden saama palaute mahdollistaa henkilökohtaisen kehittymisen, kun taas kouluttaja voi saamansa palautteen avulla kehittää toimintaansa kouluttajana. Koulutuksen organisoija saa palautetta koulutuksen vaikutuksista ja voi tarvittaessa omalla toiminnallaan tehostaa sitä esimerkiksi rakenteellisia esteitä poistamalla tai opitun käyttöönottoa vauhdittamalla. (Kupias & Koski 2012, 163–165.)

Tässä kehittämistyössä sairaanhoitajilta pyydettiin koulutuksen lopuksi kirjallista palautetta nimettömänä. Palautteen antamista varten oli laadittu apukysymykset (Ks. kuvio 2.), mutta palaute sai olla vapaamuotoista. Palautetta pyydettiin koulutuksen tarpeellisuudesta, sisällöstä ja käytetyistä opetusmenetelmistä. Toivottiin myös, että osallistujat kertovat saivatko he koulutuksen kautta asiasta uutta tietoa. Kouluttajan ammatillista kehittymistä varten pyydettiin palautetta kysymällä miten kouluttaja mielestäsi onnistui, mikä oli hyvää ja mikä huonoa. Lopuksi osallistujia pyydettiin esittämään kehittämis ehdotuksia keinoista, joilla esimiehet voisivat tukea uuden käytännön juurtumista työyksikköön.



Kuvio 2. Apukysymykset palautteen antoa varten

Sairaanhoitajat kirjasivat palautteen tyhjälle paperille. Palautteita saatiin yhteensä 33 kappaletta. Osallistujia oli kaikkiaan 35, joten vastausprosentti oli korkea (94 %). Hyvään vastausprosenttiin päästiin keräämällä palaute hieman ennen koulutustilaisuuden päättymistä. Nimettömänä vastaaminen antoi sairaanhoitajille vapauden vastata rehellisesti, eikä heidän ei tarvinnut kantaa huolta tunnistetuksi tulemisesta. Nimettömien palautteiden ansiosta kehittäjän ei tarvinnut huolehtia vastauslomakkeiden salassapidosta tai hävittämisestä. Vastaaminen tyhjälle paperille antoi sairaanhoitajille vapauden antaa palautetta juuri sen verran kuin he itse halusivat, mikä toisaalta tarkoitti sitä, että palautteissa ei vastattu kaikkiin apukysymyksiin. Palautetta on eritelty tarkemmin kappaleessa 7.1.

7 KOULUTUKSEN JA LOMAKKEEN ARVIOINTI

7.1 Osallistujien antama palaute

Koulutuksen tarpeellisuutta ei etukäteen kartoitettu koulutettavalta henkilöstöltä systemaattisesti. Tämän vuoksi palautteessa pyydettiin sairaanhoitajia kertomaan pitivätkö he koulutusta tarpeellisenä. Haluttiin varmistua siitä, että myös kohderyhmä koki aiheen tärkeäksi. 82 prosenttia osallistujista piti koulutusta hyvänä (n=8) ja tarpeellisenä (n=22). Kukaan vastanneista ei ollut sitä mieltä, että koulutus ei olisi ollut tarpeellinen. Koulutusta pidettiin ”silmiä avaavana” ja aihetta tärkeänä. Psykiatristen potilaiden määrän lisääntymisen päivystyksessä nähtiin lisäävän tiedon ja kouluttautumisen tarvetta. Mielenterveyteen liittyvät ongelmat koettiin haastavina ja psykiatriset potilaat väliinputoajina ”vahvasti somatiikkaa painottavassa työpisteessä”. Palautteissa nousi esille myös asenteiden merkitys ja hoitohenkilöstön neuvottomuus psykiatrisia potilaita kohdatessa. Sairaanhoitajat toivoivat palautteessaan lisää koulutusta aiheesta niin omalle ammattiryhmälle, kuin lääkäreillekin.

Kun sairaanhoitajilta kysyttiin koulutuksen sisällöstä ja saivatko he uutta tietoa, oli vastauksissa hajontaa jonkin verran. Sairaanhoitajat pitivät sisältöä hyvänä (n=5), mielenkiintoisena (n=4) ja kattavana (n=3). Neljä osallistujaa oli sitä mieltä, että koulutus tarjosi täsmällistä ja käyttökelpoista tietoa ensiavun toimintaa ajatellen. Yhdessä palautteessa kiiteltiin tilastojen käyttöä. Palautetta antaneista osallistujista 12 sai mielestään uutta tietoa, mutta näistä kolmen mielestä koulutus sisälsi myös kertausta. Vain kaksi sairaanhoitajaa piti koulutusta sisällöllisesti täysin vanhan kertauksena. Siitä huolimatta, etteivät nämä kaksi sairaanhoitajaa saaneet uutta tietoa, he kommentoivat koulutusta yleisellä tasolla positiiviseen sävyyn hyväksi ja tarpeelliseksi.

Opetusmenetelmänä käytetty aktivoiva luento toimi osallistujien mielestä hyvin. Erityisesti ”keskusteleva opetustyyli” sai kiitosta ja keskustelun sisältöä pidettiin ”virikkeellisenä”. Keskusteluilmapiiri oli osallistujien mielestä avoin ja menetelmä oli monen mielestä sopivan rento. Tukimateriaalina käytettyjä Powerpoint dioja ja opetusmenetelmää pidettiin yleisesti ottaen selkeinä. Yksi osallistujista olisi kaivannut lisää esimerkkitapauksia, kun taas toinen piti esimerkkien määrää riittävänä.

Palautetta haluttiin pyytää myös kouluttajan onnistumisesta, jotta ammatillinen kehittyminen asiantuntijana mahdollistuu. Koulutukseen osallistuneet sairaanhoitajat pitivät kouluttajaa miellyttävänä, selkeäsanaisena ja asiantuntevana. Asiantuntijuus nähtiin kykynä vastata esitettyihin kysymyksiin ja päivystystyön luonteen ymmärtämisenä. Kouluttajan esiintymistyyli miellettiin ”rennoksi”, ”miellyttäväksi”, ”selkeäsanaiseksi” ja ”avoimeksi”. Osallistujat antoivat positiivista palautetta myös esiintymisvarmuudesta ja mielenkiinnon ylläpitämisestä. Rakentavaa palautetta tuli yhdeltä osallistujalta, jonka mielestä koulutuksessa oli jonkin verran päällekkäisyyttä.

Lomakkeen esitestauksen puuttuessa sairaanhoitajilta haluttiin palautetta lomakkeesta koulutuksen ja roolipelin jälkeen. Osallistujat suhtautuivat lomakkeeseen vaihtelevasti. Suurta vastarintaa ei ollut havaittavissa. Osa sairaanhoitajista kommentoi kysymysten avautuneen paremmin koulutuksessa ja he ajattelivat, että lomakkeesta saattaa olla hyötyä itsetuhoisen potilaan haastattelussa. Osa kuitenkin mietitytti edelleen lomakkeen käytettävyys triagessa. Lomakkeen arveltiin olevan haasteellinen käyttää ja liian aikaa vievä, myös potilaiden suhtautuminen kysymyksiin arvelutti. Osallistujista kolme ehdotti, että lomaketta käytettäisiin ensiavussa hoitoprosessin myöhemmässä vaiheessa. Idea seulontalomakkeesta itsemurhariskin arvioinnin tukena sai kuitenkin kiitosta, vaikka lomakkeen käytettävyys todellisissa potilaskontakteissa sairaanhoitajia mietityttikin.

Palautteen lopuksi osallistujilta pyydettiin kehittämisehdotuksia lomakkeen käyttöönoton edistämiseksi ja uuden käytännön juurruttamiseksi. Kehittämisehdotuksia tuli lomakkeen selkiyttämisen ja digitalisoinnin osalta. Rauhallisemman työtahdin nähtiin olevan yksi keino edesauttaa uuden käytännön juurtumisessa. Sairaanhoitajilla olisi näin enemmän aikaa kysyä itsetuhoaikeista ensiapuun tulleilta potilailta. Psykiatrisia arvioita ensiavussa tekeviltä sairaanhoitajilta toivottiin palautetta siitä onnistuttiinko ensiarvioissa vai ei. Lisäksi toivottiin lisäohjeistusta päihtyneen potilaan arviointiin. Palautteen perusteella rakentavaa keskustelua pidettiin merkittävänä asennemuutoksen vauhdittajana psykiatrinen potilaiden osalta. Koulutuksissa esiin noussut hoitohenkilöstön työnohjauksen puute tuli esille myös kirjallisessa palautteessa ja sen mahdollistumista toivottiin jatkossa. Koulutusten sisällä käydyissä keskusteluissa työnohjauksen tarve nousi esiin erityisesti niissä tilanteissa, joissa sairaanhoitajat joutuvat uhkaavaan tilanteeseen tai kohtaamaan kuolemaa.

7.2 Kouluttajan näkökulma

Kehittyäkseni asiantuntijana tein lyhyet muistiinpanot jokaisesta koulutuskerrasta. Sama koulutus pidettiin yhteensä neljä kertaa, jonka ansiosta koulutuksen materiaali tuli varsin tutuksi. Koulutusten välillä tein havaintoja siitä, että ryhmien keskusteleminen vaihteli. Keskustelun määrä yllätti positiivisesti, mutta samalla aiheutti haasteita koulutuksen aikataulukseen. Läpi koulutuksen viety keskusteleva opetustyyli mahdollistui osallistujien ansiosta. Sairaanhoidajat suhtautuivat aiheeseen mielenkiinnolla ja lähtivät aktiivisesti mukaan keskusteluun. Keskustelun rajaaminen aiheutti haasteita sellaisten ryhmien kanssa, jotka olivat erityisen puheliaita. Näissä ryhmissä keskustelut ajautuivat ajoittain ohi aiheesta ja aiheeseen palaaminen täytyi tehdä hienovaraisesti, jotta keskusteleva ilmapiiri ei kärsisi. Ensimmäisen koulutuksen jälkeen kouluttajan oli helpompi varautua keskustelemaan ilmapiiriin ja aikataulutus onnistui paremmin.

Koulutuksien sisällä eniten keskustelua herätti persoonallisuushäiriöistä kärsivien ihmisten itsetuhoisuus ja sen taustat. Sairaanhoidajat toivat esille sitä, millaisia tunteita tämä potilasryhmä heissä herättää. Aiheeseen liittyi paljon uskomuksia ja väärää tietoa. Sairaanhoidajat olivat kuitenkin kiinnostuneita siitä, miten näitä ihmisiä voisi auttaa paremmin. Keskusteluissa sairaanhoidajat toivat esille paineita, joita kokevat työssään. Heidän tuntemuksensa mielenterveys- ja päihdepalveluiden suhteen oli puutteellista, mikä aiheutti neuvottomuutta ja riittämättömyyden tunnetta vaikeasti oireilevien potilaiden eteenpäin ohjaamisessa. Keskusteluiden perusteella oli havaittavissa, että tieto mielenterveys- ja päihdepalveluista on hajallaan ja vaikeasti löydettävissä. Haastavat ja vaativat potilaat aiheuttivat sairaanhoidajille paineita, koska he eivät pystyneet vastaamaan potilaiden vaatimuksiin hektisessä päivystystyössä.

Keskustelujen avulla päästiin käsiksi tutkimuksissa havaittuun tärkeään näkökulmaan, eli sairaanhoidajien asenteisiin. Turvallisen ilmapiirin ansiosta kaikissa ryhmissä pystyttiin keskustelemaan vaikeistakin aiheista, kuten asenteista ja psyykkisiin ongelmiin liittyvistä stigmoista. Koulutuksissa havaittiin sairaanhoidajien tietopohjan olevan josain määrin puutteellista mielenterveysongelmien osalta. Tiedon puuttuminen näkyi erityisesti sairaanhoidajien asenteissa ja käsityksinä siitä, että potilaat tekivät asioita

huomionhakuisuuttaan tai kiusallaan, vaikka kyseessä oli mielenterveyden häiriöön liittyvä oire. Opitun uuden tiedon kautta päästiin keskustelemaan asenteista ja osallistujat olivat vastaanottavaisia uusille näkökulmille. Työssä kyynistyminen nousi keskustelun aiheeksi yhden ryhmän kanssa. Aihe oli haastava, koska siihen sisältyi paljon tunteita, jopa syyllistymistä. Vaikeaa aihetta pyrittiin käsittelemään esimerkkien avulla.

Ruohotien (2005) mukaan vuoropuhelun saavuttaminen koulutuksessa on tärkeää, koska se on osa yhteistoiminnallista oppimista, jota voidaan pitää oppivan organisaation perustana. Vuoropuhelu auttaa ihmisiä löytämään uusia ajatuksia, joita he eivät olisi tulleet ajatelleeksi omin päin. Se antaa mahdollisuuden päästä uuteen ja parempaan ymmärrykseen asioista. Vuoropuhelu mahdollistuu vain ryhmissä, joissa osallistujat ovat tasavertaisia ja voivat luottaa toisiinsa. (Ruohotie 2005, 71.) Koulutuksissa saatujen kokemusten perusteella voidaan sanoa, että ensiapu Acutassa täyttyvät oppivan organisaation tunnusmerkit. Kehittäjän näkökulmasta ilmapiirin rakentaminen koulutuksissa oli onnistunut toivotulla tavalla.

8 POHDINTA

8.1 Kehittämistyön prosessin tarkastelu

Kehittämistyön tavoitteena oli vahvistaa sairaanhoitajien osaamista itsemurhariskin tunnistamisessa ja arvioimisessa. Tavoitteen määrittelyssä huomioitiin toimintayksikön tarpeet ja siellä havaittu ongelma. Tavoitteen taustalla oli itsemurhien määrän vähentäminen, joka on kansallisesti ja kansainvälisesti tärkeä agenda. Kehittäminen kohdennettiin triagessa työskenteleviin sairaanhoitajiin, jotka toimivat ”portinvartijoina” ensiavussa. Sairaanhoitajien rooli portinvartijana on tärkeä, sillä usein ihmiset hakevat apua ongelmiinsa ensiavusta. Ensiapu Acutan toimintasuunnitelmaan on kirjattu keskeiseksi kehittämiskohteeksi hoidon kiireellisyyden ensiarvio-toiminnan kartoittaminen ja kehittäminen. Kehittämistyön tavoite on linjassa kyseisen toimintasuunnitelman kanssa.

Giordano ja Stichler (2009 22–25) totesivat omassa kehittämistyössään, että sairaanhoitajien kouluttaminen parantaa itsemurhariskissä olevien potilaiden tunnistamista

ja, että toimintaympäristöön sopivaksi muokatun arviointilomakkeen käyttöä voidaan suositella. Tämän kehittämistyön osalta havaittiin, että sairaanhoitajat pitivät tarjottua koulutusta tarpeellisena, he saivat uutta tietoa itsemurhariskin tunnusmerkeistä ja arvioinnista. Sairaanhoitajat toivoivat lisää koulutusta mielenterveys- ja päihdeongelmista. Cochrane ja muut (2000, 449, 451) havaitsivat lomakkeen auttavan sairaanhoitajia vaikean asian puheeksi ottamisessa. Ensiapu Acutan sairaanhoitajat kokivat itsemurha-ajatusten puheeksi ottamisen eri tavoin ja kysymiseen liittyi uskomuksia itsemurhariskin kasvamisesta. Koulutuksessa tehtyjen harjoitusten ja käytyjen keskustelujen perusteella voidaan todeta, että tässä kehittämistyössä käyttöön otettu seulontalomake tarjosi sairaanhoitajille tukea vaikean asian puheeksi ottamisessa. Kerätyn palautteen ja sairaanhoitajien kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta voidaan sanoa, että sairaanhoitajien osaaminen itsemurhariskin tunnistamisessa ja arvioinnissa on vahvistunut koulutuksen ja seulontalomakkeen käyttöönoton avulla. Ensiarvioiden oikeellisuus itsemurhariskissä olevien potilaiden kohdalla nähdään vasta ajan saatossa, joko käytännön kokemusten tai esimerkiksi case-tutkimuksen kautta. Kaikkia koulutuksen ja lomakkeen tuomia käytännön hyötyjä on toistaiseksi vaikea arvioida tarkasti.

Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää ensiapu Acutassa tehtävää päivystyshoitoa itsemurhariskissä olevien potilaiden osalta koulutuksen ja työkaluksi suunnitellun lomakkeen avulla. Kehittämistyö vietiin suunnitellusti läpi kehittäjän vastuulla olleiden prosessin vaiheiden osalta. Jatkossa jää nähtäväksi, miten pilotoinnin arvioinnin ja mahdollisen uuden käytännön juurruttamisen käy. Henkilökunnan näkemys kehittämistyön tarpeellisuudesta oli havaittavissa prosessin eri vaiheissa. Koulutuksissa havaittiin, että sairaanhoitajien tiedot olivat mielenterveys- ja päihdeongelmien osalta puutteellisia, joka on yhtenevä tulos Mieli 2009-suunnitelman väliarvion (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012, 63) sekä Bethelin (2013, 53) koostamien tutkimusten tulosten kanssa. Clarke ja muut (2008, 165–166) havaitsivat sairaanhoitajien asenteiden merkityksen kiireellisyysluokituksissa. Kehittämistyön aikana käydyt keskustelut ja koulutuksessa kerätty palaute osoittivat, että samansuuntaisia haasteita oli havaittavissa myös ensiapu Acutan sairaanhoitajien keskuudessa. Tämän kehittämistyön osalta asenteita ja tiedon puutetta koskevat havainnot eivät ole yleistettävissä muihin toimintaympäristöihin, sillä asiasta ei tehty systemaattista kartoitusta.

Ne antavat kuitenkin viitettä siitä, että päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien osaamista mielenterveys- ja päihdeongelmien osalta tulisi kartoittaa ja vahvistaa.

Kehittämistyön menetelmien osalta voidaan todeta, että implementointimallin hyödyntäminen jäsensi kehittämistyön suunnittelua ja toteutusta. Sen avulla kehittämiss työ oli helpompi hahmottaa ja hajauttaa osaprosesseiksi. Estävien ja edistävien tekijöiden huomiointi antoi paremmat edellytykset tavoitteeseen pääsemiselle. Ilman implementointimallia näytön, toimintaympäristön ja toimeenpanon erityispiirteet (ks. Rycroft-Malone 2004) tässä olisivat herkästi unohtuneet tai tulleet huomioiduksi vain osittain. Kehittämistyössä toteutui osa tutkimuksissa löydetyistä onnistunutta implementointia tukevista seikoista (ks. Rycroft- Malone 2004, 298–303). Ensiapu Acuta oli toimintaympäristönä vastaanottavainen, sillä lisäkoulutuksen nähtiin tarve sekä johtajiston, että työtä tekevän henkilöstön keskuudessa. Henkilöstö oli tottunut osallistaviin koulutuksiin ja he lähtivät hyvin mukaan keskusteluun luentojen lomassa. Vuoropuhelun saavuttaminen koulutuksissa edistää yhteistoiminnallista oppimista ja on oppivan organisaation perusta (ks. Ruohotie 2005, 71). Oppiva organisaatio on toimeenpanoa edistävä tekijä (Rycroft-Malone 2004, 299). Toimintaympäristön kyky ottaa vastaan muutoksia oli kehittämisprojektin aikaan jo osittain kuormitettu, sillä ensiapuun oli tulossa isoja muutoksia. Tulevien rakennemuutosten tuottama stressi ei kuitenkaan näkynyt koulutuksissa eikä lomakkeen käyttöönotossa. Muutosvastarintaa lomakkeen käyttöönotolle oli nähtävissä hyvin vähäisesti. Toimeenpanon tarkoituksen mukaisuus toteutui, sillä ensiavussa oli törmätty tilanteisiin, joissa itsetuhoiset potilaat olivat poistuneet odotustilasta ennen tarkempaa arviota psyykkisestä voinnistaan. Hoidon kiireellisyyden ensiarviota piti siis kehittää suuntaan, joka vastaa paremmin potilaiden tarpeisiin. Toimintayksikön seuranta ja palauttejärjestelmän toimivuutta (ks. Rycroft-Malone 2004, 298) ei pystytty tämän kehittämistyön puitteissa arvioimaan, sillä pilotoinnin arviointi ja mahdollinen pysyvä käyttöönotto jäivät toimintayksikön vastuulle. Kehittämistyön toteuttamiseen valitut menetelmät olivat toimivia sekä kehittämistyöhön ja toimintayksikköön sopivia.

Kehittäjän näkökulmasta voidaan todeta, että työssä haasteita aiheutti erityisesti prosessin eri vaiheiden aikataulutus. Kehittämistyön aikataulu meni osittain uusiksi koulutusten jälkeen suunniteltujen vaiheiden osalta. Kehittämistyön aikataulun kan-

nalta oleellisin osuus, eli koulutusten järjestäminen ja pilotointi onnistuivat suunnitellussa aikataulussa. Palautteen kokoaminen ja kehittämistyön saaminen lopulliseen kirjalliseen muotoonsa vei enemmän aikaa, kuin alun perin oli suunniteltu. Aikataulun venymiseen vaikutti se, ettei opinnäytetyön tekeminen työn ohessa ole aina ongelmatonta. Aikataulun venymisen vaikutuksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että viivästymisen merkitys ei ollut suuri, sillä palautetta voidaan hyödyntää myös pilotoinnin jälkeen. Vain juurruttamista ja käyttöönottoa helpottavien ehdotusten puuttumisen voidaan nähdä vaikuttaneen implementointiprosessin onnistumiseen. Voidaan kuitenkin olettaa, että kehittämis ehdotusten puuttumisen vaikutus ei ole kovin suuri, sillä lomakkeen käytettävyydestä on tarkoitus kerätä palautetta uudelleen pilotoinnin arvioinnin yhteydessä. Arvioinnin jälkeen lomaketta on mahdollista muokata sopivammaksi sairaanhoitajien ehdotusten perusteella. Samat kehittämis ehdotukset saattavat siis nousta pilotoinnin jälkeisen arvioinnin kautta ja esimiehet voivat halutessaan hyödyntää niitä kehittämisprosessin loppuvaiheessa ennen pysyvää käyttöönottoa tai toisen toimintatavan etsimistä.

Tässä kehittämistyössä aikataulutuksen toteutumisesta on pyritty arvioimaan kriittisesti, mitä pidetään hyvän kehittämistyön tunnusmerkkinä. Kehittäjä on pyrkinyt avaamaan työprosessin siten, että kehittämistyön sisäinen logiikka avautuu myös lukijalle. (Anttila 2007, 23.) Eettisyydestä on pyritty huolehtimaan kehittämistyön kaikissa vaiheissa. Ennen työn aloittamista on selvitetty työhön tarvittavat lupamenetelyt ja erityisesti tiedonhankintamenetelmiin, lähdeviittausten merkintään ja plagioinnin välttämiseen on kiinnitetty huomiota koko prosessin ajan. Eettisten periaatteiden mukaisesti palautekyselyyn vastanneita sairaanhoitajia informoitiin palautteen käyttötarkoituksista ja palautteen antaminen oli vapaaehtoista. Salassapidosta huolehdittiin pyytämällä palautteet nimettöminä. Kehittämistyön tulokset kehittäjä on pyrkinyt esittämään sellaisina kuin ne kehittämistyön eri vaiheissa ilmenivät. (ks. Ojansalo ym. 2010, 47–48.)

8.2 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Palautteissa ja keskusteluissa esiin nousseeseen lisäkoulutuksen tarpeeseen tulisi vastata. Sen avulla olisi mahdollista vähentää mielenterveys- ja päihdeongelmien stigmatisointia, puuttua sairaanhoitajien asenteisiin ja parantaa hoidon laatua. Potilaiden tasa-arvoisen kohtelun edistäminen on tärkeä kehittämiskohde hektisessä päivystystyössä. Asiantuntijuuden lisääminen työyhteisössä mielenterveys- ja päihdetyön osalta voisi lisätä tutkitun tiedon hyödyntämistä arjen työssä. Mielenterveys- ja päihdepalveluita koskevan tiedon koostaminen päivystysyksikköön paikkakunnittain helposti hyödynnettävää muotoon olisi suositeltavaa. Sairaanhoitajien aikaa ei menisi tiedon etsimiseen ja he pystyisivät paremmin vastaamaan potilaiden tarpeisiin kiireisissä päivystystilanteissa. Koulutusten osalta voidaan todeta, että osallistavat menetelmät näyttävät hyvin toimivilta ensiapu Acutan kehittämisprosesseissa. Näin ollen roolipelien ja case-tehtävien käyttöä on suositeltavaa jatkaa.

Asennemuutos ja mielenterveys ja päihdeongelmien stigmatisoinnin väheneminen vaatii hoitohenkilöstöltä omien toimintatapojen syvällistä tarkastelua. Työtapojen muuttaminen vaatii kykyä tarkastella omaa toimintaa sekä sen taustalla olevia uskomuksia ja ajatuksia kriittisesti (Vataja 2009, 56). Sairaanhoitajat eivät pyynnöistään huolimatta ole saaneet säännöllistä työnohjausta, joka on merkittävä tuki ammatillisen kehittymisen kannalta. Mielenterveys- ja päihdetyössä työnohjauksen tarve on tunnistettu jo pitkään ja työnohjaus pyritään turvaamaan kaikille työtä tekeville, joko ryhmä- tai yksilötasolla. Omien toimintatapojen syvälinen tarkastelu vaatii työyhteisöltä rakenteita, jotka mahdollistavat kokemusten reflektoinnin sekä työn ja sen vaikutusten analysoinnin (Vataja 2009, 57). Työnohjaus selkiyttää yksilön ammatti-identiteettiä ja työroolia. Ammattitaidon ja osaamisen kehittyminen lisää työn mielekkyyttä ja parantaa yksilön hallinnan tunnetta. Näin työntekijän voimavarat ovat paremmin käytössä ja hänen työssä jaksamisensa ja kykynsä käsitellä stressiä kohenevat. (Työyhteisö ja esimiestyö 2014.) Työnohjauksella voitaisiin tukea triagessa työskentelevien sairaanhoitajien työssä jaksamista ja kokemuksellista oppimista. Työnohjaus olisi tehokas keino työyhteisön reflektiota edistävien rakenteiden turvaamiseen.

Opinnäytetyön aikataulutuksen vuoksi lomakkeen käyttöönoton juurtumista ei voitu arvioida tässä työssä. On sovittu, että se jää ensiavun henkilökunnan vastuulle, kuten

myös päätökset lomakkeen pysyvämmästä käytöstä. Tässä työssä hyödynnettyjen implementointimallien perusteella uuden käytännön juurruttamisessa on tärkeää pilotoinnin jälkeinen arviointi (ks. Rycroft-Malone 2004; Titler 2001). Ei ole tarkoituksenmukaista, että uutta menetelmää käytetään arvioimatta sen toimivuutta käytännössä. Siksi onkin tärkeää, ettei arviointi jää tekemättä. Arvioinnin kannalta olisi hyvä, jos arvioinnissa tietoa uuden käytännön toimivuudesta kerättäisiin useista lähteistä sen sijaan, että mitataan vain yhdellä tapaa tai yhdestä näkökulmasta. Jos pilotoinnin jälkeen näyttää siltä, että näyttöön perustuvan toimintatavan pysyvä käyttöönotto ei ole järkevää, olisi hyvä muodostaa ensiapu Acutaan työryhmä etsimään tuoretta tutkimustietoa. Tarvittaessa työryhmä voi hyödyntää myös käytännön kokemuksia tai asiantuntijalausuntoja käytännön kehittämiseksi. Asiantuntijalausuntoja voidaan pyytää esimerkiksi sairaalan sisällä työskenteleviltä psykiatrisen alan asiantuntijoilta. Jos kuitenkin on niin, että uudesta toimintatavasta saadaan positiivisia tuloksia, se on syytä ottaa käyttöön ensiavussa mahdollisimman laajasti. Käyttöönottoa voidaan helpottaa organisaation tuella, takaamalla henkilöstölle riittävä koulutus uuden toimintatavan hyödyntämiseksi, jakamalla vastuuta hoitohenkilöstölle ja varaamalla tarpeeksi aikaa näyttöön perustuvan toiminnan jalkauttamiseen. On merkityksellistä, että uudesta toimintatavasta saatava hyöty on henkilökunnan havaittavissa. Sitä kautta uusi toimintatapa tuntuu tarkoituksen mukaiselta ja mielekkäältä. (Titler ym. 2001, 500; 506–507; Kent & McCormack 2010, 19; Rycroft-Malone 2004, 299–300.) Palautteen perusteella voidaan todeta, että lomakkeen modernisoimiseksi sen digitalisoiminen olisi suositeltavaa. Ensiapu Acutassa on siirrytty jo digitalisoituun triagekaavakkeeseen, joten itsemurhariskin seulontalomake olisi helppo täyttää sähköisenä versiona triagekaavakkeen täytön yhteydessä. Koulutuksissa esiin nousseiden lomakkeen tulkintaan liittyvien epäselvyyksien perusteella voi olla jatkossa tarpeen selkiyttää lomaketta entisestään ja huomioida check-listana lisätyt riskitekijät ESI-luokituksessa tai poistaa ne kokonaan.

Jatkokehittämishaasteena olisi tutkia kuinka paljon itsemurhavaarassa olevia ihmisiä seulomisella tavoitetaan ja minkä verran heitä menee ohi seulan, eli potilaan itsetuhoisuus huomataan vasta hoitopolun myöhemmässä vaiheessa. Asiakasnäkökulman esiin tuomiseksi olisi tärkeää kartoittaa potilaiden kokemuksia seulontalomakkeen

kysymyksiin vastaamisesta hektisessä päivystyksessä. Potilaan näkökulmaa voisi hyödyntää lomakkeen jatkokehittelyssä ja tehdä vastaaminen potilaiden näkökulmasta mahdollisimman miellyttäväksi. Potilasnäkökulman huomioimisen lisäksi kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen palveluiden kehittämisessä on lisääntymässä. Tampereen seudulla kokemusasiantuntijoiden käytöstä on hyviä kokemuksia. Itsemurhariskin arviointilomaketta voitaisiin kehittää myös kokemusasiantuntijoilta saatavan palautteen perusteella asiakasystävällisempään suuntaan. Lomakkeen mahdollista jatkokehittämistä varten olisi suositeltavaa koota henkilöstöstä kehittämissyöryhmä, joka jatkaa työtä lomakkeen parissa tai etsii vaihtoehtoisia toimintamalleja itsetuhoisten potilaiden arviointiin.

LÄHTEET

- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akaatiimi Oy.
- Atjonen, P. 2007. Hyvä, paha arviointi. Helsinki: Tammi.
- Bethel, J. 2013. Assessment of suicidal intent in emergency care. Nursing Standard 28, 52–58. Viitattu 10.12.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Ovid.
- Clarke, D., Brown, A-M., Giles-Smith L. 2008. Triaging suicidal patients: Sifting through the evidence. International Emergency Nursing 16, 165–174.
- Cochrane-Brink, K., Lofchy, J. & Safinofsky I. 2000. Clinical rating scales in suicide risk assessment. General Hospital Psychiatry 22, 445–451.
- Giordano, R. & Stichler, J. 2009. Improving suicide risk assessment in the Emergency Department. Journal of Emergency Nursing 35, 22-26. Viitattu 1.1.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Ovid.
- Health at a Glance: Europe 2010. 2010. OECD Publishing. OECD. Viitattu 23.10.2013. http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen, Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heilä, H. 2013. Itsemurhavaarassa oleva potilas. Lääkärin käsikirja. Viitattu 25.11.2013. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti>
- Hermes, B., Deakin, K., Lee, K. & Robinson, S. 2009. Journal of Psychosocial Nursing 6, 44-49. Viitattu 2.1.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, PubMed.
- Kent, B. & McCormack, B. 2010. Context: overview and application. Teoksessa Clinical Context for Evidence-Based Nursing Practice. toim. Kent, B. & McCormack, B. Wiley-Blackwell & Sigma Theta Tau International.
- Ketä hoidetaan. 2014. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Ohjeistus Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sivustolla. Viitattu 19.4.2014. <http://www.pshp.fi>, Tays Ensiaapu Acuta.
- Kotiniitty, T. 2013. YAMK-Opinnäytetyö. Sähköpostiviesti 5.11.2013. Vastaanottaja S. Hyvönen. Ensiaapu Acutan osastonhoitajan ohjeistusta YAMK-opinnäytetyön tekoon.
- Kunde L. 2011. Suicidal tendencies: Assessment and management. The Joanna Briggs Institute. Viitattu 2.1.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, JBI.
- Kuolemansyyt 2013, 6. Itsemurhien määrä lähes ennallaan. Verkkojulkaisu. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 22.3.2015. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_kat_006_fi.html
- Kuolemansyyt 2011, 6. Itsemurhien määrä vähenee edelleen. Verkkojulkaisu. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 22.10.2013. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt_2011_2012-12-21_kat_006_fi.html

Kuolemansyyt 2010. Verkkojulkaisu. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 24.10.2013.

[Http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_tie_001_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_tie_001_fi.html)

Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: Sanoma Pro.

Kortesuo, K. 2010. Avaa tästä. Käytännön käsikirja kouluttajalle. Vantaa: Infor Oy.

Kupias, P. 2002. Oppia opetusmenetelmistä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 4.2.2015. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi).

Lepistö, S. & Tammentie, T. 2011. Ensiapu Acutan psykiatrisen sairaanhoitajan päivystyskokeilu. Raportti.

Lönnqvist, J. 2007. Itsemurhien ehkäisy Suomessa valtakunnallisena interventiona. 29.8.2007. Viitattu 31.10.2013. [Http://demo.seco.tkk.fi/tervesuomi/item/ktl:13032](http://demo.seco.tkk.fi/tervesuomi/item/ktl:13032)

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E., Marttunen, M. & Heikkinen, M. 2008. Itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Psykiatria. toim. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lönnqvist, J. 2009. Itsemurhat. Sairauksien ehkäisy. Terveyskirjasto, Duodecim. 19.1.2009. Viitattu 30.10.2013. [Http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_ar-tikkeli=seh00158](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_ar-tikkeli=seh00158)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 31.10.2013. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2012. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 31.10.2013. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi).

Mental health action plan 2013–2020. 2013. WHO-julkaisu. WHO. Viitattu 23.10.2013. [Http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html)

Ojansalo, K., Moilanen, T., & Ritalahti, J. 2010. Kehittämistyön menetelmät. Uudella osaamista liiketoimintaan. 1.-2. p. Helsinki: WSOY.

Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E. & Wahlbeck, K. 2009. Itsemurhat harvinaisempia monimuotoisia mielenterveyden avohoitopalveluita tarjoavissa kunnissa. Duodecim. Viitattu 25.11.2013. [Http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97763.pdf](http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97763.pdf)

Posner, K., Brown, K., Stanley B., Brent, D., Yershova, K., Oquendo, M., Currier, G., Melvin, G. Greenhill, L., Shen, S. & Mann J. 2011. The Columbia- Suicide Severity

Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry* 168, 1266–1277. Viitattu 20.11.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, PubMed.

Posner, K. 2013. C-SSRS. Sähköpostiviestit 22.10.2013 ja 5.11.2013. Vastaanottaja S. Hyvönen. Lomakkeen kehittäjän lupa lomakkeen muokkaukseen.

Päivystysasetuksen päivityksellä taataan hoidon laatua ja turvallisuutta. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 200/2014. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 12.3.2015. <http://www.stm.fi>.

Ruohotie, P. 2005. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. 1.-3. p. Helsinki: WSOY.

Ruuska, K., 2007. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Helsinki: Talentum Media Oy.

Rycroft-Malone, J. 2004. The PARIHS-Framework—A Framework for guiding the implementation of evidence-based practise. *Journal of nursing care quality* 4, 297–304. Viitattu 30.10.2013. <http://www.effectiveservices.org/implementation/frameworks>, The PARIHS-Framework.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektityön käsikirja. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Siippainen, H. 2013. Kuka ensin? Hoidon kiireellisyyden ensiarvio-toiminnan kehittäminen Tays ensiapu Acutassa. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä. Työryhmän muistio. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 29.8.2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu: 1.3.2015. <http://www.stm.fi>.

Suominen, K. & Valtonen, H. 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Duodecim. Viitattu 12.12.2013. <http://www.jamk.fi>, Nelli-portaali, Duodecim-aikakauskirja.

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

Tammentie-Sarén T. 2013. YAMK-opinnäytetyö. Sähköpostiviesti 18.10.2013. Vastaanottaja S. Hyvönen. Informaatiota lomakkeen valintaa koskien.

Tehtäväkuvaukset. Triagehoitaja. Toimialue 7. 2010. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 1.10.2014. <http://intra.sis.pshp.fi>.

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. THL. Viitattu 22.3.2015. <http://jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, SOTKANet. <http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/Jy3/91,114/7/3A/0/>

Titler, M., Kleiber, C., Steelman, V., Rakel, B., Budreau, G., Everett, L., Buckwalter, K., Tripp-Reimer, T. & Goode C. 2001. The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical care nursing clinics of North America* 13, 497–508.

Toiminta- ja taloussuunnitelma 2012–2014 ja talousarvio 2012. 2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Työyhteisö ja esimiestyö. 2014. Työnohjauksen muodot ja hyödyt työyhteisössä. Työterveyslaitoksen sivut. Viitattu 21.3.2015. http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/johtaminen_ja_esimiestyo/tyonohjaus/sivut/default.aspx

Vataja, K. 2009. Arvioiva työote - kehittämisen peruslähtökohta. Teoksessa Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. toim. Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Väkivalta ja terveys maailmassa. 2005. WHO. Toim. Dahlberg, L., Krug, E., Lozano, R., Mercy, J. & Zwi, A., 2005. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. Viitattu 24.10.2012. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html

Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 22.10.2013. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi).

LIITTEET

Liite 1. Seulontalomake

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS) SEULONTA-LOMAKE

Nimi ja sotu

ITSEMURHA-RISKIN MÄÄRITTELY		Viimeisen 1kk aikana	
Kysy kysymykset 1 ja 2		KYLLÄ	EI
1.) Oletko toivonut olevasi kuollut tai että voisit nukahtaa siten, ettet enää heräisi?			
2.) Oletko tosiasiallisesti ajatellut millään tavoin itsesi tappamista?			
Jos vastaus kysymykseen 2 on KYLLÄ, kysy kysymykset 3, 4, 5 ja 6. Jos vastaus kysymykseen 2 on EI, siirry suoraan kysymykseen 6.			
3.) Oletko ajatellut, miten voisit sen tehdä?			
4.) Oletko ajatellut näitä asioita ja onko sinulla ollut jonkinasteinen aikomus toimia niiden perusteella?		☐	
5.) Oletko ryhtynyt laatimaan itsesi tappamiseen liittyviä yksityiskohtia tai laatinut ne valmiiksi? Aiotko toteuttaa suunnitelmasi?		☐	
6.) Oletko koskaan tehnyt valmisteluja, alkanut tekemään tai tehnyt mitään itsesi tappaaksesi? Jos potilas vastaa KYLLÄ, kysy: Kuinka kauan sitten nämä ovat tapahtuneet?		☐	
☐ Yli vuosi sitten? ☐ 3kk- vuosi sitten? ☐ Viimeisen kolmen kuukauden sisään?			

KYLLÄ-VASTAUKSET	RISKILUOKITUS	TOIMINTAOHJE	ESI-luokka
1. & 2. kysymys	Lievästi kohonnut riski	Potilaalla on saattaja: ohjaa odottamaan aulaan psykiatrisen hoitajan/lääkärin haastattelua. Potilas on yksin: varmista kykeneekö odottamaan vuoroaan aulassa, pyydä ilmoittamaan hoitajalle jos vointi huononee. Jos ei pysty, ohjaa hoitoryhmään. Ahdistunut ja levoton potilas ohjataan hoitoryhmään (ESI 2).	4 4
3. kysymys	Kohtalainen riski	Potilaalla on saattaja: kysy pystyykö odottamaan saattajan valvomana aulassa. Potilas on yksin: ohjaa hoitoryhmään, potilaan tilaa seurattava harvakseltaan/tarvittaessa.	4 4
4.&5. kysymys	Suuri riski	Ohjaa suoraan hoitoryhmään, potilaan tilaa seurattava tiiviisti (poistumisriski).	2
6. kysymys	Mitä vähemmän aikaa yrityksestä, sen suurempi riski on. Aiempi yritys ennustaa itsemurhaa vahvemmin kuin muut tekijät. Huomioi kokonaisriskiä arvioidessa!		2

Riskitekijät		
Psykiatrinen sairaus	Aggressiivinen käytös muita kohtaan	
Persoonallisuushäiriö	Vankilatuomio/kodittomuus	
Runsas päihdekäyttö/riippuvuus	Ahdistus/voimakas levottomuus	
Elämäntilannekriisi/menetykset	Vakava somaattinen sairaus tai krooninen kipu	
Aiempi psykiatrinen hoito	Itsensä vahingoittamiseen käskeviä ääniharhoja	
Hoitoon sitoutumattomuus/ei hoitokontaktia	Voimakas impulsiivinen käytös	
Tyytymättömän hoitoonsa	Itsemurhavälineitä saatavilla	
Yksinäisyys/eristäytyminen	Seksuaalinen hyväksikäyttö	
Toivottomuus	Läheisen itsemurha	
Kokee itsensä taakaksi muille		

- **ILMOITA PSYKIATRISALLE SAIRAANHOITAJALLE (040 8062606) ITSETUHOISESTA POTILAASTA JA KERRO POTILAAN RISKILUOKITUS.**
- **PSYKIATRINEN SAIRAANHOITAJA KÄYTETTÄVISSÄ: MA-PE 10-18, SU 12-18. MUINA AIKONA OHJAA POTILAS LÄÄKÄRILLE.**
- **ANNA AULASSA ODOTTAVALLE POTILAALLE ARVIO ODOTUSAJASTA.**

Tulkintaohjeita taulukon kysymyksiin:

1) Halu kuolla:

Henkilö tukee ajatusta haluavansa olla kuollut tai ettei hän enää halua olla elossa, tai haluavansa nukahtaa eikä enää herätä.

2) Yleisluonteisia aktiivisia itsemurha-ajatuksia:

Yleisluonteisia ajatuksia liittyen haluun lopettaa elämänsä/tehdä itsemurha (esim. "Olen ajatellut tappavani itseni.") ilman ajatuksia itsemurhan tekotavoista tai siihen liittyvistä menetelmistä, aikeista tai suunnitelmasta.

3) Aktiivisia itsemurha-ajatuksia ja itsemurhan tekotapojen ajattelua (ei suunnitelmia) ilman aikomusta ryhtyä toimiin:

Henkilö ajattelee itsemurhaa ja on ajatellut ainakin yhtä tekotapaa arviointijaksolla. Tämä ei vastaa erityisen suunnitelman tekemistä aikaan, paikkaan tai tekotapaan liittyvine harkittuine yksityiskohtineen (esim. henkilö on ajatellut itsemurhan tekotapaa muttei ole tehnyt erityistä suunnitelmaa). Tähän kuuluvat myös henkilöt, jotka saattaisivat sanoa: "Ajattelin, että ottaisin yliannostuksen, mutta en ole koskaan erityisesti suunnitellut, koska, missä tai miten sen tosiasiallisesti tekisin... enkä koskaan toteuttaisi sitä."

4) Aktiivisia itsemurha-ajatuksia, jonkinasteisia itsemurha-aikeita, ei erityistä suunnitelmaa:

Aktiivisia itsemurha-ajatuksia itsensä tappamisesta. Henkilö ilmoittaa, että hänellä on jonkinasteisia aikeita toimia näiden ajatusten perusteella, toisin kuin jos hän sanoisi: "Minulla on ajatuksia, mutta en todellakaan aio tehdä mitään niiden perusteella."

5) Aktiivisia itsemurha-ajatuksia, erityinen suunnitelma ja itsemurha-aikeita:

Henkilö ajattelee itsensä tappamista, hän on tehnyt yksityiskohtaisen suunnitelman joko kokonaan tai osittain ja hänellä on jonkinasteinen aikomus toteuttaa suunnitelmansa.

6) Itsemurhakäyttäytyminen:

Esimerkkejä:

Kerännyt pillereitä/ hankkinut aseensa/ antanut pois arvoesineitä/ kirjoittanut testamentin tai itsemurha-kirjeen/ ottanut esille pillereitä, mutta ei nielaissut niitä/ osoittanut aseella itseään, mutta muuttanut mielensä tai joku on ottanut sen kädestä ennen laukaisemista/ mennyt katolle, mutta ei hypännyt/ ottanut lääkkeitä/ yrittänyt ampua itseään/ viiltänyt itseään/ yrittänyt hirttää itsensä yms.