

Janina Haapalainen, Jani Härkönen & Jami Lämsä

Psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimisen mittarit – kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Sairaanhoitaja

Hoitotyön koulutusohjelma

Syksy 2018



KAJAANIN
AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiivistelmä

Tekijä(t): Haapalainen Janina, Härkönen Jani & Lämsä Jami

Työn nimi: Psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimisen mittarit – kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tutkintonimike: Sairaanhoidtaja, Hoitotyön koulutusohjelma

Asiasanat: Itsemurha, psykoosi, arviointi, riskit

Itsemurha-aikeista kysyminen ei lisää itsemurhan toteuttamisen riskiä. Kysyminen voi vähentää potilaan ahdistusta, toivottomuutta ja itsemurha-aikeita.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla jo olemassa olevia mittareita psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että hoitohenkilökunta saisi työkalun, jonka avulla tunnistaa kotiuttamisvaiheessa olevan psykoottisen potilaan itsemurhariskin. Toimeksiantajana oli Kainuun sosiaali ja –terveydenhuollon kuntayhtymä, aikuispsykiatrian osasto 12.

Opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineiston keruu on tehty sähköisistä tietokannoista. Opinnäytetyöhön etsimme julkaisuja, jotka vastasivat tutkimustehtävään. Tutkimustehtävänä oli: Millaiset mittarit auttavat tunnistamaan psykoottisen potilaan itsemurhariskin? Aineiston haku tehtiin tietokannoista Medic, Ebsco, Cinahl, Pubmed, Ovid ja Terveysportti. Aineistoon on hyväksytyt sisääntokriteerit täyttävä materiaali.

Tulosten perusteella ilmeni, ettemme löytäneet pelkästään psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimiseen erillistä mittaria. Kirjallisuuskatsauksella löysimme opinnäytetyöhön viisi erilaista tutkimuskysymykseen vastaavaa mittaria. Valittujen mittareiden perusteella selvitimme laadullista sisällönanalyyysia soveltaen, millaiset mittarit auttavat tunnistamaan psykoottisen potilaan itsemurhariskin. Tutkimuksessa mittareista muodostui neljä keskeistä riskinarviointikohdetta: riskitekijät, suojaavat tekijät, psykoosinoireet ja tilannearvio.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että suoraa mittaria psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimiseen emme tällä kirjallisuuskatsauksella löytäneet. Mahdollista on käyttää useampaa löydettyä mittaria ja soveltaa niitä käytännössä. Jatkotutkimusaiheena voisi olla systemaattisempi katsaus olemassa olevista mittareista. Tarvittaessa tutkia ja kehittää psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimiseen oma mittari.

Abstract

Author(s): Haapalainen Janina, Härkönen Jani & Lämsä Jami

Title of the Publication: Indicators for Assessing the Suicide Risk of a Psychotic Patient - a descriptive literature review

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: suicide, psychosis, assessment, risks

Asking about suicide intentions does not increase the risk of committing a suicide. In fact, the patient's anxiety, hopelessness and suicidal intentions can be reduced by asking about their intentions.

The purpose of this thesis was to find existing indicators for assessing the suicide risk of a psychotic patient. The method used in this thesis was descriptive literature review. The aim of this thesis was to find a tool which would help nursing staff to identify the suicide risk of a psychotic patient when the patient is being discharged from the hospital. The commissioner of this thesis was the Adult Psychiatric Ward 12, Kainuu Social and Health Care Joint Authority.

The research question was to study what kind of indicators would help to identify the suicide risk of a psychotic patient. The thesis was conducted as a descriptive literature review. Literature was searched from databases such as Medic, Ebsco, Cinahl, Pubmed, Ovid and Terveysportti, and publications that met the intake criteria were chosen for this thesis.

This literature review did not show a direct indicator for assessing the suicide risk of a psychotic patient. However, the literature search provided five different indicators which answered the set research question. The selected indicators were analyzed using qualitative content analysis which focused on what kind of indicators would help to identify the suicide risk of a psychotic patient. Four key components for risk assessment emerged from the analysis: risk factors, protective factors, psychotic symptoms and assessment of situation.

As a conclusion, it can be stated that a direct indicator for assessing the suicide risk of a psychotic patient could not be found in this literature review. Perhaps indicators introduced in this thesis can be used and applied in practice. A further study, originating from this thesis, could provide a more systematic review of existing indicators, and if necessary, develop a direct indicator for assessing the suicide risk of a psychotic patient.

Sisällys

1	Johdanto	4
2	Opinnäytetyön toimeksiantaja	5
3	Itsemurhat Suomessa ja itsemurhan riskitekijät.....	6
4	Psykoosi sairautena ja yleisimmät psykoosisairaudet	8
	4.1 Skitsofrenia	9
	4.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö	11
	4.3 Masennus psykoottisena häiriönä	12
5	Itsemurhariskin arvioiminen psykiatrisessa hoidossa	14
6	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymys	16
7	Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet.....	17
	7.1 Tutkimuskysymyksen muodostaminen	18
	7.2 Aineiston haku ja valinta.....	18
	7.3 Aineiston analyysi ja kuvailun rakentaminen	24
8	Tulokset	28
	8.1 Akuuttihoito-oppaan itsemurhavaaran arvioimisen taulukko	28
	8.2 Early Intervention Suicide Risk Factor Check-list	28
	8.3 C-SSRS-arviointiasteikko	29
	8.4 Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage.....	29
	8.5 Hermes-Deakin Suicide Risk Assessment.....	29
9	Pohdinta.....	33
	9.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	33
	9.2 Tulosten tarkastelu.....	34
	9.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu	37
	9.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	38
	Lähteet.....	40
	Liitteet	45

1 Johdanto

Maailmassa kuolee Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan ihminen itsemurhaan joka 40. sekunti. Vuosittain yli 800 000 ihmishenkeä menetetään itsemurhan kautta. Arvioidaan, että jokaista aikuisen tekemää itsemurhaa kohti tehdään 20 itsemurhayritystä. (WHO:n raportti 2015.) Tilastokeskuksen mukaan Suomessa tehtiin 787 itsemurhaa vuonna 2016 (1. Kuolemansyyt 2016). Muihin Pohjoismaihin verrattuna itsemurhien määrä on Suomessa melkein kaksinkertainen ja muihin EU-maihin verrattuna puolitoistakertainen. Yleisin kuolinsyy 15-29-vuotiailla on Suomessa itsemurha. (WHO:n raportti 2015.) Merkittävin yksittäinen riskitekijä itsemurhalle on aikaisempi itsemurhayritys (Itsemurhien ehkäisy - Globaali velvollisuus 2015, 7). Kohonnut itsemurha alttius liittyy etenkin psykoosiin ja lähes kaikkiin psyykkisiin häiriöihin (Vartiainen & Vartiainen 1997, 138).

Opinnäytetyömme aiheena on löytää työkaluja psykoottisten potilaiden itsemurhien ennaltaehkäisemiseen. Toimeksiantajanamme on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote), tulosalueena aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalvelut, aikuispsykiatrian osasto 12. Toimeksiantaja haluaa saada työvälineen, jonka avulla hoitohenkilökunta tunnistaa kotiuttamisvaiheessa olevan psykoottisen potilaan itsemurhariskin.

Opinnäytetyön toteutamme kuvailevaa kirjallisuuskatsausta soveltaen. Tarkoituksena on kartoittaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimisessa käytettäviä työkaluja. Katsauksessa käytämme suomen- ja englanninkielistä materiaalia.

2 Opinnäytetyön toimeksiantaja

Opinnäytetyömme tilaajana oli Kainuun keskussairaalan osasto 12. Osasto 12 on akuuttipsiykiatrian osasto, jossa tutkitaan ja hoidetaan yli 18-vuotiaita potilaita. Osasto on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun sote) ainut aikuisten suljettu osasto. Osasto on jaettu kahteen soluun, joista 12-paikkaisessa A-solussa hoidetaan lähitökohtaisesti akuutit psykoosi-, elämäntilannekriisi- ja mielialahäiriöiset potilaat. 16-paikkaisessa B-solussa hoidetaan pitkäaikaiset, kroonisia psykoosisairauksia sairastavat kuntoutuspotilaat, joiden elämäntilanne on kriisiytynyt. Osastolla on 28 potilaspaikkaa, mutta potilasmäärä voi olla joskus suurempikin. Osaston henkilökuntaan kuuluu arkisin psykiatri. Hoitajia on aamuvuorossa molemmissa soluissa yhteensä 8, iltavuorossa 7 ja yövuorossa 3 hoitajaa. Tarpeen vaatiessa on lisähenkilökuntaa, mikäli on vieri -tai eristyshoitoja. Osaston henkilökuntaan kuuluvat myös sosiaaliohjaaja, toiminnallisen kuntoutuksen ohjaaja ja fysioterapeutti, jonka työaika on jaettu kahden osaston välille. Osasto 12 on näistä toinen. Lisäksi osaston ryhmien ohjaukseen osallistuvat liikunnanohjaaja, toimintaterapeutti sekä musiikkiterapeutti. (Rautiainen 2018.)

Potilaat ovat erikoissairaanhoidollisesti hoidettavia potilaita. Potilailla on esimerkiksi akuutisti hallitsemattomia psyykkisiä oireita, voimakasta psykososiaalista taantumista, vakavaa itsetuhoisuutta tai psyykkisestä tilastaan johtuen he voisivat olla vaaraksi muille. Yleisimmät hoidettavat sairaudet, joita osastolla hoidetaan ovat masennus, psykoosit, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja erilaisia riippuvuuksia sairastavat potilaat. Yleisimmin potilaat tulevat osastolle päivystyspoliklinikan kautta tai avohoidon kanssa järjestetyn yhteisen hoidon tarpeen arvioinnin seurauksena. Psykiatrinen työryhmä tai tapauskohtainen työryhmä tekee hoidon tarpeen arvioinnin ja mikäli työryhmä katsoo hoidon osastolla tarpeelliseksi, voi potilas tulla hoitoon vapaaehtoisesti tai tahdosta riippumatta. (Perehdytysuunnitelma n.d.)

Osaston toiminta perustuu hoitokokoustyöskentelyyn, johon osallistuvat asiakas, hänen perheensä sekä tapauskohtaiset avohoidon ja osaston työntekijät. Hoitokokouksissa tehdään potilaan ja hänen lähiverkostonsa kanssa yksilöllinen tarpeenmukainen kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelman toteutumiseen sama tapauskohtainen työryhmä sitoutuu myös osastohoidon jälkeen. (Osastohoito n.d.) Osaston työtä ohjaa mielenterveyslaki (Perehdytysuunnitelma n.d.).

3 Itsemurhat Suomessa ja itsemurhan riskitekijät

Itsemurhalla tarkoitetaan sitä, kun joku riistää itseltään hengen (Mielenterveydenkeskusliitto 2015). Tilastokeskuksen mukaan Suomessa tehtiin 787 itsemurhaa, eli noin kaksi joka päivä vuonna 2016. Itsemurhaluvut ovat Suomessa vähentyneet viimeisten 30 vuoden aikana noin 50%. Itsemurhan tehneistä suurin osa, eli yli 75% oli miesten tekemiä. (Kuolemansyyt 2016.)

Itsetuhoisuus on itseä vahingoittavaa käyttäytymistä. Itsetuhoisuutta on epäsuoraa ja suoraa. Suora itsetuhoisuus on esimerkiksi itsemurhayritys, itsemurha-ajatukset tai itsemurha. Epäsuora itsetuhoisuus on hengenvaarallista toimintaa, ilman tietoista kuoleman tai vahingoittamisen päämäärää, esimerkiksi päihteiden väärinkäyttö. (Suominen & Valtonen 2013, 881.)

Itsemurhat ovat terveydenhuolto-organisaatioille merkittävä maailmanlaajuinen ongelma (Suicide data 2017). Suomessa tehdään itsemurhayrityksiä arviolta kymmenen yhteen tehtyyn itsemurhaan nähden. Yhden ihmisen itsemurhan on arvioitu koskettavan noin kymmentä hänen lähipiiristään, näin ollen itsemurhat koskettavat jopa kahtakymmentä suomalaista päivittäin, kun itsemurhia tehdään suomessa keskimäärin kaksi päivittäin. Liikenneonnettomuuksiin verrattuna Suomen itsemurhakuolleisuus on noin kolminkertainen. (Uusitalo 2007, 9—13.) Suomessa käynnistettiin itsemurhien kansallinen ehkäisyprojekti vuonna 1986, ensimmäisenä maailmassa. Ehkäisyprojektin seurauksena tuli ohjelma, suositukset ja käytännön toimenpiteet itsemurhien ehkäisemiseksi. Tarkoituksena oli vähentää itsemurhia ja lisätä tietoa itsemurhista. Itsemurha on henkeä uhkaava, monimutkainen haaste. Tarkoituksena oli myös kehittää toimintatapoja itsemurhien vähentämiseksi. (Hiltunen, Partonen, Haukka & Lönnqvist 2009, 1802.) Tämä nykyinen itsemurhien ehkäisystrategia on vuodelta 1991, keväällä 2019 on määrä valmistua uudistettu strategia (STM rahoittaa Käypä Hoito -suositusta itsemurhien ehkäisyyn).

90 %:lla itsemurhan tehneistä on todettu psykiatrinen sairaus (Suominen & Valtonen 2013, 882). Yleisin itsemurhaan liittyvä mielenterveyden häiriö on masennus (Heikkinen 2014, 58). Riskitekijöitä itsemurhille ovat muun muassa päihdeongelmat, yksinäisyys, turvattuus, syrjäytyminen, menestymisen paine, arvottomuuden tunne ja masennus (Hietaharju & Nuutila 2016, 106). Tunnistettavia merkkejä itsemurhariskille voivat olla kuolemaan liittyvät ajatukset, sosiaalisista kontakteista vetäytyminen, uhkarohkea käyttäytyminen, kuolemaan liittyvät ajatukset, tunteiden puuttuminen, elämän kapeutuminen, vihan

tunne itseä kohtaan, sanalliset varoitukset, toivottomuus ja masennus pitkään jatkuneena
(Hannukkala ym. 2014, 79.)

4 Psykoosi sairautena ja yleisimmät psykoosisairaudet

Psykoosi on vakava todellisuudentajun häiriö, joka voi ilmetä aistiharhoina, puheen huomattavana hajanaisuutena, harhaluuloina tai eriskummallisena käytöksenä. (Suvisaari 2008, 4.) Psykoottisuus on oire, jolloin jollain ajatus- tai aistitoiminnon alueella todellisuudentaju pettää (Mantere 2016).

Psykoottisia häiriöitä esiintyy eniten Pohjois- ja Itä-Suomessa. Vähiten esiintyvyyttä on Lounais-Suomessa. (Perälä 2013, 9.) Yleisimmät psykoottiset häiriöt ovat arvion mukaan skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Muiden psykoottisten häiriöiden esiintyvyyksistä tutkimustietoa ei juurikaan löydy. (Perälä ym. 2007.)

Akuutin psykoosin on arvioitu olevan toimintakykyä eniten heikentävä sairaus neliraaja-halvauksen ja dementian jälkeen (Perälä ym. 2007). Akuutin psykoosin taustalla voivat olla esimerkiksi lääkitys, vieroitusoireet sekä somaattinen tai psykiatrinen sairaus. Somaattisten syiden selvittäminen kuuluu perusterveydenhuollolle ensimmäisessä psykoosissa. Runsaat yleisoireet viittaavat somaattiseen syyhyn. Syitä ovat esimerkiksi oireiden nopea kehittyminen tai vaihtelut, liikehäiriöt, tajunnan tason muutokset, näköoireet, kognitiivisen tason nopea lasku, kivut, kuumeilu tai päänsärky. Yleistutkimuksilla selvitetään tällöin mahdollista päihdeongelmaa, lääkkeiden väärinkäyttöä, infektiota, myrkytystä, paraneoplastisia oireita tai neurologisia sairauksia. (Mantere 2016.)

Varsinaisen psykoosin hoito kuuluu psykiatrian erikoislääkärille. Psykiatrisessa diagnostiikassa selvitetään psykoosioireiden kirjo, laukaiseva tekijä, ajoitus ja kesto, sekä kartoitetaan mieliala. Psykoottisen potilaan kohtaamisessa on huomioitava akuuttitilanteessa mm. ympäristön rauhallisuus, potilaan rauhoittaminen, turvallisuuden tunne, omaisten mukana olo, äkillisten liikkeiden ja läheisen fyysisen kontaktin välttäminen. (Mantere 2016.)

Lyhytkestoisessa psykoosissa ilmenee vähintään vuorokauden ja alle kuukauden ajan aistiharhoja, harhaluuloja tai selkeästi hajanaista käytöstä tai puhetta. Psykoottisen vaiheen jälkeen toimintakyky palaa entiselleen. Lyhytkestoisen psykoosin aiheuttajia ovat yleensä voimakas stressi tai traumaattinen tapahtuma. Näitä voivat olla mm. äkillinen kuolema, vaarallinen onnettomuus ja hylätyksi tuleminen rakastetun taholta. Myös huumeet ja päihteet voivat aiheuttaa lyhytkestoista psykoosia muistuttavan tilan. (Huttunen 2016.)

Psykoosin oireita voivat olla löyhät assosiaatiot, puheen hajanaisuus, konkreettinen puhe, lyhyet tai epäselvät vastaukset, katatonia, outo ajatuksenkulku, paranoidisuuteen tai kuu-loharhoihin viittaava pälyily, epäluuloisuus ja vaikeneminen, maanisuuteen viittaava kohonnut itsetunto, sekä deliriumiin viittaavat harhat iholla kävelevistä ötököistä. (Mantere 2016.)

Kohonnut itsemurha alttius liittyy etenkin psykoosiin ja lähes kaikkiin psyykkisiin häiriöihin. Itseen tai muihin kohdistuvaa vaarallisuutta lisäävät tekijät psykoottisella ihmisellä ovat aiempi väkivaltaisuus, päihtyneisyys, aiemmat uhkailut, sairaudentunnottomuus, hoidon laiminlyönti sekä diagnooseina vakava masentuneisuus, harhaluuloisuushäiriö sekä paranoidinen, erilaistumaton ja katatoninen skitsofrenia. Väkivallanriskiä psykoosissa lisäävät persoonallisuuden dynamiikka sekä realiteettitajun pettäminen ja impulssikontrollin heikkous, jotka kuuluvat myös psykoosin peruspiirteisiin. Mikäli harhainen mielikuvitusmaailma on henkilölle tosi, saattaa hän myös käyttäytyä sen mukaisesti. Itsemurhapotilaista miltei puolella oli ollut muihin kohdistuvaa väkivaltaa edeltävinä kuukausina. (Vartiainen & Vartiainen 1997, 138-142.)

4.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yleensä nuorella aikuisiällä alkava vakava psykiatrinen sairaus. Se on yleisin mielisairauksiksi, eli psykooseiksi luokitelluista sairaustiloista. Skitsofrenialle ominaisia piirteitä ovat erilaiset ajattelun tai havaitsemisen vääristymät eli harhaluulot ja aistiharhat sekä usein myös tunneilmaisujen poikkeavuus tai latistuminen. (Huttunen 2017.) Skitsofreniaan sairastuu ihmisistä elinaikanaan noin 1%. Miesten skitsofrenia puhkeaa yleensä 20-28 vuotiaana ja naisilla muutamaa vuotta vanhempana. Skitsofreniaan voi sairastua myös lapsena, murrosiässä ja harvoin keski-iässä. (Huttunen 2016.)

Suvisaaren ym. (2014) mukaan skitsofrenia on jaettu alatyyppeihin, jotka ovat ICD-10:ssä: paranoidinen skitsofrenia (F20.0), hebefreeninen skitsofrenia (F20.1), katatoninen skitsofrenia (F20.2), erilaistumaton skitsofrenia (F20.3), skitsofrenian jälkeinen masennus (F20.4), jäännösskitsofrenia (residuaalinen skitsofrenia) (F20.5), erityisosatekijätön skitsofrenia (F20.6), muu skitsofrenia (F20.8) ja määrittämätön skitsofrenia (F20.9). (Suvisaari ym. 2014.)

Skitsofrenian nykyisen määritelmän mukaan diagnoosi edellyttää, että henkilöllä on ilmennyt vähintään kuukauden ajan ainakin kaksi sairaudelle ominaisista viidestä oireityypistä:

1. Harhaluulot
2. Aistiharhat
3. Hajanainen puhe (esimerkiksi toistuva selvä puheen syrjähtely tai epäyhtenäisyys)
4. Pahasti hajanainen tai outo käytös tai selvämotorinen jäykkyys tai kiihtyneisyys (katonia)
5. Ns. negatiiviset eli puutosoireet (tunneilmaisujen selvä latistuminen, puheen selvä köyhtyminen tai tahdottomuus).

Skitsofrenia diagnoosin edellytyksenä näiden oireiden lisäksi on, että sairastuneen sosiaalinen toimintakyky on merkittävästi heikentynyt ja että tämä toimintakyvyn heikentyminen on kestänyt yhtäjaksoisesti muutaman kuukauden ajan. (Huttunen 2017.) Skitsofreniapotilaan kohonneeseen itsemurhariskiin liittyviä psykoottisia oireita ovat hallusinaatiot ja deluusiot. Myöhempää itsemurha-alttiutta depressiivisillä potilailla lisäsivät puutosoireet, kuten psykomotorinen hidastuneisuus sekä abstraktin ajattelun väheneminen. (Vartiainen & Vartiainen 1997, 139.)

Suomessa skitsofrenian ilmaantuvuus on suhteellisen korkea (Perälä 2013, 81). Salokankaan ym. (2008) tutkimuksessa ajanjaksolla 1987-2002 tarkastellaan skitsofreniapotilaiden kuolleisuutta sairaanhoitopiireittäin. Tutkittavana olivat ensimmäisen kerran skitsofrenia diagnoosin saaneet. Eroteltuina olivat psykiatrisen sairaalahoidon aikainen ja sairaalahoidon päättymisen jälkeinen kuolema. Luonnollinen ja ei-luonnollinen kuolema eroteltiin myös. Tutkimuksesta käy ilmi, että Kainuussa kokonaiskuolleisuus potilailla oli keskimääräistä suurempi. Kainuussa oli tavallista suurempaa ei-luonnollinen kuolema ja suurta luonnollisista syistä johtuva kuolema. Ajanjaksolla potilaiden kuolleisuus oli Kainuussa keskimääräistä suurempaa psykiatrisen sairaalahoidon ulkopuolella. (Salokangas ym. 2008.)

Skitsofrenian Käypä hoito –suosituksessa vuodelta 2013 todetaan, että psykoottiset oireet, päihdeongelmat, mielialaoireet ja sitoutumattomuus hoitoon suurentavat skitsofreniapotilaan itsemurhariskiä. Käypä hoito –suosituksessa todetaan, että riski on suurimmillaan kuukauden ajan sairaalahoidon jälkeen. (Skitsofrenia 2013.) Itsemurhaa yrittäneillä psykoottisilla henkilöillä on myös usein muita samanaikaisia sairauksia, jotka lisäävät henkilön itsemurhariskiä (Vartiainen & Vartiainen 1997, 139). Salokankaan (2008) ym. tutkimuksessa todetaan, että ensiskitsofrenia diagnoosin saaneen itsemurhariski on suurimmillaan viiden ensimmäisen vuoden aikana. (Salokangas ym. 2008.)

Salokankaan ym. (2008) mukaan skitsofreniapotilaiden itsemurha-alttiuteen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Psykiatrisen sairaalahoidon aikana tarvitaan huolellista tutkimista ja seurantaa. Potilaiden itsemurhista sairaalahoidon aikana suurin osa tapahtuu loman aikana. Itsemurhan mahdollisuus on pidettävä mielessä heti hoidon alusta. Potilaan lomalle lähtöön tulisi varautua. (Salokangas ym. 2008.)

4.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa tavallisimmin nuoruudessa tai aikuisuuden kynnyksellä. Sairautta luonnehtii kolmenlaiset vaihtelut. Vaihteluita ovat maaniset, depressiiviset ja sekamuotoiset jaksot. (Isometsä 2011, 194.) Kaksisuuntainen mielialahäiriö on selkeästi perinnöllinen ja kulkee suvussa. Noin 1,2% suomalaisesta aikuisväestöstä sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä. (Hietaharju & Nuutila 2010, 47.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksot ovat oirekuvaltaan hyvin samankaltaisia tavallisten masennustilojen kanssa. Masennusjaksot saattavat olla lyhyempiä, kuin muissa masennustiloissa ja niissä on useammin psykoottisia oireita. (Huttunen 2017.) Maanisuuteen viittaavia oireita ovat itsetunnon kohoaminen, ajatustoiminnan kiihtyminen tai ajatuksenriento, kuvitelmat omista kyvyistä tai suuruudesta (grandiositeetti), toimeliaisuuden lisääntyminen ja vähentynyt unen tarve (Moilanen 2013).

Psykoottiset oireet kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä jaetaan kahteen luokkaan, mielialanmukaisiin ja mielialanvastaisiin. Suuruusharhaluulot kuuluvat mielialanmukaisiin psykoottisiin oireisiin. Psykoottisia oireita, jotka ovat mielialanvastaisia ovat mm. vainoharhaiset harhaluulot. (Isometsä 2014, 225.)

Yli puolet sairaudesta kärsivistä yrittää itsemurhaa elämänsä aikana. Itsetuhokäyttäytymisen riski on suurinta etenkin masennusvaiheissa ja taudin sekamuotoisessa vaiheessa. (Isometsä 2011, 194.) Muita riskitekijöitä itsetuho käyttäytymiseen ovat aiemmat itsemurhayritykset, toivottomuus, tiheäjaksoisuus, suvussa esiintyneet itsemurhat, samanaikainen ahdistuneisuushäiriö, päihteidenkäyttö, jaksojen vakavuus sekä se, että asuuko potilas yksin. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2013.) Englantilaisessa seurantatutkimuksessa tutkittiin mielenterveyden häiriöiden yhteyttä itsemurhiin, sekä verrattiin näiden kuollei-

suutta väestön keskimääräiseen itsemurhakuolleisuuteen. Psykoottisessa kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä itsemurhakuolleisuus oli 15-kertainen. (Vartiainen & Vartiainen 1997, 140.)

4.3 Masennus psykoottisena häiriönä

Masennustilat voidaan erotella oirekuvan vakavuuden perusteella lieviin, keskitasoisiin, vakava-asteisiin ja psykoottisiin masennustiloihin (Huttunen 2017). Masennuksen vaikeusaste on keskeinen tieto hoidon suunnittelun ja potilaan ennusteen kannalta. Sitä onkin syytä arvioida toistuvasti haastattelun ohessa erilaisten oireasteikkojen perusteella. Käyttökelpoisia kaavakkeita ovat erilaiset versiot Beckin depressiokyselystä (BDI) sekä suomalaiset DEPS ja PHQ-9 (Isometsä 2011, 156). Vaikeimpia masennustiloja ovat psykoottiset depressiot, joiden oirekuviin liittyy vaikea-asteisten masennusoireiden lisäksi myös psykoottisia oireita. (Isometsä 2011, 157.)

Huttusen (2017) mukaan oireena masennustiloissa on masentunut mieliala tai selkeästi vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvän menetys. Oireet vaivaavat vähintään kahden viikon ajan suurimman osan päivästä. Diagnoosi masennukseen edellyttää myös muita samankaltaisia oireita kuten esimerkiksi merkittävä painonlasku tai -nousu, unettomuus tai lisääntynyt unentarve, lähes jokapäiväinen väsymys tai voimattomuus, mielen ja liikkeiden hidastuminen tai kiihtyneisyys, arvottomuuden tunteet, kohtuuttomat syyllisyyden tunteet, vaikeus ajatella, päätöksenteko vaikeudet sekä vaikeus keskittyä. Lisäksi myös itsemurha-ajatukset ja kuolemaan liittyvät mielikuvat ovat masennuksen oireita. (Huttunen 2017.)

Psykoottisessa masennuksessa oireina ovat lisäksi harhaluulot, aistiharhat ja huomattava psykomotorinen hidastuminen. Kuuloharhat ovat usein halventavia. Harhaluulot eivät ole täysin mahdottomia, mikä poikkeaa skitsofreniasta. Harhoina voi olla tunne jätteiden tai mädäntyneen lihan hajusta. Usein kuuloharhat tai harhaluulot ovat esimerkiksi syyttäviä, masentuneita tai nihilistisiä. (Huuhka & Leinonen 2011, 390–391.) Harhaluulojen sisältö usein sopii masennukseen, potilas saattaa esimerkiksi uskoa kuolevansa lähitulevaisuudessa (Taiminen 2007, 1577). Psykoottisessa masennuksessa todellisuudentaju on vääristynyt. Usein vaikeiden oireiden vuoksi tarvitaan alussa psykiatrista sairaalahoitoa. Vaikeissa masennusjaksoissa, joissa on psykoottisia oireita, saattaa potilas olla reagoimaton, pysähtynyt, puhumaton ja kykenemätön juomaan tai syömään. Tilasta käytetään

diagnoosia depressiivinen stupor. Tila voi olla hengenvaarallinen, jos se pitkittyy. (Huuhka & Leinonen 2011, 390—391.)

Masennuksen vaikeusasteesta riippuen masentuneen ihmisen itsemurhavaara on 5-20 kertaa isompi kuin ihmisillä yleensä (Lönqvist 2017, 358). Vaara itsemurhaan masennuksessa on suurempi aina vaikeammassa masennuksessa ja mitä pidempään se on kestänyt. Itsemurhavaaraa arvioitaessa on masennuksen oirekuvan vaikeusaste tärkeimpiä kysymyksiä. (Isometsä 2011, 178.) Itsetuhoisuus ei välttämättä vähene, vaikka masennus olisi jo helpottumassa (Lönqvist 2017, 359). Psykoottisessa masennuksessa itsemurhavaara on suuri (Huuhka & Leinonen 2011, 391).

5 Itsemurhariskin arvioiminen psykiatrisessa hoidossa

Psykiatrisessa hoidossa tulee ottaa puheeksi itsemurha-ajatukset, jos epäily vaarasta herää. Itsemurha-aikeista kysyminen ei lisää itsemurhan toteuttamisen riskiä. Se voi vähentää potilaan ahdistusta, toivottomuutta ja itsemurha-aikeita. Keskustelu edellyttää luottamusta ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Riskitekijöiden arviointi on lähtökohtana hyvä. (Solin & Partanen 2017.) Potilaan mielialaa arvioidaan psykiatrisessa tutkimuksessa kysymällä masennusoireista (Suominen & Valtonen 2013, 883). Itsetuhoajatusten vakavuutta voidaan osin arvioida kuinka pysyviä ja paknomaisia ne ovat. Kykeneekö potilas hallitsemaan ajatuksia vai ovatko ne pakkomieltteen kaltaisia. Kartoittaa onko potilaalle jo muodostunut ajatus itsemurhamenetelmästä, -ajasta ja -paikasta. Onko hän mahdollisesti tehnyt valmisteluja kuolemanjälkeiseen tilanteeseen, kuten esimerkiksi hautajaisjärjestelyt tai testamentti. Onko potilaalla olemassa syitä miksi ei toteuttaisi itsemurhaa, kuten lapset tai omaiset. (Isometsä 2011, 179—180.)

Sairaanhoitajien tulee olla tietoisia itsemurhien riskitekijöistä, arvioinnista ja ehkäisystä. Itsemurhien riskinarvioinnin työkalut eivät välttämättä ennusta tulevaa itsemurhaa. Työvälinettä voidaan kuitenkin käyttää riskinarvioinnin apuvälineenä. Arviointi toteutuu paremmin, jos hoitajat luovat potilaisiin luottamuksellisen suhteen. (Lynch ym. 2008. 50—51.)

Powerin (2005) mukaan ensipsykoosin yhteydessä itsemurha-ajatukset ja -käyttäytyminen ovat yleisiä. Niiden esiintyvyyttä usein aliarvioidaan. Hoitotyöntekijöillä voi myös olla virheellisiä käsityksiä riskeistä ja todennäköisimmästä itsemurhan ajankohdasta. Nämä saattavat tuudittaa vaaralliseen turvallisuudentunteeseen. Tällöin tehokas itsemurhakäyttäytymisen käsitteleminen unohtuu, kunnes se on jo liian myöhäistä. (Power 2005, 193—207.)

Powerin (2005) mukaan psykoottisen potilaan itsemurhariskiä voidaan vähentää varhaisella interventiolla. Interventiolla voidaan parantaa toimintakykyä, kliinistä ennustetta ja ehkäistä jälkitilojen syntymistä. Interventio ei yksistään riitä. Liittämällä palvelujärjestelmään tarkastelu- ja hallintamenetelmiä, se saattaa helpottaa itsemurhavaarassa olevien potilaiden tunnistamista. On tärkeää, että tämä tunnistaminen johtaa nopeaan interventiioon. (Power 2005, 207.)

Yksi riskienhallintamenetelmä psykoottisten potilaiden itsemurhariskin arvioinnissa voi olla hoidon värikoodit (The zoning system of care). Potilaat jaetaan menetelmässä kolmeen riskiryhmään, suuri = punainen, keltainen = kohtalainen ja pieni = vihreä. Kaikki työntekijät saavat potilaiden itsemurhavaarasta tiedon. Hoidon alussa täytetään kyselylomake. Aina uuden potilaan tullessa, hänet sijoitetaan punaiselle alueelle. Alueelta pääsee pois vain moniammatillisen työryhmän päättäessä toisin. Hoitohenkilökunnasta kuka tahansa voi siirtää potilasta ylöspäin riskiasteikolla, mutta alaspäin voi siirtää vain työryhmän kokouksen perusteella. Tulee määritellä, miten usein potilaan asioita käsitellään työryhmässä. Punaisen riskin alueen potilaiden tilannetta käsitellään useammin. Tätä ohjeistusta on sovellettu menestyksekkäästi LEO-keskuksessa (Lambeth Early Onset Service, NHS, London) ja se on peräisin sieltä. Keskus on erikoistunut ensipsykoosin hoitoon. (Power 2005, 197—207.)

6 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimisessa käytettäviä mittareita. Tavoitteena on, että hoitohenkilökunta saa työkalun, jolla tunnistaa kotiuttamisvaiheessa olevan psykoottisen potilaan itsemurhariskin.

Tutkimuskysymyksenä on: Millaiset mittarit auttavat tunnistamaan psykoottisen potilaan itsemurhariskin?

7 Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet

Kirjallisuuskatsaus perustuu aikaisempiin tutkimuksiin aiheesta. Tutkimustieto on valittava ja arvioitava huolellisesti. Aiemmistä tutkimuksista katsauksen tekeminen vaatii paneutumista aiheeseen. Täytyy osata valita aiheeseen liittyvät tutkimukset ja löytää pääasiat niistä. Tietoa rajattaessa on muistettava tutkimuskysymys, oma tavoite ja mihin tietoa käytetään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 258—260.)

Salmisen (2011) mukaan kirjallisuuskatsauksella voidaan kehittää olemassa olevaa teoriaa, rakentaa uutta tietoa, arvioida teoriaa, rakentaa kokonaisuutta asiakokonaisuudesta ja kuvata historiallisesti tietyn teorian kehitystä. Kirjallisuuskatsaus on täsmällinen, systemaattinen ja toistettavissa oleva. Arvioidaan ja tiivistetään olemassa olevaa tutkimusaineistoa. Katsaus perustuu aikaisempiin johtopäätöksiin. (Salminen 2011, 3—10.) Tarkoituksena kirjallisuuskatsauksessa on aikaisempien tutkimusten kokonaisuuden muodostaminen. Vaiheet tulee kertoa ja kuvata tarkasti. Näin voidaan prosessin eri vaiheet ja luotettavuus arvioida. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 23.)

Kangasniemen ym. (2013, 294) mukaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaihteita ovat 1. tutkimuskysymyksen muodostaminen, 2. aineiston valitseminen, 3. kuvailun rakentaminen ja 4. tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Muihin kirjallisuuskatsauksiin verrattuna vaiheet etenevät koko prosessin ajan osittain päällekkäin. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voi käyttää myös hajanaisiin aiheisiin, kun tavoitteena on esimerkiksi hyvien käytäntöjen edistämiseen tarkoitettu tiedon tuottaminen kliinisessä työssä. (Kangasniemi ym. 2013, 294—295.)

Opinnäytetyön teimme soveltaen kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, sillä se sopi menetelmänä aiheeseemme. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii menetelmänä, kun tarkoituksena on tuottaa kuvaileva vastaus aineiston perusteella. Opinnäytetyömme perustuu jo olemassa olevaan aineistoon. Etsimme olemassa olevia arvioimisen mittareita. Tavoitteena oli kliiniseen työhön tarkoitettun tiedon tuottaminen. Kerromme vaiheet toistettavuuden takaamiseksi mahdollisimman tarkasti. Menetelmänä meidän täytyi soveltaa kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, sillä aiheemme poikkeaa tavallisesta tutkimusten etsimisestä. Etsimme pelkästään valmiita mittareita tutkimuskysymystä vastaamaan. Jouduimme toimimaan soveltaen vaiheessa kuvailun rakentaminen ja tulosten tarkastelu.

7.1 Tutkimuskysymyksen muodostaminen

Ensimmäinen ja keskeinen vaihe on tutkimuskysymyksen muodostaminen. Tämä ohjaa koko tutkimusprosessia. Ilmiötä voidaan tarkastella syvällisesti, kun tutkimuskysymys on rajattu ja täsmällinen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä ja se perustuu tutkimuskysymykseen. Tarkoituksena on tuottaa kuvaileva vastaus aineiston perusteella. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella voidaan etsiä vastauksia niihin kysymyksiin, mitä jo tiedetään ilmiöstä. Tarkoituksena voi olla esimerkiksi aiheeseen liittyvän tiedon esittäminen. (Kangasniemi ym. 2013, 292—294.) Resurssit vaikuttavat myös tutkimuskysymyksen laajuuteen. Kysymystä varten tulee miettiä, mitä tietoa sillä saadaan ja miten tietoa hyödynnetään. Olemassa olevan materiaalin kartoittamiseksi on hyvä tehdä alustavia kirjallisuushakuja. Tutkimuskysymys tulee muistaa koko prosessin ajan. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24—25.)

Opinnäytetyömme tutkimuskysymys on muotoutunut opinnäytetyösuunnitelmavaiheessa. Tutkimuskysymystä muokkasimme useasti oikeaan muotoon ohjaavan opettajan ja toimeksiantajan avulla. Tutkimuskysymyksen tarkoitus on vastata aihetta. Tutkimuskysymys on rajattu, jotta tiedonhaku liittyi mahdollisimman hyvin kyseiseen aiheeseen. Tutkimuskysymys rajasi koskemaan vain valmiita, olemassa olevia arviointimittareita. Näin vastasimme toimeksiantajan toiveeseen. Tutkimuskysymys antoi kuitenkin mahdollisuuden etsiä tietoa laajasti. Etsimme kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella olemassa olevaa tietoa aiheesta. Tarkoituksenamme löytää ja esittää tieto toimeksiantajalle.

7.2 Aineiston haku ja valinta

Toinen vaihe on aineiston haku ja valinta. Luotettavuuden kannalta haku on tärkeä vaihe. Virheillä hakuvaiheessa voidaan johtaa tutkimus väriin johtopäätöksiin. Hakusanat ja niistä tehdyt hakulausekkeet ohjaavat hakemista. Keskeiset käsitteet hakusanoiksi tulee määritellä. Määritellyt sisäänotto- ja poissulkukriteerit vaikuttavat hakemiseen. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25—26.) Tiedonhaussa tulee pohtia tarkasti aihetta ja mitä on tarkoitus löytää. Hakukokeiluilla testataan, mitä eri sanoilla löytyy ja millä kannattaa hakea. Tutkimukseen liittyvät käsitteet on valmiiksi mietitty. (Lehtiö & Johansson 2015, 36.) Niela-Vilén & Hamarin (2016) mukaan kirjallisuushakuihin liittyviä heikkouksia ja vahvuuksia tulisi pohtia katsauksessa. Hakuprosessi ei ole ikinä täydellinen ja siihen vaikuttavat resurssit. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 27.)

Aineiston valintaan kirjallisuuskatsauksessa vaikuttaa tutkimuskysymys. Aineiston tulee vastata mahdollisimman tarkasti tutkimuskysymystä. Valinta on aineistolähtöistä, valinta ja analyysi tapahtuvat samanaikaisesti. Aineisto koostuu aiemmin julkaistusta tutkimustiedosta. Aineiston riittävyteen vaikuttaa tutkimuskysymyksen laajuus. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston valinta kuvataan prosessina. Kangasniemi ym. (2013) kuvaavat aineiston valinnan kahtena prosessina implisiittisenä ja eksplisiittisenä valintana. Niissä aineisto haetaan luotettavista lähteistä, mutta raportointitapa ja systemaattisuus eroavat. Implisiittisessä ei erikseen raportoida valittuja tietokantoja. Luotettavuus tuodaan esille raportin tekstissä. Esimerkiksi aineiston käsittelyyn on sisällytetty lähdekritiikki. Eksplisiittisessä valinnassa raportoidaan valintaprosessin vaiheet. Tämä muistuttaa systemaattista kirjallisuuskatsausta. Haut tehdään esimerkiksi sähköisesti valituista tietokannoista. Aineistoa rajataan kieli- ja aikarajauksin. Kuitenkin kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston hakurajauksista voidaan poiketa kesken prosessia, jos se on oleellista. Aineiston valintaa ohjaa sen sisältö. (Kangasniemi ym. 2013, 295—296.)

Käytimme opinnäytetyössämme eksplisiittistä aineiston valintaa. Koimme, että ennalta määritellyt rajaukset ja käsitteet ohjasivat meitä paremmin kirjallisuuskatsauksen tekemisessä. Luotettavuuden varmistamiseksi kuvasimme aineistonhaun prosessin vaiheet. Hakuprosessissa olemme tehneet tiedonhakua laajasti eri tietokannoista. Hakuja teimme laajasti, sillä sopivaa aineistoa ei täysin löytynyt. Kuitenkin rajalliset resurssit vaikuttivat hakujen tekemiseen. Kaikkia tietokantoja emme pystyneet ottamaan mukaan opinnäytetyön tiedonhaun toteuttamiseen. Aineiston valinnassa olemme huomioineet kriteerit täyttävät aineistot.

Opinnäytetyön tiedonhaussa käytimme aineistonkeruussa sähköisiä tietokantoja Medic, Ebsco, Cinahl, Pubmed, Ovid, Terveysportti ja Avoin Google. Haimme valmiita jo olemassa olevia mittareita. Sisäänottokriteerinä tiedonhaussa käytimme aiheen vastaavuutta opinnäytetyön tutkimustehtävään, luotettavuutta, ikää, kieltä ja tekstin aukeamista kokotekstinä. Rajasimme haut tarkasti ja jätimme pois kaiken mikä ei liittynyt aiheeseen. Sisäänottokriteerinä oli vain valmiit, olemassa olevat mittarit ja työkalut koskien opinnäytetyön tutkimuskysymystä. Sisäänottokriteerin ikä rajasimme koskemaan vain alle kaksikymmentävuotta vanhat tutkimukset. Tällä rajauksella poistimme jo mahdollisesti vanhentuneen tiedon, kuitenkin sallien laajan hakemisen pidemmältä aikaväliltä. Kielen hyväksymiskriteerinä olivat vain suomen- ja englanninkieliset tutkimukset. Sähköisen tekstilähteen tuli aueta myös kokotekstinä. Sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit ovat nähtävillä taulukossa 1.

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Suomen tai englanninkielinen	Muu kieli
Aiheen vastaavuus tutkimuskysymykseen	Aihe ei vastaa tutkimuskysymystä
Valmis mittari / työkalu	Ei mittaria / työkalua
Julkaistu vuonna 1998-2018	Julkaistu ennen vuotta 1998
Julkaistu luotettavassa tietolähteessä	Ei luotettava tietolähde
Koko teksti saatavilla	Ei koko tekstiä saatavilla

Tiedonhaun toteutimme opinnäytetyössä systemaattisesti sähköisistä tietokannoista. Tietokantojen valinnassa ja hakusanojen asettelussa saimme Kajaanin ammattikorkeakoulun informaation apua. Hakusanojen muotoilussa on noudatettu tietokantojen ohjeita. Käytimme suomen- ja englanninkielisiä hakusanoja. Hakusanat muodostuivat tutkimuskysymyksestä. Tiedonhaussa on osattava arvioida, jäsentää ja rajata hakuja. Hakuvaiheessa arvioimme aineiston. Hakukokeiluja teimme useita jo suunnitelmavaiheessa. Huomasimme jo suunnitelmavaiheessa aiheen haastavuuden. Sopivaa tutkimustietoa ei löytynyt laajasti. Jouduimme tekemään useita hakukokeiluja eri sanamuotoja kokeilemalla. Kaikkia hakusanakokeiluja emme laittaneet ylös taulukkoon, niiden runsauden vuoksi. Useilla hakusanoilla ei löytynyt osasta tietokantoja yhtään tulosta.

Tietokantahaut mittarien etsimisestä on kuvattuna taulukossa 2. Taulukossa näkyy käytetty tietokanta, hakusanat ja tulokset. Taulukossa on eriteltynä otsikon perusteella valitut, tiivistelmän ja sisällysluettelon perusteella valitut, kokotekstin ja valmiin mittarin perusteella valitut aineistot. Aluksi kävimme läpi ja rajasimme aineistoa otsikon vastaavuuden perusteella, tämän jälkeen tiivistelmän ja sisällysluettelon. Valitsimme näistä sisäänottokriteerit täyttävät aineistot.

Medic-tietokannasta tiedonhaun teimme suomeksi hakusanoilla Psykoo* AND itsemur* AND arvioin*, Psykoo* AND itsemur* AND mitta*, ja englanniksi Psychos* AND suici* AND evaluat*, Psychos* AND suici* AND asses*. Medic tietokannasta valitsimme otsikon perusteella yhden väitöskirjan. Tiivistelmän ja sisällysluettelon perusteella tämä ei kuitenkaan vastannut hakukriteereitä.

Terveysportista teimme hakuja useilla eri hakusanoilla. Esimerkiksi itsemurhariski psykoosi, psykoosin itsemurhavaara, psykoosin arvioiminen. Useita artikkeleita löytyi. Tarkemmin artikkeleita tarkasteltuamme monikaan artikkeli ei vastannut kriteereitä. Terveysportin haussa löytyi artikkeli itsemurhavaaran arvioiminen (Sailas 2018), akuuttihoitopas. Artikkelin pohjautui psykiatrisesti sairaan potilaan itsemurhavaaran arvioimiseen. Loppussa oli valmis taulukko itsemurhavaaran arvioimisen avuksi, on nähtävillä liitteessä 1. Hyväksyimme taulukon hakukriteerit täyttävänä.

Cinahl tietokannasta tiedonhaun teimme englanninkielellä esimerkiksi hakusanoilla assessment tools AND suicide AND psychosis ja assessment AND suicide prevention AND psychosis. Valitsimme otsikon perusteella kolme artikkelia. Tiivistelmän ja sisällysluettelon perusteella jäi yksi kriteerit täyttävä artikkeli. Lopullista hakukriteerit täyttävää mittaria ei löytynyt.

Ebsco tietokannasta tiedonhaun teimme englanninkielellä käyttäen hakusanoja suicide AND psychotic AND patient. Hakutuloksia löytyi 137, otsikon perusteella näistä valikoitui 19, tiivistelmän ja sisällysluettelon perusteella valikoitui kaksi artikkelia. Tarkemmin tarkasteltuna ne eivät vastanneet hakukriteereitä. Hakusanoilla suicide assessment AND psychosis AND tools löytyi seitsemän tulosta, näistä yksi valikoitui otsikon, tiivistelmän ja sisällysluettelon perusteella. Lopullisia kriteereitä tämä ei täyttänyt.

Pubmed tietokannasta tiedonhaku teimme ensin hakusanoilla suicide AND psychotic AND inpatient AND patient AND risk factors AND assessment tools AND suicide prevention, kokeillen erilaisia yhdistelmiä. Näistä sanoista lopulliseen hakuun kelpuutimme assessment tools AND psychotic AND inpatient AND suicide risk, joilla hakutuloksia löytyi 627, joista otsikon perusteella valikoitui 24, tiivistelmän ja sisällysluettelon perusteella näistä valikoitui 7 artikkelia. Näistä seitsemästä artikkelista löytyi kaksi artikkelia, joissa oli kummassakin yksi mittari itsemurhariskin arvioimiseen. Toisessa näistä mittaria ei ollut avoimesti saatavilla. Toisessa artikkelissa mainittiin englanninkielinen mittari, joka perustuu itsemurhariskin arvioimiseen ja jossa psykoottisuus on yksi riskitekijä. Hyväksyimme mittarin hakukriteerit täyttävänä, liitteessä 2.

Tietokannasta Ovid teimme tiedonhaun hakusanoilla psychotic* AND suicide risk*. Hakutuloksia löytyi 54, otsikon perusteella valikoitui neljä, tiivistelmän ja sisällysluettelon perusteella kaksi. Lopullisia kriteerit täyttäviä artikkeleita löytyi yksi, missä mainittiin arvioinnin mittari. Hyväksyimme artikkelin, joka on liitteessä 3.

Taulukko 2. Psykoottisen potilaan itsemurhavaaran arvioiminen / Valmiit mittarit

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulos	Valittuja (otsikko, vuosiluku)	Valittuja (tiivistelmä, sisällysluettelo)	Valittuja (lopullinen, valmis mittari)
Medic	Psykoo* AND itsemur* AND arvioin*	1	0	0	0
	Psykoo* AND itsemur* AND mitta*	0	0	0	0
	Psychos* AND suici* AND evalua*	3	1	0	0
	Psychos* AND suici* AND asses*	0	0	0	0
Terveysportti	itsemurhariski psykoosi	20	4	4	1
	psykoosin itsemurhavaara	8	3	3	1 (sama)
	psykoosin arvioiminen	3	2	3	1 (sama)
Ebsco	suicide AND psychotic AND patient	137	19	2	0
	suicide assessment AND psychosis AND tools	7	1	1	0

jatkuu

Cinahl	assessment tools AND suicide AND psychosis	5	1	1	0
	assessment AND suicide prevention AND psychosis	5	2	0	0
Pubmed	assessment tools AND psychotic AND inpatient AND suicide risk	627	24	7	1
Ovid	Psychotic* AND suicide risk*	54	4	2	1

Mittareiden kartoittamiseen teimme hakuja aiheesta myös avoimen Googlen kautta. Avoimesta Googlestä löytyi hakusanalla "Evaluating suicide risk of psychotic patient" mittari Early Intervention Suicide Risk Factor Check-list (LIITE 4). Valitsimme kyseisen julkaisun mukaan opinnäytetyöhön arvioituaamme sen luotettavuutta. Mittari on julkaisussa Suicide Risk Management in Early Intervention. Julkaisun on kehittänyt Ison-Britannian National Mental Health Development Unit (NMH DU). Luotettavuutta arvioimme myös tekijöiden useilla tutkimuksilla liittyen psykoosiin ja itsemurhiin.

Kartoittaessamme mittareita, löysimme valmiita mittareita itsemurhariskin arvioimiseen eniten avoimen Googlen hauilla. Hakusanoina käytimme "itsemurhariskin arvioimisen mittarit", "itsemurhavaaran arvioimisen mittarit", "itsemurhariskin/vaaran arvioiminen" ja "suicidal risk assessment". Hauilla löytyi SIS, SSI, Pierce ja Beck's Suicide Intent Scale (alkuperäinen SIS). Nämä mittarit eivät täyttäneet opinnäytetyön hyväksymiskriteereitä. Löysimme myös CSSRS-lomake (The Columbia suicide severity rating scale), nähtävillä liitteessä 5. Mittari on itsemurhariskin arvioimiseen tarkoitettu. Varsinaisesti psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimiseen sitä ei ole kehitetty. Otimme mukaan kirjallisuuskatsaukseen C-SSRS-lomakkeen, koska WHO suosittelee sen käyttämistä. Terveysportti suosittelee myös sen käyttämistä arvioimisen apuna (Sailas 2018). Liitteisiin olemme laittaneet internetissä saatavilla olevista hyväksytyistä mittareista esimerkit.

7.3 Aineiston analyysi ja kuvailun rakentaminen

Tutkimuksessa keskeistä on analyysi, tulkinta ja johtopäätökset kerätystä aineistosta. Analyysi on jo tutkimuksen alussa päämääränä. Analyysissä selviää vastaukset tutkimusongelmiin- ja kysymyksiin. On mahdollista myös, että tässä vaiheessa selviää miten ongelma olisi pitänyt asettaa. Aineiston luonnin ensimmäisessä vaiheessa tietojen tarkistus. Samalla selvitetään, puuttuuko tietoa tai sisältyykö siihen virheitä. Toisessa vaiheessa tietoja täydennetään ja täsmennetään. Kolmannessa vaiheessa järjestetään aineisto. Vaiheen toimenpiteet riippuvat tutkimusstrategiasta. Aineiston analyysi tapahtuu pitkin prosessia, kun aineistoa kerätään useassa vaiheessa. Tällöin aineiston kerääminen ja analyysi tapahtuvat samaan aikaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 221—230.)

Käsittelyosan rakentaminen kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa. Tavoitteena on tutkimuskysymykseen vastaaminen aineiston kautta, laadullisena kuvailuna. Kuvailussa kriittisesti analysoidaan ja yhdistetään sisältöä. Tarkoituksena on luoda jäsentynyt kokonaisuus. Analysoidaan tietojen vahvuuksia, heikkouksia, tehdään vertailua ja päätelmiä. (Kangasniemi ym. 2013 296—297.) Kuvailu voidaan rakentaa laadullisella aineiston analyysimenetelmällä. Tällöin asiat, jotka vaikuttavat ilmiöön ryhmitellään kokonaisuuksiksi. Ilmiötä tarkastellaan esimerkiksi teemoittain, suhteessa käsitteisiin tai teoreettiseen lähtökohtaan. (Kangasniemi ym. 2013 297.) Analyysi etenee aineiston perusteella ja abstrahoinnin tuloksena syntyy käsitteitä (Kynäns, Elo, Pölkki, Kääriäinen, & Kanste 2011, 139).

Kirjallisuuskatsauksessa aineiston analyysissä ja synteessissä tutkimusten tulokset järjestetään ja tehdään yhteenvedot. Aluksi tutkimusten sisällöstä kuvataan kirjoittajat, julkaisumaa- ja vuosi, aineistonkeruumenetelmä, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, tutkimuksen kohdejoukko, päätulokset, otos, vahvuudet ja heikkoudet (Niela-Vilén & Hamari 2016, 30).

Laadullisen sisällönanalyysin kolme vaihetta ovat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisen käsitteen luominen. Pelkistäessä aineistoa, siitä etsitään tutkimuskysymystä vastaavat ilmaisut ja ne pelkistetään yksinkertaisimmiksi käsitteiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108—109.) Etsitään tutkimuksista eroavaisuuksia, yhtäläisyyksiä, vertailaan ja tulkitaan niitä. Merkinnät koskevat tutkimuksen pääasioita. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 30—31.) Käsitteet, jotka ovat samankaltaisia yhdistetään luokiksi ja nimetään sisältöä kuvaten (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110). Lopuksi tulokset tulkitaan ja niistä muodostetaan synteesi. Kokonaiskuvaa havainnollistamaan voi tehdä taulukointeja. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 30—31.)

Aineiston analyysissä ja kuvailun rakentamisessa jouduimme toimimaan menetelmien osin soveltaen. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyistä mittareista teimme analyysiä, tulkintaa ja synteesejä. Vastaamme tutkimuskysymykseen aineiston avulla. Yhdistimme mittareiden tiedot käyttäen apuna taulukkoa 3. Taulukon avulla mittareista luotiin jäsentynyt kokonaisuus, missä kuvataan keskeiset tiedot mittareista.

Etsimme mittareista eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä suhteessa tutkimuskysymykseen, pelkistäen ne, nähtävillä taulukossa 4. Soveltaen laadullista sisällönanalyysiä, arvioimme jokaisesta mittarista keskeiset psykoottisen potilaan itsemurhavaaran arvioimisessa nousevat tekijät. Tuloksissa nousivat esiin riskitekijät, suojaavat tekijät, psykoosin oireet ja tilanteen arvioiminen. Nähtävillä taulukossa 5.

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt mittarit

Tietokanta	Tekijä(t), tutkimus, vuosi, maa, mittari	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä, otos	Keskeiset tulokset / johtopäätökset (mittari)
Terveysportti	Sailas E., 2018, Suomi, Kustannus Oy Duodecim, Akuuttihoito-opas Taulukko itsemurhavaaran arvio	Terveysportin artikkeli	Terveysportin artikkeli	Arvioidaan oireet, anamneesi, altistavat- ja suojaavat tekijät, psykososiaalinen tilanne ja psykiatrinen sairaus.
Avoin Google	Power, P. & McGowan, S. 2011. UK. Suicide Risk Management in Early Intervention. National Mental Health Development Unit.	Julkaisussa on UK:n National Mental Health Development Unitin kehittämä ohjeistus ensipsykoosin	Julkaisu perustuu näyttöön perustuvaan tietoon.	Itsemurhariski tulisi selvittää mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, kun psykoottinen potilas hakeutuu terveydenhuollon palveluihin. Työkalu toimii vain kliinisen arvioinnin lisänä. Suicide Risk Factor Check-list.

jatkuu

	Early Intervention Suicide Risk Factor Check-list	itsemurharis-kin hallin-taan.		auttaa riskitekijöiden huomi-oon ottamisessa ja hoidon suunnittelussa.
Avoin google	Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., Fisher, P., Zelazny, J., Burke, A., Oquendo, M. & Mann, J. 2008. The Re-search Foundation for Mental Hygiene, Inc. USA. Mapi Research Institute (Baseline-Screening – Colum-bia University C-SSRS (The Colum-bia suicide severity rating scale)	C-SSRS (The Colum-bia suicide severity rat-ing scale)	C-SSRS (The Columbia sui-cide severity rating scale)	Kartoitetaan itsemurhakäyt-täytymistä, itsemurha-aja-tuksia ja ajatusten voimak-kuutta. WHO suosittelee sen käyttämistä. Työntekijän te-kemäksi tarkoitettu.
Pubmed	Screening for mental health, inc (SMH) ja The Suicide Preven-tion Resource Cen-terin kanssa. 2009	Suicide as-sessment five-step evaluation and triage for mental health pro-fessionals	Suicide as-sessment five-step evaluation and triage for mental health professionals	Kartoitetaan riskitekijät, kar-toitetaan suojaavat tekijät ja itsetuhoinen käyttäytyminen, määritetään riski ja doku-mentoidaan.

jatkuu

Ovid	Hermes, B. & Deakin, K. 2009. SUICIDE RISK Assessment: 6 Steps to a Better Instrument Hermes-Deakin Suicide Risk Assessment (HDSRA)	Artikkelin tarkoituksena oli kehittää näyttöön perustuva sairaalahoitossa olevan potilaan välittömän itsemurhavaaran arvioimisen työväline psykiatriselle yksikölle.	Kohteet työvälineelle on johdettu kirjallisuudesta raportoiduista tutkimuksista sekä asian tuntijoiden suosituksista sisällyttää arviointiin ahdistuksen ja levottomuuden arvioiminen.	Sairaalahoitoa aikaisten itsemurhien ennaltaehkäisyyn kehitetty arvioinnin työkalu. Arvioi lähestyvän itsemurhan merkkejä. Itsemurha-ajatusten lisäksi arvioi myös merkkejä levottomuudesta ja ahdistuneisuudesta.
------	---	--	--	--

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa viimeinen vaihe on tulosten tarkasteleminen. Tulosten tarkasteleminen sisältää pohdinnan sisällöstä ja menetelmistä. Arvioidaan myös tutkimuksen luotettavuutta ja etiikkaa. On keskeistä, että kirjallisuuskatsaus sisältää pohdinnan tuotetusta tuloksesta. Keskeiset tulokset tiivistetään tässä vaiheessa, hahmotellaan tulevaisuuden kysymyksiä, esitetään jatkotutkimushaasteet ja johtopäätökset. (Kangasniemi ym. 2013 297—298.) Raportoinnissa huomioidaan kriittisyys ja tulosten hyödynnettävyys esimerkiksi käytännön hoitotyössä. Valituista tutkimuksista liitetään kuvaileva taulukko. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 32—33.) Opinnäytetyöhön valitut mittarit ovat nähtävillä taulukoissa 3 & 4.

8 Tulokset

Kirjallisuuskatsauksella löysimme opinnäytetyhömme viisi erilaista mittaria. Mittarien keskeiset tiedot esittelemme tuloksissa yksitellen. Tiedoissa tuomme esille sen tiedon, mitä katsauksella löysimme. Mittarien kopioimiseen ja käyttämiseen käytännön työssä tarvitaan lupa niitä hallinnoivilta tahoilta.

8.1 Akuuttihoito-oppaan itsemurhavaaran arvioimisen taulukko

Sailas (2018) Akuuttihoito-oppaan taulukko itsemurhavaaran arvioimiseen: Sailaksen (2018) mukaan itsemurhavaaran arvioinnin tulisi sisältyä psykiatrisesti oireilevan päivystystapaamiseen. Arvioidaan oireet, anamneesi, altistavat- ja suojaavat tekijät, psykososiaalinen tilanne ja psykiatrinen sairaus. Itsemurhaan ajautumisen kehityksessä on kyse suojaavien tekijöiden ja riskitekijöiden vaikutuksesta (Sailas 2018). Artikkelissa mainitaan myös C-SSRS arviointiasteikon käyttäminen lisänä arvioitaessa potilaan itsetuhoisuutta.

8.2 Early Intervention Suicide Risk Factor Check-list

Power & McGowan (2011) Early Intervention Suicide Risk Factor Check-list: Itsemurhariski tulisi selvittää mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, kun psykoottinen potilas haakeutuu terveydenhuollon palveluihin. Alustava arvio muodostaa perustan myöhemmille arvioinneille. Arvioinnin voi tehdä standardoidulla riskin arviointi työkalulla. Huomioitava kuitenkin, että työkalu toimii vain kliinisen arvioinnin lisänä. Suicide Risk Factor Check-list auttaa riskitekijöiden huomioon ottamisessa, sekä tukee riskienhallintaa ja hoidon suunnittelua. (Power & McGowan 2011, 5.)

Riskinarvioinnin vastuu on hoidosta vastaavalla mielenterveydenalan ammattilaisella. Kaikkien moniammatillisessa työryhmässä tulee osata arvioida itsemurhariskiä alustavassa arvioinnissa. (Power & McGowan 2011, 6.) Kokonaiskuvan muodostamiseksi tietoa potilaasta tulee kerätä mm. omaisilta, hoitajilta ja muilta hoitavilta tahoilta. Itsemurhariskiä tulee arvioida säännöllisesti ja huomioida muuttuvat tilanteet. Itsemurhariskin lisääntymiseen voivat viitata psykoosin paheneminen, mielialan, ahdistuksen tai päihteidenkäytön

lisääntyminen, merkittävät stressaavat tapahtumat elämässä, avusta kieltäytyminen, sairaalan pääsy ja poislähteminen, sekä siirtyminen eri hoitotaholle. Keskeistä on kysyä potilaan itsemurhasuunnitelmista. (Power & McGowan 2011, 8—9.)

8.3 C-SSRS-arviointiasteikko

Posner ym. (2008) C-SSRS-arviointiasteikko on itsemurhakäyttäytymisen, itsemurha-ajatusten ja ajatusten voimakkuuden kartoittamiseen tarkoitettu. WHO suosittelee sen käyttämistä. Työntekijän, kuten lääkärin tai hoitajan tekemäksi tarkoitettu. (Suominen & Valtonen 2013, 883.)

8.4 Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage

Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage (SAFE-T): Taskukorttia käytetään kartoittamaan itsemurhan riskitekijät, suojaavat tekijät ja itsetuhoinen käyttäytyminen, määritetään riski ja dokumentoidaan se. Taskukorttia tulisi käyttää vain terveys- ja mielenterveysalan ammattilaiset, sekä ne muulla tavoin koulutetut, jotka työskentelevät itsemurhariskin omaavien ihmisten kanssa. Kortti on kehitetty yhteistyössä Screening for mental health, inc (SMH) ja The Suicide Prevention Resource Centerin kanssa (Suicide Prevention Resource Center, 2009.)

8.5 Hermes-Deakin Suicide Risk Assessment

Hermes & Deakin (2009) Hermes-Deakin Suicide Risk Assessment (HDSRA) on sairaalahoidon aikaisten itsemurhien ennaltaehkäisyyn kehitetty arvioinnin työkalu. Arvioi lähes tyvän itsemurhan merkkejä. Itsemurha-ajatusten lisäksi arvioi myös merkkejä levottomuudesta ja ahdistuneisuudesta.

Hermesin ym. (2009) tutkimuksessa todetaan, että riskinarvioimiseen tulee lisätä ahdistuneisuuden ja levottomuuden arvioiminen. Psykiatrisilla osastoilla työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat potilaiden itsemurhariskiä säännöllisesti, tunnistaakseen riskissä olevat. On tärkeitä, että arvioinnin työkalu auttaa tunnistamaan riskissä olevat potilaat. Ahdistuneisuuden ja levottomuuden lisäksi tulee arvioida itsemurha-ajatuksia, itsemurhayrityksiä, perheessä tapahtuneita itsemurhia, avuttomuuden ja toivottomuuden tunteita.

(Hermes, Deakin, Lee & Robinson 2009, 46—47.) Sairaalahoidossa olevat potilaat ovat yleensä hyvin sairaita. Kysymyksiin vastaaminen voi olla haasteellista. Arvioinnintyökalun tulisi olla helppokäyttöinen, lyhyt ja sisältää havainnoinnin kriteereitä. Työkalun tarkoituksena on arvioida riskiä, avata kommunikaatio ja luoda terapeutin suhde potilaaseen. (Hermes ym. 2009,47—49.)

HDSRA perustuu tutkimustietoon rajallisesta määrästä tutkimuksia itsemurhien arvioinnista. Sairaalahoidon aikaisten itsemurhien harvinaisuudesta johtuen sen tarkkuutta ei ollut mahdollista määrittää. Sairaanhoidajien tulee tarkastella itsemurhariskin lisääntymisen mahdollisuutta, kun ahdistuneisuus ja levottomuus yhdessä muiden riskitekijöiden kanssa ilmenee potilaalla. Tilanteeseen tulee puuttua. (Hermes ym. 2009,49)

Taulukko 4. Mittareiden arvioiminen suhteessa tutkimuskysymykseen / Millaiset mittarit auttavat tunnistamaan psykoottisen potilaan itsemurhariskin?

Tietokanta / mittari	Itsemurhariskin arvioiminen	Psykoottisen potilaan itsemurhariski	Tunnistamistapa (Onko mittarissa pisteytys / vaaran arvioimisen keinot)
Terveystietokanta Taulukko itsemurhavaaran arvio Sailas. 2018.	+	+/-	-
Avoin Google Early Intervention Suicide Risk Factor Check-list Power & McGowan. 2011.	+	+	+/-
Avoin google C-SSRS Posner, Brent, Lucas, Gould, Stanley, Brown, Fisher, Zelazny, Burke, Oquendo, & Mann. 2008.	+	-	+
Pubmed Safe-T	+	+/-	+
Ovid Hermes-Deakin Suicide Risk Assessment (HDSRA) Hermes & Deakin. 2009.	+	+/-	+
+ = On - = Ei +/- = Osittain			

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen mittareiden perusteella selvitimme tutkimuskysymykseemme millaiset mittarit auttavat tunnistamaan psykoottisen potilaan itsemurhavaaran. Tutkimuksessa mittareista muodostui neljä pääluokkaa: riskitekijät, suojaavat tekijät, psykoosioireet ja tilannearvio. Tulosten tarkastelu esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Psykoottisen potilaan itsemurhavaaran arvioiminen

Psykoottisen potilaan itsemurhavaaran arvioiminen	
Riskitekijät	Suojaavat tekijät
toivottomuus masentuneet ajatukset itsemurha-ajatukset tehty itsemurhasuunnitelma päihdeongelma tekovälineiden saatavuus itsemurha perheessä aikaisempi itsemurhayritys parisuhteen menetys arvottomuus	perhe lapset uskonto hyvä psykiatrinen hoitosuhde sosiaalinen tukiverkosto
Psykoosin oireet	Tilannearvio
ahdistuneisuus levottomuus kuuloharhat, käskyjä satuttaa itseään harhaluulot impulsiivisuus	itsemurhasuunnitelmasta kysyminen ehkäisykeinojen miettiminen riskinarvioiminen interventio sairaushistoria

9 Pohdinta

9.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta ohjaa hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen (Vilkkä 2015, 41). Tutkimuksen tekemiseen liittyy eettisiä kysymyksiä, jotka on otettava huomioon. Tutkimuseettiset periaatteet liittyvät tiedon hankintaan ja julkistamiseen. Noudatetaan tieteelliselle tiedolle asetettuja vaatimuksia. Vastuu, velvollisuus, osuus tekijyydestä, tutkimustulosten omistajuus ja aineiston säilyttäminen tulee määritellä. Tiedonhankintaan ja julkaisuun kuuluu avoimuus. Asianmukaisella tavalla ilmoitetaan muiden tutkijoiden saavutukset ja tulokset. Ei plagioida toisten tekstiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23—27.) Opinnäytetyössämme tarkoituksena oli kartoittaa psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimisessa käytettäviä mittareita. Löydettyjen mittareiden tuli olla luotettavia, sillä mittarin tavoitteena on riskin arvioiminen käytännön hoitotyössä.

Toisten tutkijoiden työtä arvostetaan ja osoitetaan lähdeviitteet tekstissä asianmukaisesti. Kirjoitetaan oma tutkimus tarkasti ja rehellisesti. Lopuksi tutkimuksesta tulee tiedottaa ja se julkaistaan. (Vilkkä 2015, 41—50.) Käytimme toisten henkilöiden kirjoittamia aineistoja hyvää käytäntöä noudattaen. Ennen varsinaisen opinnäytetyön aloittamista anoin tutkimuslupaa toimeksiantajalta. Saimme tutkimusluvan työllemme. Opinnäytetyössä ei tutkimuksen kohteena ole henkilöitä. Eettisyyden huomioiminen keskittyi opinnäytetyön eri vaiheisiin. Arvioimme opinnäytetyössä eri lähteitä ja perustelemme niiden valintaa. Huomioimme opinnäytetyön tekemisessä avoimen tieteen periaatteet. Käytimme tutkimuksessa julkisia lähteitä ja merkitsimme lähteet asianmukaisella tavalla. Tutkimustulokset ovat näin tarkasteltavissa myöhemminkin.

Luotettavuuteen liittyy tutkimuksen läpinäkyvyys. Kerrotaan tutkimusmenetelmät eli miten tutkimus on tehty, näin voidaan arvioida luotettavuutta. Keskeistä on tuoda esille tiedon hankinta, vaiheet, miten valinnat on tehty, aineiston kuvaaminen ja aineiston analyysin menetelmät. Kaikki tarpeellinen vaiheista tulee selittää. Tutkimuksen olisi oltava toistettavissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 225.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa korostuu valintojen ja raportoinnin tarkkuus. Aineiston valinnassa ja käsittelyssä tulee noudattaa hyvää tutkimusetiikkaa kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Luotettavuuteen liittyy valitun kirjallisuuden ja tutkimuskysymyksen perustelu ja prosessin johdonmukaisuus. (Kangasniemi ym. 2013 297—298.) Opinnäyte-

työssämme luotettavuuden takaamiseksi selitämme tarkasti opinnäytetyön tutkimusmenetelmät ja vaiheet. Selvitämme menetelmät tiedonhankinnassa, tiedonhaussa käytettävät hakusanat, tiedonhaun tietokannat ja kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet olemme kertoneet tarkasti ja toimineet soveltaen niiden mukaisesti. Aiheena mittareiden kartoittaminen poikkesi tavanomaisesta tutkimusten kartoittamisesta. Tämä aiheutti haasteita toimia juuri kirjallisuuskatsauksen mukaisesti. Tämän takia olemme käyttäneet menetelmää soveltaen. Arvioimme, miten löydetty tieto vastaa tutkimuskysymykseen. Valintoja ja päätöksiä olemme pyrkineet esittämään taulukoiden ja liitteiden avulla.

Luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan subjektiivisuus. Tiedostettu tai tiedostamaton tarkoitushakuisuus aineiston valinnassa heikentää tutkimuksen luotettavuutta, jos sitä ei ole raportoitu. (Kangasniemi ym. 2013, 298.) Opinnäytetyötä tekemässä on ollut kolme henkilöä, mikä vähentää tutkijoiden subjektiivisuutta. Aineiston valinnassa olemme käyttäneet tiettyjä rajoituksia ja käsitteitä, jotka vaikuttavat merkittävästi tutkimustulokseen.

Kaikkia katsaukseen valittujen tutkimusten luotettavuutta ja aiheeseen kuuluvuutta on suositeltavaa arvioida. Arvioinnissa tarkastellaan tietoa, tuloksia ja miten tieto vastaa omaan tutkimuskysymykseen. Tutkimusten arviointi on osa valitsemisprosessia. Whittemoren & Knafln (2005) mukaan arvio tutkimuksista perustuu yleisten kriteerien mukaan heikkouksien ja vahvuuksien arviointiin. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 28—30.) Opinnäytetyöhön valittujen mittareiden luotettavuuden arvioiminen on osittain puutteellista. Mittarit olemme hakeneet luotettavista tietolähteistä ja arvioineet niiden luotettavuutta. Kuitenkaan mittareista ei löydy heikkouksien tai vahvuuksien arvioimista. Tämä osaltaan heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

9.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa mittareita psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimiseen. Tavoitteena on, että hoitohenkilökunta saa työkalun, jolla tunnistaa kotiuttamisvaiheessa olevan psykoottisen potilaan itsemurhariskin.

Akuuttihoito-oppaan itsemurhavaaran arvioimisen taulukossa arvioidaan oireet, anamneesi, altistavat- ja suojaavat tekijät, psykososiaalinen tilanne ja psykiatrinen sairaus. Itsemurhariskin lisäksi arvioidaan siis myös psykiatrista puolta. Taulukko osittain vastaa tutkimuskysymykseemme. Taulukosta ei löydy pisteytystä. Riskitekijöiden lisäksi myös suojaavia tekijöitä arvioidaan. Taulukko ei ole suoraan psykoottisen potilaan arvioimiseen,

mutta ottaa huomioon psykoosiin oireiden arvioimisen. Taulukko on suomenkielinen ja kliinisen arvioinnin tueksi. Artikkelissa suositellaan käyttämään lisäksi C-SSRS arviointiasteikkoa itsetuhoisuuden arvioimiseen. (Sailas 2018.)

Early Intervention Suicide Risk Factor Check-list on suunniteltu ensipsykoosia sairastavan itsemurhariskin arvioimiseen. Korostetaan, että työkalu toimii vain kliinisen arvioinnin lisänä. Mittarissa arvioidaan riskitekijöitä. Mittari vastaa osittain tutkimuskysymykseemme. Arvioimisessa korostuvat psykoosin oireet, itsetuhoisuus ja sairaushistoria. Mittari on englanninkielinen.

C-SSRS-arviointiasteikko arvioi itsemurhakäyttäytymistä, itsemurha-ajatuksia ja ajatusten voimakkuutta. Arvioinnissa korostuvat itsemurha-ajatusten voimakkuus, tiheys, suunnitelmat, syyt ja aikaisemmat yritykset. Mittari on kliinisen arvioinnin tukemiseksi ja arvioi myös ehkäiseviä tekijöitä. Mittari ei arvioi psykoosin oireita. Pisteytys arviointiin löytyy. Mittari on tehty myös suomenkielille.

Suicide assessment five-step evaluation and triage (SAFE-T). Arvioi riskitekijöitä, suojaavia tekijöitä ja itsetuhoista käyttäytymistä. Määritetään itsemurhan riski. Riskin mukaan suunnitellaan jatkotoimenpiteet. Dokumentoidaan riskien arviointi, perustelut, interventio ja seuranta. Mittarissa otetaan huomioon arvioinnissa myös psykiatrinen sairaus, psykoosisairaus ja psykoosin oireita. Ei ole pisteytystä. Riskitason arviointi perustuu kliiniseen arviointiin. Riskitasona matala-keskitaso-korkea, ehdotetaan kaikille tasoille jatkotoimenpiteitä. Mittari on englanninkielinen.

Hermes-Deakin Suicide Risk Assessment (HDSRA) arvioi mahdollista lähestyvää itsemurhaa sairaalahoidossa. Arvioi itsemurhan riskitekijöitä ja psykoosin oireita. Mittari kehitetty tutkitun tiedon perusteella. Tarkoitettu kliinisen arvioinnin tueksi. Mittari on englanninkielinen.

Itsemurhariskin arvioimisen työkalun tarkoituksena on auttaa tunnistamaan riskissä olevat potilaat. Arvioinnin työkalun tulisi olla lyhyt ja helppokäyttöinen, sillä sairaalahoidossa olevat potilaat ovat usein hyvin sairaita. Kysymyksiin vastaaminen voi olla haasteellista. (Hermes ym. 2009. 47—49.) Psykoottisen potilaan kohtaamisessa on huomioitava akuuttitilanteessa mm. ympäristön rauhallisuus, potilaan rauhoittaminen, turvallisuuden tunne, omaisten mukana olo, äkillisten liikkeiden ja läheisen fyysisen kontaktin välttäminen. (Mantere 2016.)

Itsemurhariski tulee selvittää hoidon varhaisessa vaiheessa ja hoito suunnitellaan sen perusteella. (Power & McGowan 2011, 5.) Terveystieteiden ammattilaisen tulee tehdä riskinarviointi. (Suicide Prevention Resource Center 2009.) Mittarit voivat auttaa luomaan luottamuksellista suhdetta potilaaseen. Mittari ei ikinä riitä pelkästään arvioinnissa, vaan se on apuväline. (Hermes ym. 2009. 47—49.) Itsemurhien riskinarvioinnin työvälinettä voidaan käyttää riskinarvioinnin apuvälineenä. Arviointi toteutuu paremmin, jos hoitajat luovat potilaisiin luottamuksellisen suhteen. (Lynch ym. 2008. 50—51.)

Psykiatrisessa hoidossa tulee ottaa puheeksi itsemurha-ajatukset, jos epäily vaarasta herää. Keskustelu edellyttää luottamusta ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Riskitekijöiden arviointi on lähtökohtana hyvä. (Solin & Partanen 2017.) Salokankaan ym. (2008) mukaan skitsofreniapotilaiden itsemurha-alttiuteen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Potilaiden itsemurhista sairaalahoidon aikana suurin osa tapahtuu loman aikana. Potilaan lomalle lähtöön tulisi varautua. (Salokangas ym. 2008.)

Tutkimuskysymyksemme oli: Millaiset mittarit auttavat tunnistamaan psykoottisen potilaan itsemurhariskin? Sovelsimme laadullista sisällönanalyysiä mittareiden arvioimiseen suhteessa tutkimuskysymykseen. Arvioimme, millaisista tekijöistä koostuu mittari, jolla voi arvioida psykoottisen potilaan itsemurhariskiä. Tuloksista muodostui neljä pääluokkaa: riskitekijät, suojaavat tekijät, psykoosin oireet ja tilannearvio. Tekijät ovat nähtävillä taulukossa 5. Psykoosin oireista esille nousivat arvioimisessa ahdistuneisuus, levottomuus, impulsiivisuus, harhaluulot ja kuuloharhat, joista erityisesti käskyt satuttaa itseä.

Itsemurhaan ajautumisen kehityksessä on kyse suojaavien tekijöiden ja riskitekijöiden vaikutuksesta (Sailas 2018). Kohonnut itsemurha alttiuus liittyy etenkin psykoosiin ja lähes kaikkiin psyykkisiin häiriöihin (Vartiainen & Vartiainen 1997, 138-142). Skitsofreniapotilaan kohonneeseen itsemurharisktiin liittyviä psykoottisia oireita ovat hallusinaatiot ja deluusiot (Vartiainen & Vartiainen 1997, 139.) Vuoden 2013 skitsofrenian Käypä hoito –suosituksessa todetaan, että psykoottiset oireet, päihdeongelmat, mielialaoireet ja sitoutumattomuus hoitoon suurentavat skitsofreniapotilaan itsemurhariskiä (Skitsofrenia 2013). Psykoottisessa kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on oireina esimerkiksi vainoharhaiset harhaluulot (Isometsä 2014, 225). Myös psykoottiseen depression liittyy oireina aistiharhoja ja harhaluuloja (Isometsä 2011, 157). Itsemurhaa yrittäneillä psykoottisilla henkilöillä on myös usein muita samanaikaisia sairauksia, jotka lisäävät henkilön itsemurhariskiä (Vartiainen & Vartiainen 1997, 139).

9.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessimme on alkanut syksyllä 2017. Aiheen saimme toimeksiantajalta Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän aikuispsykiatrian osastolta 12. Tarve tunnistaa psykoottisen potilaan itsemurhariski on lähtöisin toimeksiantajalta. Osasto tarvitsi työkalun tunnistamisen helpottamiseen. Aiheanalyysi vaiheessa meillä ei ollut vielä selkeyttä siitä, millaisen tutkimuksen aiheesta teemme. Ensisijaisena vaihtoehtona oli alun perin tuotteistettu prosessi. Pitkän harkinnan, ohjaavan opettajan ja toimeksiantajan kanssa käytyjen keskustelujen perusteella päädyimme kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen jo olemassa olevista arviointikeinoista. Heti tiedonhaun aloituksen jälkeen meille selvisi aiheen haastavuus. Aiheesta ei ole olemassa olevaa tutkimustietoa juuri ollenkaan. Valmiita mittareita myöskään ei ole juuri kyseiseen aiheeseen helposti saatavilla. Päätimme kuitenkin keskittyä teoretiedon hankintaan ja tutkimuksen tekemiseen saatavilla olevista tiedoista. Tarkoituksena kartoittaa psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimisessa käytettäviä mittareita. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä vaikutti luotettavalta ja selkeältä tutkimustavalta. Tiedonhakukanavia ja hakusanoja käytimme tiedonhaussa laajasti aiheen haastavuuden vuoksi. Huomioimme kuitenkin tarkasti kriteerit ja tiedon luotettavuuden.

Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa laadimme opinnäytetyön etenemiseen aikataulun. Aikataulussa onnistuimme pysymään hyvin. Välillä opinnäytetyön tekeminen keskeytyi tekijöiden muiden kiireiden takia. Onnistuimme kuitenkin pysymään suunnitellussa aikataulussa.

Opinnäytetyöprosessissa kehittyi osaamisemme psykiatrisen potilaan hoidosta, erityisesti itsemurhien arvioimisen näkökulmasta. Tutkimusosaamisemme kehittyi prosessissa myös. Opimme kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet, aineistolähtöisen sisällönanalyysin, eettisyyden ja luotettavuuden arvioimisen, sekä raportoimaan tutkimuksen vaiheet. Kysyimme tarvittaessa ohjausta ohjaavalta opettajalta ja palautetta toimeksiantajalta. Opinnäytetyö tuki myös ammatillista kehittymistämme ja osaamisessamme kehittyivät hoitotyön kompetenssit. Opinnäytetyön aihe tuki asiantuntijuuden kehittymistä opinnäytetyöprosessissa kehittämällä asiakaslähtöisyyttä, terveyden ja toimintakyvyn edistämistä, hoitotyön eettisyyttä ja asiantuntijuutta, näyttöön perustuvaa toimintaa ja päätöksentekoa. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 35.)

Näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko kehittyivät perehtymällä syventävästi itsemurhiin, niiden syihin ja ennaltaehkäisyyn. Sairaanhoidajan asiantuntijuus ja eettisyys hoitotyössä kehittyivät perehtymällä laajasti aiheeseen ja aihealueeseen. Verkosto- ja työparityöskentely kehittyivät työskentelemällä opinnäytetyöprosessissa kolmen hengen ryhmässä. Verkosto osaaminen kehittyi myös yhteistyön tekemisellä ohjaavan opettajan, koordinoivan opettajan, vertaisten ja toimeksiantajan kanssa. Terveiden ja toimintakyvyn edistäminen, opinnäytetyö auttaa hyödyntämään uusia tunnistamismenetelmiä ja keinoja psykoottisten potilaiden itsemurhien ennaltaehkäisemiseen Kainuun sotien aikuisten mielenterveyspalveluissa. Psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimisen tarkoituksena on toimia ennaltaehkäisevänä työkeinona. Edistäen näin potilaan terveyttä ja hyvinvointia. Asiakaslähtöisyys kehittyi toimimalla asiakaslähtöisesti. Yhteistyön tekeminen toimeksiantajan kanssa kehitti asiakaslähtöisyyttä ja yhteistyökykyä. Asiakkaan tarve aiheelle on opinnäytetyön perustana. (Eriksson ym. 2015, 35—45.)

9.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyössämme meillä oli tavoitteena, että hoitohenkilökunta saa työkalun, jolla tunnistaa kotiuttamisvaiheessa olevan psykoottisen potilaan itsemurhariskin. Henkilökunta voisi käyttää mittaria arvioidessaan psykoottisen potilaan itsemurhariskiä esimerkiksi tilanteissa, joissa arvioidaan potilaan kotiloma tai vapaakulku kuntoisuutta.

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta soveltaen selvitettiin tässä tutkimuksessa valmiita, jo olemassa olevia mittareita psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimiseen. Tuloksista käy ilmi, että löysimme useita erilaisia mittareita. Powerin & McGowanin mittari on ensipsykoosiin sairastuneen arvioimiseen. Safe-T, Hermes & Deakin ja Akuuttihoito-oppaan taulukko ottivat kaikki huomioon psykoosin oireita. Nämä mittarit eivät kuitenkaan vastaa suoraan tutkimuskysymykseemme. Voisiko jotain näistä mittareista kuitenkin hyödyntää? Johtopäätöksenä voimme todeta, ettemme löytäneet pelkästään psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimiseen erillistä työkalua tai mittaria.

Tutkimuskysymyksemme oli, millaiset mittarit auttavat tunnistamaan psykoottisen potilaan itsemurhariskin. Tämän vuoksi otimme mukaan opinnäytetyöhön viisi erilaista mittaria, jotka löysimme. Mittarit eivät vastanneet täsmällisesti kriteereitä. Itsemurhavaaran arvioimiseen on olemassa useita erilaisia mittareita. Teimme useita hakuja sähköisistä tietokannoista, eri hakusanoja kokeilimme jo opinnäytetyön suunnitelma vaiheessa. Lopulta rajasimme hakusanoja, aineiston käsittelyn mahdollistamiseksi.

Arvioimme eri mittarien perusteella, millaiset mittarit auttavat tunnistamaan psykoottisen potilaan itsemurhariskin. Tulokset saatiin soveltaen laadullista sisällönanalyysia. Tuloksissa nousi ilmi riskitekijät, suojaavat tekijät, psykoosin oireet ja tilannearvio. Tulosten luotettavuutta voi pitää osittain puutteellisena, sillä ne perustuvat mittareista saatuihin tietoihin. Mittareissa ei arvioida niiden luotettavuutta tai puutteita. Luotettavuutta lisää mittarien luotettavat lähteet ja mittarit ovat asiantuntijoiden tekemiä. Tuloksissa esille nousseista arviointitekijöistä voimme todeta, että ne ovat tutkimuksemme perusteella keskeisiä psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimisessa. Powerin (2005) mukaan psykoottisen potilaan itsemurhariskiä voidaan vähentää varhaisella interventiolla. (Power 2005, 207). Itsemurhariski tulee selvittää hoidon varhaisessa vaiheessa ja hoito suunnitellaan sen perusteella. (Power & McGowan 2011, 5). Itsemurhaan ajautumisen kehityksessä on kyse suojaavien tekijöiden ja riskitekijöiden vaikutuksesta (Sailas 2018). Hermesin ym. (2009) tutkimuksessa todetaan, että sairaalahoidon aikaisten itsemurhien riskinarvioimiseen tulee lisätä ahdistuneisuuden ja levottomuuden arvioiminen. Lisäksi tulee arvioida itsemurha-ajatuksia, itsemurhayrityksiä, perheessä tapahtuneita itsemurhia, sekä avuttomuuden ja toivottomuuden tunteita. (Hermes ym. 2009,46—47.) Tutkimukset eivät käsittele pelkästään psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimista. Tämä heikentää opinnäytetyön tulosten luotettavuutta.

Laajasta aineistosta voimme huomata, ettei varsinaisesti löydy pelkästään psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimiseen omaa erillistä työkalua tai mittaria. Onko se edes mahdollista? Pitäisikö olemassa olevia lukuisia pelkästään itsemurhariskin arviointiin käytettäviä mittareita käyttää myös psykoottisille potilaille? Psykoottinen potilas ei kuitenkaan käytökseltään ole aina tapauskohtaisesti samanlainen, vaan käytös muuttuu psykoosin vaikeusasteen mukaisesti. Tähän vaikuttanee myös potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet, luonne, sairaudet, kasvatukselliset asiat ja kulloinenkin ympäristö.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla systemaattisempi katsaus olemassa olevista mittareista. Tarvittaessa tutkia ja kehittää psykoottisen potilaan itsemurhariskin arvioimiseen oma mittari.

Lähteet

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio E-L. 2015. Sairaanhoidajien ammatillinen osaaminen. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Viitattu 12.11.2018

Hannukkala, M., Heiskanen, T., Kaleva, S., Karila-Hietala, R., Kuitunen, S-L., Lumijärvi, T., Mäenpää, E., Stengård, E., Tuomaala, E., Turhala, S. & Wahlbeck, K. Teoksessa Mielenterveyden ensiapu 1. 2014. Karila-Hietala, R., Wahlbeck, K., Heiskanen, T., Stengård, E. & Hannukkala, M. (toim.) Suomen mielenterveysseura. Turenki

Heikkinen, A. 2014. Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden tarpeenmukainen hoito ja sen toteutuminen Kainuussa vuosina 2004-2005. University of Jyväskylä. Jyväskylä.

Hermes, B., Deakin, K., Lee, K. & Robinson, S. 2009. SUICIDE RISK Assessment: 6 Steps to a Better Instrument. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 47(6), 44–49. Viitattu 11.10.2018. Saatavilla Kamk Finna, Ovid tietokanta

Hermes, B & Deakin, K. 2009. The Hermes-Deakin Suicide Risk Assessment Tool. Viitattu 18.10.2018. <https://www.memorialmedical.com/services/behavioral-health/hermes-deakin-suicide-risk-assessment>

Hiltunen, L., Partonen, T., Haukka, J. & Lönnqvist, J. 2009. Itsemurhakuolleisuuden käännekohtat Suomessa 1947–2006. Duodecim 2009; 125:1802–6. Viitattu 6.11.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo98256>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja Kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja Kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. Sanoma Pro Helsinki.

Hietaharju, P & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Tammi. Latvia.

Huuhka, K. & Leinonen, E. 2011. Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. Duodecim 2011;127: 390–6. Viitattu 25.11.2018.

- Huttunen, M. 2017. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378
- Huttunen, M. 2017. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 26.03.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148
- Huttunen, M. 2017. Masennus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 24.03.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389
- Huttunen, M. 2016. Psykoosi (mielisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 6.11.2017 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411
- Huttunen, M. 2016. Lyhytkestoinen psykoosi. Terveyskirjasto. Viitattu 13.1.2018 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00387
- Huttunen, M. 2016. Skitsofrenia. Terveyskirjasto. Viitattu 15.1.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148
- Isometsä, E. 2011. Teoksessa Lönnqvist, J., Henrikson, M., Marttunen, M & Partonen, T (toim.) Psykiatria. Duodecim. Otava. Keuruu.
- Isometsä, E. 2014. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim) Psykiatria. 11., uudistettu painos 2014. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 2013, 25 (4), 291–301
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö (online). 2013. Suomen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Kaksisuuntainen mielialahäiriö (online). Suomen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 17.02.2018. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Kuolemansyyt 2016. 2017. Tilastokeskus. Viitattu 11.1.2018 http://www.stat.fi/til/ksyyt/2016/ksyyt_2016_2017-12-29_tie_001_fi.html
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2011, 23 (2), 138–148

- Lehtiö, L. & Johansson, E. 2015. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja; tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku: Turun yliopisto.
- Lönnqvist, J. 2017. Masennus. Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.). Duodecim. Otava. Helsinki.
- Mantere, O. 2016. Akuutti psykoosi. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.2.2018
- Mielenterveydenkeskusliitto. 2015. Itsemurhat. Viitattu 15.1.2018 <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/aikuisille/itsetuhoisuus/>
- Moilanen, K. 2013. Psykoosin arviointi. Duodecim-lehti 8/13. Viitattu 14.1.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti///duo10930>
- Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja; tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku: Turun yliopisto.
- Osastohoito. N.d. Viitattu 11.1.2018. <https://sote.kainuu.fi/osastohoito>.
- Opinnäyte- ja tutkimustyöt. N.d. Kainuun Sote. Viitattu 13.1.2018 <https://sote.kainuu.fi/opinnayte-ja-tutkimustyot>
- Perehdytysuunnitelma. N.d. Osasto 12 perehdytysuunnitelma. Viitattu 11.1.2018.
- Perälä, J. 2013. Epidemiology of Psychotic Disorders. National Institute for Health and Welfare, Department of Mental Health and Substance Abuse Services; University of Helsinki; Helsingin yliopisto, Department of Psychiatry. Research 97. Väitöskirja. Viitattu 8.10.2018
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Koskinen, S. & Lönnqvist, J. 2007. Psykoottisten häiriöiden esiintyvyys Suomessa. Duodecim-lehti 2/2007. Viitattu 14.1.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2007/2/duo96217>
- Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., Fisher, P., Zelazny, J., Burke, A., Oquendo, M. & Mann, J. C.-SSRS. 2008. Viitattu 8.8.2018 <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/hoi/hoi50076f.pdf>

Power, P. 2015. Itsemurhien ehkäisy psykoosin varhaisvaiheessa. Teoksessa Gleeson, J. & McGorry, P. (toim.) Varhaisen psykoosin psykoterapeuttinen hoito. Edita Publishing Oy. Helsinki

Power, P. & McGowan, S. 2011. Suicide Risk Management in Early Intervention. National Mental Health Development Unit. UK. Viitattu 27.7.2018 <http://www.iris-initiative.org.uk/silo/files/suicide-risk-management-in-the-first-episode-of-psychosis.pdf>

Rautiainen 2018. Haastattelu 11.1.2018. Apulaisosastonhoitaja Rautiainen Jarmo. osasto12.

Sailas, E. 2018. Akuuttihoito-opas. Terveysportti. Viitattu 20.7.2018

Salminen, A. 2011. Mikä Kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisuja 62. Vaasa: Vaasan Yliopiston julkaisuja. Viitattu 14.1.2017 http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Salokangas, R., Helminen, M., Koivisto, A-M., Rantanen, H., Oja, H., Pirkola, S., Wahlbeck, K. & Joukamaa, M. 2008. Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus sairaanhoitopiireittäin. Lääkärilehti, 44/2008, 63, 3759 – 3766. Viitattu 8.10.2018

Skitsofrenia. 2013. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Viitattu 6.11.2017. <http://www.kaypahoito.fi>

Solin, P. & Partonen, T. 2017. Tunnista itsemurhan vaara! Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 133(15):1405-10. Viitattu 14.1.2018 <http://www.duodecimlehti.fi/duo13830>

STM rahoittaa Käypä Hoito -suositusta itsemurhien ehkäisyyn. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. TIEDOTE 184/2017. Viitattu 24.11.2018 https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/stm-rahoittaa-kaypa-hoito-suositusta-itsemurhien-ehkaisyyyn

Suicide data. 2017. WHO. Viitattu 11.1.2018 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Suicide Prevention Resource Center. 2009. Suicide assessment five-step evaluation and triage (SAFE-T) pocket card. Viitattu 10.10.2018 <https://www.sprc.org/resources-programs/suicide-assessment-five-step-evaluation-and-triage-safe-t-pocket-card>

Suominen, K. & Valtonen, H. 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Duodecim 2013; 129:881–5. Viitattu 14.1.2018 <http://www.duodecim-aikakauskirja.fi/lehti///duo10929>

Suvisaari, J. 2008. Psykoosia sairastavilla muita huonompi fyysinen terveys. Kansanterveys 4/2008. Kansanterveyslaitos. Viitattu 6.11.2018 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102610/kansanterveys408.pdf?sequence=1>

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2014. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. 11., uudistettu painos 2014. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Taiminen, T. 2007. Omaan ruumiiseen kohdistuvat harhaluulot. Duodecim 2007;123: 1575–80. Viitattu 25.11.2018

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Uusitalo, T. 2007. Yli mahdolloman –itsemurha ja läheinen. Edita Prima Oy: Helsinki.

Vartiainen, H & Vartiainen, A. 1997. Psykoosipotilaan itsemurha-alttius ja vaarallisuus. Teoksessa Achte, K & Tamminen, T (toim) Psykoosi ja sen hoito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Ps-kustannus

1. Kuolemansyyt 2016. Tilastokeskus. Viitattu 10.1.2018
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2016/ksyyt_2016_2017-12-29_kat_001_fi.html

(Sailas 2018)

Akuuttihoito-opas
23.5.2018
Eila Sailas

Taulukko 1. Itsemurhavaaran arvio. Hälyttävät oireet sekä itsemurhavaaraa lisäävät ja vähentävät tekijät.

Hälyttävät oireet	Toivottomuus (vakava oire), arvottomuuden tunne
	Sietämätön ja jatkuva ahdistus ja levottomuus, paniikkikohtaukset, yleinen huolestuminen
	Impulssikontrollin heikkous, vihamielisyys, itsehalveksunta, väkivaltaiset ajatukset itseä ja muita kohtaan
	Häpeän ja nöyryytyksen kokemukset, vähentynyt itsearvostus ja merkittävä narsistinen hauraus
	Ajattelun kaventuminen, toimintakyvyn lasku, polarisoitunut ajattelu
	Psykoottiseen masennukseen liittyvät oireet (esim. somaattiset harhaluulot tai syyllisyys-harhaluulot) ja muut psykoottiset oireet, etenkin käskävät ääniharhat
	Joskus itsemurhapäätöksestä seuraavat nopea aikaisempien oireiden lievittyminen ja poikkeuksellinen levollisuuden tunne.
Itsemurhavaaraa lisäävät tekijät	Aikaisemmat itsemurhayritykset, huono ajankohtainen psykiatrinen hoitosuhde
	Perheessä tapahtuneet itsemurhat ja perheenjäsenten psykiatrinen sairastaminen ja/tai päihdeongelma
	Miessukupuoli, parisuhteen puuttuminen (varsinkin miehillä)
	Työttömyys, sosioekonomisen tilanteen romahtaminen
	Heikot perhesuhteet, perheväkivalta
	Olemassa oleva itsemurhakeino (esim. aseita kotona)
	Laadittu, etenkin yksityiskohtainen, itsemurhaviesti
Itsemurhavaaraa vähentävät tekijät	Lapset, raskaus
	Hyvä sosiaalinen tukiverkosto
	Uskonnollisuus
	Hyvä toiminnan taso
	Hyvä olemassa oleva psykiatrinen hoitosuhde

Artikkelin tunnus: aho01815 (015.025)
© 2018 Kustannus Oy Duodecim

(Suicide Prevention Resource Center 2009)

Step 5: Document

- Risk level and rationale; treatment plan to address/reduce current risk; firearms instructions, if relevant; follow-up plan. For youths, treatment plan should include role for patient/guardian
- Documentation should occur at first assessment and/or triage, whenever there is a change in clinical state, with any major shifts in treatment plan, at any change in the level of care, and before terminating a relationship.

Question-Asking Strategies

- Other people have similar problems sometimes lose hope; have you?
- Are you feeling hopeless about the present or future?
- This must be a hard time for you; what do you think about when you're feeling down?
- With this much stress, have you thought of hurting yourself?
- Have you had thoughts about taking your life?
- When did you have these thoughts and do you have a plan to take your life?
- What would happen to your family or significant others if you did that?
- What has kept you from acting on these thoughts?
- Have you ever had a suicide attempt?

Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage (SAFE-T)

A Quick Guide for Clinicians

Step 1: Identify Risk Factors

Note those that can be modified to reduce risk

Step 2: Identify Protective Factors

Note those that can be enhanced

Step 3: Conduct Suicide Inquiry

Suicide thoughts, plans, behaviours, and intent

Step 4: Determine Risk Level/Intervention

Determine risk. Choose appropriate intervention to address and reduce risk

Step 5: Document

Assessment of risk, rationale, intervention, and follow-up

Material has been adapted from SAFE-T pocket card from www.sprc.org

Suicide assessment and documentation should occur at first assessment and/or triage, whenever there is a change in clinical state, with any major shifts in treatment plan, at any change in the level of care, and before terminating a relationship.

Step 1: Identify Risk Factors

- Suicidal behaviour: history of prior suicide attempts or self-directed violence
- Current/past psychiatric disorders: especially mood disorders, psychotic disorders, alcohol and substance abuse, ADHD, PTSD
- Key symptoms: anhedonia, impulsivity, aggression, hopelessness, anxiety, insomnia
- Family History: of suicide, attempts, child maltreatment, or Axis I psychiatric disorders requiring hospitalization
- Stressors: triggering events leading to humiliation, shame, or despair. Ongoing medical illness. Intoxication. Family distress. History of physical or sexual abuse. Social isolation. Loss of primary relationships, culture, or sense of community.
- Access to firearms, pesticides, or other lethal means

Step 2: Identify protective factors

- Family and community support, feelings of connectedness
- Support from ongoing medical and mental health care relationships
- Skills in problem solving, conflict resolution, and nonviolent ways of handling disputes and coping with stress
- Cultural and religious beliefs that discourage suicide and support instincts for self-preservation
- Responsibility to children or beloved pets

Step 3: Conduct Suicide Inquiry

- Ideation: frequency, intensity, duration (in the last 48 hours, past month, and worst ever)
 - "What kinds of thoughts have you been having?"
 - "How long have you been having these thoughts? When did they first start?"
- Suicide Plan: timing, location, lethality, access to means, preparatory acts
 - "Do you have a plan of how you would kill yourself?"
 - "Do you have any firearms or other weapons at home?"
- Intent: extent to which the patient (1) expects to carry out the plan and (2) believes the plan/act to be lethal or self-injurious
 - "In the next 24-48 hours, how likely is it that you will act on your suicide plan?" (Ask the patient to rate the likelihood on a scale of 1 to 10, with 1 being very unlikely and 10 being certain.)
 - Explore ambivalence: reasons to die vs. reasons to live.

Step 4: Determine Risk Level/Intervention

- Assessment of risk level is based on clinical judgment, after completing steps 1-3

RISK LEVEL	RISK/PROTECTIVE FACTORS	SUICIDALITY	POSSIBLE INTERVENTIONS
HIGH	Psychiatric disorders with severe symptoms, or acute precipitating event	Potentially lethal suicide attempt or persistent ideation with strong intent or rehearsal	Admission generally indicated unless a significant change reduces risk. Suicide precautions.
MODERATE	Multiple risk factors, few protective factors	Suicidal ideation with plan, but no intent or behaviour	Admission may be necessary depending on risk factors. Develop crisis plan. Give emergency/crisis numbers
LOW	Modifiable risk factors, strong protective factors	Thoughts of death, no plan, intent, or behaviour	Outpatient referral, symptom reduction. Give emergency/crisis numbers.

(Power & McGowan. 2011. 6—7)

Early Intervention Suicide Risk Factor Check-list

Name :

Date :

Current Risk Factors	Y/N
Preoccupation with morbid/suicidal thoughts	<input type="checkbox"/>
Suicidal intent/plans	<input type="checkbox"/>
Suicidal behaviour: e.g. researching the subject, storing up medication	<input type="checkbox"/>
Hallucinatory content/commands	<input type="checkbox"/>
Distressing symptoms/experiences	<input type="checkbox"/>
Prominent guilt, hopelessness and self reproach	<input type="checkbox"/>
Acutely depressed or labile mood	<input type="checkbox"/>
Agitation or motor restlessness	<input type="checkbox"/>
Impulsive/unpredictable behaviour or bizarre risk taking decisions	<input type="checkbox"/>
Recently admitted or discharged from hospital	<input type="checkbox"/>
Relapse/first relapse of psychosis	<input type="checkbox"/>
Slow or incomplete recovery/poor treatment response/fear of mental disintegration	<input type="checkbox"/>
Poor/non concordance with prescribed medication	<input type="checkbox"/>
Problematic engagement and refusing help	<input type="checkbox"/>
Significant personal stress or loss e.g. debts, job, relationship, abuse	<input type="checkbox"/>
Critical family environment/high expressed emotion	<input type="checkbox"/>
Social isolation: single/separated/living alone	<input type="checkbox"/>
Unemployment/inactivity	<input type="checkbox"/>
Recent contact with police/criminal justice system	<input type="checkbox"/>
Serious physical health problems, terminal illness, pain, intolerable side effects	<input type="checkbox"/>
Harmful/persistent substance misuse	<input type="checkbox"/>
Access to lethal means	<input type="checkbox"/>

Historical Risk Factors	Y/N
Previous suicide ideation	<input type="checkbox"/>
Previous suicide attempts or serious self injury	
Long duration of untreated psychosis (DUP)	<input type="checkbox"/>
Previous depressive episodes	
History of abuse or bullying	<input type="checkbox"/>
History of impulsiveness and/or other high risk behaviour	
History of harmful/persistent substance misuse	<input type="checkbox"/>
Family History of suicide	
Friend or acquaintance committed suicide	<input type="checkbox"/>

Future/Potential Risk Factors	Y/N
Service disengagement and refusing help	<input type="checkbox"/>
Service transitions or transfer of staff	
Protracted recovery	<input type="checkbox"/>
Depression	
Social rejection/loss of relationship	<input type="checkbox"/>
Relapse of psychosis	

RISK STATUS :

- HIGH** Assertive action to reduce immediate suicide risks and MDT review of care plan
- MODERATE** Care plan for current risk factors and remain vigilant for future risk factors
- LOW** Remain vigilant for future risk factors

(Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., Fisher, P., Zelazny, J., Burke, A., Oquendo, M. & Mann, J. 2008.)

ITSEMURHARISKIN

ARVIOINTIASTEIKKO

(C-SSRS)

Lähtökohta-ajanjakso

Baseline/Screening

Versio 14/01/09

Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.

Vastuuvapauslauseke:

Tämä asteikko on tarkoitettu koulutettujen klinikkojen käyttöön. Itsemurhariskiin liittyvän arviointiasteikon (C-SSRS) kysymykset ovat vain ehdotuksia tehtävistä kysymyksistä. Lopullinen arvio itsemurhariskistä tehdään kliinisen arvon perusteella.

*Tässä asteikossa käytetyt itsemurhakäyttäytymisen määritelmät perustuvat niihin määritelmiin, jotka ovat käytössä **The Columbia Suicide History Form** -lomakkeessa ja jonka ovat kehittäneet John Mann, MD, ja Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, s. 103-130, 2003.)*

C-SSRS:n jäljennöksiä koskevissa asioissa yhteyshenkilönä toimii Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032. Tiedustelut sekä koulutusasiat, ota yhteys posnerk@childpsych.columbia.edu

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

C-SSRS Baseline - Finland/Finnish - Version of 12 Mar 10 - Mapl Research Institute (Baseline-Screening - Columbia University).
ID5363 / C-SSRS-Baseline_AU30_fm-Fl.doc

ITSEMURHA-AJATUKSET			
<p><i>Esitä kysymykset 1 ja 2. Jos vastaus molempiin on kielteinen, siirry kohtaan "Itsemurhakäytyttyminen". Jos vastaus kysymykseen 2 on "kyllä", kysy kysymykset 3, 4 ja 5. Jos vastaus kysymykseen 1 ja/tai 2 on "kyllä", täytä alla oleva osio "Itsemurha-ajatusten intensiteetti".</i></p>		Koko elämä - Aikana, jolloin henkilö tunsi olonsa itsetuhoisimmaksi	Past ____ Months
<p>1. Halu kuolla Henkilö tukee ajatusta haluavansa olla kuollut tai ettei hän enää halua olla elossa, tai haluavansa nukahtaa eikä enää herätä. <i>Oletko toivonut olevasi kuollut tai että voit nukahtaa siten, ettei enää heräisi?</i></p> <p>Jos kyllä, kuvaile:</p>		<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Yleisluonteista aktiivista itsemurha-ajatusta Yleisluonteisia ajatuksia liittyen haluun lopettaa elämänsä/tehdä itsemurha (esim. "Olen ajatellut tappavani itseni.") ilman ajatuksia itsemurhan tekotavoista tai siihen liittyvistä menetelmistä, aikeista tai suunnitelmasta. <i>Oletko tosiasiallisesti ajatellut mitään tavoin itse tappamista?</i></p> <p>Jos kyllä, kuvaile:</p>		<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Aktiivista itsemurha-ajatusta ja itsemurhan tekotapojen ajattelua (ei suunnitelmia) ilman aikomusta ryhtyä toimiin Henkilö ajattelee itsemurhaa ja on ajatellut ainakin yhtä tekotapaa arviointijaksolla. Tämä ei vastaa erityisen suunnitelman tekemistä aikaan, paikkaan tai tekotapaan liittyvine harkittuine yksityiskohtineen (esim. henkilö on ajatellut itsemurhan tekotapaa muttei ole tehnyt erityistä suunnitelmaa). Tähän kuuluvat myös henkilöt, jotka saattaisivat sanoa: "Ajattelin, että ottaisit ylännostuksen, mutta en ole koskaan erityisesti suunnitellut, koska, missä tai miten sen tosiasiallisesti tekisit... enkä koskaan toteuttaisi sitä." <i>Oletko ajatellut, miten voit sen tehdä?</i></p> <p>Jos kyllä, kuvaile:</p>		<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Aktiivista itsemurha-ajatusta, jonkinasteista itsemurha-aikeita, ei erityistä suunnitelmaa Aktiivisia itsemurha-ajatuksia itsensä tappamisesta. Henkilö ilmoittaa, että hänellä on <u>jonkinasteisia aikeita toimia näiden ajatusten perusteella</u>, toisin kuin jos hän sanoisi: "Minulla on ajatuksia, mutta en todellakaan aio tehdä mitään niiden perusteella." <i>Oletko ajatellut näitä asioita ja onko sinulla ollut jonkinasteinen aikomus toimia niiden perusteella?</i></p> <p>Jos kyllä, kuvaile:</p>		<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Aktiivista itsemurha-ajatusta, erityinen suunnitelma ja itsemurha-aikeita Henkilö ajattelee itsensä tappamista, hän on tehnyt yksityiskohtaisen suunnitelman joko kokonaan tai osittain ja hänellä on jonkinasteinen aikomus toteuttaa suunnitelmansa. <i>Oletko ryhtynyt laatimaan itsesi tappamiseen liittyviä yksityiskohtia tai laatinut ne valmiiksi? Aiotko toteuttaa suunnitelmasi?</i></p> <p>Jos kyllä, kuvaile:</p>		<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä Ei</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
ITSEMURHA-AJATUSTEN INTENSITEETTI			
<p><i>Seuraavia ominaisuuksia pitäisi arvioida huomioiden vakavin ajattelutyyppi (ts. 1-5 yllä: 1 on lievin ja 5 on vakavin). Kysy milloin henkilö on tuntenut olonsa itsetuhoisimmaksi.</i></p> <p>Lifetime - Vakavin ajatus: _____ Tyyppinro. (1-5) Ajatusten kuvaus</p> <p>Past X Months - Vakavin ajatus: _____ Tyyppinro. (1-5) Ajatusten kuvaus</p>		Vakavin	Vakavin
<p>Yleisyys <i>Kuinka monta kertaa sinulla on ollut näitä itsemurha-ajatuksia?</i></p> <p>(1) Harvemmin kuin kerran viikossa (2) Kerran viikossa (3) 2-5 kertaa viikossa (4) Päivittäin tai lähes päivittäin (5) Useita kertoja päivässä</p>		_____	_____
<p>Kesto <i>Silloin kun sinulla on näitä ajatuksia, kuinka kauan ne kestävät?</i></p> <p>(1) Ohimenevästi - vain muutamia sekunteja tai minuutteja (4) 4-8 tuntia/suurimman osan päivää (2) Alle 1 tunnin/jonkin aikaa (5) Yli 8 tuntia/lähes jatkuvasti tai koko ajan (3) 1-4 tuntia/pitkään</p>		_____	_____
<p>Hallittavuus <i>Pystyisitkö/pystytkö halutessasi lakkaamaan ajattelemasta itse tappamista tai halua kuolla?</i></p> <p>(1) Ajatukset helposti hallittavissa (4) Ajatusten hallinta tuottaa suuria vaikeuksia (2) Ajatusten hallinta tuottaa pieniä vaikeuksia (5) Ei pysty hallitsemaan ajatuksia (3) Ajatusten hallinta tuottaa jonkinlaisia vaikeuksia (0) Ei pyri hallitsemaan ajatuksia</p>		_____	_____
<p>Ehkäisykeinot <i>Onko olemassa ketään tai mitään (esim. perhe, uskonto, kuoleman tuottama kipu), joka estä sinua haluamasta kuolla tai ryhtymästä toimien itsemurha-ajatuksien perusteella?</i></p> <p>(1) Ehkäisykeinot estivät sinua ehdottomasti yrittämästä itsemurhaa (4) Mitä todennäköisimmin ehkäisykeinot eivät estäneet sinua (2) Ehkäisykeinot luultavasti estivät sinua (5) Ehkäisykeinot eivät ehdottomasti estäneet sinua (3) On epävarmaa, estivätkö ehkäisykeinot sinua (0) Ei sovellettavissa</p>		_____	_____

<p>Syytä itsemurha-ajatuksiin</p> <p><i>Millaisia syytä sinulla oli ajatella, että haluat kuolla tai tappaa itsesi? Halusitko päästä eroon kivusta tai siitä, millä sinusta tuntui (toisin sanoen et enää jaksanut elää tämän kivun kanssa tai et kestänyt sitä, millä sinusta tuntui) vai halusitko saada huomiota ja kostaa tai saada muut reagoimaan? Vai kumpakaan?</i></p> <p>(1) Täysin saadaksen huomiota ja voidakseen kostaa tai saadaksen muut reagoimaan. (2) Enimmäkseen saadaksen huomiota ja voidakseen kostaa tai saadaksen muut reagoimaan. (3) Yhtä lailla saadaksen huomiota ja voidakseen kostaa tai saadaksen muut reagoimaan ja saadaksen kivut lakkaamaan. (4) Enimmäkseen saadaksen kivut lakkaamaan (et enää jaksanut elää kivun kanssa tai et kestänyt sitä, millä sinusta tuntui). (5) Täysin saadaksen kivut lakkaamaan (et enää jaksanut elää kivun kanssa tai et kestänyt sitä, millä sinusta tuntui). (0) Ei sovellettavissa.</p>	—	—
---	---	---

ITSEMURHAKÄYTTÄYTYMINEN <i>(Tarkista kaikki sovellettavat kohdat, kunhan ne ovat erillistä tapahtumia. Muista kysellä kaikista itsemurhakäyttäytymistyypeistä.)</i>	Koko elämä	Past _____ Years
<p>Tostastallinen itsemurhayritys:</p> <p>Mahdollisesti itsensä vahingoittamiseen pyrkivä teko, jonkinasteinen halu kuolla <i>teon seurauksena</i>. Henkilö piti käyttäytymistään jossain määrin keimona tappaa itsensä. Aikomuksen ei tarvitse olla 100 %:nen. Jos tekoon yhdistyy <i>minkäänlaista</i> halua kuolla, sitä voidaan pitää tosiasiallisena itsemurhayrityksenä. <i>Haavoittumista tai vahingoittumista ei tarvitse tapahtua</i>, mahdollisuus haavoittumiseen tai vahingoittumiseen riittää. Jos henkilö vetää liipaisimesta, kun ase on suussa, mutta ase on epäkunnossa eikä haavoittumista seuraa, tätä pidetään itsemurhayrityksenä.</p> <p>Henkilön itsemurha-aikeiden päättelyminen: vaikka henkilö kieltää aikomuksensa/halunsa kuolla, niin aikomus voidaan päätellä kliinisesti hänen käyttäytymisensä tai olosuhteiden perusteella. Esimerkkinä erittäin vaarallinen teko, joka ei selvästikään ole onnettomuus, jolloin henkilöllä voidaan päätellä olleen itsemurha-aikeita (esim. laukauksen ampuminen päähän, hyppäminen korkealla sijaitsevasta ikkunasta). Myöskin, jos henkilö kieltää aikomuksensa kuolla, mutta on arvellut tekonsa olevan kuolemanvaarallinen, hänellä voidaan päätellä olleen itsemurha-aikeita.</p> <p><i>Oletko tehnyt itsemurhayrityksen?</i> <i>Oletko tehnyt jotain vahingoittavaksi itseäsi?</i> <i>Oletko tehnyt jotain niin vaarallista, että olisit voinut kuolla?</i></p> <p><i>Mitä teit?</i> <i>Nätkö sinä _____ keinona päättää elämäsi?</i> <i>Halusitko kuolla (edes vähän), kun _____?</i> <i>Yrititkö päättää elämäsi, kun _____?</i> <i>Tai ajattelitko, että olisit mahdollisesti voinut kuolla _____ vuoksi?</i></p> <p><i>Vai teitkö sen puhtaasti muista syistä ilman MITÄÄN aikomusta tappaa itsesi (kuten helpottaaksesi stressiä, voidaksesi paremmin, saadaksesi sympatiaa tai saadaksesi jotain muuta tapahtumaan)?</i> (Itseen vahingoittamaan pyrkivä käyttäytyminen ilman itsemurha-aikomusta)</p> <p>Jos kyllä, kuvaile:</p>	<p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p> <p>Yritysten kokonaismäärä _____</p> <p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p> <p>Yritysten kokonaismäärä _____</p> <p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p>
<p>Onko henkilöä kiehtonut itseään vahingoittamaan pyrkivä käyttäytyminen ilman itsemurha-aikomusta?</p> <p>Keskeytetty itsemurhayritys:</p> <p>Kun henkilön mahdollisesti itsensä vahingoittamiseen pyrkivä teko keskeytetään (ulkoiset olosuhteet), <i>muuten tostastallinen itsemurhayritys olisi tapahtunut</i>. Yliannostus: henkilöllä on pillereitä kädessä, mutta häntä estetään nielaistemasta niitä. Kun pillerit on nielaistu, kyse on itsemurhayrityksestä eikä keskeytetystä itsemurhayrityksestä.</p> <p>Ampuminen: henkilö osoittaa itseään aseella, joku toinen ottaa aseensa pois tai häntä estetään jotenkin vetämistä liipaisimesta. Kun liipaisimesta on vedetty, kyse on itsemurhayrityksestä, vaikka ase ei laukeaisikaan. Hyppäminen: henkilö on valmis hyppäämään, hänet otetaan kiinni ja vedetään alas reunalta. Hirttämisen: henkilöllä on hirttosilmukka kaulan ympärillä, mutta hän ei ole vielä heittäytynyt sen varaan - häntä estetään tekemästä niin.</p> <p><i>Onko joskus käynyt niin, että olet ryhtynyt johonkin tekoon päättääksesi elämäsi, mutta joku tai jokin on keskeyttänyt sinut ennen kuin tosiasiallisesti teit mitään?</i></p> <p>Jos kyllä, kuvaile:</p>	<p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p> <p>Keskeytettyjen yritysten kokonaismäärä _____</p> <p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p> <p>Keskeytettyjen yritysten kokonaismäärä _____</p> <p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p>
<p>Itsemurhayrityksestä luopuminen:</p> <p>Kun henkilö ryhtyy toimenpiteisiin itsemurhayrityksen tekemiseksi, mutta keskeyttää ne ennen kuin on tosiasiallisesti käyttäytynyt itsetuhoisesti. Esimerkit ovat samanlaisia kuin keskeytettyjen itsemurhayrityksien osalta, paitsi että henkilö keskeyttää itse tekonsa sen sijaan, että jokin muu tekisi sen.</p> <p><i>Onko joskus käynyt niin, että olet ryhtynyt johonkin tekoon päättääksesi elämäsi, mutta keskeytti sen itse ennen kuin tosiasiallisesti teit mitään?</i></p> <p>Jos kyllä, kuvaile:</p>	<p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p> <p>Luovuttujen yritysten kokonaismäärä _____</p> <p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p> <p>Luovuttujen yritysten kokonaismäärä _____</p> <p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p>
<p>Valmistelevat toimet tai käyttäytyminen:</p> <p>Valmistautumista välittömään itsemurhayritykseen tai siihen liittyviä tekoja. Niihin voi kuulua mitä hyvänsä sanallisen ilmaisan tai ajattelun lisäksi, kuten tarvittavien välineiden kerääminen (esim. pillereiden ostaminen, aseiden hankkiminen) tai valmistautuminen kuolemaan itsemurhan kautta (esim. tavaroiden pois antaminen, itsemurhakirjeen kirjoittaminen).</p> <p><i>Oletko ryhtynyt mihinkään toimiin itsemurhayrityksen tekemiseksi tai valmistautuaksesi tappamaan itsesi (kuten keräämällä pillereitä, hankkimalla aseiden, antamalla arvoesineitä pois tai kirjoittamalla itsemurhakirjeen)?</i></p> <p>Jos kyllä, kuvaile:</p>	<p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p> <p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p> <p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p>
<p>Itsemurhakäyttäytyminen:</p> <p>Itsemurhakäyttäytymistä arviointijaksos aikana.</p>	<p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p> <p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p>	<p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p> <p>Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p>

<i>Vastataan vain tosiasiallisten itsemurhayrityksien ollessa kyseessä</i>	Viimeisimmän yrityksen päivämäärä:	Kuolemanvaarallisimman yrityksen päivämäärä:	Alkuperäisen/ensimmäisen yrityksen päivämäärä:
<p>Tostiasiallinen kuolemanvaara/tyyminen vaurio:</p> <p>0. Ei fyysisiä vaurioita tai erittäin vähäisiä fyysisiä vaurioita (esim. pintanaarmut).</p> <p>1. Lieviä fyysisiä vaurioita (esim. letarginen puhetapa, ensimmäisen asteen palovammat, vähäinen verenvuoto, venähdykset).</p> <p>2. Kohtalaisia fyysisiä vaurioita, jotka edellyttävät lääkärinhoitoa (henkilö on esim. tajuihensa mutta uninen, jossakin määrin reagoiva, toisen asteen palovammat, verenvuoto suurista suonista).</p> <p>3. Kohtalaisen vakavia fyysisiä vaurioita, jotka edellyttävät sairaalahoitoa ja todennäköisesti tehohoitoa (esim. komatoosi, johon liittyvät toimivat refleksit, kolmannen asteen palovammat alle 20% kehon pinta-alasta, runsas verenhukka, josta voi elpyä, vakavat murtumat).</p> <p>4. Vakavia fyysisiä vaurioita, jotka edellyttävät sairaalahoitoa ja tehohoitoa (esim. komatoosi, johon ei liity toimivia refleksejä, kolmannen asteen palovammat yli 20% kehon pinta-alasta, runsas verenhukka, johon liittyvät epävakaat elintoiminnot, vakavat vauriot elintärkeällä alueella).</p> <p>5. Kuolema</p>	<i>Ilmotta koodi</i> _____	<i>Ilmotta koodi</i> _____	<i>Ilmotta koodi</i> _____
<p>Mahdollinen kuolemanvaara: vastaa vain, jos tostiasiallinen kuolemanvaara – 0</p> <p>Tosiasiallisen itsemurhayrityksen todennäköinen kuolemanvaara, jos fyysisiä vaurioita ei ole (vaikka seuraavat esimerkitapaukset eivät aiheuta tosiasiallista fyysisiä vaurioita, niihin voi liittyä vakava kuolemanvaara: henkilö panee aseensa suuhunsa ja vetää liipaisimesta, mutta ase ei laukea, jolloin ei synny fyysisiä vaurioita; henkilö makaa raiteilla junan lähestyessä, mutta pelastautuu ennen yliajtoa).</p> <p>0 – Käyttäytyminen ei todennäköisesti johda vaurioon 1 – Käyttäytyminen todennäköisesti johtaa vaurioon, mutta ei todennäköisesti aiheuta kuolemaa 2 – Käyttäytyminen todennäköisesti aiheuttaa kuoleman saatavilla olevasta lääkärinohidosta huolimatta</p>	<i>Ilmotta koodi</i> _____	<i>Ilmotta koodi</i> _____	<i>Ilmotta koodi</i> _____