

Työpaperi 20/2019

Pia Solin, Jasmin Jokinen, Timo Partonen,
Jaakko Reinikainen, Anna Seppänen, Nina Tamminen

Itsemurhien ehkäisy

– koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille

Vuonna 2017 Suomessa itsemurhan teki 824 henkilöä. Itsemurhiin kuolleiden määrä on kasvanut kahtena vuonna peräkkäin. On todettu, että itsemurhien ehkäisy on otettava kiinteäksi osaksi terveydenhuoltopalveluita. Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan itsemurhien ehkäisyssä on siis ensisijaisen tärkeää kouluttaa terveydenhuollon työntekijöitä, mukaan lukien ensiavun henkilöstö. Perusterveydenhuollon voimavaroja itsetuhoisen käytöksen hallinnan ja arvioinnin parantamiseksi voidaan laajentaa ottamalla mukaan ei-erikoistuneita terveydenhuollon ammattilaisia. Tähän tarpeeseen kehitettiin koulutus itsemurhien ehkäisystä. Tämä raportti tuo tietoa ”Itsemurhien ehkäisy -koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille”-hankkeen käytännön toteutuksesta, tavoitteiden toteutumisesta ja arvioinnista sekä lisäksi raportin lopussa pohditaan itsemurhista aiheutuvien kustannusten määrää.

Tiivistelmä

Pia Solin, Jasmin Jokinen, Timo Partonen, Jaakko Reinikainen, Anna Seppänen ja Nina Tamminen. Itsemurhien ehkäisy. Koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäpaperi 20/2019. 57 sivua. 2018. ISBN 978-952-343-332-8

Itsemurhien ehkäisykoulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille syntyi vuosina 2011–2013 toteutetun EUREGENAS-projektin tuotoksista. Projektissa tuotettu koulutusmateriaali käännettiin ja sovellettiin Suomen oloihin sopivaksi ja pilotoitiin työterveyshuollon ammattilaisilla.

Aiempien tutkimusten perusteella koulutuksen kohderyhmäksi valittiin yleislääkärit sekä muu perusterveydenhuollossa toimiva henkilöstö. Tavoitteena oli järjestää 40 koulutusta ja kouluttaa yhteensä 800 osallistujaa hankkeen aikana. Tärkeimpänä tavoitteena oli kuitenkin lisätä osallistujien osaamista liittyen koulutuksen neljään osa-alueeseen, jotka olivat riski- ja suojaavat tekijät, itsemurhavaarassa olevan henkilön tunnistaminen, itsemurhavaarassa olevan henkilön kohtaaminen ja puheeksiotto sekä jatkotoimenpiteet.

Hankkeen tavoitteet ylitettiin runsaasti. Kahden vuoden aikana toteutettiin 45 koulutusta eri puolella Suomea ja koulutuksiin osallistui 2027 ammattilaista. Osallistujien itse arvioitu osaaminen lisääntyi kaikilla koulutuksen osa-alueilla. Koulutus koettiin hyödylliseksi myös kohderyhmän ulkopuolisissa ammattiryhmissä, kuten sosiaalialan ja mielenterveysalan ammattilaisten parissa. Tästä voidaan päätellä, että myös perusterveydenhuollon ulkopuolelle kohdennettu koulutus olisi tarpeellinen.

Yllämainittujen tavoitteiden nopea saavuttaminen ja lopulta ylittäminen saattoi johtua monista syistä. Alkuperäisen koulutuksen ja sen sisällöt oli kehitetty alan johtavien asiantuntijoiden toimesta EUREGENAS-hankkeessa. Sen jälkeen sisältöä muokattiin Suomen oloihin ja vielä uudelleen pilotin jälkeisen palautteen perusteella. Lisäksi sisällön yksityiskohtia hiottiin hankekauden aikana koulutuksista saadun palautteen perusteella. Samanaikaisesti hankkeen kanssa eri järjestöt nostivat kansallisen itsemurhien ehkäisy -strategian tarpeen julkiseen keskusteluun ja tämä saattoi nostaa yleistä tietoisuutta itsemurhien ehkäisyn tärkeydestä.

Sidosryhmien ja koulutukseen osallistuneiden palaute koulutuksesta on ollut pääosin hyvin myönteistä, mikä on tehnyt myös hanketyöryhmän työskentelystä mielekästä ja antoisaa.

Itsemurhien ehkäisykoulutus on otettu neljän yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan erikoistumisopintoihin. Lisäksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa Itsemurhien ehkäisyn verkkokoulun.

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	2
1. Tausta	4
2. Itsemurhatilanne ja aiempaa tutkimusta.....	5
3. Hankkeen tavoitteet	6
3.1 Koulutuksen pilotointi	7
3.2 Hankeaikataulu ja sen toteutuminen.....	7
3.3 Hanketyöryhmä.....	8
3.4 Ohjausryhmä.....	8
3.5 Toteutuneet henkilöresurssit	8
4. Koulutus.....	9
4.1 Koulutuksen sisältö.....	9
4.2 Koulutuksen pituus	9
4.3 Koulutuksen markkinointi	9
4.4 Yleislääkäreiden erikoistumisopintoina annetut koulutukset	10
5. Tavoitteiden toteutuminen.....	11
5.1 Koulutukseen osallistuneiden ammattijakauma	12
5.2 Koulutukseen osallistuneiden osaamisen kasvaminen	13
5.3 Koulutuksen arviointi	19
5.4 Kuuden kuukauden jälkeen lähetetyt palautelomakkeet sekä yksilö- ja fokusryhmähaastattelut	19
5.4.1. Mikä oli hyvää ja hyödyllistä/koettiin hyväksi ja hyödylliseksi koulutuksessa?.....	20
5.4.2 Muutokset työyksikön työkäytäntöihin koulutuksen seurauksena	26
5.4.3 Muutokset omiin työtapoihin koulutuksen seurauksena	27
5.4.4 Kehitysehdotuksia	29
5.5 Kouluttajien reflektointipäiväkirjat	32
6. Riskit ja niihin varautuminen.....	35
7. Pohdintaa.....	36
Lähteet:	40
Liitteet.....	41

1. Tausta

Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projekti oli osa pääministeri Juha Sipilän hallituksen kärkihanketta *Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta*. Kärkihankkeen tavoitteena oli kohentaa hyvinvointia ja terveyttä niissä väestöryhmissä, joissa ne ovat heikompia kuin muilla. Näitä väestöryhmiä ovat mm. matalan sosioekonomisen tason ryhmät. Projektin yhtenä painopisteenä olivat lisäksi ne miehet ja pojat, joiden terveysriskit ovat suurimmat. Tavoitteena oli vaikuttaa haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointiin ja terveyteen ottamalla käyttöön hyviä, näyttöön perustuvia toimintamalleja. Hyviä käytäntöjä levittämällä ja juurruttamalla

- terveyden kannalta riittävä fyysinen aktiivisuus yleistyisi,
- ravitsemuksen laatu paranisi,
- hyvinvointia ja terveyttä tukevat unitottumukset ja unirytmii yleistyisivät,
- alkoholin riskikulutus vähenisi,
- tupakointi vähenisi,
- mielenterveys kohenisi ja mielenterveystaidot vahvistuisivat,
- osallisuus ja mahdollisuudet vaikuttaa oman elämänsä kulkuun paranisivat sekä
- **itsemurhat vähenisivät.**

Hyvät käytännöt oli tarkoituksena levittää maantieteellisesti mahdollisimman laajasti, mielellään koko maahan, ja juurruttaa osaksi olemassa olevia rakenteita ja toimintoja. Työtä oli tavoitteena kohdentaa niin, että se tukisi erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden suhteen heikommassa asemassa olevia väestöryhmiä.

Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi valtionavustuksia marraskuussa 2016 useille hankkeille, jotka levittäisivät hyviä käytäntöjä osana kärkihanketta. Sen lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten osaamista itsemurhien ehkäisemiseksi päätettiin vahvistaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa toteutettavalla yhteisrahoitteisella hankkeella. Tämän hankkeen toteuttamiseen oli käytettävissä 0,25 miljoonaa euroa vuosina 2017–2018.

Tässä työraportissa kerrotaan ”Itsemurhien ehkäisy -koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille” -hankkeen käytännön toteutuksesta, tavoitteiden toteutumisesta ja arvioinnista sekä pohditaan itsemurhista aiheutuvien kustannusten määrää.

2. Itsemurhatilanne ja aiempaa tutkimusta

Vuonna 2017 Suomessa itsemurhan teki 824 henkilöä. Itsemurhan tehneistä kolme neljästä oli miehiä. Itsemurhan tehneiden keski-ikä oli naisilla 49 ja miehillä 46 vuotta. (Suomen virallinen tilasto 2019). Itsemurhayritysten suhteen tilastoinnilla ei saada täydellistä tietoa Suomessa, sillä ainoastaan itsemurhayrityksen jälkeen sairaalahoitoa vaativat tapaukset tilastoidaan luotettavalla tavalla hoitoilmoitusrekisteriin. Maailman terveysjärjestö on kuitenkin arvioinut, että jokaista itsemurhaa kohden tehtäisiin noin 20 itsemurhayritystä. (WHO 2014).

On todettu, että itsemurhien ehkäisy on otettava kiinteäksi osaksi terveydenhuoltopalveluita (WHO 2013). Mielenterveyshäiriöt ja alkoholin haitallinen käyttö ovat itsemurhien riskitekijöitä kaikkialla maailmassa, näin myös Suomessa. Varhainen mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistaminen ja niiden hallinta ovat avainasemassa, kun halutaan taata, että ihmiset saavat tarvitsemansa hoidon. (WHO 2014).

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan itsemurhien ehkäisyssä on siis ensisijaisen tärkeää kouluttaa terveydenhuollon työntekijöitä, mukaan lukien ensiavun henkilöstö. Perusterveydenhuollon voimavaroja itsetuhoisen käytöksen hallinnan ja arvioinnin parantamiseksi voidaan laajentaa ottamalla mukaan ei-erikoistuneita terveydenhuollon ammattilaisia. (WHO 2016). Näin voidaan taata, että psykososiaalista tukea tarvitsevat myös saavat sitä, ja varmistaa, että käytössä on systemaattinen seuranta ja yhteisön tuki. Yksilötason riskitekijöiden käsittelyn lisäksi itsetuhoisen käytöksen arviointi ja hoito koskee myös ihmissuhteisiin liittyviä riskitekijöitä.

Itsetuhoisten aikeiden ilmaisu läheisille tai terveydenhuollon ammattilaisille on selkeä merkki itsemurhavaarasta, mutta tämän puuttuminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei henkilö saattaisi harkita itsemurhaa. Itsemurhaa harkitseva henkilö ei useinkaan tuo esille itsetuhoisia aikeitaan. Tämä saattaa johtua esimerkiksi toivottomuuden tunteesta tai siitä, ettei kukaan estäisi hänen suunnitelmiaan. Noin puolet itsemurhan tehneistä on ollut yhteydessä perusterveydenhuoltoon kuukauden sisällä ennen kuolemaansa. (Lake 2008). On useita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia (esimerkiksi Ahmenadi et al. 2014; Luoma, Martin & Pearson 2002). Tutkimukset osoittavat, että perusterveydenhuollon ammattilaisten kouluttaminen on hyödyllistä. Mannin ja kumppaneiden (2005) tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollossa työskenteleville lääkäreille annettu koulutus itsemurhariskissä olevien seulomiseksi vähensi potilaiden itsemurhia 22–73 prosentilla. Myös Euroopan Psykiatriliiton mukaan koulutus lisää itsetuhoisuuden ja itsemurhariskin havaitsemista sekä masennuksen ja ahdistuneisuuden hoitoa, muuttaa asenteita myönteisemmiksi ja vähentää leimautumista. (Wasserman et al. 2012). Nämä tutkimukset ovat toimineet hankkeen perustana, kun koulutuksen kohderyhmä valittiin.

On useita syitä, joiden on ajateltu vaikuttavan yllämainittuihin tuloksiin. Leimautuminen tai sen pelko saattaa estää avun pyytämisen tai sen vastaanottamisen. Myös aiemmat kokemukset terveydenhuollossa saadusta avusta voivat vaikuttaa avun hakemiseen. On myös mahdollista, että itsetuhoisuuden tunnistamisen ja itsemurhan ehkäisyn kohdalla hoitavan henkilöstön osaaminen on ollut puutteellista. On hyvä huomioida, että näihin terveydenhuollon ammattilaisten arviointi- ja hoitotaitoihin voi liittyä useita tekijöitä, kuten heikko mielenterveyden lukutaito (esimerkiksi toivottomuuden tai selviytymiskeinojen tunnistamiseksi), vähäinen kokemus, leimautumisen pelko, puutteellinen yhteistyö psykiatrien kanssa sekä heikot haastattelu- ja vuorovaikutustaidot. Näiden osa-alueiden huomioiminen esimerkiksi koulutuksen suunnittelussa on tärkeää arvioinnin ja hallinnan parantamisen kannalta. (WHO 2014).

Tämän lisäksi perusterveydenhuollon kouluttaminen masennuksen ja muiden mielenterveyden häiriöiden sekä päihdeongelmien tunnistamiseen, arviointiin sekä hoitoon on tärkeä osa itsemurhan ehkäisyä. Erityisesti masennus näyttyy yhtenä suurimmista yksittäisistä mielenterveyshäiriöistä itsemurhien taustalla, joten masennuksen tunnistaminen ja asianmukainen hoito ovat erityisen tärkeitä. (WHO 2014).

Hankkeen pyrkimyksenä oli Itsemurhien ehkäisy -koulutuksen kautta lisätä mielenterveyden ja itsemurhavaaran lukutaitoa ja siten pyrkiä vähentämään itsetuhoista käyttäytymistä ja itsemurhia sekä tehostamaan mielenterveyshäiriöiden tunnistamista, hoitoonohjausta ja hoitoa.

3. Hankkeen tavoitteet

Hankkeen tavoitteena oli perusterveydenhuollon ammattilaisten lisääntynyt osaaminen itsemurhavaarassa olevien henkilöiden tunnistamisessa ja auttamisessa, ja siten vähentää toteutuneita itsemurhia ja itsemurhien yrityksiä, mutta vähentää myös masennuksesta ja muista mielenterveyden häiriöistä kärsivien psyykkistä pahoinvointia. Näiden lisäksi varhainen tunnistaminen ja tarpeenmukainen hoito voi vähentää erityissairaanhoidon tarvetta ja lisätä väestön hyvinvointia. Hankkeen avulla voidaan siten pyrkiä siirtämään painopistettä terveydenhuollossa pahoinvoinnin ja oireiden hoitamisesta kohti laajaa yhteiskunnallisen ja yksilön hyvinvoinnin edistämistä.

”Itsemurhien ehkäisy -koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille” -hankkeelle asetettiin seuraavat tavoitteet

- 1) lisätä perusterveydenhuollon ammattilaisten osaamista itsemurhien ehkäisyssä
- 2) 800 koulutettua ammattilaista
- 3) 40 toteutunutta koulutusta
- 4) koulutukset kattaisivat kaikki maakunnat^{1,2}

Välillisiä tavoitteita oli useampia, mutta niitä oli vaikea mitata tai niistä ei saatu tietoa hankeaikana. Sellaisia tavoitteita olivat:

- itsemurhien ja itsemurhayritysten vähentyminen
- mielenterveyshäiriöistä kärsivien psyykkisen pahoinvoinnin vähentyminen
- stigman vähentyminen
- erityissairaanhoidon tarpeen vähentyminen
- väestön mielen hyvinvoinnin lisääntyminen ja
- itsemurhista ja itsemurhayrityksistä aiheutuvan yhteiskunnallisen, taloudellisen ja inhimillisen taakan vähentyminen.

Hankkeen toteutumisen ja hankkeen vaikutusten arvioinnin osalta tehtiin erillinen arviointisuunnitelma (ks. liite 1). Siinä käydään läpi hankkeessa toteutettavat arvioinnin muodot, joita olivat esimerkiksi erilaiset palautelomakkeet: palautelomake 2 viikkoa koulutukseen osallistumisen jälkeen ja palautelomake noin 6 kuukautta osallistumisen jälkeen. Ensimmäisessä palautelomakkeessa kysyttiin koulutuksen onnistuneita ja kehitettäviä osioita; sisältöä, kouluttajan onnistumista jne. Myöhemmässä palautelomakkeessa kysyttiin, onko osallistuja hyödyntänyt tietojaan koulutuksen jälkeen. Tämän lisäksi arvioinnin välineenä käytettiin yksilö- ja fokusryhmähaastatteluita sekä kouluttajan pitämää reflektointipäiväkirjaa. Kouluttajan ja koulutukseen osallistuneiden arviointia hyödynnettiin myös siten, että hankkeen edetessä saatettiin tehdä hanketyökentelyyn, koulutuksen sisältöön tai koulutustapaan pienimuotoisia muutoksia. Koulutuksen vaikutuksia eli koulutukseen osallistuneiden osaamisen oletettua kasvamista mitattiin siten, että ilmoittautumislomakkeessa arvioitiin oma osaaminen koulutuksen osa-alueilla ja toisen kerran koulutuksen jälkeen palautelomakkeessa 2 viikkoa koulutuksen jälkeen.

1 Ahvenanmaa jätettiin ulkopuolelle, sillä tämän hankkeen puitteissa ei ollut mahdollista tuottaa ruotsinkielistä materiaalia tai kouluttaa ruotsin kielellä.

2 Etelä-Karjalan koulutus jouduttiin perumaan liian vähäisen osallistujamäärän takia.

3.1 Koulutuksen pilotointi

Hankkeen suunnittelu oli aloitettu vuonna 2016 koulutusmateriaalin muokkaamisella European regions enforcing action against suicide (EUREGENAS) -projektin (2011–2014) tuotosten pohjalta. Materiaali käännettiin englannista suomeksi, muokattiin Suomen oloihin soveltuvaksi ja siitä valittiin osiot kolmen tunnin koulutukseen. Muokattu koulutusmateriaali pilotoitiin työterveyshuollon ammattilaisilla toukokuussa 2016. Pilotoinnista saadun myönteisen palautteen myötä kirjoitettiin hankesuunnitelma syksyllä 2016.

3.2 Hankeaikataulu ja sen toteutuminen

Hanke sai kaksivuotisen rahoituksen, joten sen aikataulu suunniteltiin tarkasti (Taulukko 1.). Aikataulu toteutui hyvin muutamia lyhyitä siirtymäkuukausia lukuun ottamatta. Koulutusmateriaalin kääntäminen ja muokkaaminen Suomen oloihin soveltuvaksi sekä sen pilotointi oli toteutettu jo ennen hankekautta, joten hankeaikaa ei jouduttu käyttämään näihin. Sen lisäksi voitiin aloittaa markkinointi hyvissä ajoin. Käytännön asioista vastaavan koulutuskoordinaattorin rekrytoiminen voitiin tehdä vasta hankesopimuksen allekirjoituksen jälkeen, joka viivästyi hieman suunnitellusta.

Taulukko 1: Projektin aikataulun toteutuminen

Vaihe 0: Valmisteluvaihe	Suunniteltu pvm	Toteutunut pvm
Itsemurhien ehkäisy -koulutuksen pilotti työterveyshuollon ammattilaisille	5/2016	5/2016
Koulutettavan alueen kartoitus	12/2016	12/2016
Hankesuunnitelma	12/2016	12/2016
Sopimuskerros	12/2016	1/2017
Koulutuskokonaisuuden viimeistely	12/2016	2/2017
Markkinoinnin suunnittelu	12/2016	1/2017
Vaihe I: Käynnistysvaihe		
Hankkeen käynnistys	1/2017	2/2017
Aloituskokous ja ohjausryhmän 1. tapaaminen	2/2017	2/2017
Markkinoinnin aloittaminen	2/2017	2/2017
Arviointisuunnitelman viimeistely	3/2017	3/2017
Vaihe II: Aktiivinen koulutusvaihe		
Koulutusten toteuttaminen	4/2017–9/2018	5/2017–1/2019
Prosessiarviointi	2/2017–10/2018	2/2017–12/2018
Ohjausryhmän 2. tapaaminen	1/2018	1/2018
Väliraportointi	1/2018	1/2018
Vaihe III: Hankkeen päättäminen, raportointi ja juurruttaminen		
Ohjausryhmän 3. tapaaminen	11/2018	11/2018
Vaikutusten arvioinnin päättäminen	12/2018	1/2019
Hankkeen vaikutusten arviointi ja loppuraportointi STM:lle	12/2018	12/2018
Hankkeen juurruttamisen jatkaminen	12/2018-	12/2019-

3.3 Hanketyöryhmä

Hanketyöryhmän toiminta alkoi virallisesti 1.2.2017 ja se koostui seuraavista työntekijöistä:

- Johtava asiantuntija Pia Solin, mielenterveysyksikkö THL
- Erityisasiantuntija Nina Tamminen, mielenterveysyksikkö THL
- Tutkimusprofessori Timo Partonen, mielenterveysyksikkö THL
- Suunnittelija Jasmin Jokinen, mielenterveysyksikkö THL

Lisäksi hankkeessa oli mukana korkeakouluharjoittelija/vieraileva tutkija Anna Seppänen 6.11.2017–30.4.2018. Tilastotutkija Jaakko Reinikainen auttoi tulosten tilastollisten osuuksien muodostamisessa. Hanketyöryhmän keskeisimmät tehtävät olivat koulutuksien toteuttaminen ja niiden käytännön järjestelyt tilaajien kanssa, osallistujatietojen ja -palautteen kerääminen sekä koulutusmateriaalin jatkuva pienimuotoinen muokkaaminen palautteen pohjalta. Erillisenä tehtävänä toteutettiin myös laskelma liittyen toteutuneisiin itsemurhiin ja niistä aiheutuviin kustannuksiin (Liite 3).

3.4 Ohjausryhmä

Hankkeen toimintaa tukemaan perustettiin ohjausryhmä, jonka puheenjohtajaksi nimettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mielenterveysyksikön päällikkö Jaana Suvisaari. Hanketyöryhmän lisäksi ohjausryhmään nimettiin seuraavat jäsenet:

- Toiminnanjohtaja Viivi Suihkonen, Surunauha ry
- Neuvotteleva virkamies Meri Larivaara, Sosiaali- ja terveysministeriö
- Johtaja Outi Ruishalme, Suomen Mielenterveysseura
- Toiminnanjohtaja Olavi Sydänmaanlakka, Mielenterveyden Keskusliitto
- Professori Marianna Virtanen, Työterveyslaitos
- Erikoistutkija Marjo Kurki, Turun yliopisto
- Erityisasiantuntija Nella Savolainen, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yksikkö, THL

Ohjausryhmä tapasi hankeaikana 3 kertaa.

3.5 Toteutuneet henkilöresurssit

Hankkeen työryhmä muodostui neljästä henkilöstä. Vaikka kouluttaja olikin nimitetty erikseen, koulutus jatkautui kolmen henkilön kesken. Taulukossa 2 näkyy hankesuunnitelmassa arvioitu sekä toteutunut resurssien käyttö. Kuukausimääräisenä katsottuna henkilötyökuukaudet arvioitiin melko hyvin, vaihtelua sen sijaan oli hanketyöryhmän roolien välillä.

Taulukko 2: Arvioidut ja toteutuneet henkilötyökuukaudet

Tehtävä	Suunnitellut henkilötyökuukaudet (1/2017–12/2018)	Toteutuneet henkilötyökuukaudet (1/2017–12/2018)
Hankepäällikkö	8 kk	5,51 kk
Kouluttaja/tutkija	5 kk	2,15 kk
Asiantuntija	3 kk	0,27 kk
Koulutuskoordinaattori	8 kk	11,9 kk
Korkeakouluharjoittelija	0 kk	2,93 kk
Yhteensä:	24 kk	25,76 kk

4. Koulutus

4.1 Koulutuksen sisältö

Tutkimukset (mm. WHO 2014) ovat osoittaneet, että itsetuhoisuuden taustalla on monisyisten tekijöiden verkosto. Riskitekijöiden ja -ryhmien tunnistaminen on perusterveydenhuollon ammattilaisten taholta erittäin tärkeää itsemurhien ehkäisyssä. Yhtä tärkeää on osata tunnistaa itsetuhoisuudelta suojaavat sekä mielenterveyttä ja resilienssiä lisäävät tekijät. Yllämainittujen asioiden lisäksi koulutuksessa korostettiin perusterveydenhuollon mahdollisuuksia itsemurhavaarassa olevan henkilön hoitamisessa.

Koulutus jaettiin 4 erilliseen teemaan:

- 1) Itsetuhoisuuteen liittyvät riskitekijät ja siltä suojaavat tekijät
- 2) Itsemurhavaarassa olevien henkilöiden tunnistaminen (ml. masennuksen tunnistaminen)
- 3) Kohtaaminen ja puheeksiotto
- 4) Jatkotoimenpiteet (mm. hoitoonohjaus)

Sen lisäksi koulutuskäyttöön kuvattiin kolme erilaista videota Koulutetut Kokemusasiantuntijat ry:n tiedotajan Riikka Niemisen kanssa. Näissä kolmessa videossa koulutettu kokemusasiantuntija kertoo omista kokemuksistaan avun hakemisessa ja saannissa sekä antaa vinkkejä itsetuhoisen ihmisen kohtaamiseen ja auttamiseen.

Hankesuunnitelman mukaisesti oli tarkoitus tarjota koulutusta ensisijaisesti noin 15–20 henkilön pienryhmissä. Markkinoinnin jälkeinen kiinnostus kuitenkin osoitti, ettei ainoastaan pienryhmäkoulutuksilla ole mahdollista vastata kentältä tulevaan tarpeeseen. Kysyntään vastaten tarjottiin myös luentoja suuremmille yleisömmäärille. Mikäli tilaaja toivoi koulutusta erityisesti omalle työryhmälleen tai työyhteisölleen, tilaajan toiveeseen pyrittiin vastaamaan.

4.2 Koulutuksen pituus

Koulutuksen pituus oli kolme tuntia, jotta siihen olisi kohtuullisen helppoa osallistua samankin työyhteisön sisällä ilman työvuoroihin liittyviä ongelmia. Koulutus toteutettiin tilaajan järjestämissä tiloissa, muutamia Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tiloissa järjestettyjä koulutuksia lukuun ottamatta. Koulutusta tarjottiin kerran myös etäyhteydellä.

Koulutuksen suhteen saatettiin esittää erilaisia toiveita tilaajan taholta. Mikäli kyse oli eri teemojen painotuksista tai jonkin erityisen asian esiin nostosta, se toteutettiin mahdollisuuksien mukaan. Kovin isot muutokset eivät olleet resurssien puitteissa mahdollisia, esimerkiksi koulutuksen muokkaaminen vastamaan täysin eri kohderyhmää, kuin hankkeessa oli päätetty. Useimmat toiveet liittyivät kuitenkin koulutuksen pituuteen. Tilaaja saattoi toivoa 1–2 h koulutusta tai jopa vain 45 minuutin koulutusta. Näissä muutamissa tapauksissa muistutettiin, ettei ole mahdollista käydä läpi koulutuksen kaikkia osioita ja on hyväksyttävä asioiden tiivistetympi esitys ja/tai joidenkin osioiden poisjättäminen.

4.3 Koulutuksen markkinointi

Koulutus suunniteltiin perusterveydenhuollon ammattilaisille nojaten aiempiin tutkimuksiin (esimerkiksi Mann et al. 2005). Koulutuksen otsikko oli ”Itsemurhien ehkäisy -koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille” ja kohderyhmäksi mainittiin yleis-, työterveys- ja akuuttihoiton lääkärit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Koulutusesitteessä mainittiin myös, että sosiaalialan ammattilaiset saattavat joiltain osin hyötyä koulutuksesta. Vaikka markkinointi kohdistui terveydenhuollon ammattilaisiin, jo hankkeen alku-

vaiheessa koulutuksesta kiinnostuivat erityisesti sosiaali-alan ammattilaiset ja koulutuksia käytiin pitämässä mm. kahdessa vastaanottokeskuksessa.

Itsemurhien ehkäisy -koulutusta markkinoitaessa lähestyttiin perusterveydenhuollon yksiköiden johtajia, sairaanhoitopiirien koulutuksesta vastaavia tahoja ja yliopistojen lääketieteellisiä tiedekuntia. Muutama viikon kuluttua markkinointiviestit lähetettiin uudelleen niille tahoille, joilta ei ollut saapunut vastausta. Lumipallomenetelmällä otettiin yhteyttä myös muihin kiinnostuneisiin terveydenhuollon tahoihin. Hankkeen loppuvaiheessa tehtiin viimeinen markkinointi niille alueille, joihin koulutusta ei ollut vielä tilattu.

Tieto koulutuksesta tuntui leviävän näitä kanavia myöten myös muualle ja koulutusta tilattiin paikkoihin, joihin markkinointia ei ollut tehty.

4.4 Yleislääkäreiden erikoistumisopintoina annetut koulutukset

Jo hankkeen alussa koulutuksen toivottiin juurtuvan osaksi lääketieteellisten tiedekuntien yleislääkäreille annettavia erikoistumisopintoja. Oulun, Itä-Suomen, Turun ja Tampereen yliopistojen lääketieteelliset tiedekunnat ottivatkin koulutuksen osaksi erikoistumisopintoja, joita tarjottiin myös mm. psykiatriaan, akuuttilääketieteeseen ja työterveyteen erikoistuville paikasta riippuen.

Erikoistumisopinnot ovat pituudeltaan 4 x 45 minuuttia ja harjoitustöitä toivottiin useassa tiedekunnassa. Oulua ja Itä-Suomea lukuun ottamatta koulutettu kokemusasiantuntija oli mukana koulutuksissa sekä luennon tukena täydentäen asioita omasta näkökulmastaan ja vastaillen kysymyksiin että lopussa tehtävien harjoitusvastaanottojen potilaana.

5. Tavoitteiden toteutuminen

Hankkeelle ei asetettu sellaisia tulostavoitteita, joita ei voitaisi tarkastella hankeajan puitteissa. Väestön itsemurhien ja itsemurhayritysten lukumäärä oli yksi sellainen mittari. Vuoden 2018 itsemurhatilasto julkaistaan vasta vuoden 2019 lopulla ja oletettavaa sekä toivottavaa on, että koulutuksen hyödyt olisivat kauaskantoisempia. Lisäksi itsemurhien ja itsemurhayritysten määrään vaikuttavat monet muutkin tekijät kuin Itsemurhien ehkäisy -koulutus. Tästä esimerkkinä ovat muun muassa muut kärkihankeprojektit, kuten ELÄMÄ³-hanke ja Mielenterveyden ensiapu⁴ -hankkeet. Muita yllä mainitun tyyppisiä välillisiä tavoitteita olivat esimerkiksi paineen vähentyminen erikoissairaanhoidossa itsetuhoisten ihmisten hoitamisessa tai stigman vähentyminen.

Yllä mainitun lisäksi viimeinen koulutus pidettiin vuoden 2019 tammikuussa, joten hankkeen loppupuolella tapahtuvien koulutusten vaikutukset eivät ehdi vielä näkyä kokonaisuudessaan hankekauden aikana. Tämä oli huomioitava loppuraportoinnin osalta.

Sekä koulutusten että koulutuksiin osallistuneiden tavoitellut määrät (Taulukko 3.) ylitettiin.

Taulukko 3. Koulutusten ja koulutettujen määrät alueittain

Alueet	Koulutusten määrä	Koulutettujen määrä
Uusimaa	13	273
Keski-Suomi	3	203
Kanta-Häme	5	201
Satakunta	1	189
Pohjois-Pohjanmaa	2	170
Etelä-Savo	3	154
Kymenlaakso	3	148
Lappi	2	120
Päijät-Häme	2	104
Pohjanmaa	1	105
Pirkanmaa	2	79
Pohjois-Karjala	1	78
Varsinais-Suomi	2	60
Keski-Pohjanmaa	1	54
Pohjois-Savo	1	39
Kainuu	1	34
Etelä-Pohjanmaa	2	16
Etelä-Karjala	Koulutus peruuntui	0
Ahvenanmaa	Ei koulutusta	0
Yhteensä	45 koulutusta	2027 koulutettua ammattilaista

3 Lisätietoja <https://stm.fi/hankkeiden-tulokset>

4 Lisätietoja mielenterveydenensiapu.fi

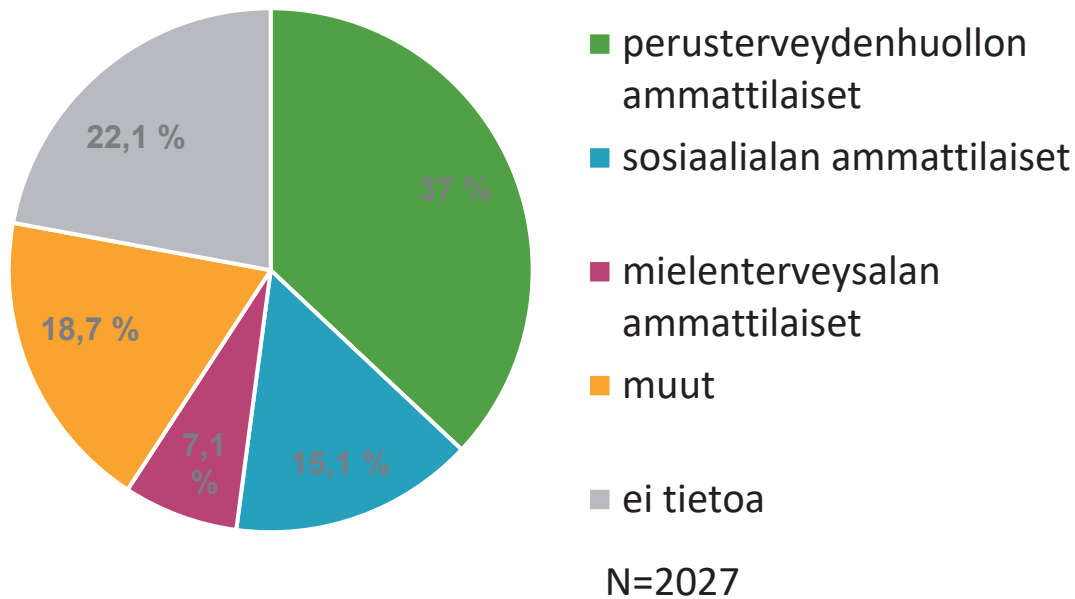
5.1 Koulutukseen osallistuneiden ammattijakauma

Hankkeen ydintavoite oli lisätä perusterveydenhuollon ammattilaisten tietoa ja osaamista itsemurhien ehkäisyssä: itsemurhavaarassa olevien tunnistamisessa, kohtaamisessa ja hoitamisessa. Mielenterveyshäiriöt, erityisesti masennus, ovat suuri riskitekijä itsemurhien taustalla, joten koulutuksessa käsitellään myös masennuksen tunnistamista ja hoitoa. Sen lisäksi käsitellään ammattilaisen omia tunteita ja suhtautumista liittyen itsetuhoisen ihmisen kohtaamiseen sekä itsemurhavaarassa olevien läheisten huomioonottamista ja tukemista.

Kuviossa 1 koulutukseen osallistuneet on jaettu eri ammattiryhmiin. Kolme ammattiryhmää muodostui perusterveydenhuollon, sosiaalialan ja mielenterveysalan ammattilaisista. Lisäksi kuvioon on eritelty ryhmä ”Muut” sekä ne, joiden ammattiryhmästä ei ole tietoa. Perusterveydenhuollon ammattilaiset (37 %) olivat koulutuksemme kohderyhmä, joille koulutuksen sisältö oli suunniteltu ja joille koulutusta ensisijaisesti markkinoitiin. Siitäkin huolimatta perusterveydenhuollon ammattilaiset, johon kuuluivat mm. lääkärit, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat, muodostivat vain noin kolmanneksen koulutetuista ammattilaisista kokonaisuudessaan.

Sosiaalialalla toimivat eri ammattilaiset (15,1 %) muodostivat toisen tiedossamme olleen ammattiryhmän. Tähän ryhmään kuuluivat mm. sosiaalityöntekijät, kuraattorit, nuorisotyöntekijät, sosiaaliohjaajat ja päihdetyöntekijät. Koulutushankkeen markkinointiesitteessä mainittiin, että koulutus saattaa joiltain osin olla hyödyllinen myös tälle ammattiryhmälle, mutta osallistujien runsas määrä oli silti yllätys. Sosiaalialalla työskentelevillä näkyi selkeä tarve tämän aihealueen koulutukselle. Koska koulutusta ei ollut räätälöity juuri tälle ryhmälle, osa sen sisällöstä ei välttämättä ollut relevanttia ja tiettyjä näkökulmia saattoi jäädä puuttumaan.

Vaikka itsemurhien ehkäisyä käsiteltiin perustasolla, myös mielenterveysalan ammattilaiset (7,1 %) olivat koulutuksesta kiinnostuneita. Mielenterveysalan ammattilaisiin kuuluivat mm. psykologit, psykiatriset sairaanhoitajat, depressiohoitajat ja mielenterveyshoitajat. Olettamuksemme oli ennen koulutusten aloittamista, että aihealue olisi mielenterveysalan ammattilaisille hyvin tuttu ja siten mahdollisesti vain vähän hyötyä antava. Ryhmä ”Muut” piti sisällään muiden kuin yllämainittujen ammattiryhmien edustajia ja opiskelijoita, esimerkiksi asiakasohjaajia, erityisopettajia, henkilöstökoordinaattoreita ja kuntoutusohjaajia. Myös lähihoitajat sijoitettiin tähän ryhmään, sillä tämä ammattiryhmä toimii hyvin erilaisilla alueilla, eikä heitä voitu siten sijoittaa perusterveydenhuollon ammattilaisten ryhmään. Erilaisia ammattinimikkeitä tässä ryhmässä oli erittäin runsaasti. Ammattitietoa ei saatu reilulta viidesosalta (22,1 %) koulutukseen osallistuneista.



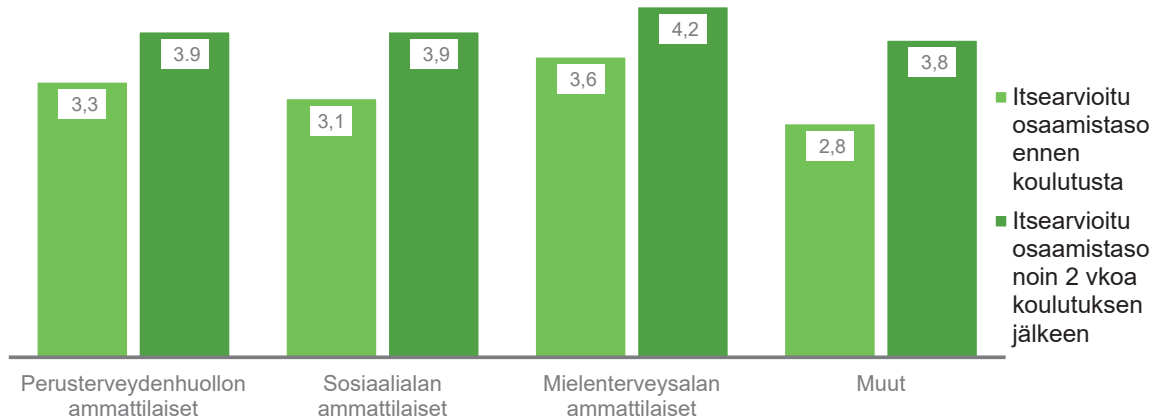
Kuvio 1: Amattiryhmien jakautuminen

5.2 Koulutukseen osallistuneiden osaamisen kasvaminen

Olennaista koulutuksen sisällön suunnittelussa ja hankkeen toteuttamisessa oli se, että koulutukseen osallistuneiden tieto ja osaaminen lisääntyisi koulutuksen johdosta ja siten vaikuttaisi myönteisesti toimintaan työssä.

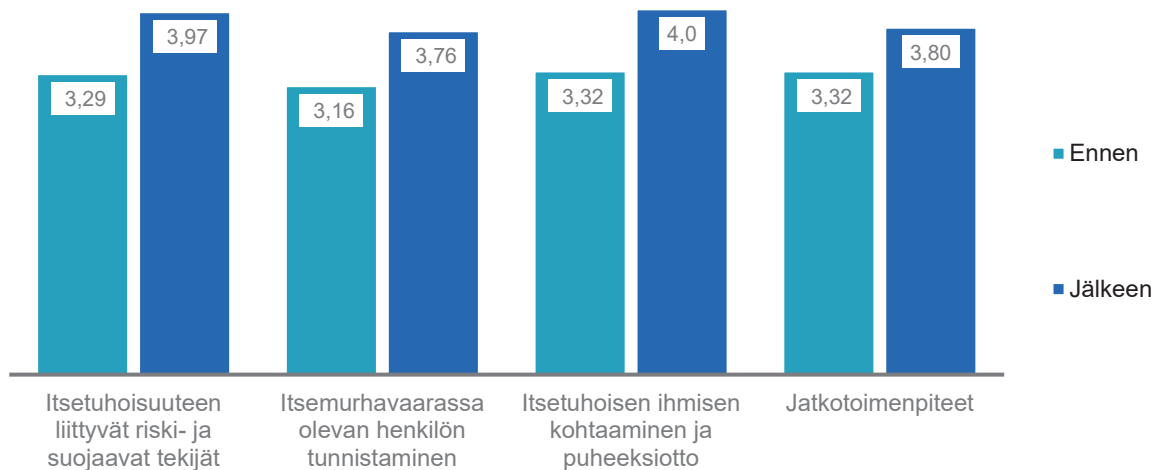
Koulutukseen osallistuvilta kysyttiin itsearvioitua osaamistasoa ilmoittautumislomakkeessa ennen koulutusta ja palautelomakkeessa 2 viikkoa koulutuksen jälkeen. Osaamistasoa osallistujat arvioivat aihealueittain: 1) riski- ja suojaavien tekijöiden, 2) itsemurhavaaran tunnistamisen ja arvioinnin, 3) itsemurhavaarassa olevan ihmisen kohtaamisen ja puheeksioton sekä 4) hoidon ja jatkohoitoon ohjauksen suhteen. Koulutukseen osallistujat arvioivat sen hetkisen tietämystason seuraavasti: 1=erittäin huono, 2=huono, 3=keskinkertainen, 4=hyvä, 5=erittäin hyvä.

Kaavio 1 kuvaa osaamistason muutosta kaikkien osa-alueiden keskiarvona. Kaikkien ryhmien osaamistaso kasvoi. Perusterveydenhuollon ammattilaisten osaaminen nousi 0,6, sosiaalialan ammattilaisten 0,8, mielenterveysalan ammattilaisten 0,6 ja muiden 1,0 yksikköä. Kaikkien osallistuneiden osaamistaso siis nousi. Muiden ryhmä sisälsi paljon erilaisia amattiryhmiä, jotka eivät mahdollisesti tunteneet aihetta paljoakaan sekä opiskelijoita, joten suurin osaamistason nousu saattoi johtua siitä.



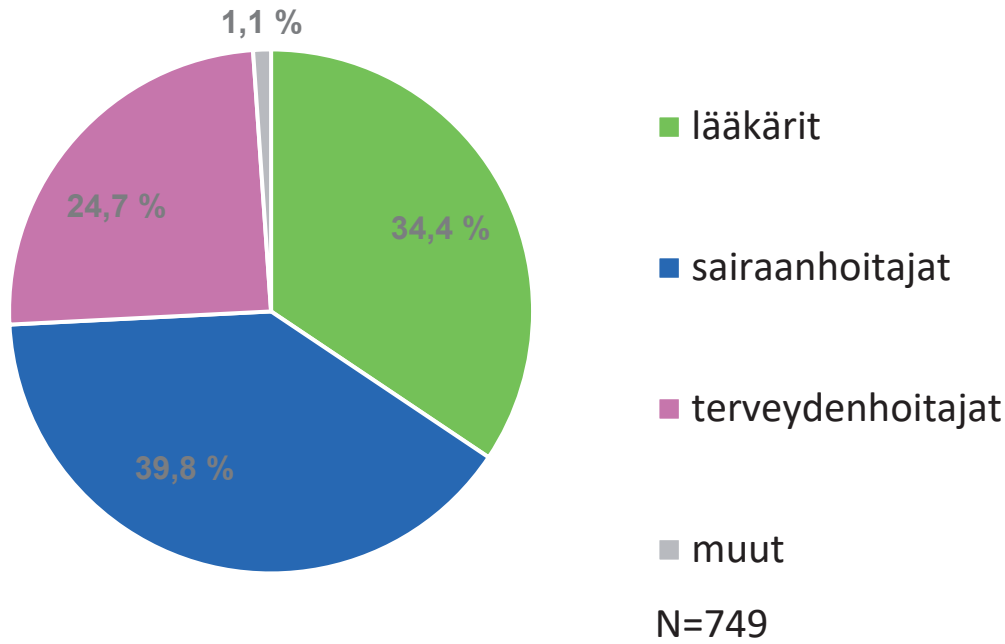
Kaavio 1: Itsearvioitu osaamistason muutos ammattiryhmittäin (keskiarvo kaikista osa-alueista)

Kaaviossa 2 on kuvattu perusterveydenhuollon ammattilaisten osaamistaso koulutuksen osa-alueiden mukaan. Vastoin ennakko-olettamuksia itsetuhoisuuteen liittyvien riski- ja suojaavien tekijöiden osa-alueessa näkyi eniten osaamisen kasvua. Tämän osa-alueen oletettiin olevan koulutukseen osallistuneille tutuinta. Koulutukseen osallistuneiden palautteiden avovastauksista tuli kuitenkin esiin, että erityisesti suojaavista tekijöistä keskusteleminen oli osallistujille hyödyllistä ja uutta tietoa. Saman verran osaamistason kasvua oli havaittavissa itsetuhoisen ihmisen kohtaaminen ja puheeksiotto -osiossa. Edellisiin verrattuna osaamisen kasvua näkyi hieman vähemmän itsemurhavaarassa olevan henkilön tunnistaminen -osiossa ja pienen osaamisen kasvu näkyi hoito ja jatkotoimenpiteet -osiossa.



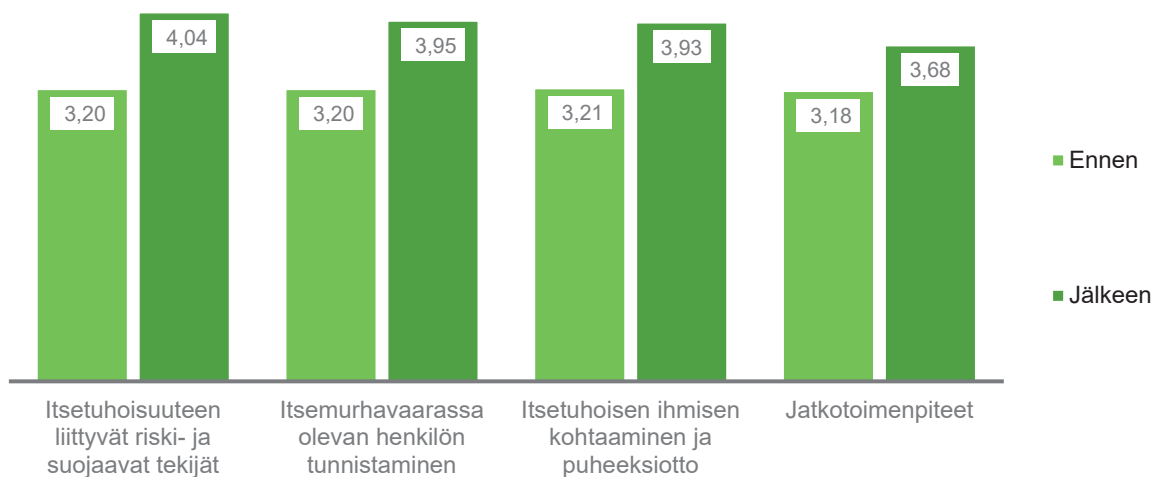
Kaavio 2. Perusterveydenhuollon ammattilaisten osaamistason muutos koulutuksen osa-alueiden mukaan

Koulutushankkeen kohderyhmän eli perusterveydenhuollon ammattilaisten osaamistason muutosta tarkasteltiin myös tarkennetuin ammattiryhmin (Kuvio 2.). Ryhmä jaettiin lääkäreihin, sairaanhoitajiin, terveydenhoitajiin ja muihin. Muut-osio koostui esimerkiksi perusterveydenhuollossa työskentelevistä osastonhoitajista ja apulaisosastonhoitajista.



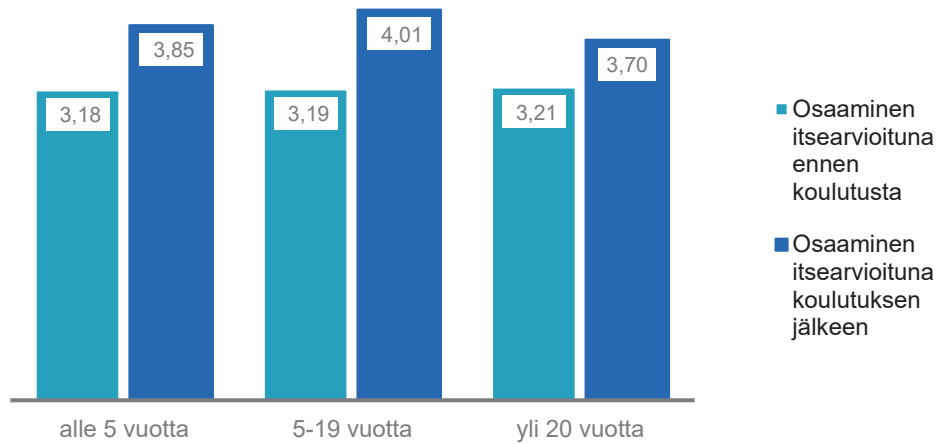
Kuvio 2. Perusterveydenhuollon ammattilaisten jakautuminen

Lääkäreiden osaamistason muutos (ks. kaavio 5.) koulutuksen osa-alueiden mukaan noudatteli perusterveydenhuollon ammattilaisten muutoksia sikäli, että lääkäreiden suurin osaamistason kasvu näkyi itsetuhoisuuteen liittyvien riski- ja suojaavien tekijöiden käsittelyssä. Tämä muutos oli myös suurin, kun verrattiin kaikkien perusterveydenhuollon ammattiryhmien osaamisen kasvua. Pienin kasvu näkyi taas jatkotoimenpiteet-osiossa. Myös terveydenhoitajien ammattiryhmässä suurin ja pienin olivat samoissa osioissa kuin lääkäreillä. Sairaanhoitajien ammattiryhmässä suurin osaamisen kasvu (Kaavio 7.) nähtiin itsetuhoisen ihmisen kohtaaminen ja puheeksiotto -osiossa.



Kaavio 5. Lääkäreiden osaamistason muutos koulutuksen osa-alueiden mukaan

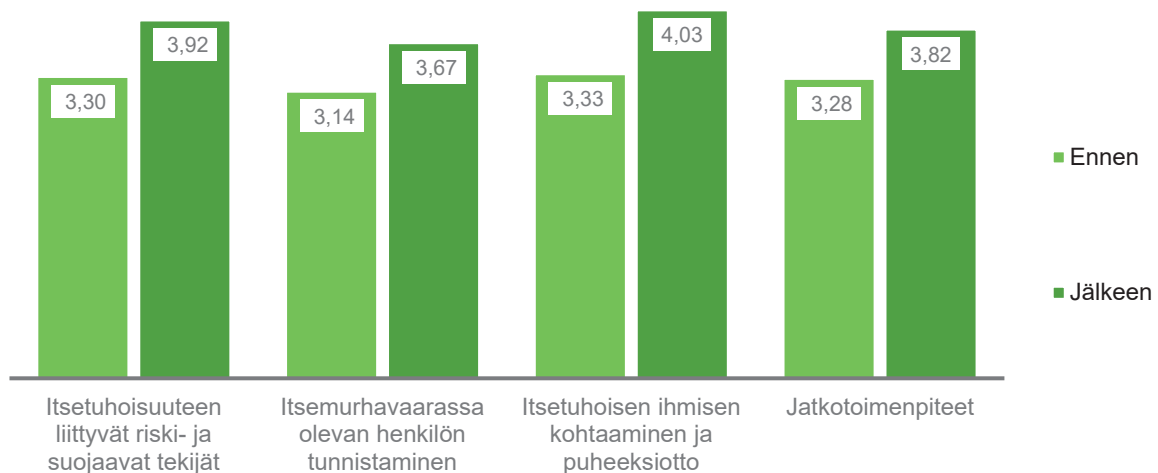
Saadaksemme lisätietoa siitä, vaikuttiko lääkäreiden osaamisen kasvuun työssäolovuosien määrä, jaotimme koulutukseen osallistuneet ja sekä ilmoittautumis- että palautelomakkeeseen vastanneet lääkärit (N=56) kolmeen ryhmään: 1) alle 5 työssäolovuotta, 2) 5–19 työssäolovuotta ja 3) yli 20 työssäolovuotta. Näin lääkärit jaettiin työvuosiltaan ”valmistuneisiin”, ”vakiintuneisiin” ja ”konkareihin” (kaavio 6.).



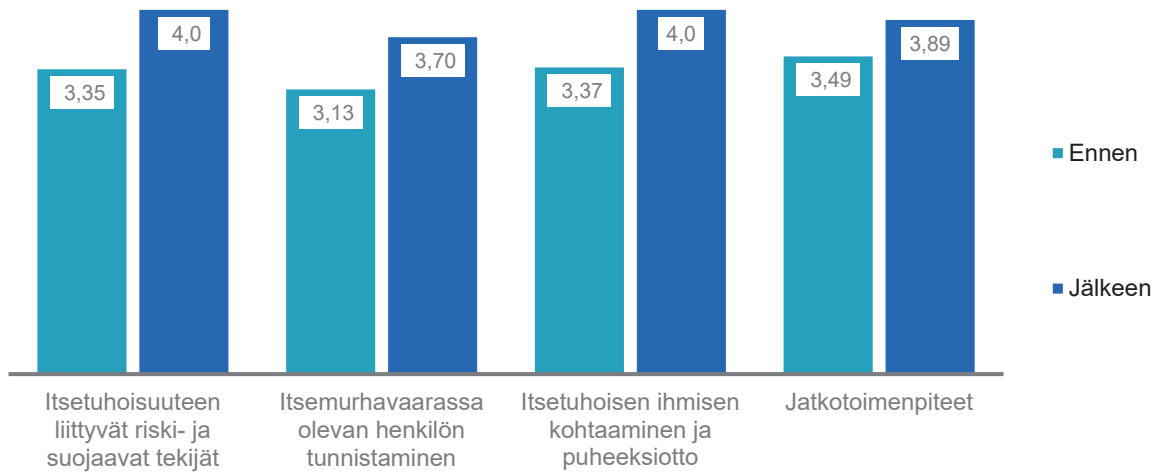
Kaavio 6. Lääkäreiden osaamisen kasvu (kaikkien alueiden keskiarvo) ryhmiteltynä työssäolovuosien mukaisesti

Kaaviossa 6 on nähtävissä, että työvuosiltaan ”vastavalmistuneet” ja ”vakiintuneet” lääkärit näyttivät hyötynneen enemmän koulutuksesta kuin työvuosiltaan ”konkarit”. Tästä voisi olla pääteltävissä, että ikävuosiltaan ”vastavalmistuneet” ja ”vakiintuneet” eivät ole saaneet opiskeluaikana tai työyhteisön lisäkoulutusten kautta osaamista aiheesta. Kun taas ”konkareiden” asiantuntemus aiheesta on lisääntynyt lukuisten työvuosien ja pitkän kokemuksen kautta.

Sairaanhoitajien ammattiryhmän osaamisen kasvu itsetuhoisuuteen liittyvissä riski- ja suojaavissa tekijöissä oli pienintä verrattuna lääkäreihin ja terveydenhoitajiin (kaavio 7.). Terveydenhoitajien ammattiryhmän suurin osaamistason kasvu tapahtui juuri tässä osiossa (kaavio 8.). Kaikkien perusterveydenhuollon ammattiryhmien kesken pienin osaamisen kasvu näkyi terveydenhoitajien ammattiryhmässä liittyen hoito ja jatkotoimenpiteet -osiossa.

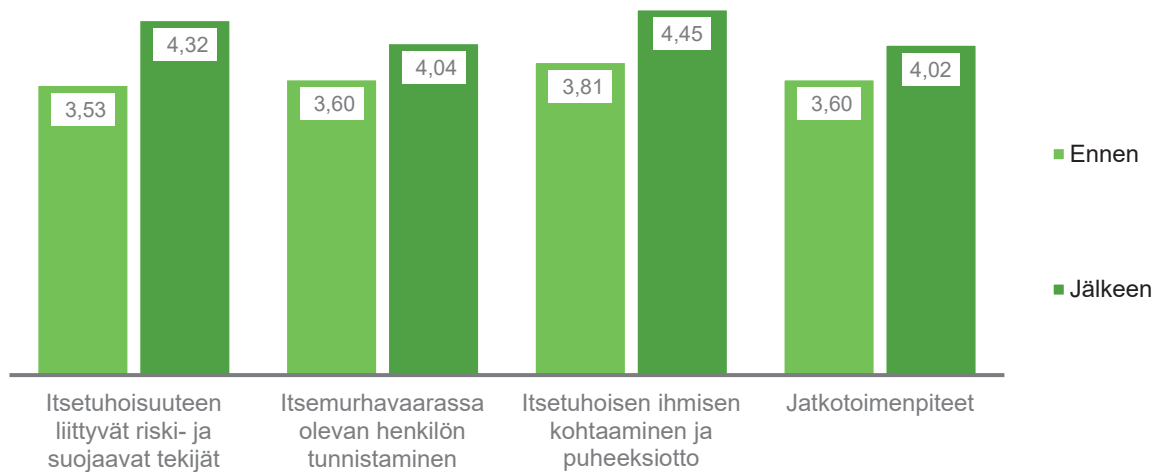


Kaavio 7. Sairaanhoitajien osaamistason muutos koulutuksen osa-alueiden mukaan



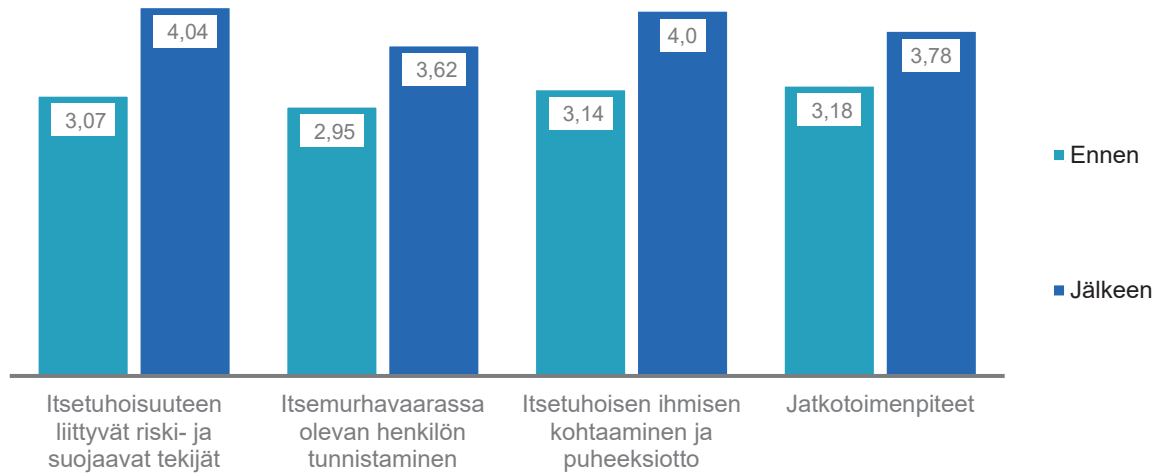
Kaavio 8. Terveydenhoitajien osaamistason muutos koulutuksen osa-alueiden mukaan

Myös mielenterveysalan ammattilaisten osaamistason kasvu noudatteli yhteistä linjaa perusterveydenhuollon ammattilaisten ryhmän kanssa (kaavio 9.) Merkittävin ero oli kuitenkin se, että mielenterveysalan ammattilaiset arvioivat sekä lähtötasonsa että osaamistonsa koulutuksen jälkeen suuremmaksi kuin perusterveydenhuollon ammattilaisten ryhmä. Osaamistason kasvu oli lisäksi suurempaa itsetuhoisuuteen liittyvät riski- ja suojaavat tekijät -osiossa verrattuna perusterveydenhuollon ammattilaisiin.



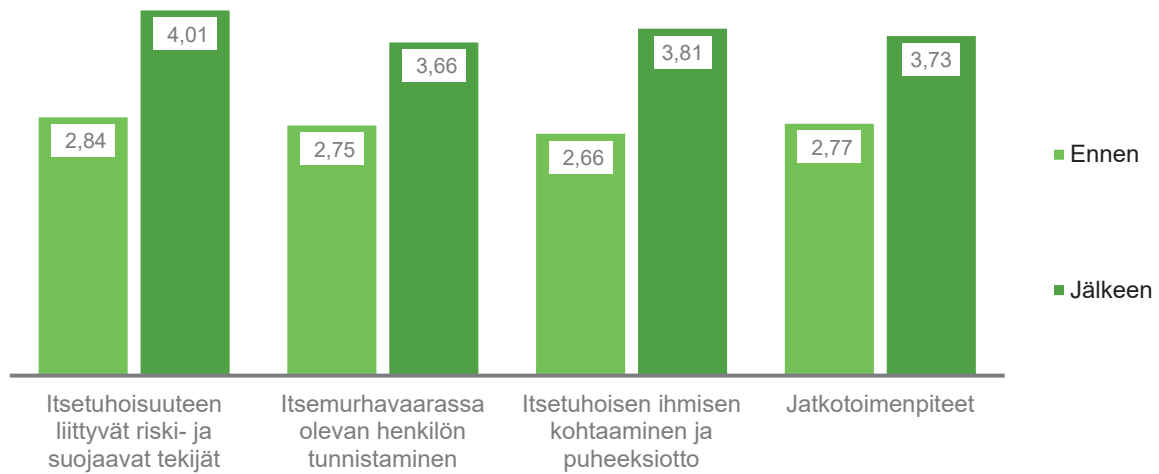
Kaavio 9. Mielenterveysalan ammattilaisten osaamistason muutos koulutuksen osa-alueiden mukaan

Sosiaalialan ammattilaisten ryhmässä osaaminen nousi eniten itsetuhoisuuteen liittyvät riski- ja suojaavat tekijät -osiossa. (Kaavio 10.) Myös tässä ryhmässä vähiten osaaminen kasvoi jatkotoimenpiteet -osiossa.



Kaavio 10. Sosiaalialan ammattilaisten osaamistason muutos koulutuksen osa-alueiden mukaan

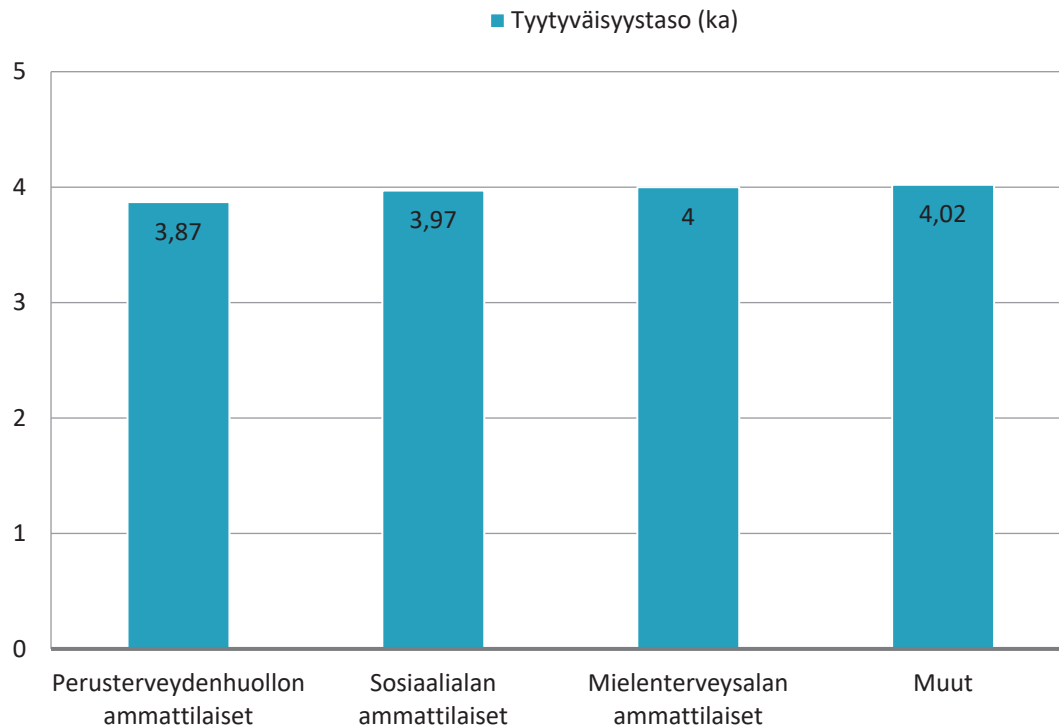
Muut -ryhmä (kaavio 11.) ei tuonut muutosta siihen, missä osiossa kasvua tuli eniten verrattuna kaikkiin muihin ammattiryhmiin, jotka osallistuivat koulutukseen. Muutosta jokaisella osa-alueella oli kuitenkin havaittavissa enemmän kuin muissa ryhmissä.



Kaavio 11. Muut -ryhmän osaamistason muutos koulutuksen osa-alueiden mukaan

5.3 Koulutuksen arviointi

Palautelomakkeen kysymyksellä ”Kuinka tyytyväinen olit koulutukseen kokonaisuudessaan?” pyydettiin antamaan myös numeerinen palaute asteikolla 1-5 liittyen koulutuksen sujuvuuteen ja koulutustapaan. Osallistujien arvioiman tyytyväisyystason keskiarvo oli 3,95 (kaavio 12.).



Kaavio 12. Ammatinharjoittajien tyytyväisyystaso (ka)

Tyytyväisimpiä koulutukseen olivat mielensterveysalan ammattilaiset sekä muut-ryhmään kuuluvat osallistujat. Muut-ryhmän osallistujien korkeampaa tyytyväisyyttä voinee selittää mm. se, että ryhmässä oli opiskelijoita sekä ammattilaisia, joille aihe oli vieraampi kuin esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisille ja näin ollen he kokivat saaneensa paljon uutta tietoa. Mielensterveysalan ammattilaisten suurta tyytyväisyyttä taas on vaikea selittää, sillä tälle ryhmälle koulutuksen aihealueen olettaisi olevan kaikkein tutuin ja siten heille myös vähiten hyödyllinen. Toisaalta, juuri aiheen tuttuuden takia voi olla, että mielensterveyden ammattilaiset kokivat aihealueen tärkeäksi ja siten myös hyödylliseksi, vaikka aihe saattoikin olla suurelta osin tutun kertausta.

5.4 Kuuden kuukauden jälkeen lähetetyt palautelomakkeet sekä yksilö- ja fokusryhmähaastattelut

Koulutukseen osallistuneille lähetettiin kyselylomake noin kuuden kuukauden päästä koulutuksesta. Tässä kyselyssä tiedusteltiin muun muassa olivatko osallistujat kohdanneet itsemurhavaarassa olevia henkilöitä koulutuksen jälkeen ja miten he olivat mahdollisesti hyödyntäneet tätä koulutusta.

Kyselylomakkeesta saatua tietoa koulutuksen hyödyistä ja vaikuttavuudesta syvennettiin edelleen suorittamalla yksi fokusryhmähaastattelu (6 osallistujaa) sekä kolme yksilöhaastattelua terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisille teemahaastattelun periaatteella. Haastattelut suoritettiin kevään ja kesän 2018 aikana.

Fokusryhmähaastatteluun osallistui työntekijöitä yksityisistä ikääntyneille sosiaali- ja terveyspalveluita tarjoavasta organisaatiosta. Fokusryhmä koostui kahdesta vastaavasta hoitajasta, kahdesta sairaanhoitajasta ja kahdesta sosionomista. Kyseisessä työyhteisössä on tarjolla monenlaista toimintaa mm. päivätoimintaa mielen hyvin- ja pahoinvointiin liittyen, mutta myös asumis- ja hoivapalveluja.

Yksilöhaastatteluissa oli mukana kaksi terveyskeskuslääkärinä sekä yksi sosiaalialan ammattilainen. Kaikki yksilö- ja fokusryhmähaastattelut olivat naisia.

Seuraavassa on koottu vastauksia sekä yksilö- että fokusryhmähaastatteluista mutta myös Webropolin kautta kerätyistä 6 kk -kyselyistä (392 vastaajaa). Yhteensä siis 401 vastausta. Teemahaastattelurunko löytyy liitteestä (liite 2.)

5.4.1. Mikä oli hyvää ja hyödyllistä/koettiin hyväksi ja hyödylliseksi koulutuksessa?

Yleisesti ottaen vastaajat kokivat aiheen erittäin tärkeäksi ja moni totesi, että vastaavanlaista koulutusta tulisi järjestää säännöllisin väliajoin, jotta aihe ja osaaminen pysyvät muistissa ja jotta tietoisuus aiheesta kasvaisi.

”Sain paljon hyödyllistä tietoa itsemurhien ehkäisyyn liittyen.”

Sosiaalityöntekijä

”Oli hyvin esitetty masennukseen liittyviä fyysisiä oireita, mm. lihaskipu ja unettomuus, joita ei välttämättä tunnisteta perusterveydenhuollossa.”

Sairaanhoitaja

”Tämän kaltaisia koulutuksia toivoisi lisää, jotta tietoisuus kasvaisi ja asiaa ei turhaan ”hyssytel-täisi”.”

Työvalmentaja

”Itsemurhien ehkäisyn näkökulma pitäisi kuulua jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen täydennyskoulutukseen säännöllisin väliajoin.”

Koulutussuunnittelija

”Säännöllisesti koulutusta/asian päivitystä esim. kerran vuodessa.”

Sairaanhoitaja

”Puheeksioton kertausta.”

Työterveyshuollon erikoislääkäri

”Asioiden kertaaminen ja miettiminen ylipäättään on hyödyllistä.”

Sairaanhoitaja

Viimeisessä sitaatissa kiteytyvät usein mainitut seikat: toive/tarve säännöllisiin koulutuksiin liittyen aiheen, tiedon päivittäminen sekä se, että koulutuksen jälkeen asioita tuli pohdittua joko sisäisesti tai laajemmin työyhteisössä. Erityisesti se, että asioista keskustellaan työryhmän sisällä, koettiin tärkeäksi ja hyödylliseksi.

”...käytte ehkä sitten kunnassa tai terkkarissa tai jossain niin, sehän on kans, ihan hyvä ajatus koska silloin se nostaa myös sen teeman esille siel työyhteisös ja sit siitä ehkä tulee jatkoa. Siis silleen

että jatketaan sen puhumista jossain lounastauolla tai muussa koulutuksessa. Et se, et ottaa sen koko työyhteisön siihen, kouraansa ni sehän on se, hyvä puoli siinä.”

Terveyskeskuslääkäri

”Todella tarpeellinen koulutuksen aiheeksi. Olisi tärkeää saada vahvistettua työntekijän ajatus siitä, että pitää ottaa asiakas/potilas vakavasti, ei saa koskaan kohdella välinpitämättömästi, Kyseessä on kuitenkin aina hätähuuto, avun tarpeen ilmaisu.”

Aikuissosiaalityön palveluohjaaja

”Nii ja kyllähän siis tommonen antaa kans valmiuksia niin ku mä sanoin et just se faktatieto, ja siis siinä on paljon elementtejä mitkä.. tai vaikka just tää jos aattelee sitä kertaamisen, vaikka tietäis jotakin asioita uusia näkökulmia tulee aina ku joku aukasee suunsa.”

Lähihoitaja

Osallistujat kokivat saaneensa koulutuksesta monenlaista hyötyä ja oman osaamisen taso oli koulutuksen myötä lisääntynyt. Sekin osa vastaajista, joka koki koulutuksen teemojen olleen entuudestaan tuttuja, kertoivat koulutuksen olleen hyödyllistä, koska se vahvisti edelleen omaa osaamista. Osaamisessa erityisesti varmuus kysyä itsetuhoisista ajatuksista ja olla läsnä itsetuhoisen ihmisen kanssa lisääntyi.

”Oli hyötyä ja mulla tais käydä itse asiassa olikohan se ihan samalla viikolla vai seuraavalla niin, tässä mä pidin ryhmää niin asiakas rupes puhumaan itsetuhoisista ajatuksista että se tuli niin äkkiä sitten se tilanne.”

Vastaava hoitaja

”Varmuutta olla asian kanssa tekemisissä.”

Psykologi

”Koulutus edesauttoi kykyä ottaa itsetuhoisen ajatukset luontevasti esille haastattelussa. Toisaalta koulutus antoi eväitä suisidiriskin parempaan arviointiin ja itsetuhoisen ihmisen kohtaamiseen.”

Lääkäri

”Vanhan tiedon palauttaminen, kaikki tieto hyödyksi.”

Ohjaaja

”Koulutus vahvisti omaa aikaisempaa tietoa ja kokemusta. Koulutus toimi enimmäkseen muistutuksena siitä, että osaan toimia itsetuhoisten asiakkaiden kanssa.”

Psykologi

Itsemurhien ehkäisyyn liittyvän tiedon kasvu liittyi vahvasti osaamisen lisääntymiseen. Joillekin vastaajille aihealue oli myös täysin uusi. Lisäksi koulutuksen jälkeen saadut luentomateriaalit koettiin hyödyllisiksi, ja se, että teemoihin voitiin koulutuksen jälkeen palata.

”Me katottiin viikkopalaverissa, on käyty läpi ihan et mä kyllä en kaikkia dioja näyttänyt silleen mutta silleen justinsa niitä muutamia dioja muistan että katottiin, vähän skippailin, mut semmoset tärkeimmät asiat mitä koskettaa tossa meillä.”

Vastaava hoitaja

”Oon joo siis mä tulostin melkein kaikki sillon jonkun osion, varmaan sitte ne ensimmäiset ne mitä mä en kokenu nii mä tulostin ne, ja sit muistaakseni viel alleviivasin jotaki sieltä että voi palata. Et materiaali on ehdottomasti tärkeitä.”

Lähihoitaja

”Hyödyllistä/mielenkiintoista tilastotiedot.”

Terveystenhoitaja

”Aihealue oli minulle kokonaisuudessaan uusi.”

Sosiaalityöntekijä

Suojaavista tekijöistä puhutaan yleensä huomattavasti vähemmän kuin itsetuhoisen käyttäytymisen ja itsemurhien riskitekijöistä. Halusimme koulutuksessa korostaa myös suojaavia tekijöitä, sillä erityisesti hoitosuhteen jatkuessa ja siinä vaiheessa, kun toipuminen alkaa, voi olla hyödyllistä pyrkiä löytämään ja vahvistamaan kunkin itsetuhoisuudesta kärsineen ihmisen suojaavia tekijöitä ja löytää niiden avulla voimavaroja.

”Suojaavista tekijöistä kuuleminen.”

Toimintaterapeutti

Itsemurhien uutisointi ei sinänsä kuulunut koulutuksen teemoihin, mutta silloin kun se sopi koulutuksen etenemiseen tai keskusteluun, kouluttaja mainitsi, miten oikean- tai vääräntyyppinen uutisointi saattaa vaikuttaa itsetuhoisiin ihmisiin.

”Että kyllähän nää on siis tosi hyvä aina semmonen herättely taas, ja just että noinki voi aatella ja okei että tutkimukset sanoo noin. Että kyllähän se on sitte taas semmonen, ja sit ku perustelee tuolla esimerkiks lehdistölle ku mäki teen niitä tiedotteita ja muuta niin siis se faktatietohan on siellä se..”

Lähihoitaja

Koulutuksen kaikki sisältöosiot koettiin tärkeiksi: itsemurhariskissä olevan potilaan kohtaaminen ja asian puheeksiotto, itsemurhariskin tunnistaminen ja arviointi sekä hoitoonohjaus. Riski- ja suojaavien tekijöiden suhteen osa vastaajista koki omaavansa riittävästi tietoa siitäkin huolimatta, että kaikki ammattiryhmät kokivat eniten itsearvioitua osaamisen kasvua juuria tässä osa-alueessa. Myös itsemurhariskissä olevan henkilön tunnistaminen koettiin tärkeäksi.

”Kohtaamiseen ja keskusteluun liittyvät asiat ovat tärkeitä. On myös hyvä muistaa, ettei voi kaikkia itsemurhia ehkäistä, vaikka tekisi kuinka hyvää työtä tahansa. Ei voi syyllistää itseään vaikka asiakas/potilas päätyy, tukitoimista/ohjaamisesta/hoidosta huolimatta, itsemurhaan.”

Sairaanhoitaja

”Itsetuhoisen asiakkaan kohtaaminen ja tunnistamisen tärkeyden muistaminen koulutuksen jälkeen entistä helpompaa.”

Sairaanhoitaja

”Kaikista eniten hyödyin siitä, että sain varmuutta kohdata itsetuhoisia asiakkaita koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Epävarmuutta on ollut aiemmin paljon enemmän.”

Kouluterveydenhoitaja

Moni vastaaja oli kokenut aiemmin epävarmuutta ottaa itsemurhavaara puheeksi potilaan kanssa. Usea vastaaja koki saaneensa koulutuksesta lisää rohkeutta.

”Kannustus kysyä asiasta ihan joka ikinen kerta.”

Lääkäri

”Tai just ton kohtaamisen, voi että mä toivon että kaikki rohkastus paljon enemmän just ottaa vaikeita asioita puheeks.”

Lähihoitaja

”Mun mielestä oli kans hyvä työ, ja sit jotenkin se jäi mieleen että se kysymällä et se riski ei kasva kuitenkaan... ja sit sitä on tuolla työyhteisössäkin kannustanu että pitää rohkeesti ottaa puheeksi ja sitten että jos [henkilö] jotenkin, tuo niitä ajatuksia esille että niitä pitää oikeesti kuunnella ja vaikei osaiskaan sano siihen mitään, niin silti et on siinä läsnä, et sillä on suuri merkitys.”

Sosionomi

”No meillä oli tää itsetuhoisen ihminen... ja hänhän oli yrittäny sitä kanssa, niin oikeestaan nyten rohkastu tän jälkeen hänen kanssaan puhumaankin asioista, just suoraan et silleen et ihan rohkeesti ja mä luulen, et se on hänellekin, että voi kierrellä ja kaarella ja varoa sanoja, mitä käy et yleensä sitä aina hienostelee vähän silleen, että no miltä susta nyt tuntuu tätkö vähän silleen... toi suoraan puhuminen on aika tärkeitä, loppujen lopuks. Et sitä monesti varoo, et mä ehkä aattelen, et siinä pelkäis, et se sitten tekee jotain, kun mä nyt kysyn tätä näin tai loukkaantuu siitä.”

Vastaava hoitaja

Koulutuksen osiossa, joka liittyi itsetuhoisen ihmisen tunnistamiseen, keskusteltiin muun muassa erilaisten mittareiden käyttämisestä työkaluina itsemurhavaaran arvioinnissa.

”Itsemurhariskien tunnistaminen ja potilaan kohtaaminen antoivat vahvistusta työssä siihen, että pystyy tunnistamaan herkästi itsemurhariskissä olevia potilaita, hyödyllistä tietoa tuli myös keskusteluun riskin tunnistamisen jälkeen.”

Sairaanhoitaja

Koulutuksessa käsiteltiin itsetuhoisen ihmisen hoitamista perusterveydenhuollossa, mutta myös sitä, milloin jatkohoitotoimenpiteet voivat olla tarpeen. Näihin hoitosuhteeseen ja jatkohoitoon liittyvien prosessien ja kysymysten pohdintoja pidettiin hyödyllisinä.

”Jatkohoitoon ohjaamiseen liittyvät asiat, milloin voi tehdä MI:en.”

Lääkäri

”Hoitoonohjauksen vastuukysymykset konkretiassa tärkeitä tietää.”

Aikuissosiaalityön palveluohjaaja

”Kysyminen ja puheeksiotto on aiemminkin kuulunut vastaanottokäynteihin, mutta koen koulutuksen antaneen lisää tukea aiheesta keskusteluun sekä hoidon kiireellisyyden arviointiin.”

Terveystenhoitaja

”No ehkä se hoitoonohjaus on aina ongelmallista. Varsinkin ku se on niin kuntariippuvaista ja siis silleen, et sä voit olla töissä Helsingissä ja sitten Espoossa ja sitten ne onkin ihan eri systeemit. [nauraa] Et se on.. Mun mielest se on semmonen musta aukko aina. [nauraa] Aina ku menee uuteen paikkaan töihin ni, se on yks niist asioista, mitkä mul on ainaki listal, et mitkä mä haluan selvittää on just näiden mielenterveys..-potilaiden jatkot koska se on..”

Terveyskeskuslääkäri

Monet kokivat koulutuksen sisältöön kuuluvat sekä keskusteluissa syntyneet ja jaetut käytännön esimerkit ja omakohtaisten kokemusten jakamisen koulutuksen hyödyllisimmäksi anniksi. Mikäli koulutukseen osallistuneet eivät itse tuoneet esiin kysymyksiä tai kokemuksiaan, kouluttaja kertoi muissa koulutuksissa kerrottuja kokemuksia.

”Toisten kokemukset itsetuhoisten potilaiden kohtaamisessa.”

Sairaanhoitaja

”Keskustelu vaaran piilotetuista merkeistä, konkreettiset esimerkkilauseet auttaa siirtämään käytäntöön helposti asioita (varsinkin uusille työntekijöille varmasti hyvä).”

Sosiaaliohjaaja

”Asian puheeksi ottamisen tärkeys. Asiasta rauhallisesti keskustelu ja tilanteen vakavuuden kartoittaminen.”

Psykiatrinen sairaanhoitaja

”Se keskustelun tärkeys, että ku niitten muitten kokemukset, nii ne oli mulle varmaan se paras anti.”

Lähihoitaja

”No videot mut mun mielestä muutenkin oli siis tärkeitä mut ehkä justiinsa se, keissien mukaan ja muuta ne käytännön esimerkit.”

Sosionomi

”Mä aattelin että.. enemmän siis must tuntu, että mä hyödyin niitten muitten kokemuksista, ku varsinaisesti siitä koulutuksesta, mutta ku mä rakastuin tähän ideaan että just näitä yleisesti käytäis lävitse. Siis se must oli ihan mahtavaa että kun näitä asioita puhutaan ja nostetaan tapetille ja siis.. et jos kaikki sais saman informaation, tavallaan ois semmonen yhtenäinen käsitys.”

Lähihoitaja

Erityisen hyväksi ja opettavaiseksi koettiin videoinnit kokemusasiantuntijan erilaisista kokemuksista avun hakemisessa ja saannissa. Kokemusasiantuntijan kertomukset antoivat ammattihenkilöstölle näkökulmaa potilaan asemaan ja näkemyksiin.

”Kokemusasiantuntijat ja käytännön simuloitut harjoitteet oli huippujuttu.”

Lääkäri

”Ja sitte oli hyvä se kokemusasiantuntijaosuuski, että ne on aina hyviä, et ku sielt tulee sit se rehellisesti miks näin oli ja mitä tapahtu ja mitä edelsi.”

Lähihoitaja

”Nimenomaan mun näkökulmasta, tämmösest terkkarilääkärin näkökulmasta mutta, se mitä siel oli ni mun mielest se oli aika hyvää ja, et just se video ja kaikki et kyl se.. Kyl mul jäi tosi hyvä mieli siitä, päivästä ja mä ajattelin pitkään niitä ajatuksia sen jälkeenkin.”

Terveyskeskuslääkäri

”Mun mielestä aina noi esimerkit, niin kun justiinsa mikä siinä oli tää kokemusasiantuntija ja tämmöset näin niin ihan esimerkein et musta tuntuu et monesti on esimerkin kautta, saa ehkä parhaimman, hyödyn.”

Vastaava hoitaja

”Oli [hyötyä]. Todellaki. Joo. Erityisesti tämmösen, sillä hetkellä klinikon näkökulmasta koska sitä, potilasnäkökulmaa siinä potilastyössä itsessään ei hirveesti aina ehdi ottaa ja kuulla.”

Terveyskeskuslääkäri

”Munkin mielestä se konkreettallisuus oli jotenkin selkee ... ja just se video oli mun mielestä kans semmonen käytännönläheinen ja selkee.”

Sairaanhoitaja

Hyödylliseksi ja osin uudeksikin tiedoksi todettiin osio, jossa käsiteltiin omaisten ja perheen mukaan ottamista potilastapaamiseen sekä tuen jakamista myös omaisille. Itsetuhoisen henkilön läheisten tukeminen ei kuulunut alkuperäiseen opetusmateriaaliin. Palautelomakkeissa aiheen käsittelyä kuitenkin toivottiin ja näin ollen aiheen käsittely lisättiin koulutuksen sisältöön.

”Tieto itsetuhoisten potilaiden omaisille suunnatuista tukipalveluista kolmannella sektorilla.”

Lääkäri

”Ja ehkä se semmonen omaisten ja kaikki ketä se koskettaa niin niiden se, myös jotenkin miten tärkeetä on et hekin saa sen tuen.”

Sosionomi

”Ja sitte toinen asia, mikä oli semmonen selvä ehkä uusi asia oli se, että, kun siellä kun me keskusteltiin niiden muiden osallistujien kanssa, niin sit sieltä sai sen, idean siitä että, tosiaan näiden masennusta sairastavien tai itsemurhaa aikovien tai tehneiden, niiden omaisille on aika paljon tämmöstä kolmannen sektorin tukiverkostoo olemassa. Et se, se ei silleen tullu mulla vastaan enää sit potilastyössä sen jälkeen mutta, joka tapauksessa se tieto siitä, ni se oli mulle uusi tieto ja sellainen, että mä ajattelin, että tää mun pitää pitää mielessä sitten kun mä, sitten kun mä jatkossa, hoidan ihmisiä.”

Terveyskeskuslääkäri

Hankkeen alussa päätettiin, että koulutuksen jälkeiset palautelomakkeet käydään läpi mahdollisimman pian koulutuksen jälkeen niin, että siinä mahdollisesti esitettyihin toiveisiin ja kehittämisehdotuksiin voitaisiin reagoita. Jos toive liittyi sisältöön, joka oli helposti sisällytettävissä kokonaisuuteen ilman, että muuta olemassa olevaa sisältöä jouduttaisiin poistamaan, voitiin ehdotus toteuttaa. Luonnollista teemojen tiivistämistäkin tehtiin. Palautelomakkeessa kysyttiin myös koulutusta edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä. Mikäli tekijät olivat hanketyöryhmän toteutettavissa, pyrittiin niihin reagoimaan. Ulkoisiin seikkoihin, kuten esimerkiksi koulutustilaan tai sen tekniikan toimivuuteen ei valitettavasti ollut mahdollista vaikuttaa, sillä nämä olivat tilaajan vastuulla.

Riippui hyvin paljon koulutukseen osallistuvien ryhmästä, syntyikö keskustelua tai rohkaistuivatko osallistujat kertomaan omia kokemuksiaan. Jos koulutukseen osallistuvat eivät kannustuksesta huolimatta lähteneet mukaan vuorovaikutukseen, kouluttaja kertoi anonyymisti kokemuksia, joita oli tuotu esiin muissa koulutuksissa. Kouluttaja ei halunnut painostaa keskusteluun silloin, kun se selvästi näyttäytyi vaikeana. Koulutuksen aihe on edelleen arkaluontoinen ja riippuen sekä osallistujien omista kokemuksista että ryhmän kokoonpanosta, saattoi olla, ettei haluttu ottaa esiin mahdollisesti omaa epävarmuutta korostavia puheenvuoroja. Toisaalta, joissakin koulutuksissa keskustelu ja kokemusten jakaminen oli hyvinkin runsasta. Arviointi siitä, mikä vaikutti vuorovaikutuksen määrään, vaatisi tarkempaa ryhmädynamiikan ja osallistujien profiilin määrittämistä. Kouluttajan oli myös huomioitava, että runsas keskustelu vaati hyvää ajanhallintaa, jotta kuitenkin ehdittiin käydä koulutuksen sisällöt läpi.

5.4.2 Muutokset työyksikön työkäytäntöihin koulutuksen seurauksena

Valtaosa vastaajista ilmoitti, että koulutukseen osallistumisen seurauksena ei tehty muutoksia työyksikön työtapoihin. Moni vastaaja kertoi kuitenkin koulutuksen herättäneen paljon keskustelua työyhteisössä ja siten edistäneen aiheen esilläpitoa niin työyhteisössä kuin varsinaisessa asiakastyössä. Osa koulutukseen osallistuneista oli jakanut muille työyksikön työntekijöille tietoa koulutuksen aihepiireistä sekä jakanut koulutuksesta saatua materiaalia muille.

”Ei varsinaisesti, mutta itsemurhien ehkäisyyn liittyen käytiin useampi kahvipöytäkeskustelu koulutuksen seurauksena.”

Lääkäri

”Ei varsinaisesti työkäytäntöihin (sosiaalityössä), mutta asiasta puhutaan nyt enemmän kuin ennen.”

Eryityissosiaaliohjaaja

”Eipä oikeastaan muuten kuin että me koulutuksessa olleet toimme esille tärkeimpiä oppiamme kohtia muille työkavereille.”

Lääkäri

”Ei varsinaisesti, mutta puhuttiin, että kaikki puheet, mitkä viittaavat itsetuhoisuuteen, pitää ottaa vakavasti.”

Ohjaaja

”Ei, mutta koulutuspalautte muille hoitajille herätti paljon keskustelua.”

Palveluesimies

”Ei varsinaista muutosta, vaan itsemurhasta puhuminen ehkäisymielessä nyt useammin puheeksi asiakkaittemme kanssa - luontevaan malliin.”

Terveystenhoitaja

”Ei, materiaalit olivat esillä ja palautetta tuli hyvistä materiaaleista, joten ainakin yksilötasolla on varmaan tuottanut pohdintaa.”

Lähihoitaja

Keskustelujen tuloksena oli yhdessä yksikössä keskusteltu ja mietitty eri vaihtoehtoja, miten toimia ja mihin voi ottaa yhteyttä itsemurhavaarassa olevan asiakkaan kohdatessaan. Eräässä yksikössä oli tehty kaikkien koulutukseen osallistujien kollegojen kesken yhteenveto koulutuksen tärkeimmistä asioista, jonka he olivat jakaneet kaikille työpisteensä työntekijöille sähköpostin kautta. Yhteenvedon tarkoituksena on palvella työntekijää silloin, kun hän kohtaa mahdollisen itsemurhaa ajattelevan potilaan.

Eräs vastaaja oli koulutukseen osallistumisensa johdosta tilannut muutaman kuukauden päähän paikakunnalle saman koulutuksen ammattilaisille ja yleisen luentotilaisuuden, johon oli vapaa pääsy kaikilla kiinnostuneilla. Vastaaja kertoi myös, että muutos näkyi ehkä parhaiten entistä rohkeampana asian esiintona. Yksi vastaajista kertoi, että opiskelijahyvinvoinnin toimijoiden keskinäinen vuorovaikutus kehittyi aiheen tiimoilta.

Hanketta suunniteltaessa mietittiin tapoja, joilla aktivoida koulutukseen osallistuneita viemään koulutuksen sisältöä omiin työyhteisöihinsä. Yksi tapa olisi voinut olla osallistujille annettu etätehtävä esimerkiksi koulutuksen jälkeen, jota olisi seurannut uusi, työyhteisöön suuntautunut ”mentorointikoulutus/tarkistus”. Tämä olisi vaatinut hankkeeseen suurta resursointia, sillä jo yhdessä koulutuksessa saattoi olla

osallistujia eri useista kymmenistä työyhteisöistä. Tämän lisäksi oli vaarana, että koulutukseen osallistumisen lisäksi siihen kuuluva ylimääräinen tehtävä pudottaisi pois niitä osallistujia, joiden aikataulu on tiukka.

5.4.3 Muutokset omiin työtapoihin koulutuksen seurauksena

Vaikkakin pieni osa vastaajista kertoi, ettei ollut tehnyt muutoksia omiin työtapoihinsa koulutuksen seurauksena, valtaosa vastaajista kertoi omaan osaamiseensa liittyvistä muutoksista. Koulutuksen hyötyjä kysyttäessä rohkeuden ja herkkyyden lisääntyminen sekä ajattelun ja asenteiden muutos tulivat useasti esille. Vaikka sinänsä nämä eivät vastaajien mielestä ehkä olleet tietoisia muutoksia omissa työtavoissa, ne varmasti kuitenkin muuttivat toimintaa ainakin tiedostamatta.

Ainakin joidenkin vastaajien kohdalla itsetuhoisuuden tunnistamiseen liittyvässä koulutusosiossa esitellyt erilaiset arviointiin liittyvät kyselylomakkeet olivat siirtyneet vastaajan työkaluvalikoimaan.

”Strukturoitujen kyselylomakkeiden käyttö.”

Terveystenhoitaja

”Koulutuksesta sai hyviä käytännön vinkkejä töihin. Mieleen ei enää tässä vaiheessa tule parannusehdotuksia, saatoinkin vastata jotakin 1. palautekyselyssä.”

Lääkäri

”Kyllä, en kuitenkaan työtapojani, mutta käytössä masennus/resilienssi/yms.lomakkeilla saan näyttöä havaintoihini.”

Terveystenhoitaja

Kuten aiemmissa sitaateissa on todettu, myös koulutusmateriaalia on hyödynnetty työssä. Seuraavissa sitaateissa taas kerrotaan, että omassa työssä on varattu enemmän aikaa asiakastapaamiseen tai varattu jatkokäyntejä tilanteissa, joissa potilas/asiakas näyttäisi olevan itsemurhavaarassa.

”Tarkempi ja huoleellisempi riskin tutkiminen etenkin uusien asiakkaiden kanssa.”

Sosiaalityöntekijä

”Kyllä. Varaan potilaalle lisää aikaa keskusteluun/asiianselvittelyyn.”

Terveyskeskuslääkäri

”Olen entisestään lisännyt tapaamisia ”huolen harmaalla”-vyöhykkeellä olevien koululaisten ja opiskelijoiden kanssa. Tähän käytetty aika on poissa muusta terveystenhoitajan työstä ja luo ajankäytön ongelmaa, mutta olen katsonut sen niin tärkeäksi että jatkan sitä.”

Terveystenhoitaja

Rohkeus ottaa asia esille asiakkaan kanssa tuli monissa vastauksissa esiin. Koulutuksessa korostettiin, että parhainkaan tieto tai osaaminen ei auta, mikäli itsetuhoisista aikeista ei puhuta. Samalla myös muistutettiin myytistä, joka liittyy siihen, että itsetuhoisuudesta kysyminen lisää sen toteuttamista. Rohkeamman ja avoimemman puheeksioton on myös huomattu lisäävän potilaan/asiakkaan avoimuutta ja helpottavan keskustelua aiheesta yleisesti.

”Olen kiinnittänyt enemmän huomiota riskitekijöiden tunnistamiseen ja kysynyt myös asiakkaalta rohkeammin itsetuhoisuudesta.”

Sosiaaliohjaaja

”Aktiivisemmin kysyn suisidaalisista ajatuksista.”

Lääkäri

”Uskallan paremmin ottaa asian puheeksi, kysyä suoraan asiakkaan ajatuksia jne.”

Terveystenhoitaja

”Puhun ja kysyn suoraan ja avoimesti. En pelkää aihetta tai siitä puhumista.”

Kriisityöntekijä

”Lisännyt puhetta aiheesta masentuneiden kanssa. Helpompi uskoa että puheeksi otto ei lisää riskiä tapahtumille.”

Lääkäri

”Puheeksi ottamisessa olen tehnyt muutoksen. Aiemmin arastelin kysyä itsetuhoisista ajatuksista suoraan, mutta en enää :) Ja keskustelut ovat olleet erittäin hyviä tällä avoimmalla linjalla.”

Kouluterveydenhoitaja

”Olen ottanut rohkeammin puheeksi itsetuhoisuuden asiakkaiden kanssa, kun on ollut tarvetta. Puheeksiotto on aiemmin ollut vaikeampaa, koska aihe on niin henkilökohtainen ja arka; olen kehittänyt vaikeiden asioiden puheeksiottamisessa, ja siitä on ollut hyviä seurauksia asiakkaiden kanssa: kysyttäessä itsetuhoisista ajatuksista ja teoista, tutut asiakkaat ovat yllättävän suoraan vastanneet ja kertoneet asioistaan. Työtapojen muuttaminen on ollut tarpeen, koska kuluneen kevättalven 2018 aikana useampi asiakas on käyttäytynyt itsetuhoisesti, vahingoittanut itseään tai puhunut itsetuhoisista ajatuksistaan.”

Sosiaaliohjaaja

Myös asenteiden ja ajattelun muutoksen sekä herkkyyden lisääntymisen puheeksiottoon katsottiin olevan muutos työtavoissa. Esimerkiksi sitaateissa mainittua läsnäolon merkitystä korostettiin itsetuhoisen potilaan kohtaamisosiossa.

”Kuuntelua herkemällä korvalla ehkä jonkun verran enemmän. Ohjausta ehkä herkemmin esim. psykiatriselle puolelle.”

Erityissosiaalityöntekijä

”Kuuntelen herkemällä korvalla, ehdotan aina mielenterveyspalveluja tai päihdepalveluja, otan yhteyttä asiakkaan omaan työntekijäään.”

Kuntouttavan työtoiminnan ohjaaja

”Olen varmasti vielä avoimempi kuulemaan asiakasta. Koulutus oli myös hyvä muistutus, että asiasta kannattaa kysyä suoraan ja avoimesti.”

Terveystenhoitaja

”Ehkä tuntosarvet herkemällä asian suhteen, kun taas asia tuli esille.”

Lähihoitaja

”Kysyn entistä herkemmin itsemurha-ajatuksista, jos masennusta tai päihdeongelmaa.”

Sairaanhoidaja

”Tarkkailen asiakkaan toimintaa herkemmin ja yritän saada häntä löytämään positiivisia asioita tämänhetkisestä elämäntilanteestaan.”

Ohjaaja

”Jonkinlainen intuitio on tullut, tulee sellainen tunne itselle, kysyn silloin.”

Sairaanhoitaja

”Keskustelu helpompaa asiakkaiden kanssa masennukseen ja mieliala-asioihin liittyen. Otan mielialaan ja itsetuhoisuuteen liittyvät asiat herkemmin puheeksi.”

Terveystenhoitaja

5.4.4 Kehitysehdotuksia

Yleisin palaute ja kehitysehdotus koulutukselle liittyivät koulutuksessa käytettyihin opetusmenetelmiin: toiveena oli vähemmän teoriaa ja enemmän osallistamista ja käytännönläheisyyttä. Vastaajat toivoivat enemmän kokemusten vaihtoa, pohdintaa osallistujien kesken (esim. pareittain, pienissä ryhmissä) ja yleisempää keskustelua.

”Ku mä jotenkin aattelen, et myös et, nuorimmille kollegoille se tietosuus siitä, et vaikkei oo ite ehkä vielä ollu niin hankalassa tilanteessa mut se, että kuulee, et kollega on ajatellu näin ja tuntenu näin sellasis tilanteissa, niin se antaa jonkun valmiuden myös sitten, kohdata näitä tilanteita. Et ne ois tosi tärkeitä puhuu auki, et mitä siinä oikeesti tapahtuu siinä tilanteessa ja miksi minä reagoin, niin kun reagoin.”

Terveyskeskuslääkäri

”Et kun se porukka joka oli paikalla, niin sitä osaamista on jo hyvin paljon ja me oltais hyödytty enemmän siitä et me oltais pohdittu meidän omia toimintatapoja. Ja enemmän sellasta osallistavaa keskustelua. Et kyllähän siinä, luennoitsija kyllä sanoi, että saa kysyä, mutta käytännössä ei heränny yhtään mitään kysymyksiä... Mut myöskin se, et meitä ois voitu haastaa selvästi enemmän. Et miettikää pareittain, miettikää ryhmässä, miten toimit, miten ois järkevää toimia. Niin mä luulen, et se ois jättäny selvästi enemmän.”

Terveyskeskuslääkäri

”Ja siinä jotenkin aattelin et luennoitsija ois voinu haastaa meitä selvästi enemmän, et tuottakaa ite, kertoo et miten nää asiat menee, miettikää miten toimitte.”

Terveyskeskuslääkäri

Käytännönläheisyyden lisäämiseksi toivottiin enemmän tapausesimerkkejä ja kokemusasiantuntijoiden kokemuksia. Kokemusasiantuntijan läsnäoloa koulutuksessa toivottiin myös. Kahdessa yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien erikoistumiskoulutuksessa oli mukana kokemuskouluttaja vastaamassa kysymyksiin sekä rooliharjoitusten potilaana. Näihin rooliharjoituksiin kokemusasiantuntijan kanssa oli vaikea saada osallistujia. Tämän tyyppinen harjoitus saattoi tuntua vaativalta, eikä pienenkään, tutun ryhmän sisällä koettu harjoitusta tarpeeksi miellyttäväksi.

Pääsääntöisesti ei ollut mahdollisuutta tuoda kaikkiin koulutuksiin mukaan kokemuskouluttajaa. Hankeryhmässä kyllä tiedostettiin, että se lisäisi tyytyväisyyttä koulutukseen, mutta samaa kokemuskouluttajaa ei ollut mahdollisuutta käyttää kaikkiin koulutuksiin ja kokemuskouluttajan vaihtuminen eri koulutuksiin olisi vaatinut kunkin kokemuskouluttajan tutustuttamista aiheeseen. Nyt käytetyn kokemuskouluttajan kanssa oli jo tehty koulutuksessa käytettävät videot ja hänen kanssaan oli jo muodostunut selkeä toiminta-

tatapa. Samanlaisen, luottamuksellisen suhteen muodostaminen muiden kokemuskouluttajien suhteen olisi vienyt aikaa. Kokemusasiantuntijan mukanaolo koko maan kattavissa koulutuksissa olisi vaatinut myös taloudellisia resursseja.

”Vielä konkreettisempia tapausesimerkkejä ja miten tilanteesta päästiin eteenpäin.”

Palvelupäällikkö

”Koulutuksessa olisi voinut olla vielä enemmän käytännön esimerkkejä, miten toimia itsetuhoisen asiakkaan kanssa (muutenkin kuin ohjata eteenpäin) ja kokemusasiantuntijoiden kommentteja tästä, esim. osaston henkilökuntaa ajatellen.”

(Nuorten) psykologi

”Enemmän painoa ”loppupäähän”, eli ammattilaisille tietoa, mitä konkreettisesti tehtävissä. Itsetuhoisen ihminen tunnistettu ja hänen kanssaan pitäisi työskennellä, mutta apua siihen, että saisi ihmiselle apua, osaisi ohjata, puhua. Päivän mieleenpainuvinta olivat näin jälkikäteen videot. Eli enemmän erityyppisiä ihmisiä, omakohtaisia kokemuksia, mikä auttanut ja minkälaista kohtaamista/ puuttumista toivoo. Nämähän vaihtelevat meidän kaikkien kohdalla, ja ymmärrän että aiheen arkaluontoisuuden vuoksi varmasti vaikea saada näitä haastatteluja tai kokemuksia.”

Lastenvalvoja

Vastauksissa toivottiin paikallisen hoitomallin esittelyä tai selkeitä ohjeita, miten toimia tai ohjata itsetuhoisen henkilö eteenpäin. Valitettavasti koulutuksen puitteissa ei ollut mahdollista tarjota kuin yleisohjeet jatkohoitoon. Tämä johtui siitä, että eri paikkakunnilla käytännön polut ovat erilaisia ja vaihtelevat suuresti. Tämän olisi voinut välttää siten, että kunkin koulutuksen yhteyteen olisi varattu aika, jossa olisi kunkin paikkakunnan hoitopolku käyty läpi. Se olisi myös vaatinut sellaisen paikallisen henkilöstön läsnäolon koulutuksessa, joka tuntee hoitopolun perinpohjaisesti.

Palaute antoi hyviä vinkkejä siihen, millaiset harjoitukset ovat toimivia ja mitkä eivät. Myös ajankäytöllisesti on mietittävä, voitaisiinko koulutuksen sisällöstä tiivistää/poistaa joitakin aihe-alueita, jotta harjoituksia voidaan toteuttaa palautteen mukaisesti.

Osa vastaajista toivoi koulutuksen tarkempaa räätälöintiä kyseiselle osallistujaryhmälle ja heidän erityistarpeidensa huomioonottamista koulutusta suunniteltaessa. Toiveet saattoivat koskea itsetuhoisuuden ja itsemurhariskin käsittelyä eri ikäryhmistä erilaisiin väestöryhmiin, esimerkiksi maahanmuuttajien parissa. Tietyntyyppistä räätälöintiä tehtiinkin liittyen koulutuksen keston ja painotuksiin, mutta myös sisältöön, silloin kun se oli mahdollista.

”Koulutus voisi olla vielä toimivampi, jos sen ”räätälöisi” aina sinne, missä koulutus pidetään, eli koulutuksen yhteydessä käytäisiin läpi kys. työyhteisön mahdollisesti olemassa olevat mallit itsemurhien ehkäisyyn ja keskityttäisiin työyhteisölle olennaisiin teemoihin ja kohtiin esitystä.”

Lääkäri

”Hoitoalan työntekijöillä tietoa paljon, heille tarvitaan erityyppinen koulutus kuin esim. sosiaali- ja sivistyspuolella työskenteleville.”

Terveystieteiden tutkija

”Tulisi miettiä, keille koulutus suunnataan. Itselleni, alan ammattilaiselle, ei koulutusta ollut suunnattu. Ehkä heille, ketkä vähemmän työskentelevät itsemurhariskissä olevien kanssa ja heille koulutuksen sisältö voisi olla hyödyllinen.”

Psykiatrinen sairaanhoitaja

Räätälöintiin liittyen muutaman vastaajan palaute liittyi koulutuksen sisällön suuntaamisesta tiettyyn kohderyhmään ja siten lisää tietoa kyseisen kohderyhmän tarpeista ja näkökohdista lähtien. Yleisimmin tällaisena kohderyhmänä mainittiin lapset ja nuoret ja koulutusta toivottiin silloin muuan muassa opettajille, nuorisotyöntekijöille ja sosiaalipuolen työntekijöille. Hanketta suunniteltaessa tiedostettiin, ettemme pysty tarjoamaan yhtä koulutusta, joka kattaisi kaikki ammattialueet, vaan esimerkiksi sosiaalialan ammattilaisille tai lasten ja nuorten kanssa työskenteleville tarvittaisiin oma, kohdennettu koulutus sisältöineen. Koulutuksen markkinoinnissa kohderyhmä oli selkeästi mainittu, mutta halukkaita muiden alojen ammattilaisia ei haluttu sulkea pois selkeästä tarpeesta johtuen. Heille kuitenkin pyrittiin muistuttamaan, ettei koulutuksen sisältö välttämättä kaikilta osin ole heille soveltuva. Muiden kuin perusterveydenhuollon ammattilaisten ja heille räätälöityjen koulutustarpeiden määrä oli kuitenkin huomattavan suuri, joten tätä asiaa on pohdittava jatkossa.

”Tarvitaan ehdottomasti koulutusta aiheesta lisää lapsien ja nuorien kanssa toimijoille: neuvola, koulu, perheneuvola, sosiaalityö, lastensuojelu -toimijat.”

Sosiaalityöntekijä

”Voisi olla kohdennettuja koulutuksia lasten ja nuorten kanssa työskenteleville ja aikuisten kanssa työskenteleville.”

Terveydenhoitaja

Tilaaajat olivat pääosin tyytyväisiä kolmen tunnin pituiseen koulutukseen. Mikäli pituuteen pyydettiin muutoksia koulutusta tilattaessa, liittyi se koulutuksen lyhentämiseen. Kuitenkin useassa palautteessa tuli esiin toive pidemmästä koulutuksesta, esimerkiksi päivän tai jopa 1–2 päivän koulutuksesta. Tilaaajan mahdollisuudet järjestää yli kolmen tunnin koulutuksia saattoivat olla pelkästään tilojen puolesta vaikeita mahdollistaa. Kolmen tunnin koulutus ajoittui tilaaajan toiveen mukaan joko aamu- tai iltapäivälle. Jotkin palautteet koskivat koulutusajankohtaa, jossa koettiin, että iltapäivälle sijoittunut koulutus oli liian raskas. Koulutuksen pituuden lisääminen olisi taas saattanut vaikeuttaa joidenkin ammattiryhmien ja henkilöiden osallistumista.

Jotkut vastaajista esittivät toiveen, että koulutuksessa jaettaisiin lyhyt tiivistelmä päivän annista. Osallistujat saivat koko koulutusmateriaalipaketin sähköpostiinsa, mutta osa vastaajista koki, että lyhyt tiivistelmä auttaisi nopeasti palauttamaan koulutuksen annin mieleen.

”Dioja oli paljon ja niissä tietysti hyvää tietoa. Joitakin ammattiryhmiä voisi varmasti palvella jonku tiivistetty yksi perusohje yhdellä sivulla itsemurhanriskin kartoituksesta ja omasta tavasta suhtautua aiheeseen.”

Psykologi

”Ehkä muistin kannalta jonkinlaiset tiivistelmälaput max A4 voisivat olla avuksi ja muistuttelisivat myös palaamaan aiheeseen.”

Sosiaalityöntekijä

”Ja sitte just semmoset lyhyet koosteet tai, ku niihin voi sitte palata. Ne mä nään tärkeenä ku mä just mietin et mul oli kans tossaki pitkä väli ettei ollu, ja nyt mä oon oikeestaan ollu melkein viikottain tekemisissä ton aiheen parissa.”

Lähihoitaja

”Mut että, ne materiaalit vois antaa vaik heti mukaan tai jotain. Siis silleen, tai ainaki jonkun semmosen, yhteenvedon tai jonku semmosen, ku siitä on sitte, sillä tavalla hyötyy niille muilleki.”

Terveyskeskuslääkäri

Jonkinlaisen tiivistelmän rakentaminen on hyvä ehdotus ja kunkin koulutusosion tiivistäminen noin yhteen sivuun voisi olla realistista. Koulutuksen materiaaleissa oli dia, johon oli koottu mm Surunauha ry:n lisäksi monia tahoja, joilta voi hakea apua, joko itsetuhoisuudesta kärsivänä tai hänen läheisenään.

Jotkut vastaajat kritisoivat sitä, että koulutuksen sisältö oli heille liian tuttua eli he eivät saaneet toivomaansa syventävää tietoa. Nämä vastaajat olivat usein mielenterveysalan ammattilaisia, joille luonnollisesti sisältö olikin varmasti hyvin tuttua. Kukin tilaaja markkinoi koulutusta omissa verkostoissaan ja vaikka kohderyhmä oli hyvin selvästi kerrottu tilaajalle, markkinointi saattoi kulkeutua epähuomiossa myös kohderyhmille, jotka selvästi eivät koulutuksesta hyötynneet ja tämä saattoi aiheuttaa näissä osallistujissa turhautumista ja tyytymättömyyttä.

”Olen toiminut psykiatrisena sairaanhoitajana sekä psykiatrisessa sairaalassa, poliklinikoilla että nyt kouluilla, joten itsetuhoisten asiakkaiden kohtaaminen on hyvin tuttua monen vuoden ajalta. Koulutuksessa ei tullut mitään kovin uutta tietoa minulle itselleni juurikin työtaustani takia. Mutta varmasti muille työntekijöille, joilla ei ole paljoa kokemusta tämäntyyppisten asiakkaiden kanssa työskentelystä, koulutus oli hyvin hyödyllinen ja antoi paljon uutta informaatiota.”

Psykiatrinen sairaanhoitaja

Osallistujat saattoivat kritisoida myös koulutustilaa tai teknisiä ongelmia. Nämä asiat olivat riippuvaisia koulutuksen tilaajasta. Kun koulutus tilattiin, varmistettiin tilaajalta, että tekniset laitteet ovat kunnossa. Kuitenkin siitä huolimatta syntyi välillä ongelmia, jotka aiheuttivat viivästystä tai esimerkiksi etäyhteydellä osallistuvien huonoa yhteyttä.

5.5 Kouluttajien reflektointipäiväkirjat

Kouluttajat pitivät vapaaehtoista ja vapaamuotoista reflektointipäiväkirjaa, johon kirjattiin koulutuksen jälkeiset tunnelmat mahdollisimman pian koulutuksen jälkeen. Reflektointipäiväkirjaan sisältyi ajatuksia kyseisen koulutuksen toimivista tai haittaavista tekijöistä, ryhmäkoosta tai sisältöön liittyviä huomioita.

Tähän lukuun on koottu muutamia eri reflektointipäiväkirjan osia ja avattu niistä tulleita huomioita.

Kuten alla oleva sitaatti kertoo, keskustelu saattoi laajeta niin, että aikataulullisia muutoksia jouduttiin tekemään. Ennalta ei voitu arvioida, kuinka paljon keskustelua kussakin koulutuksessa tulee. Useimmiten keskustelu kuitenkin oli hedelmällistä ja hyödyllistä, eikä näin ollen haitannut, vaikka jotakin koulutusosiota jouduttiinkin tiivistämään, kuten alla olevassa koulutuksessa jouduttiin tekemään.

”Pieni keskusteleva ryhmä, jossa yksi lääkäri ja muut sosiaalialan ammattilaisia. Osallistujien suhteen oikeastaan aika hyvä sekoitus, sillä voitiin pohtia asiaa kahdesta näkökulmasta. Jo ensimmäisen osion aikana aikataulu venyi keskustelun ja kommenttien myötä, joka ei toisaalta ollut huono asia. Tästä syystä viimeinen osio eli jatkohoito jäi lyhyeksi.”

Kevät 2017 Uusimaa

”Noin 10 osallistujaa. Sosiaalialan työntekijöitä. Asiakkaina nuoria ja nuoria aikuisia. Sosiaalialan ammattilainen, joka tekee pakolaisten ja maahanmuuttajien kanssa työtä, on erityinen ryhmä, joka tarvitsee vastauksia erityisiin kysymyksiin. Tämä tarve tuli erittäin selkeästi esiin myös palautelomakkeista. Koulutukseen tarvitaan enemmän kontekstisidonnaista tietoa sekä käytännön esimerkkejä esimerkiksi aggressiivisen asiakkaan (jonka kanssa ei ole myöskään yhteistä kieltä) kanssa (toiminnallisia menetelmiä)...”

Kevät 2018 Uusimaa 2

”...Kysyttiin, miksei kukaan taho bloggaa esim viiltelyvideoita tai muita itsemurhaan liittyviä net-tisivuja tai videoita? Tähän oli vaikea vastata.”

Kevät 2017 Uusimaa 2

Joihinkin kysymyksiin oli vaikea vastata tai niihin ei ollut vastausta. Tämä tuntui usein turhauttavalta. Joissain koulutuksissa tuli esiin ammattilaisten oma ahdistus siitä, ettei vastauksia tai resursseja ole. Esimerkiksi ikääntyneiden lisääntyminen näkyy yksinäisyyden kasvuna, jolloin taas esimerkiksi sosiaalipäivvyyksen työ lisääntyy.

”Noin 40 osallistujaa. Ei valmiina tietokonetta, eikä omaani ollut sovitinta. Sovittu yhteyshenkilö teki viimeistä päivää ja oli jo luovuttanut puhelimensa eteenpäin, enkä saanut häntä kiinni. Kun vahingossa törmäsin häneen, hän ei tiennyt asiasta, eikä osannut tehdä asialle mitään. Läppäriin etsintä myöhästyi alkua noin 20-30 minuuttia. IT-tuki oli avulias, mutta osaamaton. Koulutuksen aikana videoiden katselu tuotti lisäongelmia ja kuvaa ja ääntä piti säätää aina aluksi ja lopuksi. Onneksi yksi osallistujista osasi hoitaa homman..”

Kevät 2017 Uusimaa 3

Vaikka tilaajille ilmoitettiin ennakoon, että tilojen lisäksi IT -välineistön valmius on heidän vastuullaan, valitettavan usein kouluttaja törmäsi yllämainittuun tilanteeseen, jossa IT-välineistö ei ollut valmiina ja/tai IT-tukea ei ollut saatavilla. Vaikka yhteyshenkilö oli sovittu, hän ei aina ollut kyseisenä päivänä paikalla tai ei osannut käyttää laitteita.

”Paikalla oli n 30 henkeä, joista varsin iso osa lääkäreitä... ..hieman jäykähkö ilmapiiri. Kokemuskouluttajan videoiden jälkeen tuli jonkin verran keskustelua, mikä oli hyvä ja helpottavaakin. Parilla lääkäriä oli myös mielipide kokemuskouluttajasta, että hän olisi se vaikea potilas, koska tietää mitä haluaa, on paljon eri sairauksia jne... .. Mutta onneksi paikalla oli muita, jotka nyökyttelivät välillä päätään, että ainakin jokin, mitä puhuin, oli heidän mielestään tärkeää. Sain mahdutettua kaiken tuohon 1,5 tuntiin mutta vauhdillahan se meni. Onneksi tila oli melko pieni, eikä kaikunut, joten sain äänen kuuluville. Ja yhteyshenkilö hoiti hienosti kaikki välineet ym. Ihan ok kokemus, mutta välillä kyllä tuli tunne, että osa oli siellä koska oli pakko...”

Syksy 2017 Uusimaa 4

”Yksi kommentti ja yksi kysymys tuli. En osannut oikein arvioida yleisön fiiliksiä enkä reagoida siihen. Ehkä se johtui siitä, ettei näitä pitkiä koulutuksia taas ole hetkeen ollut. Sinänsä materiaali kyllä ehdittiin käydä läpi oikeinkin hyvin ajassa.”

Syksy 2018 Keski-Pohjanmaa

Kouluttajan omaan kokemukseen koulutuksen sujumisesta saattoi vaikuttaa monikin asia. Ryhmän koko ja vuorovaikutuksen määrä, teknisten laitteiden toimivuus, tila, vastaanotto tilaajan taholta eli hyvin moni asia. Kuten alla olevasta otteesta voi huomata, koulutus sujui periaatteessa ulkoisilta osin hyvin, mutta kouluttaja ei kokenut olevansa parhaimmillaan.

”Noin 90 osallistujaa. Vain muutama lääkäri, muuten moniammatillista porukkaa, useita erikoissairaanhoidon osaajia. Yllättävästi kysymyksiä ja kommentteja nousi koulutuksen aikana, mikä oli mukavaa. Koulutuksen jälkeen muutama ihminen tuli kyselemään lisätietoja ja lupasin toimittaa niitä. IT-ongelmia jälleen äänen kanssa, mutta saatiin suhteellisen nopeasti hoidettua. Minut unohdettiin briiffata, miten ääni saadaan videolta kuuluville silloin, kun mukana on etäyhteys. Itse en ollut parhaimmillani, tuntui, että ajatukset kulkivat hitaasti ja toistelin asioita.”

Syksy 2017 Satakunta

”40 osallistujaa + etäyhteydellä olevat, joita tuli viime tipassa. Yleisö oli muutamiin viimekertaisiin koulutuksiin verrattuna melko aktiivinen. Tuli kiperiä kysymyksiä siitä, mitä tehdä, mikäli omaiset ovat hädissä, mutta asianomainen ei halua apua. Neuvoin ensisijaisesti tukemaan omaisia, antamaan heille tietoa asiasta ja olemassa olevista tukiverkostoista ajatuksella, että ainakin heidän hyvinvointiaan ja jaksamista voidaan tukea ja sitä kautta ehkä paremmin jaksavat tukea ja auttaa potilasta.”

Syksy 2017 Etelä-Savo

Yllä oleva sitaatti on hyvä esimerkki siitä, kuinka koulutuksessa osallistujien kysymykset johtivat siihen, että koulutuksen sisältöön lisättiin uusi osio. Tässä tapauksessa materiaaliin lisättiin keskustelua läheisten huomioinnista ja mukaanotosta.

”Noin 25 osallistujaa. Tuntui, että tuloani oli todella odotettu ja minut otettiin lämpimästi vastaan. Mukava ryhmä, kiinnostuneen oloisia, matkan varrella tuli hyvin kysymyksiä ja kommentteja. Ryhmä henki kiinnostusta, se osaltaan ehkä heijastui itseen ja oma esitykseni tuntui yhdeltä sujuvimista. Sain mukaan hyvin sekä käytännön kokemuksia että tutkimustuloksia. Jatkoimenpiteet jäivät hieman kesken, aika meni nopeasti. Koulutuksen jälkeen jäi vielä muutama ihminen juttelemaan aiheesta, ja lupasin hakea heille lisätietoja. Vaikka tekniikka oli tarkistettu ennen tuloani, valitettavasti siinäkin oli unohtunut kokeilla ääni, ja sitä jouduimme sitten hetken haeskelemaan.”

Kevät 2018 Kymenlaakso

Tekniset ongelmat eivät näyttäneet suurilta, silloin kun tunnelma koulutuksessa oli odottavan kiinnostunut. Tunnelma heijastui suoraan myös itse koulutuksen sujuvuuteen. Tekniset ongelmat saattoivat vaikuttaa yllä mainitun suuresti kyllä siihen, mitä ehdittiin käydä läpi koulutuksen aikana, kuten alla oleva sitaatti kertoo. Tällainen on turhauttavaa sekä kouluttajalle että koulutukseen osallistujille.

”...Pääosin terveyskeskuksen työntekijöitä; lääkäreitä ja sairaanhoitajia.. ..Riskitekijät ehdittiin käydä läpi kokonaan. Arvioinnin aikana kone tilitasi ja se menttiin ilman dioja IT-tukea odotellessa, kohtaaminen ja puheeksiotto jäi kesken ja jatkotoimenpiteet läpikäymättä.”

Kevät 2018 Uusimaa

Koulutuksissa saatettiin esittää suoraan toiveita kuten alla olevassa sitaatissa.

”Koulutuksen tilaaja otti esiin sen, että tuo materiaali (jollei sitten koulutusta) tulisi saada ruotsin kielelle. Hän sanoi, että helppohan se on kääntää vain ruotsiksi. Tosiasiassa se vaatisi aikaa ja ammattiterminologian hyvän tuntemuksen. Jos siihen lähtisi, täytyisi tätä kysyä rahoittajalta, haluaisivatko resursoida siihen.”

Syksy 2018 Keski-Pohjanmaa

6. Riskit ja niihin varautuminen

Hankkeen alkuvaiheessa tehtiin riskien arviointi ja tunnistettiin seuraavat mahdolliset riskit:

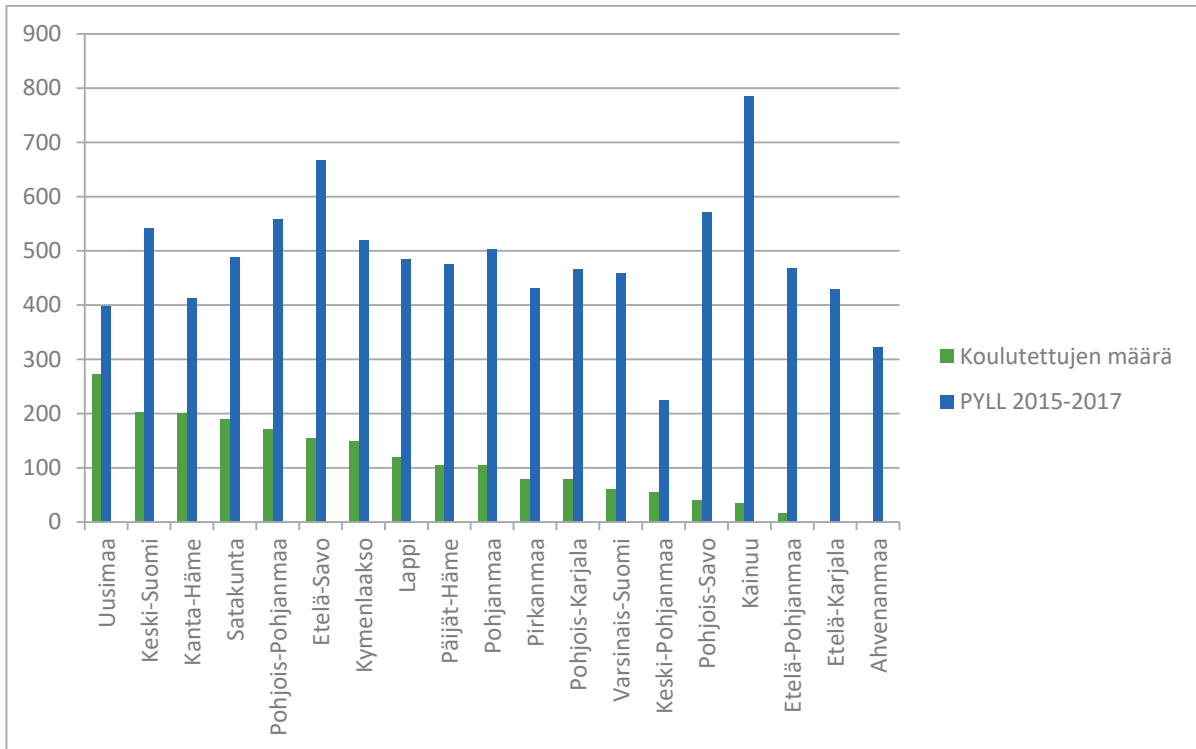
- koulutuksen jälkeen toiminnan vakiinnuttaminen ja juurruttaminen, uuden yhteistyömallin käyttöönotto ja ylläpitäminen on riittämätöntä
- mahdolliset henkilövaihdokset
- riittämättömät taloudelliset ja henkilöresurssit.

Toiminnan vakiinnuttamiseksi ja juurruttamiseksi on aina hankkeen jälkeen taattava tarvittavat taloudelliset ja henkilöstöresurssit. Henkilöstövaihdokset olivat yksi tunnistettava riski. Sekä hankeaikana mukana ollut THL:n hanketyöryhmässä oleva että koulutuksen saanut henkilöstö saattaa vaihtua ja näin ollen on varmistettava, että toimivat tietokanavat ja koulutettua henkilöstöä on edelleen olemassa. THL:n henkilöresurssien ylläpitäminen myös hankeajan jälkeen on varmistettava. Henkilöresurssit itsessään olivat riittäviä, kun kustannuksia voitiin siirtää muilta kululajeilta palkkoihin. Kun tarve koulutuskoordinaattorille oli ennakoitua suurempi, voitiin näin lisätä hänen työpanostaan.

Alun perin koulutuksia oli suunniteltu jaettavan kahden kouluttajan kesken. Toisen koulutuksia tekevän henkilön jääminen tutkimusvapaalle puoleksi vuodeksi rajoitti hieman tuona aikana toteutettujen koulutusten määrää, mutta tavoite ylitettiin siitä huolimatta koulutusten määrän suhteen. Muutamia koulutuksia jouduttiin perumaan kouluttajan sairastumisen vuoksi. Kaikki perutut koulutukset pystyttiin kuitenkin siirtämään toiselle ajankohdalle.

7. Pohdintaa

Tarkasteltaessa itsemurhien ehkäisy -koulutuksien toteutumista nähtiin, että Suomessa vuosina 2015–2017 itsemurhien takia alueella menetettyjen elinvuosien määrä (100 000 asukasta kohti ikävälillä 0–80-vuotiaat) ja ko. alueella itsemurhien ehkäisyyn koulutettujen henkilöiden määrä eivät täsmänneet siten, että eniten elinvuosia menettäneellä alueella olisi koulutettu eniten henkilöitä (Kaavio 13.)⁵.



Kaavio 13. Koulutettujen määrä hanke aikana sekä itsemurhakuolemien takia menetetyt elinvuodet 100 000 asukasta kohti (PYLL) vuosina 2015–2017 alueittain.

Katsottaessa kaaviota 13 nähdään, että koulutettujen määrä oli verraten vähäinen muun muassa Pohjois-Savossa ja Kainuussa, vaikka menetettyjen elinvuosien määrä itsemurhien takia on verraten suuri. Myös Etelä-Savosta osallistuttiin melko vähäisesti verrattuna menetettyjen elinvuosien määrään. Oletettavaa olisi, että itsemurhalle menetettyjen elinvuosien suuruuden vuoksi myös koulutukseen osallistuminen ainakin tiedon ja osaamisen kertaamiseksi olisi ollut suurempaa. Vaikka tilasto- ja seurantatiedot itsemurhien takia menetetystä elinvuosista alueittain ovat helposti saatavilla Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Hyvinvointikompassista (www.terveytemme.fi/avainindikaattorit/index.html) ja itsemurhakuolleisuudesta alueittain ja ikäryhmittäin Sotkanetistä (sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku), tämä tieto ei välttämättä tavoita sosi-aali- ja perusterveydenhuollon ammattilaisia. Alueellisella tasolla tämäntyyppiset tiedot voivat olla kuitenkin alueen päättäjien tiedossa esimerkiksi hyvinvointikertomuksien kautta.

Uusimaa oli ainut alue, jossa koulutettujen määrä oli yli puolet itsemurhan kautta menetettyjen elinvuosien määrästä. Myös Kanta-Hämeessä ja Keski-Pohjanmaalla koulutettujen määrä oli suhteessa menetetettyjen elinvuosien määrään tasaisempi. Jos itsemurhien määrää ei pidetä alueella ongelmallisena tai jos itsemurhien ehkäisykoulutukseen osallistumista ei tueta tai siihen ei kannusteta, voi se osaltaan selittää vähäisempää osallistumishalukkuutta.

⁵ Vertailu on suuntaa-antava, sillä itsemurhakuolemien takia menetettyjen elinvuosien määrä on mitattu vuosina 2015–2017 ja itsemurhien ehkäisy -hanke alkoi 2017.

Itsemurhista aiheutuvia kustannuksia on laskettu useissa tutkimuksissa (esim. Shepard ym. 2015; Sveberg 2017). Myös hankkeen aikana tehtiin laskelma itsemurhakuolemaan liittyvistä kuluista Suomessa (liite 3). Laskelman esimerkkitapauksissa yhteiskunnalle koituu kustannuksia yhdestä itsemurhasta 309 020–456 279 euroa. Merkittävin kustannuserä muodostuu itsemurhaan kuolleen sekä hänen läheistensä menetetyn työpanoksen kautta menetetyistä tuloveroista. Menetettyjä tuloveroja on arvioitu suhteessa itsemurhaan kuolleen ikään sekä itsemurhaan kuolleen omaisten ikään. Kustannuksiin on arvioitu myös mahdollisesti omaisille aiheutuvan työkyvyttömyyden kustannukset (täysi työkyvyttömyys/väliaikainen työkyvyttömyys).

Laskelman lopputulokseen voitaisiin vaikuttaa sisällyttämällä siihen lisää tekijöitä. Kulut, jotka liittyisivät myös ns. ”luonnolliseen kuolemaan”, esimerkiksi hautajaiskulut ja perunkirjoitus, suljettiin laskelman ulkopuolelle, sillä ne esiintyisivät kulueränä joka tapauksessa jossakin elämän vaiheessa, eivätkä siten liity itsemurhakuolemaan. Ajallinen tarkastelu ulottuu tässä raportissa siis mukana olevien henkilöiden elinkaaren loppuun asti. Laskelman ulkopuolelle jätettiin myös itsemurhan tekotapaan liittyvät aineelliset kustannukset. Näitä voisivat olla esimerkiksi auton romuttuminen tai kuolinpaikan siivous. Laskelmassa ei ole huomioitu yhteiskunnalle koituvia säästöjä, kun vältytään maksamasta mahdollisia tulonsiirtoja. Myöskään vakavaan vammautumiseen johtavaa itsemurhayritystä ja niiden myötä kertyviä työkyvyttömyyseläke- ja hoitokustannuksia ei ole sisällytetty laskelmaan tai sen esimerkkeihin.

Tarkempi laskelma löytyy liitteestä 3.

Taulukko 5. Laskelma itsemurhan kustannuksista kahta esimerkkitapausta käyttäen

	20-v., alempi korkea-aste, ei aineellista vahinkoa, kolme lähiomaista	50-v., perusaste, kolme lähiomaista, joista yksi puoliso
Työpanoksen menetys		
Menetetty tuloverot	322 928 €	39 114 €
Välittömät kustannukset		
Ensihoito	189 €	189 €
Poliisi	451 €	451 €
Oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus	1 646 €	1 646 €
Omaisiin liittyvät kustannukset		
Leskeneläke		30 vuoden ajan leskeneläke 204 120 €
Työpanoksen menetys	- 84 248 €/omainsen 1, 50-v/alempi korkea-aste, täysi työkyvyttömyys - 4 393 €/omainsen 2, 50-v/perusaste/väliaikainen työkyvyttömyys (1 vuosi) - 2 851 €/omainsen 3, 30-v/ylempi korkea-aste/väliaikainen työkyvyttömyys (1 vuosi)	- 1 268 €/omainsen 1, 30v/ylempi korkea-aste, väliaikainen työkyvyttömyys (1 vuosi) - 22 659 €/omainsen 2, 55v/ylempi korkea-aste, väliaikainen työkyvyttömyys (1 vuosi)
Kunnan tai kaupungin kriisituki	322 €/omainsen 1-3	322 €/omainsen 1-5
Seurakunnan tuki	1 642 €/opiskelijayhteisö tai työyhteisö	1 642 €/työyhteisö
Kolmannen sektorin tuki	- 448 €/omainsen 1 - 448 €/omainsen 2 - 448 €/omainsen 3	- 448 €/omainsen 1 - 448 €/omainsen 2 - 448 €/omainsen 3
Psykiatrinen sairaanhoito	1665 €/omainsen 1	1665 €/omainsen 1
Psykoterapia, 1. vuosi (80 käyntiä)	12 400 €/omainsen 1	12 400 €/omainsen 1
Psykoterapia, 2. vuosi (80 käyntiä)	12 400 €/omainsen 1	12 400 €/omainsen 1
Psykoterapia, 3. vuosi (40 käyntiä)	6 800 €/omainsen 1	6 800 €/omainsen 1
Yhteensä	456 279 €	309 020 €

Tutkimukset osoittavat, että terveydenhuollon ammattilaisten parissa esiintyy edelleen vääriä uskomuksia liittyen itsemurhiin. Itsemurha-ajatuksista kysymisen pelätään nostavan sen toteuttamisen riskiä. (Stoppe et al. 1999 teoksessa Dazzi et al. 2014; Bajaj et al. 2008) Itsemurhien ehkäisy ei myöskään nähdä kuuluvan terveydenhuollon prioriteetteihin, siitäkin huolimatta, että erilaiset tunnistamis- ja hoitomuodot ovat kehittyneet (Hogan & Goldstein Grumet 2016). Schmitz ym. (2012) mukaan jopa mielenterveysalan ammattilaiset saavat vain vähimmäismäärän harjoitusta liittyen itsemurhien ehkäisyyn.

Hankesuunnitelmassa juurruttamisen oli suunniteltu tapahtuvan siten, että koulutus tulisi osaksi yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien yleislääkäreiden erikoistumisopintoja. Hankeajankana Tampereen, Oulun, Turun ja Itä-Suomen yliopistojen lääketieteelliset tiedekunnat ottivat koulutuksen osaksi erikoistumisopintojaan useilla eri aloilla esimerkiksi yleislääketieteessä, psykiatriassa, akuuttilääketieteessä ja työterveydessä. Hankkeen juurtuminen osaksi erikoistumisopintoja on osaltaan hyvä keino lisätä tietoisuutta ja osaamista itsemurhien ehkäisyyn osalta terveydenhuollon ammattilaisten parissa. Tämän lisäksi hankeajankana työryhmään kuuluneen suunnittelijan ammatillisiin jatko-opintoihin kuului opinnäytetyö, jonka kohteeksi valikoitui Itsemurhien ehkäisy -koulutuksen juurruttaminen. Näin koulutuksesta päätettiin rakentaa verkkokoulu, joka on kaikille avoin. Verkkokoulun rakentamisesta ja sisällön siirtämisestä vastaa suunnittelija muun hanketyöryhmän avustuksella. Kaiken kaikkiaan koulutuksen jatkuminen sekä kaikille avoimena maksuttomana verkkokouluna että osana yleislääkäreiden erikoistumiskoulutusta neljässä lää-

ketieteellisessä tiedekunnassa takaa mahdollisuuden lisätä itsemurhien ehkäisyn osaamista vielä laajemmin kuin hankeaikana.

Jo hankkeen alussa osoittautui selvästi, että tämäntyyppiselle koulutukselle on selvä tarve muillakin ammattialoilla ja siihen myös osallistui muita ammattiryhmiä kohderyhmän lisäksi. Sosiaalialan ammattilaisia oli 15,1 % koulutukseen osallistuneista ja heistä erityisesti vastaanottokeskuksien työntekijät olivat koulutuksesta kiinnostuneita. On selvää, etteivät kaikki koulutuksen aihealueet (kuten hoito) olleet heille tarpeellisia. Mielenterveysalan ammattilaiset taas saattoivat antaa palautetta, että sisältö oli heille jo entuudestaan tuttua. Koulutuksen siirtäminen suoraan muihin ammattiryhmiin ei kuitenkaan pysty vastaamaan kaikkien tarpeeseen, vaan koulutusta täytyy muokata juuri tuon ammattiryhmän näkökulmasta, esimerkiksi vastaanottokeskuksen työntekijöille suunnattaessa huomioiden kulttuuriset näkökohdat ja mahdolliset traumat. Tästä onkin keskusteltu alustavasti Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen yhdenvertaisuus ja osallisuus-yksikön kanssa. Koulutuksen sisällön muokkaaminen vaatii kuitenkin taloudellisia ja henkilöresursseja.

Rannikolla toteutuneissa koulutuksissa tuli esiin myös ruotsinkielisen koulutuksen tarve. Ilman ruotsinkielistä koulutusta emme myöskään voineet tarjota tätä koulutusta Ahvenanmaalle, vaan se oli jätettävä ulkopuolelle. Jatkossa on koulutusta myös etukäteen suunniteltava siten, että tavoitteeksi otetaan kouluttaa suhteellisesti enemmän siellä, missä itsemurhien takia menetettyjen elinvuosien määrät ovat suurempia (Kaavio 3). Tämä tieto päivittyy vuosittain avainindikaattoriksi (ind. 3960) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämälle Terveysomme.fi-sivustolle, joka kokoaa tilasto- ja seurantatietoja alueittain ja väestöryhmittäin (<http://www.terveysomme.fi/avainindikaattorit/index.html>).

Koulutuksen palautteessa kerättiin myös kehittämiseen liittyviä kommentteja. Niissä näkyi mm. toive siitä, että koulutusta annettaisiin säännöllisin väliajoin. Myös ryhmäharjoituksia toivottiin niissä koulutuksissa, joissa harjoituksia ei tehty. Niissä koulutuksissa, joissa oli mahdollisuus rooliharjoitukseen kokemusasiiantuntijan kanssa, oli vaikea saada osallistujia. Tämäntyyppinen harjoitus saattoi tuntua vaativalta, eikä pienenkään ryhmän sisällä koettu harjoitusta tarpeeksi miellyttäväksi. Palaute antoi kuitenkin hyviä vinkkejä siihen, millaiset harjoitukset voisivat olla toimivia ja mitkä eivät. Myös ajankäytöllisesti on mietittävä, voitaisiinko koulutuksen sisällöstä tiivistää/poistaa joitakin aihe-alueita, jotta harjoituksia voidaan toteuttaa palautteen kera. Ryhmäharjoitukset eivät myöskään olisi olleet mahdollisia suuria osallistujamääriä sisältäneissä koulutuksissa, mutta jatkokehittelyä ajatellen voisi miettiä esimerkiksi vierustoverin kanssa toteutettavaa pohdintatehtävää.

Sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteilla oleviin mielenterveyspoliittisiin linjauksiin sisältyy myös itsemurhien ehkäisy. Hoitoon pääsyä helpotetaan ja nopeutetaan priorisoimalla itsemurhavaarassa olevan henkilön hoito. Hoitohenkilöstön osaamista pyritään vahvistamaan, jotta hoitohenkilöstöllä on korkeatasoinen osaaminen ja yhteiset, näyttöön perustuvat mallit itsemurhavaaran puheeksiotossa, arvioinnissa ja itsemurhien ehkäisyssä sekä riittävä tuki muun muassa konsultaatioiden ja työnohjauksen muodossa. Avainryhmät tämän tavoitteen saavuttamiseksi ovat ensihoidon henkilöstö ja päivystysvastaanotoilla työtään tekevät.

Käytännön toimenpiteinä a) jatketaan sosiaali- ja terveysministeriön kanssa yhteistyötä koulutusten järjestämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa työtään tekeville alan ammattilaisille, b) tehostetaan näyttöön perustuvien hoitomenetelmien ja erityisesti uusien sähköisten menetelmien käyttöä, c) vahvistetaan integraatiota hoidon saumattoman jatkuvuuden turvaamiseksi nivelvaiheissa, d) tarjotaan kaikille itsemurhaa yrittäneille tarpeenmukaista palvelua välittömästi yrityksen jälkeen ja seurataan kaikkien itsemurhaa yrittäneiden vointia riittävän tiiviisti yrityksen jälkeen, e) huomioidaan nuorten kohdalla vanhemmat ja sisarukset ja huomioidaan vanhempien kohdalla lapset ja heidän tuen tarpeensa, f) vahvistetaan yhteistyötä kokemusasiiantuntijoiden, järjestöjen varhaisen tuen ja muun hoitojärjestelmän välillä, ja g) mahdollistetaan johtamisjärjestelmän tuki laadukkaalle ja inhimilliselle hoitokulttuurille.

Itsemurhien ehkäisytyö siis jatkuu monella taholla. Ammattilaisten osaamisen lisäämisessä voidaan nyt hyödyntää niitä arvokkaita oppeja, joita Itsemurhien ehkäisy -koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille on antanut.

Lähteet:

- Ahmenadi BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, Lynch F, Owen-Smith A, Hunkeler EM, Whiteside U, Operskalski BH, Coffey MJ & Solberg LI (2014) Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of General Internal Medicine* 29 (6) 870-7.
- Bajaj P, Borreani E, Ghosh P, Methuen C, Patel M & Crawford MJ (2008) Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners. *Mental Health Family Medicine* 5 229-235.
- Dazzi T, Gribble R, Wessely S & Fear NT (2014) Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? Editorial, *Psychological medicine* 44 3361-63.
- Hogan, MF & Goldstein GJ (2016) Suicide Prevention: An emerging priority for health care. *Health Affairs* 35 (6) 1084-90.
- Lake CR (2008) How academic psychiatry can better prepare students for their future patients. Part I: the failure to recognize depression and risk for suicide in primary care; problem identification, responsibility, and solutions. *Behavioural Medicine* 34 95-100.
- Luoma JB, Martin CE & Pearson JL (2002) Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry* 159 (6) 909-16.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A & Marusic A (2005) Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of the American Medical Association* 294, 2064-2074.
- Mathias CW, Fur RM, Sheftall AH, Hill-Kapturczak N, Crum P & Dougherty Dm (2012) What's the harm in asking about suicidal ideation? *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 42 (3) 341-351.
- Schmitz WM, Allen MH, Feldman BN, Gutin NJ, Jahn DR, Kleespies Pm et al (2012) Preventing suicide through improved training in suicide risk assessment and care: an American Association of Suicidology Task Force report addressing serious gaps in U.S. mental health training. *Suicide and Life Threatening Behaviour* 42 (3) 292-304.
- Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA & Silverman MM (2015) Suicide and suicidal attempts in the United States: costs and policy implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 46 (3).
- Stanley B & Brown GK (2012) Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice* 19 (2) 256-64.
- Svedberg A (2017) The Economic Cost of Suicide to Society - An Estimation of the Net Economic Cost of all Completed Suicides in Sweden in 2015. Department of Economics, University of Lund, Sweden.
- Stoppe G, Sandholzer H, Huppertz C, Duwe H & Stedt J (1999) Family physicians and the risk of suicide in the depressed elderly. *Journal of Affective Disorders* 54 193-198.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. ISSN=1799-5051. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu 20.2.2019 <http://www.stat.fi/til/ksyyt/index.html>
- Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, Zalsman G, Zemishlany Z & Carli V (2012) The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry* 27 129-141.
- World Health Organization (2014) Preventing suicide. A global imperative. WHO, Geneva.
- World Health Organization (2016) mhGAP Intervention Guide - Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. WHO, Geneva. Haettu 7.6.2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf;jsessionid=27A269514A5A8950032CB036A5EA707E?sequence=1>
- World Health Organization (2018) Global Health Observatory (GHO) data. Päivitetty 17.7.2018. Haettu 1.4.2019 https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/

Liitteet

Liite 1. Arviointisuunnitelma

Liite 2. Teemahaastattelurunko yksilöhaastatteluille ja fokusryhmälle

Liite 3. Laskelma itsemurhakuolemaan liittyvistä kuluista Suomessa

Liite 1.

Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihanke
Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projekti
Itsemurhien ehkäisy -koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille
2017–2018 Arviointisuunnitelma

1. Arvioinnin kohde
2. Hankearvioinnin tärkeys
3. Arviointimenetelmät ja aikataulu
4. Hankitun aineiston analyysi
5. Arvioinnin tulosten raportointi
6. Miten arviointituloksia hyödynnetään
7. Lähteet

1. Arvioinnin kohde

Itsemurhien ehkäisy -koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille (IE-koulutus) on osa pääministeri Juha Sipilän hallituksen kärkihankkeen *Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta projektia Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön*.

Hankkeen konkreettiset tavoitteet ovat:

- Perusterveydenhuollon ammattilaisten itsemurhien ehkäisyyn liittyvän osaamisen kasvattaminen sisältäen eri osa-alueita, kuten 1) riski- ja suojaavat tekijät, 2) itsemurhavaarassa olevan henkilön tunnistaminen ja arviointi, 3) itsemurhavaarassa olevan henkilön kohtaaminen ja puheeksiotto sekä 4) itsetuhoisen ja/tai masentuneen hoito perusterveydenhuollossa ja jatkotoimenpiteet.
- Itsemurhien ehkäisy -koulutus juurtuu osaksi terveydenhuollon ammattilaisten koulutusta yleislääketieteen ja akuuttilääketieteen erikoistumiskoulutuksissa.

Hankeaikana toteutetaan 40 koulutusta eri puolilla Suomea. Yksittäisiin koulutuksiin osallistuu noin 15–20 terveydenhuollon ammattilaista. Siten koulutettavien lukumääräksi tulee enimmillään 800 henkilöä.

Tavoitteiden toteutumisen myötä:

- Terveydenhuollon ammattilaiset osaavat tunnistaa, kohdata ja hoitaa tai ohjata jatkohoitoon itsemurhariskissä olevia henkilöitä entistä tehokkaammin
- Itsemurhiin liittyvä stigma vähentyy
- Väestön itsemurhat vähenevät
- Itsemurhayritykset vähenevät
- Itsemurhista yhteiskunnalle aiheutuva sosiaalinen ja taloudellinen taakka vähenevät
- Yksilöiden ja perheiden inhimillinen taakka vähenee
- Paine erikoissairaanhoidon osalta pienenee, kun mielenterveyshäiriöt tunnistetaan ja hoidetaan nopeammin.

2. Hankearvioinnin tärkeys

Arviointi on luonnollinen osa toteutettavaa hanketta ja kuuluu siihen kuten suunnittelu ja toimeenpano. Sitä voidaan tehdä monenlaisesta näkökulmasta ja monenlaisin tarkoituksin. Pääsääntöisesti arvioinnin suunnittelussa on ensin mietittävä, miksi ja kenelle arviointia tehdään.

Yleisesti ottaen arvioinnilla on kolme perustavaa motiivia:

- **Tiedollinen motiivi**
- Kerätään tietoa toiminnasta, voidaan vertailla sitä muuhun vastaavaan tai saada tietoa sen vaikutuksista.
- **Kehittämisen- ja oppimismotiivi**

Kerätään tietoa siitä, miten toimintaa ja/tai omaa työtä voitaisiin kehittää.

- **Tilivelvollisuus- tai vastuullisuusmotiivi**

Tiedolla selvitetään esimerkiksi rahoittajille, miten toiminnassa on onnistuttu.

IE-koulutushankkeen arvioinnissa kaikki yllämainitut motiivit ovat arvioinnin lähtökohtia. Eniten kuitenkin tiedollinen ja vastuullismotiivi eli tieto toiminnan onnistumisesta ja vertailukelpoisuus esimerkiksi Utsjoella toteutettavaan ASIST-menettelmää hyödyntävään itsemurhien ehkäisyhankkeeseen, joka on yksi valtionavustusta saanut kärkihankeprojekti.

3. Arviointimenetelmät ja aikataulu

Jotta saadaan eri tarkoituksiin soveltuvaa tietoa, arvioinnissa tullaan käyttämään erilaisia laadullisia ja määrällisiä arviointimenetelmiä. Hankkeen arviointi sisältää sekä prosessin että vaikutusten arviointia. Molempiin osa-alueisiin voidaan käyttää osittain samoja menetelmiä. Esimerkiksi itsearvioinnissa, fokusryhmähaastattelussa ja arviointityöpajoissa voidaan arvioida koulutuksen onnistumista sekä osallistujien tiedon omaksumisen ja hyödyntämisen, mutta myös kouluttajan onnistumisen näkökulmasta.

Itsemurhien vähentymistavoitteen suhteen ainoa arviointikeino on tilastollinen tarkastelu, jonka ongelmana on sen viive aineiston saamisessa. Esimerkiksi vuoden 2018 tilastot julkistetaan vasta vuoden 2019 lopussa ja näin ollen hankeaikana ei ole mahdollista saada tietoa koulutuksen mahdollisesta vaikutuksesta. On myös muistettava, että tuloksiin voivat vaikuttaa myös monet muutkin tekijät kuin hankkeen mittauksen kohteena olevat toimet.

Hankkeen arvioinnissa käytetään seuraavia menetelmiä:

3.1. Itsearviointi ja reflektio

Itsearviointi on sisäistä arviointia ja näin ollen oman toiminnan kriittistä tarkastelua. Hankkeen työryhmä arvioi omasta näkökulmastaan oman toimintansa onnistumista; kehittämistarpeita, tärkeitä pidettyjä asioita, toiminnan vahvuuksia ja heikkouksia sekä aikaansaatuja tuloksia ja kehitystä hankkeen eri vaiheiden aikana. Itsearvioinnissa pyritään myös kriittiseen reflektointiin, joka on oman toiminnan ja ajattelun kriittistä pohdintaa ja siten prosessiarvioinnin keskeinen elementti. Reflektioivassa itsearvioinnissa peilataan myös kokemuksia, tunteita ja havaintoja, mutta silti tietoisesti ja systemaattisesti. Sen lisäksi, että voidaan reflektoida omaa toimintaa, voidaan hankkeessa reflektoida myös ryhmän toimintaa. (Seppänen-Järvelä 2004; Virtanen 2007). Itsearvioinnin tärkein tehtävä on tuottaa konkreettisia ehdotuksia ja ideoita toiminnan kehittämiseksi (Koskela 2012).

Sekä hankkeen työryhmän jäseniltä että koulutuksiin osallistuneilta kerätään itsearviointitietoa kyselylomakkein. Hankkeen koulutuksiin osallistuvilta kerättävän itsearvioinnin tulokset kannattaa käydä ne läpi pian kunkin tilaisuuden jälkeen ja näin voidaan tehdä mahdolliset tarvittavat muutokset toimintaan saman tien.

Kysely osallistujilta toteutetaan 3-vaiheisesti sähköisenä; 1) ilmoittautumislomake ennen koulutusta, 2) palautelomake noin kaksi viikkoa koulutuksen jälkeen sekä 3) palautelomake noin 6 kk koulutuksen jälkeen. Sähköinen kyselyohjelma (Webropol) mahdollistaa laajankin tiedonkeruun vähäisillä resursseilla. Kun lomakepohja on kertaalleen luotu kyselyjärjestelmään, voi sitä hyödyntää jatkossa vastaavaan tiedonkeruuseen.

Itsearvioinnin tavat:

Koulutukseen osallistuvat:

- 1) Koulutukseen ilmoittautuessa Webropol -kyselylomake koskien itsearvioitua oman osaamisen tilaa.
- 2) Koulutuksen jälkeen Webropol-kyselylomake koulutuksen sisällöstä ja itsearvioitua tiedon lisääntymistä.
- 3) Noin 6 kk päästä koulutuksesta Webropol -kyselylomake koulutuksen sisällön hyödyntämisestä, jossa arvioidaan koulutuksen hyödynnettävyyttä omassa työssä.

Kouluttajana toiminut henkilö reflektoi kunkin koulutuksen jälkeen ”päiväkirjamaisesti” koulutuksen onnistumista ja siihen vaikuttaneita tekijöitä.

3.2. Havainnointi

Kaikesta toiminnasta ja toiminnoista ei ole aina mahdollista kerätä tietoa kyselyiden tai haastatteluiden avulla. Tietoa saadaan jatkuvasti myös havainnoimalla toimintaa. Esimerkiksi koulutuksen vetäjä tarkkailee jatkuvasti koulutukseen osallistuvan ryhmän toimintaa, vuorovaikutusta ja ilmapiiriä, ja samalla hän saattaa saada viitteitä osallistujissa tapahtuvista muutoksista tai toiminnan kehittämiskohteista. Kouluttaja kokoaa tätä tietoa kunkin koulutuspäivän jälkeen reflektointipäiväkirjaan.

3.3. Fokusryhmähaastattelut

Fokusryhmiä voidaan käyttää arvioinnissa monin tavoin. Organisoituissa ja ainakin puolistrukturoituissa fokusryhmissä käydään keskusteluja, joissa tarkastellaan jotakin erityistä kysymystä. On tärkeää, että kaikki osallistujat tietävät, mihin keskustelun teema on fokusoitu. Fokusryhmien haastattelijalla on tärkeä rooli keskustelun rakentavuuden ja sujuvuuden varmistamisessa. Usein on hyvä, että keskustelu kirjataan muistiin jatkoa varten (Seppänen-Järvelä 2004). Tiedonkeruun menetelmänä haastattelut tarjoavat mahdollisuuden tietyn asian syvällisempään pohdintaan. Haastattelun toimivuutta edistää olennaisesti se, jos ryhmässä vallitsee avoin ilmapiiri ja luottamus kaikkien osallistujien kesken.

Noin 6 kk kuluttua koulutuksesta toteutetaan 3 fokusryhmähaastattelua (5-10 hlöä/fokusryhmä).

Tulosten ja vaikutusten arviointi

Tulosten ja vaikutusten arviointi voi olla vaikeaa tai jopa mahdotonta ilman jonkinlaista sitä edeltävää prosessiarviointia. Näissä kummassakin lähestymistavassa arviointiin voivat olla samankaltaisia.

IE-koulutushankkeessa osatavoitteita voidaan havainnoida yllä mainituilla tavoilla. Päätaavoite eli itsemurhien laskua voidaan arvioida vasta hankekauden päättymisen jälkeen tilastotietojen ilmestymisen viiveen takia.

4. Hankitun aineiston analyysi

Analysointi on kerätyn aineiston systemaattista ja kokonaisvaltaista tarkastelua ja aineiston peilaamista arviointikysymyksiin. Analyysivaihe sisältää mm. aineiston erittelemistä, jäsentämistä, teemoittelua, tiivistämistä ja tulkintaa. Analyysin lähtökohtana on mm:

- saada vastauksia arviointikysymykseen
- erottaa aineistosta olennainen
- varmistaa luotettavuus
- huomioida poikkeavuudet

Laadullisen aineiston analyysi alkaa jo aineiston keräämisvaiheessa. Tätä aineistoa on myös mahdollista täydentää koko arviointiprosessin ajan. Määrällistä aineistoa (esim. tilastot) ei voi täydentää arviointiprosessin aikana. Aineiston analyysin pohjalta tehdään johtopäätökset ja mahdolliset kehittämisehdotukset. Johtopäätökset antavat vastaukset arviointikysymyksiin. (www.soste.fi)

IE-koulutushankkeen arvioinnin analysoinnissa pyritään työryhmän oman itsearvioinnin sekä koulutukseen osallistuvien koulutuksen sisältöön liittyvän palautteen avulla arvioimaan hankkeen toteutuksen ja sisällön onnistumista. Tätä arviointia tehdään läpi hankekauden, jolloin on mahdollista tehdä tarpeellisia muutoksia hankkeen toteutukseen ja/tai toimintatapaan.

Kuten mainittiin aiemmin, tiettyjen tavoitteiden mittaaminen ja siten analysointi ei ole hankeaikana mahdollista. Näitä tavoitteita ovat mm. itsemurhien vähentyminen ja itsemurhien ehkäisy -koulutuksen juurtuminen yleislääketieteen erikoistumiskoulutuksiin.

5. Arvioinnin tulosten raportointi

Tulokset raportoidaan siten, että raportista käy ilmi koko arviointiprosessi, sekä aineistoon perustuvat johtopäätökset ja kehittämissuositukset. Arviointiraportti noudattelee muiden kärkihankkeiden tapaan annettua ohjeistusta.

Perusmuodossaan arviointiraportti sisältää kuitenkin vähintään seuraavat osat (www.soste.fi):

1. Johdanto
2. Arvioinnin kohde
3. Arviointiasetelma
4. Arvioinnin tulokset
5. Johtopäätökset ja kehittämissuositukset
6. Kirjallisuusluettelo ja lähdeaineisto
7. Liitteet

6. Miten arviointituloksia hyödynnetään?

Arvioinnin tavoitteena on aina kehittäminen ja tulosten hyödyntäminen. Tämä on hyvä pitää mielessä koko arviointiprosessin ajan. Arvioinnin tulosten hyödyntäminen alkaa jo arvioinnin aikana eikä vasta arvioinnin päätyttyä. Ensisijaisen tärkeää on, että arvioinnin tuloksista keskustellaan avoimesti työryhmässä hankkeikana.

Hankkeen toimeksiantajan näkökulmasta on myös tärkeää saada tietoa hankkeen onnistumisesta ja miten hankkeessa saatua osaamista jatkossa voidaan hyödyntää.

7. Lähteet

Henriksson M, Lonkolahti O & Harju H (2015) Opas oman toiminnan arviointiin järjestöille ARTSI-projektissa kehitetty itsearviointimalli ja työkalut arviointiin. Helsinki, Kuntoutussäätiö.

Korteniemi P & Pietilä N (2008) teoksessa Borg P, Högnabba S, Kilponen M-R, Kopisto K, Korteniemi P, Paananen I & Pietilä N (2008) Arviointi työtavaksi – kokemuksia asiakastyön arvioinnin kehittämistä Helsingin sosiaalivirastossa. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, Oppaita ja työkirjoja 2008:2.

Koskela T (2012) Kehittämishankkeiden arvioinnin tila. Motiivit ja arviointitiedon hyödyntäminen sosiaali- ja terveysalojen järjestöissä. Avustustoiminnan raportteja 28.

Seppänen-Järvelä R (2004) Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. Stakes 4/2004.

Virtanen P (2007) Arviointi: arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Edita.

SOSTE: www.soste.fi Luettu 1.2.2017

Arvioinnin perusteet -koulutusmateriaalit. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.

Liite 2. Teemahaastattelurunko yksilöhaastatteluille ja fokusryhmälle

Itsemurhien ehkäisy -koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille

Laadullinen arviointi 2018

Fokusryhmä- ja yksilöhaastattelut

Teemahaastattelurunko

1. Haastateltavan työnimike/työyhteisö
2. Koulutuksen hyödyllisyys:
 - mikä koettiin hyväksi ja hyödylliseksi koulutuksessa - mikä ei
 - oman osaamisen, tiedon ja ymmärryksen kasvu
 - missä tilanteissa opittu ollut hyödyksi, miten soveltanut opittua
 - muutokset omiin työtapoihin
 - muutokset työyhteisön käytäntöihin
 - opitun jakaminen työyhteisössä
3. Koulutuksen soveltuvuus omalle alalle ja omaan työyhteisöön
 - yleisesti
 - sisältö, menetelmät, kesto
4. Koulutusmateriaalien hyödyllisyys
5. Onko kehitettävää koulutuksen suhteen
 - sisältö, menetelmät, kesto
 - jäikö uupumaan jotain?
 - kehitysideoita?

Liite 3. Laskelma itsemurhakuolemaan liittyvistä kuluista Suomessa

Laskelma itsemurhakuolemaan liittyvistä kuluista Suomessa

Sisällys

- 1 Menetelmä
- 2 Kustannusten muodostuminen
 - 2.1 Työpanoksen menetys
 - 2.2 Itsemurhaa seuraavat välittömät kulut
 - 2.2.1 Pelastuslaitoksen ensihoito
 - 2.2.2 Kuolemansyy selvittäminen
 - 2.3 Omaisiin liittyvät kulut
 - 2.3.1 Omaisille aiheutuva työkyvyttömyys
 - 2.3.2 Omaisten tukemiseen tarvittavat resurssit
 - 2.3.2.1 Kunnan tai kaupungin kriisituki
 - 2.3.2.2 Seurakunnan kriisituki
 - 2.3.2.3 Kolmannen sektorin kriisivastaanotto ja tukiryhmät
 - 2.3.2.4 Psykiatrinen sairaanhoito
 - 2.3.2.5 Kuntoutuspsykiatria
3. Yhteenveto

1. Menetelmä

Tässä osiossa esitelty itsemurhaan liittyvien kustannusten arvioiminen on toteutettu pääosin yhdistämällä eri asiantuntijoiden arvioita sekä tilasto- ja tutkimustietoa. Prosessin kulkua on tukenut järjestötoiminnan vaikutusten rahamääräistämiseen kehitetty SROI-menetelmä (*Social Return on Investment*, ks. esim. Banke-Thomas, Madaj, Charles & van der Broek, 2015), josta Juha Klemelä on tuottanut suomalaisen version (Klemelä, 2016). SROI-menetelmä perustuu kustannus-hyöty-suhdeanalyysiin, joskin se ottaa perinteisiä lähestymistapoja laajemmin huomioon erilaisia sosioekonomisia tuloksia (Banke-Thomas ym., 2015) ja käyttää abstraktien tulosten rahamääräistämässä hyvinkin luovia menetelmiä erilaisten rinnastamisten keinoin (ks. esim. rahamääräistäminen ja korvikemuuttujien luominen, Klemelä 2016).

Koska rahamääräistämisen kohteena tässä arvioinnissa ei ole järjestötoiminta, vaan pikemminkin toistuva ja kansanterveyttä vakavasti rasittavaa ilmiötä vähentämään pyrkivä hanke, ei SROI-menetelmää voitu sellaisenaan noudattaa: eri vaiheissa arviointia menetelmää on sovellettu hyvinkin vapaasti niin, että menetelmä on tukenut arvioinnin kohdetta. SROI-menetelmää on hyödynnetty siltä osin, kun se on palvellut parhaaksi katsottuja tarpeita kustannusarvion muodostamisessa. SROI valittiin arviointimenetelmäksi sen saatavuuden sekä rahamääräistämisen periaatteiden vuoksi. Myös Sosiaali- ja terveysministeriön taholta SROI-menetelmää tarjottiin arvioinnin ja kärkihankeprojektien vaikutusten rahamääräistämisen tueksi. Arvioinnin edetessä joitakin rahamääräistämisen periaatteita päätettiin hylätä, esimerkiksi mahdollisesti spekulatiivisille korvikemuuttujille ei ollut käyttöä, sillä arvioinnin kohteeseen liittyy runsaasti jo hinnoiteltuja tekijöitä. Lisäksi niin Itsemurhien ehkäisy -koulutushankkeen työryhmä kuin hankkeen ohjausryhmäkin totesivat, että useiden itsemurhaan liittyvien sosiaalisten vaikutusten rahamääräistäminen ei ole hyödyllistä tai eettisesti kestävä.

SROI-menetelmästä poiketen tässä osiossa esitellyn kustannusarvion tarkoituksena ei myöskään ole osoittaa itsemurhien ehkäisyyn tähtäävien interventioiden kustannustehokkuutta, vaikka se voikin toimia informatiivisena raportin sivutuotteena. Tarkoituksena ei ole myöskään korostaa itsemurhista koituvien

kustannusten mittavuutta ja kallista hintaa yhteiskunnalle. Pää tarkoituksena on tuottaa yleissivistävää tietoa siitä, millaisia tahoja itsemurhan jälkeisissä tapahtumissa on mukana ja millä tavoin. Itsemurhien ehkäisyyn perusta pitäisi aina olla inhimillisen kärsimyksen vähentämisessä, ei itsemurhasta koituvien kulu- jen pienentämisessä.

Itsemurhan kustannuksia on rahamääräistetty ja yksittäisen itsemurhan kustannukseksi on laskettu tutkimuksesta riippuen noin 57 000 – 1 300 000 euroa (Bagley, 2012; Shepard ym., 2015; Kinchin & Doran, 2017; Svedberg, 2017). Taulukkoon 1. on koottu vertailun vuoksi aiempia itsemurhakustannusarvioita ja niihin mukaan otettuja kustannustekijöitä.

Taulukko 1. Esimerkkejä erilaisista laskelmista liittyen itsemurhasta aiheutuneisiin kustannuksiin

Lähde	Kuluarvio yksittäisestä itsemurhasta	Mukaan lasketut tekijät
Bagley A (2012) A Social Return on Investment Analysis: Summary Report. Leeds Survivor Led Crisis Service. Leeds Survivor Led Crisis Service.	1 200 000 £ n. 1,3 miljoonaa €	Tekijän menetetyt työtulot Puolisolle/kumppanille sekä perheelle koituvat inhimilliset kustannukset Itsemurhasta seuraavat välittömät palvelukustannukset (ambulanssi, poliisi, vakuutus, hallinto) Kolmannen osapuolen omaisuusvahingoista koituvat kustannukset
Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA & Silverman MM (2015) Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. Suicide and Life-Threatening Behavior 46 (3).	66 218–2 012 476 US\$ n. 57 000–172 000 €	Loukkaantumisen hoito Tuottavuuden menetys
Kinchin I & Doran CM (2017) The Economic Cost of Suicide and Non-Fatal Suicide Behavior in the Australian Workforce and the Potential Impact of a Workplace Suicide Prevention Strategy. International Journal of Environmental Research and Public Health 14 347.	1 469 381–2 005 854 AU\$ n. 930 000–1 270 000 €	Tuottavuuden häiriintyminen Inhimillisen pääoman menetys Hoitokustannukset, hallinnolliset kustannukset (tutkinta, matkat, hautajaiset) Muut kustannukset, kulut liittyen uhrin siirtämiseen tapahtumapaikalta
Svedberg A (2017) The Economic Cost of Suicide to Society - An Estimation of the Net Economic Cost of all Completed Suicides in Sweden in 2015. Department of Economics, University of Lund, Sweden.	2 460 000–2 690 000 SEK n. 233 027–254 815 €	Uhrin kuljetus tapahtumapaikalta esimerkiksi sairaalaan, mahdollinen uhrin hoito ensiavussa tai tehohoidossa ennen kuolemaa. Oikeuslääkärin ja ruumiinavauksen kustannukset. Kustannukset poliisin mukanaolosta ja ensihoitohenkilöstön palveluista tapaturmapaikalla ja sen jälkeen. Itsemurhasta aiheutuneet omaisuusvahingot. Uhrin laskennallisesti menettämät ansiot. Perheen/läheisten menettämät ansiot esimerkiksi sairausloman takia. Mahdolliset säästöt maksamatta jäävästä eläkkeestä, hoitokustannuksista ym.

Tässä arvioissa on päädytty arvioimaan vain itsemurhakuolemaan liittyviä kuluja. Esimerkiksi hautajaiskulut ja perunkirjoitus on suljettu arvion ulkopuolelle, sillä nämä kulut esiintyisivät myös ns. ”luonnollisen kuoleman” yhteydessä ja esiintyisivät kulueränä joka tapauksessa ennemmin tai myöhemmin. Ajallinen tarkastelu ulottuu tässä raportissa siis mukana olevien henkilöiden elinkaaren loppuun asti.

Kustannusarvioon tarvittavien vaikutusketjujen muodostaminen on haastavaa, sillä jokainen kuolemaan johtava itsemurhayritys koskettaa ympäristöään eri tavalla ja itsemurhaan kuolleiden joukko on heterogeeninen mm. iän ja asuinpaikan mukaan (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2018; Partonen, Haukka & Lönnqvist, 2003). Arvion muodostamisessa on pyritty luomaan asiantuntijoiden yhdistettyjen karkeiden arvioiden kokonaisuuksia, ja mukaan otettavia tekijöitä ja tahoja on sisällytetty tai suljettu pois olennaisuuden periaatetta hyödyntäen (Klemelä, 2016).

Olenaisuuden periaate näkyy esimerkiksi siinä, että asiantuntijoita lähestyttäessä on pyydetty antamaan arvioita tyypillisten tapausten, tilastojen tai oletettujen keskiarvojen mukaan. Pelkkiin arvioihin pohjautuvan tiedon luotettavuus voidaan kyseenalaistaa, mutta toisaalta vankkaan kokemukseen perustuva asiantuntija-arvio mahdollistaa edes suuntaa-antavan kustannusarvion tekemisen. Olenaisuuden periaate näkyy myös siinä, että huomioitavia tekijöitä on pyritty laskemaan niiden yleisyyden mukaan: itsemurha koskettaa monia eri tahoja, mutta mukaan on valittu tekijät, joita teko mitä varmimmin useimmissa tai kaikissa tapauksissa koskettaa. Esimerkiksi kuolemansyyn selvittämiseen osallistuvat tahot osallistuvat itsemurhan jälkeiseen työhön aina. Itsemurha koskettaa myös itsemurhaan kuolleen omaisia ja lähipiiriä useimmissa tapauksissa – tosin aina itsemurhaan kuolleella ei ole omaisia.

Tähän laskelmaan on kirjattu laajasti huomioon otettavia tekijöitä ja tahoja, mutta kaikkia ei ole ryhdytty laskemaan tiedon tai asiantuntijatahojen arvioiden puutteen vuoksi. Tarkoituksena on ollut luoda tarkempi alustava kustannusarvio itsemurhatapauksia varten sekä antaa ideoita kattavamman kustannusarvion tekemiseen jatkossa.

2. Kustannusten muodostuminen

2.1 Työpanoksen menetyks

Kun itsemurhasta seuraavia kuluja tai menetettyjä tuloja tarkastellaan itsemurhaan kuolleen menetetyn työpanoksen ja erityisesti tuloverotuksen alaisen työpanoksen kautta, voidaan erilaisia itsemurhatapauksia jaotella tekijän iän ja koulutustaustan mukaan. Näin tarkennetaan erilaisista tapauksista syntyviä tuloveromenetyksiä.

Tässä raportissa esitellyn menetettyjen tuloverojen laskelman (ks. Taulukko 2.) on tehnyt Sitran vaikuttavuusinvestoimisen asiantuntija Petri Hilli. Laskelmassa on hyödynnetty vuoden 2017 veroasteikkoa ja laskettu eri ikä- ja koulutusluokkien tuloverot keskipalkalla ja koulutusluokan työllisyysasteella. Tuloverosta on vähennetty työttömyysasteen mukainen työmarkkinatuki, ikä- ja koulutusluokkakohtaiset keskimääräiset toimeentulo- ja asumistuet sekä kertyvä työeläke, josta maksetaan veroja oletetusta vanhuuseläkeiästä (64 vuotta) eteenpäin. Edellä mainitut tulot ja kustannukset on laskettu yhteen tarkasteluvuodesta keskimääräiseen elinikään asti sekä jaoteltu seitsemään ikäluokkaan taulukon käytön yksinkertaistamiseksi.

Taulukko 2. Ikäryhmäkohtaiset menetetyt tuloverot

Ikä	Perusaste	Keskiaste ja alin korkea-aste	Alempi korkea-aste	Ylempi korkea-aste
0-17*	142 881 €	241 650 €	326 365 €	561 912 €
18-24	141 986 €	236 632 €	322 928 €	562 159 €
25-34	130 784 €	205 759 €	289 451 €	555 394 €
35-44	97 886 €	144 845 €	216 004 €	501 253 €
45-54	39 114 €	57 498 €	84 248 €	154 088 €
55-64	17 794 €	25 010 €	40 331 €	155 621 €
65-				

* 0-17-vuotiaiden kohdalla käytettiin 18-vuotiaiden tuloverolaskelmaa.

Työikäisten eli 18–64-vuotiaiden kohdalla tuloveroon liittyvässä laskennassa sovellettiin yhtenäistä laskentatapaa. Alle 18-vuotiaiden kohdalla sovellettiin 18-vuotiaiden tuloverolaskentaa sillä oletuksella, että osa päätyisi myöhemmin työelämään ja tällöin menetetään koko työiän työpanos. Eläkeikäisten kohdalla ei voitu hyödyntää tuloveroon perustua laskentatapaa, sillä eläkeläisten työpanos voi muodostua esimerkiksi vapaaehtoistyöstä, jota on vaikeaa rahamääräistää. Toisaalta eläkeläisten työpanos voi näkyä epäsuorasti myös mahdollisten lastenlasten hoitamisena, jonka ansiosta lasten vanhemmat pääsevät töihin.

On huomioitava, että taulukossa 2 käsitellään vain verotuloja eli julkishallinnon saatavia yksilön palkkatyön osalta. Menetettyä tuottavuutta voitaisiin tarkastella myös elinikäisten tulojen osalta, jolloin hahmotuisi yksilön vaikutus kansantalouteen kuluttajana, kuten esimerkiksi kuluttamisesta seuraavat arvonlisäverotulot. Olisi mahdollista huomioida myös tuloverotettavan työn ulkopuolelle sijoittuva työ, joka koskee niin työssäkäyviä kuin työttömiäkin. Tähän ei-tuloverotettavaan työhön voidaan laskea mukaan lukuisia eri tapoja, joilla ihminen aktiivisesti vaikuttaa ympäristöönsä: talouden kotityöt, lastenhoito, omaishoito sekä vapaaehtoistyö ovat esimerkkejä näistä. Itsemurhasta koituvia kustannuksia arvioitaessa laskelmaa voitaisiin tarkentaa ottamalla huomioon laajasti myös tämänkaltaiseen työhön liittyviä tekijöitä.

Tuloveron alaisen työn ulkopuolelle sijoittuvan työn menetyksen aiheuttamia kustannuksia voidaan tarkastella niiden tulonsiirtojen kautta, joita itsemurhaan kuolleen omaiset saavat. Esimerkiksi yhden perheen elättäjän kuollessa eri tulonsiirtojen, kuten esimerkiksi perhe-eläkkeen sekä toimeentulo- ja asumistukien, määrä kasvaa. Eläketurvakeskuksen (2018) mukaan vuonna 2017 työeläkejärjestelmästä maksettiin leskeneläkettä keskimäärin 567 euroa kuukaudessa. Tämä tarkoittaa keskimäärin 6 804 euron tulonsiirtoa jokaisella itsemurhaan kuolleen lesken elinvuotta kohden.

2.2 Itsemurhaa seuraavat välittömät kulut

2.2.1 Pelastuslaitoksen ensihoito

Pelastuslaitokselta saatiin asiantuntija-arvio Helsingin pelastuslaitoksen ensihoitopäälliköltä Kari Porthanilta. Pelastuslaitoksen arviossa yhdisteltiin asiantuntijanäkemyksiä ja hyödynnettiin tilastoituja ensihoitokertomuksia.

Porthanin mukaan itsemurhaksi epäiltäviä tapauksia ei kirjata ensihoitokertomuksiin sellaisessa muodossa, jonka avulla itsemurhaksi epäiltävien tapausten poimiminen raportointijärjestelmästä onnistuisi suoraan. Porthanin mukaan suurin osa itsemurhaksi epäiltävistä tapauksista on kirjattavissa myrkytystapauksiksi. Myös hirttäytymiselle on oma kirjausmahdollisuutensa. Näiden tietojen puitteissa laskettiin myrkytys- ja hirttäytymistapausten keskimääräinen tehtävän kesto, joka oli keskimäärin 55 minuuttia. Porthanin mukaan ensihoitajia on paikalla yleensä kaksi, mutta joissakin tilanteissa ensihoitajia on jopa viidestä kahdeksaan.

Näiden tietojen pohjalta tehtiin varovainen arvio, jossa tehtävän kesto pyöristettiin kokonaiseen tuntiin ja ensihoitajien lukumääräksi laskettiin kaksi. Yksi itsemurhatapaus vaatisi tämän arvion mukaan siis palkkakustannuksia kahden ensihoitajan työtunnin edestä.

Palkkakustannuksia varten tehtiin oletuslaskukaava, jossa päti seuraavat oletukset:

- työtunteja 7,5 / arkipäivä ma–pe
- arkipäiviä vuodessa $52 \times 5 = 260$
- vuodessa 2 lomapäivää / kuukausi = 24 lomapäivää / vuosi
- sairauspoissaoloja 5 päivää / vuosi
- arkipäiville osuvia pyhäpäiviä noin 10

Työpäiviä kertyisi vuodessa näiden oletusten mukaan $260 - (24 + 5 + 10) = 221$, mikä tarkoittaisi vuodessa 1 657,5 työtuntia 7,5 päivittäisellä tuntimäärällä. Tätä oletuslaskukaavaa hyödynnettiin siitä huolimatta, että ensihoidon pelastustöissä työskentelevien työaikataulut eivät noudata tavanomaista arkipäivärytmiä, vaan töitä tehdään myös iltaisin, öisin ja pyhäpäivinä. Laskussa olennaista on kuitenkin työtuntimäärä vuodessa, eikä työn ajankohta, ja palkkakustannuslaskuja yksinkertaistamaan päädyttiin käyttämään oletuslaskukaavaa työstä riippumatta.

Porthan arvioi ensihoitajan keskimääräiseksi kuukausipalkaksi 2 800 euroa. Kuukausipalkka muunnettiin palkkakustannukseksi 1,2-kertaistamalla palkka, jolloin palkkakustannuksiin saatiin mukaan niihin kuuluvat työnantajan muut kustannukset. Ensihoitajan yksittäiseksi tuntikustannukseksi muodostuisi näin ollen:

$$2800 * 1,2 * 12 / 1\,657,5 = 24,33 \text{ euroa.}$$

Ensihoidon hoitohenkilökunnan kustannuksiksi itsemurhatapauksissa koituisi näiden olettamusten mukaan noin 48,67 euroa. Arvio koskee vain hoitohenkilökuntaa, eikä siinä ole otettu huomioon tarvittavaan välineistöön, lääkintään ja kuljetuksiin liittyviä kuluja. Porthanin mukaan vuoden 2017 yhden ensihoitotehtävän hinnaksi muodostui keskimäärin 189 euroa, kun kaikki kustannukset sisällytettiin mukaan.

2.2.2 Kuolemansyyn selvittäminen

Itsemurhatapauksessa poliisin tehtäviin kuuluu itsemurhan tekotavasta ja toteutuksesta riippuen erilaisia tehtäviä tapahtumapaikalle saapumisesta kuolemansyyn selvittämiseen ja omaisten kanssa asioimiseen. Poliisin tehtäviin liittyviä asiantuntija-arvio on pyydetty Helsingin poliisilaitoksen rikosylikomisario Jari Koskelta.

Poliisin tehtävä alkaa hälytyksen saamisesta ja tapahtumapaikalle saapumisesta. Kosken mukaan tapahtumapaikalle saapuu tapahtumapaikasta ja etäisyydestä riippuen joko kenttäpartio tai tutkintapartio. Esimerkiksi julkisilla paikoilla tapahtuneissa itsemurhissa, joita on Kosken mukaan noin kolmasosa tapauksista, paikalle saapuu ensimmäisenä kenttäpartio, joiden tehtävään kuuluu aikaa noin 30 minuutista 1 tuntiin. Kenttäpartion tehtävät päättyvät tutkintapartion saapumiseen, joiden osuus kestää tutkintapaikalla 1 tunnista 3 tuntiin. Sekä kenttäpartio että tutkintapartio koostuvat aina tutkintaparista. Poliisilta vaaditaan tapahtumapaikalla siis yhteensä noin kahdesta kahdeksaan tuntia työskentelyä.

Tämän lisäksi poliisin tehtäviin kuuluu kuolemansyyn selvittäminen ja omaisten kanssa asioiminen liittyen tapauksen tutkintaan ja omaisille annettavaan palautteeseen. Kuolemansyyn selvittämisen voi tehdä myös lääkäri (Valvira, 2013). Kuolemansyyn selvittämisen ja omaisten kanssa asioimisen hoitaa yksi poliisi. Kosken arvion mukaan tähän kuuluu yksittäiseltä poliisilta työtunteja tapauksesta riippuen 1 tunnista 2 tuntiin. Nuorten itsemurhien kohdalla omaisten kanssa asiointiin kuuluu usein runsaasti enemmän aikaa, Kosken mukaan sopiva lisäsarvio olisi kolme tuntia. Näin ollen kuolemansyyn selvittämiseen ja omaisten kanssa asioimiseen kuuluu neljästä viiteen työtuntia. Poliisin työtunnit yhteensä yhden itsemurhatapauksen kohdalla asettuvat Kosken arvion mukaan kolmesta 13 tuntiin.

Kosken mukaan poliisin palkkakustannukseksi muodostuu keskimäärin 57 500 € vuodessa. Palkkakustannusten oletuslaskukaavan mukaan poliisin yksittäiseksi tuntikustannukseksi muodostuisi:

$$57\,500 / 1\,657,5 = \text{noin } 34,69 \text{ €}.$$

Poliisin kohdalla palkkakustannukseksi muodostuu 3–13 tunnin työpanoksella noin 104–451 €.

Poliisin ohella kuolemansyyn selvittämiseen osallistuu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen oikeuslääkinnän yksikkö, jossa suoritetaan oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus. Oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus toteutetaan aina, kun kuoleman on syytä epäillä johtuneen itsemurhasta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2018). Oikeuslääkinnän yksikön päällikön Riitta Kauppilan mukaan oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen keskihinta vuonna 2016 oli 1 646,43 € (Oikeuslääkinnän yksikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2017).

2.3 Omaisiin liittyvät kulut

2.3.1 Omaisille aiheutuva työkyvyttömyys

Läheisen itsemurha voi aiheuttaa omaiselle työkyvyttömyyttä. Työkyvyttömyys voidaan jakaa täydelliseen, osittaiseen tai väliaikaiseen: täydellisellä työkyvyttömyydellä viitataan vähintään työiän loppuun asti jatkuvaa työkyvyttömyyttä, osittaisella vähintään työiän loppuun asti jatkuvaa osittaista työkyvyttömyyttä (ts. osa-aikaista työskentelyä) ja väliaikaisella tietyn ajan kestävää työkyvyttömyyttä. Omaisen työkyvyttömyys aiheuttaa paitsi menetettyjä tuloverotuloja, myös sairauspoissaolokuluja.

Omaisille aiheutuvan työkyvyttömyyden aiheuttamia kustannuksia käsiteltiin tässä laskelmassa karkeasti menetettynä tuloverotulona vuoden tarkkuudella. Tämän laskemiseksi hyödynnettiin taulukkoa 2 sekä sen koostamiseen käytettyjä lähteitä.

2.3.2 Omaisten tukemiseen vaadittavat resurssit

Kun puhutaan itsemurhaan kuolleen omaisten tukemisesta, voidaan puhua psyykkisestä ensiavusta tai kriisiavusta. Suomalainen lääkäriseura Duodecim ry (Duodecim Terveyskirjasto, 2010) määrittelee psyykkistä ensiapua tarjoavan psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestelmän koostuvan kuntien, sairaanhoitopiirien, seurakuntien ja järjestöjen kriisipalveluista, sekä työpaikkojen ja koulujen palveluista. Tässä kustannusarviossa on huomioitu edellä mainituista kuntien, seurakuntien ja järjestöjen tarjoamat kriisipalvelut.

2.3.2.1 Kunnan tai kaupungin kriisituki

Kunnan tai kaupungin kriisituen toimintatavoista on saatu asiantuntijanäkemyksiä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtavalta kriisityöntekijältä Riikka Hämäläiseltä.

Kunnilla ja kuntayhtymillä on lakisääteinen velvollisuus tarjota kriisiapua kriisin kohdanneille (Pelastuslaki 379/2011). Kriisiapua pyritään tarjoamaan heti kriisiin johtaneen tapahtuman jälkeen. Hämäläisen mukaan kunnan tarjoaman kriisiavun pyrkimyksenä on ohjata asiakkaansa lyhyehkön asiakkuuden jälkeen asiakkaalle sopivan avun piiriin esimerkiksi kolmannen sektorin kriisitukipalveluihin, työterveyshuoltoon tai psykiatriselle poliklinikalle.

Ennen asiakkaan jatko-ohjausta kunnan kriisiavun tehtäviin kuuluu järjestää kriisitapaamisia asiakkaan kanssa asiakkaan tilanteeseen sopien. Kriisityöntekijät tapaavat asiakkaita pareittain. Asiakkaana voi olla niin yksittäinen omainen kuin suurempi ryhmäkin (esimerkiksi omaisen perhe). Hämäläisen mukaan omaisen itsemurhaa käsitteleviä kriisitapaamisia on asiakaskohtaisesti keskimäärin viisi ja tapaamisten kesto on keskimäärin 1,5 tuntia. Itsemurhaan kuolleen henkilön omaista tuetaan kunnan toimesta siis keskimäärin 7,5 tuntia. Kriisityöntekijöiden palkkakustannuksien osalta yhden omaisen tai omaisryhmän tukeminen tarkoittaa 15 työtunnin tuntikustannuksia. Kriisityöntekijän tehtäväkohtainen keskiansio oli 2017 Kuntatyöntantajien (2018) mukaan 2 450 €/kk. Aiemmin esiteltyä oletuslaskukaavaa hyödyntämällä kriisityöntekijän tuntikustannukseksi muodostuisi:

$$2\,473 * 1,2 * 12 / 1\,657,5 = 21,48 \text{ euroa.}$$

15 tunnin työpanoksella yhden omaisen tai omaisryhmän tukemisen palkkakustannuksiksi kunnan tai kaupungin kriisitussa muodostuisi noin 322 euroa.

Hämäläisen mukaan kunnan kriisikeskuksen asiakkuus voi jatkua, mikäli asiakkaalle ei löydetä sopivaa paikkaa, jossa työstää kriisiä. Esimerkiksi silloin, kun asiakas ei voi hyödyntää työterveyshuoltoa, kolmatta tai yksityistä sektoria tai psykiatrista poliklinikkaa, voidaan asiakkaalle tarjota tarpeen mukaan palveluita kriisikeskuksesta siksi ajaksi, kun asiakas kokee tarvitsevansa tukea. Useimmiten asiakkuudet kestävät yhdestä kuukaudesta vuoteen, jonka aikana asiakkaan vointia seurataan Käypähoito-suositusten mukaisesti. Toisaalta kriisikeskuksen käyntejä voidaan pidentää myös silloin, kun asiakas odottaa pääsyä seuraavan tahon tuen piiriin – tällöin puhutaan saattaen vaihtamisesta.

2.3.2.2 Seurakunnan kriisituki

Seurakunnan kriisituen osalta saatiin asiantuntija-arvio sielunhoidon johtavalta asiantuntijalta Virpi Sipolalta Suomen evankelisluterilaisen kirkon Kirkkohallituksesta. Sipolan mukaan seurakunta tarjoaa itsemurhiin liittyvää kriisitukea eri muodoissa, kuten perheneuvontatyössä, kotikäynteinä, purku- ja surutilaisuuksina, sekä päivystävänä keskustelutukena. Seurakunnan työntekijäryhmiä itsemurhaan liittyvissä purku- ja surutilaisuuksissa ovat sairaalapapit, vankilapapit, työpaikkapapit, oppilaitospapit, sekä sellaiset seurakuntatyötä tekevät papit, nuorisotyöntekijät ja diakoniatyöntekijät, jotka vastaavat yhteistyöstä alueen oppilaitosten ja työpaikkojen kanssa ja joilla on kriisityöntekijän koulutus. Sipolan mukaan kriisitilanteiden purkutilaisuuksissa pyritään saamaan paikalle työpari. Sen lisäksi seurakunnan kriisityöntekijöillä on mahdollisuus purkuun ja työnohjaukseen.

Sairaalapappi tekee pyydettyinä kotikäyntejä itsemurhaan kuolleen läheisten luokse. Yleensä läheisen yhteisölle (kuten saman työpaikan työyhteisölle tai saman luokan oppilaille) järjestetään purkutilaisuuksia heti tapahtuneen jälkeen. Seurakunnan kriisityöntekijä jää myös paikalle ja on läsnä keskusteluja varten useampana päivänä. Läheiselle yhteisölle järjestetään lisäksi oma surutilaisuus. Tämän lisäksi järjestetään avoimia surutilaisuuksia, joihin jokainen, jota asia on jollain tapaa koskettanut, on tervetullut. Avoimia surutilaisuuksia järjestetään yleensä kirkossa tai kappelissa. Lisäksi on tavallista, että yhteisön tiloissa järjestetään yhteisiä aamunavauksia, joissa tapahtuneesta puhutaan koko yhteisölle. Seurakunnat ylläpitävät myös Kirkon keskustelutukea, joka toteutuu puhelimitse sekä chat-keskustelualustalla.

Sipolan mukaan kriisityö itsemurhatapauksissa vie ajallisesti tunteja tai päiviä aikaa. Laskutoimenpiteen mahdollistamiseksi arvioitiin seurakunnan kriisityön vievän aikaa

- 1) perheen ja lähiomaisten keskuudessa kotikäynteinä työparina n. 5 tuntia = n. 10 tuntia;
- 2) lähiyhteisön purku- ja surutilaisuuksissa sekä päivystävänä keskustelutukena työparina n. 20 tuntia = 40 tuntia;
- 3) toisen asteen lähiyhteisön (esim. koko työpaikka, koko oppilaitos, jne.) surutilaisuuksissa sekä aamunavauksissa n. 5 tuntia, sekä
- 4) avoimissa surutilaisuuksissa n. 5 tuntia.

Arvion mukaan yhden itsemurhatapauksen jälkeiseen työhön kuluisi seurakunnan taholta noin 60 työtuntia. Sairaalapapin vähimmäispalkan 3 150 € kuukaudessa (Kirkon yleinen virka ja työehtosopimus, 2017) mukaan laskettuna seurakunnan yhden tunnin panoksen kustannusarvioksi muodostuisi

$$3\,150\text{ €} * 1,2 * 12 / 1\,657,5 * 60 = 27,37\text{ €}.$$

60 työtunnin työpanoksella seurakunnan taholta kustannukseksi muodostuisi yhteensä 1642,2 €. Suuri osa työtunneista koostuu itsemurhaan kuolleen oppilaitoksen tai työyhteisön purku-, suru- ja keskustelutilaisuuksista. Kokonaislaskelma pätee siis vain, mikäli itsemurhaan kuollut kuuluu osaksi tällaista yhteisöä.

2.3.2.3 Kolmannen sektorin kriisivastaanotto ja tukiryhmät

Kolmannen sektorin kentällä järjestetään erilaisia kriisivastaanottoja sekä tukiryhmiä itsemurhaan kuolleiden omaisille. Tätä kuluarviota varten haastateltiin vertaistukijärjestö Surunauha ry:n toiminnanjohtajaa Viivi Suihkosta.

Surunauha ry on itsemurhaan kuolleiden omaisten valtakunnallinen vertaistukijärjestö. Suihkosen mukaan Surunauhan asiakkaille näkyviä toimintamuotoja ovat vertaistukipuhelin, verkkokeskustelu, yksilötukitoiminta, suljetut ja avoimet vertaistukiryhmät, erilaiset yksittäiset järjestetyt tilaisuudet sekä toistuvat vertaistukiviikonlopputapahtumat. Vuonna 2016 Surunauha ry tavoitti toiminnallaan yhteensä 659 tukea tarvitsevaa henkilöä eri puolilla Suomea vertaistukiryhmien, yksilötukitoiminnan, viikonlopputapahtumien, puhelintuen sekä verkkotuen muodossa. Tämän lisäksi avoimissa tapahtumissa on ollut noin 1 000 osallistujaa, joita ei ole rajattu itsemurhaan kuolleen omaisiin. Omaisista erityisesti naiset hakeutuvat vertaistukimuotoisiin palveluihin: Surunauhaan kohdistuvista yhteydenotoista valtaosa, noin 85–90 %, tulee naisolettujen taholta.

Surunauha ry:n toimintaa avaavassa kustannusarviossa on huomioitava myös vertaistukitoiminnan koulutukset ja koordinointi: Surunauha kouluttaa vapaaehtoisia vertaistukiryhmien vetäjiä ja tukihenkilöitä, joita ilman itsemurhaan kuolleen omaiset tarvitsisivat tukea muualta. Vertaistukiryhmien ohjaamiseen ja tukihenkilötoimintaan käytetyt vapaaehtoistyötunnit eivät siis näy Surunauha ry:n vuosittaisissa kuluissa. Suihkosen mukaan Surunauha ry:n vapaaehtoiset tekevät vapaaehtoistyötä erilaisissa vertaistuen tehtävissä keskimäärin 100 tuntia vuodessa. Vuonna 2016 vapaaehtoistyöntekijöitä oli 45. Vertaistuen vapaaehtoistyöhön kuuluva tuntimäärä voidaan rahamääräistä rinnastamalla arvo kriisityöntekijän palkkakustannuksiin (21,48 € / tunti, tarkempi laskelma alaluvussa 3.4.1). Tällöin vapaaehtoistyön rahamääräistetyksi arvoksi muodostuisi yhden tuetun henkilön osalta $45 \times 100 \times 21,48 \text{ €} / 659 = 146,68 \text{ €}$.

Muun toiminnan kustannukset arvioitiin suhteuttamalla vuoden 2016 kulut (198 686 €) vuonna 2016 vertaistukea saaneisiin henkilöihin (659 hlöä). Näin ollen yhden tuetun omaisen kuluksi muodostuisi 301,5 €. Kun tähän lisätään vapaaehtoistyöntekijöiden työpanos 146,68 € / autettava, on keskiarvioihin perustuva kokonaiskulu yhden autettavan osalta 448,18 €.

2.3.2.4 Psykiatrinen sairaanhoito

Omaisen kuolema itsemurhaan on omaiselle psyykkisesti rajusti kuormittava tapahtuma, johon on syytä olettaa vaadittavan usein pidempiaikaista ja intensiivisempää tukea, kuin mitä kriisikeskusten ja kriisityöryhmien on mahdollista tarjota. Omaisen on mahdollista hakeutua potilaaksi psykiatrisen sairaanhoidon piiriin, mikäli hän täyttää jonkin mielenterveyden häiriön diagnostiset kriteerit ja hänen arvioidaan hyötyvän hoidosta. Surureaktio yksinään ei riitä kriteeriksi potilaaksi ottamiseen. Surunauha ry:n toiminnanjohtajan Viivi Suihkosen mukaan usein psykiatrista hoitoa saavilla diagnosoidaan depressiivisiä häiriöitä ja ahdistuneisuushäiriöitä.

Kun henkilö on ollut psykiatrisella poliklinikalla asianmukaisessa hoidossa vähintään kolme kuukautta, on hänen mahdollista hakea Kelan kuntoutustukea psykoterapiaa varten (lisää kuntoutuspsykoterapiasta alaluvussa 2.3.3.5). Hallinnollinen ylilääkäri Jonna Perälä HYKS Psykiatialta arvioi, että vaadittu kolmen kuukauden asianmukainen hoito vaatii keskimäärin noin kolme tuntia erikoislääkärin tapaamisia, sekä noin yhdeksän kappaletta 45–60 minuutin käyntejä psykiatrisella sairaanhoitajalla. Perälän mukaan kunnilta laskutetaan tällaisessa asetelmassa tällä hetkellä 9 x 185 euroa, eli yhteensä 1 665 euroa.

2.3.2.5 Kuntoutuspsykoterapia

Kuntoutuspsykoterapia on tarkoitettu 16–67-vuotiaille henkilöille, joiden työ- tai opiskelukyky on uhattuna mielenterveyden häiriön vuoksi (Kela, 2018). Itsemurhaan kuolleen omaiselle kuntoutuspsykoterapia voi tarjota pidempiaikaisen tukimuodon, mutta se edellyttää mielenterveyden häiriön toteamista ja vähintään kolmen kuukauden asianmukaista hoitoa (Kela, 2018).

Kela korvaa 57,60 euron osuuden yhdestä yksilöpsykoterapiakäynnistä. Korvausta maksetaan enintään 200 kuntoutuspsykoterapiakäynnin osalta yhteensä kolmen vuoden aikana. Itsemurhaan kuolleen omaisen täytyy siis ensinnäkin päästä Kelan tukeman kuntoutuspsykoterapian piiriin ja lisäksi hänellä on oltava taloudellisia resursseja rahoittaa korvauksen ulkopuolelle jäävä osuus.

HUS:in Palveluhinnasto (2019) määrittelee yhden yksilöpsykoterapiakäynnin hinnaksi 155 euroa. Yhden vuoden ajalta (80 käyntiä) yksilöpsykoterapian kokonaiskustannukseksi muodostuu tällöin 12 400 euroa, kahden vuoden ajalla (160 käyntiä) yhteensä 24 800 euroa ja kolmen vuoden ajalta (200 käyntiä) yhteensä 31 000 euroa. Käytännössä yksilöpsykoterapiakäynnin hinta vaihtelee palveluntuottajan sijainnin ja taustakoulutuksen mukaan paljon, eikä 155 euroa voida pitää käyntien keskihintana. Kelan Lakiyksikön suunnittelijoiden Virpi Palomäen ja Eija Lehtisen mukaan Kela ei tilastoi psykoterapiapalvelujen hintoja, vaan ainoastaan Kelan korvaama psykoterapeutin enimmäispalkkion määrä, joten keskimääräistä psykoterapiakäyntihintaa ei voida muodostaa.

3. Yhteenveto

Tätä itsemurhasta aiheutuvaa kustannusarviota ei voi suoraan verrata eri sairauksista tehtyihin kustannuslaskelmiin. Mutta mikäli jonkinlaista vertailukohtaa halutaan, esimerkiksi diabetes on kansanterveydellisestä näkökulmasta tähän sopivin. Tyypin 1 diabetes kattaa 10–15 % ja tyypin 2 diabetes noin 75 % kaikista diabeetikoista Suomessa. Tyypin 1 diabetekseen sairastuvista 15 % on 20–30-vuotiaita, ja yli 50-vuotiailla tyypin 1 diabetes on harvinainen mutta mahdollinen siten, että esimerkiksi Helsingissä tässä ikäryhmässä tyypin 1 diabetes todetaan 1–3 henkilöllä vuodessa. Tyypin 2 diabetes on maailmanlaajuisesti yleistymässä, siihen sairastumisikä on laskemassa, ja Suomessa vuosina 2004–2005 tyypin 2 diabetesta sairasti 45–74-vuotiaista miehistä 16 % ja naisista 11 %. Kokonaiskuolleisuus oli insuliinipuutosdiabetesta sairastavilla miehillä kolminkertainen ja naisilla nelinkertainen koko väestöön verrattuna ja tyypin 2 diabetesta sairastavien kokonaiskuolleisuus oli sekä miehillä että naisilla lähes kaksinkertainen (Käypä hoito -suositus, 2018). Diabeteksen aiheuttamat kustannukset Suomessa on arvioitu seuraavasti: pääkaupunkiseudulla vuonna 2014 tyypin 1 diabetesta sairastaneen työkäisen (18–64-vuotiaan henkilön) hoidon kokonaiskustannukset (suorat kustannukset + lisäkustannukset) olivat keskimäärin 5 488 euroa vuodessa ja tyypin 2 diabetesta sairastaneen 4 461 euroa vuodessa (Haula, Kuronen, Saukkonen, Häkkinen & Seppälä, 2017). Siten 20-vuotiaana itsemurhaan kuolleelle lasketut kustannukset (taulukko 3) vastaavat esimerkiksi 20-vuotiaana tyypin 1 diabetekseen sairastuneen hoitokustannuksia 83 vuodelle (103-vuotiaaksi asti) ja 50-vuotiaana itsemurhaan kuolleelle lasketut kustannukset esimerkiksi 50-vuotiaana tyypin 2 diabetekseen sairastuneen hoitokustannuksia 69 vuodelle (119-vuotiaaksi asti). Näin ollen voidaan varovaisellakin vertailulla todeta itsemurhasta aiheutuvien kustannusten olevan varsin mittavat.

Kuten osion alussa on todettu, itsemurhaan liittyy useita taloudellisia kustannuksia, joita voi olla vaikea laskea edes keskimääräisesti. Tässä laskelmassa on laskettu mukaan ne, jotka voidaan melko luotettavasti laskea keskimääräisiin tai ainakin kohtuullisella laskentavälillä mahtuviin kustannuksiin. Taulukossa 3 on eritelty kahden esimerkkitapauksen itsemurhasta aiheutuneet kustannukset: 20-vuotiaan alemman korkea-asteen käyneen uhrin, jolla on kolme lähiomaista, sekä 50-vuotiaan perusasteen käyneen uhrin, jolla on kolme lähiomaista, joista yksi on puoliso.

Taulukko 3. Itsemurhasta aiheutuneet kustannukset kahdessa esimerkkitapauksessa.

	20v, alempi korkea-aste, ei aineellista vahinkoa, kolme lähiomaista	50-v, perusaste, kolme lähiomaista, joista yksi puoliso
Työpanoksen menetys	322 928 €	39 114 €
Menetetetyt tuloverot		
Välittömät kustannukset		
Ensihoito	189 €	189 €
Poliisi	451 €	451 €
Oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus	1 646 €	1 646 €
Omaisiin liittyvät kustannukset		
Leskeneläke		30 vuoden ajan leskeneläke 204 120 €
Työpanoksen menetys	- 84 248 €/omainsen 1, 50-v/alempi korkea-aste, täysi työkyvyttömyys - 4 393 €/omainsen 2, 50-v/perusaste/väliaikainen työkyvyttömyys (1 vuosi) - 2 851 €/omainsen 3, 30-v/ylempi korkea-aste/väliaikainen työkyvyttömyys (1 vuosi)	1 268 €/omainsen 1, 30v/ylempi korkea-aste, väliaikainen työkyvyttömyys (1 vuosi) 22 659 €/omainsen 2, 55v/ylempi korkea-aste, väliaikainen työkyvyttömyys (1 vuosi)
Kunnan tai kaupungin kriisituki	322 €/omainsen 1-3	322 €/omainsen 1-5
Seurakunnan tuki	1 642 €/opiskelijayhteisö tai työyhteisö	1 642 €/työyhteisö
Kolmannen sektorin tuki	- 448 €/omainsen 1 - 448 €/omainsen 2 - 448 €/omainsen 3	- 448 €/omainsen 1 - 448 €/omainsen 2 - 448 €/omainsen 3
Psykiatrinen sairaanhoito	1 665 €/omainsen 1	1 665 €/omainsen 1
Psykoterapia, 1. vuosi (80 käyntiä)	12 400 €/omainsen 1	12 400 €/omainsen 1
Psykoterapia, 2. vuosi (80 käyntiä)	12 400 €/omainsen 1	12 400 €/omainsen 1
Psykoterapia, 3. vuosi (40 käyntiä)	6 800 €/omainsen 1	6 800 €/omainsen 1
Yhteensä	456 279 €	309 020 €

Laskelmassa ei ole huomioitu itsemurhan tekotapaan liittyviä aineellisia kustannuksia, kuten esimerkiksi auton romuttumista tai kuolinpaikan siivousta. Laskelmassa ei ole myöskään huomioitu yhteiskunnalle koi-tuvia säästöjä, kun vältetään maksamasta mahdollisia tulonsiirtoja. Myöskään vakavaan vammautumiseen johtavaa itsemurhayritystä ja niiden myötä kertyviä työkyvyttömyyseläke- ja hoitokustannuksia ei ole sisällytetty laskelmaan tai sen esimerkkeihin. Kustannusarvioon vaikuttaa paitsi esimerkkitapauksen määrittely myös mukaan sisällytetyt kustannustekijät. Hankkeen puitteissa tehty laskelma toimii näin ollen suunn-
taa-antavana esimerkkinä yleisimmistä itsemurhaan liittyvistä kustannuksista.

Lähteet

- Bagley A (2012) A Social Return on Investment Analysis: Summary Report. Leeds Survivor Led Crisis Service. https://www.iscs.org.uk/wp-content/uploads/2017/10/Summary-report-final_May12.pdf
- Banke-Thomas AO, Madaj B, Charles A & van den Broek N (2015) Social Return on Investment (SROI) methodology to account for value for money of public health interventions: a systematic review. *BMC Public Health* 15:528.
- Bijou Y & Lester D (2007) Recalculating the Economic Cost of Suicide. *Death Studies* 31(4):351-61.
- Duodecim terveyskirjasto (2018) Psykososiaalinen tuki- ja palvelujärjestelmä. Haettu 27.4.2018 http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00130
- Haula T, Kuronen M, Saukkonen T, Häkkinen U & Seppälä TT (2017) Diabetes pääkaupunkiseudulla – potilasmäärät, kustannukset ja lisäkustannukset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäperi 34/2017. Haettu 24.5.2019 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-927-9>
- HUS (2019) HUS:in Palveluhinnasto. Haettu 11.6.2019 <https://www.hus.fi/hus-tietoa/talous/Hinnoittelu/Documents/HUS%20Palveluhinnasto%202019.pdf>
- Kuntatyönantajat (2018) Palkkatilastot. Lokakuu 2017. Haettu 28.2.2019 <https://www.kt.fi/tilastot-ja-julkaisut/palkkatilastot>
- Kela (2018) Kuntoutuspsykoterapia. Haettu 2.5.2018 <http://www.kela.fi/kuntoutuspsykoterapia>
- Kinchin I & Doran CM (2017) The Economic Cost of Suicide and Non-Fatal Suicide Behavior in the Australian Workforce and the Potential Impact of a Workplace Suicide Prevention Strategy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14:347.
- Klemelä J (2016) Järjestöt, vaikuttavuus & raha. SROI-arviointimenetelmä. SOSTEn julkaisuja 1/2016.
- Kirkon Työmarkkinalaitos (2017) Kirkon yleinen virka ja työehtosopimus 2017 sekä erillissopimukset. Haettu 25.5.2018 osoitteesta <https://www.dtl.fi/media/kirvestes2017.pdf>.
- Duodecim (2018) Käypä hoito -suositus. Tyypin 2 diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 24.05.2019 www.kaypahoito.fi
- Partonen T, Haukka J & Lönnqvist J (2003) Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1979-2001. *Duodecim*, 119:1827-34.
- Finlex (2011) Pelastuslaki 379/2011. Haettu osoitteesta 11.6.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110379>
- Ritola S (2018) Perhe-eläke korvaa edunjättäjän kuoleman aiheuttamaa toimeentulon menetystä. Eläketurvakeskus. Haettu 23.10.2018 osoitteesta <https://www.etk.fi/elakejarjestelmat/elaketurva/tyoelake-etuudet/perhe-elake/>
- Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA & Silverman MM. (2015) Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46 (3).
- Svedberg A (2017) The Economic Cost of Suicide to Society - An Estimation of the Net Economic Cost of all Completed Suicides in Sweden in 2015. Department of Economics, University of Lund, Sweden.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2018) Menetetty elinvuodet (PYLL), itsemurhat ikävälillä 0-80 v./100 000 vastaavanikäisistä. Terveystemme.fi-palvelu. Haettu 23.10.2018 osoitteesta <http://www.terveytemme.fi/avainindikaattorit/index.html>
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2018) Oikeuslääketieteellinen kuolemansyyn selvittäminen. Haettu 22.10.2018 osoitteesta <https://thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/valtion-sosiaali-ja-terveydenhuollon-erityispalvelut/oikeuslaakinta/kuolemansyyn-selvitamisarjestelmat/oikeuslaaketieteellinen-kuolemansyyn-selvitaminen>