



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Itsemurhien ehkäisy päivystyksessä

Lahelma, Hanna
Kolehmainen, Jenni
Nevalainen, Miia

2016 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Itsemurhien ehkäisy päivystyksessä

Hanna Lahelma, Jenni Kolehmainen,
Miia Nevalainen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2016

Hanna Lahelma, Jenni Kolehmainen, Miia Nevalainen

Itsemurhien ehkäisy päivystyksessä

Vuosi	2016	Sivumäärä	120
-------	------	-----------	-----

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, minkälaisia keinoja Hyvinkään sairaalan päivystyksessä käytetään itsemurhan ehkäisemiseksi ja minkälaisia haasteita siihen liittyy. Toinen tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa, minkälaiset itsemurhan ehkäisykeinot ovat sopivia päivystysolosuhteisiin. Opinnäytetyön yhteistyökumppanimme toimi Hyvinkään sairaalan päivystys. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on edistää itsemurhan riskitekijöiden tunnistamista ja itsemurhan ennaltaehkäisyä Hyvinkään sairaalan päivystyksessä.

Teoreettisessa viitekehyksessä selvitettiin, mitä itsetuhoisuus on, mitkä ovat itsemurhan yleisiä ehkäisykeinoja ja minkälainen on suomalainen itsemurha. Tutkimusosiossa kartoitettiin, miten päivystyksessä voidaan tunnistaa potilaan itsemurhariski, minkälaisia keinoja itsemurhan ehkäisyssä on ja minkälaisia keinoja Hyvinkään sairaalan päivystyksessä on käytössä. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla, joka suunnattiin Hyvinkään sairaalan päivystyksen hoitotyöntekijöille. Kysymyksiä oli kahdeksan ja kyselyyn vastasi 110:sta hoitotyöntekijästä 26. Kuvailevan integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla selvitettiin, mitkä itsemurhan ehkäisykeinot ovat päivystykseen soveltuvia.

Kyselylomakkeen tulosten mukaan yleisimpiä käytettyjä itsemurhan ehkäisykeinoja Hyvinkään sairaalan päivystyksessä olivat keskustelu potilaan kanssa, lääkärin konsultointi, asian kirjaaminen potilasasiakirjoihin ja TAY-ryhmän konsultointi. Itsemurhan ehkäisykeinojen puute, kiire, henkilöstöresurssit ja potilaiden lyhyt hoitoaika olivat merkittävimpiä haasteita itsemurhan ehkäisyssä. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voidaan sanoa, että päivystyksessä tärkeimmät itsemurhan ehkäisykeinot ovat itsemurhariskin tunnistaminen ja sen arviointi, tähän liittyy oleellisesti itsemurhan riskitekijöiden tiedostaminen. Siitä, mitkä olisivat juuri päivystykseen soveltuvia ehkäisykeinoja, ei ole tutkittua tietoa, mutta päivystyksessä käytettäviä yleisiä itsemurhan ehkäisykeinoja ovat tilojen turvallisuus ja siihen liittyvät tarkastukset. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Hyvinkään sairaalan päivystyksessä.

Asiasanat: itsemurha, päivystys, ehkäisy

Hanna Lahelma, Jenni Kolehmainen, Miia Nevalainen

Preventing suicides in emergency departments

Year	2016	Pages	120
------	------	-------	-----

The aim of this thesis was to investigate what resources Hyvinkää hospital's emergency department has to prevent suicides and what are the related challenges. Another objective was to find out the appropriate suicide prevention techniques suitable specifically for emergency departments. The research partner in this study was the emergency department of Hyvinkää hospital. The effective goal of this study is to advance the recognition of the risk factors related to suicide and to improve suicide prevention in Hyvinkää hospital's emergency department.

The meaning of self-destructiveness, general suicide prevention techniques, and description of the typical Finnish suicide were explained in the theoretical framework. Research material was collected by using a structured questionnaire that was addressed to the nursing personnel at Hyvinkää hospital's emergency department. Out of 110 queries, 26 responses were submitted. The questionnaire contained eight questions on topics such as how the patient's suicide risk can be detected in an emergency environment, what are the means to prevent suicide, and what are the methods used in Hyvinkää hospital's emergency department. An integrated literature review was used to examine the appropriate suicide prevention techniques for emergency department environments.

The questionnaire results show that the suicide prevention techniques mostly used in Hyvinkää hospital's emergency department were discussion with the patient, consultation with a doctor, documenting the matter to the patient's medical records, and consulting the enhanced outpatient care unit. The biggest challenges in suicide prevention were lack of suicide prevention techniques, lack of time, staff shortages, and the short time spent in care.

Based on the integrated literature review it can be said that the most important suicide prevention methods are recognizing and assessing the risk of suicide. For this purpose the ability to recognize suicide risk factors is essential. No research has been conducted on investigating the suicide prevention techniques that would be specifically suitable in emergency departments but the most commonly used methods are securing the environment and inspecting it at regular intervals. The results of this thesis can be useful for those who work in the emergency department of Hyvinkää hospital but also other nursing personnel working with suicidal patients.

Keywords: suicide, emergency department, prevention

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Toimintaympäristön kuvaus.....	8
3	Teoreettinen viitekehys	9
3.1	Itsetuhoisuuden, itsetuhoajatusten ja itsemurhan määritelmät.....	9
3.2	Itsemurhien esiintyvyys ja demografia	10
3.3	Itsemurhakeinot	11
3.4	Itsemurhan riskitekijät	13
3.5	Itsemurhaa yrittäneiden hoito	13
3.6	Itsemurhan ehkäisykeinot.....	15
3.7	Itsemurhan kansantaloudellinen merkitys.....	17
3.8	Intoksikaatiot ja itsetuhoisuus	18
3.8.1	Alkoholi.....	19
3.8.2	Huumeet	21
3.8.3	Lääkkeet	24
3.8.4	Kemikaalit.....	30
3.8.5	Sienet.....	31
3.8.6	Häkä	32
4	Tutkimusmenetelmät	33
4.1	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	33
4.2	Kyselylomake	33
4.2.1	Otos	34
4.2.2	Sisällön määrittely.....	35
4.2.3	Muokausprosessi ja sen arviointi	35
4.3	Integroiva kirjallisuuskatsaus.....	37
4.3.1	Hakuprosessi, hakutermit ja tietokannat	38
4.3.2	Hyväksymis- ja poissulkukriteerit	39
4.3.3	Hakuprosessi ja sen arviointi.....	40
5	Tulokset.....	42
5.1	Kyselylomaketutkimus ja otos.....	42
5.1.1	Vastaajien taustatiedot.....	42
5.1.2	Itsetuhoisen potilaan hoitoisuus.....	42
5.1.3	Itsemurhien ehkäisytyö	44
5.1.4	Oman osaamisen tunnistaminen	47
5.1.5	Palaute	49
5.1.6	Kyselytutkimuksen luotettavuuden arviointi	49
5.2	Integroiva kirjallisuuskatsaus.....	50
5.2.1	Itsemurhan riskitekijät mielenterveyspotilailla	50

5.2.2	Päihteiden väärinkäyttö itsemurhien ja myrkytysten riskitekijänä	53
5.2.3	Sukupuolen ja sosioekonomisen aseman vaikutus itsemurhariskiin	55
5.2.4	Nuorten itsetuhoisuus	56
5.2.5	Toistuvat käynnit päivystyksessä itsemurhien riskitekijänä	59
5.2.6	Päivystyksen ja osastojen turvallisuus osana ehkäisytyötä	61
5.2.7	Itsetuhoisten potilaiden hoidollinen kohtaaminen	62
5.2.8	Psykiatrisen sairaanhoidon mahdollisuudet	62
5.2.9	Vertaistuki ja vapaaehtoiset ehkäisytyön tukena	63
5.2.10	Päivystyksen työkalut	64
5.2.11	Telemediisiinian käyttö itsemurhien ehkäisytyössä	69
5.2.12	Näkökulmia aihealueen tutkimuksesta	70
5.2.13	Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden ja prosessin arviointi	71
6	Yhteenveto	73
6.1	Kyselylomakkeen yhteenveto	73
6.2	Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto	73
6.3	Tulosten yhteenveto ja kehittämiskohteet	74
6.4	Opinnäytetyön etiikka	84
6.5	Pohdinta	85
	Lähteet	87
	Kuviot	96
	Taulukot	97
	Liitteet	98

1 Johdanto

”Liian aikaisin poistuu, liian moni nuori” laulaa Avain, kappaleessaan Markus. Suomessa tehdään vuosittain noin tuhat itsemurhaa (Lönngqvist 2009). Kolmasosa kaikista itsemurhan tehneistä on 15–24-vuotias (Itsemurhien määrä lähes ennallaan 2013). Yleisimmät itsemurhakeinot ovat hirttäytyminen ja myrkyttäytyminen (Kuvio 2).

Itsetuhoisista nuorista melkein puolet oli käynyt päivystyksessä itsetuhoisuuden takia jo edellisenä vuonna ja kolme neljäsosaa tutkimukseen osallistuneista miehistä toistuvasti (Arkins ym. 2012, 29). Pirkolan tutkimuksen mukaan itsemurhan tehneistä suomalaisista oli hakenut apua perusterveydenhuollosta viimeisen elinvuotensa aikana kaksi kolmasosaa ja viimeisen elinkuukautensa aikana kolmannes. Viimeisen elinviikkonsa aikana terveydenhuoltoon oli yhteydessä puolet itsemurhan tehneistä naisista ja neljännes miehistä. (Pirkola 1999, 49.) Vaikka toistuvat käynnit ovatkin itsemurhien itsenäinen riskitekijä se samalla tarjoaa mahdollisuuden itsemurhien ehkäisyyn (Kvaran ym. 2015, 7–8). Päivystyksissä on tärkeää tunnistaa itsemurhavaarassa olevat potilaat, tarjota interventioita, jotka vähentävät riskiä välittömästi, ja implementoida strategioita, jotka nostavat potilaiden jatkohoitoon sitoutumista. (Gold, Appelbaum & Stanley 2011, 140.) Opinnäytetyön aihe syntyi kysymyksestä: ”Mitä konkreettisia keinoja sairaanhoitajalla on itsemurhien ehkäisyyn päivystyksessä, jossa kohdataan itsetuhoisia potilaita?”. Opinnäytetyön yhteistyökumppaniksi saatiin Hyvinkään sairaalan päivystys. Heidän tämänhetkisen toimintamallinsa mukaan itsetuhoisen potilaan psykiatrisessa arvioinnissa hyödynnetään Tehostetun avohoidon yksikköä.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä selvitetään, mitä itsetuhoisuus on ja millainen on suomalainen itsemurha. Opinnäytetyön tutkimusosiossa tarkastellaan, miten potilaan itsemurhariski voidaan tunnistaa päivystyksessä, millaisia keinoja itsemurhien ehkäisyyn on ja millaisia keinoja Hyvinkään päivystyksessä on käytössä. Tähän työhön on pyritty kokoamaan hyvin laaja-alaisesti aihetta koskettavia tutkimuksia esimerkiksi mitä hoitajan on tiedettävä itsemurhariskistä, ketkä ovat riskiryhmiä, miten itsemurhariskissä oleva potilas tunnistetaan, mitä tapahtuu tunnistamisen jälkeen, millaista kohtaamista potilaat toivovat, mitkä ovat toimivia interventiomenetelmiä ja millaisia tulevaisuuden interventiomenetelmät voisivat olla.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos aikoo ottaa itsemurhien ehkäisyyn yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi vuosille 2016–2020 (Toimeenpano 2015). Toivottavaa on, että tulevaisuudessa itsemurhien ehkäisyohjelmissa huomioitaisiin ja hyödynnettäisiin päivystyksen mahdollisuudet tunnistamisessa ja varhaisinterventiossa. Näiden lisäksi Suomella olisi erinomaiset mahdollisuudet kehittää ja kokeilla uusia interventiomenetelmiä.

2 Toimintaympäristön kuvaus

HUS eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri tuottaa jäsenkuntiensa asukkaille erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palveluita. Kuntayhtymän muodostavat 24 jäsenkuntaa. (HUS-tietoa 2016.) Kuntayhtymällä on 21 sairaalaa, joiden lisäksi HUS tuottaa hoitoa Auroran ja Herttoniemen sairaaloissa (Sairaalat 2016). Helsingin seudun yliopistollinen sairaala, HYKS, toimii osana HUS:ia ja tuottaa harvinaisten sairauksien tai muuten vaativan hoidon jäsenkunnilleen, omalle erityisvastuualueelleen sekä joissain tapauksissa koko Suomen väestölle. HUSin lisäksi HYKSin erityisvastuualuetta ovat Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden sairaanhoitopiiri sekä Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä. (HUS-tietoa 2016.) HUSin sairaanhoitoalueita ovat HYKS, Lohja, Länsi-Uusimaa, Porvoo sekä Hyvinkää (Sairaanhoitoalueet 2016). Hyvinkään sairaanhoitoalueen jäsenkuntia ovat Hyvinkää, Nurmijärvi, Tuusula, Mäntsälä ja Järvenpää. Sairaanhoitoalueen sairaaloita on kaksi: Kellokosken sairaala ja Hyvinkään sairaala. Hyvinkään sairaala tarjoaa lähes kaikkien lääketieteen erikoisalojen palveluita, ja se tuottaa ympärivuorokautisen terveyskeskuspäivystyksen Hyvinkään kaupungille sekä yöpäivystyksen muille jäsenkunnille. (Hyvinkään sairaanhoitoalue 2016.)

Triage-hoitaja ottaa päivystyspoliklinikalle tulevan potilaan vastaan ja arvioi hänen hoidon tarpeensa sekä sen kiireellisyyden. Potilaat ohjautuvat joko yleislääketieteeseen, erikoissairaanhoidon, tai lastentautien hoitolinjoille. Potilaat, joiden hoito ei edellytä erikoissairaanhoidon, ohjataan yleislääketieteeseen päivystykseen. Erikoissairaanhoidon päivystyksiä ovat operatiivinen, medisiininen, lastentautien sekä naistentautien ja synnytysten päivystys. Operatiivisessa eli kirurgisessa päivystyksessä hoidetaan kaikki kirurgiset potilaat, myös kirurgiset lapsipotilaat. Lastentautien päivystys huolehtii erikoissairaanhoidon tarvitsevista muista lapsipotilasta. Medisiininen eli sisätautien päivystys vastaa neurologisten, sisätautisten ja keuhkosairauspotilaiden hoidosta. (Hyvinkään sairaanhoitoalue 2016.) Päivystyspoliklinikoiden lisäksi päivystyksessä toimii päivystysosasto, jonne voidaan ohjata vuodeosastotasoin, mutta lyhytaikaisesti erikoissairaanhoidon tarvitsevat päivystyspotilaat (Päivystysosasto 2016). Päivystyspotilaan muita mahdollisia jatkohoitopaikkoja ovat muun muassa oman kunnan terveyskeskuksen vuodeosasto, Hyvinkään sairaalan tehovalvontaosasto, Hyvinkään sairaalan erikoissairaanhoidon vuodeosastot, Kellokosken sairaala, avoterveydenhuolto tai koti.

Hyvinkään sairaalan päivystys tekee tiivistä yhteistyötä Kellokosken sairaalan Tehostetun avohoidon yksikön, TAY:n, kanssa. TAY-ryhmä voidaan kutsua päivystykseen päivisin ja iltaisin arvioimaan akuuttien, vaikeasti psykiatrisesti oireilevien yli 13-vuotiaiden potilaiden jatkohoidon tarve. Yhdessä Kellokosken sairaalan vastaanotto- ja hoito-osastoiden kanssa TAY muodostaa akuuttiyksikön. (Tehostetun avohoidon yksikkö 2016.)

Vuonna 2014 Hyvinkään sairaalan somaattisen puolen avohoitokäyntejä oli 101 881 ja psykiatrisen avohoidon käyntejä 76 658 (Hyvinkään sairaanhoitoalue 2016). Vuonna 2015 päivystyksen kokonaiskäyntimäärä oli 50 827, joista noin 60 prosenttia oli yleislääketieteen käyntejä. Kaikista käynneistä 16,4 prosenttia liittyi vammoihin ja myrkytyksiin. Vuonna 2016 päivystyksessä oli 75 vakanssia, joiden lisäksi päivystyksessä työskentelee varahenkilöitä. Aamuvuoroissa työskentelee 15 hoitajaa, iltavuoroissa 16 ja yövuoroissa 10. (Rikkilä-Kettunen 2016.)

3 Teoreettinen viitekehys

3.1 Itsetuhoisuuden, itsetuhoajatusten ja itsemurhan määritelmät

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan käyttäytymistä, johon liittyy henkeä uhkaavan riskin ottaminen. Epäsuora itsetuho on hyvin yleistä eikä siihen liity välttämättä lainkaan kuolema tai itsensä vahingoittaminen. Epäsuora itsetuho voi näkyä esimerkiksi alkoholin liikakäyttönä. Suoraa itsetuhoa ovat itsemurhayritykset ja -ajatukset sekä itsemurhat. (Lönngqvist 2009.)

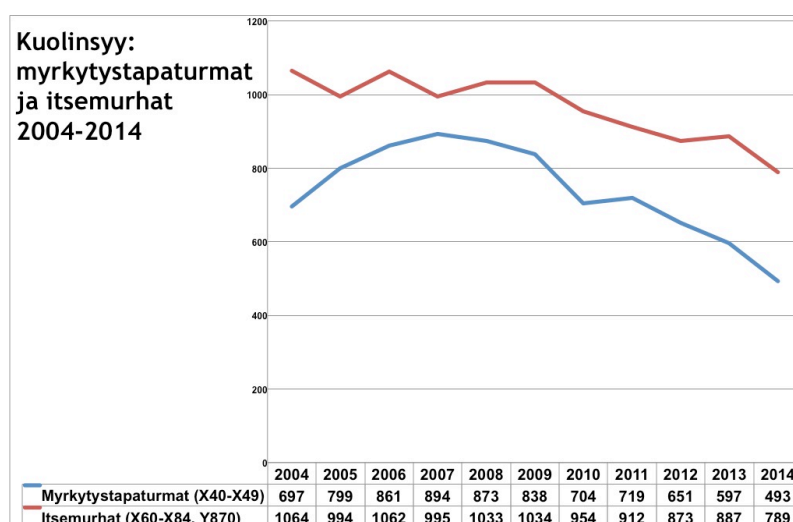
Itsetuhoajatuksilla tarkoitetaan ajatuksia, joissa henkilö suunnittelee itsemurhaa. Itsetuhoajatuksia on joka kymmenennellä suomalaisella aikuisella, naisilla enemmän kuin miehillä ja nuorilla aikuisilla enemmän kuin muulla väestöllä. Stressi, elämän vaikeudet ja psyykkinen kuormittuminen ovat yleisimpiä syitä itsetuhoajatusten taustalla. Vaikka itsetuhoajatuksia esiintyy väestöstä 10 prosentilla, vain 0,3–0,5 prosenttia yrittää itsemurhaa vuosittain. (Lönngqvist 2009.)

Itsemurhalla tarkoitetaan kuolemaa, joka on seurannut omasta teosta, jonka henkilö on tieninyt johtavan tai uskonut voivan johtaa kuolemaan (Lönngqvist 2015) ja hänen voidaan osoittaa tahtovansa kuolla. Tämän tahdon osoittaminen voi toisinaan olla vaikeaa, eritoten epäselvissä myrkytys- ja hukkumiskuolemissa. Oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus tehdään, jos kuoleman syyksi epäillään jotain muuta kuin luonnollista syytä tai kuolema on ollut äkillinen tai yllättävä. (Öhberg, Lönngqvist, Sarna, Vuori & Penttilä 1993.) Arvioidaan, että itsemurhaksi luokiteltavien kuolemien määrä olisi moninkertainen nykyisiin määriin verrattuna, sillä monet kuolemaan johtaneet myrkytystapaukset tulkitaan virheellisesti vahingoiksi. Sanalla ”vahinko” tarkoitetaan sattumaa, kohtaloa, joka ei ole vältettävissä eikä estettävissä minkään intervention keinoin. On ehdotettu, että useimmat lääkemyrkytykset tulisi tulkita itseaiheutetuiksi, jolloin niiden ehkäisyä voitaisiin suunnitella paremmin tutkimalla esimerkiksi kuolemaa edeltävää käyttäytymistä. (Rockett ym. 2014, 49–53.)

3.2 Itsemurhien esiintyvyys ja demografia

Maailmanlaajuisesti yli 800 000 ihmistä kuolee itsemurhaan joka vuosi ja vielä useampi yrittää sitä. 15–29-vuotiailla henkilöillä itsemurha oli toiseksi yleisin kuolinsyy vuonna 2012. (Suicide 2015.) Maailman kuolinsyytilastoissa itsemurha on sijalla 13. Joka 40. sekunti joku vie itseltään hengen. (Väkivalta ja terveys maailmassa - WHO:n raportti 2002, 206.)

Suomessa itsemurhien määrä kasvoi sodan jälkeen. Nopeinta kasvu oli 1950-luvulla ja pitkän tasannevaiheen jälkeen taas 1980-luvulla. (Lönngqvist 2005.) Vuonna 1990 tehtiin eniten itsemurhia: yli 1500 (Lönngqvist 2015). 2000-luvulla itsemurhakuolleisuus on laskenut tasaisesti vuosittain (Kuvio 1). Vuosien 1990 ja 2000 välisenä aikana itsemurhat ovat vähentyneet 20 prosenttia (Lönngqvist 2005) ja verrattaessa 1990-lukua vuoteen 2009 itsemurhat ovat vähentyneet 40 prosenttia (Holopainen, Helama & Partonen 2014, 1536). Erityisesti miesten tekemät itsemurhat ovat vähentyneet selvästi, kun taas naisten itsemurhakuolleisuus on pysynyt tasaisena (Itsemurhakuolleisuus 1921-2010 2010). Tämän on uskottu johtuvan siitä, että masennusta ja muita itsemurhan riskitekijöitä osataan tunnistaa paremmin, hoitoon hakeudutaan nopeammin ja masennusta osataan hoitaa tehokkaammin verrattuna 1990-lukuun. 2000-luvulla itsemurhaan on suhtauduttu lievemmin eikä sitä ole pidetty yhtä kielteisenä ja hävetävänä puheenaiheena kuin muutama vuosikymmen sitten, mikä on myös voinut vähentää itsemurhien esiintymistä. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 49–51; Holopainen ym. 2014, 1543.) Suomessa keskimäärin kaksi ihmistä tekee itsemurhan joka päivä ja vuosittain noin 20 000 ihmistä yrittää itsemurhaa (Kuntoutuja- ja omaisjärjestö vaativat toimia itsemurhien ehkäisemiseksi 2015). Vuonna 2013 Suomessa tehtiin 887 itsemurhaa ja vuonna 2014 789 (Itsemurhien määrä lähes ennallaan 2013; Itsemurhat 2015).



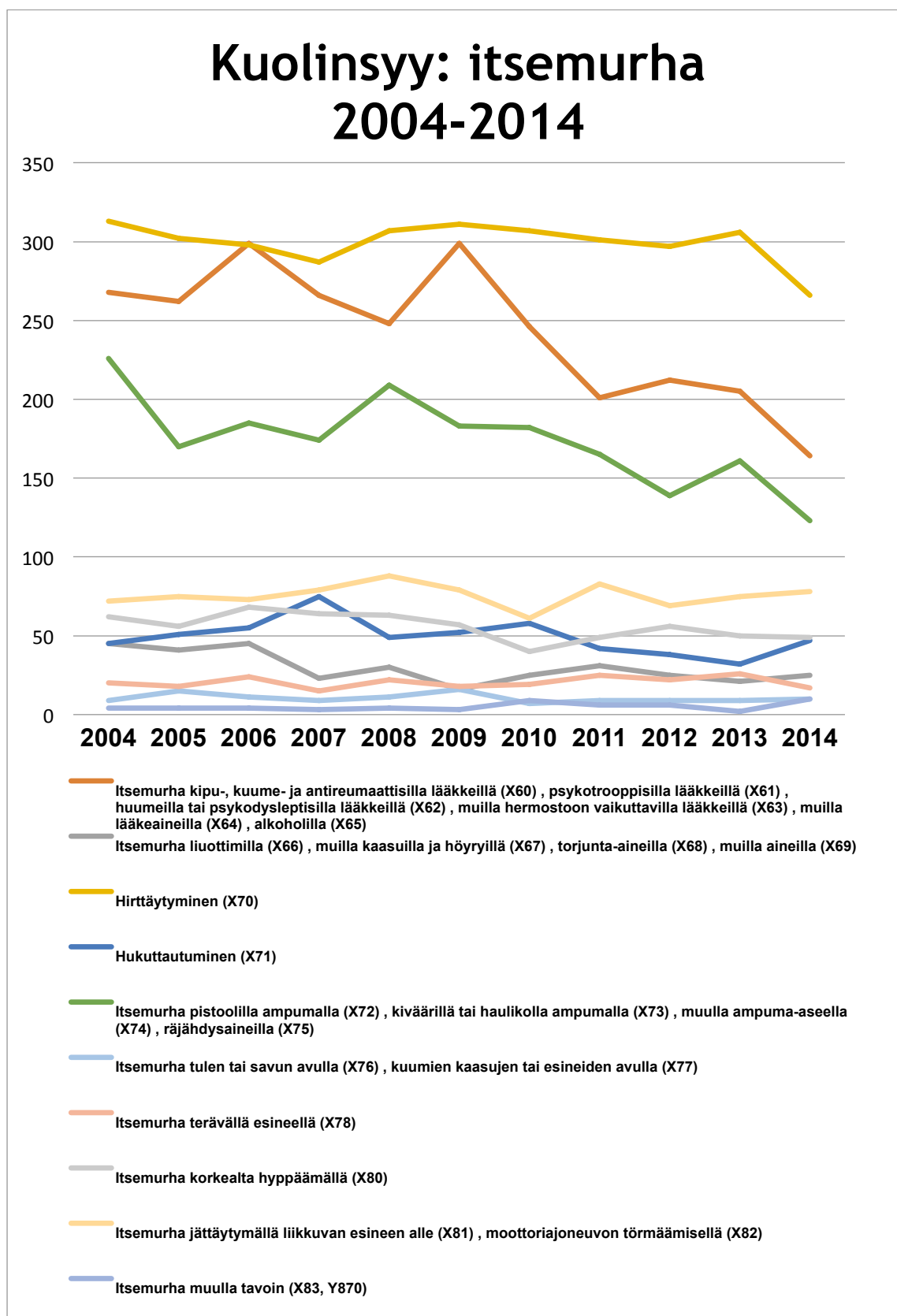
Kuvio 1: Kuolinsyy: myrkytystapaturmat ja itsemurhat 2004–2014 (Tapaturmiin tai väkivaltaan kuolleet peruskuolemansyyn (122-luokkainen luokitus), iän ja sukupuolen mukaan, päihtyneet erikseen 1998-2014 2016).

Itsemurhakuolleisuus on miesten keskuudessa yleisempää ja vuonna 2013 kolme neljästä itsemurhan tehneestä oli mies (Itsemurhien määrä lähes ennallaan 2014.). Kolmasosa kaikista itsemurhan tehneistä oli 15–24-vuotiaita (Itsemurhien määrä lähes ennallaan 2013). Tavallisimmin taustalla on masennusta, alkoholiongelmia ja persoonallisuuden häiriöitä (Lönnqvist 2009). Noin 50 prosentilla on ollut diagnosoitavissa oleva mielialahäiriö kuten vakava masennustila. Vaikka suurin osa itsemurhan tehneistä on kärsinyt masennuksesta, vain muutama prosentti masentuneista tekee itsemurhan. (Itsemurhien määrä lähes ennallaan 2014.)

Suurin riski miesten itsemurhiin on haja-asutusalueilla ja maan koillisosissa. Naisten itsemurhat ovat yleisempiä Etelä-Suomessa. (Lönnqvist 2005.) Muihin Pohjoismaihin verrattuna miesten itsemurhakuolleisuus on Suomessa puolitoistakertainen. Myös naiset tekevät Suomessa itsemurhia enemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Suomessa nuorten itsemurhakuolleisuus on yleisempää muuhun Eurooppaan verrattuna. Vuonna 2011 vain Liettuassa ja Latviassa oli Suomea korkeampi nuorten itsemurhakuolleisuus. (Itsemurhien määrä lähes ennallaan 2014.) Vuosien 2005–2009 tilastojen perusteella miehillä kuolleisuus itsemurhaan on ollut suurinta Liettuassa, Valko-Venäjällä ja Kazakstanissa. Naisilla itsemurhakuolleisuus on ollut suurinta Kazakstanissa, Suomessa ja Liettuassa. Euroopan yhteisiä piirteitä itsemurhakuolleisuudessa 1950-luvulta vuoteen 2009 on ollut itsemurhien lisääntyminen 1980- ja 1990-luvuilla sekä itsemurhakuolleisuuden lasku tultaessa 2000-luvulle. (Holopainen ym. 2014, 1538–1541.) Suomessa itsemurhia tehdään eniten valoisana vuoden aikana. Itsemurhakuolleisuus on suurinta toukokuun 15. päivän ja heinäkuun 25. päivän välisenä aikana. Itsemurhia tehdään vähiten kylminä aikoina. (Hiltunen 2014, 49–50.)

3.3 Itsemurhakeinot

Tavallisimmin itsemurhayritykset tehdään lääkkeillä ja useimmiten mukana on myös alkoholi (Lönnqvist 2009). Miesten yleisimmät itsemurhakeinot ovat hirttäytyminen (35 %), ampuminen (27 %) tai myrkyttäytyminen (15 %). Naisilla yleisimmät itsemurhakeinot on myrkyttäytyminen (39 %), hirttäytyminen (24 %) ja hukuttautuminen (15 %). (Lönnqvist 2005; Kuvio 2.)



Kuvio 2: Itsemurhakeinot 2004–2014 (Tapaturmiin tai väkivaltaan kuolleet peruskuolemansyyn (122-luokkainen luokitus), iän ja sukupuolen mukaan, päihtyneet erikseen 1998-2014 2016).

3.4 Itsemurhan riskitekijät

Itsemurhan riskitekijöitä on lukuisia ja niistä tärkein on aiempi itsemurhayritys (Lönqvist 2015). Suomessa noin puolet itsemurhan tehneistä on yrittänyt sitä jo aiemmin, ja noin puolet heistä kuolee jo ensimmäiseen yritykseen. Usein itsemurhan tehnyt henkilö on antanut merkkejä itsetuhoisista aikeistaan jo ennen tekoa. (Lönqvist 2015; Suokas & Lönqvist 2000, 1607.) Todennäköisyys yrittää itsemurhaa seuraavan vuoden aikana uudelleen on 15 prosenttia ja riski uuteen yritykseen säilyy korkeana kaksi vuotta ensimmäisen yrityksen jälkeen, jopa pidempään (Suokas & Lönqvist 2000, 1607).

Mielenterveyshäiriöistä kärsivillä, erityisesti masennuspotilailla, on 20-kertainen itsemurhariski muuhun väestöön verrattuna ja kahdella kolmasosalla kaikista itsemurhan tehneistä on ollut taustalla jokin masennusoireyhtymä. Itsemurhan vaara kasvaa masennuksen keston ja vaikeusasteen mukaan. Vaaraa lisää monihäiriöisyys. Lähes kaikilla itsemurhan tehneistä ja masennustilasta kärsineistä on ollut samanaikaisesti jokin mielenterveyden häiriö tai somaattinen sairaus. (Isometsä 2015.) Masennukseen ja itsemurhaan keskittyneen kansainvälisen tutkimuksen mukaan itsemurhaa yrittäneillä on usein taustalla sekamuotoisia mielialahäiriöitä. Usein masennuspotilaat ovat kärsineet myös maniatyyppisestä oireilusta ennen itsemurhan yrittämistä. Saman tutkimuksen mukaan masennuspotilas, joka käyttäytyy riskialttiisti ja on psykomotorisesti levoton sekä impulsiivinen, päätyy yrittämään itsemurhaa puolet todennäköisemmin kuin masennuspotilas, jolla ei esiinny näitä oireita. (How can we prevent suicide? Major study shows suicide risk factors associated with depression 2015.)

Muita tärkeitä itsemurhan riskitekijöitä ovat päihdeongelmat, pitkäaikaiset sairaudet, läheisten sairastamat mielenterveyden häiriöt, lähipiirin itsemurhat, elämänkriisit kuten avioero tai leskeytyminen sekä syrjäytyminen yhteiskunnasta (Avaimia itsemurhan ehkäisyyn 2015). Alkoholi liittyy oleellisesti itsemurhien esiintyvyyteen, sillä itsemurhan tehneistä miehistä joka toisella on ollut alkoholiongelma ja joka kolmannella alkoholiriippuvuus. Puolet miehistä ja neljäsosa naisista on ollut humalassa tehdessään itsemurhan. Huumausaineriippuvuuteen liittyy suurempi itsemurhavaara kuin alkoholin käyttöön. Monella päihdeongelmallisella on masennusoireita, jotka tavallisesti ovat seurausta päihdeongelmasta. Vakavat, kivuliaat ja pitkäaikaiset somaattiset sairaudet nostavat itsemurhariskiä. Itse somaattinen sairaus ei kuitenkaan tavallisesti ole yksinään itsemurhan syy, vaan siitä johtuvat elämänkriisit ja sopeutumisongelmat, jotka johtavat lopulta masennukseen. (Lönqvist 2015.)

3.5 Itsemurhaa yrittäneiden hoito

Itsemurhaa yrittäneiden hoito kuuluu perusterveydenhuollon tehtäviin (Suokas & Suominen 2002, 289–291). Psykiatrinen konsultaatio tulisi järjestää potilaalle vasta potilaan tajunnan ja

muistin normalisoituessa, myrkytystilan ja mahdollisen valvomisen jälkeen. (Suokas & Lönnqvist 2000, 1608.) Somaattisen hoidon jälkeen jokaisen itsemurhaa yrittäneen potilaan psykososiaalinen tila on arvioitava ja potilaalle on järjestettävä hänen tarvitsemansa jatkohoitopaikka (Suokas & Suominen 2002, 289–291). Arvioinnissa olisi hyvä hyödyntää potilaan läheisiä (Suokas & Lönnqvist 2000, 1608). Suurin osa itsemurhaa yrittäneistä kuuluu psykiatrisen tai päihdehuollon jatkohoidon piiriin. Itsemurhaa yrittänyt on aina henkilökohtaisessa kriisissä ja hänelle on tarjottava mahdollisuus asianmukaiseen hoitoon. Itsemurhayritys on aina merkki avun tarpeesta, johon potilas ei välttämättä osaa hakea apua muulla keinolla. Itsemurhariski on suurimmillaan heti itsemurhayrityksen jälkeen. Hoitomyönteisyyden puuttuminen on tavallista itsemurhaa yrittäneillä. Noin joka kolmas jatkohoitoon ohjatuista jättäytyy hoidon ulkopuolelle. Potilaan päihdeongelmat, persoonallisuushäiriöt sekä kyvyttömyys hakea ja ottaa vastaan tarjottua apua, vaikeuttavat jatkohoitoon sitoutumista. (Suokas & Suominen 2002, 289–291.)

Potilaan aktiivinen ohjaaminen lisää hoitomyönteisyyttä. Aktiivisella ohjauksella tarkoitetaan ajanvarausten tekemistä, läheteitä ja sairaalahoidon järjestämistä. (Suokas & Lönnqvist 2000, 1608.) Jatkohoitto on aloitettava nopeasti ja ensimmäisen jatkohoittoajan tulisi olla 1-3 vuorokautta itsemurhayrityksen jälkeen. Jatkohoittoapaikan valintaan vaikuttaa potilaan kokonaistilanne. Potilas, joka sairastaa useita ja vakavia samanaikaisia mielenterveyshäiriöitä, ohjataan ensisijaisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiriin. Päihdeongelmaiset ohjataan puolestaan päihdehuollon piiriin. Jos potilaalla on lieviä mielenterveyden häiriöitä, voidaan hänet hoitaa perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Lievistä mielenterveysongelmista kärsivät ovat saaneet apua erilaisista terapioista kuten kognitiivis-behavioraalista, lyhyt-psykodynaamisesta, interpersonaalista psykoterapiasta sekä ongelmanratkaisutaitojen parantamiseen tähtäävistä terapioista. (Suokas & Lönnqvist 2000, 1608; Suokas & Suominen 2002, 289–291.)

Itsemurhaa yrittäneiden hoito vie huomattavia voimavaroja päivistysalueilla (Suokas & Lönnqvist 2000, 1607). Itsemurhan tehneillä ja sitä yrittäneillä on tekoa edeltäviä käyntejä päivystyksessä. Päivystyksen henkilökunnalle voi olla vaikea suhtautua potilaisiin, jotka, toisin kuin muut päivystykseen tulevat potilaat, haluavat kuolla. (Callanan 2012.) Hoitotyön kuormittavuutta nostaa jatkohoidon järjestämisen tarve, työkapasiteetin sitoutuminen ja henkilökunnan voimakkaat tunnereaktiot (Suokas & Suominen 2002, 289–291; Suokas & Lönnqvist 2000, 1607). Hoitajista vaikeita asioita ovat itsemurhasta puhuminen ja itsetuhoisuuden tunnistaminen (Bolster, Holliday, Oneal & Shaw 2015). Hoitoisuustietojen tarkoituksena on kartoittaa, mitkä asiat itsetuhoisten potilaiden hoidossa ovat kuormittavia ja löytää kehittämiskohteita sekä parantaa hoitajien työssä jaksamista (Flinkman 2014, 92). Vaasassa kehitettyyn Rafaela-hoitoluokitukseen sisältyy muun muassa erikoissairaanhoidon kehitetty OPCq-hoitoisuusmittari ja somaattisille poliklinikoille tarkoitettu POLIHQq-mittari. Hoitoisuuden

mittauksella pyritään arvioimaan, ovatko hoitajaresurssit riittävät. (Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmä 2016.) Hoitoisuus koostuu monesta osa-alueesta kuten potilaan tutkimus- ja toimenpidetarpeista, hoitotyöntekijöiden henkilöstövuosista, vuode- ja valvontapaikkojen määrästä, kirjaamiskäytännöistä, toimintaympäristöstä, henkilöstömitoituksesta, potilaan ohjauksesta, neuvonnasta ja jatkohoidon tarpeista. (Fagerholm 2014, 28.)

3.6 Itsemurhan ehkäisykeinot

Itsemurhan ehkäisykeinoilla tarkoitetaan toimia, joiden avulla henkilön itsemurhariskiä voidaan alentaa. Pohjoismaissa itsemurhien ehkäisy on kansanterveystavoite ja sen saavuttamiseksi on laadittu toimintasuunnitelmia ja perustettu osaamiskeskuksia. Itsemurhien ehkäisyohjelmat keskittyvät muun muassa itsemurhakeinojen rajoittamiseen, riskiryhmien seulontaan, hoitohenkilöstön osaamisen vahvistamiseen ja syrjäytyneiden ihmisten elinolojen parantamiseen. (Itsemurhien ehkäisyohjelmat pohjoismaissa 2015.) Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan itsemurhien ehkäisemiseksi suunniteltujen projektien avulla on selkeästi pystytty vähentämään itsemurhien esiintymistä (Suicide 2015).

Suomessa itsemurhien ehkäisytyö pohjautuu kansallisesta itsemurhien ehkäisyprojektista 1986–1996 saatuihin kokemuksiin ja tietoihin. Itsemurhien ehkäisy on jaettu yhteiskunnan eri sektoreille pienistä osista rakentuvaksi kokonaisuohjelmaksi. Toimipisteissä, joissa kohdataan jatkuvasti itsemurhariskissä olevia tai itsemurhaa yrittäneitä, on koulutuksen sekä työohjauksen keinoin käsiteltävä itsemurhien ehkäisyn lähtökohtia, ettei toiminta akuuteissa tilanteissa perustu liikaa hoitohenkilökunnan omiin henkilökohtaisiin asenteisiin tai arvostuksiin, vaan eettiseen tapaan toimia. (Lönqvist 2009.) Tutkimusten ja itsemurhien ehkäisyohjelmien pohjalta voidaan sanoa, että itsemurhan ehkäisykeinoiksi tarkoitetut laajalle joukolle suunnatut kertaluontoiset interventiot ovat hyödyttömiä. Yhdistelmä erilaisia itsemurhan ehkäisystrategioita on toimivampi kuin yksittäinen strategia. Yhteistyö ja verkostoituminen eri asiantuntijoiden kesken auttavat tunnistamaan itsemurhavaarassa olevat ihmiset. Myytti siitä, että itsemurhasta puhuminen toimisi ylykkeenä, on virheellinen. Lisäksi itsemurhien ehkäisytyötä vaikeuttaa itsemurhayritysten yksityiskohtainen raportointi mediassa. (Uusitalo 2007, 209–210.) Sekundaaripreventiota ovat toimet, jotka kohdistetaan riskiryhmiin. Tällaisia toimia ovat muun muassa hoitointerventiot ja itsemurhaa yrittäneen potilaan arviointi. Terveystieteidenhuollossa on huomioitava, ettei toksisia lääkkeitä määrätä kerralla paljoa. Masennus, joka esiintyy alkoholismien kanssa, on syytä ottaa erityisen vakavasti. Yhteistyötä psykiatrisen puolen ja päihdehuollon kanssa olisi kehitettävä. Hoidossa on tunnistettava potilaan aineiden sekakäyttöön viittaavat tunnusmerkit. (Suokas & Lönqvist 2000, 1607.)

Opetus- ja kasvatustieteiden menetelmillä voidaan estää itsemurhien esiintymistä. Puhumalla avoimesti itsemurhan faktoista, vaaroista, myyteistä, riskitekijöistä sekä tekniikoista ja uskaltamalla

puuttua itsetuhoiseen käytökseen sekä tarjoamalla apua sitä tarvitseville, pystytään vaikuttamaan itsemurhien esiintymisen määrään. (James & Gilliland 2001, 223.) Itsemurhaa voidaan yrittää ehkäistä estämällä itsetuhoisten ajatusten esiintymistä muun muassa stressinhallinta-keinojen, sosiaalisen tuen, itsetunnon ja itsetuntemuksen avulla. Jos henkilöllä on jo itsetuhoisia ajatuksia ja muuta oirehdintaa, siihen pyritään puuttumaan ajoissa, jotta oireiden vakavuus ja kesto eivät pääse pahenemaan. Tapauksissa, joissa henkilö on jo yrittänyt itsemurhaa, uudet itsemurhayritykset pyritään estämään vaikuttamalla oireiden kestoon ja vakavuuteen. (Upanne 2001, 9–10.)

Yhdeksi toimivaksi itsemurhien ehkäisykeinoksi on todettu itsemurhan toteuttamisen vaikeuttaminen. Asekontrollilla ja vaikeuttamalla korkeisiin paikkoihin kiipeämistä tai junan alle suistumista pystytään vaikuttamaan itsemurhien määrään. Näiden lisäksi lääkekontrolli toimii ehkäisykeinona, sillä moni itsemurha tehdään lääkkeillä. Lääkemyrkytyksen mahdollisuus on muistettava, kun tehdään lääkevalintoja ja -määräyksiä. Jos henkilö on yrittänyt tehdä itsemurhaa lääkkeiden avulla, ei hänelle tulisi määrätä kerralla sellaista annosta, jolla voi yrittää tappaa itsensä. Terapian tarjoaminen etenkin mieliala- ja psykelääkkeitä käyttäville ehkäisee myös itsemurhia. (Wahlbeck 2011, 2580; Uusitalo 2007, 210.)

Psykykinen pahoinvointi korostuu suurimmassa osassa itsemurhatapauksia ja -yrityksiä, ja se liittyy oleellisesti myös itsemurhan riskitekijöihin. Masennuksen havaitseminen sekä tuen ja hoidon tarjoaminen ovat keskeisiä itsemurhan ehkäisykeinoja. (Avaimia itsemurhan ehkäisyyn 2015.) Itsemurhavaarassa olevan tai itsemurhaa jo yrittäneen henkilön elämäntilanne, lähiverkosto sekä elämää kuormittavat ja suojaavat tekijät on kartoitettava laaja-alaisesti, jotta juuri hänelle sopivan hoidon suunnittelu onnistuisi. Kokonaisvaltainen hoito vaatii paljon voimavaroja ja siksi perusterveydenhuoltoon, mielenterveystyöhön, oppilashoitotyöhön ja sosiaalityöhön tulisi ohjata lisää resursseja. Myös psykoterapiamenetelmien tukemiseen tarvitaan lisärahoitusta. Hoitotyötä tulisi kehittää siten, että hoidon kohteena olevan potilaan lähipiiri olisi mukana hoidossa alusta alkaen ja huomiota tulisi kiinnittää potilaan sosiaaliseen verkostoon ja sen tukemiseen. (Uusitalo 2007, 214.)

Muita väestötasolla vaikuttavia itsemurhan ehkäisykeinoja ovat alkoholin ja muiden päihteiden käytön vähentäminen, liikenneturvallisuus, työllisyyden parantaminen, lapsiperheiden tukeminen, kriisi- ja päivystyspalveluiden tukeminen sekä huumeiden vastainen työ. Lisäksi parantamalla koulutusta, tasa-arvoa ja elinolosuhteita vaikutetaan itsemurhakuolleisuuteen. (Lönqvist 2009.) Elämänkriisien ja ongelmien ratkaisukeinojen opettelu, henkisen ja sosiaalisen tuen tarjoaminen somaattisen sairauden yhteydessä ja nuorten syrjäytymisriskin ehkäiseminen sekä kasvatuksen ja kulttuurin muuttaminen yhteisöllisemmäksi ja sallivammaksi ovat hyviä itsetuhoisuuden ehkäisykeinoja (Avaimia itsemurhan ehkäisyyn 2015).

Suominen ja Valtonen suosittelevat SSI- (Scale for Suicidal Ideation) ja C-SSRS- (The Columbia Suicide Severity Rating Scale) lomakkeiden käyttöä itsemurhariskin arvioinnissa. SSI-lomake muodostuu 19:stä kohdasta, joiden antama kokonaisinformaatio auttaa suunnittelemaan hoitointerventioita. (Suominen & Valtonen 2013, 883.) SSI on luotettava mittauskeino masentuneille nuorille (Holi ym. 2005). Yli 100:lle kielelle käännettyä, WHO:n suosittelemaa C-SSRS-lomaketta voidaan käyttää potilaan itsetuhoisuuden ja itsemurhariskin arvioinnissa (Where the C-SSRS is used 2016). Lomakkeen käyttö ei vaadi erillistä mielenterveysalan koulutusta (General information 2016). Päivystyksen triage-alueelle käyttöön suositellaan Clinical Practice Screener Recent/Since Last visit-lomaketta ja potilaan kotiutumiseen Inpatient Discharge Screener -lomaketta. Potilaan riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden kartoitusta voidaan tehdä strukturoidusti Risk Assessment-lomakkeen avulla. (Scales-public health settings 2016.) Muita maailmalla käytettyjä menetelmiä ovat muun muassa SBQ-R-kysely GAIN-SS-kysely, Voice DISC-ohjelma ja SIQ-kysely (SBQ-R 2015; GAIN-SS 2016; Voice Disc 2015; Suicidal Ideation Questionnaire 2016). SIQ-lomaketta voidaan käyttää itsemurhariskin arvioinnissa kriisissä olevilla nuorilla. Potilas täyttää lomakkeen ennen vastaanottoa. (Boege, Corpus, Schepker, & Fegert 2014.)

Usein itsemurha-ajatus liittyy masennukseen, ahdistukseen tai alkoholin vaikutukseen, jolloin se myös muuttuu ajan kuluessa. Pienikin apu ja huomionosoitus itsetuhoista ihmistä kohtaan voi auttaa. (Lönngqvist 2009.) Itsetuhoinen ihminen voi saada lohdutusta jo siitä, että joku on kiinnostunut hänen tunteistaan ja ajatuksistaan ja on huolissaan juuri hänen hyvinvoinnista. Pelkkä aito huolenpito ja halu kuunnella voi auttaa pelastamaan jonkun hengen. (Uusitalo 2007, 216.) On tiedostettava, että joskus mitään ei ole tehtävissä itsemurhaa suunnittelevan pelastamiseksi eikä mikään auttamiskeino ole riittävä kroonisesti itsetuhoisen henkilön auttamiseksi (Lönngqvist 2009).

3.7 Itsemurhan kansantaloudellinen merkitys

Vaikka ihmiselämän arvo ei ole rahassa mitattava, ennenaikainen kuolema ja itsemurha ovat yhteiskunnalle kalliita. WHO:n maailmanpankin mukaan yhteisö menettää 28 000 euroa jokaista menetettyä elinvuotta kohti henkilön tehdessä itsemurhan. Ruotsissa tehtyjen laskelmien mukaan itsemurhayritys maksaa yhteiskunnalle 330 000 euroa ja itsemurha noin kaksi miljoonaa euroa. Suomessa esiintyvä itsetuhoisuus maksaa yhteiskunnalle vuosittain arviolta 7 miljardia euroa. Summaan ei ole laskettu mukaan sitä osuutta, jonka yhteiskunta maksaa huolehtiessaan itsemurhan tehneen läheisistä. (Uusitalo 2007, 206–207.) Suomen koko terveydenhuollon kustannukset olivat vuonna 2013 18,5 miljardia euroa (Terveyden huollon menot ja rahoitus 2013 2016). Vaikka Ryyänen, Kukkonen, Myllykangas, Lammintakanen ja Kinnunen (2006, 72–73) toteavat karusti, että maailmassa vallitsee kilpailevien kuolinsyiden laki: ”yhden kuolemansyyn poistuessa, tilalle astuu toinen”, heidän mielestään on silti kansantaloudel-

lisesti erityisen kannattavaa torjua sellaisia kuolemansyitä, jotka johtavat ennenaikaiseen kuolemaan. Heidän esittämässään terveydenhuollon priorisointimallin kohdassa yhdeksän painotetaan herkästi syrjäytyvien ryhmien hoidon varmistamista ja aseman turvaamista, sillä heillä sairaus on voinut heikentää kykyä ajaa itse omia asioita. (Ryyänen ym. 2006, 219.)

3.8 Intoksikaatiot ja itsetuhoisuus

Intoksikaatiolla tarkoitetaan myrkytystä tai humalatilaa (Intoksikaatio 2016). Myrkytyksellä viitataan elimistön häiriötilaan, joka on aiheutunut myrkyllisestä aineesta tai lääkeaineiden yhteisvaikutuksesta. Potilaalla voi ilmetä oireita heti altistumisen jälkeen, mutta oireet, kuten rytmihäiriöt, voivat tulla useamman tunnin viiveellä altistuksesta. (Castrén ym. 2012a, 205.) Myrkytyksen aiheuttava aine, sen määrä sekä tapa, jolla myrkky on päätenyt elimistöön, vaikuttavat oireiden ilmaantumisnopeuteen ja vakavuuteen (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012b).

Suomessa tapahtuu myrkytyksiä tai lääkeyliannostuksia vuodessa noin 10 000, joista noin 10 prosenttia johtaa kuolemaan. Tyypillinen myrkytystapaus on aikuinen, joka on nauttinut lääkkeitä tai alkoholia. (Castrén ym. 2012b.) Pienillä lapsilla myrkytykset ovat usein tapaturmia, kun taas murrosiässä myrkytyksiin liittyy erilaisten aineiden kokeilu ja käyttö, myös itsemurhatarkoituksessa (Hoppu 2012.) Sienimyrkytykset ovat Suomessa harvinaisia, sen sijaan uudet ja perinteiset huumausaineet aiheuttavat myrkytyksiä yhä useammin. Suomessa häämyrkytykseen kuolee vuosittain noin sata ihmistä. Erilaiset myrkytykseen johtavat aineet voivat suoraan aiheuttaa potilaan kuoleman tai epäsuorasti lisätä potilaan riskiä sairastua masennukseen ja johtaa itsemurhaan. (Castrén ym. 2012b.) Jos myrkytystapaus liittyy itsemurhan yritykseen tai itsetuhoisuuteen, olisi pyydettävä psykiatrista konsultaatiota. Potilaan psyykinen tukeminen on tärkeää ja tarpeen mukaan hänelle tulisi järjestää jatkohoitopaikka psykiatrialta osastolta. (Hirschovits 2012.)

Myrkytystilanteissa myrkyn imeytyminen elimistöön pyritään joko estämään tai sen eliminaatiota pyritään nopeuttamaan. Joihinkin myrkyihin on olemassa myös vasta-ainehoito. (Mäki-järvi ym. 2012, 540–545.) Miltei kaikissa myrkytystapauksissa ensiavuksi suositellaan lääkehiiltä potilaan oksennuttamisen sijasta. Oksetusta suositellaan käytettäväksi vain poikkeustapauksissa. Lääkehiili sitoo myrkytyksen aiheuttajaa mahalaukussa ja suolistossa, mikä estää myrkyn imeytymisen elimistöön. Tärkeää lääkehiilen käytössä on se, että se annetaan mahdollisimman nopeasti myrkytyksen jälkeen ja että sen määrä on riittävän suuri. Aikuisille suositeltava annos on 50–100 grammaa lääkehiiltä sekoitettuna noin 4–8 desilitraa vettä. Lapsen lääkehiiliannos on 1–2 g lääkehiiltä painokiloa kohti. Lääkehiiltä ei anneta tajuttomalle tai kouristelevalla potilaalla aspiraatoriskin takia. Tällaisissa tapauksissa harkitaan vatsahuuhtelua. Potilaalle, joka on nauttinut syövyttäviä aineita, ei lääkehiiltä voi antaa. Rauta-, litium-

ja alkoholimyrkytyksissä lääkehiilen annolla ei ole indikaatiota, sillä hiili ei sido niitä. Myrkytyspotilailla on tärkeää tarkkailla hengitystä ja verenkierron riittävyyttä sekä huolehtia neste- ja suolatasapainosta ja virtsan erityksen riittävyydestä. (Nurmi & Alaspää 2013, 562–585.)

3.8.1 Alkoholi

Suomen alkoholikulutus vastaa eurooppalaista keskitasoa, mutta keskeinen ongelma on runsas kertakulutus. Alkoholien väärinkäytöllä on vaikutuksia lähes jokaiseen elimeen. Syytä, miksi joku toinen välttyy elinvarioilta ja toinen ei, ei vielä tiedetä. Alkoholien liikkakäytön on todettu aiheuttavan ihottumaa, huonoa suuhygieniää, eteisvärinää, kohonnutta verenpainetta, ahdistusta, levottomuutta ja onnettomuusalttiutta, jonka seurauksena on luunmurtumia sekä palovammoja. Alkoholiongelmien sekundaaripreventiossa on tavoitteena varhaisessa vaiheessa löytää ja hoitaa alkoholin riskikäyttäjät. Lyhytneuvonnan eli mini-intervention tavoitteena on alentaa alkoholin suorkulutusta ja näin ehkäistä mahdollisia intoksikaatioita. (Poikolainen, Rehm & Zatonski 2008.)

Suomessa suurin osa kaikista myrkytyskuolemista on alkoholin aiheuttamia (Poikolainen ym. 2008.) Alkoholimyrkytysten kuolleisuus on ollut laskussa (Myrkytykset 2015). Vuosittain alkoholimyrkytykseen on kuollut aiemmin lähes 600 ihmistä (Poikolainen ym. 2008). Vuonna 2010 alkoholin aiheuttamia myrkytyskuolemia oli 406 ja vuonna 2014 niiden määrä oli laskenut jo 275:teen. (Kuvio 3). Myrkytysten määrä on edelleen poikkeuksellisen suuri verrattuna muihin länsimaihin. Alkoholien lisäksi myrkytyksissä on usein mukana lääkemyrkytys. (Holopainen 2003, 80–91.) 76 prosenttia alkoholimyrkytykseen kuolleista on miehiä (Myrkytykset 2015). Tavallisimmin keski-ikäinen mies (Kuolemansyyt 2014 2015).



Kuvio 3: Tapaturmainen alkoholimyrkytyskuolema tai itsemurha alkoholilla 2004–2014 (Tapaturmiin tai väkivaltaan kuolleet peruskuolemansyyhin (122-luokkainen luokitus), iän ja sukupuolen mukaan, päihtyneet erikseen 1998-2014 2016).

Suomessa kuoli vuonna 2007 alkoholiperäisiin syihin 2 167 ihmistä, heistä 1 796 oli työikäisiä. Tästä syystä alkoholi on Suomessa merkittävä työikäisten kuoleman aiheuttaja. Suomessa arvioidaan olevan 300 000-500 000 alkoholin riskikäyttäjää. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen potilaista, lähes 20 prosentilla miehistä ja noin 10 prosentilla naisista, on alkoholiongelmia. (Poikolainen ym. 2008.) Alkoholin lisääntynyt kulutus viime vuosikymmeninä on ollut merkittävä syy korkeaan alkoholikuolleisuuteen (Myrkytykset 2015).

Alkoholimyrkytyskuolemien lisäksi jopa neljännes kaikista tapaturmaisista kuolemista tapahtuu päihtyneenä. Alkoholi laskee toimintakykyä ja voi johtaa vakavaan nestehukkaan tai tajuttomuuteen. Tapaturmaisista kuolemista päihtyneenä yleisimpiä ovat saunakuolemat, tulipalot, hukkumiset, kylmettymiset sekä tukehtumiset. (Tapaturmissa kuolleet ulkoisen syyn mukaan ja päihtyneiden osuus 2013.) Yhdysvalloissa vuosina 2003–2009 tehdyn tutkimuksen mukaan itsemurhan tehneistä neljännes on ollut alkoholin vaikutuksen alaisena (Kaplan ym. 2012). Suomessa alkoholi on mukana puolessa kaikista itsemurhan yhteydessä esiintyvistä intoksikaatioista (Lönnqvist 2009). 82 prosenttia kaikista alkoholistien kuolemista liittyy jollain tavalla alkoholiin ja 57 prosenttia kaikista kuolinsyistä selittyy tapaturmilla, itsemurhilla ja myrkytyksillä. Itsemurhien osuus kuolemista oli 15 prosenttia (Saarnio 2005, 2099–2100).

Alkoholimyrkytykseen ei ole yksiselitteistä promillerajaa, koska myrkytysrajaan vaikuttavat yksilölliset tekijät, mahdollinen toleranssi ja juomisnopeus. Iällä tiedetään olevan vaikutusta alkoholin sietokykyyn. Alkoholia sietävät vähiten vanhuksat ja lapset. Alkoholimyrkytyksen oireita ovat erilaiset aistien heikentymiset sekä tajunnantason ja suorituskyvyn lasku. Vakavan alkoholimyrkytyksen oireita ovat alhainen verensokeri, alhainen verenpaine, aivopaineen nousu, hypotermia sekä erilaiset häiriöt hengityksessä, jopa hengityslama. (Kuitunen 2000, 1656.)

Etanoli aiheuttaa yli 85 prosenttia kaikista alkoholin aiheuttamista myrkytyskuolemista. Diagnostiikka pohjautuu esitietoihin ja uloshengitysilman etanolipitoisuuden mittaamiseen, jos se on mahdollista sekä alkoholin hajuun. Aikuisen lievä tai keskivaikea alkoholimyrkytys ei yksinään tarvitse erikoishoitoa. Näissäkin tapauksissa huomioidaan potilaan aspiraatoriski. Epäily samanaikaisesta lääkemyrkytyksestä on indikaatio mahahuuhtelulle. (Holopainen 2003, 80–91.) Muita alkoholituotteita ovat muun muassa metanoli, etyleeniglykoli ja isopropanoli. Metanolia käytetään pesunesteissä sekä liuotteissa. Jo 30 ml metanolia voi olla hengenvaarallinen annos. Metanolimyrkytyksen oireita ovat kova humalatila, heikotus, kovat vatsakivut, pahoinvointi, laajat valojäykät pupillit sekä näköhäiriöt. Myrkytys voi johtaa sokeutumiseen, jopa kuolemaan. Erotusdiagnostiikka etanolimyrkytykseen voi olla vaikea. Näköoireet ja asidoosista johtuva hyperventilaatio voivat auttaa erotusdiagnostiikassa. Metanolimyrkytystä hoidetaan etanolilla. (Holopainen 2003, 80–91.) Etyleeniglykolia on pakkasnesteissä ja isopropanolia

jäänestoaineissa. Myrkytysoireita ovat muun muassa humala, pahoinvointi, niskajäykkyys ja munuaisten vajaatoiminta. Hoitona etyleeniglykolimyrkytyksessä ovat muun muassa tehostettu diureesi runsaalla nesteytyksellä, mahdollisen asidoosin hoito ja tarvittaessa hemodialyysi. Lääkityksenä voidaan käyttää fomepitsolia. Isopropranolimyrkytystä hoidetaan kuin etanolimyrkytystä. (Mäkijärvi ym. 2012, 556–559.) Korvikealkoholimyrkytykset hoidetaan aina sairaalassa (Holopainen 2003, 80–91).

3.8.2 Huumeet

Päihteiden ja huumeiden aiheuttamasta myrkytystilasta puhutaan, kun henkilö ei päihteiden tai huumeiden käytön seurauksena kykene hallitsemaan käytöstään tai käyttäytyy sopimattomasti tilanteeseen nähden, kärsii peloista, harhaluuloista tai harha-aistimuksista ja hänellä ilmenee päihteiden yliannostuksesta seuraavia somaattisia oireita. Myrkytystilan luonne riippuu käytetystä aineesta ja oireilu voi ilmetä päihteiden käytön aikana tai sen jälkeen. (Huttunen 2014; Huttunen 2015.) Huumeiden käyttö on Suomessa lisääntynyt, vaikka verrattuna muualle Eurooppaan, se on vähäisempää. 17 prosenttia yli 15-vuotiaista suomalaisista on ainakin kerran kokeillut jotain huumausainetta. (Huumeongelman hoito 2012; Vähäkangas & Myllynen 2014.) Perinteisten huumausaineiden lisäksi markkinoille on tullut niin sanottuja design-huumeita eli muuntohuumeita, joiden sisältö vaihtelee kemiallisesti hyvin paljon. Vuonna 2007 Suomessa tapahtui 229 huumausaineisiin liittyvää kuolemantapausta, monissa tapauksissa elimistöstä löydettiin useita huumausaineita. (Vähäkangas & Myllynen 2014.)

Kannabis on hampukasvista valmistettu tuote ja sitä käytetään yleensä polttamalla. 17 prosenttia suomalaisista ilmoittaa käyttäneensä sitä jossain elämänsä vaiheessa. Cannabis vaikuttaa keskushermoston kannabinoidireseptoreihin. (Huumeongelman hoito 2012.) Kannabiksen aiheuttama myrkytystila oireilee voimakkaina pelon, ahdistuksen tai euforian tunteina, passiivisuutena, sydämentykytyksenä ja joskus myös vainoharhaisuutena. Cannabisesta johtuvia kuolemaan johtaneita yliannostustapauksia ei tunneta. (Huttunen 2014.) Myrkytys ilmenee 1–2 tuntia käytön jälkeen. Lieviä haittaoireita ei tarvitse hoitaa, mutta voimakkaaseen ahdistukseen voidaan käyttää bentsodiatsepiineja ja psykoottisten oireiden hoitoon antipsykootteja. (Huttunen 2008a.)

2000-luvulla kokaiinin käyttö on lisääntynyt Suomessa, ja 1,7 prosenttia suomalaisista on käyttänyt sitä jossain vaiheessa elämänsä (Huumeongelman hoito 2012). Kokaiinin myrkytysoireita ovat muun muassa rytmihäiriöt, sydäninfarkti ja hengitykseen liittyvät ongelmat (Vähäkangas & Myllynen 2014). Neurologisia oireita ovat päänsärky, kallonsisäinen verenvuoto sekä hypertermiaan tai kouristuksiin liittyvä aivovaurio. Akuuttivaiheessa hoitona on oireenmukainen hoito ja elintoimintojen ylläpito. Diatsepaamia voidaan käyttää sedatiivina ja harvemmin esiintyvää vaikeaa hypertensiota voi hoitaa natriumnitroprussidilla tai glyseryylinit-

raatilla. Kokaiinin käyttö voi aiheuttaa pelkotiloja, paranoidisen psykoosin ja masennusta, joka voi johtaa itsemurhaan. (Huumeongelman hoito 2012.)

Amfetamiini on sentraalinen stimulantti ja Suomessa varsin yleinen pistoshuume. Metamfetamiini on amfetamiinin johdos, joka vaikuttaa keskushermostoon aiheuttaen herkästi riippuvuuden. Metamfetamiinia käytetään suun kautta, nuuskaamalla, suonensisäisesti tai polttamalla. (Huumeongelman hoito 2012.) Amfetamiinin myrkytysoireita ovat muun muassa levottomuus, ahdistunut kiihtyneisyys, euforia, psykoosit, kouristukset, kuumeilu ja laajentuneet silmäterät (Huttunen 2008a). Potilaan kuoleman voivat aiheuttaa rytmihäiriöt, hypertermia, kallonsisäinen verenvuoto ja systeeminen, suonensisäinen hyytyminen (Huumeongelman hoito 2012; Vähäkangas & Myllynen 2014). Lievä amfetamiinimyrkytys voidaan hoitaa nesteytyksellä ja suun kautta annettavalla diatsepaamilla tai lihaksensisäisesti loratsepaamilla (Huttunen 2008a). Vakavammassa tapauksissa kehon lämpötilaa lasketaan, potilasta nesteytetään ja huolehditaan suolatasapainosta. Rytmihäiriöihin voidaan käyttää beetasalpaajaa tai atropiinia. Amfetamiinin vieroitusvaiheessa itsemurhariskin kohoaminen voi selittyä piilevällä masennuksella. (Huumeongelman hoito 2012.) Pitkäaikaisen amfetamiinin käytön seurauksena voi kehittyä vaikea-asteinen masennus (Tietoa eri huumeista 2015).

Ekstaasi vaikuttaa dopamiini- ja serotoniini-välittäjäaineiden toimintaan. Nämä välittäjäaineet säätelevät muun muassa mielialoja, aggressiivisuutta, kipuerkkyyttä ja kognitiivisia toimintoja. Ekstaasin käytön seurauksena ilmenee liikehäiriöitä ja lihaskrampeja, verenpaineen ja pulssin nousua, lämmönsäätelyn häiriöitä, aggressiivisuutta, ahdistusta sekä masennusta. Sydäninfarkti, lämpöhalvaus, aivoverenvuoto, nestehukka ja maksavaurio voivat johtaa kuolemaan. Ekstaasin käytön jälkitiloina voi esiintyä paranoidista ja kroonista psykoosia, masennusta sekä pelko- ja paniikkitiloja. (Ekstaasi eli MDMA 2015.) Ekstaasiin liittyvissä myrkytystilanteissa hoitona ovat riittävä nesteytys, potilaan rauhoittelu, oireenmukainen hoito ja lääkehoitona bentsodiatsepiinit kuten diatsepaami ja loratsepaami (Alaspää 2013).

Heroiini valmistetaan morfiinista. Heroiinin päästyä verenkiertoon ja aivoihin se muuttuu morfiiniksi ja sitoutuu opioidireseptoreihin. Tästä seuraa tehokas kipua lievittävä ja voimakasta mielihyvää tuottava vaikutus, joka alkaa pian käytön jälkeen. Heroiinia käytetään pääsääntöisesti suonensisäisesti, nuuskaamalla, polttamalla tai suun kautta. Heroiini voi aiheuttaa hyvinkin nopeasti erittäin voimakkaan fyysisen ja psyykkisen riippuvuuden. (Heroini ja opiaatit 2015; Lund & Vuori 2000, 1640.) Myrkytys aiheuttaa muun muassa hypotermiaa, hypotonisuutta, hypoksiaa, aivoödeemaa, hengityksen ja sydämen rytmin hidastumista ja keuhkopöhöä (Lund & Vuori 2000, 1640). Muita oireita ovat apatia, ahdistuneisuus, motorinen kiihtyneisyys tai hidastuminen, arvostelukykyyn heikentyminen, puheen sekavuus, silmäterien supistuminen hapen puutteen vuoksi sekä tajunnan alentuminen, joka johtaa lopulta koomaan. (Huttunen 2014.) Myrkytysoireet ilmaantuvat nopeasti liian suuren annostuksen jälkeen. Usein

myrkytyksen syynä on itsemurhayritys tai vahingossa otettu liian suuri annos. Yliannostuksen riski on huomattava, sillä heroiinia kohtaan kehittyy nopeasti toleranssi eikä kattovaikutusta ole, jolloin annostuksen kasvaessa myös mielihyvän tunne voimistuu ja myrkytyksen riski suurenee. Myrkytysoireita hoidetaan laskimoon annosteltavalla naloksonilla. Annostelua jatketaan riittävän pitkään, sillä naloksonin puoliintumisaika elimistössä on lyhyempi kuin heroiinin. (Huttunen 2008a.) Potilailla esiintyy masennusta muiden vieroitusoireiden lisäksi (Lund & Vuori 2000, 1641).

LSD eli d-lysergihapon dietyyliamidi on synteettinen valmiste, josta osa valmistusaineista on luonnonkasveista. LSD:tä on tabletti-, kapseli-, jauhe- ja liuosmuodossa sekä imeytettynä sokeripaloihin tai papereihin. LSD aiheuttaa aistiharhoja ja ajatushäiriöitä vaikuttamalla aivoihin ja sitoutumalla tunnetiloja sääteleviin keskuksiin. (LSD 2015.) LSD:n myrkytysoireita ovat muun muassa voimakkaat tunnetilat, kuten pelkotila, laajentuneet silmäterät, vapina, aistiharhat, takykardia, kohonnut verenpaine, hypertermia sekä ihon kananlihareaktio. Myrkytyksen hoidossa korostuu henkilön rauhoittaminen. Potilasta ei jätetä yksin ja kotiuttaminen edellyttää toisen ihmisen läsnäoloa. Lääkehoitona voidaan käyttää bentsodiatsepiineja. Sairaalahoido on välttämätön yli 24 tuntia kestäneessä oireilussa. (Huttunen 2008a.) Toisin kuin monet muut huumeet, LSD ei aiheuta fyysistä riippuvuutta, mutta psyykkisinä vieroitusoireina voi esiintyä levottomuutta, pelkoa, masennusta, unihäiriöitä ja väsymystä (Huumeongelman hoito 2012; Tietoa eri huumeista 2015).

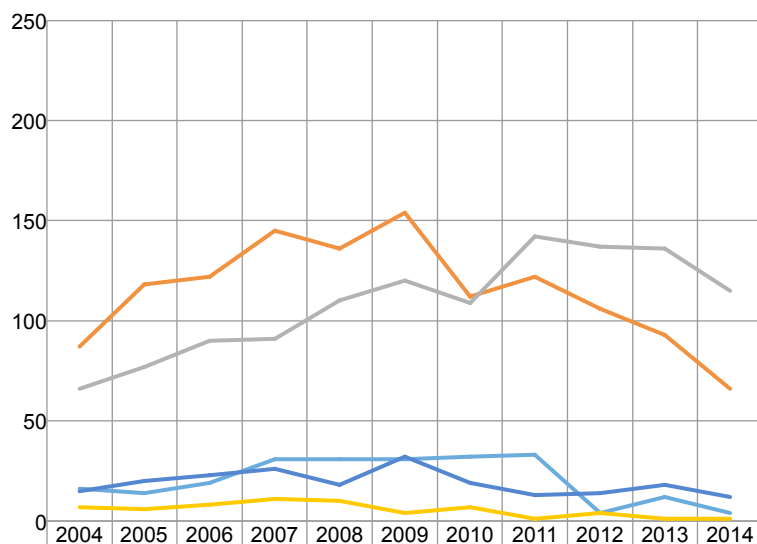
Gammahydroksivoihappo, ”gamma” eli GHB, lamaa keskushermoston toimintaa ja sitä käytetään usein stimulanttien käytön jälkeen sen väsyttävän ominaisuuden takia. GHB:tä on nesteen, jauheen, rakeen ja kapselin muodossa ja sen vaikutus alkaa 15–30 minuutin kuluessa kestäen noin kahdeksan tuntia. Suonensisäisesti käytettynä GHB:n vaikutus alkaa heti. Myrkytys aiheuttaa muun muassa bradykardiaa, sekavuutta, nestetasapainohäiriöitä, kouristuksia ja hengityksen lamaantumista. (Gamma eli GHB 2015.) Suomessa on raportoitu GHB:hen liittyviä myrkytyskuolemia (Laine & Hoppu 2007). GHB:n esiaste, gammabutyrolaktoni eli lakka tai GBL, muuttuu elimistössä GHB:ksi. Lakkaa on tietyissä puhdistusaineissa ja ohenteissa ja se on moninkertaisesti GHB:tä vahvempaa ja aiheuttaa herkemmin vakavia myrkytyksiä. (Gamma eli GHB 2015.) GHB-myrkytyksen ensihoidossa turvataan potilaan hengitys, tajuttomalla tarvittaessa intuboiden, sekä huolehditaan riittävästä verenpaineesta. Verenpaineen nostoon voidaan käyttää nestetystä ja vasoaktiivisia lääkkeitä. (Lund & Vuori 2000, 1640.)

Liuottimien, kuten puhdistusnesteiden ja spray-maalien hengittäminen lamaa keskushermostoa (Imppaus 2015). Myrkytyksen oireita ovat muun muassa aggressiivisuus, apatia, kouristukset, päänsärky, takykardia, pahoinvointi, euforia, huimaus ja vapina (Huttunen 2014). Tajuton potilas asetetaan kylkiasentoon (Castrén ym. 2012b).

3.8.3 Lääkkeet

Lääkkeiden liikkakäytöllä tarkoitetaan niiden käyttöä liiallisina annoksina, pidempään kuin tarve vaatisi sekä niiden käyttöä päihtymistarkoituksissa (Tietoa eri huumeista 2015). Yleisimpiä lääkemyrkytyskuolemien aiheuttajia vuonna 2010 olivat opioidit, masennuslääkkeet, beetasalpaajat, keskushermostoon vaikuttavat epilepsialääkkeet sekä diabeteksen hoidossa käytettävät lääkkeet (Vuori, Ojanperä, Launiainen, Nokua & Ojansivu 2012, 1739; Kuvio 4). Läkemyrkytykset aiheuttavat kuudenneksi eniten kuolemia työikäisillä. Läkemyrkytyksen katsotaan huonontavan potilaan pitkäaikaisennustetta ja itsemurhat ovat yleisiä (Liisanantti 2012a, 368). Läkemyrkytyskuolemissa, jotka on luokiteltu itsemurhiksi, beetasalpaajien, masennuslääkkeiden, psykoosilääkkeiden ja unilääkkeiden osuus on korostunut (Vuori ym. 2012, 1738; Kuvio 5). Sekakäyttö eli lääkkeiden, huumeiden tai alkoholin yhteiskäyttö on yleistä: alkoholi on hyvin tavallinen löydös lääkemyrkytysten yhteydessä: jopa 43 prosentissa kaikissa lääkemyrkytystapauksissa potilaan veren alkoholipitoisuus on ollut 0,5 promillea (Tietoa eri huumeista 2015; Vuori ym. 2012, 1738).

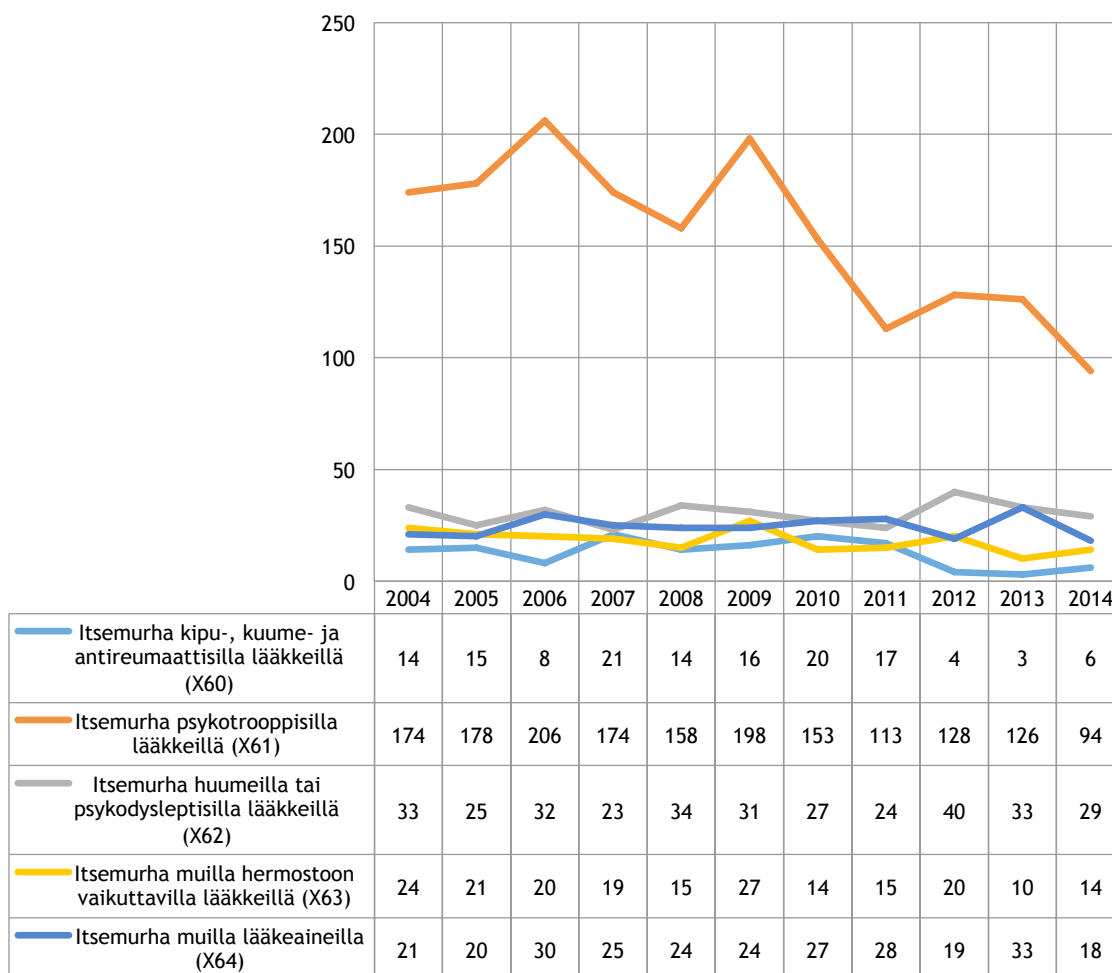
Kuolinsyy: myrkytystapaturma lääkeaineilla 2004-2014



Myrkytystapaturma kipu-, kuume- ja antireumaattisille lääkkeille (X40)	16	14	19	31	31	31	32	33	4	12	4
Myrkytystapaturma psykotrooppisille lääkkeille (X41)	87	118	122	145	136	154	112	122	106	93	66
Myrkytystapaturma morfiinijohdoksille tai psykodysleptisille lääkkeille (X42)	66	77	90	91	110	120	109	142	137	136	115
Myrkytystapaturma muille hermostoon vaikuttaville lääkkeille (X43)	7	6	8	11	10	4	7	1	4	1	1
Myrkytystapaturma muille lääkkeille (X44)	15	20	23	26	18	32	19	13	14	18	12

Kuvio 4: Myrkytyskuolema lääkeaineilla 2004–2014 (Tapaturmiin tai väkivaltaan kuolleet peruskuolemansyyiin (122-luokkainen luokitus), iän ja sukupuolen mukaan, päihtyneet erikseen 1998-2014 2016).

Kuolinsyy: itsemurha lääkaineilla 2004-2014



Kuvio 5: Itsemurha lääkaineilla 2004–2014 (Tapaturmiin tai väkivaltaan kuolleet peruskuolemansyyn (122-luokkainen luokitus), iän ja sukupuolen mukaan, päihtyneet erikseen 1998-2014 2016).

Lääkemyrkytyspotilaan hoidon tavoitteena on turvata peruselintoiminnot. On tärkeää selvittää, mitä lääkettä on otettu ja miten paljon, sillä se vaikuttaa hoitolinjan valintaan, mahdollisten vastalääkkeiden antoon ja vatsahuuhtelun tekemiseen. Lääkkeen imeytymisen esto, nopea lääkkeen poisto elimistöstä sekä peruselintoimintojen ylläpito parantavat potilaan oloa ja samalla ehkäisevät mahdollisia sekundääriä vaurioita, kuten munuais-, maksa- ja neurologisia vaurioita. (Hirschovits 2012.) Lääkemyrkytyspotilaan hoito on yleensä oireenmukaista, sairaalakuolleisuus alle viisi prosenttia sekä hoitoajat lyhyet (Liisanantti 2012a, 368).

Vuonna 2012 eniten myrkytyskuolemia aiheuttivat buprenorfiini, tramadoli ja kodeiini, jotka ovat opioideja. Vuonna 2010 189:stä kuolemaan johtaneesta, opioidien aiheuttamasta lääke-myrkytyksestä, 46 tapauksen katsottiin olevan itsemurha. Suomen lääkirilehdessä ilmestyneessä katsauksessa suhteellisen pienen itsemurhaluvun arvioidaan johtuvan siitä, että opioidien yliannostukset liittyvät enemmän väärinkäyttöön ja tahattomaan yliannosteluun kuin itsetuhoisuuteen. (Vuori ym. 2012, 1738.) Buprenorfiinin käyttö suonensisäisesti yhdessä alkoholin tai bentsodiatsepiinien kanssa lisää myrkytyskuolemanriskiä (Mäkijärvi, Harjola, Päivä, Valli & Vaula 2012, 592). Opioideista johtuvat lääkemyrkytykset ovat viime vuosina lisääntyneet (Vuori ym. 2012, 1738). Samoin fentanyylin väärinkäyttö ja sen aiheuttamien myrkytyskuolemien määrä on kasvanut (Vähäkangas & Hoppu 2014). Opioideista aiheutunut myrkytys ilmenee tajunnan tason alenemisena, apneana tai hengityslamana. Potilaalla voi ilmetä muun muassa pahoinvointia, kouristuksia, hypo- tai hypertermiaa, hypotensiota, suolitukoksia sekä rytmihäiriöitä. (Mäkijärvi ym. 2012, 592.) Hoidossa noudatetaan yleisiä myrkytyshoidon periaatteita. Muu hoito on oireenmukaista. Naloksonia voidaan käyttää tarvittaessa antidoottina. Opioideista riippuvaisilla potilailla naloksoni voi aiheuttaa rajuja vieroitusoireita, jopa sydänpysähdyksen ja toisinaan aggressiivista käytöstä. (Mäkijärvi ym. 2012, 593.)

Masennuslääkkeet ovat yleisiä myrkytyskuolemissa. Vuonna 2012 amitriptyliini oli neljänneksi yleisin löydös lääke- ja huumemyrkytyskuolemissa. (Ojanperä 2014.) Masennuslääkkeistä johtuvat myrkytyskuolemat ovat vähentyneet, koska uudet, yliannoksena vähemmän myrkylliset lääkkeet, ovat yleistyneet (Vuori ym. 2012, 1738). Masennuslääkkeistä vain trisykliset masennuslääkkeet ovat yliannosteltuina hengelle vaarallisia ja niiden aiheuttamat myrkytykset ovat yleisimpiä tehohoitoa vaativia myrkytyksiä (Huttunen 2008c). Trisyklisten masennuslääkkeiden myrkytysoireita ovat muun muassa sekavuus, väsymys, alentunut tajunnantaso, rytmihäiriöt, hypotensio, suolilama, keuhkoedeema sekä hengityslama, joka voi kehittyä hyvinkin nopeasti (Mäkijärvi ym. 2012, 576). Trisyklisten masennuslääkkeiden suurin ongelma on kardiotoksisuus (Mäkijärvi ym. 2012, 576). Sydänoireet alkavat 6 tunnin kuluessa yliannostuksesta ja ne voivat kestää jopa pari vuorokautta (Huttunen 2008c). Trisyklisillä masennuslääkkeillä on antikolinerginen vaikutus: imeytyminen voi olla hidastunut ja siksi toimenpiteet jopa tuntien jälkeen myrkytyksestä voivat olla hyödyllisiä. Suolihuuhtelu on mahahuuhtelua tehokkaampi menetelmä, jos annostuksesta on kulunut useita tunteja. Hoidossa varaudutaan oireiden nopeaan pahentumiseen. Varhaista intubaatiota suositellaan, jos potilaan tajunnan taso on alentunut. Jatkuva EKG-monitorointi, hengityksen, hemodynamiikan sekä neste-, elektrolyytti ja happo-emästasapainosta huolehtiminen ovat hoidon kulmakivet. Lääkehiili annetaan viivytyksettä. (Mäkijärvi ym. 2012, 576.) Potilaille, joilla tiedetään olevan itsemurhavaara, ei-trisyklisiä masennuslääkkeitä tulisi määrätä ennen kuin muita masennuslääkkeitä on kokeiltu hoidossa (Huttunen 2008a).

Bentsodiatsepiinit, tsopikloni, tsolpideemi ja tsaleptoni aiheuttavat yleisimmin lieviä unilääkemyrkytyksiä. Kaikki unilääkkeet vahvistavat alkoholin vaikutusta (Huttunen 2008b). Alkoholin kanssa tai suurina annoksina otettuna ne voivat aiheuttaa hengityslaman (Mäkijärvi ym. 2012, 574). Kuolemaan johtavat myrkytykset ovat harvinaisempia, jos mukana ei ole alkoholia tai muita lääkkeitä (Mäkijärvi ym. 2012, 574). Tärkeimpiä unilääkelöydöksiä myrkytyskuolemissa vuonna 2012 olivat tsopikloni ja tsolpideemi (Ojanperä 2014). Nämä ”Z-ryhmän” unilääkkeet ovat vaikutukseltaan bentsodiatsepiinien kaltaisia ja voivat aiheuttaa eurofian lisäksi hallusinogeenisiä vaikutuksia, ja niiden käyttö päihtymistarkoituksissa on lisääntynyt (Niemelä & Mikkonen 2014, 625). Ne voivat aiheuttaa lääkeriippuvuutta ja lääkkeiden käyttöä addiktivisesti (Huttunen 2008b). Myrkytys aiheuttaa muun muassa sekavuutta, väsymystä sekä tajunnan tason laskua. Hoito on oireenmukaista ja erityisesti hengityksestä huolehtiminen on tärkeää. (Mäkijärvi ym. 2012, 575.) Flumantseniilia voidaan käyttää bentsodiatsepiini-, tsopikloni-, tsopideemi- ja tsaleptonimyrkytyksissä antidootina. Flumantseniili ei vie välttämättä kokonaan hengityslamaa ja kouristavan potilaan hoidossa se on vasta-aiheinen, koska se voi aiheuttaa kouristuksia. Bentsodiatsepiinien väärinkäyttäjillä flumantseniili aiheuttaa vieroitusoireita. (Mäkijärvi ym. 2012, 575.)

Yleisimpiä lääkemyrkytyskuoleman aiheuttavia psykoosilääkkeitä ovat ketiapiini, levomepromatsiini, klotsapiini ja olantsapiini. Vuonna 2012 ketiapiini oli kahdeksanneksi yleisin löydös myrkytyskuolemissa ja levomepromatsiini yhdeksänneksi yleisin. (Ojanperä 2014.) Myrkytysoireita ovat levottomuus, sekavuus, alentunut tajunnan taso, hengityslama, kouristukset, hyper- tai hypotermia, hypotensio, rytmihäiriöt ja sydämen vajaatoiminta. Useilla psykoosilääkkeillä on antikolinerginen vaikutus, joka hidastaa niiden imeytymistä. Hoito on oireenmukaista ja hoidossa noudatetaan yleisiä myrkytyksen hoitoperiaatteita. (Mäkijärvi ym. 2012, 583–584.)

Lääkemyrkytyskuolemista tärkeimpiä beetasalpaajalöydöksiä ovat propranololi, bisoprololi ja metoprololi. Propranololi on ollut tärkein löydös kolmessatoista tapauksessa vuonna 2012, useammin kuin opioideihin luettava fentanyl. (Ojanperä 2014.) Beetasalpaajamyrkytyksen oireita ovat muun muassa hypotensio, johtumis- ja rytmihäiriöt, keuhkoedeema, alentunut tajunnan taso, hengityslama, hypoglykemia ja akuutti munuaisten vajaatoiminta. Erityisesti propranololi aiheuttaa kouristuksia. Oireet alkavat hitaasti ja voivat kestää pitkään, varsinkin jos kyseessä on depot-valmiste. (Mäkijärvi ym. 2012, 588–589.) Myrkytyksessä noudatetaan yleisiä myrkytyksen hoidon periaatteita. Jatkuva EKG-seuranta on oleellinen osa hoitoa. Hypotensioon voidaan käyttää dopamiinia tai noradrenaliinia vasteen mukaan, jos hypotensio ei reagoi laskimon sisäiseen nesteytykseen. Jos vastetta ei saada nestetyksestä ja dopamiinista huolimatta, aloitetaan adrenaliini-infuusio. Oireista beetasalpaajamyrkytystä hoidetaan aina myös glukagonilla, jota voidaan myös antaa infusiona. (Mäkijärvi ym. 2012, 589.)

Yleisimmät myrkytyskuoleman aiheuttaneet epilepsialääkkeet vuonna 2012 olivat pregabaliini, karbamatsepiini, fenobarbitaali ja gabapentiini (Ojanperä 2014). Pregabaliinia käytetään epilepsian lisäksi yleisen ahdistuksen ja hermokivun hoidossa (Lyrica 2014). Huumaavasta, hyvän olon tunteen aiheuttavan vaikutuksen johdosta sen väärinkäyttö on yleistynyt. Vuonna 2004 pregabaliinia ei yhdistetty yhteenkään myrkytyskuolemaan ja vuonna 2012 tapauksia oli 23, tehden siitä kuudenneksi yleisimmän lääkeaineen lääke- ja huumemyrkytyskuoleman aiheuttajan (Ojanperä 2014). Myrkytyksen oireita ovat muun muassa pahoinvointi, väsymys, puheen puuroutuminen, levottomuus, lihasten tahdosta riippumattomat nykäykset, tajunnan tason aleneminen ja hengityslama. Hoito on oireenmukaista ja noudattaa yleisiä hoitoperiaatteita. Hengityksen ja EKG:n seuranta on erityisen tärkeää. Lääkehiilen toistuvan annon on havaittu nopeuttavan eliminaatiota. (Mäkijärvi ym. 2012, 585.)

Suomessa yleisimpiä kipulääkkeitä ovat ibuprofeeni, parasetamoli ja asetyylisalisyylihappo (Kalliokoski 2013). Kipulääkemyrkytykset ovat harvinaisimpia 35–44-vuotiailla, muissa ikäryhmissä osuus myrkytyskuolemista vaihtelee noin viiden ja kymmenen prosentin välillä (Myrkytykset 2015). Parasetamolien kulutus on viisinkertaistunut 2000-luvulla. 80 prosenttia myydyistä parasetamoleista on ollut lääkärin määräämiä. Vuonna 2010 490 000 suomalaista sai sairausvakuutuskorvausta parasetamolista. (Nurminen 2013.) Parasetamoli on maksatoksinen, jos annostus on yli 150 mg/kg. Tätä pienemmätkin määrät voivat vaurioittaa maksaa. (Mäkijärvi ym. 2012, 594.; Hoppu 2002, 187.) Suomessa parasetamolien aiheuttamat myrkytyskuolemat ovat lisääntyneet viime vuosina (Kärjä 2015). 2000–2013 välisenä aikana parasetamoli on aiheuttanut 136 myrkytyskuolemaa (Parry & Hoppu 2015). Syynä myrkytyskuolemien lisääntymiseen on arveltu olevan parasetamolien turvallinen maine kipulääkkeenä, jolloin annostuksia ei noudateta ja yliannostuksia tapahtuu. Parryn ja Hopun (2015) mukaan vaikeat yliannostukset ovat usein tahallisia. Britanniassa parasetamolia on käytetty laajalti itseaiheutetuissa myrkytyksissä (Hoppu 2002, 187). Suomessa parasetamolia koskevat puhelut Myrkytystietokeskukseen ovat lisääntyneet 227:stä 1058:saan vuosien 2011 ja 2014 välisenä aikana. Puhelut liittyvät suurimmaksi osaksi lapsiin ja annosteluvirheisiin. (Parry & Hoppu 2015.) Ruotsissa Läke-medelsverket on palauttanut parasetamolien takaisin apteekkien hyllyille, koska siitä aiheutuvien myrkytysten määrä nousi 529:stä 1161:teen vuosien 2006 ja 2013 välisenä aikana. (Försäljning av paracetamol i tablettform tillåts endast på apotek 2014; Höjer ym. 2013, 1.) Parasetamolimyrytyksen oireet kehittyvät 12–24 tunnin kuluessa nauttimisesta. Myrkytys voi aluksi olla vähäoireinen. (Hoppu 2002, 187.) Oireita ovat voimakas pahoinvointi, oksentelu, vatsakipu, aivotoiminnan häiriöt, vuototaipumus, munuaisten heikentynyt toiminta ja keltaisuus. Pysyvä maksavaurio kehittyy 1–4 vuorokauden kuluessa. (Mäkijärvi ym. 2012, 594.) Hoitona on asekysteiinihoito, joka aloitetaan aina ennen pitoisuuksien määrittystä, jos epäillään yliannostusta. Tämä tehdään riippumatta siitä, kuinka kauan nauttimisesta on aikaa. Hoitoa jatketaan kunnes voidaan olla varmoja, että maksavaurioita ei ilmaannu ja että maksa alkaa toipua. 20–40 prosentille potilaista kehittyy munuaisten vajaatoiminta, jota hoidetaan nes-

teytyksellä ja pyrkimällä runsaaseen diureesiin. (Mäkijärvi ym. 2012, 593–595.) Asetyyilisalisyylihappoa käytetään lievän tai kohtalaisen kivun hoidossa sekä kuumelääkkeenä. Vertaohentavan vaikutuksensa johdosta sitä käytetään miedompina annoksina myös estämään valtimotukoksia ja sitä kautta sydän- ja aivoinfarkteja. (Aspirin 2011.) Asetyyilisalisyylihappoa ei saa käyttää samanaikaisesti verenohennuslääkkeiden kanssa (Raunio 2012). Myrkytyksen oireita ovat muun muassa pahoinvointi, hypotensio, korvien soiminen, hypertermia, sekavuus, alentunut tajunnantaso, kouristukset, verenvuodot ja rytmihäiriöt (Mäkijärvi ym. 2012, 595–596). Hoito on oireenmukaista ja noudattaa yleisiä myrkytyksen hoito-ohjeita. Mahahuuhtelusta voi olla hyötyä useiden tuntienkin kuluttua annostuksesta. Lääkehiiltä voidaan antaa vähintään kaksi annosta, jos yliannostus on ollut suuri. Vaikeissa myrkytyksissä annetaan K1-vitamiinia verenvuotojen ehkäisyyn ja potilasta hoidetaan hemodialysillä tai hemoperfuusiolla. Neste- ja elektrolyyttitasapainon seuraaminen ja hoitaminen on erityisen tärkeää. (Mäkijärvi ym. 2012, 596.)

3.8.4 Kemikaalit

Alkoholien, lääkkeiden ja huumeiden ohella kemikaalit voivat aiheuttaa myrkytyskuolemia. Tällaisia myrkytystapauksia esiintyy Suomessa hyvin harvoin. (Vuori ym. 2009.) Tavallisimpia kotoa löytyviä kemikaaleja ovat torjunta-aineet, pesu- ja puhdistusaineet sekä petrolituotteet (Castrén ym. 2012b). Vuosien 2004–2014 välisenä aikana tapahtui 12 liottimilla ja torjunta-aineilla tehtyä itsemurhaa (Tapaturmiin tai väkivaltaan kuolleet peruskuolemansyyn (12-luokkainen luokitus), iän ja sukupuolen mukaan, päihtyneet erikseen 1998-2014 2016).

Vahvat hapot, emäksiset aineet ja liuottimet voivat olla hyvin myrkyllisiä nieltynä tai hengitettynä (Castrén ym. 2012b). Happoja, joiden pH on alle kaksi ja emäksisiä aineita, joiden pH on yli 11,5, pidetään tavallisesti syövyttävinä. Näitä ovat muun muassa konetiskiaineet, pesu- ja puhdistusaineet, viemärinavausaineet sekä auton akkuhappo. Syövyttävät aineet tuhoavat epiteelin pinnan ja sen alla olevan limakalvoseinämän. Kudostuho etenee tavallisesti nopeasti ja etenee vielä altistuksen päätyttyä syvälle kudoksiin. Vahvat hapot aiheuttavat kuivia, arventapaisia hyytymiä pintakudoksiin. Hapon juomisen seurauksena vaurio kohdistuu mahan ja pohjukaisuolen alueelle. Saippuat, pyykinpesuaineet sekä käsi- ja konetiskiaineet voivat nieltynä aiheuttaa pahoinvointia, ripulia ja oksentelua, mutta usein pelkkä kotihoito riittää oireiden taltuttamiseen. Tarvittaessa suuta huuhdellaan, mutta runsasta juomista vältetään pesuaineen vaahtoamisen ja oksentelun ehkäisemiseksi. Yleisimmät, vakavat vauriot ruokatorveen syntyvät jos syövyttävää ainetta on nielty. Oireina voi olla voimakas kipu suussa ja nielussa, rintalastan alainen kipu, kuolaaminen, nielemiskivut, vatsakipu sekä verioksentelu. Ensihoitona on suun huuhtelu. (Lampinen, Pohjalainen, & Hoppu 2004.) Tajuissaan olevalle potilaalle voi antaa lasillisen maitoa tai vettä huomioiden että, runsas juominen voi aiheuttaa oksentelua, joka altistaa ruokatorven uudelleen syövyttävälle aineelle (Castrén ym. 2012b). Lääkehii-

len käyttöä vältetään, koska se voi aiheuttaa oksentelua, peittää näkyvyyttä skopiassa eikä se estä happojen ja emästen imeytymistä. Hengitysvaikeuksiin käytetään hoidossa 100-prosenttista happea ja vakavammissa tapauksissa turvaudutaan intubointiin tai trakeostomiaan. Endoskopiaa suositellaan ensimmäisten 24 tunnin aikana potilaalle, joka on niellyt syövyttävää ainetta. Endoskopiolla selvitetään vaurioiden laatua ja vakavuutta. Endoskopian avulla voidaan potilaalle arvioida ennuste, hoitolinjaus ja tarve kirurgisille toimenpiteille. Endoskopiassa ei suositella edettäväksi vaurioituneelle alueelle 5–15 vuorokauteen altistuksesta, jotta vältytään kudoksen puhkeamiselta. (Lampinen ym. 2004.)

Petrolituotteita ovat muun muassa bensiini, lakkabensiini ja mineraalitärpätti. Petrolituotteiden höyryt voivat hengitettynä aiheuttaa humalankaltaisia oireita, keskushermosto- ja hengityslamaa sekä rytmihäiriöitä. Niellyt petrolituotteet eivät tavallisesti aiheuta systeemisiä oireita, koska niiden imeytyminen on huono. Oireetonta potilasta voidaan seurata kotona. Aspiroituna pienikin määrä petrolituotteita aiheuttaa vakavan kemiallisen pneumonian. Hengitettynä petrolituotteet eivät kuitenkaan sitä aiheuta. Aspiraatoriskin takia petrolituotetta ei pyritä poistamaan vatsasta. Lääkehiilen käyttöä voidaan harkita tapauksissa, joissa tuote sisältää myrkyllisiä lisäaineita, muussa tapauksessa sitä ei käytetä, sillä lääkehiili ei sido petrolituotteita ja saattaa lisätä oksentelua. Ärsytysyskä on tavallinen oire alussa. Jos potilaan hengitystaajuus on normaali ja yskä loppuu, ei sairaalahoitoa tarvita. Sairaalahoitoa tarvitsevat kaikki oireilevat potilaat, jotka ovat nielleet suuren määrän tuotetta ja joilla todetaan keuhkokuivassa muutoksia sekä potilaat, jotka kärsivät hapenpuutteesta ja ovat tokkuraisia. Myös lapset, joilla oireet eivät häviä kuuden tunnin seurannan jälkeen, tarvitsevat sairaalahoitoa. Petrolituotteita nielleen potilaan hoito on oireenmukaista. Keuhkoröntgenkuva ja näyte verikaasuanalyysiä varten otetaan kuitenkin kaikilta sairaalahoitoa saavilta potilailta. Jos potilas on oireeton ja keuhkokuivassa näkyy vain lieviä muutoksia, hänet voidaan kotiuttaa, jos muita oireita ei ilmene kuuden tunnin kuluessa. (Lampinen ym. 2004.)

3.8.5 Sienet

Suomessa myrkyllisiä sieniä on noin viisikymmentä eri lajia (Castrén ym. 2012b). Sienimyrkytykseen kuoli Suomessa 1969–2006 kahdeksan henkilöä. Vain yhden tapauksen katsotaan olleen itsemurha. (Hoppu 2008, 2414.) Sienten myrkkypitoisuuteen vaikuttavat monet eri asiat kuten kasvuympäristö ja ikä. Myrkylliset sienet voivat aiheuttaa soluvaurioita, keskushermosto- tai ruuansulatuskanavan oireita. (Castrén ym. 2012b.)

Kavalakärpässieni ja valkokärpässieni ovat soluvaurioita aiheuttavia sieniä. Ne sisältävät sienimyrkkyjä eli amatoksiineja, jotka eivät häviä millään käsittelytavalla. Vakava myrkytys oireilee polttavana tunteena suussa, väsymyksenä, päänsärkynä, yleisenä sairauden tunteena, arkuutena munuaisten kohdalla, vatsa-, selkä- tai lihaskipuina. Runsasvirtaisuutta voi esiin-

tyä alussa, mutta virtsantulo vähentyy ja lakkaa kokonaan kun munuaistoiminta pettää. Potilaan ennuste on huono, jos transaminaasi- ja bilirubiiniarvot nousevat korkeiksi, hyytymistekijät vähenevät radikaalisti ja munuaisten toiminta heikkenee. Hoitona annetaan lääkkeitä. Jos syömisestä on kulunut alle 6 tuntia, mahan tyhjennystä voidaan harkita. Hoidon tavoitteena on normaalin diureesin varmistaminen ja nestetasapainon häiriöiden korjaaminen. Lääkehoito silibiniinillä aloitetaan nopeasti, koska se estää amatoksiinien pääsyn maksasoluihin. Myrkytyksestä toipuminen on hidasta ja vaikeimmissa tapauksissa potilas jää akuuttivaiheen jälkeenkin dialyysiin. Kaikista vaikeista sienimyrkytyksistä 10–15 prosenttia johtaa krooniseen munuaisten vajaatoimintaan. (Hoppu 2008, 2416–2418.)

Punakärpässieni, ruskokärpässieni ja harvinaisempi pantterikärpässieni, ovat keskushermosto-oireita aiheuttavia sieniä. Oireita ovat muun muassa sekavuus, väsymys ja tajuttomuus. Psilosybiiniä sekä psilosiinia sisältävät madonlakit aiheuttavat hallusinaatioita. Potilaan orientaatio aikaan ja paikkaan voi hämärtyä ja hänellä voi ilmetä ahdistusta tai päänsärkyä. Suomessa psilosybiiniä sisältäviä sieniä tiedetään käytettävän huumaustarkoituksissa. Vakavia myrkytyksiä ei ole raportoitu pelkästä maistelusta. (Forsell & Lampinen 2009.) Sen sijaan muualla Euroopassa hallusinogeenisiä vaikutuksia aiheuttaviin sieniin on yhdistetty kuolemantapauksia onnettomuuksien ja itsemurhien muodossa. Niiden aiheuttamien pelko- ja paniikki-tilojen hoidossa voidaan käyttää rauhoittavia lääkkeitä. (Vähäkangas & MacDonald 2014.)

Monet tavalliset ruokasienet sisältävät aineita, joita ei tunneta. Nämä aineet voivat aiheuttaa paikallisesti ruuansulatuskanavan limakalvojen ärsytystä ja sitä kautta oireita. Nämä sienet aiheuttavat hyvin harvoin vakavia myrkytyksiä. Kotihoito oireenmukaisesti riittää normaalisti niin lapsille kuin aikuisillekin. (Forsell & Lampinen 2009.)

3.8.6 Häkä

Häkää syntyy aineen epätäydellisen palamisen seurauksena. Ilmassa olevaa häkää ei voida huomata, sillä häkä on väritön, hajuton ja mauton kaasu. Ilmasta häkä erittyy helposti keuhkojen kautta vereen, jossa se kiinnittyy 220 kertaa happea tehokkaammin hemoglobiiniin, mikä johtaa karboksihemoglobiiniaan. Syrjäyttämällä hapen verenkierrossa häkä aiheuttaa häkämyrkytystilan. (Mustajoki 2015; Myllynen 2014.) Suomessa häkämyrkytykset johtavat vuosittain yli sadan ihmisen kuolemaan (Myllynen 2014). Kuolemaan johtaneista häkämyrkytyksistä 50 % on itsemurhia, 40 % johtuu tulipaloista ja 10 % uunien tai takkojen virhekäytöstä (Mustajoki 2015). Tulipalojen aiheuttamia tapaturmaisia häkämyrkytyskuolemia arvioidaan tapahtuvan yli 50 vuosittain. Auton tyhjäkäyttämisen suljetussa tilassa ja siitä johtuvan häkämyrkytyskuoleman taustalla on lähes poikkeuksetta itsemurha. (Myllynen 2014.) Häkämyrkytyksen tunnistettavin oire on päänsärky. Lievä myrkytys nostaa potilaan sykettä, aiheuttaa huimausta ja pahoinvointia. Vakavan myrkytyksen oireita ovat kouristuskohtaukset, tajunnan-

tason laskeminen sekä verenkierto- ja hengityslama. Hätämyrkytyksen ensiapuna potilas vietään aina raittiiseen ilmaan, lievissä myrkytyksissä tämä usein riittää ja oireet häviävät parissa tunnissa. Vakavissa hätämyrkytyksissä potilas vietään sairaalaan, jossa aloitetaan happihoidot, kuten ylipainehappihoito. (Mustajoki 2015; Kuisma 2007, 1697; Myllynen 2014.)

4 Tutkimusmenetelmät

4.1 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, millaisia itsemurhan ehkäisykeinoja Hyvinkään päivystyksessä toteutetaan ja millaisia haasteita ja vahvuuksia ehkäisytyöhön liittyy. Näiden kartoittamiseen käytettiin Hyvinkään päivystyksen hoitotyöntekijöille suunnattua strukturoitua kyselylomaketta. Toisena tarkoituksena oli selvittää, mitkä ehkäisykeinot soveltuvat päivystykseen. Menetelmäksi valikoitui kuvaileva integroiva kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää itsemurhan riskitekijöiden tunnistamista ja sitä kautta itsemurhien ennaltaehkäisyä Hyvinkään sairaalan päivystyksessä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Millaisia itsemurhan ehkäisykeinoja Hyvinkään päivystyksessä käytetään tällä hetkellä?
- 2) Millaisia haasteita ja vahvuuksia itsemurhien ehkäisyssä Hyvinkään päivystyksessä on?
- 3) Millaisia itsemurhariskin tunnistuskeinoja ja itsemurhien ehkäisykeinoja suositellaan päivystykseen?

4.2 Kyselylomake

Tutkimusstrategialla tarkoitetaan menetelmällisten ratkaisujen kokonaisuutta. Valittu tutkimustehtävä tai tutkimusongelma vaikuttaa strategian valintaan. Perinteisiä tutkimusstrategioita ovat kokeellinen tutkimus, survey-tutkimus sekä case-study eli tapaustutkimus. Tyypillisessä survey-tutkimuksessa joukosta valitulta otokselta kerätään strukturoidussa muodossa aineisto. Keruumenetelmä on usein strukturoitu kyselylomake tai haastattelu. Menetelmän avulla pyritään kuvaamaan, vertaamaan ja selittämään ilmiötä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 132–135, 193.) Kyselylomakkeen etuja ovat muun muassa saatujen vastausten yhdenmukaisuus, tutkijasta johtuvien virhetulkintojen minimointi ja saatujen tulosten käsittelyn nopeuttaminen (Holopainen & Pulkkinen 2003, 39). Koska tutkimuksen tavoitteena oli kuvata Hyvinkään päivystyksen itsemurhien ehkäisykeinoja ja verrata niitä kirjallisuuskatsauksessa esille tulleisiin keinoihin, tutkimusstrategiaksi valittiin survey-tutkimus. Tutkimusmetodiksi valikoitui strukturoitu kyselylomaketutkimus.

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus tarkoittaa havaintojen tekoa käyttäen hyväksi mitattavuuksia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa painotetaan asioiden mitattavuutta ja objektiivisuutta. Kvantitatiiviseen tutkimukseen liittyy olennaisena osana aihealueen rajaus, otoksen määrittely, mittauksen luotettavuus ja toistettavuus. Määrällinen tutkimus hyödyntää deduktiivisuutta: uuden tiedon johtamista aikaisemmasta tiedosta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään yleisesti strukturoitua kyselylomaketta tiedonkeruussa. Kerätty tieto esitetään tilastollisesti. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus painottuu subjektiivisuuteen, kuvailevuuteen sekä induktiivisuuteen. Kvalitatiivinen tutkimus tehdään usein haastatteluna, jolloin haastattelijan ominaisuudet voivat vaikuttaa kyselytuloksiin. Kvalitatiivisia menetelmiä ovat muun muassa omaelämäkerrat, havainnointi ja kirjallisuus. (Pelkonen & Perälä 1993, 145–146; Hirsjärvi ym. 2013, 139–140.) Tutkimusmuodot pikemminkin täydentävät toisiaan kuin ovat toistensa vastakohtia (Hirsjärvi ym. 2013, 136–137). Yhdistämällä tutkimukseen kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia ominaisuuksia, aiheesta saadaan mahdollisimman tarkka kuvaus (Pelkonen & Perälä 1993, 146). Kyselylomaketutkimuksen strategiaksi valikoitui kvantitatiivinen menetelmä, sillä jo olemassa olevaan teoretietoon pohjaavan kyselylomaketutkimuksen tarkoituksena oli vastata asioihin määrällisesti: mitä asioita tehdään eniten. Kyselylomaketutkimuksessa hyödynnettiin kvalitatiivisia piirteitä. Avoimilla vastausvaihtoehdoilla pyrittiin saamaan tietoa itsemurhan ehkäisykeinoista, joita lomaketta tehdessä ei tiedetty käytettävän päivystyksessä.

Poikittaistutkimuksen (cross sectional study) avulla voidaan selvittää, millainen asia on jonain tiettyinä hetkenä. Toisin kuin pitkittäistutkimus (follow-up study), poikittaistutkimus ei pysty vastaamaan, miksi asiat ovat niin kuin ne ovat eikä löytämään syitä ja seurauksia. (Ketola & Mattila 1995, 80–81; Hirsjärvi ym. 2013, 177–178.) Koska lomaketutkimuksen tarkoitus selvittää, millaista itsemurhien ehkäisytyötä Hyvinkään päivystyksessä tehdään tällä hetkellä, keinoksi valikoitui poikittaistutkimus.

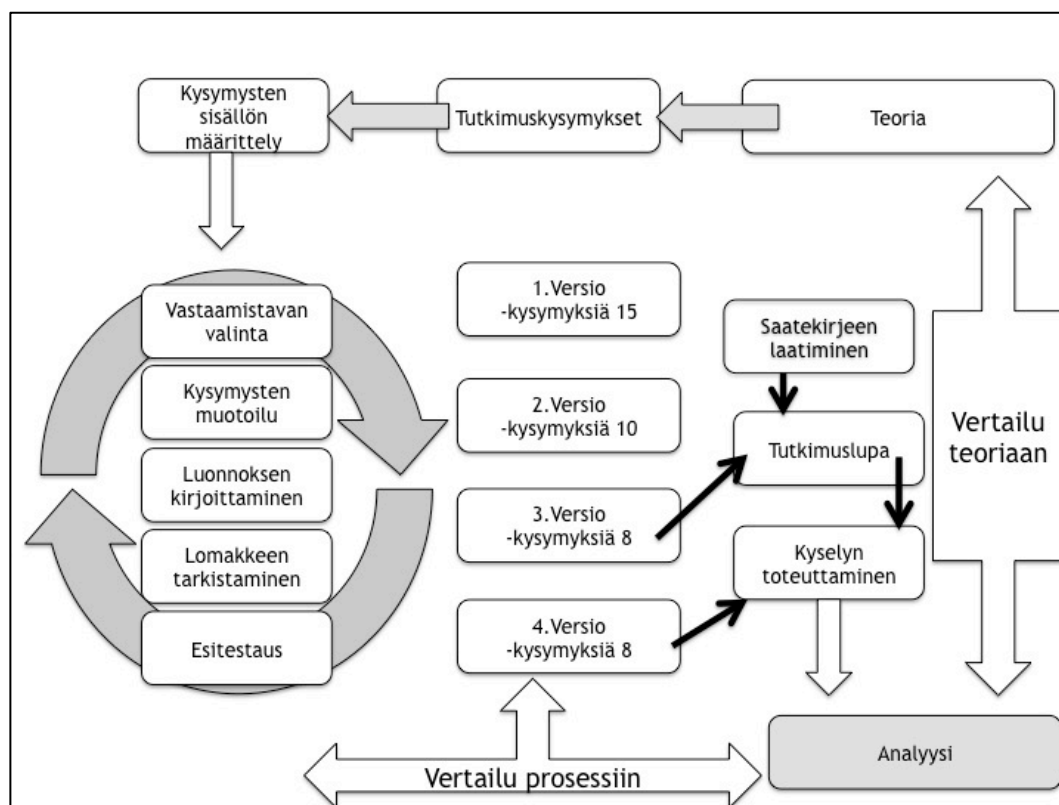
4.2.1 Otos

Tutkimuksessa määritellään perusjoukko, jota tutkitaan. Otos tarkoittaa osaa tästä perusjoukosta. Otoksen tulisi olla edustava eli tarpeeksi suuri, että vastauksista voitaisiin muodostaa yleistettyjä päätelmiä. (Hirsjärvi ym. 2013, 179–180.) Erilaisia otantamenetelmiä ovat muun muassa satunnaisotanta, systemaattinen otanta ja ositettu otanta (Ketola & Mattila 1995, 33). Jos lomake lähetetään kaikille, puhutaan kokonaistutkimuksesta. Aina kokonaistutkimus ei ole mahdollista, esimerkiksi jos perusjoukko on kaikki suomalaiset työttömät. (Hirsjärvi ym. 2013, 179.) Kokonaistutkimusta suositellaan, jos perusjoukko on pieni (Holopainen & Pulkkinen 2003, 28). Kyselylomaketutkimus päätettiin tehdä kokonaistutkimuksena, koska lomakkeen lähettäminen kaikille Hyvinkään päivystyksen hoitohenkilöstölle oli postituslistan kautta mahdollista. Tutkittavien määrä oli 110.

4.2.2 Sisällön määrittely

Kyselyn laatimiseen käytetään teoriapohjaa (Ketola & Mattila 1995, 25; Kuvio 6). Tähän teoriatietoon sisältyy aihealueen teorian lisäksi teoriatieto eri tutkimusmetodeista. Teorian pohjalta syntyntyvät tutkimuskysymykset: millaisia itsemurhan ehkäisykeinoja Hyvinkään päivystyksessä käytetään tällä hetkellä ja millaisia haasteita ja vahvuuksia itsemurhien ehkäisyssä Hyvinkään päivystyksessä on? Tutkimuskysymykset määrittivät ja tarkensivat, mitä tietoa kyselytutkimuksella haluttiin saada. Tiedon tarpeet ryhmiteltiin otsikoittain neljään osaluokeseen: vastaajan taustatietoihin, itsetuhoisen potilaan hoitoisuuteen, itsemurhien ehkäisyyn, vastaajan oman osaamisen tunnistamiseen

Näiden pääotsikoiden alle täsmentyivät muokausprosessin aikana kyselylomakkeen kysymykset.



Kuvio 6: Kyselylomakeprosessi

4.2.3 Muokausprosessi ja sen arviointi

Kyselylomakkeen kehittämisessä voidaan nähdä seuraavat vaiheet: kyselyn sisällön määrittely, kysymysten vastaamistavan valinta, kysymysten muotoilu, luonnoksen kirjoittaminen, kirjoitetun lomakkeen tarkistaminen ja korjaaminen, esitestaus, lopullisen kyselyn tarkistus ja saate-

kirjeen laatiminen sekä varsinaisen kyselyn toteuttaminen. (Pelkonen & Perälä 1993, 151–157; Kuvio 6.)

Kysymysten laatimisessa on otettava huomioon lukuisia asioita. Kyselylomake ei saa olla liian pitkä, sillä se heikentää annettujen vastausten laatua. Kysymykset tulisi laatia napakoiksi ja lyhyiksi, ne eivät saa olla vastaajaa johdattelevia ja yhdessä kysymyksessä tulee selvittää vain yhtä asiaa. Kysymysten järjestyksessä tulisi ottaa huomioon se, että kyselyn alkuun sijoitettaisiin helpot kysymykset ja arkaluontoiset loppuun. (Holopainen & Pulkkinen 2003, 39–40.) Vastaajan on ymmärrettävä tutkittavan aihealueen määritelmät, muutoin tuloksena voi olla jopa koko tuloksen hylkääminen (Ketola & Mattila 1995, 25). Moniselitteisten kysymysten laadintaa vältetään, jos tuloksista haluaa luotettavia ja yksiselitteisiä (Ketola & Mattila 1995, 26; Holopainen & Pulkkinen 2003, 40). Itsetuhoisuus voi tarkoittaa täysin eri asioita eri vastaajille, ja tästä syystä itsetuhoisuus päätettiin määritellä kyselylomakkeen saatekirjeessä.

Ensimmäisen luonnoksen jälkeen ryhmä teki siihen yhdessä korjauskierroksen. Ensimmäisellä korjauskierroksella huomiota kiinnitettiin kysymyslomakkeen loogiseen etenemiseen ja kysymysten sanamuotoihin. Kysymyksiä oli tässä vaiheessa 15. Kysymyksistä ei haluttu vastaajia johdattelevia. Erityistä huolta aiheutti kysymys itsetuhoisten potilaiden hoitoisuutta nostavista tekijöistä, sillä kysymys itsessään voidaan jo tulkita siten, että itsetuhoiset potilaat ovat paljon hoitoa vaativia ja vaikuttaa siten vastaukseen alitajuisesti. Tästä syystä kysymys hoitoisuutta nostavista tekijöistä ryhmiteltiin hoitoisuusluokituksen jälkeen. Laurean kautta ilmaiseksi saatavana oleva internetpohjainen E-lomake mahdollisti kyselyn toteuttamisen sähköisenä. E-lomakkeeseen oli mahdollista tallentaa jokainen testiversio ja tulokset olivat helposti käytettävissä. Joulukuussa 2015 julkaistiin ensimmäinen sähköinen kysymyslomakeversio, jonka ryhmä testasi itse. Testissä havaittiin, että kysymykset olisi hyvä tulla yksi kerrallaan eikä kaikki yhdellä kyselysivulla. Kyselyn ensimmäinen versio koettiin vielä melko pitkäksi. Koettiin myös, että jokaiselle vastaajalle ei löytynyt vielä sopivaa vaihtoehtoa.

Kyselyä muokattiin ja siitä tehtiin toinen versio, jossa täsmennettiin sanamuotoja ja lyhennettiin kysymysten pituutta. Useisiin kysymyksiin lisättiin avoimeksi vastausvaihtoehdoksi ”Muu, mikä”, koska jokaiselle vastaajalle olisi löydyttävä sopiva vastausvaihtoehto (Valli 2015, 253). Hyvinkään päivystyksen osastopäällikön Eeva Rikkilä-Kettusen kanssa käytiin 1.2.2016 palaveri toisen version pohjalta. Palaverissa tuli esille miessukupuolen edustajien vähyys Hyvinkään päivystyksessä, mikä voisi tulosten analysoinnissa vääristää tuloksia ja johtaa vastaajien tunnistettavuuteen. Huomioiden pohjalta kysymyslomakkeesta tehtiin kolmas versio.

Kolmannessa versiossa kysymyksiä oli 8, mikä koettiin sopivaksi määräksi. Jokaisella kysymyksellä oli tarkoitus ja niitä oli edelleen mahdollisuus taulukoida ristiin. Kolmas versio testattiin

6 ihmisen otannalla helmikuussa 2016. HUS:n tutkimuslupaa (Liite 1) haettiin kyselylomakkeen kolmannella versiolla. Tutkimuslupaa varten laadittiin kyselylomakkeen saatekirje (Liite 2).

Tutkimusluvan lähettämisen jälkeen kyselylomakkeesta tehtiin neljäs versio, jossa kysymyksiä selvennettiin ja vastausvaihtoehtojen valinnan määrää rajattiin. Itsetuhoisten potilaiden hoitoisuutta koskevaan kysymykseen kaikkiin vastausvaihtoehtoihin kirjattiin selvitys, ei vain as- teikon ääripäitä. Viimeiseen versioon kysymykset ohjelmoitiin tulemaan yksi kerrallaan ja niin, ettei kyselyssä päässyt etenemään ennen kuin tarvittava määrä vaihtoehtoja oli valittu tai kysymykseen vastattu. ”Työkokemuksen” sijaan vastaajilta kysyttiin ”hoitotyökokemuks- ta”, koska ”työkokemuksen” voi käsittää monella tavalla. Neljäs ja viimeinen versio kyselylo- makkeesta (Liite 3) testattiin maaliskuun alussa 2016. Lomakkeen ulkoasuksi valittiin sini- valkoinen väritys, jossa tekstiosuudet olivat mustaa kirjoitusta valkoisella, koska kolmannen version saatesanat olivat valkoista tekstiä vihreällä pohjalla, mikä oli lukiessa epäselvää (Liite 3). Kysymykset tummennettiin erottumaan.

Tutkimusluvan saamisen jälkeen sähköisen kyselylomakkeen linkki lähetettiin 4.4.2016 päivy- tyksen osastonhoitaja Tiina Nurmelalle, joka edelleen lähetti linkin ja saatekirjeen sähköpos- tituslistan kautta kaikille Hyvinkään päivystyksen hoitotyöntekijöille. Kyselylomakkeelle an- nettiin kaksi viikkoa vastausaikaa ja kyselylomakkeen viimeiseksi palautuspäiväksi määriteltiin 19.4.2016 kello 19. Kyselylomakkeen vastausajasta lähetettiin 12.4.2016 vielä erillinen muistu- tus (Liite 2).

Jokaisen muokkausversion jälkeen samat vaiheet toistuivat (Kuvio 6). Jokainen muutuskerta avaa mahdollisuuden, ei pelkästään virheiden korjaamiselle, vaan myös virheille, joten tästä syystä systemaattinen malli korjauksille oli tarpeen. Kuviosta 6 näkee, että jättämällä pois teorian tutkimuskysymysten asettamisesta, olisi vaikea määritellä kyselyn kysymyksiä ja ana- lysoida saatua materiaalia. Prosessista oppi sen, että virheiden määrää voi vähentää täysin ulkopuolisten testaaajien käyttö, sillä omalle työlle sokeutuu kovin nopeasti.

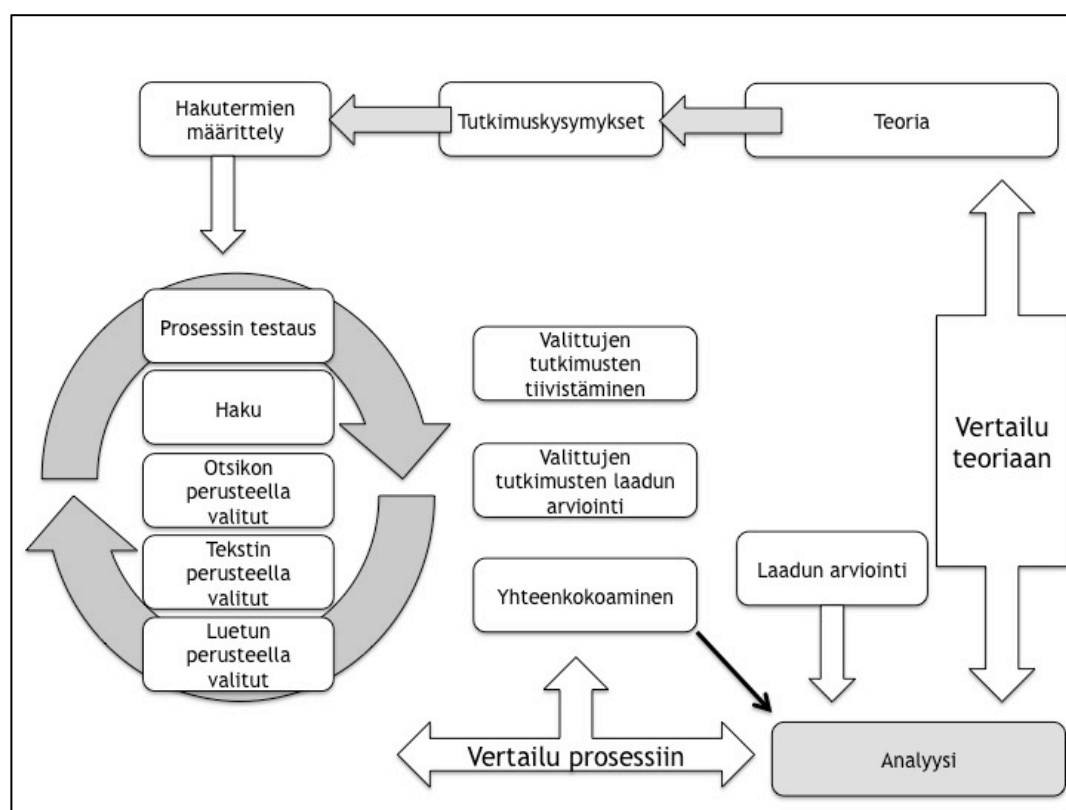
4.3 Integroiva kirjallisuuskatsaus

Ehdotus kirjallisuuskatsauksen käytöstä opinnäytetyössämme tuli Päivi Mellalta, joka työsken- telee HUS:ssä ja kirjallisuuskatsaus todettiin hyvin monipuoliseksi ja opinnäytetyöhön sopi- vaksi tutkimusmetodiksi. Opettajaohjaaja Minna Pullin neuvosta kirjallisuuskatsauksen pää- menetelmäksi valikoitui kuvaileva, integroiva kirjallisuuskatsaus, jonka hakuprosessiin ja ana- lysointiin yhdistimme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmiä.

Kirjallisuuskatsauksen alalajeja ovat systemaattinen kirjallisuuskatsaus, meta-analyysi ja ku- vaileva kirjallisuuskatsaus. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on vastata ase-

tettuun tutkimuskysymykseen, vähentää julkaisuharhaa, arvioida laatua ja tiivistää valittujen tutkimusten tulokset. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan löytää uusia tutkimustarpeita, arvioida tutkimusten johdonmukaisuutta ja tuoda esiin niissä esiintyviä puutteita. Tutkimusmetodin haasteita ovat kriteerien noudattaminen ja lähteiden monipuolisuuden takaaminen. Systemaattista kirjallisuuskatsausta käytetään muun muassa näyttöön perustuvien hoitosuosituksen laadinnan tukena. Kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle on ominaista se, että se pystyy hyödyntämään laajemmin käytettävää aineistoa ilman metodologista säännöstöä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen alalajeja ovat integroiva ja narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus voi toisinaan jäädä pintapuoliseksi, kun taas integroivalla kirjallisuuskatsauksella pyritään mahdollisimman monipuoliseen ilmiön kuvaukseen. Verrattuna systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, se antaa mahdollisuuden laajempaan lähteetökyeseen. Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa on erotettavissa tutkimusongelman asettelu, hankkimisvaihe, aineiston arviointi sekä sen analyysi ja tulkinta. (Salminen 2011, 9–15.)

4.3.1 Hakuprosessi, hakutermit ja tietokannat



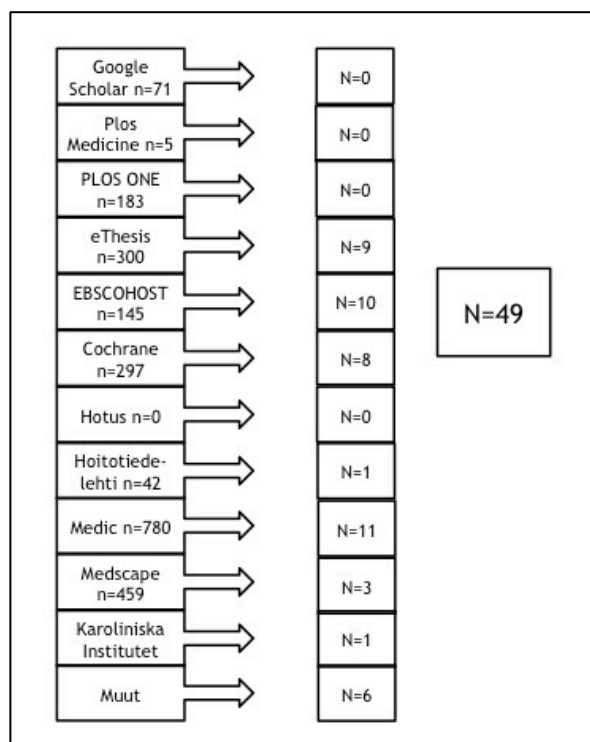
Kuvio 7: Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi

Keskeisten hakusanojen päättäminen vaatii asiaa koskevan kirjallisuuden lukemista (Hirsjärvi ym. 1995, 25; Kuvio 7). Aineistohakuprosessi vaatii itsessään laajan teoreettisen pohjan ja siitä johdetut tutkimuskysymykset ennen aineistohakua. Pohjateoriatiedosta johdettiin tutki-

muskysymykset. Integroivan kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykseksi muodostui: ”Millaisia itsemurhariskin tunnistus- ja itsemurhien ehkäisykeinoja suositellaan päivystykseen?” Haku-termit johdettiin tutkimuskysymyksestä.

Kantahakutermeiksi valittiin: suicide*, prevent*, self-harm ja emergenc*. Suomenkieliset haut tehtiin hakusanoilla: itsemurh*, ehkäisy*, itsetuh*, ensia* ja päivyst*. Hauissa käytettiin *-merkkiä jotta aineistosta ei rajautuisi turhaan pois taivutetut hakutulokset (vrt.adult-adults). JA, AND sekä + hakutermejä käytettiin tulosten rajaamisessa. Kaikki hakutermit, hakutulosten määrä, otsikon perusteella valittujen tulosten määrä ja luetun perusteella valittujen tutkimusten määrä koottiin taulukkoon (Liite 4).

Internethaut kohdistettiin Google scholar-, PLOS Medicine-, PLOS ONE-, Medscape-, eThesis-, EBSCOHOST-, Hotus-, Hoitotiede-lehti-, Medic- ja Cochrane- tietokantoihin. Pohjateoriatiedon kautta löytyneitä lähteitä hyväksyttiin osin katsaukseen. Yhteensä hakutuksia kertyi 49 (Kuvio 8).



Kuvio 8: Hakutulokset

4.3.2 Hyväksymis- ja poissulkukriteerit

Aineistohakuihin yhdistettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hakumenetelmiä ja hauille luotiin hyväksymis- ja poissulkukriteerit (Taulukko 1) sekä kantahakutermit, joiden pohjalta aineiston rajaus tehtiin.

Hyväksymiskriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu 2010–2015	Ennen 2010 julkaistu
Englannin- tai suomenkielinen	Muut kielet
Kokoteksti saatavilla ilmaiseksi	Kokotekstiä ei saatavilla ilmaiseksi
Tutkimus, tutkimusartikkeli, väitöskirja, aiheeseen liittyvä kirjallisuus	Kolumni tai mielipidekirjoitus
Tiivistelmä aiheenmukainen	Tiivistelmä ei ilmennä tutkittavaa aihetta
Länsimaalainen	Muut kuin länsimaalaiset

Taulukko 1: Hyväksymis- ja poissulkukriteerit

4.3.3 Hakuprosessi ja sen arviointi

Kirjallisuuskatsauksen tekoon liittyy dilemma sillä on oltava teorian tietoa, jotta voitaisiin etsiä teorian tietoa. Ilman teoriaa ei voida muodostaa tutkimuskysymystä ja ilman tutkimuskysymystä ei voida muodostaa hakutermejä. Teoriatiedon haku kehittää oikeiden hakusanojen löytymistä ja aihe alkaa rajautua. Kun tutkimusongelmaan etsitään aiempaa tutkimustietoa, tuloksia voi löytyä lukuisia. Tulosten joukosta voi olla vaikea seuloa juuri omaan tutkimukseen oleellisesti liittyvää tietoa. (Making sense on evidence - Casp checklists 2013.) Opinnäytetyön haut teki yksi jäsen, jotta hakulinjaus olisi yhtenäinen.

Myrkytykseen ja hoitajiin (myrky*, intoks*, hoita*, poiso*, intoxica*, nurse* yhdistettynä OR rajaukseen) liittyvien hakutermin yhdistäminen edellä oleviin kantahakutermeihin aiheutti totaalisen tulokadon, joten niistä luovuttiin. Systemaattisen haun olennainen osa on hakutermin muuttumattomuus, mikä voi rajata tuloksia tarpeettomasti, koska tutkimuksen kieli voi olla tutkijakohtaista. Esimerkiksi hakutermillä ”deliberate self-harm” voivat kaikki ”suicidal behavior” sisältyvät tulokset jäädä pois. Tästä syystä hakutermejä muokattiin jokaiseen tietokantaan soveltuviksi. Hakuvaiheessa tehtiin otsikon ja abstraktin perusteella valinta hyväksymis- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Nämä otsikon perusteella valitut hakutulokset jaettiin ryhmäläisten kesken. Hakutulokset käytiin selaillessa läpi, etsien kantahakutermeihin sopivia sanoja. Itsemurhien tunnistusta ja ehkäisyä koskevat tutkimukset hyväksyttiin lopulliseen työhön.

Laurean Finnan kautta pääsimme Mediciin, Hotukseen, Hoitotieden-lehteen, Julkariin, Cochrane Libraryyn, Proquest Centraliin ja EBSCOHOST:in yhdistelmähakuun (sisältää muun muassa Cinahlin). Muina lähteinä käytimme Google Scholar-, PLOS Medicine-, PLOS ONE- sekä eThesis-hakukoneita. Tulokset tulivat useimmista tietokannoista hyvin organisoidussa muodossa, jolloin hakutermin ja hakutulosten määrän taltiointi oli helppoa. Toisissa taas tietokanta lähet-

ti jokaisen hakutuloksen yksittäin sähköpostiin eikä hakukone pystynyt tallentamaan hakuhistoriaa. Näissä tapauksissa kirjaaminen tehtiin erilliseen tiedostoon. Osassa tietokannoissa hyväksymis- ja poissulkukriteereitä voitiin käyttää suoraan, kun taas toisissa tietokannoissa aiheiston rajaus ei onnistunut vuosiluvun perusteella ja ne jouduttiin käymään läpi manuaalisesti. *Full text* kriteeri tuotti muutamissa tietokannoissa lyhyitä artikkeleita, joissa lähdeviittauksia ei ollut ollenkaan tai niiden oikeellisuus oli mahdoton tarkastaa vanhentuneiden linkkien takia.

Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta, kirjallisuuskatsaukseen valitut ovat läpäisseet kriteerit. Poikkeamat otettiin mukaan katsaukseen, jos ne tarjosivat uudenlaista tietoa ja niiden toteutusympäristö oli teollistunut kaupunkiseutu. Tuloksiin hyväksyttiin hakukriteerien ulkopuolinen julkaisuajankohta jos tutkimuksen tulokset olivat nykypäivään sovellettavia. Tietokantahaut tehtiin erillisinä päivinä virhelähteiden minimoimiseksi. Lesken jätetty haku olisi voinut aiheuttaa tulosten epäselvyyttä. Monet hakutulokset olivat maksullisia ja tästä syystä katsauksesta on voinut rajautua pois hyvinkin oleellista materiaalia. Valittu kirjallisuuskatsauksen muoto antoi mahdollisuuden ottaa mukaan tutkimuksia varsin laajasti, mikä koettiin sekä raskaana että antoisana.

Hakukoneista EBSCOHOST tuotti hyvin useita, samoja hakutuloksia. Muutamissa tutkimuksissa tutkittiin lihavuuden, väkivallan ja rattijuoppouden yhteyttä itsemurhiin. Nämä jätettiin pois, koska ne käsittelivät asiaa yhteiskunnallisen prevention näkökulmasta. PLOS Medicinen hakutulokset koskivat aiheen lääketieteellistä puolta, muun muassa lääkitysten vaikutusta, ja tästä syystä yksikään hakutulos ei vastannut tutkimuskysymyksiin. PLOS ONE ei antanut hakutermeillä yhtään tulosta, sen sijaan EBSCOHOST:in kautta saatiin useita PLOS ONE:n tutkimusartikkeleita. Medicin haut tuottivat paljon lupaavia artikkeleita, joiden lukemiseen olisi tarvittu Lääkärilehden tunnukset. Googlen Scholarin haku tuotti 9, otsikon perusteella hyvin lupaavankuuloista hakutulosta, mutta nämä tutkimukset olivat maksullisia. Myös Medscapen kautta löytyneistä artikkeleista suurin osa osoittautui maksullisiksi. Maksulliset tutkimukset muodostavat ison harmaan alueen, jonka vaikutusta kirjallisuuskatsauksen validiteettiin ei voida arvioida. Tiedon maksuttomuus asettaa erilaiset tutkijat yhdenvertaisempaan asemaan, ja toisaalta tutkijan on muistettava, että maksuttomuus ei takaa julkaisun laadukkuutta.

Vaikka iso osa nykyään tehtävistä kirjallisuuskatsauksista perustuukin sähköisten tietokantojen käyttöön, pelkkä sähköisten lähteiden käyttö voi silti vaikuttaa luotettavuuteen, mikä on otettava huomioon tämän opinnäytetyön validiteetin arvioinnissa. Systemaattinen haku ja tulosten aukikirjoitusprosessi helpottivat tutkimusten johdonmukaisuuden arviointia ja tulosten lopullista tiivistämistä ja yhteenvetoa.

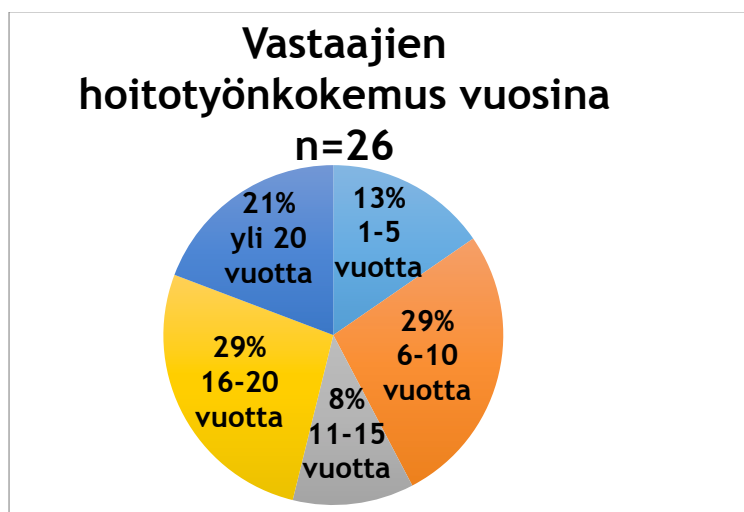
5 Tulokset

5.1 Kyselylomaketutkimus ja otos

Kyselylomaketutkimuksen osa-alueet oli ryhmitelty vastaajan taustatietoihin, itsetuhoisen potilaan hoitoisuuteen, itsemurhien ehkäisyyn sekä vastaajan oman osaamisen tunnistamiseen. Kysymyksiä oli yhteensä 8 ja vastausaikaa 2 viikkoa. Kyselylomake lähetettiin yhteensä 110 työntekijälle. Kyselylomakkeen vastaajamäärä oli 26, mikä on 24 prosenttia kyselylomakkeen saaneista.

5.1.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajan taustatiedoilla eli kysymyksellä 1. kartoitettiin hoitajien hoitotyönkokemuksen pituutta. Kysymyksen tuloksia voitiin käyttää muiden kysymysten lisäarvioinnissa. Vastaajien hoitotyön kokemus vuosina oli jakaantunut hyvin tasapuolisesti: 13 prosentilla kokemusta oli 1–5 vuotta, 29 prosentilla 6–10 vuotta, 8 prosentilla 11–15 vuotta, 29 prosentilla 16–20 vuotta ja 21 prosentilla kokemusta oli yli kaksikymmentä vuotta (Kuvio 9).



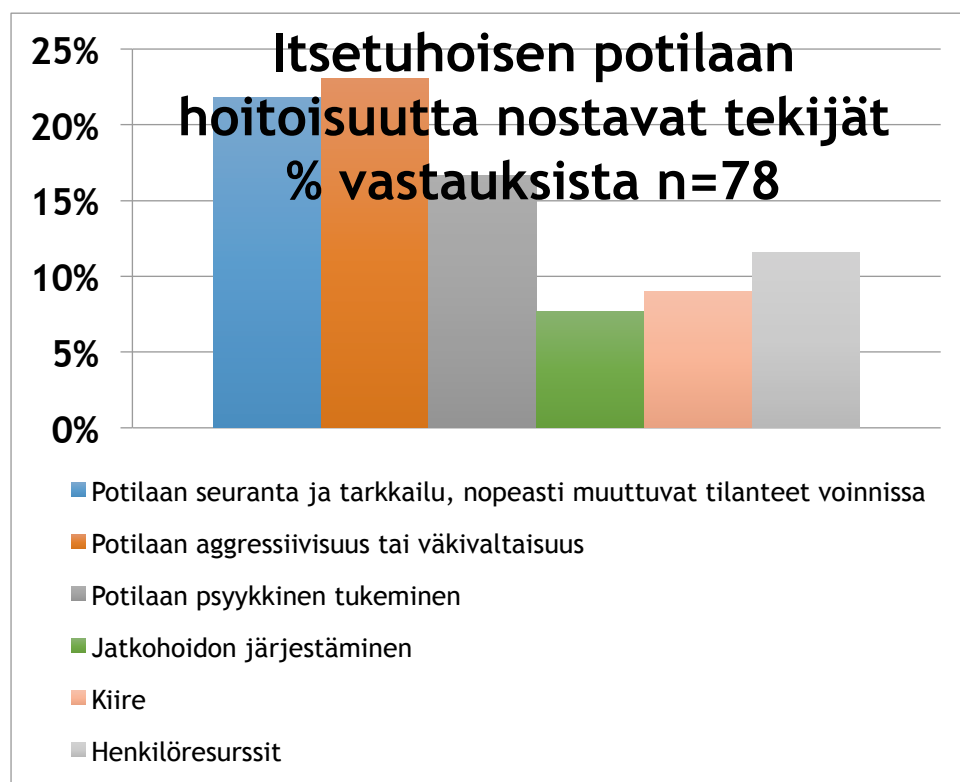
Kuvio 9: Vastaajien hoitotyönkokemus

5.1.2 Itsetuhoisen potilaan hoitoisuus

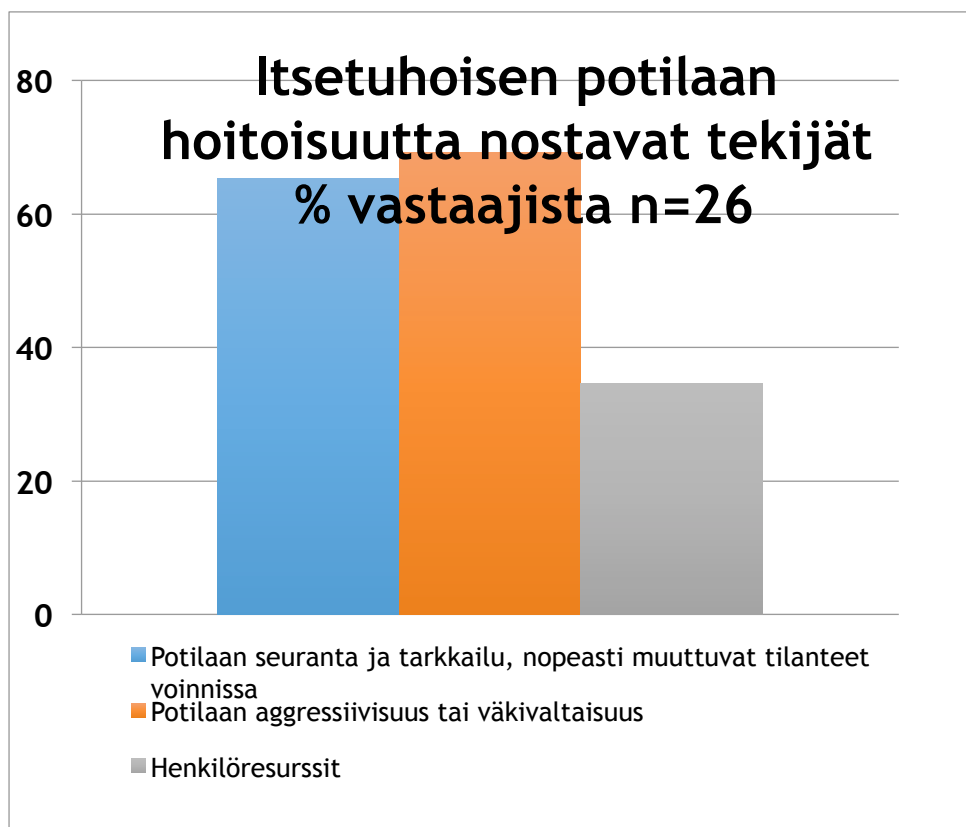
Itsetuhoisen potilaan hoitoisuutta koskevilla kysymyksillä 2. ja 3. selvitettiin millaiseksi itsetuhoisten potilaiden hoitoisuus koetaan ja mitkä ovat hoitoisuutta nostavia tekijöitä. Kyselylomakkeen 2. kysymyksen tarkoitus oli luokitella itsetuhoisten potilaiden hoitoisuus karkeasti. Hoitoisuutta pyydettiin vertaamaan muihin potilasryhmiin. Kysymyksen asteikko oli viisiluokkainen. Vastausvaihtoehdot olivat: ”Hyvin vähän hoitoa vaativaa”, ”Keskimääräistä vähemmän hoitoa vaativaa”, ”Keskimääräisesti hoitoa vaativaa”, ”Keskimääräistä enemmän hoitoa vaati-

vaa” sekä ”Hyvin paljon hoitoa vaativaa”. Vastaajat arvioivat itsetuhoisen potilaan hoitoisuuden keskimääräistä enemmän hoitoa vaativaksi. Vastaajista ainoastaan 8 prosenttia koki potilaiden hoitoisuuden keskimääräistä vähemmän hoitoa vaativaksi. Hoitotyökokemuksella ei ollut suurta merkitystä koettuun hoitoisuuteen. He, joilla hoitotyökokemusta oli 11–20-vuotta, kokivat potilaan hoitoisuuden hieman raskaammaksi kuin muut ryhmät, mutta ero oli hyvin pieni.

3. kysymyksessä tiedusteltiin, mitkä asiat vastaajan mukaan nostavat itsetuhoisen potilaan hoitoisuutta. Vastaajat kokivat, että merkittävin tekijä oli potilaan aggressiivisuus tai väkivaltaisuus, joka kattoi 23 prosenttia kaikista vastauksista. Muut merkittävimmät esille nousseet tekijät kaikista vastauksista (Kuvio 10) olivat potilaan seuranta ja tarkkailu (22 %), potilaan psyykkinen tukeminen (17 %), henkilöstöresurssit (12 %) sekä kiire (9 %). Vastaajista 69 prosenttia oli nostanut potilaan aggressiivisuuden tärkeimmäksi tekijäksi ja 65 prosenttia potilaan seurannan ja tarkkailun (Kuvio 11). 26 prosenttia kaikista vastaajista toi esille, että jatkohoidon järjestäminen nostaa hoitoisuutta. Näistä vastaajista 67 prosentilla oli hoitotyökokemusta yli 16 vuotta. 50 prosenttia hoitajista, joilla oli työkokemusta 1–5-vuotta, koki kirjaamisen nostavan itsetuhoisen potilaan hoitoisuutta. Kukaan vastaajista ei kokenut, että potilaalle tehtävät hoitotoimenpiteet olisivat hoitoisuutta nostava tekijä. Vastaajille oli annettu avoimen vastauksen mahdollisuus. Näistä vastauksista tärkeimmäksi hoitoisuutta nostavaksi tekijäksi nostettiin potilaan humalatila.



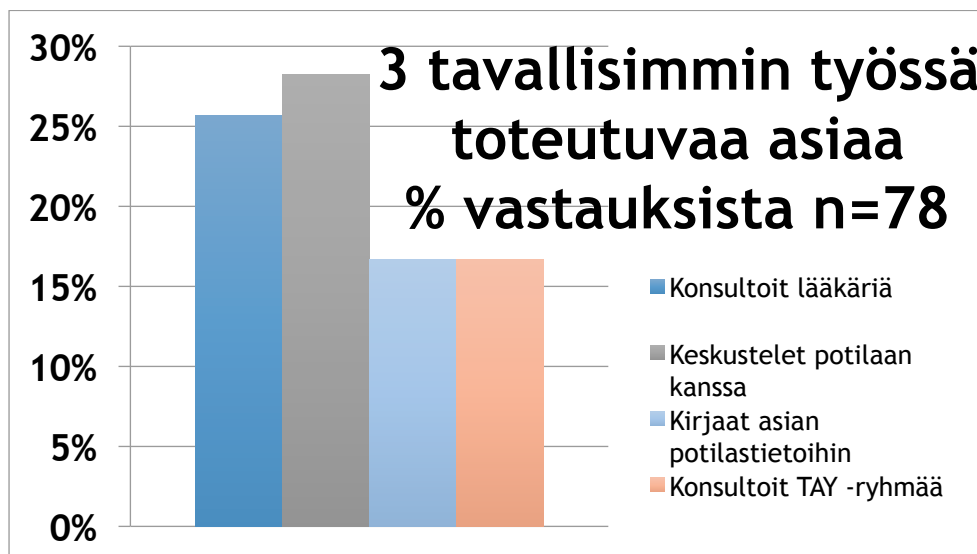
Kuvio 10: Hoitoisuutta nostavat tekijät (vastauksista)



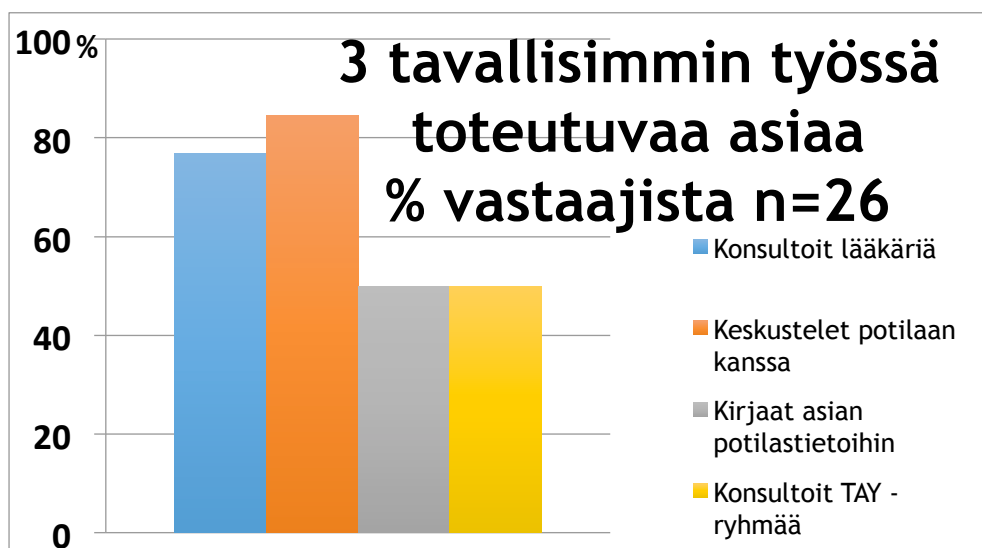
Kuvio 11: Hoitoisuutta nostavat tekijät (vastaajista)

5.1.3 Itsemurhien ehkäisytyö

Kysymykset 4., 5. ja 6. koskivat itsemurhien ehkäisytyötä. 4. kysymyksessä kartoitettiin, mitkä ovat 3 tavallisimmin toteutuvaa asiaa itsetuhoisen potilaan hoitotyössä. Tavallisesti itsetuhoisen potilaan hoitotyössä toteutuvia asioita kyselyn vastausten (Kuvio 12) mukaan ovat keskustelu potilaan kanssa (28 %), lääkärin konsultointi (26 %), TAY-ryhmän konsultointi (17 %) sekä havaintojen kirjaaminen potilastietoihin (17 %). Peräti 85 prosenttia vastaajista (Kuvio 13) nosti keskustelun potilaan kanssa tavallisimmin toteutuvaksi asiaksi työssään. Sen sijaan mini-interventioita ei kukaan ilmoittanut käyttävänsä hoitotyössä.



Kuvio 12: Ehkäisytyö (vastauksista)

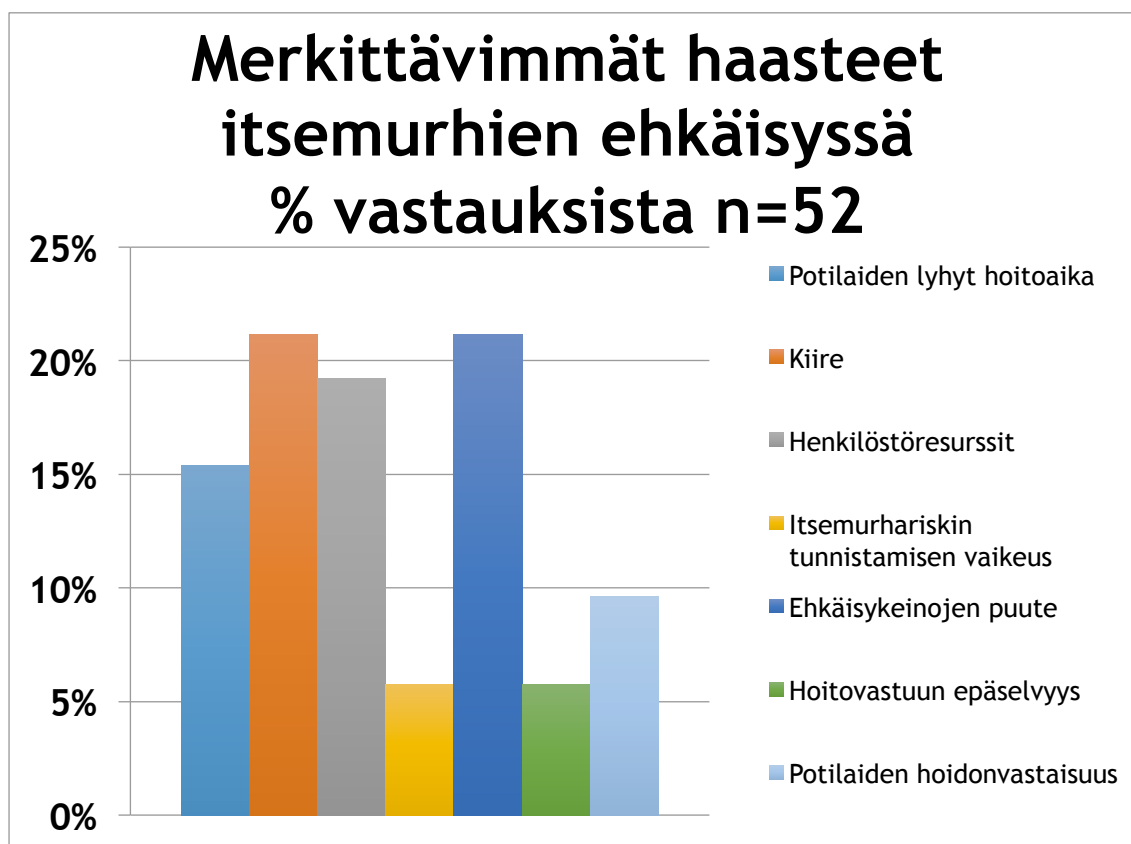


Kuvio 13: Ehkäisytyö (vastaajista)

Avoimeen vastausvaihtoehtoon oli kirjattu, ettei kolme vastausvalintaa ollut riittävä määrä. Vastausten määrää rajoittamalla haluttiin selvittää tavallisimmat toimenpiteet ja saada niihin erittelyä. Jos vastausmäärää ei olisi rajattu, olisi ollut todennäköistä, että kaikki vastausvaihtoehdot olisi valittu, vaikka ne eivät toteutuisikaan kaikkien potilaiden hoidossa.

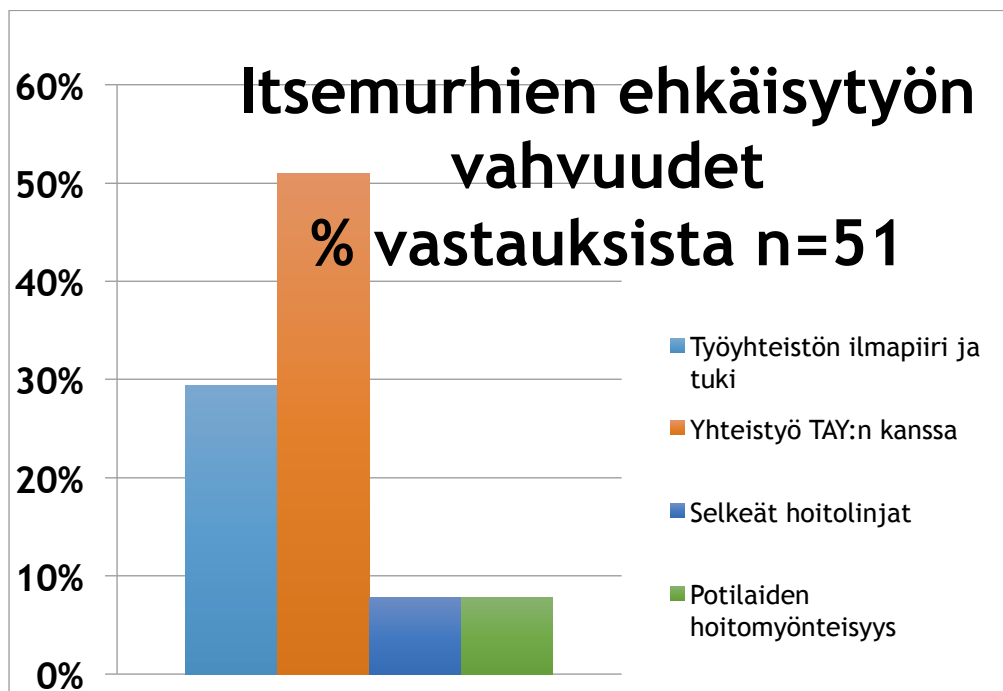
5. kysymyksessä vastaajilta tiedusteltiin kahta merkittävintä itsemurhien ehkäisytyön haastetta päivystyksessä. Tärkeimmiksi itsemurhien ehkäisytyön haasteiksi vastauksista (Kuvio 14) nousi ehkäisykeinojen puute (21 %) ja kiire (21 %). Muita merkittäviä kyselyssä esille tulleita haasteita olivat henkilöstöressurit (19 %), potilaiden lyhyt hoitoaika (15 %) ja potilaiden hoidon vastaisuus (10 %). Peräti 42 prosenttia kaikista vastaajista piti ehkäisykeinojen puutetta merkittävänä haasteena. Itsemurhariskin tunnistamisen vaikeutta koki vain 12 prosenttia kai-

kista vastaajista. Avoimessa vastausvaihtoehdossa tuotiin esille, että itsetuhoinen käytös voi psykiatrisesta hoidosta huolimatta olla toistuvaa, mikä on tärkeä huomio.

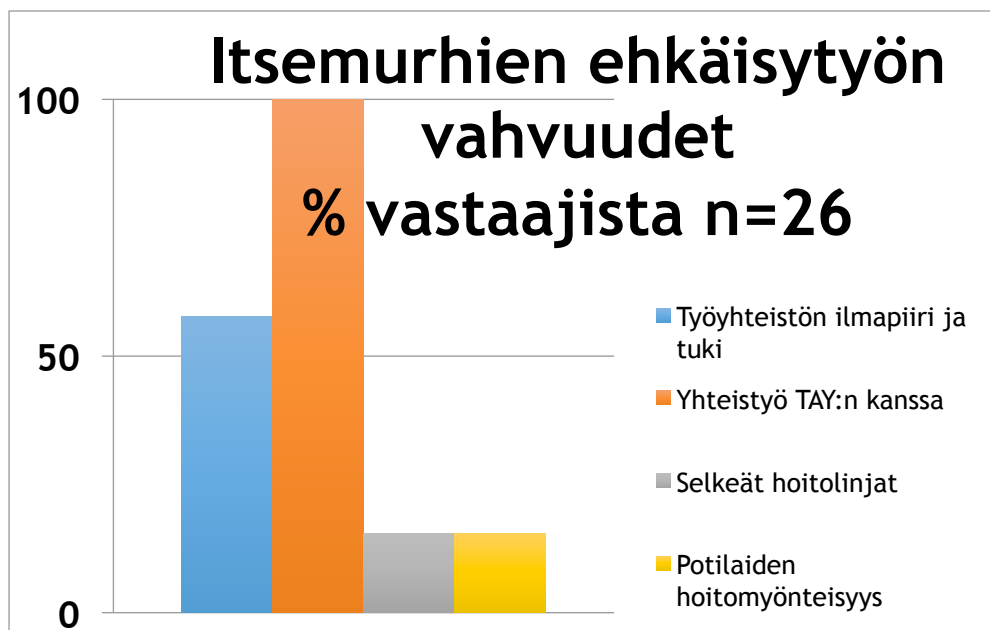


Kuvio 14: Haasteet (vastauksista)

6. kysymyksessä kysyttiin, mitkä kaksi asiaa ovat itsemurhien ehkäisytön vahvuuksia päivystyksessä. Ehkäisytön vahvuuksiksi vastausten (Kuvio 15) perusteella nousivat yhteistyö TAY-ryhmän kanssa (51 %) sekä työyhteisön ilmapiiri ja tuki. Selkeä hoitolinja ja potilaiden hoito-omenteisuus saivat kumpikin 15 prosenttia annetuista vastauksista. Vastausten hyväksyttävää määrää laski yksi tyhjä vastaus, joka oli annettu ”Joku muu, mikä”-kohtaan. Vastaajien (Kuvio 16) perusteella lasketun tilaston mukaan 100 prosenttia (26 vastausta) vastaajista koki, että yhteistyö TAY-ryhmän kanssa on itsemurhien ehkäisytön suurin vahvuus. 58 prosenttia vastaajista koki työyhteisön ilmapiirin ja sen antaman tuen ehkäisytön vahvuudeksi.



Kuvio 15: Vahvuudet (vastauksista)

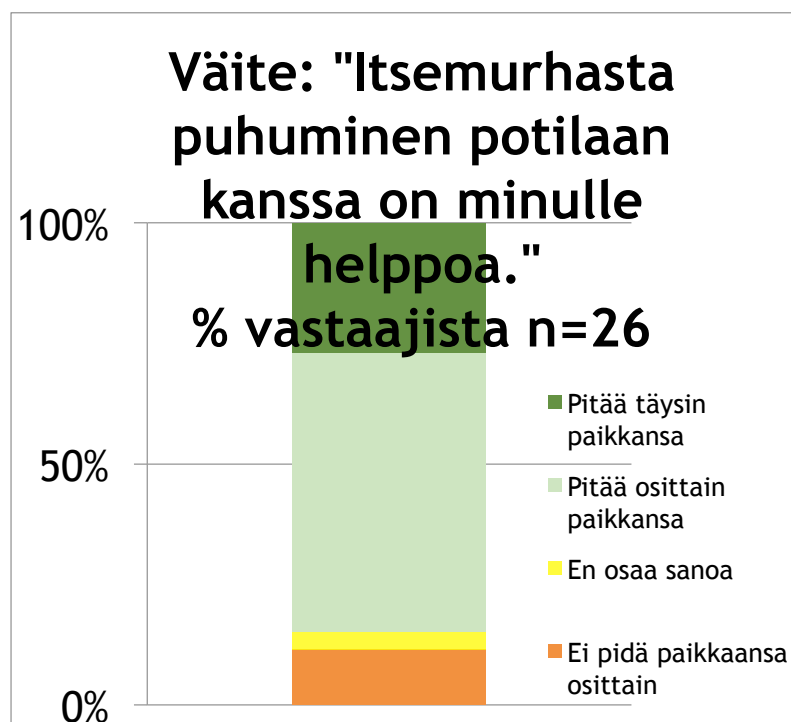


Kuvio 16: Vahvuudet (vastaajista)

5.1.4 Oman osaamisen tunnistaminen

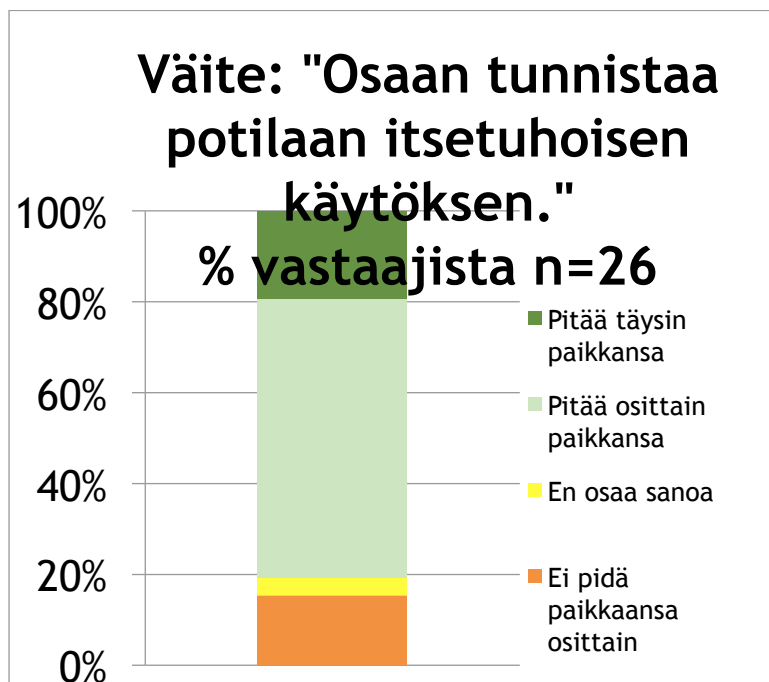
Oman osaamisen tunnistamista koskevilla kysymyksillä 7. ja 8. kartoitettiin, millaiseksi vastaaja kokee itsemurhasta puhumisen ja itsetuhoisen käytöksen tunnistamisen osaamisen. 27 prosenttia vastaajista (Kuvio 17) piti väitettä ”Itsemurhasta puhuminen potilaan kanssa on minulle helppoa” täysin paikkaansa pitävänä. 58 prosenttia vastaajista arvioi väitteen pitävän osittain paikkaansa ja 12 prosenttia oli sitä mieltä, että väite ei osittain pidä paikkaansa. Yksi-

kään vastaaja ei kokenut väitettä täysin paikkaansa pitämättömänä. Suurin osa vastaajista, 85 prosenttia, koki puhumisen melko helpoksi. Viimeiset väitteet toimivat samalla kontrollikysymyksinä 2. ja 5. kysymyksille, jossa kysyttiin tavallisimmin työssä toteutuvia asioita ja ehkäisytyön haasteita.



Kuvio 17: Väite 1.

Väitettä, "Osaan tunnistaa potilaan itsetuhoisen käytöksen", 15 prosenttia vastaajista (Kuvio 18) piti osittain paikkaansa pitämättömänä, 62 prosenttia osittain paikkaansa pitävänä ja 19 prosenttia täysin paikkaansa pitävänä. Vastaajista 81 prosenttia koki, että osaa ainakin osittain tunnistaa itsetuhoisen käytöksen. Viimeisen kysymyksen väittämäparille oli kysymysmuodoiksi valittu positiiviset väittämät, koska aiheeseen ei haluttu liittää negatiivista konnotaatiota. Tämä on otettava tuloksissa huomioon, sillä väittämät voivat aina johdatella vastaajaa joko negatiiviseen tai positiiviseen vastausvaihtoehtoon. Tuloksista on huomioitava se, ettei kukaan nostanut esille puhumista ja tunnistamista itsemurhien ehkäisytyön vahvuutena, vaikka siihen oli mahdollisuus avoimen vastausvaihtoehdon kautta.



Kuvio 18: Väite 2.

5.1.5 Palaute

28 prosenttia kaikista vastanneista kirjoitti kyselyn lopussa olleeseen palauteosioon. Näistä 43 prosenttia toivoi omaa psykiatrista hoitajaa päivystykseen. 43 prosenttia toi esille, että tällä hetkellä itsetuhoiset potilaat eivät saa päivystyksestä kaipaamaansa keskusteluapua henkilöresurssien vuoksi. Itsetuhoisilla potilailla voi olla tarvetta hyvinkin pitkiin keskusteluihin ja jos hoidon kriteerit Kellokoskelle eivät täyty, potilaat joutuvat palamaan kotiin, saamatta apua. 28 prosenttia palautetta antaneista toivoi lisää psykiatrisen puolen koulutusta somaattisen puolen hoitajille. Hoitajat toivat esille, että toistuvasti käyvien potilaiden hoito voi turhauttaa. Palautteista suurin osa koski hoitajien huolta, että heidän aikansa ei riitä itsetuhoisille potilaille siinä määrin mitä he tarvitsevat, minkä seurauksena potilaat käyvät toistuvasti päivystyksessä.

5.1.6 Kyselytutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata tutkittavaa ilmiötä (Hirsjärvi ym. 1995, 25). Validiteettia tarkastellaan ilmeisvaliditeetin kautta eli näyttääkö mittari mitattavan kuvattavaa asiaa. Sisältövaliditeetilla arvioidaan sitä, miten kattavaa mittaus on. Teoreettisen validiteetin kautta tarkastellaan millaiset yhteydet mittarilla on teoreettiseen perustaan. Reliabiliteetti viittaa mittaustulosten vakauteen ja johdonmukaisuuteen eli siihen, että tulos pysyy samana mittausajankohdasta huolimatta. (Bryman 2008, 149.) Mittauksen varianssi eli erilaisuuden vaihtelu, muodostuu sekä mitattavasta asiasta että mittausvirhe-

tä. Mittausvirhe voi koostua muun muassa tilannetekijöistä, vastaajan persoonallisista tekijöistä, tiedon tallennusvirheistä, analysointivirheistä ja tulkintavirheistä. Näistä kahdesta asiasta, validiteetista ja reliabiliteetista, muodostuu mittaamisen luotettavuus. (Pelkonen & Perälä 1993, 146–147.) Kyselytutkimuksen luotettavuutta voi heikentää se, ettei tiedetä miten vakavasti vastaajat ovat vastanneet, miten perehtyneitä he ovat aihealueeseen, onko kysymykset tai vastausvaihtoehto ymmärretty väärin sekä vastauskato. Aineisto voidaan tulkita pinnalliseksi tai kyselytutkimuksen teoria voi olla vaatimaton. (Hirsjärvi ym. 2013, 195.)

Kyselytutkimuksen sisältövaliditeetti olisi voinut olla muutamaa kysymystä laajempi, jos aiheesta olisi tehty ensin kirjallisuuskatsaus ja vasta sen jälkeen kyselytutkimus. Kyselylomaketutkimuksen reliabiliteetti oli hyvä. Sähköisen kyselyn etu oli se, että sen täyttäminen oli aikaan ja paikkaan sitoutumatonta ja vastaajalla oli mahdollisuus tehdä kysely silloin, kun se hänelle parhaiten sopii eikä lomaketta tarvinnut postittaa erikseen. Täytettävät paperiset lomakkeet olisivat voineet olla reliabiliteettiongelma, koska kiireessä vastaaminen voi johtaa tilannesidonnaiseen varianssivirheeseen. Kyselyn tekeminen sähköisessä muodossa vaikutti tutkimuksen luotettavuuteen. Sähköinen lomake oli laadittu niin, että se siirtyi seuraavaan kysymykseen vasta kun tarvittava määrä valintoja oli tehty, mikä minimoi epäselvien ja sitä kautta hylättävien vastausten määrää. Sähköisen lomakkeen etu oli kirjoitusasun selkeys, jolloin käsialan virhetulkinnasta johtuvat hylkäämiset ja väärinymmärrykset vähenevät. Kyselylomakkeen vastaajien otoskoko oli 26, mikä oli 24 prosenttia kaikista kyselylomakkeen saaneista. Kyselylomaketutkimuksessa saavutettiin 15 vastaajan jälkeen kyllästyspiste, jonka jälkeen vastaajien määrä ei enää muuttanut lopputuloksia. Tästä syystä vastaajien määrää, 26, pidettiin riittävänä. Kyselylomaketulosten analysoinnissa käytettiin keinoja, jotka olivat varmasti ymmärretty ja joita osattiin käyttää: uusien ja tuntemattomien validiteettitestausten ja tilastollisten menetelmien täydellinen ymmärtäminen vaatisi useampia vuosia ja useampia tutkimuksia. Tuloksia pyrittiin tarkastelemaan sekä annettujen vastausten että vastaajien kautta. Esimerkiksi itsemurhien ehkäisyn vahvuuksia koskevassa kysymyksessä TAY oli saanut kaikista annetuista vastauksista (n=51) 50 prosenttia ja kaikista vastaajista (n=26) vaihtoehdon oli valinnut 100 prosenttia. Vaikka tilastot antavatkin melko selkeää tietoa aiheesta, niiden esittämiseen liittyy monta tekijää. Yksittäisiä vastauksia ei ilmoitettu, koska niiden ilmoittaminen prosenttiosuuksina voi johtaa lukijaa harhaan. Kyselylomaketutkimus vastasi esitettyihin tutkimuskysymyksiin ja sen toimintaa pidettiin jokseenkin validina.

5.2 Integroiva kirjallisuuskatsaus

5.2.1 Itsemurhan riskitekijät mielenterveyspotilaille

Vuorilehdon tutkimuksen mukaan terveyskeskuksen masennuspotilaille itsetuhoiset ajatukset olivat hyvin yleisiä ja usein nämä jäivät lääkäreiltä kokonaan huomaamatta. Lääkärit kuitenkin

kin tunnistivat masennuksen kaikilta itsemurhaa yrittäneiltä potilailta. (Vuorilehto 2008, 75–79, 84.) Potilaat eivät kovinkaan usein tuo itsenäisesti esiin itsemurha-aikomuksiaan (Riihimäki 2014, 66).

Potilailla, joilla oli itsetuhoisia ajatuksia, oli useammin toivottomuuden tunnetta, alkoholi-riippuvuutta tai sen väärinkäyttöä sekä heikko sosiaalinen taustatuki. Itsemurhia yrittivät erityisesti nuoret potilaat sekä potilaat, jotka kärsivät vakavasta masennuksesta, alkoholi-riippuvuudesta ja saamattomuudesta. Masennuspotilaiden itsemurhayrityksen todennäköisyyteen liittyi vakavan masennusjakson kesto, aiempi itsemurhayritys ja elämänkumppanin puuttuminen. Vahvat itsetuhoajatukset, masennusoireet ja mikä tahansa persoonallisuushäiriö ennustivat yksinään itsetuhoisten ajatusten pidempää kestoja. Sen sijaan toivottomuuden, masennusoireiden ja levottomuuden vähentyminen ennustivat itsetuhoajatusten vähentymistä. Potilaat, joilla oli taustalla itsetuhoista käyttäytymistä, asennoituivat suopeammin masennuslääkitykseen kuin potilaat, joiden taustalla oli itsetuhoajatuksia, mutta ei itsemurhayrityksiä. Sen sijaan hoitoon sitoutumisessa ei ryhmien välillä ollut eroa. Tehokkaalla masennuksen hoidolla voidaan ehkäistä itsemurhayrityksiä (Sokero 2006, 50–66).

Kaksisuuntainen mielialahäiriö kasvattaa itsemurhariskiä (Sokero 2006, 53). Itsetuhoisen käytös on erittäin yleistä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla. 20 prosenttia tutkittavista oli yrittänyt itsemurhaa tutkimusjakson aikana ja kolmella neljästä oli ollut itsetuhoisia ajatuksia jossain vaiheessa elämäänsä. 51 prosenttia tutkittavista oli yrittänyt itsemurhaa joko ennen tutkimusjaksoa tai sen aikana. Itsetuhoajatusten riskitekijöitä ovat vakava masennusjakso ja toivottomuus. Itsemurhayrityksen riskitekijöitä ovat masennus, toivottomuus, samanaikainen muu persoonallisuushäiriö ja aiempi itsemurhayritys. Alkoholi ei välttämättä ole itsemurhien riskitekijä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla (Valtonen 2007, 59–71.) Masennuspotilailla, joilla on kaksisuuntainen mielialahäiriö, esiintyy samanaikaisesti kolme kertaa yleisemmin päihteiden väärinkäyttöä, itsetuhoajatuksia, vakavia taloudellisia vaikeuksia ja neljä kertaa yleisemmin edeltäviä itsemurhayrityksiä verrattuna masennuspotilaisiin, joilla ei ole kaksisuuntaista mielialahäiriötä (Riihimäki 2014, 70). Persoonallisuushäiriöt, erityisesti epävakaa persoonallisuushäiriö, olivat nuorilla naisilla yleisempiä kuin muilla (Pirkola 1999, 44). Itsetuhoajatukset voivat olla myös skitsofrenian ennako-oire ja itsetuhoajatuksia voi ilmetä psykoosin alkuvaiheessa. Varhaisella itsetuhoajatusten kartoittamisella ja interventiolla voidaan vähentää laitoshoitopalveluiden käyttöä ja kustannuksia (Salokangas ym. 2007, 111–121). 71 prosenttia skitsofreenikoiden tekemistä itsemurhista tehtiin kolmen ensimmäisen vuoden aikana skitsofrenian puhkeamisesta. Seitsemän prosenttia skitsofreenikoista teki itsemurhan 39 ikävuoteen mennessä. (Alaräisänen 2010, 65–67.)

Riihimäki on tutkinut terveyskeskuspotilaiden masennuksen kulkua, ennustetta, itsemurhayrityksiä, toiminta- ja työkykyä sekä oheissairastavuutta. Tutkimuksessa ilmeni, että 10,4 pro-

senttia tutkimukseen osallistuneista masennuspotilaista yritti viisivuotisen tutkimuksen aikana itsemurhaa. Itsemurhayritystä ennustivat aiempi itsemurhayritys ja oheissairastavuutena päihdeongelmat. 95 prosenttia kaikista itsemurhayrityksistä tapahtui masennuspotilailla masennusjakson aikana. 41 prosentilla potilaista masennusjaksoon liittyi päihteiden väärinkäyttö, 55 prosentilla masennusjaksoon ei liittynyt päihteiden väärinkäyttöä ja 5 prosentilla masennus oli osittaisessa remissiovaiheessa, mutta siihen liittyi päihteiden väärinkäyttö. Sen sijaan itsemurhayrityksiä ei tapahtunut potilailla, joilla masennus oli kokonaan remissiovaiheessa eikä niillä potilailla, joilla masennus oli osittain remissiovaiheessa eikä potilailla ollut päihteiden väärinkäyttöä. Itsemurhaa yrittäneistä potilaista 95 prosenttia ei ollut keskustellut itsetuhoajatuksistaan, itsemurhasuunnitelmistaan tai yrittänyt hakea niihin apua perusterveydenhuollosta (Riihimäki 2014, 64–79).

37 prosentilla masennuspotilaista oli ollut itsetuhoajatuksia ja 17 prosenttia oli yrittänyt itsemurhaa jossain vaiheessa elämäänsä. Itsetuhoista käytöstä tutkimuksen aikana ennusti potilaan aiempi, masennusjaksosta johtuva psykiatrinen hoito. Muita ennustavia tekijöitä olivat nuorempi ikä, masennusoireiden vakavuus ja samanaikaisesti esiintyvät persoonallisuushäiriöt. Elämän aikaista itsetuhoisuutta ennusti masennusdiagnoosi, vakavat masennusoireet, levottomuus, toivottomuus ja personaallisuushäiriöt. Potilaan aikaisempi elämän aikana saatu psykiatrinen hoito nosti itsemurhayritysten riskiä. (Vuorilehto 2008, 72–73.)

Läheisen tekemä itsemurha voi lisätä itsemurhariskiä. Jopa neljänneksellä itsemurhan tekneistä oli taustalla läheisen itsemurha. Joka toisella itsemurhaa yrittäneistä taustalla oli läheisen itsemurha tai sen yritys. (Brandt 2014, 11–32.) Tieto läheisen itsemurhasta aiheuttaa sokin ja läheisen itsemurha voi nostaa voimakkaita syyllisyyden, vihan ja itseinhon tunteita etenkin suruprosessin alussa. Läheinen tarvitsee tukea, ja apua voidaan kaivata konkreettisisä asioissa kuten kaupassa käynnissä. Ammatillinen apu, varsinkin ensimmäisen vuoden aikana, on tärkeää. Vertaistukiryhmien saavutettavuus ei ole tasapuolista Suomessa. Kuolleen kohtaaminen voi konkretisoida kuoleman läheiselle ja olla eheyttävä kokemus, paitsi silloin, jos ruumis on pahoin ruhjoutunut. (Brandt 2014, 33–69.)

Itsetuhoajatukset ovat yksi itsemurhan riskitekijä. Potilailla, joilla on itsetuhoisia ajatuksia ja itsemurhaan liittyvä suunnitelma, on 56 prosentin todennäköisyys yrittää itsemurhaa. Pelkistä itsetuhoisista ajatuksista kärsivistä, riski itsemurhayritykseen on 15 prosenttia. Matka itsetuhoisista ajatuksista itsemurhayritykseen tapahtuu 60 prosentilla potilaista jo ensimmäisen vuoden aikana. Itsemurhayrityksen riskitekijöitä ovat naissukupuoli, nuorempi ikä, lyhempi koulutusaika, sinkkuus ja mielenterveysongelmat. Kehittyneissä maissa mielialahäiriöt olivat useimmin riskitekijöitä, kun taas kehittymättömissä maissa riskiä lisäsivät impulssi-kontrolli häiriöt. (Nock ym. 2008.)

Fengin, Lin ja Chenin tutkimuksen mukaan potilaan optimismi ja luottamus omiin kykyihin suojaavat itsetuhoajatuksilta sekä vähentävät niiden esiintymistä. Myös interventiot, jotka tähtäävät potilaan optimismiin ja itsetunnon nostamiseen, voivat vähentää itsetuhoisia ajatuksia. (Feng ym. 2015, 6–8.)

5.2.2 Päihteiden väärinkäyttö itsemurhien ja myrkytysten riskitekijänä

2000-luvulla opioidimyrkytyskuolemat ovat lisääntyneet Suomessa. Useimmiten taustalla ovat reseptillä saatavat opioidit. Opioidien väärinkäyttäjillä kuolemaan johtaneet myrkytykset olivat yleisempiä kuin muilla. Opioidimyrkytykset ovat usein sekamyrkytyksiä. Alkoholi, bentsodiatsepiinit tai molemmat yhdessä ovat olleet mukana 90 prosentissa kaikista opioidimyrkytyksistä. 82 prosentissa tapauksissa mukana oli bentsodiatsepiinit. Vaikka bentsodiatsepiinit ovat yleisiä opioidimyrkytysten yhteydessä, vain harva kuolema on luokiteltu bentsodiatsepiinimyrkytykseksi ja harvempi itsemurhaksi. Yleisimmin bentsodiatsepiini itsemurha tehdään zopiklonilla tai zolpideemilla. Alkoholi on ollut mukana 31 prosentissa opioidien väärinkäyttäjien kuolemista. Oxykodonin käyttö yhdistettiin 56 prosentissa tapauksista muiden opioidien samanaikaiseen käyttöön. Oxykodonin pitoisuus veressä oli muihin vahvoihin opioideihin verrattuna merkittävästi paljon suurempi. Epäilläään, että oxykodonin käyttäjät väärin vähäosaiset sekakäyttäjät. (Häkkinen 2015, 36–43.)

Opioidimyrkytykseen kuolleiden keski-ikä oli 27–32, riippuen käytetystä opioidista. Kuolemaan johtaneet fentanyylimyrkytykset olivat useimmiten vahinkoja. Kolme neljäsosaa väärinkäyttäjistä on miehiä. Buprenorfiini on korvannut heroiinin myrkytyksissä. Buprenorfiinista johtuva myrkytyskuolema oli yleensä viivästynyt ja tapahtui nukkuessa. Buprenorfiini oli yleensä annosteltu parenteraalisesti. Buprenorfiinimyrkytyksiin liittyy usein muiden huumeiden käyttöä: 82 prosentilla tapauksista verestä löytyi bentsodiatsepiineja, joista yleisimpiä olivat alpratsolaami ja diatsepaami. Muiden opioidien samanaikainen käyttö buprenorfiinimyrkytyksissä on harvinaisempaa. Muiden opioidien samanaikainen käyttö buprenorfiinin kanssa näyttäisi olevan yleistymässä (Häkkinen 2015, 36–43).

Pregabaliinia löytyi neljäsosasta kaikista kuolemaan johtaneista opioidimyrkytyksistä, useimmiten kodeiinin tai tramadolin kanssa. Huumeidenkäyttäjillä 19 prosenttia myrkytyksistä johdettiin pregabaliinista ja 13 prosenttia gabapentiinistä. Pregabaliinin ja tramadolin käyttö on yleistä etenkin nuoremmilla ikäryhmillä. Pregabaliinin viihdekäyttöön liittyy muiden psykoaktiivisten aineiden yhteiskäyttö. (Häkkinen 2015, 41–43.)

Lähes puolet 16–24-vuotiaista päivystykseen itsetuhoisuuden takia tulleista nuorista oli käyttänyt alkoholia edeltävän vuorokauden aikana. Päihteiden käyttö, kuten runsas kertajuominen, korreloi muuhun ikäryhmään, sen sijaan puolella tutkimukseen osallistuneista itsetuhoi-

sista nuorista alkoholi oli aiheuttanut viimeisen vuoden aikana joko heidän itsensä tai jonkun muun loukkaantumisen (Arkins ym. 2012, 30–32). Alkoholia väärinkäyttävät itsemurhan uhrit olivat nuorempia ja tavallisemmin työelämän ulkopuolella olevia miehiä, joilla oli usein takana jokin epäsuotuisa, oman käytöksen aiheuttama, elämäntapahtuma. He olivat useimmiten eronneita ja heillä oli lapsia. Työssäkäyvät päihteiden väärinkäyttäjät tekivät itsemurhan usein viikonlopun aikana. (Pirkkola 1999, 71–72.) Alkoholi-riippuvuus sekä alkoholin väärinkäyttö ovat keskeisiä riskitekijöitä itsetuhoajatuksissa, itsemurhayrityksissä ja itsemurhissa masennuspotilailla (Sokero 2006, 26–64). Mäen (2010, 50) tutkimuksen mukaan miehillä alkoholiin liittyvät itsemurhat olivat yleisimpiä 15–34-vuotiaiden ikäryhmässä ja naisilla 35–65-vuotiailla. Pirkolan (1999, 71) mukaan vain murto-osalla itsemurhan tehneistä päihdeongelma oli tunnistettu. Miehillä säännöllinen tupakointi 14-vuotiaana ennusti itsemurhaa ennen 34 ikävuotta (Alaräisänen 2010, 67). Päihtymystila itsessään voi toimia itsemurhan katalyyttinä muun muassa voimistamalla toisen päihteen kuolettavuutta (Pirkola 1999, 72).

Miehet väärinkäyttivät yleisemmin alkoholia ja naiset muita aineita kuten bentsodiatsepiineja. Psykoaktiivisista aineista riippuvaisilla naisilla oli miehiä yleisemmin edeltäviä itsemurhayrityksiä ja heidän keski-ikä oli matalampi verrattuna muihin itsemurhaa yrittäneisiin naisiin. Aineista riippuvaisilla naisilla 69 prosentilla itsemurhakeino oli myrkytys, kun muilla itsemurhan tehneillä naisilla se oli 35 prosentilla. Aineista riippuvaiset naiset olivat muita naisia yleisemmin humalassa tehdessään itsemurhan (60 prosenttia vs. 19 prosenttia). (Pirkola 1999, 43–46.)

Liisanantti on tutkinut myrkytysten vaikutusta pitkäaikaisennusteeseen. Tutkimuksen kohteena olleiden nuorten yleisin myrkytyksen syy oli alkoholi. 43 prosentilla kaikista nuorista myrkytyspotilaista oli taustalla riskitekijä, joista yleisimmät olivat konfliktit huoltajien kanssa sekä akuutti psykiatrinen kriisi. Huomattavaa on, että lääkeymyrkytykset olivat yleisimpiä niillä, joilla taustalla oli riskitekijä. Heille myös kertyi uusintakäyntejä myrkytysten vuoksi ja heillä todettiin depressiivisyyttä useammin kuin niillä, joilla riskitekijöitä ei ollut. Vaikka myrkytyspotilaiden ennuste akuuttivaiheessa on hyvä, myrkytyspotilaiden pitkäaikaisennuste on huonompi kuin verrokkiryhmän. Myrkytyspotilaiden kuolleisuus 14 vuoden seurannan aikana oli 30,4 prosenttia kun verrokkiryhmällä se oli 13,6. Kuolleiden keski-ikä oli myrkytyspotilailla 54 vuotta ja 73 vuotta verrokkiryhmällä. Myrkytyspotilaiden kuolleisuus itsemurhiin, traumoihin, myrkytyksiin ja sydän- ja verenkiertosairauksiin on huomattavasti suurempi kuin vertailuryhmän. Peräti 10,8 prosenttia potilaista teki itsemurhan. Verrokkiryhmän vastaava määrä oli 0,7 prosenttia. (Liisanantti 2012, 18–45.)

Lyhytintervention saaneilla potilailla alkoholin kulutus oli vähentynyt kuuden ja yhdeksän kuukauden seurannassa, mutta ei enää vuoden seurannassa. Lyhytintervention saaneilla potilailla kuolemia tapahtui vähemmän kuuden kuukauden ja vuoden seurannan aikana. Tutki-

muksen mukaan itse seurannalla on voinut olla positiivinen vaikutus alkoholin kulutuksen vähentämiseen ja juomistapoihin. (McQueen, Howe, Allan, Mains, & Hardy 2011.)

5.2.3 Sukupuolen ja sosioekonomisen aseman vaikutus itsemurhariskiin

Itsetuhoisuus on yleisempää naisilla, kun taas itsemurhat ovat yleisempiä miehillä (Arkins ym. 2012, 30; Bennett ym. 2014, 254). Nuorilla naissukupuoli ja muut sairaudet yhdessä ennustavat itsetuhoisuuden jatkumista (Tuisku 2015, 50–53). Monet interventiomenetelmät tehoavat paremmin naisiin kuin miehiin. 4-osainen itsemurhien ehkäisyohjelma näyttäisi vaikuttavan molempiin sukupuoliin. (Székely ym. 2013, 4–5.)

Itsemurhan tehneillä, psykoaktiivisista aineista riippuvaisilla naisilla oli oheissairastavuus edeltänyt päihderiippuvuutta useammin kuin miehillä. Naisilla esiintyi miehiä enemmän reseptilääkkeiden väärinkäyttöä. (Pirkola 1999, 61, 71.) Itsetuhoisilla nuorilla miehillä esiintyi naisiin verrattuna enemmän lisääntynyttä riskien ottoa, antisosiaalisuutta, rattijuopumuksia, aggressiivisuutta, väkivaltaisuutta ja tieraihoa ja tutkimuksessa arvioidaan, että osa näistä voidaan tulkita peiteltyyn masennuksen oireiksi. (Arkins ym. 2012, 30.) Rattijuoppojen yleisimpiä kuolinsyitä ovat alkoholiperäiset syyt ja itsemurhat ja he kuolevat nuorempina verrattuna muuhun väestöön. (Impinen 2011, 52.)

Sosioekonominen asema vaikuttaa itsemurhakuolleisuuteen. Itsemurhariski on korostunut pienituloisilla, työttömillä, työntekijäasemassa olevilla ja heikosti koulutetuilla. Sosioekonominen ero korostuu itsemurhissa, joissa alkoholi on ollut mukana myötävaikuttavana tekijänä. Mäen hypoteesi on, että masennuksen hoito heikomman sosioekonomisen statuksen omaavilla ei ole riittäväällä tasolla. Mäki kuitenkin toteaa, että lisätutkimusta asiasta tarvitaan. (Mäki 2010, 68–69.) Miehillä oman vanhemman yksinhuoltajuus oli itsemurhayritysten riskitekijä. Suuri monilapsinen perhe lapsuudessa oli riski itsemurhille. (Alaräisänen 2010, 56–67.) Hyvä koulumenestys oli itsemurhalta suojaava tekijä. Niillä, joilla myöhemmin esiintyi psykooseja, hyvä koulumenestys oli itsemurhan riskitekijä. (Alaräisänen 2010, 65–67.)

Päivystysten riskiarviot itsetuhoisuuden jälkeen ovat olleet vaihtelevia, heikosti teytyjä ja potilaan sosiaaliset tekijät voivat vaikuttaa siihen, millaista hoitoa hän saa. Jatko-hoitoon ohjaus oli ollut todennäköisempää, jos potilas oli ollut nuori nainen. Suomessa sellaiset potilaat, jotka olivat selvin päin, vanhempia ja saapuivat päivystykseen arkipäivänä, ohjattiin herkemmin psykiatriseen konsultaatioon tai otettiin sisään osastolle. (Sakinofsky 2014, 133.)

Työttömillä, aikaisin eläkkeelle jääneillä ja sinkuilla on kohonnut riski masennukseen, unettomuuteen ja alentuneeseen mielenterveyteen yleisesti. Psykologisten oireiden hoito alempitulotasoisilla voi vähentää itsemurhia, väkivaltaa ja alkoholista johtuvia kuolemia. Sosiaaliset

ja sosio-ekonomiset asiat olisi otettava huomioon mielenterveysriskien tarkkailussa ja interventioiden tarpeen määrittelyssä. Pienempiin psykologisiin stressitekijöihin kohdennetut interventiot voivat vähentää vakavia mielenterveyden ongelmia ja kroonisia häiriöitä. (Talala 2013, 64–68.)

5.2.4 Nuorten itsetuhoisuus

Ruotsissa itsetuhoisuustapahtumat ovat lisääntyneet 15–24-vuotiailla naisilla ja 20–24-vuotiailla miehillä 1997–2007 välisenä aikana (Beckman, Dahlin, Tidemalm, & Runeson 2010, 429). Lääkemyrkytys oli yleisin vahingoittamismenetelmä 15–24-vuotiailla: 81 prosentilla naisista ja 61 prosentilla miehistä. Suurin osa myrkytyksistä oli sekamyrkytyksiä. Noin kolmanneksella itsetuhoisista potilaista oli psykiatrinen diagnoosi. Yleisimmät diagnoosit olivat päihteiden väärinkäyttö ja mielialahäiriö. Persoonallisuushäiriöt olivat tavallisimpia 20–24-vuotiailla. 15–19-vuotiaista naisista 37,2 prosenttia ja 26,4 prosenttia miehistä oli saanut psykiatrisen diagnoosin tai ollut psykiatrisessa hoidossa saman vuoden aikana, ennen itsetuhoisuustapahtumaa. Vastaavat luvut 20–24-vuotiailla naisilla olivat 51 prosenttia ja miehillä 42,1 prosenttia. (Beckman ym. 2010, 430.)

Tuisku on tarkastellut itsemurhan riskitekijöitä nuorilla. Nuorten alkoholinkäyttö lisää itsetuhoisuuden vaaraa, mikä lisää depression ja päihteiden väärinkäytön riskiä. Alkoholin käyttö yhdessä masennuksen kanssa lisää itsemurhariskiä. (Tuisku 2015, 30–32.) Alkoholin käyttö ennustaa itsemurhayritystä. Päivystykseen joutuneilla, itsemurhaa yrittäneillä nuorilla, oli enemmän alkoholi- ja mielenterveysongelmia. Itsetuhoisuus ilman itsemurhatarkoitusta oli yleisempää 12–15-vuotiailla nuorilla. Itsemurha-ajatukset olivat yleisimpiä 16–19-vuotiaiden ikäryhmässä. Masennus ja yleinen itsetuhoisuus ennustavat niin itsensä vahingoittamista, itsemurha-ajatuksia ja itsemurha yrityksiä. Naissukupuoli ja muut sairaudet yhdessä ennustavat itsetuhoisuuden jatkumista. Aiempi itsemurhayritys on selkeä uuden itsemurhayrityksen riskitekijä, erityisesti lyhyellä aikavälillä. Pitkällä aikavälillä kaikki itsetuhoisen käytös ennustaa jatkuvaa itsetuhoisuutta ja on vahva itsemurhayrityksen ja itsemurhan riskitekijä (Tuisku 2015, 49–55).

Arkinsin ym. tutkimuksen mukaan kolme neljäsosalla itsetuhoisuuden takia päivystykseen tulleella nuorella oli ollut ratkaisematon riita perheenjäsenen tai ystävän kanssa viimeisen 24 tunnin aikana. Naisilla suurin itsetuhoisuuden laukaisija oli ollut ihmissuhdekonflikti. Itsetuhoiset naiset valitsevat tavallisimmin konfliktien ratkaisukeinoiksi välttelyn ja mukautumisen, joita käyttämällä nuorten tarpeet eivät tule kohdatuiksi ja he ajautuvat kriisiin. Tutkimuksessa todetaan, että konfliktinratkaisukeinot voivat indikoida nuoren kiusaamista, väkivaltaista kotiympäristöä tai hyväksikäyttöä lapsuudessa. Huomattavaa on, että nuoret olivat kokeilleet rakentavampia riidan ratkaisukeinoja jossain vaiheessa elämäänsä, mikä kertoo, että nuorilla

olisi kyvykkyyttä muutokseen. Huonot konfliktinratkaisukeinot ihmissuhteissa yhdessä riskien ottamisen ja päihteiden käytön kanssa ennustavat itsetuhoisuutta (Arkins ym. 2012, 31–32). Ystävien vähäinen tuki ennustaa itsemurhayritystä, mutta yllättäen huonot ystävyysuhteet ovat nuorelle vahingollisempia kuin tilanne, jossa ystävyysuhteita ei ole ollenkaan. Naisilla ystävyysuhteiden ongelmat näyttäisivät lisäävän itsemurhan riskiä (Tuisku 2015, 55–56). Tyttöillä, joita oli kiusattu, oli kaksinkertainen riski itsemurha yrityksiin ja tyttöillä, jotka olivat kiusaajia, oli kolminkertainen riski itsemurhayrityksiin, verrattuna niihin tyttöihin, joilla ei ollut yhteyttä kiusaamiseen. Pojilla ei löydetty vastaavaa yhteyttä. (Luukkonen 2010, 77.)

Itsemurha ampuma-aseella oli yleisin itsemurhakeino pojilla. Toiseksi yleisin keino oli hirttäytyminen. Ampuma-aseiden käyttö poikien itsemurhakeinona oli huomattavasti yleisempää Pohjois-Suomessa kuin Etelä-Suomessa. Tyttöillä yleisimmät keinot olivat myrkyttäytyminen ja hirttäytyminen. 1990–2008 välisenä aikana tyttöjen tekemät liikenneitsemurhat lisääntyivät. Yleisin liikenneitsemurhakeino tyttöillä oli jättäytyminen junan alle. Nuorin itsemurhan tehnyt oli 11-vuotias. Pojat tekivät enemmän itsemurhia kuin tytöt. Tyttöillä esiintyi enemmän itsetuhoisia ajatuksia tai itsemurhayrityksiä kuin pojilla. 63 prosentilla itsemurhan tehneistä pojista ja 83 prosentilla tytöistä taustalla oli joko mielenterveyden häiriö, itsemyrkyttäytyminen, edeltävää itsetuhoisuutta tai epäselviä mielenterveyshäiriön oireita. Itsemurhaa edeltävänä tapahtumana pojilla oli usein ollut riita tyttöystävän, vanhempien tai ystävän kanssa tai ero tyttöystävästä. 48 prosenttia poikien ja 33 prosenttia tyttöjen tekemistä itsemurhista ajoittui perjantain ja sunnuntain välille. Kaksi kolmasosaa tyttöjen tekemistä itsemurhista ajoittui yöaikaan. 48 prosenttia pojista ja 58 prosenttia tytöistä oli alkoholin vaikutuksen alaisena tehdessään itsemurhan. Pojista, jotka tekivät itsemurhan yöaikaan, oli 86 prosenttia alkoholin vaikutuksen alaisena. (Lahti 2014, 54–64.)

Keränen, Laukkanen ja Hintikka ovat tutkineet suomalaisten nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamista ensiavussa. Tutkimuksen mukaan ensiavussa on puutteita nuorten edeltävän itsetuhoisen käytöksen, perhetilanteen, päihteiden käytön ja psyykkisten oireiden selvittämisessä. Psykiatriseen konsultaatioon ohjattiin 87 prosenttia intoksikaatio-, 78 prosenttia mielenterveyshäiriö- ja 3 prosenttia tapaturmadiagnoosiin saaneista nuorista. Ohjatuista nuorista neljännes oli sijoituksessa kodin ulkopuolella ja suurin osa, 85 prosenttia, oli tyttöjä. Kaikista tutkituista, 31 prosentilla oli aiempi merkintä psykiatrisen hoidon kontaktista. Vaikka nuoret tulivatkin ensiapuun tasaisesti vuorokauden eri aikoina, hoitoonohjaus psykiatriseen konsultaatioon tapahtui pääasiallisesti, 85 prosentilla, illalla ja yöllä. Konsultaatioon ohjatuista 82 prosentille ehdotettiin jatkohoitoa psykiatriselta puolelta. Ainoastaan puolet päihtyneistä nuorista oli ohjattu konsultaatioon. Nuorten päihteiden käyttö saatettiin nähdä osana nuoruuden kokeiluja ja hoitoon ohjausta ei tapahtunut. Uskalluksen ja keinojen puutteet on koettu interventtioiden esteeksi. Humalahakuinen juominen huonontaa potilaan psykososiaalista ennustetta. (Keränen ym. 2003, 1148–1152.)

Vanhempien ja vertaisten, kuten ystävien, sosiaalinen tuki on tärkeimpiä itsetuhoisuudelta suojaavia tekijöitä (Tuisku 2015, 30–32). Päivystys tarjoaa mahdollisuuden varhaiseen interventioon ja ensiapupoliklinikoiden ja päivystysvastaanottojen tulisi selvittää tarkemmin hoitoon saapuvien nuorten elämäntilannetta, sillä se ehkäisisi ongelmien eskaloitumista (Keränen ym. 2003, 1150–1152). Masentuneilla aikuisilla, jotka ovat saaneet vain vähän perheen tukea nuoruudessaan, on suurentunut itsemurhariski. (Tuisku 2015, 51.)

Bennet ym. ovat tutkineet nuorten itsemurhien ehkäisykeinoja. Tutkimuksen mukaan päivystyksen siirtymäohjelmat, eli lyhytinterventio ja jatkokokontakti, voivat vähentää itsemurhia, itsemurhayrityksiä, itsemurhasuunnitelmia, sairaalassa oloaikaa ja parantaa hoitoon sitoutumista. Perusterveydenhuollon koulutus, erityisesti näyttöön perustuva masennuksen hoito, voi vähentää potilaiden toistuvia itsemurhayrityksiä. Erityistä tutkimuksessa oli, että vaikka koulupreventiot vähensivät itsemurhayrityksiä, itsemurhasuunnitelmia ja itsemurhariskiä, ne eivät kuitenkaan vähentäneet itsemurhakuolemia. (Bennet ym. 2014, 248–254.) Arkins ym. ehdottavat preventiokeinoiksi tuen tarjoamista, yksinäisyyden ehkäisyä, perheinterventioita ja lyhytinterventioita päivystyksessä. Perheelle ja ystäville voidaan jakaa tietoa itsetuhoisuuden riskitekijöistä, tunnistamisesta ja siitä, mitä he voivat tehdä. Erityistä nuorten itsetuhoisuuden preventiossa on se, että nuoret itse kokevat perheen, ystävien ja koulun tärkeimmiksi tuen tarjoajiksi ja itsetuhoisuuden ehkäisijöiksi. Nämä ovat mahdollisesti tärkeämpiä tukimuotoja kuin ulkopuoliset tahot. (Arkins ym. 2012, 30–32.) Bennet ym. (2014, 252) tutkimuksen mukaan antidepressanttien käyttö voi jopa lisätä lyhyellä aikavälillä itsemurhariskiä jollain nuorilla.

Lyhytinterventio päivystyksessä ja potilasta tukeva jatkohoidon kontakti voivat vähentää itsemurhariskiä koko elinaikana. Terveystenhoitajan kotikäynnit lisäsivät hoitoon sitoutumista niin aikuisilla kuin nuorilla. Interpersonaalisten ongelmanratkaisukeinojen oppiminen ei merkittävästi vähentänyt itsemyrkyttäytymisiä. Nuoriin erikoistuneet päivystykset nostivat hoidon loppuunsaattamisen todennäköisyyttä, mutta eivät merkittävästi laskeneet uusintaitsemurhayrityksien määrää. Nopean toiminnan tiimi voi vähentää nuorilla laitoshoidon tarvetta. (Newton ym. 2010, 654–655.) Siirtymäinterventiot päivystyksen ja jatkohoidon välillä vaikuttavat lupaavilta (Newton ym. 2010, 649). Päivystyksessä FISP (Family Intervention Suicide Prevention) interventioon osallistuneilla nuorilla oli vahvempi jatkohoidon yhteys päivystyksestä päästyä. Sen sijaan merkittävää vähenemistä itsemurhayrityksissä ei intervention osallistuneilla ollut. (Rosenbaum Asarnow ym. 2011, 1307–1308.)

Nuorilla itsetuhoisuuteen liittyivät vahvasti mielenterveysongelmat, kuten masennus ja ahdistuneisuus sekä negatiivinen minäkuva (Taulukko 2). Nuoret kokivat itsensä riittämättömiksi ja halusivat rangaista siitä itseään esimerkiksi viiltelemällä. (Miettinen 2012, 22–24.) Ympäris-

töön liittyvät tekijät, jotka vaikuttivat nuorten itsetuhoisuuteen, olivat perheeseen ja ihmissuhteisiin liittyvät tekijät, kiusatuksi tuleminen sekä lapsuudessa koetut traumat ja menetykset.

Nuorten itsetuhoisuuteen liittyvät syyt:	
Mielenterveysongelmat, masennus ja ahdistuneisuus	Yksin jääminen, koulukiusaus
Helpottavan muutoksen hakeminen, huomion hakeminen ja itsensä vahingoittaminen	Traumaattiset kokemukset, vastoinkäymiset ja menetykset
Negatiivinen minäkuva, itsensä tunteminen arvottomaksi ja riittämättömäksi	Epävarmuus omasta elämästä, epäonnistumiset ja yhteiskunnan vaatimukset
Tunnekokemukset	Läheisiin ihmissuhteisiin tai perheeseen liittyvät ongelmat
Armottomuus itseään kohtaan, halu rangaista itseään	Päihdeongelmat ja riippuvuudet

Taulukko 2: Itsetuhoisuuteen liittyvät syyt nuorilla

Nuoret toivoivat enemmän tietoa itsetuhoisuudesta ja siitä, mistä apua on haettavissa. Hoitohenkilökunnalta nuoret toivovat avoimuutta, empatiaa sekä kykyä puuttua tilanteeseen ennaltaehkäisevästi. Nuoret arvostivat hoitohenkilökunnan rehellisyyttä, huumorintajua sekä aitoa halua kuunnella ja auttaa. Nuorista avun saanti on hyvin hankalaa ja he toivoivat, että tulevaisuudessa avun hakeminen helpottuisi. (Miettinen 2012, 27–35.)

5.2.5 Toistuvat käynnit päivystyksessä itsemurhien riskitekijänä

Kvaranin, Gunnarsdottirin, Sigurborgin Kristbjornsdottirin, Valdimarsdottirin ja Rafnssonin tekemässä laajassa tutkimuksessa todettiin, että päivystyskäyntien määrä on yllättäen itsemurhien itsenäinen riskitekijä. Vaikka tutkimuksessa otettiin huomioon muut riskitekijät, itsemurhariski kasvaa kun päivystyskäyntejä on vuodessa enemmän kuin kaksi. Tutkimuksessa ehdotetaan, että potilaan itsemurhariski tulisi arvioida, kun päivystyskäyntejä on yli 4 parin vuoden aikana. (Kvaran ym. 2015, 7–8.)

Arkinin ym. (2012, 29) tutkimukseen osallistuneista nuorista ja itsetuhoisista aikuisista melkein puolet oli käynyt päivystyksessä itsetuhoisuuden takia jo edellisellä vuonna ja kolme neljäsosaa tutkimukseen osallistuneista miehistä toistuvasti. Pirkolan tutkimuksen mukaan viimeisen elinvuotensa aikana kaksi kolmasosaa itsemurhan tehneistä suomalaisista oli hakenut apua perusterveydenhuollosta, 37 prosenttia miehistä ja kaksi kolmasosaa naisista oli saanut psykiatrasta hoitoa ja viidesosan tiedetään olleen yhteydessä muihin palveluiden tarjoajiin kuten sosiaalitoimeen tai kirkkoon. Viimeisen elinkuukautensa aikana kolmasosa oli ollut yhteydessä perusterveydenhuoltoon tai muihin terveyspalvelun tuottajiin. Puolet itsemurhan tehneistä naisista ja neljäsosa miehistä oli ollut yhteydessä terveydenhuoltoon viimeisen elinviikkonsa aikana (Pirkola 1999, 47–49). Vasiliadis, Ngamini-Nguin ja Lesagen tutkimuksessa havaittiin, että kuolemaa edeltävän vuoden aikana itsemurhan tehneistä jopa 82,1 prosenttia

oli ollut yhteydessä terveydenhuoltoon ja ainoastaan 18 prosentilla ei ollut ollut yhtään kontaktia terveydenhuoltoon. (Vasiliadis ym. 2015, 123.) Gairinin, Housen ja Owensin tutkimuksen mukaan 42 prosenttia kaikista itsemurhan tehneistä oli ollut yhteydessä terveydenhuoltoon kuolemaa edeltävän vuoden aikana. Terveydenhuoltoon olivat olleet yhteydessä erityisesti ne, joiden kuoleman oli aiheuttanut myrkytys tai vammat. 39 prosenttia itsemurhan tehneistä oli käynyt toistuvasti päivystyksessä kuolemaa edeltävän vuoden aikana. 31 prosenttia näistä käynneistä johtui itsemyrkytyksistä ja itseaiheutetuista vammoista. Itsetuhoisuudesta johtuvat käynnit olivat keskimäärin 38 päivää ennen itsemurhaa ja muista syistä johtuvat käynnit keskimäärin 114 päivää ennen itsemurhaa. (Gairin ym. 2003, 28–30.)

Puolet kaikista itsemurhista tapahtui 4 viikon sisällä sairaalasta uloskirjauksesta, ennen sovittua seurantakäyntiä. Niistä itsemurhan tehneistä potilaista, jotka olivat olleet kuolemaa edeltävän vuoden aikana yhteydessä vain avohoitoon, 36,7 prosenttia kuoli kuukauden sisällä viimeisestä yhteydenotosta. Niistä itsemurhan tehneistä potilaista, joiden viimeinen kontakti oli päivystykseen, 29,5 prosenttia kuoli kuukauden aikana. Vastaavasti niiden potilaiden, joiden viimeinen kontakti terveydenhuoltoon oli ollut sairaalan osasto, 75,3 prosenttia kuoli kuukauden sisällä uloskirjauksesta. Yli 65-vuotiailla oli suurempi todennäköisyys tehdä itsemurha kuukauden sisällä viimeisestä kontaktista terveydenhuoltoon. (Vasiliadis ym. 2015, 123–124.)

Rafnssonin ja Gunnarsdottirin tutkimuksen mukaan itsemurhariski kasvaa kotiutumista seuraavien 15.–30. päivän välisenä aikana. Vammat, myrkytykset ja ulkoiset syyt, mukaan lukien itsemurhat kattoivat 16,6 prosenttia kaikista 8. päivän sisällä kuolleiden kuolinsyistä. 30. päivän kohdalla vammat, myrkytykset ja itsemurhat kattoivat 18,1 prosenttia kaikista kuolinsyistä. Tavallisimmat kotiutumisasiagnoosit itsemurhan tehneillä olivat rintakipu, alaselkäkipu, alkoholin väärinkäyttö, synkopee, ihon abskessi tai pinnallinen pään vamma. Potilailla, joilla oli kotiutumisasiagnoosi oli ei-kausatiivinen, oli kohonnut riski kuolla 30 päivän aikana pahanlaatuisen kasvaimen tai itsemurhaa. (Rafnsson & Gunnarsdottir 2013, 834–837.)

Toistuvasti päivystykseen tulevien itsensämyrkyttäjien taustalla oli usein työttömyyttä ja olemassaoleva mielenterveyshäiriödiagnoosi: tavallisimmin persoonallisuushäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai skitsofrenia. He myös karkasivat päivystyksestä todennäköisimmin ja tarvitsivat useammin tehohoitoa. Toistuvien myrkyttäjien ryhmällä myrkytys oli tapahtunut tavallisimmin bentsodiatsepiineilla ja epätodennäköisimmin antidepressanteilla. Toistuvasti itsensämyrkyttäjien myrkytykset olivat tapahtuneet parasetamolilla yleisemmin verrattuna vain kerran myrkytyksen takia käyneeseen ryhmään. (Martin ym. 2014, 3–5.)

Toistuvien käyntien epäillään tutkimuksessa johtuvan potilaan taustalla olevista käsittelemättömistä tai tunnistamattomista ongelmista. Samassa tutkimuksessa huomioidaan, että päivystykseen toistuvasti hakeutuvat potilaan vievät suurimman osan henkilökunnan ajasta verrat-

tuna niihin, jotka eivät ole olleet aiemmin päivystyksessä. Syynä tähän on potilaan ongelmien moninaisuus. (Arkins ym. 2012, 30.) Niistä, jotka eivät olleet yhteydessä terveydenhuoltoon ennen itsemurhan tekemistä, suurin osa oli ollut nuoria miehiä, jotka asuivat kaupunkien ulkopuolella ja joilla terveydenhuoltopalveluihin oli keskimääräistä pidempi matka. Potilaan itsetuhoisuus olisi arvioitava ennen sairaalasta tai päivystyksestä kotiutumista ja hänen jatko-hoitonsa olisi järjestettävä mahdollisimman pian. (Vasiliadis ym. 2015, 123–124.)

5.2.6 Päivystyksen ja osastojen turvallisuus osana ehkäisytyötä

Potilaan itsemurhariskin tunnistaminen on ensiarvoista, kun mietitään potilaan jatkotoimenpiteitä. Potilaan liikkumisen rajoittaminen ja korkean tason valvonta ovat tarpeellisia potilaille, joilla on korkea itsemurhariski. Potilaille, joilla ei todistettavasti ole itsemurha-aikomuksia ja joiden ajattelu ja tunteet ovat tulleet ymmärretyiksi, tulisi vastaavasti antaa vastuuta itselleen. (Sakinofsky 2014, 134.)

Päivystykseen ja osastolle suositellaan tilaa, jota pystyttäisiin valvomaan suoraan, koko ajan ja josta olisi poistettu kaikki fyysiset vaaratekijät. Potilaiden hoitoa ehdotetaan toteutettavaksi läpinäkyvissä yksiköissä, joita voitaisiin monitoroida hoitajien kansliasta. Yleisin osastoilla tapahtuva itsemurha on hirttäytyminen, yleisimmin kylpyhuoneissa. Tiloissa, joissa putkisto menee kattoakustiikkalevyjen alla, ovat riskitekijöitä, koska levyt voidaan poistaa ja putkistojen avulla voi hirttäytyä. Ovet, ovien kahvat ja vaatekaapit ovat riskitekijöitä ja ennaltaehkäisyksi ehdotetaan kaikkien tarpeettomien ovien poistoa sekä ripustimien ja koukkujen vaihtoa hyllyiksi. Väöiden, kengännauhojen, liinavaatteiden, pyyhkeiden ja partakoneen terien säilytys tulisi huomioida. Lääkkeet, joilla on mahdollista tehdä myrkytysitsemurha, tulisi säilyttää lukitussa tilassa. Säännölliset ympäristön turvatarkastukset nostavat turvallisuutta. Siivoojien mukana kulkevat liuotusaineet voivat olla riskitekijä ja tästä syystä siivouskärryjen jättäminen valvomatta ei ole suotavaa. Vierailijoita tulisi ohjeistaa siten, että he eivät toisi mahdollisesti tappavia esineitä, kuten muovipusseja, mukanaan. (Sakinofsky 2014, 134–135.)

Lukitut ovet vähentävät karkailua ja kesken hoidon poistumista, mutta lisäävät samalla hoitajien työmäärää, koska he joutuvat avaamaan ja lukitsemaan ovia. Lukitut ovet herättävät potilaissa masennusta, huonoa itsetuntoa ja tunteen stigmatisoinnista. Avoin yksikkö taas valpastuttaa hoitajat tarkkailemaan mahdollisia karkaajia. Hoidon keskeyttäneet potilaat olivat useimmiten työttömiä, kodittomia, kärsivät skitsofreniasta ja päihteiden väärinkäytöstä. Heillä oli myös taustalla väkivaltaisuutta ja lääkitysvastaisuutta. (Sakinofsky 2014, 135.)

5.2.7 Itsetuhoisten potilaiden hoidollinen kohtaaminen

Tapahtui potilaan kohtaaminen kasvotusten tai verkon välityksellä, tutkimusten mukaan tavalla, jolla potilaat kohdataan, on väliä. Itsetuhoiset potilaat, joita on jouduttu rajaamaan, toteavat, että vaikka kokemus on ollut tunkeileva, he ovat tunteneet itsensä turvattummiksi ja toiveikkaammiksi, kun tarkkaileva henkilökunta on ollut myönteinen, optimistinen, tunnetasolla kannustava ja vuorovaikutus on ollut terapeuttinen. (Sakinofsky 2014, 135.)

Päivystystilanteissa potilaat arvostavat henkilökunnan vuorovaikutustaitoja. Hoitajan tekemää päihteenkäytön puheeksiottoa pidettiin hyvänä. Keskustelut hoitajien kanssa koettiin merkityksellisinä, positiivisina ja tarpeellisina. Kohtelu koettiin hyvänä, jos hoitajat olivat ammattimaisia, asiallisia, mukavia eivätkä syyllistäneet potilaita päihtymistilasta. Potilaat toivovat, että henkilökunta kunnioittaa heidän itsemääräämisoikeuttaan päihtymistilasta huolimatta. Jotkut kokivat itsemääräämisoikeuden rajoittamista, esimerkiksi jos ei ollut järjestetty apuvälineitä wc-käyntiä varten. Päivystyksessä hoitajalta toivotaan empaattista kohtelua ja tiedonsaantia tulevista toimenpiteistä. Lääkärin tapaamisen ja päätöksen odottaminen kotiutumisvaiheessa mielletään turhauttavaksi. Salassapitoasiat eivät toteudu päivystyksessä, potilaan asioista kuulevat muutkin kuin asianosaiset (Koivunen, Hänti, Harju, Välimäki & Hakala 2014, 275–286).

Usein päihde- ja mielenterveyspotilaat eristäytyvät ja jäävät yhteiskunnallisen elämän ulkopuolelle. Rahikka on tutkinut verkossa tapahtuvaa kohtaamista. Potilaista hoitajan merkittävimpiä tehtäviä on tukeminen sairauteen sopeutumissa. Hoitajan tehtävä on auttaa potilasta löytämään omat voimavaransa sekä vahvistaa potilaan luottamusta siihen, että ongelmiin löytyy ratkaisuja. Näillä keinolla on tarkoitus palauttaa potilaan usko selviytymiseen. Potilaat toivoivat hoitajalta aktiivista ongelma-kohtien esilletuontia. (Rahikka 2013, 111–113.)

Ammatillisille auttajille on tärkeää huolehtia itsestään ja omista rajoistaan, etteivät he ylikuormittuisi. Brandt vetää tutkimuksessaan yhteen, että monet auttajat kokevat samanlaisen reaktion kuin kriisissä olevakin. Elämä voi tuntua epäoikeudenmukaisena ja itsemurha voi nostaa pintaan auttajan oman haavoittuvaisuuden. Usein auttajasta voi tuntua, että hänen tehtävänsä on poistaa tapahtunut paha. Koulutus voi antaa välineitä kohdata autettavien reaktioita, edistää auttajan jaksamista ja muistamaan, että auttamisen tavoitteena ei ole tapahtuneen poisto vaan kriisissä olevan voimavarojen tukeminen. (Brandt 2014, 54.)

5.2.8 Psykiatrisen sairaanhoidon mahdollisuudet

Monia interventioita suositellaan tehtäväksi jo päivystysalueella. Näiden keinojen käyttöönotto vaatii kuitenkin psykiatrisen sairaanhoidon osaamista. Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin

mukaan Ginnisin, Whiten, Rossin ja Wharffin artikkeli päivystyksessä tehtävästä perheinterventiomallista. Artikkelin mukaan jokaisessa kriisissä on muutoksen mahdollisuus ja tästä syystä kriisin aikana tehdyt interventiot ovat kaikkein hyödyllisimpiä. Perhekeskeinen kriisi-interventio on suunnattu nuorille itsemurhaa yrittäneille potilaille. Menetelmä perustuu potilaan ja hänen perheensä kertatapaaamiseen. Tapaamisessa kohdataan ensin potilas, sitten perhe ja lopulta potilas ja perhe yhdessä. Tapaaminen koostuu eri moduuleista, jotka valitaan yksilöllisesti. Moduuleita ovat muun muassa psykoedukaatio, kognitiivis-behavioraalisten taitojen oppiminen kuten ongelmanratkaisutaidot, hoitovaihtoehtojen punnitseminen, turvasuunnitelman teko ja seurannan järjestäminen. (Ginnis, White, Ross & Wharff 2015, 172–178.) Hawtonin ym. (2015) mukaan on olemassa vähäistä näyttöä ryhmävetoisen psykoterapian avusta nuorilla, joilla on lukuisia itsetuhoepisodeja.

Naiset, jotka olivat saaneet joko psykososiaalisen tai psykologisen intervention, olivat pienemmässä riskissä sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen verrattuna tavallista hoitoa saaneisiin. Lupaavia interventiomenetelmiä ovat muun muassa kättilöiden tai perusterveydenhuollon tekemät yksilölliset kotikäynnit ja interpersonaalinen psykoterapia. Depressiivistä oireilua vähensivät erityisesti interventiot, jotka olivat aloitettu synnytyksen jälkeen ja interventiot, jotka olivat kohdennettu riskiryhmille sekä yksilölliset, useaan kontaktikertaan perustuvat interventiot. (Dennis & Dowswell 2013.)

Nockin ym. tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, onko käytöksessä olemassa itsemurhaa ennustavia merkkejä. Tutkimus suoritettiin käyttämällä muun muassa IAT-testiä, jossa tutkittavalle esitetään tietokoneella erilaisia sanoja, joiden tarkoituksena on mitata tutkittavan vastetta näihin. Tutkimuksen mukaan itsemurhaa yrittäneillä oli vahvempi assosiaatio ”itsen” ja ”kuoleman” välillä, kuin muista syistä päivystykseen hakeutuneilla ja IAT-testi voi paljastaa tutkittavan itsemurhataipumuksen. Tutkimuksessa todetaan, että lisätutkimuksia aiheesta tarvitaan. (Nock ym. 2009, 511–516.)

5.2.9 Vertaistuki ja vapaaehtoiset ehkäisytyön tukena

Salvatore tuo artikkelissaan esille mahdollisuuden vertaistuen käytöstä itsemurhien ehkäisyssä. Hänen mukaansa vertaistukea ei ole osattu vielä hyödyntää täysimääräisesti, vaikka tulokset ovat olleet rohkaisevia. Vertaistuen käytössä on huomioitava vertaistukijoiden koulutus. The First National Conference for Survivors of Suicide Attempts on vuonna 2005 ehdottanut, että vertaistukijat pystyisivät auttamaan muun muassa kehittämällä vapaaehtoisvoimin toimivia järjestelmiä, pitämällä yhteyttä sairaalasta kotiutuneisiin, avustamalla itseapumateriaalin teossa itsetuhoisille potilaille, ohjaamalla omaisia ja ystäviä itsetuhoisuuden ja itsemurhariskin tunnistamisessa sekä vetämällä vertaistukiryhmiä. (Salvatore 2010, 31–32.) Salvatoren artikkeli ei ole tieteellinen tutkimus. Salvatoreen ajatusta vertaistuen käytöstä tukee Dennisin

ja Dowswellin (2013) tekemä tutkimus, jolla pyrittiin ehkäisemään synnytyksen jälkeistä masennusta. Tutkimuksessa todetaan, että vertaistukeen perustuva puhelintuki voi vähentää depressiivistä oireilua ja sitä kautta mahdollisesti itsemurhia. Lu, Chang, Tung, Hsu ja Lin ovat tutkineet koulutettujen vapaaehtoisten käyttöä itsemurhaa yrittäneiden psyykkisen stressin lievittämisessä ja he toteavat, että vapaaehtoisten käyttö on suositeltavaa. Säännöllinen yhteydenpito ammattilaisiin, vapaaehtoisten koulutus ja heidän tarpeidensa tarkkailu ovat järjestelmän kulmakiviä. Tutkimuksessa todetaan, että itsemurhariskissä olevat hyötyvät puhelinkonsultaatiosta ja vapaaehtoisten kotikäynneistä kahteen kuukauteen saakka. Tutkimus suosittaa, että kokeneet vapaaehtoiset ottaisivat aloittelevat mukaansa, jotta heidän kokemuksensa karttuisi. Vapaaehtoistoiminnassa on huomioitava vapaaehtoisten turvallisuusasiat. (Lu ym. 2011, 453–455.) Kriisipalveluita ei tarjota Suomessa tasavertaisesti. Harvaanasutuilla alueilla vertaistukiryhmien saatavuus ei ole sama kuin isoilla paikkakunnilla (Brandt 2014, 54–56).

5.2.10 Päivystyksen työkalut

Tuloksista huomattiin, että varsinaisia tutkittuja interventiotyökaluja päivystykseen ei juuri-kaan ole. Näistä työkaluista useimmat olivat kyselylomakkeita, joiden tarkoituksena on arvioida potilaan itsemurhariskiä. Kyselylomakkeet parantavat arviointia ja hoitoonohjausta päivystyksessä. Tämän katsotaan johtuvan siitä, että ne mahdollistavat potilasoppimisen sekä parantavat psykososiaalista arviointia ja tiedonvälitteistä kommunikaatiota. (Sakinofsky 2014, 133.) Sen sijaan printatun ohjausmateriaalin käytön vaikutuksesta potilaan hoitotuloksiin ei ole ainakaan kovin selvää näyttöä, joten se käyttö ei ainakaan itsenäisenä ja ainoana interventiomuotona ole suotavaa (Giguère ym. 2012). Folsen ja Hahnin tekemän tutkimuksen mukaan RSQ-kyselyn, sekä 4- että 2-osaisen (Taulukko 3), reliabiliteetti ei vastannut odotuksia nuorilla eikä aikuisilla. Tutkimuksessa todettiin, että 2-osainen kysely oli validiteetiltaan parempi. Tutkimuksessa huomautetaan, että itsemurha-aikeiden arviointi on tärkeää myös niille potilailla, jotka tulevat päivystykseen muista kuin mielenterveydellisistä syistä. Päivystykseen tulleet ikääntyneet vastasivat usein 4. kysymykseen myöntävästi, koska heillä on paljon stressitekijöitä taustalla kuten puolison kuolema. Sen sijaan ikääntyneet kertovat nuorempia harvemmin itsemurha-aikeista. RSQ ei mittaa elämänhalua tai toivottomuutta ja siksi ikääntyneille ehdotetaan lyhyttä depression seulaa itsetuhoisuuden tunnistukseen. Hoitajat pitivät RSQ-kyselyä helppokäyttöisenä. Hoitajat voivat kokea potilaalta kyselyn tunkeilevana, potilaat ovat voineet tulla varautuneiksi henkilökohtaisista kysymyksistä. Hoitajat pelkäävät, että kyselyn tekeminen lisää työtaakkaa. Kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat 2. kysymyksen hyödyllisimmäksi itsemurhariskin arvioinnissa. Jos tunnistustyökaluja otetaan käyttöön, jatkoarviointiin on oltava resursseja. (Folse & Hahn 2009, 263–270.)

1. Are you here because you tried to hurt yourself? / Oletko tullut tänne koska yritit vahingoittaa itseäsi?
2. In the past week, have you been having thoughts about killing yourself / Onko sinulla ollut viime viikkojen aikana itsetuhoisia ajatuksia?
3. Have you ever tried to hurt yourself in the past (other than this time)? / Oletko aiemmin yrittänyt vahingoittaa itseäsi? (Muulloin kuin nyt)
4. Has something very stressful happened to you in the past few weeks (a situation very hard to handle)? Onko jokin aiheuttanut sinulle paljon huolta viime viikkojen aikana? (Tilanne, jonka kanssa ei tunne pärjäävänsä)

Taulukko 3: 4- ja 2-osainen RSQ kysely (Folse & Hahn 2009, 258)

Vuodesta 2007 alkaen Yhdysvaltalaiset sairaalat ovat olleet velvoitettuja ottamaan käyttöön menetelmiä, joiden avulla potilaan itsemurhariski voitaisiin tunnistaa (Ginnis ym. 2015, 172–178). Teoreettisen viitekehyksen hakuvaihe tuotti useita viitteitä Australiassa, Englannissa ja Yhdysvalloissa luotuihin työkaluihin, jotka on kehitetty päivystyksen henkilökunnalle ja joiden avulla itsemurhavaarassa olevat potilaat voidaan tunnistaa ja käynnistää tarvittavat toimenpiteet. Vaikka kysymyksessä eivät olleetkaan tutkimukset, nämä työkalut (Taulukko 4) haluttiin sisällyttää kirjallisuuskatsaukseen, sillä useissa näistä työkaluista laatijana oli ollut luotettava lähde, kuten terveysministeriö.

Työkalujen osa-alueet pisteytettiin yhdestä viiteen. Jos työkalun asiat olivat helposti omaksettavissa, se arvioitiin helppokäyttöiseksi. Työkalun selkeys arvioitiin ulkoasun, otsikoinnin ja jaottelun mukaan. Luotettavuutta arvioitiin mahdollisten lähteiden ja julkaisijan perusteella. Työkalun teoretietoa verrattiin opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen ja samalla arvioitiin soveltuuko työkalu suoraan päivystysten käyttöön. Jos työkaluun kuului sisäinen auditointi tai laaduntarkkailutyökalu, sen laajuus ja käytettävyys arvioitiin. Jos työkalu ei sisältänyt laaduntarkkailun osa-aluetta, se ei saanut pisteitä. Maksimiyhteispistemäärä oli 25, mikä indikoi työkalun hyvää sovellettavuutta Suomeen, luotettavuutta, selkeyttä, helppokäyttöisyyttä ja sisälsi erillisen työkalun päivystyksen sisäiseen auditointiin tai laaduntarkkailuun. Yksikään työkaluista ei saanut maksimipisteitä. Jokaisella työkalulla on omat hyvät puolensa, jotka yhdistämällä voitaisiin luoda varsin kattava työkalu itsemurhien ehkäisyyn päivystyksessä. Parhaimmat työkalut laaduntarkkailuun löytyivät National Institute for Health and Care Excellence:lta ja National Patient Safety Agency:lta. Suicide Prevention Resource Center:in ja New Zealand Government:in työkalut olivat molemmat hyvin selkeitä ja havainnollisia. National Institute for Health and Care Excellence:n työkalu löytyy interaktiivisena hoitopolkuna internetistä, mikä on hyvä asia.

Nimi ja lähde	Helppo käytettäisyys	Selkeys	Luo-tettavuus	Sovel-tuvuus Suomeen	Laadun tark-kailu	Yhteis-pisteet
Mental Health in Emergency Departments http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/CEM6883-Mental-Health-in-EDs---toolkit-%28FINAL-FEB-2013%29-rev1.pdf The College of Emergency Medicine	4	4	3	4	0	15
Self-harm Quality standard & Treatment and management of self-harm in emergency departments https://www.nice.org.uk/guidance/qs34/resources/selfharm-2098606243525 http://pathways.nice.org.uk/pathways/self-harm#path=view%3A/pathways/self-harm/treatment-and-management-of-self-harm-in-emergency-departments.xml&content=view-node%3Anodes-practical-issues-about-physical-treatments-and-activated-charcoal National Institute for Health and Care Excellence	4	4	5	5	5	23
Caring for Adult Patients with Suicide Risk- A Consensus Guide for Emergency Departments http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/EDGuide_full.pdf http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/EDGuide_quickversion.pdf Suicide Prevention Recourse Center	5	5	4	5	0	19
Preventing suicide - Guidance for emergency departments http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/preventing-suicide-guidance-emergency-departments-apr16.pdf New Zealand Government / Ministry of Health	5	5	5	5	0	20
Preventing suicide-A toolkit for emergency departments & Emergency audit tool & Emergency manager checklist http://www.nhsconfed.org/-/media/Confederation/Files/Publications/Documents/Preventing-suicide-toolkit-for-emergency-departments.pdf http://www.nhsconfed.org/-/media/Confederation/Files/public%20access/Emergency%20manager%20checklist.xlsm http://www.nhsconfed.org/-/media/Confederation/Files/public%20access/Emergency%20audit%20tool.xls National Patient Safety Agency / Mental Health Network NHS Confederation	5	3	5	5	5	23

Taulukko 4: Päivystyksen työkalut

Lisäksi taulukoitiin päivystyksen henkilökunnalle sekä potilaille ja heidän läheisilleen ulkomailla (Taulukko 5) ja Suomessa (Taulukko 6) tuotettua materiaalia. Huomattavin ero on, että Suomessa itsemurhaa yrittäneelle puuttuu materiaali. Useimmat suomalaiset oppaat ovat hyvin pitkiä ja ne ovat tarkoitettu pikemmin yleisesitteiksi, kuin erityisesti päivystykseen soveltuviksi. Suomesta myös uupuu suomenkielinen, terveydenhuollon henkilöstölle kohdistettu,

itsemurhia ja niiden ehkäisyä käsittelevä verkkokurssi. Useimmissa Suomessa käytössä olevissa potilastietojärjestelmissä on mahdollisuus päästä esimerkiksi depression Käypä hoito - suosituksiin. Listaus ei täydellinen vaan sen tarkoitus on verrata helposti löydettävien materiaalien eroavaisuuksia.

Materiaali www-osoite Lähde	Materiaalin luonne & Tarkoitus	Käytettävyys ja sovellettavuus päivystykseen asteikolla 1-5 1=huono 5=hyvä
<p>“Is Your Patient Suicidal?” / Clinical guide</p> <p>http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/ER_SuicideRiskPosterVert2.pdf http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/ER_SuicideRiskGuide8.pdf</p> <p>Suicide Prevention Resource Center</p>	<p>Seinäjuliste ja ohjeistus / henkilöstö</p> <p>Riskitekijöiden tunnistus, itsetuhoisuudesta kysyminen</p>	5
<p>Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage (SAFE-T): Pocket Card for Clinicians</p> <p>http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA09-4432/SMA09-4432.pdf Substance Abuse an Mental Health Services Administration</p>	<p>SAFE-T Taskukortti / henkilöstö</p> <p>5 askeleen itsemurhariskin arviointi ja triage</p>	5
<p>After an Attempt-A Guide for Taking Care of Yourself After Your Treatment in the Emergency Department</p> <p>http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA08-4355/SMA08-4355.pdf Substance Abuse an Mental Health Services Administration</p>	<p>19-sivuinen opas</p> <p>Potilas opas kotiutuville itsemurhaa yrittäneille potilailla</p>	4
<p>After an Attempt- A Guide for Taking Care of Your Family Member After Treatment in the Emergency Department</p> <p>http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA08-4357/SMA08-4357.pdf Substance Abuse an Mental Health Services Administration</p>	<p>20-sivuinen opas</p> <p>Opas itsemurhaa yrittäneen perheen jäsenille</p>	4
<p>After an Attempt-A Guide for Medical Providers in the Emergency Department Taking Care of Suicide Attempt Survivors</p> <p>http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA08-4359/SMA08-4359.pdf Substance Abuse an Mental Health Services Administration</p>	<p>19-sivuinen opas</p> <p>Opas päivystyksessä työskenteleville</p>	4
<p>Zero Suicide Toolkit</p> <p>http://zerosuicide.sprc.org/toolkit SPRC and the National Action Alliance for Suicide Prevention</p>	<p>Verkkokurssi-itseopiskelu materiaali, henkilöstö</p>	2
<p>Muun muassa: Counseling on Access to Lethal Means (CALM)</p> <p>Huom. Kurssit ovat ilmaisia, mutta tarvitsevat rekisteröitymisen. http://training.sprc.org/ Suicide Prevention Resource Center</p>	<p>Verkkokurssi-itseopiskelu materiaali, henkilöstö</p>	2

Taulukko 5: Ulkomaiset materiaalit

Materiaali www-osoite Lähde	Materiaalin Luonne & Tarkoitus	Käytettävyys ja sovellet- tavuus päivitykseen asteikolla 1-5 1=huono 5=hyvä
Avaimia itsemurhien ehkäisyyn https://www.thl.fi/documents/10531/371759/THL_itsemurhien_ehkaisy_haitariesite_painoon.pdf Terveyden ja hyvinvoinnin laitos	Haitariesite Riskitekijöiden tunnistus	3
Itsemurhan ehkäisyn yleiset ohjeet https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Itsemurhan+ehk%C3%A4isy+yleiset+ohjeet.pdf/341f5970-e1da-4d2b-859b-6e14b129f253 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos	Yleisesite 38-sivuinen yleisohjeistus	2
Tutkimusmatka Tarkoitusten merellä https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Tutkimusmatka+Tarkoitusten+merell%C3%A4.pdf/98643c4c-be49-4e85-8e57-914a72b5b716 Non Fighting Generation ry	100-sivuinen opas Tarkoitukseenkeinen menetelmä nuorten itsemurhien ehkäisemiseksi s.35 kysymykset soveltuvat puheeksiottoon päivityksessä	1
Itsemurha & Itsemurhasta on turvallista puhua & Miten kertoisin lapselle itsemurhasta? http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/mieli_itsemurha_nettti.pdf http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/itsemurha_esite.pdf http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/mieli_miten_kertoisin_nettti.pdf Suomen mielenterveysseura	14-sivuinen opas 8-sivuinen opas 21-sivuinen opas Opas itsemurhaa yrittäneen perheen jäsenille	4

Taulukko 6: Suomalaiset materiaalit

Monessa edellä mainituista päivityksen työkaluista mainitaan ”Mental Triage” joka on vapaasti suomentaen mielenterveydentriage. Päivitykseen tulevat potilaat hoidetaan kiireellisyysjärjestyksessä. Triagehoitaja arvioi potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden triagemenetelmällä. Arvioinnin ei tulisi kestää muutamaa minuuttia kauempaa ja siinä keskitytään potilaan terveydentilaan liittyvään ongelmaan, potilaan yleiseen olemukseen ja muihin oleellisiin, potilaasta tehtyihin, havaintoihin. (Guidelines on the implementation of the australian triage scale in emergency department 2013, 2.) Siinä missä potilaan somaattisia vaivoja arvioidaan triage-menetelmällä, myös psyykkisten vaivojen arvioinnissa käytetään samanlaista mallia. Psykkisiä vaivoja arvioidaan aggressiivisen käytöksen esiintymisen

mahdollisuus, itsetuhoisen käytöksen tai itsemurhan mahdollisuus, fyysisen ongelman mahdollisuus tai potilaan poistuminen sairaalasta, jos hän ei saa akuuttia hoitoa juuri kyseisellä hetkellä. (Mental health for emergency departments - A reference guide 2015, 9.) Mielenterveyden triage-mallia tutkineet Sands, Elsom, Golgate, Haylor ja Prematunga (2016) toteavat, että triagea voidaan käyttää luotettavasti hyvinkin vähäisellä koulutuksessa ja kokemuksella. Tutkijaryhmä huomauttaa, että lisätutkimuksia aiheesta kaivataan.

Mental Triage-mallissa on viisi eri luokkaa, joista ensimmäinen luokka vastaa välitöntä hoidon tarvetta, toinen luokka vastaa 10 minuutin sisällä tapahtuvaa hoitoa, kolmas luokka 30 minuutin sisällä tapahtuvaa hoitoa, neljäs luokka tunnin sisällä tapahtuvaa hoitoa ja viides luokka kahden tunnin sisällä tapahtuvaa hoitoa. Ensimmäiseen luokkaan kuuluvat potilaat, jotka ovat selvästi vaaraksi itselleen tai muita kohtaan ja käyttäytyvät aggressiivisesti, itsetuhoisesti tai sekavasti. Toiseen luokkaan kuuluvat potilaat, jotka ovat mahdollisesti itsetuhoisia, käyttäytyvät aggressiivisesti, ovat levottomia tai paranoidisia. Kolmanteen luokkaan kuuluvat potilaat ovat levottomia ja ahdistuneita, mahdollisesti vaaraksi itselleen tai muille ja luultavasti poistuvat sairaalasta, jos he eivät saa hoitoa pian. Neljännessä luokassa olevat potilaat eivät välittömästi ole vaaraksi itselleen tai muille, ovat levottomia mutta eivät aggressiivisia ja voivat odottaa hoitoon pääsyä. Viidennessä luokassa olevat potilaat ovat yhteistyökykyisiä, eivät ole vaaraksi itselleen tai muille, eivät ole ahdistuneita tai käyttäydy häiritsevästi. (Mental health for emergency departments - A reference guide 2015, 10–12.) Australiassa on tehty erityisen hyvät kirjalliset ohjeet triagen käyttöön koulutuskirjassa ”Emergency triage education kit”. Samasta koulutuskirjasta löytyy mielenterveyden ABC-arviointi. (Emergency triage education kit 2009.)

5.2.11 Telemediisiinin käyttö itsemurhien ehkäisyssä

Interaktiivisella telemediisiinialla tarkoitetaan erilaisia hoitotoimia, diagnostisia palveluita, hoitotyöntekijän tekemää hoidon arviointia, hoitotulosten tallennusta, hoidon itsearviointia ja sairauden monitorointia, joka tapahtuu sähköisten laitteiden kautta. Laitteita voivat olla muun muassa etämonitorit, puhelin ja tietokone. Flodgren, Rachas, Farmer, Inzitari ja Shepherd arvioivat tutkimuksessaan interaktiivisen telemediisiinin käyttöä ja vertasivat sitä tavanomaiseen hoitoon. Tutkimuksen perusteella kolmen kuukauden seurannan aikana elämänlaatu parani telemediisiinin avulla verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Huomattavaa on, että tutkimuksessa ei löydetty vaikuttavuuseroa videoavusteisen ja kasvokkain tapahtuvan terapian välillä mielenterveys- ja päihdepotilaille. (Flodgren ym. 2015.) Mayo-Wilson ja Montgomery ovat omassa tutkimuksessaan saaneet samansuuntaisia tuloksia ahdistuneisuushäiriöisillä aikuisilla. Ahdistusoireet olivat vähentyneet verrattuna niihin, jotka eivät olleet saaneet hoitoa ollenkaan, eikä mediavälitteisen ja kasvokkain tapahtuvan terapian välillä ollut merkittävää tuloseroa. Potilaille, joilla on ahdistuneisuushäiriöitä ja jotka eivät pysty tai eivät halua muu-

ta apua, mediavälitteiset oma-apu ohjelmat voivat olla avuksi. He kuitenkin muistuttavat, että kliinisesti ylivoimaisin hoitokeino on todennäköisesti kasvokkain tapahtuva terapia. (Mayo-Wilson & Montgomery 2013.) Useissa tutkimuksissa tuotiin esille, että etenkin puhelinvälitteiset hoidon kontaktit voivat vähentää masentuneisuutta ja sitä kautta itsemurhia. Gentryn, van-Velthovenin, Tudor Carin ja Carin (2013) tekemän tutkimuksen mukaan puhelimitse tehdyt interventiot voivat vähentää kuluja, odotus- ja matkustusaikoja, depressiivistä oireilua ja parantaa lääkahoitoon sitoutumista HIV-potilailla. Unkarissa tehdyn tutkimuksen mukaan 4-vaiheinen itsemurhan ehkäisyohjelma on laskenut tutkimusalueella itsemurhien määrää ja erityisesti miehille oli päivystävään puhelimeen anonyyminä soitto ollut muihin interventiomenetelmiin verrattuna toimivampi keino. Puhelimessa heille annettiin tietoa muun muassa hoitomahdollisuuksista. (Székely ym. 2013, 3–4.)

5.2.12 Näkökulmia aihealueen tutkimuksesta

Kirjallisuuskatsauksen useissa tutkimuksissa tuotiin esille, ettei itsemurhien ehkäisyä ole tutkittu tarpeeksi laajasti. Koska kyseessä ei ollut yksittäisen tutkimuksen tulos, vaan aihe toistui, se päätettiin ottaa mukaan osaksi opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Solinin tutkimuksessa todetaan, että koko väestölle suunnatuissa itsemurhien ehkäisystrategioissa jäävät ulkopuolella ne, joilla on suurin itsemurhariski. Riskiryhmille suunnatuissa ehkäisytoimissa tulisi muistaa, että niiden ulkopuolelle voivat jäädä sellaiset, joilla ei ole erityistä riskiä, kuten perheet ja ystävät, jotka kuitenkin saattavat kärsiä tilanteesta. Tutkimus huomauttaa, että ehkäisykeinot medikalisoidaan helposti. Terveystieteillä on tärkeä rooli itsemurhien ehkäisyssä, mutta sosiaalipuolen toiminta voi vähentää itsemurhia yhtä tehokkaasti. Interventioita, jotka tähtäävät päihteiden väärinkäytön vähentämiseen, pidetään tärkeänä osana itsemurhien ehkäisyä ja mielenterveysongelmia. Tutkimuksessa tuodaan esille, ettei mikään yksittäinen interventio ole vähentänyt itsemurhia. Toimivan itsemurhien ehkäisystrategian valinta on vaikeaa ja tähän voi olla syynä se, että tutkimustieto toimien tehokkuudesta on riittämätöntä. Mielenterveyteen liittyvien tavoitteiden arviointia ovat vaikeuttaneet ajan ja henkilöstöressurssien vähyyt sekä erityisesti arviointiin sopivien indikaattorien puuttuminen. Tavoitteiden ja ongelmien asettelussa katsotaan olevan epäselvyyttä. Tutkimuksessa ehdotetaan lisäresurssien kohdentamista arviointiin tai tavoitteiden kohtuullistamista. (Solin 2011, 68–69.) Tehokkuusmittarien uupuminen voi vaikuttaa negatiivisesti poliittiseen päätöksentekoon ja sitä kautta mielenterveyden rahoitukseen. Menettelytapojen suunnittelu ja implementointi ilman näyttöön perustuvaa tietoa voi olla resurssien hukkaa ja jopa haitallista. Jo olemassa olevan tiedon uudelleen tarkastelua suositellaan. Tutkimukset, jotka eivät ole randomoituja kontrollikokeita, voivat antaa arvokasta tietoa interventioista. (Solin 2011, 64–77.)

Monet tutkimukset puoltavat strukturoidun seurannan järjestämistä potilaille (Gentry ym. 2013; Flodgren ym. 2015; Lu ym. 2011; McQueen ym. 2011; Mayo-Wilson & Montgomery 2013).

Erilaisen näkökulman asiaan tuo Grimholtin ym. (2015) tutkimus, jonka mukaan strukturoitu seuranta ei merkittävästi vähennä itsemurhasuunnitelmia, depressiota tai toivottomuuden tunnetta. Varsinaisia itsemurhia se sen sijaan vähentää. Tutkimuksessa tuodaan esille, että verrattuna verrokkiryhmään, toistuvien itsemyrkyttäytymisten määrällä ei ollut ryhmien välillä eroa, pikemminkin päinvastoin. Strukturoidun interventioryhmän itseilmoittamien itsetuhoisuustapahtumien määrä oli suurempi kuin verrokkiryhmällä. (Grimholt ym. 2015, 9–11.) Hawtonin ym. (2015) tutkimuksessa päädytään samansuuntaisiin johtopäätöksiin: itsetuhoisille tarkoitettujen interventioiden tehokkuudesta ei juurikaan ole näyttöä. Baker ym. (2015) toteavat, että yksilölliset interventiot voivat olla tehokkaita, mutta heidänkään tutkimuksessa ei selviä, mikä keino olisi paras, kuten ei sekään, mitä paras vaikutus on. Stanley ym. (2015) tutkimuksessa strukturoitu puhelinvälitteinen seuranta ja turvallisuussuunnitelman teko ei vähentänyt itsetuhoajatuksiin ja itsemurhayrityksiin liittyvien sairaalassaolojen määrää Yhdysvaltojen sotaveteraaneilla, sen sijaan se lisäsi behavioraaliseen hoitoon osallistumista.

Vaikka Grimholt ym. tutkimusryhmä tuo itse esiin, että heidän tutkimuksensa sisältää monia ongelmallisuuksia kuten vertailuryhmäkokojen pienuuden (Grimholt ym. 2015, 11–14) ja Stanley ym. (2015) toteavat, että suurin osa heidän kokeeseen osallistuneista oli nuoria, valkoisia miehiä eikä tutkimusta kontrolloitu, tutkimukset sisältävät kuitenkin merkittävän havainnon: tietoa pitkäaikaisvaikutuksista ei ole, potilashaittojen tutkimusta on kovin vähän tai tutkimuksissa yleisesti ottaen vältetään huonojen lopputulosten kertomista. Baker ym. (2015) ehdottaa tutkimuskeinojen yhtenäistämistä. Samoin Hawtonin ym. (2015) tutkimuksen mukaan lopputuloksille tulisi luoda yhteinen mitta-asteikko. Hawton ym. (2015) tähdentävät, että uusien interventiometodien kehityksen tulisi tapahtua yhdessä potilaiden kanssa, jotta menetelmät kohtaisivat tarpeet.

5.2.13 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden ja prosessin arviointi

Kirjallisuuskatsauksen hakuvaiheessa ilmeni, että tutkimuksia itsemurhien ehkäisystä, varsinkin kokonaisten toimintamallien toimivuudesta päivystyksessä, ei ole tehty. Tulokadon vuoksi hakustrategioita muokattiin koskemaan itsemurhariskin tunnistusta ja ehkäisyä. Hakujen perusteella valitut tutkimukset taulukoitiin. Taulukoinnin pohjalta huomattiin, että useat tulokset toistuvat, jonka perusteella tulokset päätettiin luokitella. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin induktiivista sisältöanalyysiä, joka tarkoittaa aineistolähtöistä analyysiä. Tulokset luokitellaan esimerkiksi tuloksissa esiintyvien sanojen teoreettisen merkityksen kautta. Keinoa suositellaan käytettäväksi, jos aineisto on hajanaista ja halutaan, etteivät aikaisemmat tiedot, teoriat tai havainnot ohjaa analyysiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 135.) Luokittelussa käytettiin väriteemoittelua (Liite 8), koska tutkimuksissa saattoi olla monia, eri kategorioiden alle meneviä tuloksia. Aukikirjoitettu osuus yliviivattiin. Yläkategorioiksi muodostuivat: mielenterveys, päihteet ja myrkytykset, sukupuoli ja sosioekonominen asema, nuo-

ret, toistuvat käynnit, päivystysten ja osastojen turvallisuus, vertaistuki ja vapaaehtoiset, telemedisiiniset keinot, psykiatrisen sairaanhoidon keinot, kyselylomakkeet, hoitajuus, päivystyksen työkalut ja tutkimukselliset näkökulmat. Tulosten aukikirjoittamisen jälkeen niistä tehtiin yhteenveto, jossa tuloksia verrattiin teoreettiseen viitekehykseen. Tulosten aukirjoittamisella ja erillisellä yhteenvedolla pyrimme prosessin läpinäkyvyyteen. Hyväksymis- ja pois-sulkukriteereistä joustettiin ja kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin materiaaleja, jotka eivät ole tutkimuksia. Niiden katsottiin kuitenkin tuovan uudenlaista näkökulmaa ja lisäävän tietoisuutta muualla käytössä olevista päivystyksen työkaluista.

Integroivaan kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten laatua arvioitiin CASP-menetelmän avulla. Critical Appraisal Skills Programme eli CASP on laadunarviointiväline. CASP:ia käytetään tavallisesti sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa ja sen avulla voidaan arvioida tietyn kirjallisen tutkimuksen laadullisuutta ja luotettavuutta. (Nevala, Pehkonen, Koskela, Ruusuvoori & Anttila 2014, 9.) Luotettavuutta mitataan kymmenen kysymyksen avulla. Kysymyksillä tarkoitetaan muun muassa tutkimustulosten validiutta ja relevanssia: onko tutkimuksessa käytetty riittävä määrä siihen sopivia lähteitä, ovatko tutkimustulokset riittävän tarkkoja ja voidaananko niitä hyödyntää mahdollisissa tulevilla tutkimuksissa. Kysymysten vastausvaihtoehdot ovat ”Kyllä”, ”Ei osaa sanoa” ja ”Ei”. ”Kyllä” -vastauksesta saa 2 pistettä, ”Ei osaa sanoa” -vastauksesta 1 pisteen ja ”Ei” -vastauksesta 0 pistettä. (10 questions to help you make sense of a review 2013.) Jos tutkimus sai vähintään 10 pistettä, sen laatua pidettiin riittävänä ja se hyväksyttiin kirjallisuuskatsaukseen. Alle 10 pistettä määriteltiin heikoksi.

CASP-arviointi tutkimuksista on opinnäytetyön liitteenä (Liite 6). Arviointi tehtiin tutkimuksille ja tutkimusartikkeleille. Kaikki valitut tutkimukset ja tutkimusartikkelit täyttivät CASP-kriteerit. Tutkimusartikkeleiden validiteettia ja CASP arviointia laski se, ettei tutkimuksen koko aineisto ollut saatavilla. Kaikista suomalaisista tutkimuksista sen sijaan oli mahdollisuus lukea koko tutkimus ja siten arvioida laajemmin tutkimuksen luotettavuutta. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen pro gradujen laatu oli selvästi heikompi kuin muiden tutkimusten. Pro gradut käsitelivät läheisten ja nuorten kokemuksia itsemurhasta ja itsetuhoisuudesta. Pro gradut kuitenkin toivat kirjallisuuskatsaukseen potilaslähtöistä näkökulmaa ja paransivat sitä kautta kirjallisuuskatsauksen laatua ja luotettavuutta. Kirjallisuuskatsauksessa olevien muiden materiaalien kohdalle kirjoitettiin aina maininta, ettei kyseessä ole tutkimus, eikä sen validiteettia voida arvioida lähteiden puuttuessa.

Tämän opinnäytetyön tutkimusosion CASP arvio on 14. Laatua ja luotettavuutta heikentää se, ettei kaikkia oleellisia lähteitä saatu niiden maksullisuuden takia mukaan opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää myös opiskelijoiden tutkijantaidot. Opinnäytetyössä tuli vastaan monia uusia asioita, jotka vaativat perehtymistä. Aiheeseen perehtymisenkään ei silti takaa asian ymmärtämistä, ja moni asia on voinut jäädä ottamatta huomioon. Kirjalli-

suuskatsauksessa löydettiin päivystykseen kehitettyjä itsemurhan ehkäisymalleja, mutta niiden luotettavuutta ei voida lähteiden ja tutkimusten puuttumisen takia arvioida aukottomasti.

6 Yhteenveto

6.1 Kyselylomakkeen yhteenveto

Kyselylomakkeen tutkimuskysymyksiä olivat: millaisia itsemurhan ehkäisykeinoja Hyvinkään päivystyksessä käytetään tällä hetkellä ja millaisia haasteita ja vahvuuksia itsemurhien ehkäisyssä Hyvinkään päivystyksessä on. Tutkimuksen mukaan Hyvinkään päivystyksessä tavallisimmin käytettävät itsemurhien ehkäisykeinot ovat keskustelu potilaan kanssa, lääkärin konsultointi, asian kirjaaminen potilasasiakirjoihin eli hoidon jatkuvuuden takaaminen sekä TAY-ryhmän konsultointi. Puheeksiotto ja itsetuhoisuuden tunnistus olivat merkittävimmät, tunnistamattomat, itsemurhien ehkäisytön vahvuudet.

Hoitotyönkehittämismahdollisuuksia ovat mini-interventioiden käyttöönotto sekä potilaan läheisten ottaminen mukaan esimerkiksi hoidontarpeen arviointiin, sillä niiden käyttöä ei juurikaan esiintynyt tavallisimpien kolmen keinon joukossa. Ehkäisykeinojen puute, kiire, henkilöstöresurssit sekä potilaiden lyhyt hoitoaika asettavat suurimmat haasteet Hyvinkään päivystyksen itsemurhien ehkäisytölle. Hoitajat toivat yksimielisesti esille, että yhteistyö TAY-ryhmän kanssa on merkittävimpiä vahvuuksia yhdessä työyhteisön ilmapiirin ja tuen kanssa. Päivystykseen ehdotetaan omaa psykiatrista hoitajaa. Avoimien vastausvaihtoehtojen mahdollisuutta ei juurikaan käytetty kyselylomakkeessa. Tähän voi olla monia syitä kuten vastaajan kiire tai valmiiden vastausvaihtoehtojen riittävyys. Todennäköisesti totuus on jossain näiden kahden välillä. Kyselytutkimuksen kysymykset antoivat vastaukset tutkimuskysymyksiin, jolloin mittarin valinta ja toiminta oli validia.

6.2 Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksenä oli: ”Millaisia itsemurhariskin tunnistuskeinoja ja itsemurhien ehkäisykeinoja suositellaan päivystykseen?” Kirjallisuuskatsauksen pohjalta itsemurhariskin tunnistuskeinot tulee kohdistaa erityisesti mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen. Keinoiksi ehdotetaan erilaisten kyselylomakkeiden käyttöä ja mielenterveys triagea. Mahdollisten riskitekijöiden tiedostaminen auttaa tunnistamisessa: miehet tekevät enemmän itsemurhia, sosio-ekonominen asema vaikuttaa alttiuteen ja päihdeongelma yhdessä masennuksen kanssa lisää huomattavasti itsetuhoisuuden riskiä, samoin toistuvat päivystyskäynnit. Itsemurhien ehkäisykeinoja päivystyksessä ovat tilojen turvallisuus ja siihen liittyvät säännölliset turvallisuustarkastukset. Hoidon jatkuvuus on merkittävä osa itsemurhien ennal-

taehkäisyä, tästä syystä ennen itsetuhoisen potilaan kotiutumista olisi hänelle tehtävä itsetuhoisuuden riskiarvio, perheselvitys ja jatkohoitosuunnitelma. Jatkohoidon kontaktin tulisi olla hyvin pian päivystyksestä pääsyn jälkeen. Hoitajuus vaikuttaa siihen, kuinka itsetuhoiset potilaat tuntevat tulevansa kohdatuiksi ja sillä voi olla merkitystä itsemurhien ehkäisyssä: potilaan tunnistamattomat tarpeet aiheuttavat toistuvia käyntejä päivystykseen. Tulevaisuuden interventioita voisivat olla vertaistukipalveluiden tai vapaaehtoisten liittäminen mukaan hoitoketjuun ja telemedisiiniset hoitokontaktit. Kirjallisuuskatsaus toi esille muutamia valmiita malleja sekä mielenterveyden triageen että itsetuhoisen potilaan hoitopolkuun. Katsauksessa huomattiin, että suurin osa tutkimuksista koski itsemurhariskien tunnistusta ja arvioita, ja niihin liittyviä kyselylomakkeita. Kyselyt voivat toimia interventioina, mutta eivät ainoina keinoina. Monet ehdotetuista interventioista kuten perhekeskeiset interventiot, vaikka niiden tekopaikaksi suositeltiinkin päivystystä, vaativat psykiatrisen sairaanhoidon osaamista. Interventiot vaativat myös resursseja, tiloja ja aikaa. Kirjallisuuskatsaus antoi vastauksen tutkimuskysymykseen jolloin hakukriteerit ja tulosten aukikirjoitus ovat olleet valideja.

6.3 Tulosten yhteenveto ja kehittämiskohteet

Masennus, aiempi itsemurha, toivottomuus, persoonallisuushäiriöt, päihdeongelmat, naisukupuoli, elämäkumppanin puuttuminen, somaattiset sairaudet, elämänkriisit, läheisten mielenterveysongelmat ja lähipiirissä tehdyt itsemurhat sekä lyhyt koulutusaika ovat itsemurhan riskitekijöitä (Lönnqvist 2015a, Valtonen 2007, 59; Riihimäki 2015, 64; Nock ym. 2008; Avaimia itsemurhan ehkäisyyn 2015). Mielenterveyshäiriöt ja etenkin masennus lisäävät itsemurhan riskiä 20-kertaisesti muuhun väestöön verrattuna. Riski itsemurhaan kasvaa sen mukaan, mitä vaikeammasta ja pidempikestoisesta masennuksesta on kyse. (Isometsä 2015.) Itsetuhoista käytöstä ennustavat aiempi psykiatrinen hoito, nuori ikä ja masennusoireiden vakavuus (Vuorilehto 2008, 72-73). Itsetuhoisuutta voidaan ehkäistä puuttumalla masennukseen sekä toivottomuuden ja levottomuuden tunteisiin. Masennuksen tehokas hoito korostuu itsemurhien ennaltaehkäisyssä. (Sokero 2006, 50–66). Hoitomyönteisyyden puuttuminen on yleistä itsemurhapotilailla ja tavallisimmat ongelmat jatkohoitoon sitoutumisessa ovat päihdeongelmat, persoonallisuushäiriöt ja kyvyttömyys hakea ja ottaa vastaan apua (Suokas & Suominen 2002, 289–291). Kriisin aikana tehty interventio on erityisen hyödyllinen hoitomuoto itsemurhaa yrittäneillä potilailla (Ginnis ym. 2015, 172-178). Kyselylomaketutkimuksessa ei kysytty itsemurhan riskitekijöistä tai niiden tunnistamisesta. Vastausten perusteella voidaan kuitenkin arvioida, että hoitohenkilöstö tietää yleisimmät itsemurhan riskitekijät, sillä vain 12 prosenttia vastaajista koki vaikeuksia tunnistaa itsemurhariskissä oleva potilas. Hoitotyön kehittämismahdollisuuksia ovat päivystyksessä aloitetut interventiot.

Alkoholi on yksi tärkeistä itsemurhan riskitekijöistä. Itsemurhan tehneistä miehistä joka toisella on ollut alkoholiongelma ja joka kolmannella alkoholiriippuvuus. Puolet miehistä ja nel-

jäsosa naisista on ollut humalassa tehdessään itsemurhan. (Avaimia itsemurhan ehkäisyyn 2015; Lönnqvist 2015.) Alkoholisteilla itsemurhien osuus kuolinsyistä on 15 prosenttia (Saarnio 2005, 2100). Alkoholiriippuvuus sekä alkoholin väärinkäyttö ovat keskeisiä riskitekijöitä itsetuhoajatuksissa, itsemurhayrityksissä ja itsemurhissa masennuspotilailla ja tästä syystä päihdeongelma yhdessä masennuksen kanssa on otettava erityisen vakavasti (Sokero 2006, 26–64; Suokas & Lönnqvist 2000, 1607; Riihimäki 2014, 65). Päihdeongelma on tunnistettu murto-osalla itsemurhan tehneistä (Pirkola 1999, 71). Miehillä yleisempää on alkoholin väärinkäyttö ja naisilla muiden aineiden väärinkäyttö (Pirkola 1999, 43). Alkoholia väärinkäyttävät itsemurhan uhrit ovat nuorempia, työttömiä miehiä, joilla oli jokin epäsuotuisa, oman käytöksen aiheuttama, elämäntapahtuma taustalla. He olivat useimmiten eronneita ja heillä oli lapsia. (Pirkola 1999, 71–72.) Suomessa nuorten yleisin myrkytyksen syy on alkoholi. (Liisanantti 2012, 33–43.) Lähes puolet 16–24-vuotiaista päivystykseen itsetuhoisuuden takia tulleista nuorista oli käyttänyt alkoholia edeltävän vuorokauden aikana (Arkins ym. 2012, 30–32). Interventiot, jotka tähtäävät päihteiden väärinkäytön vähentämiseen, ovat tärkeä osa itsemurhien ja mielenterveysongelmien ehkäisyä. (Solin 2011, 68–69.) Suomessa sellaiset potilaat, jotka olivat selvin päin, vanhempia ja saapuivat päivystykseen arkipäivänä, ohjattiin herkemmin psykiatriseen konsultaatioon tai otettiin sisään osastolle (Sakinofsky 2014, 133). Kyselylomaketutkimuksen mukaan potilaan päihtymys nostaa itsetuhoisen potilaan hoitoisuutta. Potilaan psykiatrinen arvio tulisi tehdä potilaan tajunnan ja muistin normalisoituessa, myrkytystilan ja mahdollisen valvomisen jälkeen (Suokas & Lönnqvist 2000, 1608). Kehittämiskohteenä päivystykseen suositellaan sellaisten interventioiden käyttöönottoja, joiden tarkoituksena on tunnistaa mielenterveysongelmia ja vähentää päihteiden väärinkäyttöä. Hoitoonohjauksen kehittämiskohteenä on potilaiden tasapuolinen kohtelu.

Huumausaineriippuvuuteen liittyy suurempi itsemurhavaara kuin alkoholin käyttöön. Monella päihdeongelmaisella on masennusoireita, jotka tavallisesti ovat seurausta päihdeongelmasta. (Lönnqvist 2015.) Päihteet voivat joko nostaa riskiä sairastua masennukseen tai niiden käyttö lievittää hetkellisesti masennusoireita tuottamalla mielihyvää (Huumeongelman hoito 2012; Tietoa eri huumeista 2015; Ekstaasi eli MDMA 2015; Lund & Vuori 2000, 1641). Opioidimyrkytyskuolemat ovat lisääntyneet Suomessa. Useimmiten taustalla ovat reseptillä saatavat opioidit. (Häkkinen 2015, 36.) Tästä syystä toksisisia lääkeaineita ei tulisi määrätä kerralla paljoa. (Suokas & Lönnqvist 2000, 1607.) Opioidien väärinkäyttäjillä kuolemaan johtaneet myrkytykset ovat yleisempiä kuin muilla (Häkkinen 2015, 42). Kuolemaan johtavat opioidimyrkytykset tulkitaan huomattavasti paljon yleisemmin vahingoiksi kuin itsemurhiksi (Kuvio 4; Kuvio 5) verrattuna muihin lääkeaineisiin. 90 prosentissa kaikista opioidimyrkytyksistä mukana on ollut alkoholi, bentsodiatsepiinit tai molemmat yhdessä. (Häkkinen 2015, 37.) Päihtymystila itsessään voi toimia itsemurhan katalyyttinä voimistamalla toisen päihteen kuolettavuutta (Pirkola 1999, 72). Kuolemaan johtaneet fentanyylimyrkytykset ovat useimmiten vahinkoja. Buprenorfiini on korvannut herooinin myrkytyksissä. Buprenorfiinimyrkytyksiin liittyy usein

muiden huumeiden, useimmiten bentsodiatsepiinien, käyttöä. Pregabaliinia löytyi neljäsosasta kaikista kuolemaan johtaneista opioidimyrkytyksistä. Kolme neljäsosaa väärinkäyttäjistä on miehiä. (Häkkinen 2015, 36–42.) Psykoaktiivisista aineista riippuvaisilla naisilla oli miehiä yleisemmin edeltäviä itsemurhayrityksiä, 69 prosentilla aineista riippuvaisista naisista itsemurhakeino oli myrkytys. 60 prosenttia aineista riippuvaisista naisista oli humalassa tehdessään itsemurhan. (Pirkola 1999, 44–46.) Miehillä säännöllinen tupakointi 14-vuotiaana ennustaa itsemurhaa ennen 34-vuotta (Alaräisänen 2010, 67). Hoidossa tulisi tunnistaa aineiden sekakäyttöön viittaavat tunnusmerkit (Suokas & Lönnqvist 2000, 1607). Kehittämiskohteiksi ehdotetaan selvitystä siitä, miten reseptilääkkeinä saadut opioidit päätyvät huumausainekäyttöön, kuinka suuri prosentuaalinen osuus huumausaineiden väärinkäyttäjistä tekee itsemurhan ja miksi opioidimyrkytysitsemurhien ja opioidimyrkytyskuolemien määrä ei noudattele muiden lääkeaineiden kanssa samaa linjaa. Tupakoinnin puheeksiotto voisi olla yksi keino tunnistaa riskiryhmässä olevat.

Kaikkien myrkytyspotilaiden pitkäaikaisennuste on huono. Kuolleisuus 14 vuoden seurannan aikana oli 30,4 prosenttia, kuolleiden keski-ikä on 54 vuotta ja 10,8 prosenttia myrkytyspotilaista teki itsemurhan. (Liisanti 2012, 18–45.) Myrkytyspotilaat muodostavat selkeän riskiryhmän ja itsemurhariski on korkea verrattuna muuhun väestöön. Myrkytyspotilaiden jatkohoitoon ohjausta tulisi tarkastella valtakunnallisella tasolla.

Miesten itsemurhakuolleisuus on laskenut selvästi ja naisten itsemurhakuolleisuus on pysynyt tasaisena (Itsemurhakuolleisuus 1921-2010 2010). Tästä huolimatta miehet tekevät naisia enemmän itsemurhia ja vuonna 2013 kolme neljästä itsemurhan tehneestä oli mies (Itsemurhien määrä lähes ennallaan 2014). Naiset yrittävät itsemurhia enemmän kuin miehet, mutta miehet tekevät itsemurhan naisia useammin (Arkins 2012, 30; Bennet, ym. 2014, 254). Sosioekonominen tausta vaikuttaa itsemurhakuolleisuuteen selvästi etenkin niissä tapauksissa, joissa mukana on alkoholi. Itsemurhariski on suurempi pienituloisilla, heikosti koulutetuilla, työttömällä tai työntekijäasemassa olevilla. Heikompaan sosioekonomiseen luokkaan kuuluvilla myös masennuksen hoidon on todettu olevan heikompiteasoista verrattuna parempaan sosioekonomiseen luokkaan kuuluviin. (Mäki 2010, 55–69.) Itsemurhien määrä alenisi ja vakavat mielenterveyden ongelmat vähenisivät, jos alempaan sosioekonomiseen luokkaan kuuluvien henkilöiden psykologisia ongelmia ja stressitekijöitä hoidettaisiin asiaankuuluvalla tavalla (Tallala 2013, 64–68). Kyselylomaketutkimuksessa ei esitetty potilaiden sukupuoleen tai sosioekonomiseen taustaan liittyviä kysymyksiä, joten niihin ei myöskään saatu vastauksia. Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan masennuksen hoito ei jakaudu tasaisesti. Heikompaan sosioekonomiseen luokkaan kuuluvien voi olla vaikeampi hakea tarvitsemaansa apua, mutta sitä tulisi silti tarjota kaikille apua tarvitseville. Mikäli kaikki avun tarpeessa olevat huomioitaisiin samalla tavoin, itsemurhakuolleisuus ei välttämättä olisi Suomessa pohjoismaiden kärkeä.

Hoitotyönkehittämiskohteeksi ehdotetaan erityistä huomiota hoidonohjauksen tasapuolisuuteen.

Itsemurhan tehneistä 42–82,1 prosenttia oli ollut yhteydessä terveydenhuoltoon kuolemaa edeltävän vuoden aikana (Gairin ym. 2003, 29; Pirkola 1999, 47; Vasiliadis ym. 2015, 123). Itsemurhan tehneistä, 39 prosentilla, oli toistuvia käyntejä päivystykseen kuolemaa edeltävän vuoden aikana ja kolmasosa näistä käynneistä johtui itsemurkityksistä ja itseaiheutetuista vammoista (Gairin ym. 2003, 29–30). Toistuvasti itsensämyrkyttäjien taustalla on usein työttömyyttä ja olemassaoleva mielenterveyshäiriödiagnoosi ja he karkaavat päivystyksestä todennäköisimmin. (Martin ym. 2014, 3–5) Toistuvien käyntien epäillään johtuvan potilaan tunnistamattomista ongelmista (Arkins ym. 2012, 30). Heistä, jotka eivät olleet terveydenhuoltoon yhteydessä, suurin osa oli nuoria, kaupunkien ulkopuolella asuvia miehiä, joilla terveydenhuoltopalveluihin oli keskimääräistä pidempi matka. (Vasiliadis ym. 2015, 123.) 43 prosentilla kaikista nuorista myrkytyspotilaista taustalla on riskitekijä, joista yleisimmät ovat riidat ja ongelmat huoltajien kanssa sekä akuutti psykiatrinen kriisi. Niillä, joilla taustalla on riskitekijä, kertyy enemmän uusintakäyntejä myrkytysten vuoksi ja heillä on muita useammin depressiivisyyttä. Myrkytykset ovat yleisemmin lääkemyrkytyksiä. (Liisanantti 2012, 33–43.) Kyselylomakkeen perusteella toistuvat käynnit ovat tuttu ilmiö Hyvinkään päivystyksessä. Päivystykseen toistuvasti hakeutuvat potilaat vievät suurimman osan henkilökunnan ajasta, koska potilailla on monia ongelmia ja toistuvasti itsensämyrkyttäjät tarvitsevat useammin tehohoitoa. (Arkins ym. 2012, 30; Martin ym. 2014, 3–5.) Vaikka toistuvat käynnit kuormittavat terveydenhuoltoa, käynnit voidaan nähdä mahdollisuutena tunnistaa potilaan itsemurhariski: toistuvat käynnit myrkytysten ja itseaiheutettujen vammojen takia indikoivat itsetuhoisuutta. Nuorten taustalla olevien konfliktien selvitystä suositellaan aloitettavaksi jo päivystyksessä. Laajempaan kysymyksenä ovat ne itsemurhan tehneet nuoret miehet, jotka eivät hakeudu hoitoon. Koska tiedetään, että heidän taustalla on usein työttömyyttä, mahdollinen vastaus voisi olla sosiaalitoimen, terveydenhuollon ja työttömyystoimistojen yhteistyö.

Itsemurhariski kasvaa kun päivystyskäyntejä on enemmän kuin kaksi vuodessa. Potilaan itsemurhariski tulisi arvioida kun päivystyskäyntejä on yli 4 parin vuoden aikana. (Kvaran ym. 2015, 7–8.) Itsemurhariski kasvaa 15.–30. päivän välisenä aikana kotiutumisesta (Rafnsson & Gunnarsdottir 2013, 834–837) ja puolet kaikista itsemurhista tapahtuu 4 viikon sisällä sairaalan uloskirjauksesta, ennen sovittua seurantakäyntiä (Vasiliadis ym. 2015, 124). Potilaan itsetuhoisuus on arvioitava ennen päivystyksestä kotiutumista ja jatkohoito on järjestettävä mahdollisimman pian. (Vasiliadis ym. 2015, 124.) Nykyisellään jatkohoito suositellaan järjestettäväksi 1–3 vuorokautta sairaalasta uloskirjauksesta (Suokas & Suominen 2002, 289–291). Kehittämismahdollisuutena voisi olla potilastietojärjestelmän sisäänrakennettu hälytysjärjestelmä, joka laskee päivystyskäyntien määrää. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten perusteella jatko-

hoidon tukitoimia tulisi lisätä erityisesti 15.-30. päivän kohdalle uloskirjauksesta. Interventtioiden ajoittamisen ja määrän vaikuttavuutta suositellaan lisätutkimuskohteeksi.

Kolmasosa kaikista itsemurhan tehneistä on 15–24-vuotias (Itsemurhien määrä lähes ennallaan 2013). Tavallisimmin nuorten itsemurhien taustalla on masennusta, ahdistuneisuutta, alkoholi-ongelmia ja persoonallisuuden häiriöitä. Aiempi itsemurhayritys on itsemurhien riskitekijä. Itsemurha-ajatukset olivat yleisimpiä 16–19-vuotiailla. (Lönnqvist 2009; Miettinen 2012, 22–24; Tuisku 2015, 30–32; Tuisku 2015, 50–53.) Kolme neljäsosalla itsetuhoisuuden takia päivystykseen tulleista nuorista oli ollut ratkaisematon konflikti viimeisen 24 tunnin aikana. (Arkins ym. 2012, 31–32). Itsemurha ampuma-aseella oli yleisin itsemurhakeino pojilla. Tytöillä yleisimmät keinot olivat myrkyttäytyminen ja hirttäytyminen. Pojat tekevät enemmän itsemurhia kuin tytöt. (Lahti 2014, 54–57.) Itsetuhoisten nuorten päihteiden käytön erityispiirteenä on se, että viimeisen vuoden aikana heidän päihteiden käyttönsä on aiheuttanut joko heidän itsensä tai jonkun muun loukkaantumisen (Arkins ym. 2012, 30–31). Nuorten ohjaus psykiatriseen konsultaatioon tapahtui pääasiallisesti illalla ja yöllä (Keränen ym. 2003, 1150). Ensivassa on puutteita nuorten edeltävän itsetuhoisen käytöksen, perhetilanteen, päihteiden käytön ja psyykkisten oireiden selvittämisessä (Keränen ym. 2003, 1148.). Päivystyksessä tehdyt, varhaiset interventiot ehkäisevät ongelmien eskaloitumista (Keränen ym. 2003, 1150–1152). Nuorten päihteiden käyttö saatetaan nähdä osana nuoruuden kokeiluja ja hoitoon ohjausta ei tapahdu. (Keränen ym. 2003, 1150–1152.) Päivystyksessä tulisi kiinnittää erityistä huomiota nuoriin myrkytyspotilaisiin. Päihteiden väärinkäyttöä ei tulisi tulkita vain nuoruuden kokeiluina vaan selvittää tarkemmin nuoren taustoja. Kaikki itsetuhoisen käytös ennustaa jatkuvaa itsetuhoisuutta ja on vahva itsemurhayrityksen ja itsemurhan riskitekijä (Tuisku 2015, 54). Jatkohoitoon ohjaus on ollut todennäköisempää jos potilas on nuori nainen (Sakinofsky 2014, 133; Keränen ym. 2003, 1148). Nuorilla miehillä antisosiaalisuus, väkivaltaisuus ja aggressiivinen käytös voivat olla peiteltyä masennuksen oireita (Arkins ym. 2012, 30). Uskalluksen ja keinojen puutteet on koettu interventtioiden esteeksi. (Keränen ym. 2003, 1150–1152.) Kyselytutkimuksen mukaan suurin haaste itsemurhien ehkäisytyölle on ehkäisykeinojen puute. Nuoret kokevat perheen, ystävien ja koulun tärkeimmiksi tuen tarjoajiksi ja itsetuhoisuuden ehkäisijöiksi (Arkins ym. 2012, 30). Itsetuhoisuuden arvioinnissa olisi hyvä hyödyntää potilaan läheisiä (Suokas & Lönnqvist 2000, 1608). Ehkäisykeinoiksi nuorille suositellaan tuen tarjoamista, yksinäisyyden ehkäisyä, perheinterventioita ja lyhytinterventioita päivystyksessä, näyttöön perustuvaa masennuksen hoitoa sekä siirtymäinterventiota päivystyksen ja jatkohoidon välillä sillä ne voivat vähentää itsemurhariskiä koko elinaikana. Terveystoimittajan kotikäynnit voivat lisätä nuorten hoitoon sitoutumista ja nopean toiminnan tiimi voi vähentää nuorilla laitoshoidon tarvetta. (Arkins ym. 2012, 32; Rosenbaum ym. 2011, 1307–1308; Bennet ym. 2014, 248–254; Newton ym. 2010, 649; Newton ym. 2010, 654–655.) Päivystyksen kehittämiskohteiksi ehdotetaan tehostettua nuorten jatkohoitoon ohjausta ja psykiatrisen hoidon tarpeen arviointia. Erityisenä riskiryhmänä voidaan pitää myrkytyspotilaita sekä nuoria poikia ja

miehiä. Nuoren perhetaustojen selvittäminen on tutkimusten mukaan suositeltavaa. Perheinterventioiden käyttöönotto päivystyksessä vaatisi tarvittavia tiloja, mutta voisi ennaltaehkäistä toistuvia käyntejä. Henkilökunnan koulutukset masennuksen erilaisista ilmenemismuodoista voivat parantaa masennuksen tunnistamista ja sitä kautta ehkäistä itsemurhia. Kehittämismahdollisuus on myös siirtymäinterventioiden käyttöönotto. Lisätutkimusaiheiksi ehdotetaan interventioiden käyttöönotto kokemuksia.

Kyselylomakkeet parantavat arviointia ja hoitoonohjausta päivystyksessä. (Sakinofsky 2014, 133.) Printatun ohjausmateriaalin käytön vaikutuksesta potilaan hoitotuloksiin ei ole kovin selvää näyttöä (Giguère ym. 2012). Kyselyiden pituus ei aina lisää tulosten luotettavuutta (Folse & Hahn 2009, 263–264). Itsemurhariskiä voidaan arvioida SSI (Scale for Suicidal Ideation) ja C-SSRS (The Columbia Suicide Severity Rating Scale)- lomakkeiden avulla (Suominen & Valtonen 2013, 883). C-SSR ei vaadi erillistä koulutusta. Päivystyksen triage-alueelle käyttöön suositellaan Clinical Practice Screener Recent/Since Last visit-lomaketta ja potilaan kotiutumiseen Inpatient Discharge Screener-lomaketta. Potilaan riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden kartoitusta voidaan tehdä strukturoidusti Risk Assessment-lomakkeen avulla. (General information 2016.) Lyhyt-interventiot vähentävät vuoden seurannassa kuolemia ja lyhyellä aikavälillä alkoholin kulutusta. Seuranta voi vähentää alkoholin kulutusta. (McQueen ym. 2011.) Kyselylomaketutkimuksessa kukaan ei ilmoittanut käyttävänsä lyhytinterventioita tavallisimmin tapahtuvassa hoitotyössä. Hoitotyön kehittämismahdollisuuksia Hyvinkään päivystyksessä ovat mini-interventioiden käyttöönotto. Jos tunnistustyökaluja otetaan käyttöön, jatkoarviointiin on oltava resursseja

Kyselylomaketutkimuksen mukaan tavallisemmin itsetuhoisen hoitotyössä toteutuvia asioita ovat keskustelu potilaan kanssa, lääkärin konsultointi, TAY-ryhmän konsultointi sekä havaintojen kirjaaminen potilastietoihin. Peräti 85 prosenttia vastaajista nosti keskustelun potilaan kanssa tavallisimmin toteutuvaksi asiaksi työssään. Koska kirjallisuuskatsauksessa ei tullut esille tavallisimpia hoitotyössä tehtäviä ehkäisykeinoja, kyselyn tuloksia verrattiin muihin tutkimuksiin. Betzin ym. tutkimuksen mukaan tavallisimmin työssään hoitajat tekivät itsemurhariskin arvion ja turvasuunnitelman. Konsultointia ja läheteiden teko ei ollut niin yleistä. (Betz ym. 2013a.) Hoitajat eivät kartoita itsetuhoisten potilaiden ampuma-aseiden saatavuutta, elleivät potilaat ole tuoneet esille, että heillä on ampuma-aseisiin liittyvä itsemurhasuunnitelma (Betz ym. 2013b). Kirjallisuuskatsauksessa turvasuunnitelman teko mainittiin vain kerran (Ginnis ym. 2015, 172–178). Kyselytutkimuksessa ei tuotu esille turvasuunnitelman tekoa ja siihen liittyvää kartoitusta potilaan saatavilla oleviin lääkkeisiin ja ampuma-aseisiin. Sen sijaan verrattuna Betz ym. (2013a) tutkimukseen, Hyvinkään päivystyksen hoitajat konsultoivat herkästi lääkärinä tai TAY-ryhmää. Syy, miksi turvasuunnitelman tekoa ei mainittu ehkäisykeinona kyselylomaketutkimuksessa, voi olla se, että se on menetelmänä tuntematon, sen tekee psykiatrinen sairaanhoitaja TAY-ryhmästä tai osa sen teosta liittyy havaintojen kir-

jaamiseen potilastietoihin. Kehittämismahdollisuutena on turvasuunnitelman käyttöönoton tarkastelu.

Hoitajista on vaikeaa tunnistaa potilaan itsetuhoisuus ja puhua siitä (Bolster ym. 2015). Kyselylomaketutkimuksen mukaan itsemurhasta puhuminen on suurimmalle osalle Hyvinkään päivystyksen hoitotyöntekijöistä vähintäänkin helppoa. Betzin ym. tutkimuksen mukaan 80 prosenttia hoitajista koki osaavansa tunnistaa itsetuhoisuuden (Betz ym. 2013a). Samalla tavalla hoitotyöntekijät kokivat Hyvinkään päivystyksessä. Työuran pituus vaikuttaa potilaiden itsemurhariskin tunnistukseen ja kokeneet hoitajat tekevät riskiarvion lähes kaikista potilaista (Betz ym. 2013a). Hyvinkään päivystykseen tehdyssä kyselylomaketutkimuksessa ei löydetty yhtäläisyyttä puheeksioton ja työuran pituuden väliltä. Aito huolenpito ja kiinnostus potilaan tunteista sekä halu kuunnella voivat ehkäistä itsemurhan (Uusitalo 2007, 261). Potilaat arvostava päivystystilanteissa henkilökunnan vuorovaikutustaitoja ja hoitajan tekemää päihteidenkäytön puheeksiottoa pidetään hyvänä. Keskustelut hoitajien kanssa koetaan merkityksellisinä, positiivisinä ja tarpeellisinä. (Koivunen ym. 2014, 281.) Kohtelu koetaan hyvänä jos hoitajat ovat ammattimaisia, asiallisia, mukavia eivätkä syyllistä potilaita päihtymystilasta (Koivunen ym. 2014, 282). Hoitajan tehtävä on pyrkiä valamaan ihmisiin uskoa, että ongelmiin löytyy ratkaisuja. Hoitajan tehtävänä on saada ihmiset löytämään omat voimavaransa ja palauttamaan usko selviytymiseen. Potilaat toivovat hoitajalta aktiivista roolia ottaa ongelmakohtia esiin. (Rahikka 2013, 111–113.) Itsetuhoisia ajatuksia voivat vähentää interventiot, jotka nostavat potilaan optimismia ja itsetuntoa (Feng ym. 2015, 6–8). Kyselytutkimuksen palautteenantajien huolena oli, että tällä hetkellä itsetuhoiset potilaat eivät saa päivystyksestä kaipaamaansa keskusteluapua henkilöstöresurssien vuoksi. Päivystyksen merkittävimmät, tunnistamattomat vahvuudet ovat itsetuhoisuuden tunnistamiskyky ja puheeksioton uskallus. Näiden vahvuuksien käyttöä uhkaa kiire ja henkilöstöresurssit. Kiireeseen ja henkilöstöresurssihin kohdistuvat toimenpiteet voivat olla mahdollisuus, mutta on todennäköistä, että vapautuvat resurssit kohdistetaan johonkin muuhun. Resurssit olisivat ”korvamerkittävä” esimerkiksi vasuuhoitaja-järjestelmän kautta.

Yksi itsemurhien ehkäisykeino on sen toteuttamisen vaikeuttaminen. (Uusitalo 2007, 210.) Korkeassa itsemurhariskissä olevan potilaan liikkumisen rajoittaminen ja valvonta on tärkeää. Potilaiden valvonta olisi helpointa tiloissa, joita pystyy valvomaan jatkuvasti ja joista on poistettu fyysiset vaaratekijät kuten ovien kahvat ja vaatekaapit, joihin potilas voisi esimerkiksi hirttäytyä. Lukittujen ovien käyttö herättää ristiriitaisia ajatuksia potilaissa. (Sakinofsky 2014, 134–135.) Kyselylomaketutkimuksessa ei kukaan tuonut esille tilojen turvatarkastuksia itsemurhien ehkäisykeinona. Sen sijaan hoitajien turvallisuus nousi esille itsetuhoisten potilaiden hoitoisuutta koskevassa kysymyksessä: itsetuhoisten potilaiden hoitoisuutta nostaa eniten Hyvinkään päivystyksessä potilaiden aggressiivisuus ja väkivaltaisuus (Kuvio 11). Päivystykseen voidaan suositella säännönmukaisia turvallisuustarkastuksia sillä niiden avulla voidaan

kartoittaa samalla mahdolliset työturvallisuusriskit ja kehittää tarpeen mukaan hälytysjärjestelmiä.

Kyselylomaketutkimukseen osallistuneista kaikki olivat sitä mieltä, että yhteistyö TAY-ryhmän kanssa on itsemurhien ehkäisytyön suurin vahvuus. 58 prosenttia vastaajista koki työyhteisön ilmapiirin ja sen antaman tuen ehkäisytyön vahvuudeksi. 43 prosenttia palautteen antajista toivoi omaa psykiatrista hoitajaa päivystykseen. 28 prosenttia palautetta antaneista toivoi lisää psykiatrisen puolen koulutusta somaattisen puolen hoitajille. Palautteet refleктоitiin Sinclairin, Hunterin, Hagenin, Nelsonin ja Huntin tutkimukseen, jonka mukaan psykiatrisella hoitajalla voi olla vaikutusta potilaiden odotusaikoihin ja potilaiden hoitokokemukseen. Psykiatrisen hoitajan hoidon arviot voivat olla myös tarkempia. Potilaan mielenterveyden arviointi on vinyt keskimäärin 60 minuuttia. Tutkimuksen mukaan päivystyksen henkilökunnan mielestä psykiatrisen hoitaja oli integroitunut hyvin päivystykseen. Integroitumista oli hoitajien mukaan edistänyt se, että psykiatrisen hoitaja osallistui muihinkin päivystyksen töihin. Psykiatriset hoitajat toivat esille sen, että he tunsivat olonsa eristyneiksi muista mielenterveyden toimijoista ja kokivat, että heidän oma ammattitaitonsa laskee tätä kautta. (Sinclair ym. 2006.) Mielenterveyden arviointi vie runsaasti aikaa ja voimavaroja päivystyksessä (Suokas & Lönnqvist 2000, 1607; Suokas & Suominen 2002, 289–291; Suokas & Lönnqvist 2000, 1607). Kyselytutkimuksen perusteella työyhteisö ja sen antama tuki on hoitajien suurimpia vahvuuksia ja voimavaroja. Tulosten mukaan yhteistyö TAY-ryhmän kanssa on hyvin arvostettua ja tarpeellista. Kehittämismahdollisuuksia Hyvinkään päivystyksessä ovat psykiatrisen osaamisen vahvistaminen koulutuksilla sekä vielä vahvempi yhteys psykiatriseen erikoissairaanhoidon, jopa oman psykiatrisen hoitajan saaminen päivystykseen. Psykiatrisen hoitajan suurimmat uhat päivystystyössä ovat muun työyhteisön ja oman ammattipiirin ulkopuolelle jääminen.

Itsetuhoisten ja myrkytyspotilaiden hoito on kuormittavaa monella tapaa (Suokas & Lönnqvist 2000, 1607; Callanan 2012; Suokas & Suominen 2002, 289–291; Lampinen, Pohjalainen, & Hoppu 2004; Mäkijärvi ym. 2012, 556–559; Huttunen 2008c). Kyselylomaketutkimuksen mukaan kukaan hoitaja ei kokenut toimenpiteiden nostavan potilaiden hoitoisuutta, mikä voi kertoa siitä, että taso toimenpideosaamisessa on korkea. Kyselylomaketutkimuksen mukaan hoitoisuutta nostavien tekijöiden valintaan työkokemuksella oli pieni vaikutus. Aloittelevat hoitajat kokevat kirjaamisen haastavaksi ja kokeneemmista hoitajista jatkohoidon järjestely nostaa hoitoisuutta. Hoitajilla, joilla on pidempi työura, voi olla laajempi näkemys potilaan tarvitsemasta jatkohoidon tarpeesta, mikä voi näkyä jatkohoidon järjestelyjen määränä ja sitä kautta kuormittavuutena. Toimenpideosaamista voidaan pitää päivystyksen vahvuutena ja kehittämismahdollisuuksia ovat kirjaamiskoulutukset ja tutkimukset, joiden näkökulma olisi hoitopolkujen kehittämisessä.

Telemedisiiniset strukturoidut seurannat voivat vähentää itsemurhia, mutta ne eivät merkittävästi vähennä itsemurhasuunnitelmia, toistuvia itsemyrkyttäytymisiä, depressiota tai toivotomuuden tunnetta. Strukturoitu puhelinvälitteinen seuranta voi parantaa jatkohoitoon sitoutumista. (Grimholt ym. 2015, 9–11; Hawton ym. 2015; Baker ym. 2015; Stanley ym. 2015; Solin 2011, 68–69) Mediavälitteisten hoitojen vaikutuksissa ei välttämättä ole eroa kasvokkain tapahtuvaan hoitoon (Flodgren ym. 2015; Mayo-Wilson & Montgomery 2013). Ahdistuneisuushäiriöisillä ja niillä, jotka eivät kykene hakemaan tai eivät halua muuta apua, mediavälitteiset oma-apu ohjelmat voivat olla avuksi (Mayo-Wilson & Montgomery 2013). Puhelinvälitteiset hoidon kontaktit voivat vähentää masentuneisuutta ja itsemurhia (Gentry ym. 2013). Miehillä päivystävään puhelimeen anonyyminä soitto voi olla muihin interventiomenetelmiin verrattuna parempi keino. (Székely ym. 2013, 3–4.) Aihealue on vielä uusi, mutta tulokset ovat olleet jokseenkin lupaavia ja telemedisiinian avulla voidaan tavoittaa uusia potilasryhmiä. Suomenkielisiä palveluita tarjoaa muun muassa Mielenterveystalo.fi ja Nuorten Mielenterveystalo sekä sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelman kautta suomennettu Moodgym, joka on netissä toimiva, kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin perustuva, masennuksen ennaltaehkäisyohjelma. (Mielenterveystalo 2016; Nuorten mielenterveystalo 2016; MoodGYM 2016.) Telemedisiinisten keinojen käyttöönotto on erityisesti jatkohoidon ja ennaltaehkäisevien interventioiden kannalta mahdollisuus. Päivystyksessä olisi mahdollista kertoa potilaille edellä mainituista palveluista.

Itsemurhan ehkäisykeinoiksi tarkoitettut laajalle joukolle suunnatut kertaluontoiset interventiot ovat hyödyttömiä ja koko väestölle suunnatuissa itsemurhien ehkäisystrategioissa jäävät ulkopuolella ne, joilla on suurin itsemurhariski. Yhdistelmä erilaisia itsemurhan ehkäisystrategioita on toimivampi kuin yksittäinen strategia. Riskiryhmille suunnatuissa ehkäisytoimissa on otettava huomioon potilaan läheiset. Terveystuella on tärkeä rooli itsemurhien ehkäisyssä, mutta sosiaalipuolen toiminta voi vähentää itsemurhia yhtä tehokkaasti. Interventiot, jotka tähtäävät päihteen väärinkäytön vähentämiseen, ovat tärkeä osa itsemurhien ja mielenterveysongelmien ehkäisyä. (Uusitalo 2007, 209–210; Solin 2011, 68–69; Suokas & Lönnqvist 2000, 1607.) Kyselylomaketutkimuksen perusteella päivystyksessä arvostetaan yhteyttä psykiatriseen puoleen ja yhteistyön lisävahvistamista toivotaan. Sen sijaan kyselyn perusteella sosiaalipuolta ei hyödynnetä. Tämän perusteella yhteistyöverkon laajuuden tarkastelua suositellaan. Joihinkin perusterveydenhuollon toimipisteisiin on implementoitu asiakasvastaava-toimintatapa, mikä voisi tulevaisuudessa olla yksi keino yhdistää kaikki toimijat.

Mikään yksittäinen interventio ei ole vähentänyt itsemurhia. Tietoa interventioiden pitkäaikaisvaikutuksista ei ole ja potilashaittojen tutkimusta on vähän. Tutkimustulosten huonojen lopputulosten kertomista vältetään. Tavoitteiden ja ongelmien asettelu on epäselvää. (Grimholt ym. 2015, 11–14; Stanley ym. 2015; Solin 2011, 68–69.) Menettelytapojen suunnittelu ja implementointi ilman näyttöönperustuvaa tietoa voi olla resurssien hukkaa, jopa haitallista.

Mielenterveyteen liittyvien tavoitteiden arviointia ovat vaikeuttaneet ajan ja henkilöstö-resurssien vähyys. Ratkaisuksi ehdotetaan lisäresurssien kohdentamista arviointiin, tavoitteiden kohtuullistamista sekä olemassa olevan tiedon uudelleen tarkastelua (Solin 2011, 64–77). Muita keinoja ovat tutkimuskeinojen yhtenäistäminen ja lopputuloksille yhteisen mitta-asteikon luominen. Interventiomenetelmien kehityksen tulisi tapahtua yhdessä potilaiden kanssa, jotta menetelmät kohtaisivat tarpeet. (Baker ym. 2015; Hawton ym. 2015.) Yhteistyö ja verkostoituminen eri asiantuntijoiden kesken auttavat tunnistamaan itsemurhavaarassa olevat ihmiset. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen suomalaisten tutkimusten pohjalta voidaan sanoa, että itsemurhien tutkimus on Suomessa korkeatasoista. Aihealueen yleisenä heikkoutena voidaan pitää interventioista tehdyn tutkimustyön vähäisyyttä, heikkoa validiteettia ja sitä, ettei menetelmiä ole kehitetty yhdessä potilaiden kanssa. Kehittämiskohteita ovat tutkimusten mitta-asteikoiden luominen, potilaiden kanssa tehtävä kehitystyö, suomalaisen tutkimuksen markkinointi ja aktiivinen, kansainvälinen yhteistyö.

Vertaistukea ei vielä hyödynnetä täysimääräisesti, vaikka tulokset ovat rohkaisevia (Salvatore 2010, 31–32). Vapaaehtoisten käyttö on suositeltavaa (Lu ym. 2011, 453–455). Interventiomenetelmiä olisi kehitettävä yhdessä itsetuhoisten kanssa (Hawton ym. 2015). Käyttöön otossa on huomioitava vertaistukijoiden ja vapaaehtoisten koulutus- ja turvallisuusasiat (Salvatore 2010, 31–32; Lu ym. 2011, 453–455). Vertaistukijoiden ja vapaaehtoisten hyödyntämistä itsemurhien ehkäisyssä tulisi tutkia. Heistä olisi todennäköisesti suuri hyöty interventiomenetelmien kehittämisessä ja niiden ajoittamisen suunnittelussa.

Suomeen ei ole kehitetty erillistä, valtakunnallista itsemurhien ehkäisyohjelmaa päivityksiin. Tämä on valtava mahdollisuus itsemurhien ehkäisyydelle. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta voidaan suositella tutustumaan Suicide Prevention Resource Center:in ja New Zealand Government:in työkaluihin, jotka olivat hyvin selkeitä ja havainnollisia sekä laaduntarkkailutyökaluista National Institute for Health and Care Excellence:n ja National Patient Safety Agency:n työkaluihin (Taulukko 4). Mental triagen käytöstä on saatu hyviä kokemuksia ja se on implementoitu useisiin maihin. Australiassa on tehty erityisen hyvät kirjalliset ohjeet triagen käyttöön koulutuskirjassa ”Emergency triage education kit” (Emergency triage education kit 2009). Samasta koulutuskirjasta löytyy mielenterveyden ABC-arviointi, jota voidaan suositella käytettäväksi myös suomalaissa päivityksissä. Lisäksi kirjallisuuskatsaukseen valituista suomenkielisistä ohjausmateriaaleista huomioitiin se, ettei päivityksille ole tehty omia versioita, ja nykyiset materiaalit soveltuvat melko huonosti päivitystyöhön. Päivityksiin suositellaan luotavaksi omat materiaalit, koska potilaiden hoitoaika on hyvin lyhyt ja työ hektistä.

6.4 Opinnäytetyön etiikka

Etiikka on vanha filosofian tutkimusala. Sana ”etiikka” juontuu kreikan kielen sanasta ”ethos”, joka tarkoittaa ”tapaa, henkeä”. Etiikassa tarkastellaan, mikä on hyvää ja oikeaa sekä mikä on pahaa ja väärin. Usein etiikasta ja moraalista puhutaan toistensa synonyymeinä, mikä on harhaanjohtavaa. Siinä missä moraalitarkastelee käytännön toimintaa, etiikka tutkii asian teoreettista tasoa. (Kalkas & Sarvimäki 1994, 11–12.) Moraalisäännöt vaihtelevat niin yhteisöiden kuin yksilöiden välillä (Kalkas & Sarvimäki 1994, 12). Yhteisölläkin on monia merkityksiä: kulttuuri, yhteiskunta, tietty maantieteellinen alue, kaupunki, työpaikka ja pienimpänä yksikönä perhe. Etiikka ei ole ulkoahjautuva eikä eettisiä arvoja voida perustella esimerkiksi taloudellisilla tai uskonnollisilla väitteillä. (Kalkas & Sarvimäki 1994, 15.)

Hoitoetiikan kolme tutkimusala ovat kuvaileva etiikka, normatiivinen etiikka ja analyttinen metaetiikka (Kalkas & Sarvimäki 1994, 12–15). Kuvaileva etiikka tutkii työn todellisuutta kuten asenteita ja koettuja ristiriitoja. Normatiivinen etiikka yrittää ratkaista hoitotyön eettisiä ongelmia ja muodostaa eettisiä periaatteita sekä soveltaa etiikan teoretietoa. Hoitoetiikan lauseita taas analysoidaan metaetiikassa. (Kalkas & Sarvimäki 1994, 35.) Tutkimuksen etiikkaa voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta: mitkä ovat tutkijan asettamat tutkimuksen vaatimukset, miten tutkittavien oikeuksia suojellaan ja miten tutkimustieto julkaistaan. Tutkimuksen lähtökohdat, sitoumukset ja valinnat pitäisi raportoida niin, että mahdollisten ratkaisujen eettisyyttä voidaan arvioida. Tutkimuksen tavoite on ilmaistava selkeästi ja tutkimuksen tuloksia on käytettävä vain niissä tarkoituksissa, joihin tutkittavilta on saatu lupa. Tutkittavia on suojeltava ja osallistujilta on saatava tietoinen lupa, heillä on oltava heitä itseään koskevan tiedon kontrollointimahdollisuus. Tutkittavien suojelutarve lisääntyy sen mukaan, mitä henkilökohtaisempaa tietoa kerätään. (Ketola & Mattila 1995, 20.) Tutkimukseen voi liittyä erilaisia eettisiä kysymyksiä kuten koe-eläinten käyttöön liittyen, sotilaallisiin tutkimuksiin tai ylipäätään tutkijan vapauteen tutkia. Myös erilaiset epärehellisyudet kuten plagiointi tai tutkimustulosten vääristely tai kertomatta jättäminen, ovat tiivistä yhteydessä tutkijan etiikkaan. (Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietarinen 2002, 126–276.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimuseettiseksi laatuvaatimukseksi asetettiin kattavan ja aihetta eri puolilta tarkastelevan opinnäytetyön aikaansaaminen. Suurimmat eettiset kysymykset tässä opinnäytetyössä liittyivät kyselylomaketutkimukseen, koska se kosketti tutkittavien oikeuksia. Kyselylomakkeessa ei kerätty vastaajien henkilö- tai tunnistetietoja. Sukupuolta koskeva kysymys jätettiin kyselylomakkeesta pois, sillä se olisi johtanut vähäisen miesvastaajien määrän takia helposti tunnistettavuuteen. Kyselylomakkeen saatekirjeessä vastaajille kerrottiin opinnäytetyön aihe, tutkimusmetodi, kysymysten määrä ja arvioitu vastausaika. Saatekirjeessä kerrottiin, että kyselylomaketutkimuksen tuloksia käytetään opinnäytetyön osana ja että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Saatekirjeessä oli ryhmämme jäsenen nimi ja sähköpos-

tiosoite, jos jotain kysyttävää olisi ilmennyt esimerkiksi tietojen käytöstä. Kyselylomake lähetettiin sähköisenä, koska paperisena versiona kerättyyn lomakkeeseen olisi saattanut liittyä tietoturvariski ja vastauksille olisi pitänyt olla oma lukittu laatikko päivystyksessä. Kyselylomaketutkimuksen raportoinnissa vastaukset ilmoitettiin prosentteina tai vastaajamäärinä. Yksittäisten vastausten esille nostaminen raportoinnissa olisi voinut tehdä vastaajasta tunnistettavan. Kyselyn aineisto säilytettiin vastausvaiheen jälkeen ulkoisella kovalevyllä lukitussa tilassa. Aineisto käsiteltiin yksityisellä tietokoneella, joka ei ollut yhteydessä Internetiin. Aineisto säilytettiin opinnäytetyön julkaisuun saakka, jonka jälkeen se tuhottiin formatoimalla uudelleen kovalevy. Tietoja ei luovutettu muihin tarkoituksiin. Integroivan kirjallisuuskatsauksen ja kyselylomaketutkimuksen prosessi on kuvattu opinnäytetyössä, jotta prosessi olisi mahdollisimman läpinäkyvä ja siten paremmin arvioitavissa. HUS:lta saadut tiedot tarkastettiin lähettämällä viimeisin versio HUS:n yhteyshenkilölle Hyvinkään päivystykseen.

Suomen Sairaanhoidajaliiton eettisissä ohjeissa sairaanhoitajan tehtäväksi määritellään väestön terveyden edistäminen ja ylläpito, sairauksien ehkäiseminen, kärsimyksen lievittäminen sekä velvollisuus ylläpitää ammattitaitoa, arvioida omaa työtä, olla kollegiaalinen, noudattaa potilaan itsemäärämisoikeutta, pitää salassa luottamukselliset asiat sekä lupaus olla syrjimättä ketään. Sairaanhoidajat on velvoitettu valvomaan muita potilaan hoitoon osallistuvia, ettei potilasta kohdeltaisi epäeettisesti. (Sairaanhoidajien eettiset ohjeet 2016.) Lääkäreiden ja sairaanhoidajien eettiset ohjeet ovat hyvin samanmuotoiset. Lääkäreiden eettiseen ohjeistoon sisältyvät paljon laajemmin erilaisiin tutkimuksiin liittyvät ohjeistukset kuten Nürnbergin säännöstö (Nürnbergin säännöstö 2016). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on ollut väestön terveyden edistäminen parantamalla itsemurhan riskitekijöiden tunnistusta. HUS:in yhteistyöhenkilöt ovat suhtautuneet meihin kollegiaalisesti ja oma eettinen ajattelutapamme on kehittynyt heiltä ja opettajaohjaajalta saatujen neuvojen ansiosta.

6.5 Pohdinta

Koko opinnäytetyön tulokset voi tiivistää kolmeen sanaan: tiedosta, tunnista ja toimi. Tiedostamisella tarkoitetaan kaikkea sitä, mikä liittyy itsemurhiin, ennen kuin potilas saapuu päivystykseen. Tällaisia asioita ovat muun muassa itsemurhien demografia, sitä miten sosio-ekonominen asema voi vaikuttaa saatuun hoitoon, tapa, jolla suhtaudumme itsemurhaa yrittäneisiin potilaisiin ja millaisia vaaranpaikkoja päivystys itsessään tarjoaa itsemurhan tekoon. Tunnistamisella tarkoitetaan toimia, kun potilas on saapunut päivystykseen. Tunnistamiseen tähtäviä toimia ovat potilaan ulkoinen havainnointi, erilaiset mittaukset kuten uloshengityksen ilman alkoholipitoisuus, erilaisten kyselylomakkeiden käyttö, suora kysyminen, johtopäätösten tekeminen siitä onko potilas masentunut, päihtynyt, onko hänellä toistuvia käyntejä päivystyksessä. Tunnistamisen tulisi johtaa toimintaan. Toiminnalla päivystyksessä tarkoitetaan toimia, jotka tähtäävät potilaan itsemurhariskin alentamiseen tai poistamiseen. Tällaisia

keinoja ovat akuutit hoitotoimenpiteet, lääkärin konsultaatio, TAY-ryhmän konsultaatio, jatkohoidon suunnittelu ja sen järjestäminen sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Muita toimenpiteitä voivat olla turvasuunnitelman teko ja yhteydenpito omaisiin. Kaikki itsetuhoiset potilaat eivät tarvitse välitöntä hoitoa, mutta kaikki itsetuhoiset tarvitsevat hoidon tarpeen arvion. Kirjallisuuskatsauksen perusteella tärkein itsemurhien ehkäisykeino päivystyksessä on potilaan itsemurhariskin tunnistaminen.

Itsemurhan varsin suppea määritelmä jäi vaivaamaan meitä kun kirjoitimme opinnäytetyötä. Esimerkiksi päihteiden väärinkäytön tiedetään olevan itsetuhoista, mutta alkoholimyrkytykset sen sijaan luokitellaan suurimmaksi osaksi vahingoiksi, vaikka usein taustalla on pitkään jatkunut päihteiden väärinkäyttö. Olisiko joissain tapauksissa syytä ottaa käyttöön ”hidastuneen itsemurhan” määritelmä, johon sisältyisi kaikki itsetuhoisen käytös, jonka yleisesti tiedetään heikentävän terveyttä, johtavan liitännäissairauksiin, ja joka yksinään tai liitännäissairauksien kanssa johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. Ehkä tapamme katsoa masennusta avartuisi.

Opinnäytetyötä tehtäessä havaittiin, miten vähän Suomessa on tarjolla kohdennettuja itsemurhaohjelmia. Monet ohjelmat ja esitteet käsittelevät aihetta yleismaallisesti ja niiden soveltuvuus esimerkiksi päivystykseen on huono. Sairaanhoidajien mielenterveysosaamisen koulutukseen on mahdollista vaikuttaa esimerkiksi verkkokurssien avulla. Useimmista toimipisteistä on mahdollisuus päästä Oppiporttiin ja tällaisissa ympäristöissä soisi tulevaisuudessa olevan itsemurhien riskitekijöiden tunnistusta ja ehkäisyä koskevaa materiaalia.

Suomessa toteutettiin vuosina 1987–1989 itsemurhien ehkäisyohjelma, jonka perusteella Suomeen laadittiin Valtakunnallinen Itsemurhien ehkäisy Suomessa -projekti, joka päättyi 1999. Malli on ollut monien muiden maiden strategioiden pohja. Itsemurhia on tutkittu Suomessa monesta eri näkökulmasta ja Suomessa on valtava määrä itsemurhiin liittyvää, ajankohtaista ja laadukasta tietoa. Suomi on sen lisäksi hyvin organisoitu maa, jonka terveydenhuoltojärjestelmä ei poikkea kovinkaan suuresti maan eri osissa. Suomessa olisikin mahdollisuus lähteä kokeilemaan uusia interventiomenetelmiä ja tehdä urauurtavaa mielenterveys-työtä. Mielenterveyttä aihealueena tulisi tarkastella nyt ennakkoluulottomasti uusista näkökulmista. Kysymys ei ole se, onko tämä psyykkistä vai somaattista, vaan miten nämä kaksi vaikuttavat toisiinsa.

Lähteet

Painetut lähteet

Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012a. Ensihoidon perusteet. 4. painos. Helsinki: SPR.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-Tuotanto.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Liikanen, P. & Sajavaara, P. 1995. Tutkimus ja sen raportointi. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holopainen A. 2003. Sekakäyttö, Päihdelääketiede. Teoksessa Salaspuro M., Kiianmaa K., Seppä K. (toim.) Helsinki: Duodecim.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2003. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.

James, R.K. & Gilliland B.E. 2001. Crisis intervention strategies. 4. painos. Belmont, CA: Thomson Learning.

Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1994. Hoitotyön etiikan perusteet. Helsinki: Sairaanhoidajien koulussäätiö.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus.

Ketola, O. & Mattila, K. 1995. Tutkimus ja terveydenhuolto. Turku: Turun Yliopisto.

Mäkijärvi, M., Harjola, V-P., Päivä, H., Valli, J. & Vaula, E. 2012. Akuuttihoito-opas. Helsinki: Duodecim.

Nurmi, J. & Alaspää, A. 2013. Myrkytykset. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström, J. Nurmi, K. Porthan & T. Taskinen (toim.) Ensihoito. 3. painos. Helsinki: Sanoma.

Pelkonen, M. & Perälä, M-L.(toim.) 1993. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Helsinki: Kirjayhtymä.

Poikolainen, K., Rehm, J. & Zatonski, W. 2008. Alkoholien osuus kuolleisuuteen Suomessa, Tanskassa ja Ruotsissa vuonna 2002. Suomen lääkirilehti 2008: 613-618.

Ryynänen, O-P, Kukkonen, J., Myllykangas, M., Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. 2006. Priorisointi terveydenhuollossa. Helsinki: Talentum.

Upanne, M. 2001. Professional paradigms of suicide prevention. Evolving a conceptual model. Helsinki: Gummerus.

Uusitalo, T. 2007. Yli mahdottoman. Itsemurha ja läheinen. Helsinki: Edita.

Valli, R. & Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Sähköiset lähteet

10 questions to help you make sense of a review 2013. Critical appraisal skills programme. Viitattu 31.1.2016.

http://media.wix.com/ugd/dded87_a02ff2e3445f4952992d5a96ca562576.pdf

Alaspää, A. 2013. Päihdemyrkytykset. Viitattu 20.6.2015.

http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00409&p_haku=intoksaatio#s8

Aspirin 2011. Lääketietokeskus. Viitattu 27.8.2015.

http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=1639&d=2210178&i=BAYER+CONSUMER+CARE_ASPIRIN_ASPIRIN+tabletti+500+mg

Avaimia itsemurhan ehkäisyyn 2015. THL. Viitattu 5.11.2015.

https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/THL_itsemurhien_ehkaisy_haitariesite_painoon.pdf/04361d78-55de-481b-93bc-4ad1db7b79e2

Betz, M.E., Miller, M., Barber, C., Miller, I., Sullivan, A.F., Camargo, Jr. C.A. & Boudreaux, E.D. 2013b. Lethal means restriction for suicide prevention: Beliefs and behaviors of emergency department providers. *Depress and Anxiety* 2013: 1013-1020. Viitattu 29.3.2016.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4347862/>

Betz, M.E., Sullivan, A.F, Manton, A.P., Espinola, J.A., Miller, I., Camargo, Jr. C.A. & Boudreaux, E.D. 2013a. Knowledge, Attitudes and Practices of Emergency Department Providers in the Care of Suicidal Patients. *Depression and Anxiety* 2013: 1005-1012. Viitattu 29.3.2016.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4350671/>

Boege, I., Corpus, N., Schepker, R. & Fegert, J.M. 2014. Pilot study: feasibility of using the Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) during acute suicidal crisis. Viitattu 18.4.2016.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228183/>

Bolster, C., Holliday, C., Oneal, G., Shaw, M. 2015. Suicide Assessment and Nurses: What Does the Evidence Show? Viitattu 29.3.2016.

http://www.medscape.com/viewarticle/847034_2

Callanan, C. 2012. Emergency care staff receive guidance on suicide prevention. *Emergency Nurse* 2012: 20(7): 6-7.

<http://web.a.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d953e63a-4e0c-4824-a7fd-87345fa8a8b6%40sessionmgr4004&vid=3&hid=4212>

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne K. 2012b. Myrkytykset. *Terveyskirjasto*. Viitattu 23.6.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00013

Ekstaasi eli MDMA 2015. A-klinikka säätiö. Viitattu 20.6.2015.

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/ekstaasi-eli-mdma>

Emergency triage education kit 2009. Australian Government. Viitattu 29.3.2016.

[https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/387970CE723E2BD8CA257BF0001DC49F/\\$File/Triage%20Education%20Kit.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/387970CE723E2BD8CA257BF0001DC49F/$File/Triage%20Education%20Kit.pdf)

Fagerholm, N. 2014. Sairaaloideen somaattisten poliklinikoiden hoitotyön henkilöstömitoitustunnusluku- ja asiantuntijaperusteinen mallinnus. Viitattu 23.2.2016.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1604-4/urn_isbn_978-952-61-1604-4.pdf

Flinkman, M. 2014. Young registered nurses' intent to leave the profession in Finland-A mixed method study. Viitattu 23.2.2016.

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/95711/AnnalesD1107Flinkman.pdf?sequence=2>

Forsell, M. & Lampinen, T. 2009. Sienimyrkytykset. Terveyskirjasto. Viitattu 5.9.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lmy00009

Försäljning av paracetamol i tablettform tillåts endast på apotek 2014. Läkemedelsverket. Viitattu 28.12.2015.

<https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2014/Forsaljning-av-paracetamol-i-tablettform-tillats-endast-pa-apotek/>

GAIN-SS 2016. The Global Appraisal of Individual Needs. Viitattu 18.4.2016.

http://www.gaincc.org/_data/files/Instruments%20and%20Reports/Watermarked%20Instruments/GAINSS_3_0_Watermarked.pdf

Gamma eli GHB 2015. A-klinikka säätiö. Viitattu 21.6.2015.

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/gamma-eli-ghb>

General information 2016. Columbia University Medical Center. Viitattu 18.4.2016.

http://www.cssrs.columbia.edu/about_cssrs.html

Ginnis, K., White, E., Ross, A. & Wharff, E. 2015. Family-Based Crisis Intervention in the Emergency Department: A New Model of Care. *Journal of Child & Family Studies* 2015: 172-179. Viitattu 23.2.2016.

<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8cb84071-ebe3-4a53-ba41-069ccd51d2d9%40sessionmgr102&vid=3&hid=115>

Gold, A., Appelbaum, P. S. & Stanley, B. 2011. Screening for Suicidality in the Emergency Department: When Must Researchers Act to Protect Subjects' Interests? Viitattu 23.2.2016.

<http://www.tandfonline.com.nelli.laurea.fi/doi/pdf/10.1080/13811118.2011.565271>

Guidelines on the implementation of the Australasian triage scale in emergency department 2013. Australasian college for emergency medicine. Viitattu 17.4.2016.

<https://www.acem.org.au/getattachment/d19d5ad3-e1f4-4e4f-bf83-7e09cae27d76/G24-Implementation-of-the-Australasian-Triage-Scal.aspx>

Heroini ja opiaatit 2015. A-klinikka säätiö. Viitattu 21.6.2015.

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/heroini-ja-opiaatit>

Hiltunen, L. 2014. Completed and attempted suicides in relation to weather and daylight in Finland. Register based study from 1969 to 2010. Viitattu 20.2.2016.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135973/complete.pdf?sequence=1>

Hirschovits, T. 2012. Myrkytyspotilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Viitattu 4.1.2016.

http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=myrkytys

Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2010. Itsemurhaa yrittäneiden kognitiivinen lyhytpsykoterapia. Terveysportti. *Duodecim* 2010: 781-788. Viitattu 5.1.2016.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98733.pdf>

Holi, M., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Ruuttu, T., Heilä, H., Tuisku, V. & Marttunen, M. 2005. Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Ideation (SSI) in adolescents. Viitattu 18.4.2016.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC549544/>

Holopainen, A., Helama, S. & Partonen, T. 2014. Suomalainen itsemurhakuolleisuus 1950-2009 eurooppalaisessa vertailussa. Terveysportti. *Duodecim* 2014: 1536-1544. Viitattu 27.8.2015.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11769.pdf>

Hoppu, K. 2002. Parasetamolimyrkytyksen hoito-Oikein annettu antidoottihoito pelastaa mak-savauriolta. Terveyskirjasto. Duodecim 2002: 187–191. Viitattu 27.8.2015.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92737.pdf>

Hoppu, K.2008. Sienimyrkytykset ja niiden hoito: vakavat sienimyrkytykset suomessa. Suomen Lääkärilehti 2008: 2413–2420. Viitattu 27.8.2015.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/myrkytystietokeskus/Julkaisuja/Sienimyrkytykset%20ja%20niiden%20hoito.pdf>

Hoppu, K. 2012. Lasten lääkemyrkytykset - vaarallisia ja vähemmän vaarallisia. SIC! Lääketietoa Fimesta. 4/2012. Viitattu 9.10.2015.
http://sic.fimea.fi/4_2012/lasten_laakemyrkytykset

How can we prevent suicide? Major study shows suicide risk factors associated with depression 2015. European College of Neuropsychopharmacology. Viitattu 5.11.2015.
<http://www.alphagalileo.org/Organisations/ViewItem.aspx?OrganisationId=1944&ItemId=155743&CultureCode=en>

HUS-tietoa 2016. HUS. Viitattu 15.1.2016.
<http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>

Huttunen, M.O. 2008a. Huumemyrkytyksen lääkehoito. Terveyskirjasto. Viitattu 20.6.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00089

Huttunen, M.O. 2008b. Unilääkkeiden haittavaikutukset. Terveyskirjasto. Viitattu 29.8.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00074

Huttunen, M.O. 2008c. Yliannostus. Terveyskirjasto. Viitattu 25.8.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00043

Huttunen, M.O.2015. Huumemyrkytyksen lääkehoito. Terveyskirjasto. Viitattu 20.6.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00089

Huttunen, M. 2014. Tietoa potilaalle: huumeiden aiheuttamat päihtymystilat. Terveysportti. Viitattu 20.6.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00374&p_haku=huumemyrkytyks

Huumeongelman hoito 2012. Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 27.9.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50041>

Hyvinkään sairaanhoitoalue 2016. HUS. Viitattu 15.1.2016.
<http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyvinkaa/Sivut/default.aspx>

Höjer, J., Karlson-Stiber, C., Landgren, A., Olsson, E., Personne, M. & Persson, H. 2013. Paracetamol-förgiftningar allt vanligare. Viitattu 28.12.2015.
<http://www.lakartidningen.se/EditorialFiles/W3/%5BCFW3%5D/CFW3.pdf>

Impsaus 2015. A-klinikka säätiö. Viitattu 22.6.2015.
<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/impkaus>

Intoksikaatio 2016. Terveyskirjasto. Viitattu 22.3.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01378

Itsemurhien ehkäisyohjelmat pohjoismaissa 2015. Suomen Mielenterveysseura. Viitattu 15.12.2015.
http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/inline/Verkostot/MTPNK/mtpnk_itsemurhien_ehkaisyohjelmat_pohjoismaissa.pdf

- Isometsä, E. 2015. Masennustilaan liittyvä itsemurhariski. Terveysportti. Viitattu 5.11.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=mas00222&p_haku=itse murhan
- Itsemurhakuolleisuus 1921-2010 2010. Tilastokeskus. Viitattu: 29.12.2015.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_kat_006_fi.html
- Itsemurhien määrä lähes ennallaan 2013. Tilastokeskus. Viitattu: 29.12.2015.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_kat_006_fi.html
- Itsemurhien määrä lähes ennallaan 2014. Tilastokeskus. Viitattu 17.11.2015.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_kat_006_fi.html
- Itsemurhat 2015. Valtioneuvoston kanslia ja Tilastokeskus. Viitattu 20.12.2015.
<http://www.findikaattori.fi/fi/10>
- Kalliokoski, A. 2013. Lääketilastosta saa tietoja lääkkeiden käytöstä. Viitattu 28.12.2015.
http://sic.fimea.fi/4_2013/laaketilastosta_saa_tietoja_laakkeiden_kaytosta
- Kaplan, M.S., McFarland, B.H., Huguet, N., Conner, K., Caetano, R., Giesbrecht, N. & Nolte, K.B. 2012. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. Viitattu 24.8.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3760342/>
- Kuisma, M. 2007. Häkämyrkytys. Viitattu 27.8.2015.
<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96613.pdf>
- Kuitunen, T. 2000. Alkoholimyrkytykset. Terveysportti. Duodecim 2000: 1655-1661. Viitattu 27.8.2015.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91681.pdf>
- Kuntoutuja- ja omaisjärjestö vaativat toimia itsemurhien ehkäisemiseksi 2015. Mielenterveyden keskusliitto. Viitattu 17.11.2015.
<http://mtkl.fi/kuntoutuja-ja-omaisjarjesto-vaativat-toimia-itsemurhien-ehkaisemiseksi/>
- Kuolemansyyt 2014 2015. Tilastokeskus. Viitattu 14.1.2016.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2014/ksyyt_2014_2015-12-30_tie_001_fi.html
- Kärjä, A-M. 2015. Parasetamoli yhä useamman myrkytyskuoleman takana. Viitattu 25.5.2015.
<http://yle.fi/aihe/artikkeli/2015/04/01/parasetamoli-yha-useamman-myrkytyskuoleman-takana>
- Laine, P. & Hoppu, K. 2007. Gamma, lakka ja Internet-huumeet. Terveysportti. Viitattu 21.6.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo96745&p_haku=myrkytys
- Lampinen, T., Pohjalainen, T. & Hoppu, K. 2004. Kodin kemikaalit äkillisten myrkytysten aiheuttajina. Terveysportti. Viitattu 22.6.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo94116&p_haku=myrkytys
- Liisanantti, J. 2012a. Akuutin lääkemyrkytyspotilaan ennuste ja ennusteeseen vaikuttavat tekijät. Finnanest 2012: 368-370. Viitattu 15.5.2015.
http://www.finnanest.fi/files/liisanantti_akuutin.pdf

Lund, V. & Vuori, A. 2000. Huumemyrkytyspotilaan ensihoito. Terveysportti. Duodecim 2000: 1637-1642. Viitattu 27.8.2015.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91679.pdf>

LSD 2015. A-klinikka säätiö. Viitattu 21.6.2015.
<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/lsd>

Lyricea 2014. Lääketietokeskus. Viitattu 27.8.2015.
<http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=12972&>

Lönnqvist, J. 2005. Itsemurhat. Terveyskirjasto. Viitattu 20.12.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00029

Lönnqvist, J. 2009. Itsemurhat. Terveyskirjasto. Viitattu 24.8.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00158

Lönnqvist, J. 2015. Itsemurhan riskitekijät. Terveysportti. Viitattu 5.11.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=mas00242&p_haku=itsemurhan

Making sense on evidence - Casp checklists 2013. Critical appraisal skills programme. Making sense on evidence. Casp checklists. Viitattu 31.1.2016.
<http://www.casp-uk.net/#!checklists/cb36>

Mental health for emergency departments - A reference guide 2015. NSW Government. Viitattu 17.4.2016.
<http://www.health.nsw.gov.au/mhdao/publications/Publications/mental-health-ed-guide.pdf>

Mielenterveystalo 2016. HUS Viitattu 15.1.2016.
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsearviointi/Pages/default.aspx>

MoodGYM 2016. Australian National University. Viitattu 18.4.2016.
<https://moodgym.anu.edu.au/welcome>

Mustajoki, P. 2015. Häkämyrkytys. Terveyskirjasto. Viitattu 10.2.2016
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00759

Myllynen, P. Hiilimonoksidi. Oppiportti. Viitattu 27.8.2015.
http://www.oppiportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04499&p_selaus=15354

Myrkytykset 2015. THL. Viitattu 28.12.2015.
<https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/tietoa-tapaturmista/tilastot/tilastokatsaukset/myrkytykset>

Niemelä, S. & Mikkonen, A. 2014. Tunnista lääkkeiden väärinkäyttäjät ja päihdekäyttöön tulleet lääkkeet. Suomen Lääkärilehti 9/2014 vsk 69. Viitattu 29.8.2015.
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2014/nosto9_4.pdf

Nuorten mielenterveystalo 2016. HUS. Viitattu 15.1.2016.
<https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/Pages/default.aspx>

Nurminen, M-L. 2013. Hyvä paha parasetamoli. Viitattu 27.8.2015.
http://sic.fimea.fi/1_2012/hyva_paha_parasetamoli.aspx

Nürnbergin säännöstö 2016. Lääkäriliitto. Viitattu 4.1.2016.
<https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/nurnbergin-saannosto/>

Ojanperä, I. 2014. Kipulääkkeet kuolinsyytilastoissa 3.2.2014. Viitattu 28.12.2015.
<http://paly-fi-bin.directo.fi/@Bin/2c1af91dc2511ca2be2bb7a47ce83867/1451327715/application/pdf/192198/Ojanpera%CC%88%20kipula%CC%88a%CC%88kkeet%20kuolinsyytilastoissa.pdf>

Parry, M. & Hoppu, K. 2015. Parasetamolin aiheuttamat myrkytykset Suomessa. Viitattu 28.12.2015.
http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/muut-palstat/parasetamolin-aiheuttamat-myrkytykset-suomessa

Päivystysosasto 2016. HUS. Viitattu 15.1.2016.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/paivystys-ja-ensihoito/paivystysosasto/Sivut/default.aspx>

Päivystyspoliklinikka 2016. HUS. Viitattu 15.1.2016.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/paivystys-ja-ensihoito/paivystyspoliklinikka/Sivut/default.aspx>

Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmä 2016. FCG. Viitattu 15.12.2015.
<http://www.rafaela.fi/>

Raunio, H. 2012. Lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset. Terveyskirjasto. Viitattu 27.8.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00715#s3

Rockett, I. R. H., Smith, G. S., Crane, E. D., Kapusta, N. D., Hanzlick, R. L., Larkin, G. L., Naylor, C. P. E., Nolte, K. B., Miller, T. R., Putnam, S. L., De Leo, D., Kleinig, J., Stack, S., Todd, K. H., Fraser, D. W. 2014. Confronting Death From Drug Self-Intoxication (DDSI): Prevention Through a Better Definition. American Journal of Public Health Decmber 2014. Vol 104, no 12. Viitattu 28.2.2016.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4232143/>

Saarnio, P. 2005. Alkoholistien kuolleisuus - tulokset kuudentoista vuoden seurannasta. Terveysportti. Duodecim 2005: 2099-2013. Viitattu 27.10.2015.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95248.pdf>

Scales-public health settings 2016. Columbia University Medical Center. Viitattu 18.4.2016.
http://www.cssrs.columbia.edu/scales_practice_cssrs.html

Sairaalat 2016. HUS Viitattu 15.1.2016.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/Sivut/default.aspx>

Sairaanhoitoalueet 2016. HUS. Viitattu 15.1.2016.
<http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/Sivut/default.aspx>

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2016. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 4.1.2016.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan Yliopisto. Viitattu 15.5.2015.
http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Salvatore, T. 2010. Peer specialists can prevent prevent suicides. Behavioral Healthcare 2010: 30(9): 31-32. Viitattu 17.11.2015.
<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/docview/762472506/fulltextPDF/B6C927ED1301415CPQ/1?accountid=12003>

Sinclair, L., Hunter, R., Hagen, S., Nelson, D. & Hunt, J. 2006. How effective are mental health nurses in A&E departments? *Emergency Medicine Journal* 2006: 23(9): 687-692. Viitattu 15.3.2016.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2564209/>

SBQ-R 2015. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Viitattu 18.4.2016.

<http://www.integration.samhsa.gov/images/res/SBQ.pdf>

Suicidal Ideation Questionnaire 2016. PAR. Viitattu 18.4.2016.

<http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=SIQ>

Suicide 2015. World Health Organization. Viitattu 16.11.2015.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>

Suokas, J. & Lönnqvist, J. 2000. Itsemurhaa yrittäneiden hyvä hoito vähentää myrkytyskuolemia. *Terveysportti. Duodecim* 2000: 1607-1608. Viitattu 15.3.2016.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91673.pdf>

Suokas, J. & Suominen, K. 2002. Itsemurhaa yrittäneen psykiatrinen arviointi ja hoito. *Terveysportti. Duodecim* 2002: 289-292. Viitattu 15.3.2016

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92767.pdf>

Suominen, K. & Valtonen, H. 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. *Terveysportti. Duodecim* 2013: 881-885.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10929.pdf>

Tapaturmiin tai väkivaltaan kuolleet peruskuolemansyyn (122-luokkainen luokitus), iän ja sukupuolen mukaan, päähtyneet erikseen 1998-2014 2016. Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat. Viitattu 18.4.2016.

http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__ter__ksyyt/060_ksyyt_tau_106.px/?r_xid=6d38fa79-7c24-49c2-8a3c-dc9c5a807404

Tapaturmissa kuolleet ulkoisen syyn mukaan ja päähtyneiden osuus 2013. Tilastokeskus. Viitattu: 28.12.2015.

http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_tau_004_fi.html

Tehostetun avohoidon yksikkö 2016. HUS. Viitattu 15.1.2016.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokosken-sairaala/poliklinikat/tehostetun-avohoidon-yksikko/Sivut/default.aspx>

Tietoa eri huumeista 2015. THL. Viitattu 28.12.2015.

<https://www.thl.fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/paihteet-ja-peliriippuvuus/huumeet/tietoa-eri-huumeista>

Toimeenpano 2015. THL. Viitattu 24.8.2015.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/toimeenpano>

Terveiden huollon menot ja rahoitus 2013 2016. THL. Viitattu 24.8.2015.

<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>

Voice Disc 2015. The Center for the Promotion of Mental Health in Juvenile Justice. Viitattu 18.4.2016.

<http://promotementalhealth.org/voicedisc.htm>

Vuori, E., Ojanperä, I., Launiainen, T., Nokua, J. & Ojansivu, R-L. 2012. Myrkytyskuolemien määrä on kääntynyt laskuun. Suomen lääkirilehti 2012: 1735-1741. Viitattu 25.8.2015.
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto22_1.pdf

Vuori, E., Ojanperä, I., Nokua, J. & Ojansivu, R.L. 2009. Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2005–2007. Terveysportti. Suomen lääkirilehti 2009: 3186-3195. Viitattu 3.11.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=sll32718&p_haku=intoksi-kaatio#s5

Vähäkangas, K. & Hoppu K. 2014. Myrkytyskuolemat Suomessa. Oppiportti. Viitattu 24.8.2015.
http://www.oppiportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04499&p_selaus=15354

Vähäkangas, K. & MacDonald, E. 2014. Sienimyrkytykset. Oppiportti. Viitattu 24.8.2015.
http://www.oppiportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04499&p_selaus=15354

Vähäkangas, K. & Myllynen, P. 2014. Huumemyrkytykset ja -kuolemat. Oppiportti. Viitattu 24.8.2015.
http://www.oppiportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04499&p_selaus=15354

Väkivalta ja terveys maailmassa - WHO:n raportti 2002. World Health Organization. Viitattu 17.11.2015.
https://www.thl.fi/documents/470564/817072/9529608993_fin.pdf/2ea074d0-a4eb-4448-ba63-3b312ea81692

Wahlbeck, K. 2011. Asekontrolli on kansanterveystyötä. Terveysportti. Duodecim 2011: 2580-2581. Viitattu 17.5.2016.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99966.pdf>

Where the C-SSRS is used 2016. Columbia University Medical Center. Viitattu 18.4.2016.
http://www.cssrs.columbia.edu/uses_cssrs.html

Öhberg, A., Lönnqvist, J. Sarna, S., Vuori, E. & Penttilä A. 1993. Itsemurhatavat Suomessa: onko menetelmien saatavuudella ja rajoituksilla vaikutusta itsemurhakuolleisuuteen? Viitattu 28.12.2015.
http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo30260&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=

Julkaisemattomat lähteet

Rikkilä-Kettunen, E. 2016. Osastonpäällikkö Eeva Rikkilä-Kettusen tiedonanto Hyvinkään päivytyksestä-aloituspalaveri, 1.2.2016. Hyvinkää.

Kuviot

Kuvio 1: Kuolinsyy: myrkytystapaturmat ja itsemurhat 2004–2014	10
Kuvio 2: Itsemurhakeinot 2004–2014	12
Kuvio 3: Tapaturmainen alkoholimyrkytyskuolema tai itsemurha alkoholilla 2004–2014... ..	19
Kuvio 4: Myrkytyskuolema lääkeaineilla 2004–2014	25
Kuvio 5: Itsemurha lääkeaineilla 2004–2014	26
Kuvio 6: Kyselylomakeprosessi	35
Kuvio 7: Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi	38
Kuvio 8: Hakutulokset	39
Kuvio 9: Vastaaajien hoitotyönkokemus	42
Kuvio 10: Hoitoisuutta nostavat tekijät (vastauksista).....	43
Kuvio 11: Hoitoisuutta nostavat tekijät (vastaajista)	44
Kuvio 12: Ehkäisytyö (vastauksista)	45
Kuvio 13: Ehkäisytyö (vastaajista).....	45
Kuvio 14: Haasteet (vastauksista)	46
Kuvio 15: Vahvuudet (vastauksista)	47
Kuvio 16: Vahvuudet (vastaajista).....	47
Kuvio 17: Väite 1.	48
Kuvio 18: Väite 2.	49

Taulukot

Taulukko 1: Hyväksymis- ja poissulkukriteerit	40
Taulukko 2: Itsetuhoisuuteen liittyvät syyt nuorilla	59
Taulukko 3: 4- ja 2-osainen RSQ kysely (Folse & Hahn 2009, 258)	65
Taulukko 4: Päivystyksen työkalut	66
Taulukko 5: Ulkomaiset materiaalit.....	67
Taulukko 6: Suomalaiset materiaalit.....	68

Liitteet

Liite 1: Tutkimuslupa.....	99
Liite 2: Saatekirje.....	102
Liite 3: Kyselylomake.....	103
Liite 4: Hakutulokset	106
Liite 5: Tutkimusluettelo	108
Liite 6: CASP tulokset	113
Liite 7: Tutkimustaulukko	114
Liite 8: Esimerkki väriluokittelusta.....	120

Liite 1: Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUOLUSTUS		OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS		Liite 1
<i>3/4/2016</i>				
Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Kolehmainen Jenni Mirva, Nevalainen Miia Kristiina, Lahelma Hanna Riikka			
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta Sairaanhoitaja opiskelija			
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei			
	Sähköpostiosoite/puh/gsm <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
	Yliopisto ja laitos/ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea Ammattikorkeakoulu			
	Yliopiston laitoksen/ammattikorkeakoulun/oppilaitoksen osoite Uudenmaankatu 22, 05800 Hyvinkää			
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Minna Pulli, lehtori minna.pulli@laurea.fi, (09) 8868 7700(vaihde)			
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetystä muodosta Minna Pulli, opinnäytetyösuunnitelma hyväksytty			
HUS:n vastuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Riikka Kettunen-Eeva, osastoryhmän päällikkö <i>Kirsi Kukkunen, lisäksi oh. Tiina Mummola, pp. oh. Sanna Puro, Tti</i>			
	Työpaikan osoite Sairaalankatu 1, 05850 Hyvinkää			
	Sähköpostiosoite/puh/gsm 050 4287 210			
	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuhenkilö työskentelee Hyvinkään sairaala, medisiininen päivystysalue			
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Itsemurhien ehkäisy <i>ehkäisy</i> päivystyksessä <i>ehkäisykeinot</i>			
	Asiasanat (max 5 kpl) Itsemurha, itsetuhoisuus, päivystys, intoksikaatio, myrkytys, potilas			
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteritutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS-hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?		Arvioitu aloituspvm. 6.2.2016	Arvioitu päättämispvm. 25.5.2016
	Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa			
	HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Akuutti <input type="checkbox"/> HYKS Lasten ja nuorten sairaudet (LaNu) <input type="checkbox"/> HYKS Leikkaussali, teho- ja kivunhoito (ATeK) <input type="checkbox"/> HYKS Naistentaudit ja synnytykset (NaiS) <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatria <input type="checkbox"/> HYKS Pää- ja kaulakeskus <input type="checkbox"/> HYKS Sisätaudit ja kuntoutus (Sisu) <input type="checkbox"/> HYKS Sydän- ja keuhkokeskus (SK-keskus) <input type="checkbox"/> HYKS Syöpäkeskus <input type="checkbox"/> HYKS Tukielin- ja plastiikkakirurgia <input type="checkbox"/> HYKS Tulehduskeskus <input type="checkbox"/> HYKS Vatsakeskus <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalueen johto		<input checked="" type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HUS Yhtymähallinto <input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Kuvantaminen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä	

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä N=110 Päivystyksen hoitohenkilökunta
Aineiston keruumenetelmä <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä? Integroiva kirjallisuuskatsaus	
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot -	
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)	Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Väitön soveltavuusarvo toimintaan, mihin Mahdollisuus hyödyntää tietoa päivystystoiminnassa; osastotunti <input type="checkbox"/> Ei väitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle. Päiväys 6.2.2016    Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvennys Jenni Kolehmainen Miia Nevalainen Hanna Lahelma	
Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija HUS:ssa Päiväys 22.2.2016   Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija nimenselvennys	Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja HUS:ssa Päiväys 4.4.2017  Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja nimenselvennys

Hakemukseen on liitetty seuraavat liitteet

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Tutkimussuunnitelman tiivistelmä
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Vaitiolositoumus/salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilörekisteriseloste

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 2/2015, kohta 4.3)

LOMAKE-PÄÄTÖS	Lomakepäätöksen numero <u>4/2016</u>	
	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti	
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että	

	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)	

*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä		
Tutkimusluvan alkamispäivä <u>4.4.2016</u>		Tutkimusluvan päättymispäivä <u>31.5.2016</u>
Päiväys <u>4.4.2016</u>		
Tutkimusluvan myöntäjä nimenseivennys <u>Asko Saari, shan johtaja</u>		

Opinnäytetyön tekijä	Opinnäytetyöntekijä tai tekijät. Jos tekijöitä on useita, ensimmäiseksi merkityn henkilön osoite- ja yhteystiedot
Opinnäytetyön ohjaaja HUS:n vastuuhenkilö	Yliopiston tai oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot Tutkimuksen vastuuhenkilön ohjauksessa opiskelija voi suorittaa opinnäytetyön lakien ja asetusten, viranomaismääräysten ja HUS:n määräysten ja ohjeiden mukaisesti ja raportoida opinnäytetyöstä tutkimusluvan myöntäjälle. Vastuuhenkilö seuraa tutkimuksen kulkua ja huolehtii sen järjestämistä koskevasta tiedottamisesta ja etsii opinnäytetyön tarvitsemat yhdyshenkilöt ao. tutkimusyksiköistä. Jos tutkimus kohdistuu sairaanhoitoalueen useaan tulosyksikköön, vastuuhenkilö voidaan nimetä sairaanhoitoalueelta. Jos tutkimus kohdistuu usealle sairaanhoitoalueelle tai koko HUS:iin, vastuuhenkilö voidaan nimetä yhtymähallinnosta.
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Koska nimi tulee julkiseen rekisteriin, opinnäytetyön nimeksi on syytä valita otsikko, joka kuvaa tehtävää työtä. Opinnäytetyön tyyppi luokitellaan esim. pro gradu, kliininen hoitotiede Opinnäytetyön suorituspaikat: merkitään kaikki, joista aineisto kerätään. Tutkittava(t) kohderyhmät ja havaintoyksiköt kuvataan esim. Potilaat N=10, Omaiset N=10, Asiakirjat N=10. Aineiston keruun menetelmät luokitellaan.
Asiasanat	Käytetään esim. YSA/FinMeSH tai hoitotyön asiasanastoa enintään 5 kpl
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot	Kuvataan, mitkä muut laitokset ja yhteistyötahot ovat mukana esim. monikeskustutkimuksen osapuolet.
Aiheuttaako opinnäytetyö kustannuksia HUS:lle	Opinnäytetyö ei saa aiheuttaa tavanomaiseen toimintaan nähden ylimääräisiä kustannuksia tutkittavalle tai sairaalalle. Aloitustilvan myöntäjä voi vaatia perustelut siitä, miksi kustannuksia ei aiheudu. HUS:n kannalta merkittävistä kustannuksissa eritellään tarvittava henkilökunnan työpanos (haastattelu-aika/hlö), monistus- ja materiaalikulut, asiakirjapainotuskulut yms. Ylimääräisistä kustannuksista laaditaan kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma, jotka toimitetaan erillisenä liitteenä.
Opinnäytetyön hyödyt ja vaikutukset HUS:n toimintaan	Opinnäytetyön tekijän ja ohjaajan näkemys opinnäytetyön hyödyistä/vaikutuksista HUS:n toimintaan.
Eettinen arviointi	Luvan myöntäjä arvioi, tarvitaanko eettisen toimikunnan lausuntoa.
Allekirjoitukset	Opinnäytetyön tekijän, HUS:n vastuuhenkilön ja puoltajan (tapauskohtaisesti) sekä opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelijan (tapauskohtaisesti) allekirjoitukset. Tapauskohtaisesti on harkittava puoltajan ja valmistelijan tarve. Lupa myönnetään ohjeen mukaan joko lomakepäätöksenä tai viranhaltijapäätöksenä.
Liitteet	Tutkimuslupahakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma (ml tarvittava selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa), opinnäytetyön tutkimussuunnitelman tiivistelmä, aineistonkeruulomake ja kysely/haastattelulomakkeen saatekirje. Tutkimusluvan myöntäjä voi lisäksi tarvittaessa vaatia muuta liitteaineistoa.

Liite 2: Saatekirje

12.4.2016

Hei!

Olemme saaneet mukavasti vastauksia itsemurhan ehkäisyä koskevaan kyselytutkimukseen ja kiitos siitä vastaajille!

Kysely on avoinna 19.4. asti joten vielä ehtii mukaan!

ALLA OLEVASTA LINKISTÄ PÄÄSET SUORAAN KYSELYYN:
<https://elomake3.laurea.fi/lomakkeet/12477/lomake.html>

Keväisin terveisin,
Miia Nevalainen
Jenni Kolehmainen
Hanna Lahelma

4.4.2016

Hei!

Olemme Laurean ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja tekemässä opinnäytetyötä itsemurhien ehkäisykeinoista päivystyksessä. Tämän kyselylomaketutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Hyvinkään päivystyksessä käytössä olevia itsemurhien ehkäisykeinoja ja mitä haasteita itsemurhien ehkäisytyöhön liittyy. Kyselyyn vastataan nimettömästi ja vastauksia käytetään osana opinnäytetyötämme. Kysely on suunnattu Hyvinkään päivystyksen kaikille hoitotyöntekijöille.

Tässä kyselyssä itsetuhoisuudella tarkoitetaan käyttäytymistä, johon liittyy henkeä uhkaavan riskin ottaminen. Suoraa itsetuhoa ovat itsemurha yritykset ja -ajatukset. Epäsuora itsetuho voi näkyä esimerkiksi alkoholin liikkakäyttönä tai toistuvina myrkytyksinä.

Kyselylomakkeessa on 8 kysymystä ja vastaaminen vie noin 5 minuuttia. Vastaaminen on vapaaehtoista. Aineisto hävitetään kun opinnäytetyö on valmis. Kysely on avoinna 19.4.2016 kello 19.00 saakka.

Kiitos kyselyyn osallistumisestasi-vastauksesi on arvokas!

Keväisin terveisin,
Hanna Lahelma
Jenni Kolehmainen
Miia Nevalainen

Lisätietoja kyselystä antaa:
XXXXXX, sairaanhoitajaopiskelija
XXXXXXXX@laurea.student.fi

ALLA OLEVASTA LINKISTÄ PÄÄSET SUORAAN KYSELYYN:
<https://elomake3.laurea.fi/lomakkeet/12477/lomake.html>

Liite 3: Kyselylomake

TAUSTATIEDOT

Työkokemuksesi vuosina:

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- yli 20

ITSETUHOISEN POTILAAN HOITOISUUS

Arvioi itsetuhoisen potilaan hoitoisuus verrattuna muihin potilasryhmiin:

Hyvin vähän hoitoa vaativaa	Keskimääräistä vähemmän hoitoa vaativaa	Keskimääräisesti hoitoa vaativaa	Keskimääräistä enemmän hoitoa vaativaa	Hyvin paljon hoitoa vaativaa

ITSETUHOISEN POTILAAN HOITOA NOSTAVAT

Valitse seuraavista kolme (3) mielestäsi tärkeintä itsetuhoisen potilaan hoitoisuutta nostavaa tekijää:

- Potilaan seuranta ja tarkkailu, nopeasti muuttuvat tilanteet voinnissa
- Potilaan aggressiivisuus tai väkivaltaisuus
- Potilaan psyykinen tukeminen
- Toimenpiteet
- Kirjaaminen
- Jatkohoidon järjestäminen
- Potilaan omaisten tai läheisten kohtaaminen
- Kiire
- Henkilöresurssit
- Joku muu, mikä:

ITSEMURHIEN EHKÄISY

Valitse seuraavista kolme (3) asiaa, jotka tavallisimmin toteutuvat työssäsi jos epäilet potilaalla kohonnutta itsemurhariskiä:

- Konsultoit lääkäriä
- Konsultoit hoitotyön kollegaa
- Keskustelet potilaan kanssa
- Tuet potilasta muuten, esimerkiksi läsnäololla
- Teet potilaalle mini-intervention, esimerkiksi AUDIT, DEPS/BDI
- Keskustelet potilaan läheisten kanssa
- Kirjaat asian potilastietoihin
- Konsultoit TAY -ryhmää
- Joku muu, mikä:

Valitse kaksi (2) mielestäsi merkittävintä itsemurhien ehkäisytyön haastetta päivystyksessä:

- Potilaiden lyhyt hoitoaika
- Kiire
- Henkilöstöressurit
- Itsemurhariskin tunnistamisen vaikeus
- Ehkäisykeinojen puute
- Hoitovastuun epäselvyys
- Potilaiden hoidonvastaisuus
- Joku muu, mikä:

Valitse kaksi (2) mielestäsi merkittävintä itsemurhien ehkäisytyön vahvuutta päivystyksessä:

- Työyhteistön ilmapiiri ja tuki
- Yhteistyö TAY:n kanssa
- Selkeä työnjako
- Aiheeseen liittyvät koulutukset
- Selkeät hoitolinjat
- Potilaiden hoitomyönteisyys
- Joku muu, mikä:

OMAN OSAAMISEN TUNNISTAMINEN

Arvioi seuraavat väittämät

	Pitää täysin paikkansa	Pitää osittain paikkansa	En osaa sanoa	Ei osittain pidä paikkansa	Ei pidä paikkansa ollenkaan
"Itsemurhasta puhuminen potilaan kanssa on minulle helppoa."					
"Osaan tunnistaa potilaan itsetuhoisen käyttäytymisen."					

PALAUTE

Herättikö kysely ajatuksia, kysymyksiä tai kehitysehdotuksia itsemurhien ehkäisytyöstä, sana on vapaa!

KIITOS VASTAUKSESTASI JA ERINOMAISEN MUKAVAA KEVÄTTÄ !

Lisätietoja kyselystä antaa:

XXXXXXX, sairaanhoitajaopiskelija

XXXXXXX@laurea.student.fi

KYSELYLOMAKE

Lomake on ajastettu: julkisuus alkaa 4.4.2016 14.00 ja päättyy 19.4.2016 19.00

Valitse seuraavista kolme (3) mielestäsi tärkeintä itsetuhoisen potilaan hoitoisuutta nostavaa tekijää:

- Potilaan seuranta ja tarkkailu, nopeasti muuttuvat tilanteet voinnissa
- Potilaan aggressiivisuus tai väkivaltaisuus
- Potilaan psyykkinen tukeminen
- Toimenpiteet
- Kirjaaminen
- Jatkohoidon järjestäminen
- Potilaan omaisten tai läheisten kohtaaminen
- Kiire
- Henklöresurssit

Joku muu, mikä:

<< Edellinen Seuraava >>

Sivu 4 / 10

Järjestelmänä Eduix E-lomake 3.1. www.e-lomake.fi

Liite 4: Hakutulokset

Lähde	Sivuston osoite	Hakutermit	Hakutulokset	Otsikon tai tiivistelmän perusteella valitut	Lukukierroksen perusteella valitut
Google scholar	https://scholar.google.fi/	Metrics: Nursing/ Suicide/2010-2014(N=71)	N=71	N=9	N=0
PLOS Medicine	http://www.plosmedicine.org/search/advanced?noSearchFlag=true&query=&filterJournals=PLoSMedicine	Suicid* AND prevent* AND emergenc*(N=5)	N=5	N=0	N=0
PLOS ONE	http://journals.plos.org/plosone/search	((everything:suicid*) AND everything:interven*) AND everything:emergenc*(N=3) everything:"preventing suicides"(N=111) • Mental health and psychiatry (N=69) • People and places • Suicide	N=183	N=42	N=0
eThesis	http://ethesis.helsinki.fi/en/	All of Helda/Full text/ Itsemurh* AND päivyst*(N=0) All of Helda/Full text/ Itsemurh* AND ehkäis*(N=0) All of Helda/Full text/ Itsemurh* AND ensia*(N=18) All of Helda/Full text/ Itsetuh* AND ensia*(N=9) All of Helda/Full text/ Itsetuh* AND päivyst*(N=0) All of Helda/Full text/ Itsetuh* AND ehkäi*(N=0) All of Helda/Full text/ Suicid* AND Prevent*(N=273) All of Helda/Full text/ Suicid* AND Emergenc*(N=0)	N=300	N=48	N=9
EBSCO-HOST: Cinahl	https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete	suicide AND prevent* AND emergenc*	N=145	N=50	N=10
Cochrane	http://www.cochrane.org/	suicide prevent emergenc*/2010-2016(N=68) suicid* prevent* emergenc*(N=168) Self-harm emergency(N=61)	N=297	N=39	N=8
Hotus	http://www.hotus.fi/search	Itsemurh*	N=0	N=0	N=0
Hoitotiede-lehti		1993-2016 / Itsemurh* AND ehkäis* / Full text (N=13) Itsetuho*(N=6) Päivysty*(N=23)	N=42	N=13	N=1

Lähde	Sivuston osoite	Hakutermit	Hakutulokset	Otsikon tai tiivistelmän perusteella valitut	Lukukierroksen perusteella valitut
Medic-Terko kotimainen terveystieteellinen viitetietokanta	https://www.terko.helsinki.fi/medic-tietokant	itsemurh* AND ehkäisy* kokotekstit 2010 - 2016 (N=7) itsetuh* AND ehkäis* (N=2) itsetuh* AND päivyst* (N=5) itsemu* AND päivyst* (N=13) itsemu* AND ensia* (N=5) itsetuh* AND ensia* (N=2) suicide* AND prevent* (N=117) suicide* AND prevent* 2010 - (N=24) suicide* AND emergency 2010 - (N=4) self-harm (N=33) suicide* (N=492) suicide* 2010 - (N=76)	N=780	N=131	N=11
Medscape	http://www.medscape.com/nurses	suicide AND prevent AND emergency AND department/News & Perspective/MEDline Abstracts(N=38) suicide AND prevent AND emergency AND department N=421	N=459	N=39	N=3
Karoliniska Institutet	http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?searchform=history	själv mord AND jour AND year:[2010 TO 2016] N=0 själv mord jour AND year:[2010 TO 2016 N=0 själv mord jour N=0 suicid jour N=0 själv mord AND swe AND Läs online AND Peer reviewed tidskrifter N=53 självskada N=2	N=55	N=12	N=1
Muut					N=6
				YHTEENSÄ	N=49

Liite 5: Tutkimusluettelo

1. Alaräisänen, A. 2010. Risk factors and pathway leading to suicide with special focus in schizophrenia. Viitattu 15.2.2016.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514262630/isbn9789514262630.pdf>
2. Arkins, B., Tyrrell, M., Herlihy, E., Crowley, B. & Lynch, R. 2012. Assessing the reasons for deliberate self-harm in young people. *Mental Health Practice* 2013: 28-32. Viitattu 15.2.2016.
<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ae0fa885-f41d-4d6f-97ae-39c47dab9337%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4104>
3. Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E.J. Cheater, F., Flottorp, S., Robertson, N., Wensing, M., Fiander, M., Eccles, M.P., Godycki-Cwirko, M., van Lieshout, J. & Jäger, C. 2015. Tailored interventions to address determinants of practice. Viitattu 15.2.2016.
<http://onlinelibrary.wiley.com.nelli.laurea.fi/doi/10.1002/14651858.CD005470.pub3/full>
4. Beckman, K., Dahlin, M., Tidemalm, D. & Runeson, B. 2010. Drastisk ökning av unga som slutenvårdas efter självskada. *Läkar tidningen* 2010: 428-431. Viitattu 15.2.2016.
http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/13767/LKT1007s428_431.pdf
5. Bennett, K., Rhodes, A.E., Duda, S., Cheung, A.H., Manassis, K., Links, P., Mushquash, C., Braunberger, P., Newton, A.S., Kutcher, S., Bridge, J.A., Santos, R.G., Manion, I.G., Mclennan, J.D., Bagnell, A., Lipman, E., Rice, M. & Szatmari, P. 2014. A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2015: 245-257. Viitattu 15.2.2016.
<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f1b0d79b-7b5b-46d8-b576-ded9290bb252%40sessionmgr120&vid=1&hid=106>
6. Brandt, L. 2014. Surusta selvityminen-Läheisen itsemurhan kohtaaminen nuorena aikuisena. *Pro gradu*. Viitattu 15.2.2016.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/136052/Brandt_Sosiaalityo.pdf?sequence=2
7. Dennis, C-L. & Dowswell, T. 2013. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Viitattu 15.2.2016.
<http://onlinelibrary.wiley.com.nelli.laurea.fi/doi/10.1002/14651858.CD001134.pub3/full>
8. Feng, J., Li, S. & Chen, H. 2014. Impacts of Stress, Self-Efficacy, and Optimism on Suicide Ideation among Rehabilitation Patients with Acute Pesticide Poisoning. *PLOS ONE* 2015: 1-11. Viitattu 15.2.2016.
<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19f0d032-c773-4a63-b051-df1af39cdf3e%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4104>
9. Flodgren, G., Rachas, A., Farmer, A.J., Inzitari, M. & Shepperd, S. 2015. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. Viitattu 15.2.2016.
<http://onlinelibrary.wiley.com.nelli.laurea.fi/doi/10.1002/14651858.CD002098.pub2/full>
10. Folse, V.N. & Hahn, R.L. 2009. Suicide Risk Screening in an Emergency Department. *Clinical Nursing Research* 2009: 253-271. Viitattu 15.2.2016.
<http://cnr.sagepub.com.nelli.laurea.fi/content/18/3/253.full.pdf+html>
11. Gairin, I., House, A. & Owens, D. 2003. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *British Journal of Psychiatry* 2003: 28-33. Viitattu 15.2.2016.
<http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/183/1/28.full.pdf>
12. Gentry, S., van-Velthoven, M., Tudor Car, L. & Car, J. 2013. Telephone delivered interventions for reducing morbidity and mortality in people with HIV infection. Viitattu 15.2.2016.
<http://onlinelibrary.wiley.com.nelli.laurea.fi/doi/10.1002/14651858.CD009189.pub2/full>

13. Giguère, A., Légaré, F., Grimshaw, J., Turcotte, S., Fiander, M., Grudniewicz, A., Makosso-Kallyth, S., Wolf, F. M., Farmer, A. P. & Gagnon, M-P. 2012. Intensive case Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. Viitattu 15.2.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com.nelli.laurea.fi/doi/10.1002/14651858.CD004398.pub3/full>
14. Grimholt, T.K., Jacobsen, D., Haavet, O. R., Sandvik, L., Jorgensen, T., Norheim, A. B. & Ekeberg, O. 2015. Effect of Systematic Follow-Up by General Practitioners after Deliberate Self-Poisoning: A Randomised Controlled Trial. PLOS ONE 2015: 1-17. Viitattu 15.2.2016. <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4028762d-43f8-46aa-82f6-5e89582b3a3e%40sessionmgr102&vid=1&hid=106>
15. Hawton, K., Witt, K.G., Taylor Salisbury, T.L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., van Heeringen, K. & Hazell, P. 2015. Interventions for self-harm in children and adolescents. Viitattu 15.2.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com.nelli.laurea.fi/doi/10.1002/14651858.CD012013/full>
16. Häkkinen, M. 2015. Abuse and fatal poisonings involving prescription opioids. Viitattu 15.2.2016. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/153825/abuseand.pdf?sequence=1>
17. Impinen, A. 2011. Arrested Drunk Drivers-Trend, social background, recidivism and mortality. Viitattu 15.2.2016. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26552/arrested.pdf?sequence=1>
18. Keränen, S., Laukkanen, E. & Hintikka, J. 2003. Nuorten mielenterveys ja päihdeongelmien havaitseminen ensiavussa. Terveysportti. Duodecim 2003: 1147-1153. Viitattu 15.2.2016. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93628.pdf>
19. Koivunen, M., Hänti, J., Harju, S., Välimäki, M. & Hakala, T. 2014. Päihtyneenä päivystyksessä. Hoitotiede-lehti 2014: 275-286. Viitattu 15.2.2016. <http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/docview/1640691356/fulltextPDF/F7928B4644FB4CF2PQ/1?accountid=12003>
20. Kvaran, R.B., Gunnarsdottir, O., Sigurborg Kristbjornsdottir, A., Valdimarsdottir, U.A. & Rafnsson, V. 2015. Number of visits to the emergency department and risk of suicide: a population-based case-control study. BMC Public Health 2015: 1-9. Viitattu 15.2.2016. <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d214e5e4-8f31-48d8-80e2-574bc79c8e0b%40sessionmgr198&vid=1&hid=106>
21. Lahti, A. 2014. Epidemiological study on trends and characteristics of suicide among children and adolescents in Finland. Viitattu 15.2.2016. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526205571.pdf>
22. Liisanantti, A. 2012. Acute drug poisoning: outcome and factors affecting outcome. Viitattu 15.2.2016. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514298080/isbn9789514298080.pdf>
23. Lu, Y-J., Chang, H-J., Tung, Y-Y., Hsu, M-C. & Lin, M-F. 2011. Alleviating psychological distress of suicide survivors: evaluation of a volunteer care programme. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2011: 449-456. Viitattu 15.2.2016. <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bb60e0ed-713d-476e-a406-d6d86336862b%40sessionmgr105&vid=1&hid=106>
24. Luukkonen, A-H. 2010. Bullying behaviour in relation to psychiatric disorders, suicidality and criminal offences. Viitattu 15.2.2016. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514263019/isbn9789514263019.pdf>

25. Martin, C.A., Chapman, R., Rahmam, A. & Graundins, A. 2014. A retrospective descriptive study of the characteristics of deliberate self-poisoning patients with single or repeat presentations to an Australian emergency medicine network in a one year period. *BMC Emergency Medicine* 2014: 14(21): 1-9. Viitattu 15.2.2016.
<http://bmccemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-227X-14-21>
26. Mayo-Wilson, E. & Montgomery, P. 2013. Media-delivered cognitive behavioural therapy and behavioural therapy (self-help) for anxiety disorders in adults. Viitattu 15.2.2016.
<http://onlinelibrary.wiley.com.nelli.laurea.fi/doi/10.1002/14651858.CD005330.pub4/full>
27. McQueen, J., Howe, T. E., Allan, L., Mains, D. & Hardy, V. 2011. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. Viitattu 15.2.2016.
<http://onlinelibrary.wiley.com.nelli.laurea.fi/doi/10.1002/14651858.CD005191.pub3/full>
28. Miettinen, T.M. 2012. Nuorten itsetuhoisuus ja avun saanti itsetuhoisuuteen. Pro gradu. Viitattu 15.2.2016.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83475/gradu05840.pdf?sequence=1>
29. Mäki, N. 2010. Not in all walks of life? Social Differences in Suicide Mortality. Viitattu 15.2.2016.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23450/notinall.pdf?sequence=2>
30. Newton, A.S., Hamm, M.P., Bethell, J., Rhodes, A.E., Bryan, C.J., Tjosvold, L., Ali, S., Logue, E. & Manion, I.G. 2010. Pediatric Suicide-Related Presentations: A Systematic Review of Mental Health Care in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine* 2010: 649-658. Viitattu 15.2.2016.
<http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644%2810%2900216-7/pdf>
31. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J. & Williams, D.R., 2008. Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans, and Attempts. Viitattu 15.2.2016.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2259024/>
32. Nock, M. K., Park, J. M., Finn, C. T., Deliberto, T. L., Dour, H. J. & Banaji, M. R. 2009. Measuring the Suicidal Mind: Implicit Cognition Predicts Suicidal Behavior. *Psychological Science* 2010: 511-517. Viitattu 15.2.2016.
<http://pss.sagepub.com.nelli.laurea.fi/content/21/4/511.full.pdf+html>
33. Pirkola, S. 1999. Alcohol and other substance misuse in suicide. Viitattu 15.2.2016.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78415/alcohol.pdf?sequence=1>
34. Rafnsson, V. & Gunnarsdottir, O.S. 2013. All-cause mortality and suicide within 8 days after emergency department discharge. *Scandinavian Journal of Public Health* 2013: 832-838. Viitattu 15.2.2016.
<http://sjp.sagepub.com.nelli.laurea.fi/content/41/8/832.full.pdf+html>
35. Rahikka, A. 2013. Dialogi auttavissa verkkopalveluissa. Sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten kertomuksia kommunikaatiosta. Viitattu 15.2.2016.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/41885/rahikka_vaitoskirja.pdf?sequence=1
36. Riihimäki, K. 2014. Long-term outcome of depressive disorders in primary health care. Viitattu 15.2.2016.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/115997/URN_ISBN_978-952-302-153-2.pdf?sequence=1
37. Rosenbaum Asarnow, J., Larry J., Baraff, L.J., Berk, M., Grob, C.S., Devich-Navarro, M., Suddath, R., Piacentini, J.C., Rotheram-Borus, M.J., Cohen, D. & Tang, L. 2011. An Emergen-

cy Department Intervention for Linking Pediatric Suicidal Patients to Follow-Up Mental Health Treatment. *Psychiatric services* 2011:1303-1309. Viitattu 15.2.2016.
http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.62.11.pss6211_1303

38. Sakinofsky, I. 2014. Preventing Suicide Among Inpatients. *Canadian Journal of Psychiatry* 2014: 131-140. Viitattu 15.2.2016.
<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=aadf92a8-4335-4215-ae3e-bccd486a43ac%40sessionmgr4003&vid=7&hid=4104>

39. Salokangas, R.K.R., Heinimaa, M., Svirskis, T., Huttunen, J., Laine, T., Korkeila, J., Ilonen, T., Ristkari, T., Vaskelainen, L., Rekola, J., Heinisuo, A-M., Heikkilä, J., Syvälahti, E., Hirvonen, J., Parkkola, R., Hietala, J., Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Graf von Reventlow, H., Linszen, D., Dingemans, P., Birchwood, M. & Patterson, P. 2007. Psykoosille altis potilas. Viitattu 15.2.2016.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/3287/Tutkimuksia91.pdf?sequence=2>

40. Sands, N., Elsom, S., Colgate, R., Haylor, H. & Prematunga, R. 2016 Development and inter-rater reliability of the UK Mental Health Triage Scale. *International Journal of Mental Health Nursing* 2016: 1-7. Viitattu 15.2.2016.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.12197/pdf>

41. Sokero, P. 2006. Suicidal Ideation and Attempts Among Psychiatric Patients with Major Depressive Disorder. Viitattu 15.2.2016.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78764/2006a13.pdf?sequence=1>

42. Solin, P. 2011. Mental Health from the Perspective of Health Promotion Policy. Viitattu 15.2.2016.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66782/978-951-44-8534-3.pdf?sequence=1>

43. Stanley, B., Brown, G. K., Currier, G. W., Lyons, C., Chesin, M. & Knox, K. L. 2015. Brief Intervention and Follow-Up for Suicidal Patients With Repeat Emergency Department Visits Enhances Treatment Engagement. *American Journal of Public Health* 2015: 1570-1572. Viitattu 15.2.2016.
<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0b927324-0208-403c-985d-c84abf4c7ef2%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4104>

44. Székely, A., Konkoly Thege, B., Mergl, R., Birkás, E., Rózsa, S., Purebl, G. & Hegerl, U. 2013. How to Decrease Suicide Rates in Both Genders? An Effectiveness Study of a Community-Based Intervention (EAAD). *PLOS ONE* 2013: 1-5. Viitattu 15.2.2016.
<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c7b09f70-9bc5-4268-9175-8a5282b157a0%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4104>

45. Talala, K. 2013. Psychological distress in Finland 1979-2003: Overall trends, socio-economic differences, and contribution to cause-specific mortality inequalities. Viitattu 15.2.2016.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104446/URN_ISBN_978-952-245-860-5.pdf?sequence=1

46. Tuisku, V. 2015. Depressed Adolescents Grow Up-Prevalence, course and clinical risk factors of non-suicidal self-injury, suicidal ideation and suicide attempts. Viitattu 15.2.2016.
<http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/96626/978-951-44-9695-0.pdf?sequence=1>

47. Valtonen, H. 2007. Suicidal Behaviour in Bipolar Disorder. Viitattu 15.2.2016.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78298/2007a03.pdf?sequence=1>

48. Vasiliadis, H-M., Ngamini-Ngui, A. & Lesage, A. 2015. Factors Associated With Suicide in the Month Following Contact With Different Types of Health Services in Quebec. *Psychiatric services* 2015: 121-126. Viitattu 15.2.2016.

<http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.201400133>

49. Vuorilehto, M. 2008. Depressive Disorders in Primary Health Care. Viitattu 15.2.2016.

<http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/78054/2008a14.pdf?sequence=1>

[Alleviivatut tutkimusartikkeleita / tutkimuksen internetjulkaisuja.](#)

Liite 6: CASP tulokset

CASP TULOKSET

Pisteitysasteikko: Kyllä (2), Ei osaa sanoa (1) ja Ei (0).

Tutkimusnumero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Sisälsikö tutkimus täsmällisen tutkimuskysymyksen?	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2
Olivatko käytetyt lähteet sopivia juuri kyseiseen tutkimukseen?	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2
Oliko tutkimuksessa riittävästi tärkeitä & oleellisia lähteitä?	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	0	2	2	1	2
Olivatko tutkimuksessa käytetyt lähteet laadultaan arvokkaita?	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2
Oliko eri tutkimuksista saadut tulokset tarkkaan eritetyt?	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2
Oliko tutkimustulokset selkeästi ilmaistu?	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
Olivatko tutkimustulokset tarkkoja?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Voidaanko tutkimustuloksia hyödyntää tulevissa tutkimuksissa?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2
Oliko kaikki oleelliset lopputulokset otettu huomioon?	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1
Oliko tutkimus hyödyllinen?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2
Pistemäärä	19	17	18	20	16	17	17	16	17	17	14	11	15	17	14	19

Tutkimusnumero	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Sisälsikö tutkimus täsmällisen tutkimuskysymyksen?	2	0	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
Olivatko käytetyt lähteet sopivia juuri kyseiseen tutkimukseen?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
Oliko tutkimuksessa riittävästi tärkeitä & oleellisia lähteitä?	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	0	2	0	2	1
Olivatko tutkimuksessa käytetyt lähteet laadultaan arvokkaita?	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	0	1	2	1	2	2
Oliko eri tutkimuksista saadut tulokset tarkkaan eritetyt?	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Oliko tutkimustulokset selkeästi ilmaistu?	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
Olivatko tutkimustulokset tarkkoja?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2
Voidaanko tutkimustuloksia hyödyntää tulevissa tutkimuksissa?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Oliko kaikki oleelliset lopputulokset otettu huomioon?	1	1	1	2	2	2	1	0	2	1	2	0	1	0	2	0
Oliko tutkimus hyödyllinen?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
Pistemäärä	19	16	16	20	20	20	17	18	17	17	17	12	18	14	20	17

Tutkimusnumero	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
Sisälsikö tutkimus täsmällisen tutkimuskysymyksen?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Olivatko käytetyt lähteet sopivia juuri kyseiseen tutkimukseen?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
Oliko tutkimuksessa riittävästi tärkeitä & oleellisia lähteitä?	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2
Olivatko tutkimuksessa käytetyt lähteet laadultaan arvokkaita?	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2
Oliko eri tutkimuksista saadut tulokset tarkkaan eritetyt?	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Oliko tutkimustulokset selkeästi ilmaistu?	1	2	1	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	1	2
Olivatko tutkimustulokset tarkkoja?	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Voidaanko tutkimustuloksia hyödyntää tulevissa tutkimuksissa?	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
Oliko kaikki oleelliset lopputulokset otettu huomioon?	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	2	2	1	1	1
Oliko tutkimus hyödyllinen?	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2
Pistemäärä	16	19	18	17	17	20	18	16	19	14	12	17	20	20	19	18	16

Liite 7: Tutkimustaulukko

Nro	Tekijä(t) ja vuosi	Tutkimusmenetelmä	Tavoite	Otos	Tulokset
1	Alaraisanen, A. 2010.	Pitkittäinen väestö kohorttitutkimus, haastattelut, kyselyt, kognitiiviset testit ja MRI-tutkimukset. Cox'in regressiomalli.	Tutkia itsemurhan ja itsemurha yritysten riskitekijöitä, niiden kehityskulkua ja määriä.	N=12068 (synnityneet), N=12058 (syntyneet), N=10705 (Osatutkimuksia)	Miehillä vanhemman yksinhuoltajuus oli itsemurhayritysten riskitekijä ja suuri monilapsinen perhe itsemurhille. Miehillä säännöllinen tupakointi 14-vuotiaana ennusti itsemurhaa ennen 34-vuotta. Hyvä koulumenestys oli itsemurhalta suojaava tekijä muulla väestöllä. Niillä, joilla myöhemmin esiintyi psykoosia, hyvä koulumenestys oli itsemurhan riskitekijä. 71 prosenttia skitsofreenikoiden tekemistä itsemurhista tehtiin kolmen ensimmäisen vuoden aikana skitsofrenian puhkeamisesta. 7 prosenttia skitsofreenikoista teki itsemurhan 39 ikävuoteen mennessä.
2	Arkins, B., Tyrrell, M., Herlihy, E., Crowley, B. & Lynch, R. 2012.	Kirjallisuuskatsaus ja seurantatutkimus	Mitata ja tutkia itsetuhoisuuden luonnetta ja sen riskitekijöitä päivystykseen tulevilla 16-24 vuotiailla nuorilla.	N=84	Melkein 1/3 oli käynyt päivystyksessä itsetuhoisuuden takia jo edellisessä vuonna, 1/4 miehistä toistuvasti. Toistuvat käynnit voivat johtua siitä että henkilön taustalla on käsittelemättömiä tai tunnistamattomia ongelmia. Päivystykseen toistuvasti hakeutuvat vievät suurimman osan henkilökunnan ajasta. Edeltävien 24 tunnin aikana oli 1/3 vastajista ollut ratkaisematon riita perheen jäsenen tai ystävän kanssa. Naisilla itsetuhoisuuden suurin laukaaja oli ollut ihmissuhde konflikti. Erityisesti itsetuhoiset naiset valitsivat konfliktien ratkaisukeinoiksi välttelyn ja mukautumisen. Lähes 1/2 oli käyttänyt alkoholi sairaalan tuloa edeltävän 24 tunnin aikana. Erityisesti miehillä oli lisääntynyttä riskien ottoa ja antisosiaalisuutta, kuten rattijuopumuksia, aggressiivisuutta, väkivaltaisuutta, tierarvoa ja itsetuhoisuutta. Itsetuhoisuutta voi ennustaa riskien ottaminen yhdessä päihteiden väärinkäytön ja huonojen ihmissuhde konfliktien ratkaisukeinojen kanssa. Itsetuhoisuus on yleisempää naisilla, itsemurhat miehillä. Nuoret kokevat perheen, ystävät ja koulun tärkeimmiksi tuen tarjoajiksi ja itsetuhoisuuden ehkäisjiksi. Preventio keinoiksi ehdotetaan tuen tarjoamista, yksinäisyyden ehkäisyä, perhe interventiota ja lyhyt interventioita päivystyksessä. Perheelle ja ystäville voidaan kertoa itsetuhoisuuden riskitekijöistä, tunnistamisesta ja mitä he voivat tehdä. Riidan ratkaisukeinot voivat indikoida nuoren kiusaamista, väkivaltaista kotiympäristöä tai hyväksikäyttöä lapsuudessa. Naiset olivat yledustettuina otoksessa, otos pieni.
3	Baker, R., Camosso Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S., Robertson, N., Wensing, M., Fiander, M., Eccles, M. P., Godycki-Cwirko, M., van Lieshout, J. & Jäger, C. 2015.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Päätellä parantavakko yksilölliset interventiot terveydenhuollon lopputuloksia.	N=15 tutkimusta	Yksilölliset interventiot voivat olla tehokkaita, mutta tutkimuksista ei selviä mikä keino on paras yksilöllistämiseen kuten ei sekään mikä paras vaikutus olisi. Tutkimuskeinojen yhtenäistämistä ja lisätutkimusta tarvitaan.

Nro	Tekijä(t) ja vuosi	Tutkimusmenetelmä	Tavoite	Otos	Tulokset
4	Beckman, K., Dahlin, M., Tidemalm, D. & Runeson, B. 2010.	Tilastotutkimus potilastietorekisteristä	Kartoittaa ovat itsensä vahingoittamiset nousseet, mitkä ovat itsenäivahingoittamismenetelmät ja onko niillä yhteys psyykkisiin häiriöihin.	Kaikki 1997-2007 X60-84 tai Y10-34 diagnoosin saaneet 15-34 vuotiaat ruotsalaiset.	Itsetuhoisuustapahtumat ovat lisääntyneet. Yleisin menetelmä on lääkemyrkytys. Kokonaisotos määrä ei ilmoiteta.
5	Bennett, K., Rhodes, A., E., Duda, S., Cheung, A. H., Manassis, K., Links, P., Mushquash, C., Braunberger, P., Newton, A. S., Kutcher, S., Bridge, J. A., Santos, R. G., Manion, I. G., McLennan, J. D., Bagnell, A., Lipman, E., Rice, M., Szatmari, P. 2014.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Johtaa tutkimuksista "jouduttu tieto synteesi" (expedited knowledge synthesis) joka helpottaisi nuorten itsemurhien ehkäisyyn liittyvien strategioiden päätöksentekoa. Tarkastelun kohteena koulupohjaiset strategiat ja koulun ulkopuolella tapahtuvat interventiot joilla ehkäistään toistuvia itsemurhayrityksiä.	N=21 tutkimusta	Kouluissa toteutetut preventiot vähensivät itsemurhayrityksiä, itsemurha suunnitelmia ja itsemurhariskiä. Preventiot eivät kuitenkaan vähentäneet itsemurha kuolemia. Päivystysten siirtymä ohjelmat (lyhyt interventio ja kontakti) voivat vähentää itsemurhia, itsemurha yrityksiä, itsemurha suunnitelmia, sairaalassa oloaika ja parantaa hoitoon sitoutumista. Perusterveyden huollon koulutus voi vähentää toistuvia yrityksiä. Antidepressanttien käyttö voi lisätä lyhyen aika välin itsemurhariskiä joillain potilailla. Naiset tekevät enemmän itsemurha yrityksiä, miehet enemmän itsemurhia. Sukupuolten välisiä eroja, kulttuurisen alkuperän, haittoja tai kustannustehokkuutta ei tutkittu systemaattisesti.
6	Brandt, L. 2014.	Teemahaastattelu	Saadat tietoa miten omatset kokevat itsemurhan.	N=10	Tieto läheisen itsemurhasta aiheuttaa sokin. Läheinen voi kokea syyllisyyden tunteita, etenkin suruprosessin alussa. Läheinen tarvitsee tukea, apua voidaan kaivata konkreettisisä asioissa kuten kaupassa käynnissä. Ammatillinen apu, varsinkin ensimmäisen vuoden aikana, koettiin tärkeäksi. Nertäistuki ryhmien saavutettavuus ei ole tasapuolista Suomessa. Kuulleen kohtaaminen voi konkreettisoita kuoleman ja olla eheyttävä kokemus, paitsi silloin jos ruumis on ollut pahoin ruhjoutunut.

Nro	Tekijä(t) ja vuosi	Tutkimusmenetelmä	Tavoite	Otos	Tulokset
7	Dennis, C-L. & Dowswell, T. 2013.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja asiantuntija haastattelut	Arvioida erilaisten synnytyksen jälkeistä masennusta ehkäisevien psykososiaalisten ja psykologisten interventioiden hyötyä verrattuna tavalliseen hoitoon. Tutkia psykososiaalisten ja psykologisten interventioiden vaikuttavuutta, tutkia asiantuntija vetoisten ja vertaistuki vetoisten interventioiden vaikuttavuutta toisiinsa nähden.	N=17 000 Tutkittavat naisia.	Naiset, jotka saivat joko psykososiaalisen tai psykologisen intervention, olivat vähemmän vaarassa sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen kuin tavallista hoitoa saaneet. Lupaavia interventioita: 1. Kätilöiden tai perusterveydenhuollon yksilölliset synnytyksen jälkeiset kotikäynnit 2. Vertaispuhelintuki 3. Interpersonaalinen psykoterapia. Depressiivisiä oireilua vähensivät synnytyksen jälkeen aloitetut interventiot, riskiryhmille kohdennetut interventiot, yksilölliset ja useaan kontaktiin perustuvat interventiot sekä asiantuntija että vertaistuki interventiot.
8	Feng, J., Li, S. & Chen, H. 2014.	Strukturoitu kyselylomaketuksi ja Analyyti tehty strukturoisen yhtäio mallinnuksen avulla	Tutkia potilaan kokeman stressin, optimismin ja itseluottamuksen vaikutusta itsetuhoajatuksiin	N=296	Optimismi ja luottamus omin kykyihin suojaa itsetuhoajatuksilta ja myös vähentää itsetuhoajatuksia. Interventiot, jotka tähtäävät potilaan optimismin ja itsetunnon nostamiseen, voivat vähentää itsetuhoajatuksia. Kiina
9	Flodgren, G., Rachas, A., Farmer, A. J., Inzitari, M. & Shepperd, S. 2015.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Arvioida interaktiivisen telemedisiinan tehokkuutta, hyväksyttävyyttä ja vaihtoehtoisena hoitona että tavallisen hoidon(kuten vastaannon tai puhelinkonsultaation) kanssa.	N = 22 047	Kohtuullinen näyttö elämän laadun parannuksessa kolmen kuukauden seurannan aikana verrattuna niihin, jotka saivat tavanomaista hoitoa. Mielenterveyspotilailla ja päihteiden väärinkäyttäjillä ei löydetty vaikutus eroa video-avusteisen ja kasvokkain tapahtuvan terapian välillä. Mielenterveyspalveluita tarvitsevilla jei ryhmien välillä raportoitu eroja. Kustannuksia terveydenhuollolle, potilaiden ja hoitohenkilöstön hyväksyntää ei voitu arvioida. Eriaiset muuttajat voivat vaikuttaa tuloksiin; sairauden vakavuus, sairauden vaihe potilailla, käytetäänkö interventiota monitorointiin vai jorjotaanko sillä mahdollisuus diagnostisiin palveluihin.

Nro	Tekijä(t) ja vuosi	Tutkimusmenetelmä	Tavoite	Otos	Tulokset
10	Folse, V.N. & Hahn, R.L. 2009.	Kvalitatiivinen tutkimus, jossa itsemurhariskiä mitattiin RSQ:lla ja tilastolliset tulokset käsiteltiin SPSS ohjelmalla.	Tutkia nuorten ja aikuisten itsemurhariskiä ja hoitoa päivityksessä sekä 4 osaisen RSQ-kyselyn realliteettia ja validiteettia.	N=202	RSQ:n sekä 4- että- 2-osaisen kyselyn realliteetti ei vastannut odotuksia kummallaakaan ryhmällä. 2-osainen kysely oli hiivonen tarkempi. Päivitykseen tulleet ikääntyneet vastasivat usein 4 kysymykseen myöntävästi. Sen sijaan ikääntyneet kertovat nuorempina harvemmin itsemurha aiheista. QRS ei mittaa elämäntilaa tai toivottomuutta: ikääntyneille ehdotetaan lyhyttä depression seulaava itsetuhoisuuden tunnistukseen. Hoitajat pitivät RSQ kyselyä helppokäyttöisenä. Hoitajat voivat kokea potilaalta kyselyn tunkeilevana, potilaat ovat voineet tulla varautuneiksi henkilökohtaisista kysymyksistä. Hoitajat pelkäävät että kyselyn tekeminen lisää työtaakkaa. Kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat 2. kysymyksen hyödyllisimmäksi itsemurhariskin arvioinnissa. Jos tunnistustyökaluja otetaan käyttöön, jatkoarviointiin on otavaa resurssia.
11	Gairin, I., House, A. & Owens, D. 2003.	Retrospektiivinen tutkimus	Arvioida itsemurhaa edeltävien päivityskäyntien määrää	N=219	Itsemurhan tehneiden keski-ikä oli 34. Miehet tekivät enemmän itsemurhia kuin naiset. 42 prosenttia kaikista itsemurhan tehneistä oli ollut yhteydessä terveydenhuoltoon kuolemaa edeltävän vuoden aikana. Erityisesti ne, joiden kuoleman oli aiheuttanut monet vammat tai myrkytys. 39 prosenttia itsemurhan tehneistä oli käynyt toistuvasti päivityksessä kuolemaa edeltävän vuoden aikana. 31 prosenttia näistä käyneistä johtui itsemurhytyksistä ja itse aiheutetuista vammoista. Itsetuhoisuudesta johtuvat käynnit olivat keskimäärin 38 päivää ennen itsemurhaa ja muista syistä johtuvat käynnit keskimäärin 114 päivää ennen itsemurhaa.
12	Gentry, S., van-Velthoven, M., Tudor Car, L. & Car, J. 2013.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Arvioida vähentääkö puhelimitse tehty interventio HIV-potilaiden sairastuvuutta ja kuolleisuutta.	N=1381	Puhelimitse tehdyt interventiot voivat vähentää seksuaalista riskikäyttäytymistä, depressiivisiä ja psyykiatrisia oireita sekä nostaa sitoutumista lääkehoitoon. Lisätutkimuksia kuitenkin tarvitaan koska tutkimuksia aiheesta on vähän.
13	Giguère, A., Légaré, F., Grimshaw, J., Turcotte, S., Fiander, M., Grudniewicz, A., Makosso-Kallyth, S., Wolf, F. M., Farmer, A. P. & Gagnon, M-P. 2015.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Arvioida printatun opetusmateriaalin käytön vaikutusta potilaiden hoitotuloksissa ja hoitotyöntekijöiden käytössä sekä arvioida formaatin vaikutusta lopputulokseen.	N=45 tutkimusta	Printatun opetusmateriaalin käyttö verrattuna tilanteeseen, jossa potilaalle ei tehty mitään interventiota, oli pieni hyöty hoitotyöntekijöille, mutta hyötyä potilaalle ei voitu arvioida. Hyöty, printatun materiaalin käytöstä verrattuna muihin interventio menetelmiin sekä printatun materiaalin käyttö muiden interventioiden kanssa, on epäselvä.
14	Grimholt, T.K., Jacobsen, D., Haavet, O. R., Sandvik, L., Jorgensen, T., Norheim, A. B. & Ekeberg, O. 2015.	Tutkimus artikkeli: Satunnaistettu kliininen koe, jossa kaksi rinnakkaisryhmää	Arvioida vähentääkö yleisen terveydenhuollon systemaattinen seuranta itsetuhoista käyttäytymistä ja psyykiatrisia oireita tahallisesti itsensä myrkyttäenillä potilailla verrattuna hoitamattomien potilaiden	N=176	Stukturoitu seuranta ei merkittävästi vähentänyt itsemurha suunnitelmia, depressiota tai toivottomuuden tunnetta. Ryhmien välillä ei ollut merkittävää eroa toistuvien itsemurhyttämysten osalta(sairaalat ja päivitykset). Interventoryhmään kuuluneiden itse ilmoittamia itsetuhoisuus tapahtumia oli enemmän kuin vertailuryhmällä(39,5% vs. 15,8%) Ryhmä koot olivat liian pieniä alaryhmien(sukupuoli, ikä jne.) vertailuun.

Nro	Tekijät ja vuosi	Tutkimusmenetelmä	Tavoite	Otos	Tulokset
15	Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., van Heeringen, K. & Hazell, P. 2015.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Tunnistaa kaikki satunnaisesti, kontrollitutkimukset, jotka liittyvät itsetuhoisten lasten ja nuorten hoidossa käytettyihin lääkeaineisiin, luonnon tuotteisiin sekä psykososiaalisiin. Vertailla hoitomuotojen vaikuttavuutta.	N=1126 Suurimmaksi osaksi naisia	Kokonaisuudessaan tutkimusten näytön aste oli enimmäkseen heikko. Vähäistä näyttöä siitä, että ryhmäviitosta psykoterapiasta voisi olla apua lukuisista itsetuhoista episodeista kärsiville nuorille. Itsetuhoisille tarkoitujen interventioiden tehokkuudesta ei ole juurikaan näyttöä. Uusien interventio metodien kehityksen pitäisi tapahtua yhdessä potilaiden kanssa Tulosten arviointia, vertailua ja meta-analyysiä helpottaisi jos lopputuloksille luotaisiin yhteisesti käytettävä mittasteikko. Tällä hetkellä hyvin vähän tutkimusta aiheesta, laajempia lisätutkimuksia tarvitaan.
16	Häkkinen, M. 2015.	Tilasto tutkimus ja kliinisen laboratorion koetulokset	Tutkia mitkä ovat tyypilliset laboratoriolöydökset kuolemaan johtaneissa opioidi- ja gabapentiinimyrkytyksissä ja millainen on reseptillä saatavien opioidien ja gabapentiinien väärinkäyttäjien profiili.	N=1363, N=391,N=2088,N=316, N=43,N=32, N=225,(Osa tutkimuksista)	2000-luvulla opioisimyrkytyskuolemat ovat lisääntyneet. Saatu reseptillä. Buprenorfiini on korvannut heroinin myrkytyksissä. Opioidimyrkytykset usein sekamyrkytyksiä. Pregabaliinia löytyi neljäsosassa kaikista kuolemaan johtaneista opioidi myrkytyksistä, useimmiten kodeiinini tai tramadolin kanssa. Kuolleiden keski-ikä oli 27-32, riippuen käytetystä opioidista. Kuolemaan johtaneet fentanyyli myrkytykset olivat useimmiten vahinkoja.
17	Impinen, A. 2011.	Tilastollinen tutkimus	Tutkia ja selvittää ratti juoppumusten demografiaa, ratti juoppumusten ja sosiaalisen taustan yhteyttä, ratti juoppojen kuolinsyitä.	N=440624, N=81125, N=194932, N=112398 (Osatutkimuksia)	Yleisimmät kuolinsyyt ratti juoppoilla olivat alkoholiperäiset syyt, verenkiertosairaudet, onnettomuudet, itsemurhat ja kasvaimet,
18	Keränen, S., Laukkanen, E. & Hintikka, J. 2003.	Tutkimusartikkeli: Tilastollinen tutkimus	Selvittää 14-17-vuotiaiden nuorten mielenarvostus- ja päihdeongelmien tunnistamista ensiavussa.	N=113	Tutkimuksen mukaan ensiapuun tulleiden nuorten kohdalla on havaittu puutteita edeltävän itsetuhoisen käytöksen, perhetilanteen, pähteiden käytön ja psyykkisten oireiden selvittämisessä.

Nro	Tekijät ja vuosi	Tutkimusmenetelmä	Tavoite	Otos	Tulokset
19	Koivunen, M., Hänti, J., Harju, S., Välimäki, M. & Hakala, T. 2014.	Tutkimusartikkeli: Teema haastattelu	Saada tietoa millaista hoitoa päihtynyt potilas päivystyksessä	N=57 haastatteluja	Hoito koettiin hyväksi ja tehokkaaksi. Potilaat kokivat että kliiniset toimenpiteet olivat olleet riittäviä ja hyödykkäitä. Lääkärin tapaamisen ja päätöksen odottaminen kotiutusvaiheessa turhauttavaa. Jotkut kokivat itsemääräämisoikeuden rajoittamista, esim jos ei ollut apuvälineitä wc käyntiä varten. Keskustelut hoitajien kanssa merkityksellisiä, positiivisia ja tarpeellisia. Hoitajan tekemää pähteiden käytön puheeksiottoa pidettiin hyvänä. Kohtelu koettiin hyvänä jos hoitajat olivat ammattimaisia, asiallisia, mukavia eivät syyllistäneet potilaita päihtymys tilasta. Salassapito asiat eivät toteudu päivystyksessä, potilaan asioista kuulevat muutkin kuin asianosaajat.
20	Kvaran, R.B., Gunnarsdóttir, O., Sigurborg Kristbjörnsdóttir, A., Valdímarsdóttir, U. A. & Rafnsson, V. 2015	Tutkimusartikkeli: Väestöpohjainen kohortti case tutkimus	Tutkia onko itsemurhilla ja päivistyskäyntien määrällä yhteyttä.	N=107 190(ylti 18 vuotiasta potilasta) N=258 025(käyntiä)	Päivistyskäyntien määrä on itsenäinen itsemurhien riskitekijä Tutkimuksessa otettu huomioon muut riskitekijät. Itsemurhan riski kasvaa kun päivistyskäyntien määrä ylittää kahden vuodessa.
21	Lahti, A. 2014.	Tilastotutkimus(Pearson ja Fisherin testit)	Tutkia lasten ja nuorten tekemien itsemurhien epidemiologiaa, erityisenä kohteena sukupuolten väliset erot	N=901	Itsemurha ampuma-aseella oli yleisin itsemurha keino pojilla. Toiseksi yleisin keino on hirttäytyminen. Työillä yleisimmät keinot olivat myrkyttäytyminen ja hirttäytyminen. Pojat tekivät enemmän itsemurhia kuin tytöt. Työillä esiintyi enemmän itsetuhoisia ajatuksia tai itsemurhayrityksiä kuin pojilla. 63 prosentilla itsemurhan tehneistä pojista ja 83 prosentilla tytöistä taustalla oli joko mielenarvostuksen häiriö, itsemurhyttäytyminen, edeltävää itsetuhoisuutta tai epäselviä mielenarvostuksen oireita. Itsemurhaa edeltävänä tapahtumana pojilla oli usein ollut riita tai ero. 48 prosentilla pojista ja 58 prosentilla tytöistä oli alkoholin vaikutuksen alaisen tehdessään itsemurhan. Pojista, jotka tekivät itsemurhan yökään oli 86 prosenttia alkoholin vaikutuksen alaisena.
22	Liisanantti, A. 2012.	Tilastollinen tutkimus potilastiedoista ja muista rekistereistä	Arvioida myrkytyspotilaiden ennustetta sekä riskitekijöitä	N=276, N=257, N=3709(Os atutkimuksia)	Nuorten yleisin myrkytyksen syy oli alkoholi. 43:lla prosentilla kaikista nuorista myrkytys potilaista oli taustalla riskitekijä, joista yleisimmät olivat riidat ja ongelmat huoltajien kanssa sekä akuutti psyykinen kriisi. Lääkemyrkytykset olivat yleisimpiä niillä, joilla taustalla oli riskitekijä. Heille kertyi uusinta käyntejä myrkytysten vuoksi ja heillä todettiin depressiivisyyttä useammin kuin niillä, joilla riskitekijöitä ei ollut. Myrkytyspotilaiden pitkäaikaisennuste on huono: kuolleisuus 14 vuoden seurannan aikana oli 30,4 prosenttia kun verrokiryhmällä se oli 13,6. Kuolleiden keski-ikä oli myrkytyspotilailla 54 vuotta ja 73 verrokiryhmällä. 10,8 prosenttia myrkytyspotilaista teki itsemurhan. Verrokiryhmän vastaava määrä oli 0,7 prosenttia.

Nro	Tekijä(t) ja vuosi	Tutkimusmenetelmä	Tavoite	Otos	Tulokset
23	Lu, Y.-J., Chang, H.-J., Tung, Y.-Y., Hsu, M.-C. & Lin, M.-F. 2011. Alleviating	Prospektiivinen kokeellinen tutkimus	Tutkia kokeneiden ja aloittelevien vapaaehtoistyöntekijöiden vaikutusta itsemurhaa yrittäneiden psyykkisen stressin lievittämisessä.	N=60	Ohjattu vapaaehtoisohjelma tarjoaa turvallista hoitoa itsemurhaa yrittäneille. Vapaaehtoiset, joilla on yli 1 vuosi kokemusta, vähentävät enemmän itsemurhaa yrittäneiden psyykkistä stressiä. 3 kuukauden itsemurhariskin monitorointi on tärkeä osa psyykkisen stressin seuraamisessa. Vapaaehtoisten rekrytointi ja kehitys voi olla yksikeino mielenterveyspalveluiden vähentämisessä. Ammatillinen seuranta on tärkeää, mikäli hoidossa käytetään koulutettuja vapaaehtoisia. Suositukset: 1. Itsemurhaa yrittäneiden itsemurhariskin arviointi tulisi tapahtua hoidon aikana. Potilaat joiden BRS-5 pisteet ovat yli 9, tulisi ohjata kokeneille vapaaehtoisille. 2. Vapaaehtoisten käyttö itsemurhien ehkäisyssä on suositeltavaa. Yhden vuoden kokemusta tarvitaan, mikäli itsemurhaa yrittäneen psyykkisen stressin taso on kohtuullisestaa vaikeaan. Puhelinkonsultaatio ja vapaaehtoisten kotikäynnit 2 kuukauteen asti ovat hyödyllisiä ja suositeltuja itsemurhariskissä oleville. 3. Kokeneet vapaaehtoiset tuottavat parempaa ja tehokkaampaa apua itsemurhien ehkäisyssä. Turvallisuus asiat sekä etniset konfliktit on otettava huomioon. Säännöllinen yhteydenpito ammatillisiin ja vapaaehtoisten tarpeiden tarkkailu, sekä aloittelevien vapaaehtoisten käyttäminen yhdessä kokeneiden kanssa, lisäävät aloittelevien kykyjä.
24	Luukkonen, A.-H. 2010.	5-vuotinen seuranta tutkimus, johon osallistui 12-17 vuotiaita, ensi kertaa psykiatrisen hoidon parissa olevia potilaita. Tutkimusmenetelmä strukturoitui kyselyt, haastattelut.	Tutkia onko kiusaamisen ja itsemurhien sekä itsensä vahingoittamisen välillä yhteyttä	N=508	Työillä, joita oli kiusattu oli kaksinkertainen riski itsemurha yrityksiin ja työttöillä, jotka olivat kiusaajia, oli kolminkertainen riski itsemurhayrityksiin, verrattuna niihin työttöihin, joilla ei ollut yhteyttä kiusaamiseen. Pojilla ei löydetty vastaavaa yhteyttä.
25	Martin, C.A., Chapman, R., Rahmam, A. & Graundins, A. 2014.	Retrospektiivinen tilastotutkimus	Tutkia onko toistuvasti itsensä myrkyttävillä päiivystykseen tulevilla potilailla ero verrattuna niihin itsensämyrkyttäjiin, jotka käyvät päiivystyksessä vain kerran.	N=1076 käyntiä	Toistuvasti päiivystykseen tulevilla myrkyttäjillä, oli taustalla useimmiten työttömyyttä ja olemassa oleva mielenterveyshäiriö diagnosi: tavallisimmin persoonallisuushäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai skitsofrenia. He myös karkasivat päiivystyksestä todennäköisimmin ja tarvitsivat useammin tehohoitoa. Toistuvien myrkyttävyyden ryhmällä myrkytys oli tapahtunut tavallisimmin bentsodiatsepiineilla ja epätodennäköisimmin antidepressanteilla. Toistuvasti itsensämyrkyttäneiden myrkytykset olivat tapahtuneet parasetamolilla useimmin kuin vain kerran myrkytyksen takia käyneellä
26	Mayo-Wilson, E. & Montgomery, P. 2013.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Arvioida media välitteisten behavioraalisten ja kognitiivisten terapioiden vaikutusta ahdistuneisuushäiriöissä aikuisilla.	N=8019 käyntiä	Ahdistusoireet vähenivät verrattuna niihin, jotka eivät olleet saaneet hoitoa ollenkaan. (Kohtuullinen näyttö, keskiarvot tulokset). Kasvokkain tapahtuvaan terapiaan verrattuna ei merkittävää eroa. (Näytön aste heikko) Näyttö hoidon mahdollisesti aiheuttamista vahingoista puuttuu. Potilaille, joilla on ahdistuneisuus häiriö ja jotka eivät pysty tai eivät halua muuta apua, oma-apu voi olla avuksi. Kasvokkain tapahtuva terapia on todennäköisesti kliinisesti ylivoimaisempi hoitokeino. Taloudellista vaikuttavuutta ei voitu arvioida. Media välitteisen oma-avun lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutuksia ei ole tutkittu. Tutkimuksia tarvitaan. Epäjohdonmukaisuudet ja erilaiset vääritymät, vähensivät tutkimusryhmän omaa luottamusta tuloksiin.

Nro	Tekijä(t) ja vuosi	Tutkimusmenetelmä	Tavoite	Otos	Tulokset
27	McQueen, J., Howe, T. E., Allan, L., Mains, D. & Hardy, V. 2011.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Arvioida vähentävätkö sairaalassa potilaina oleville alkoholin suurkuluttajille tehdyt lyhyt interventiot alkoholin kulutusta ja parantavako ne hoidon lopputuloksia.	N=4041	Potilaat jotka olivat saaneet lyhyt intervention, alkoholin kulutus väheni enemmän kontrolliryhmiin verrattuna kuuden ja yhdeksän kuukauden seurannassa, mutta ei vuoden seurannassa. Kuolemia tapahtui selvästi vähemmän lyhyt intervention saaneilla kuuden kuukauden ja vuoden seurannan aikana. Itse seurannalla on voinut olla positiivinen vaikutus alkoholin kulutuksen vähentymiseen ja juomistapoihin. Suurimmaksi osaksi miespotilaita, joihin tulokset eivät ole yleistyviä.
28	Miettinen, T. M. 2012.	Vapaamuotoinen kirjoitelma, syventävä sähköpostikysely, puhelin haastattelu ja kasvokkain tapahtuva haastattelu	Kuvata nuorten itsetuhoisuuden ilmenemistä ja syitä sekä odotuksia avun saannille nuorten näkökulmasta sekä tuottaa nuorten itsetuhoisuuden ilmiöstä tietoa, jonka avulla voidaan kehittää itsetuhoisten nuorten tunnistamista.	N=26	Nuorten itsetuhoisuuden syitä: Itseensä liittyvät tekijät sekä ympäristöön liittyvät tekijät. Itseen liittyviä tekijät: mielenterveyden ongelmat, helpottavan muutoksen hakeminen, negatiivinen minäkuva, tunnekokemuksen saavuttaminen sekä armoitus itseä kohtaan. Ympäristöön liittyviä syitä: yksin jääminen, läheisiin ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat, epävarmuus omasta elämässä suoriutumista sekä traumaattiset kokemukset. Odotukset avun saannille jakautuivat odotuksiin avusta ja odotuksiin auttajista. Nuoret odottavat saavansa apua ammatti- tai muilta ihmisiltä ja odotettu apu on monimuotoista. Avaintekijät auttamisessa ovat avoin ja luottamuksellinen suhde nuoren ja auttajan välillä, nuoren kuulluksi tuleminen sekä tosiasiallisen tiedon antaminen nuorelle
29	Mäki, N. 2010.	Poissonn ja Coxin regressiomalli	Tutkia itsemurhakuolleisuus- en liittyviä sosiaalisia eroja, arvioida sosioekonomisia tekijöitä itsemurhissa, joiden taustalla oli alkoholin käyttöä ja verrata niitä itsemurhiin, joissa alkoholi ei ollut taustalla.	N=4041	Huono sosioekonominen asema vaikuttaa itsemurhakuolleisuuteen. Itsemurhan riski on korostunut pienituloisilla, työttömillä, työntekijäasemassa olevilla ja heikosti koulutetuilla. Sosioekonominen ero ihmisten välillä näkyi korostuneena itsemurhissa, joissa alkoholi on ollut myövävaikutavana tekijänä. Itsemurhien määrällistä eroa eri sosioekonomisten ryhmien välillä voitane selittää osittain sillä, että masennuksen hoito alhaiseen sosioekonomiseen luokkaan kuuluvilla ei ole riittävällä tasolla. Tämän hypoteesin vahvistamiseen tarvitaan kuitenkin runsaasti lisää tutkimusta.
30	Newton, A.S., Hamm, M.P., Betheli, J., Rhodes, A.E., Bryan, C.J., Tjosvold, L., Ali, S., Logue, E. & Manion, I.G. 2010.	Tutkimusartikkeli: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Arvioida päiivystyksessä toteutettavien interventioiden toimivuutta itsetuhoisilla alle 18-vuotiailla potilailla	N=10 tutkimusta	Terveydenhoitajan kotikäynnit lisäsivät hoitoon sitoutumista niin aikuisilla kuin nuorilla. Lyhyt intervention päiivystyksessä ja jatkohoidon tukeva kontakti voi vähentää itsemurhariskiä koko elinaikana. Intersosiaalisten ongelmanratkaisu keinojen oppiminen ei merkittävästi vähentänyt itsemyrkyttävyyttä. Nuorin erikoistuneet päiivystykset nostivat hoidon loppuun saattamisen todennäköisyyttä, mutta eivät merkittävästi laskeneet uusinta itsemurhayrityksien määrää. Nopean toiminnan tiimi voi vähentää nuorilla laitoshoidon tarvetta. Siirtymä interventiot päiivystyksen ja jatkohoidon välillä vaikuttavat lupaavilla.

Nro	Tekijä(t) ja vuosi	Tutkimusmenetelmä	Tavoite	Otos	Tulokset
31	Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J. & Williams, D.R., 2008.	Survey tutkimus	Raportoida itsetuhoisen käyttäytymisen riskitekijät ja esiintymistä 17 maassa.	N=84850	Itsetuhoajatukset ovat itsemurhan riskitekijä. Itsemurhayrityksen riskitekijöitä ovat naissukupuoli, nuorempi ikä, lyhempi koulutusaika, sinkkuus ja mielenterveysongelmat. Kehittyneissä maissa mielialahäiriöt olivat useimmin riskitekijöitä, kun taas kehittyemättömissä maissa riskiä lisäsivät impulssi-kontrolli häiriöt.
32	Nock, M. K., Park, J. M., Finn, C. T., Deliberto, T. L., Dour, H. J. & Banaji, M. R. 2009	Seurantatutkimus jossa käytettiin IAT(Death/suicide Implicit Association Test)-testiä, SITB(Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview) strukturoitua haastattelua sekä BDI(Beck Scale for Ideation)strukturoitua kyselytestiä	Tarkastella onko olemassa itsemurha yritystä ennustavia merkkejä käytöksessä	N=157	Itsemurhaa yrittäneillä oli huomattavasti paljon vahvempi assosiaatio "itsen" ja "kuoleman" välillä kuin muista syistä päivitykseen hakeutuneilla, mikä voi ohjata sitä yrittääkö henkilö itsemurhaa äärimmäisissä stressitilanteissa. IAT-testi voi paljastaa itsemurhatapaumuksen. Lisää tutkimuksia tarvitaan.

Nro	Tekijä(t) ja vuosi	Tutkimusmenetelmä	Tavoite	Otos	Tulokset
33	Pirkola, S. 1999.	Puolistrukturoitu haastattelu	Tutkia itsemurhan tehneiden mielenrenteytystilanteiden oheissairastavuutta, arvioida itsemurhan tehneiden potilaiden hoitohistoriaa, tutkia eroavaisuuksia alkoholia väärinkäyttäneillä ja ei-väärinkäyttäneillä itsemurhan tehneillä ihmisillä, tutkia itsemurhatapausten piirteitä nuorilla itsemurhahauheilla, joilla oli taustalla alkoholin väärinkäyttöä.	N=117	Oheissairastavuus oli yleistä itsemurhan tehneillä päihderippuvuudella. Naisilla oheissairastavuus edelsi päihderippuvuutta useammin kuin miehillä, naisilla esiintyi myös miehiä enemmän reseptilääkkeiden väärinkäyttöä. Persoonallisuushäiriöt, erityisesti epävakaa persoonallisuushäiriö, olivat nuorilla naisilla todennäköisempiä kuin miehillä. Suurin osa itsemurhan tehneistä oli hakenut apua perusterveydenhuoltoon tai saanut psykiatrista hoitoa ennen itsemurhaa. Tästä huolimatta vain murto-osalla itsemurhan tehneistä päihderippuvuus oli tunnistettu. Alkoholia väärinkäyttäneet itsemurhahauheet olivat nuorempia, useammin miehiä ja työelämän ulkopuolella verrattuna itsemurhahauheihin, jotka eivät väärinkäyttäneet alkoholia. Päihtymystä itsessään voi toimia katalyyttinä itsemurhaan päihteiden väärinkäyttäjillä mm. voimistamalla toisen päihteen kuolettavuutta.
34	Rafnsson, V. & Gunnarsdottir, O. S. 2013.	Tutkimus artikkeli: Prospektiivinen kohortti pitkäaikaistutkimus	Arvioida prospektiivisella kohortti tutkimuksella kuolleisuutta 8-30 päivän kuluttua päivityksestä kotiutumisesta potilaille, jotka olivat saaneet ei-kausatiivisen diagnoosin.	N= 227 097	Yleisimmät(yhteensä 76,9 prosenttia) kuolinsyyt 8 päivän sisällä olivat kasvaimet, verenkierron sairaudet ja kaikki ulkoiset syyt, mukaanlukien itsemurhat. 8 päivän sisällä itsemurhan tehneiden keskimääräinen ikä oli 51.8 vuotta. Tavallisimmat kotiutumisdiagnoosit heillä olivat rintakipu, alaselkäkipu, alkoholin väärin käyttö, synkopee, ihon abskessi, pinnallinen pään vamma. Itsemurhariskin todettiin kasvavan 15-30 päivän aikana kotiutumisesta. 30 päivän sisällä kuolleiden yleisimmät (18,1%)kuolinsyyt olivat vammat, myrkytykset ja ulkoiset syyt, mukaanlukien itsemurhat. Potilaille joiden diagnoosi päivityksestä kotiutuessa on ei-kausatiivinen, riski kuolla 30 päivän aikana malignin kasvaimen tai itsemurhaan on kohonnut ja riski kuolla verenkiertosairauksiin vähentynyt
35	Rahikka, A. 2013.	Teema haastattelu/ asiantuntija haastattelu	Saadat tietoa verkon kautta tapahtuvasta auttamisesta.	N=18	Verkkoryhmissä on otettava huomioon monia eri asioita. Autettavat toivovat työntekijöiltä tukea ja ongelmien esiin nostamista. Ratkaisukeskeisyyttä arvostetaan. Auttamisen tavoitteena tulisi olla asiakkaan voimaannuttaminen.
36	Riihimäki, K. 2014.	Strukturoitu haastattelu	Tutkia terveyskeskuspotilaiden masennuksen kulkua, ennustetta, itsemurhayrityksiä, toiminta- ja työkykyä sekä oheissairastavuutta.	N=137	Perusterveydenhuollon masennuspotilaiden masennusjakso uusiutuivat herkästi ja potilaiden toipuminen oli hidasta ja epätaydelistä. Masennuksen syyyn ennustaa alentunutta toiminta- ja työkykyä sekä huonoa toipumista. Psykiatrin oheissairastavuus vaikutti masennuksen kulkuun. Toiminta- ja työkyky vaikuttivat olennaisesti masennusjakson pituuteen ja masennuksen vaikeusasteeseen. Masennusjakson pituus oli yksi merkittävimmistä itsemurhan riskitekijöistä. Aikaisemmat itsemurhayritykset ja päihteiden käyttö kasvattivat myös itsemurhayrityksen riskiä.

Nro	Tekijä(t) ja vuosi	Tutkimusmenetelmä	Tavoite	Otos	Tulokset
44	Szekely, A., Konkoly Thege, B., Mergl, R., Birkás, E., Rózsa, S., Purebl, G. & Hegerl, U. 2013.	Tutkimus	Arvioida alueellisen 4-vaiheisen itsemurhaehkäisyohjelman tehoa.	N=76 881	Itsemurhat laskivat ohjelman aikana. Useimmat itsemurhan ehkäisyohjelmat vaikuttavat enemmän naisiin, 4-osainen menetelmä näyttää vaikuttavan molempiin sukupuoliin. Päivystys puhelimeen soitto oli miehille parmpi ensi intervention keino, puhelimessa he saivat tietoa muun muassa hoitomahdollisuuksista.
45	Talala, K. 2013.	Aineisto johdettu "Suomalaisen aukuisväestön terveyskäyttäytymisen ja terveys" postikyselyistä vuosilta 1979-2003 sekä Tilastokeskuksen tiedoista	Tutkia onko sosio-ekonomisella statuksella merkitystä psykisen stressin esiintyvyydessä.	N=71290	Työttömillä, aikaisin eläkkeelle jääneillä ja sinkuilla on kohonnut riski masennukseen, unettomuuteen ja alentuneeseen mielenterveyteen yleisesti. Psykologisten oireiden hoito alempi tulotasoisilla, voi vähentää itsemurhia, väkivaltaa ja alkoholista johtuvia kuolemia. Sosiaaliset ja sosio-ekonomiset asiat olisi otettava huomioon mielenterveys riskien tarkkailussa ja interventioiden tarpeen määrittelyssä.
46	Tuisku, V. 2015.	Haastattelututkimus, BDI-21, AUDIT, PSS-R ja kliiniset taustatiedot. Chi Square ja Fisher menetelmät analysoinnissa.	Analysoida itsetuhoisuuden, itsetuhoajatuksen ja itsemurhayrityksen esiintymistä ja riskitekijöitä nuorilla.	N=218	Nuorten alkoholin käyttö lisää itsetuhoisuuden vaaraa, ja depression ja päihteiden väärinkäytön riskiä. Alkoholin käyttö yhdessä masennuksen kanssa lisää itsemurhariskiä. Aiempi itsemurha yritys on selkeä uuden itsemurhayrityksen riskitekijä, erityisesti lyhyellä aikavälillä. Pitkällä aikavälillä kaikki itsetuhoisuuden käytös ennustaa jatkuvaa itsetuhoisuutta ja on itsemurhayrityksen ja itsemurhan riskitekijä. Ystävien vähäinen tuki en-nustaa itsemurha yritystä. Päivystykseen joutuneilla, itsemurhaa yrittäneillä nuorilla, oli enemmän alkoholi- ja mielenterveysongelmia.
47	Valtonen, H. 2007.	Puolistrukturoitu haastattelu	Tutkia itsetuhoisuuden esiintyvyyttä, itsemurhayritysten ilmaantuvuutta ja itsemurhayritysten riskitekijöitä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla.	N=191	Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla itsetuhoisuuden käytös on erittäin yleistä. 20 prosenttia tutkitavista yritti itsemurhaa ja yli puolet potilaista oli itsetuhoisia ajatuksia tutkimusjakson aikana. Yhteensä 31 prosenttia tutkitavista oli yrittänyt itsemurhaa joko ennen tutkimusjakson alkua tai sen aikana. Itsetuhoisuuden käytöksen riskitekijöitä olivat masennus, toivottomuus, samanaikainen muu psykiatrinen sairastavuus ja aikaisempi itsemurhayritys.

Nro	Tekijä(t) ja vuosi	Tutkimusmenetelmä	Tavoite	Otos	Tulokset
48	Vasilias, H.-M., Ngamini-Ngui, A. & Lesage, A. 2015.	Quebecin alueen väestö kohortti tutkimus	Tarkoituksena indentifioida tekijöitä jotka liittyvät itsemurhaan potilailla, jotka ovat olleet kontaktissa avohoidon, sairaala osaston tai päivystyksen kanssa kuolemaa edeltäneen kuukauden aikana.	N=8851	Tutkimuksessa havaittiin, että kuolemaa edeltävän vuoden aikana itsemurhan tehneistä 82,1 prosenttia oli ollut yhteydessä terveydenhuoltoon ja ainoastaan 18 prosentilla ei ollut ollut yhtään kontaktia terveydenhuoltoon. Puolet kaikista itsemurhista tapahtui 4 viikon sisällä sairaalasta uloskirjauksesta, ennen sovittua seurantaikäntä. Niistä itsemurhan tehneistä potilaista, joiden viimeinen kontakti oli päivystykseen, 29,5 prosenttia kuoli kuukauden aikana.
49	Wuorilehto, M. 2008.	Seurantatutkimus, haastattelu	Tutkia terveyskeskuspotilaiden masennuksen astetta ja kestoja, oheissairastavuutta, itsetuhoisuuden käytöksen esiintyvyyttä ja riskitekijöitä	N=137	Terveyskeskusten depressiopotilailla itsetuhoiset ajatukset olivat yleisiä, vaikka ne olivat jääneet lääkäreiltä huomaamatta. 37 prosenttia potilaista oli ajatellut itsemurhaa ja 17 prosenttia oli yrittänyt sitä elämänsä aikana. Itsetuhoisuuden käytös näkyi erityisesti potilailla, jotka kärsivät keskivaikeasta tai vaikeasta masennuksesta, joilla oli samanaikaisesti jokin muu psykiatrinen sairaus, persoonallisuushäiriö tai psykiatrista hoitotaustaa. Suurin osa itsetuhoisia ajatuksia potevista potilaista sai hoitoa masennukseensa, mutta heidän itsetuhoiset ajatukset olivat jääneet huomiotta.

Liite 8: Esimerkki väriluokittelusta

Nro	Tekijät ja vuosi	Tutkimusmenetelmä	Tavoite	Otos	Tulokset
1	Alaraisänen, A. 2010.	Piikittäinen väestö kohorttitutkimus, haastattelut, kyselyt, kognitiiviset testit ja MRI-tutkimukset. Cox'in regressiomalli.	Tutkia itsemurhan ja itsemurha yritysten riskitekijöitä, niiden kehityskulkua ja määrää.	N=12068 (synnyttäneet), N=12058 (synnyneet), N=10705 (0 satutkimuksia)	Miehillä vanhemman yksinhuoltajuus oli itsemurhayritysten riskitekijä ja suuri monilapsinen perhe itsemurhalla. Miehillä säännöllinen tupakointi 14-vuotiaana ennusti itsemurhaa ennen 34-vuotia. Hyvä koulumenestys oli itsemurhalta suojaava tekijä muulla väestöllä. Niillä, joilla myöhemmin esiintyi psykoosia, hyvä koulumenestys oli itsemurhan riskitekijä. 71 prosenttia skitsofreenikoiden tekemistä itsemurhista tehtiin kolmen ensimmäisen vuoden aikana skitsofrenian puhkeamisesta. 7 prosenttia skitsofreenikoista teki itsemurhan 39 ikävuoteen mennessä.
2	Arkins, B., Tyrrell, M., Herlihy, E., Crowley, B. & Lynch, R. 2012.	Kirjallisuuskatsaus ja seuranta tutkimus	Mitata ja tutkia itsetuhoisuuden luonnetta ja sen riskitekijöitä päivitykseen tulevilla 16-24 vuotiailla nuorilla.	N=84	Melkein 1/3 oli käynyt päivityksessä itsetuhoisuuden takia jo edellisessä vuonna. 1/4 miehistä toistuvasti . Toistuvat käynnit voivat johtua siitä että henkilön taustalla on käsittelemättömiä tai tunnistamattomia ongelmia. Päivitykseen toistuvasti hakeutuvat vievät suurimman osan henkilökunnan ajasta. Edeltävien 24 tunnin aikana oli 1/3 vastajista ollut ratkaisematon riita perheen-jäsenen-tai ystävän-kanssa . Naisilla itsetuhoisuuden suurin laukaisija oli ollut ihmissuhde konflikti. Erityisesti itsetuhoiset naiset valitsevat konfliktien ratkaisukeinoksi välttelyn ja mukautumisen. Lähes 1/3 oli käyttänyt alkoholi sairaalan tuloa edeltävän 24 tunnin aikana . Erityisesti miehillä oli lisääntynyt riskien otto ja antisosiaalisuutta, kuten rattijuopumuksia, aggressiivisuutta, väkivaltaisuutta, tieralvoa ja itsetuhoisuutta. Itsetuhoisuutta voi ennustaa riskien ottaminen yhdessä päihteiden väärinkäytön ja huonojen ihmissuhde konfliktien ratkaisukeinojen kanssa. Itsetuhoisuus on yleisempää naisilla, itsemurhat miehillä . Nuoret kokevat perheen, ystävät ja koulun tärkeimmiksi tuen tarjoajiksi ja itsetuhoisuuden ehkäisijöiksi. Preventio keinoiksi ehdotetaan tuen tarjoamista, yksinäisyyden ehkäisyä, perhe interventioita ja lyhyt interventioita päivityksessä . Perheelle ja ystävälle voidaan kertoa itsetuhoisuuden riskitekijöistä, tunnistamisesta ja mitä he voivat tehdä. Riidan ratkaisukeinot voivat indikoida nuoren kiusaamista, väkivaltaista kotiympäristöä tai hyväksikäyttöä lapsuudessa. Naiset olivat yllidustettuina otoksessa, otos pieni.
3	Baker, R., Camosso Stefnovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J. Cheater, F., Flottorp, S., Robertson, N., Wensing, M., Flander, M., Eccles, M. P., Godycki-Cwirko, M., van Lieshout, J. & Jäger, C. 2015.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Päätellä parantavko yksilölliset interventiot terveydenhuollon lopputuloksia.	N=15 tutkimusta	Yksilölliset interventiot voivat olla tehokkaita, mutta tutkimuksista ei selviä mikä keino on paras yksilöllistämiseen kuten ei sekään mikä paras vaikutus olisi. Tutkimuskeinojen yhtenäistämistä ja lisätutkimusta tarvitaan.