

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2021

Khatera Mohammadi ja Ulpu-Maria Luukkonen

TURVASUUNNITELMA PSYKIATRISEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ

Khatera Mohammadi ja Ulpu-Maria Luukkonen

TURVASUUNNITELMA PSYKIATRISEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ

Turvasuunnitelma on itsetuhoisen potilaan hoitotyöhön tarkoitettu lyhytinterventiomenetelmä, jonka tarkoituksena on alentaa potilaan itsemurhakäyttäytymisen riskiä ennalta määriteltyjen selviytymisstrategioiden sekä tukitahojen avulla. Turvasuunnitelma koostuu ammattilaisen kanssa laaditusta kuuden askeleen listasta, jonka mukaan potilaan on tarkoitus edetä itsetuhoisen kriisin aikana. Turvasuunnitelmaa voidaan hyödyntää itsemurhariskissä olevien potilaiden kanssa, sairaala- tai avohoidossa. Se sopii hoidon lisänä käytettäväksi terapeuttiseksi menetelmäksi, mutta myös silloin, kun ei ole mahdollisuutta potilaan pidempiaikaiseen hoitoon.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella itsetuhoisuuteen kohdennetun turvasuunnitelman merkitystä itsemurhariskin ja itsemurhayrityksen uusintariskin näkökulmasta. Koska menetelmä ei ole suomalaisessa terveydenhuollossa yhtenäisesti käytössä, oli työn tavoitteena antaa terveydenhuollon ammattilaisille tietoa turvasuunnitelman käytöstä itsetuhoisten potilaiden hoidossa. Aihe on ajankohtainen, sillä mielenterveysstrategiassa vuosille 2020–2030, sosiaali- ja terveysministeriö painottaa aktiivisia toimia itsemurhien ehkäisemiseksi.

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusaineistoksi valikoitui kymmenen kansainvälistä artikkelia, jotka käsittelivät turvasuunnitelmaa psykiatrisen potilaan hoitotyössä.

Turvasuunnitelma voidaan nähdä, ei ainoastaan valmiina ohjelistana, vaan myös strategisena työkaluna itsetuhoisuuden ailahtelevaa luonnetta vastaan. Selvästi itsetuhoisuutta ehkäisevä vaikutus näyttää olevan turvasuunnitelmalla, johon on liitetty puhelinseuranta. Toimivan turvasuunnitelman taustalla vaikuttavia tekijöitä ovat muiden muassa potilaan ja ammattilaisen välinen yhteistyö, potilaan sosiaalisten verkostojen merkitys, sekä henkilökunnan kouluttaminen turvasuunnitelman käyttöönottamiseen.

Vaikka tämänhetkiset tutkimustulokset vaikuttavat lupaavilta, tarvitaan vielä lisää vahvistavia tutkimuksia turvasuunnitelman itsemurhia ehkäisevästä luonteesta sekä esimerkiksi henkilökunnan asenteista, jotka vaikuttavat menetelmän käyttöönottamisen taustalla.

ASIASANAT:

Turvasuunnitelma, lyhytinterventio, itsetuhoisuus, itsemurhariski

BACHELOR'S / MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Nursing

May 2021 | 33 pages, 4 pages in appendices

Khatera Mohammadi ja Ulpu-Maria Luukkonen

SAFETY PLANNING IN MENTAL HEALTH NURSING

Safety plan is a short intervention for a patient of a risk of suicide that aims to reduce the patient's risk of suicidal behavior through pre-defined coping strategies and support. The safety plan consists of a six-step list drawn up with a professional, according to which the patient is following during a suicidal crisis. The safety plan can be utilized with patients at risk of suicide in hospital or outpatient care. It is a suitable therapeutic method as an adjunct to treatment, but also when there is no possibility of prolonged treatment of the patient.

The purpose of the thesis was to examine the significance of the safety plan from the perspective of suicide risk and suicide attempt recurrence risk. As the safety plan is not uniformly used in Finnish healthcare, the aim of the work was to provide information to healthcare professionals of the use of the safety plan in the treatment of suicidal patients. The issue is topical, as in the mental health strategy for 2020–2030, the Ministry of Social Affairs and Health emphasizes active actions to prevent suicides.

The thesis was carried out as a literature review. The research material consisted of ten international articles which concerning safety plan in the care of a psychiatric patient.

The safety plan can be seen, not only as a list of instructions, but also as a strategic tool against the volatile nature of self-harm. Clearly decreasing effect of the suicide risk seems to have on a safety plan with a telephone follow-up. Factors influencing well-working safety plan are cooperation between the patient and the professional, the importance of the patient's social networks, and the training of staff to implement the safety plan with their patients.

Although the current research results seem promising, further confirmatory research is needed of the decreasing nature of the safety plan and the staff attitudes which may influence of the implementation of the method.

KEYWORDS:

Safety plan, safety planning, short intervention, self-harm, suicide risk

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS	7
2.1 Itsetuhoinen ja itsemurhavaarassa oleva potilas	7
2.2 Turvasuunnitelma psykiatrisen potilaan hoitotyössä	8
2.2.1 Menetelmän tausta	8
2.2.2 Turvasuunnitelman askeleet itsemurhan ehkäisyyn	9
2.2.3 Lyhytinterventiot psykiatrisen potilaan hoidon työkaluina	11
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	13
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	14
4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	14
4.2 Tiedon haun kuvaus ja aineiston keruu	14
4.3 Aineiston analyysi	16
5 TUTKIMUSTULOKSET	17
5.1 Tutkimusaineiston kuvailu	17
5.2 Turvasuunnitelman vaikutus potilaan itsetuhoisuuteen	17
5.2.1 Turvasuunnitelmaan liitetty seuranta	18
5.2.2 Turvasuunnitelma puhelinsovelluksena	19
5.3 Turvasuunnitelman toimivuuteen vaikuttavat tekijät	20
5.3.1 Ammattilaisen tuki	20
5.3.2 Yksilöllinen turvasuunnitelma ja sosiaalisten verkostojen merkitys	21
5.3.3 Henkilökunnan asenteet ja kouluttaminen	22
5.3.4 Iäkkäät potilasryhmänä	23
5.3.5 Nuoret potilasryhmänä	24
6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	25
7 POHDINTA	26

TAULUKOT

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto- ja ulosjättökriteerit

LIITTEET

- Liite 1. Tietokantahaku
- Liite 2. Tutkimusaineisto
- Liite 3. Turvasuunnitelma-lomake

1 JOHDANTO

Itsemurhakuolleisuus on Suomessa eurooppalaisittain verrattuna suhteellisen korkea, vaikkakin tilastoissa on tapahtunut laskua viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana. Vuonna 1990 itsemurhia tehtiin yli 1500. Vuonna 2019 itsemurhia tehtiin enää 746, mikä on 64 vähemmän kuin vuonna 2018. (Suomen virallinen tilasto 2018.) Itsemurhien tilastollinen lasku ei kuitenkaan saa olla mielenterveystyön kehittämisen esteenä, sillä vaarana on, että itsemurhakuolleisuus lisääntyy vähitellen väestömäärän kasvun myötä tai jos nykyiset ehkäisykeinot menettävät vaikuttavuuttaan (Vorma ym. 2020, 49).

Sosiaali- ja terveysministeriön laatima mielenterveystyön strategia vuosille 2020-2030 sisältää erillisen ja tavoitteellisen itsemurhien ehkäisyohjelman. Ohjelman mukaan itsetuhoisen potilaan hoidon kehittämisen kannalta on tärkeää taata henkilökunnalle korkeatasoinen käytännön osaaminen sekä yhteiset näyttöön perustuvat toimintamallit itsemurhariskin puheeksi ottamisessa, arvioinnissa sekä itsemurhien ehkäisyssä. Ohjelman yhtenä toimenpide-ehdotuksena on järjestää välittömässä itsemurhavaarassa olevalle potilaalle psykiatriseen asiantuntemukseen perustuva konsultaatio, hoidon tarpeiden arvioinnin sekä mahdollisen turvasuunnitelman laatimisen takia. (Vorma ym. 2020, 48, 54–55.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella itsetuhoisuuteen kohdennetun turvasuunnitelman merkitystä itsemurhariskin ja itsemurhayrityksen uusintariskin näkökulmasta. Työn tavoitteena oli antaa hoitohenkilökunnalle tietoa turvasuunnitelman käytön perusteista itsetuhoisten potilaiden hoidossa.

Opinnäytetyön aihe tuli toimeksiantona Turun yliopistollisen keskussairaalan psykiatrielta toimialalta. Aihe kytkeytyy olennaisesti myös Sosiaali- ja terveysministeriön tuoreeseen mielenterveysstrategiaan. Turvasuunnitelmalla on aikaisempien tutkimusten mukaan havaittu olevan itsemurhia ehkäisevä vaikutus (esim. Stanley & Brown 2012; Jylhä 2020). Tästä syystä menetelmän käyttöönotto osaksi mielenterveyspotilaan hoitotyötä on perusteltua mutta myös ajankohtaista.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Itsetuhoinen ja itsemurhavaarassa oleva potilas

Itsetuhoisuuteen kuuluvat itsemurha-ajatukset, itsemurhayritykset sekä itsemurhan toteuttaminen. Itsetuhoisuus muodostuu vähitellen kasaantuvista riskitekijöistä, kuten mielenterveyshäiriöistä, päihdeongelmista, varhaisista traumaattisista kokemuksista tai kielteisistä elämäkokemuksista. (Dumon & Portzky 2014, 27; Nuorten mielenterveystalo 2019.) Itsetuhokäyttäytymistä ovat kaikki sellaiset ajatukset, jotka uhkaavat elämää ja ovat terveydelle ja hengelle vaaraksi. Itsensä vahingoittaminen voi ilmetä muun muassa päihteiden liikkakäyttönä tai oman terveyden kohtuuttomana rasittamisena. Ohimeneviä itsetuhoajatuksia voi esiintyä vaikeissa tilanteissa, joihin liittyy esimerkiksi surua ja pettymyksiä. Jatkuvien itsetuhoisten ajatusten taustalla voi kuitenkin olla jokin hoidettavissa oleva mielenterveyden häiriö. (Nuorten mielenterveystalo 2019.)

Suomessa kahdesta kolmeen ihmistä tekee päivittäin itsemurhan (WHO 2015, 26). Itsemurhan tehneistä 90 %:lla on psykiatrinen sairaus kuten esimerkiksi masennus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö (Harris ym. 1997; Hawton ym. 2003, 882). Pitkittynyt masennus on yksi itsemurhakäyttäytymistä ennakoiva tekijä. Myös kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvä itsetuhoisuus tapahtuu usein sekamuotoisten mielialahäiriöjaksojen yhteydessä ja on täten merkittävä itsemurhan riskitekijä. (Valtonen ym. 2008, 881–885.)

Itsemurhariskissä olevat ihmiset kertovat lähes aina olleensa itsemurhakriisin aikana poikkeustilassa, jolloin he eivät ole kyenneet ajattelemaan rationaalisesti. Tässä tilanteessa itsemurhayritys etenee automaattiohjauksella; itsetuhoinen ihminen ei tunne esimerkiksi kipua tai pelkoa, aivot jumiutuvat ja ajavat itsensä alas. Itsetuhoinen tila toimii yleensä päällä/pois periaatteen mukaan ja se voi aktivoitua hyvinkin nopeasti. Itsetuhoiselle tilalle on ominaista myös se, että sen kesto on rajallinen. Itsemurhaa yrittäneillä henkilöillä olisi hyvä olla tiedossaan konkreettisia ohjeita, joiden avulla he voivat päästä itsetuhoisesta tilasta pois ennen kuin tilanne etenee uudeksi itsemurhayritykseksi. (Michel & Gysin-Maillart 2015, 28.)

Useat itsemurhaa yrittäneet häpeävät tekoaan jälkikäteen ja kokevat, ettei kukaan ymmärrä heitä eikä heidän motiivejaan. Monet itsemurhaa yrittäneet eivät itsekään ymmärrä niitä. Tästä syystä itsemurhayrityksen puheeksi ottaminen ammattilaisen tai lähimmäisen kanssa ei ole yksiselitteisen helppoa. (Kukkonen ym. 2017, 30.)

Itsemurhavaaraa arvioitaessa potilaalta on kysyttävä mahdollisista itsemurha-ajatuksista tai -suunnitelmista suoraan. Näin voidaan varmasti todeta tai poissulkea itsemurhan mahdollisuus. Itsetuhoisen potilaan arviointi on tärkeää ja vaativaa ja potilaan hoidon on oltava tiivistä ja aktiivista, jotta itsemurhakuolleisuutta voidaan ehkäistä onnistuneesti. (Valtonen ym. 2008, 881–885.)

2.2 Turvasuunnitelma psykiatrisen potilaan hoitotyössä

2.2.1 Menetelmän tausta

Turvasuunnitelma on lyhyt kriisi-interventio, jonka tarkoituksena on alentaa potilaan itsemurhakäyttäytymisen riskiä ennalta määriteltyjen selviytymisstrategioiden sekä tukitahojen avulla (Stanley & Brown 2012, 257–257). Menetelmä on tarkoitettu niille terveydenhuollon työntekijöille, jotka arvioivat tai hoitavat itsemurhariskipotilaita tai ovat muuten kontaktissa heihin (Jylhä 2020). Turvasuunnitelmaa voidaan hyödyntää itsemurhariskissä olevien potilaiden kanssa sairaala- tai avohoidossa. Se sopii psykiatrisen hoidon lisänä käytettäväksi menetelmäksi mutta myös silloin, kun ei ole mahdollisuutta potilaan pidempiaikaiseen hoitoon. (Stanley & Brown 2012, 257–257, 263.)

Konkreettisesti turvasuunnitelma sisältää A4:n kokoiselle paperille kirjallisesti listattuina mahdollisia selviytymismalleja, tukitoimintoja sekä -henkilöitä, jotka voivat suojata potilasta itsetuhoiselta käyttäytymiseltä (Kts. liite 3.). Turvasuunnitelma tehdään potilaan kanssa yhteistyössä. Lomake laaditaan potilaan omin sanoin ja sen täyttäminen kestää noin 20–45 minuuttia. Potilas saa dokumentin mukaansa. (Stanley & Brown 2012, 258; Laukkala ym. 2020, 1923.) Paperinen versio voidaan myös täyttää sähköiselle pohjalle tai esimerkiksi skannata ja sisällyttää sähköiseen potilastietokantaan (Jylhä & Isomäki 2018, 2).

Turvasuunnitelma on yhdysvaltalaispsykologien, Barbara Stanley ja Gregory Brownin vuonna 2008 kehittänyt lyhytinterventiomalli, joka luotiin alun perin itsemurhaa yrittäneiden tai itsemurhariskissä olevien sotaveteraanien hoidon tueksi potilasryhmälle tarkoitettuihin päivystyksiköihin (Stanley & Brown 2012, 257). Kehittelyn tuloksena syntyi Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk- ohjeistus. Stanley ja Brownin menetelmä juontaa juurensa kognitiiviseen terapiamuotoon, jossa turvasuunnitelmaa on käytetty yhtenä osana itsetuhoisen aikuispotilaan hoitotyötä. Sittemmin

turvasuunnitelma on jalostettu tästä itsenäiseksi menetelmäkseen, mutta sitä on myös hyödynnetty itsetuhoisia lapsia ja nuoria hoidettaessa osana kognitiivis-behavioralistista psykoterapiaa. (Stanley & Brown 2012, 257; Pettit ym. 2018, 8.)

Turvasuunnitelma on omaksuttu Yhdysvalloissa onnistuneesti itsetuhoisen potilaan hoidon työkaluksi terveydenhuollon laajalla kentällä ja se on saanut hyväksynnän eri taustoista olevilta terveydenhuollon ammattilaisilta (Stewart ym. 2018, 8). Menetelmän näyttöön perustuvaa tutkimusta on tehty pääasiallisesti Yhdysvalloissa ensiapu- ja päivystyksyksiköissä. Tutkimuskohteena ovat useimmiten olleet korkean itsemurhariskiluokan veteraanit (Stewart ym. 2018, 8.) mutta myös esimerkiksi itsetuhoisten nuorten sekä henkilökunnan kokemuksia ja näkökulmia turvasuunnitelmasta on tutkittu (esim. Green ym. 2018; Stewart ym. 2020; Stanley ym. 2016).

Yhdysvaltojen suurin terveydenhuollon normeja asettava ja akkreditoiva elin, The Joint Commission, on hyväksynyt turvasuunnitelmaintervention osaksi kansallisia potilasturvallisuustavoitteita itsemurhien ehkäisytyössä. Myös liittovaltion tukema Suicide Prevention Resource Center, jonka tehtävänä on edistää kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian toteuttamista, suosittaa turvasuunnitelman käyttämistä osana itsemurhariskissä olevan potilaan hoitotyötä. (The Joint Commission 2020; Suicide Prevention Resource Center 2009; Green ym. 2018, 931.) Toisaalta kansainvälinen ja arvostettu tutkimusverkosto, Cochrane, ei ole ainakaan toistaiseksi tuottanut katsausta psykiatrisesta turvasuunnitelmasta. Kirjallisuudessa turvasuunnitelman kuitenkin viitataan perustuvan tutkituun näyttöön ja hyväksi havaittuun käytäntöön. Yhdysvalloissa korkeiden itsemurhatalastojen vuoksi turvasuunnitelma on osa itsetuhoisen sotaveteraanin hoitoprotokollaa (U.S. Department Of Veterans Affairs Health Care). Kansainvälisenä esimerkkinä turvasuunnitelman jalkautumisesta on Tanska, jossa turvasuunnitelman laatiminen kuuluu itsemurhien ehkäisykeskuksissa olennaisena osana potilaan hoitoon (Skovgaard Larsen ym. 2016, 3).

2.2.2 Turvasuunnitelman askeleet itsemurhan ehkäisyyn

Itsemurhayrityksen jälkeinen hoito perustuu huolelliseen riskinarviointiin potilaan ajankohtaisesta itsetuhoisuudesta sekä hänen akuuteista psykiatrisista ja psykososiaalisista tarpeista (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus, 2020). Riskinarvioinnin aikana terveydenhuollon ammattilaisen tulisi saada mahdollisimman tarkka kuva tapahtumista ennen viimeisintä itsetuhoista kriisiä. Itsetuhoisen kriisi

vois siis tässä tapauksessa merkitä itsemurhayrityksen lisäksi myös lisääntynyttä tai kroonistunutta itsetuhoajattelua. Potilaan on tärkeää avata itse kriisitilannetta ja kertoa tapahtumista tämän aikana ja sen jälkeen. Potilaan omin sanoin kuvittama tilanne ja tuntemukset auttavat turvasuunnitelman eri osa-alueita laadittaessa. (Jylhä & Isometsä 2018, 2.)

Turvasuunnitelma koostuu seuraavista osatekijöistä:

1. Uhkaavaa itsetuhoista kriisiä läheisesti edeltävien varomerkkien tunnistaminen.
2. Ilman yhteydenottoa toiseen henkilöön käytettävien selviytymiskeinojen tunnistaminen ja käyttö.
3. Huomion ohjaaminen pois itsetuhoisista ajatuksista ja yllykkeistä käyttäen keinoja kontakteja toisiin ihmisiin.
4. Yhteydenotto perheenjäseniin tai ystäviin, jotka voivat auttaa kriisin lieventämisessä ja joiden kanssa voi keskustella itsetuhoisuudesta.
5. Yhteydenotto mielenterveyden ammattilaisiin tai toimipaikkoihin.
6. Itsemurhavälineiden käytön estäminen.
7. Syitä elää. (Jylhä & Isometsä 2018, 2–3.)

Listauksen tarkoituksena on tarjota potilaalle ennalta määritellyt selviytymisstrategiat sekä tukea antavat henkilöt ja tahot, joita potilas voi hyödyntää työkalunaan itsetuhoisen kriisin kohdatessa. Seuraamalla ennalta määriteltujen selviytymisstrategioiden sarjaa, sosiaalisen tuen toimintoja ja avun hakemistapoja potilas voi määritellä ja ottaa käyttöön tehokkaimmat strategiat. (Jylhä 2020.) Turvasuunnitelmassa edetään numerojärjestyksessä; varomerkkien tunnistamisen jälkeen potilas ymmärtää olevansa kriisitilanteessa. Hän tietää myös ottaa esille aiemmin laaditun turvasuunnitelman ja toimia sen mukaisesti. (Jylhä & Isometsä 2020, 2635.) Tämän jälkeen hän siirtyy suunnitelmassaan askeleelle 2. Jos tämä seuraavan kohdan toimintaehdotus ei laukaise kriisiä, siirtyy potilas aina seuraavalle askeleelle. Askelmalla 6. on itsemurhavälineiden käytön estäminen. Tämä voi sisältää esimerkiksi aseiden käytön estämisen, muiden vaarallisten välineiden käytön rajoittamisen sekä lääkkeiden turvallisen säilyttämisen. Askelmalla 7. potilaan on hyvä pohtia asioita, joiden takia hän ylipäätään haluaa elää. (Jylhä & Isometsä 2018, 2–3, 6.)

HUS:in psykiatrisen toimialan ylilääkäri Pekka Jylhä ja professori Erkki Isometsä (2018) ovat suomentaneet Stanleyyn ja Brownin (2008) Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran Version- nimisen oppaan turvasuunnitelman laatimiseen. Jylhä ja

Isometsä ovat sovittaneet ohjeistuksen sisältöä suomalaista ympäristöä vastaavaksi, esimerkiksi sana "veteran" on käännetty sanaksi "potilas" ja lisätty maininnat suomalaisesta ampuma-ase ja liikenne lainsäädännön määräyksistä. (Jylhä & Isometsä 2018, 1.) Koska turvasuunnitelman laadinnasta on löydettävissä suomennettu versio, ei opinnäytetyössä ole tarkoituksen mukaista käydä näitä asioita läpi seikkaperäisesti.

2.2.3 Lyhytinterventiot psykiatrisen potilaan hoidon työkaluina

Turvasuunnitelmia ja lyhytinterventioita on ollut käytössä itsetuhoisen potilaan hoidon apuna jo ennen Stanley-Brownin kehittelemää menetelmää. Esimerkiksi crisis response plan (kriisinhallinnan suunnitelma) on osa kognitiivis-behavioralistista terapiamenetelmää, jonka tarkoituksena on vähentää akuuttia itsemurhariskiä. Interventiolla vahvistetaan potilaan tietoisuutta itsetuhoisesta ajattelusta, tunteista ja käytöksestä sekä rajataan mahdollisten itsemurhavälineiden käyttöä. Toinen mainitsemisen arvoinen menetelmä on Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS), joka on psykoterapeuttinen lähestymistapa itsetuhoisen potilaan hoitoon. CAMS:in turvasuunnitelmassa on kaksi keskeistä tekijää: henkilö, jolle potilas voi soittaa kriisin keskellä sekä mahdollisten itsemurhavälineiden poistaminen potilaan elinympäristöstä. Keskeistä tässä menetelmässä on luoda hyvä yhteistyösuhde potilaan kanssa sekä tunnistaa hänen toivottomuuden tunteita, itseen kohdistuvia vihan tunteita sekä itsetuhoisuutta laukaisevia tekijöitä. Näiden menetelmien lisäksi itsetuhoisen potilaan kanssa on myös käytetty niin kutsuttua ei-itsemurhasopimusta, "no-suicide contract", jonka päätarkoituksena on yksinkertaisesti saada potilas lupaaman ammattilaiselle, että hän ei tee itsemurhaa. (Stanley & Brown 2012, 257–258.)

Edellä mainittujen menetelmien painopiste on usein rajattu potilaan turvallisuuden yhteen osa-alueeseen, kuten esimerkiksi itsemurhavälineiden käytön rajoittamiseen tai kontakteihin, joihin potilas ottaa yhteyttä hädän hetkellä. Stanley-Brownin turvasuunnitelma eroaa edellisistä siten, että siinä potilaan turvallisuuden ylläpitäminen taataan järjestelmällisesti askeleittain edeten. Lisäksi menetelmän fokus itsetuhoisten ylläkkeiden käsittelemiseen sisäisten selviytymisstrategioiden avulla ei ole tyypillisesti ollut muiden psykiatristen interventiomuotojen keskiössä, vaikkakin niiden käsitteleminen on tärkeä osa näiden hoitojen kokonaisuutta. (Stanley & Brown 2012, 257–258.) Useat versiot aiemmista turvasuunnitelmista on myös kehitetty vastaamaan potilaan tarpeita useamman avohoidon käyntikerran ajaksi, osana pitkäaikaista psykoterapeuttista hoitoa.

Turvasuunnitelmaa on päivitetty istuntokerroilla aina kun siihen on ollut aihetta; esimerkiksi silloin kun potilas on omaksunut uuden sisäisen selviytymismekanismen tai hän on laajentanut sosiaalista verkostoaan (Stanley & Brown 2008, 13; Jylhä & Isometsä 2018, 9.) Stanley-Brownin turvasuunnitelma puolestaan soveltuu niin akuutteihin yksiköihin itseenäisenä menetelmänä käytettäväksi kuin interventiomuotoiseksi työkaluksi avohoidon puolelle. (Pettit ym. 2018, 8.)

Stanley ja Brown perustelevat menetelmän käytön tärkeyttä erityisesti päivystyksen ja ensihoidon yksiköissä, joissa henkilökunnan ei ole kiireisen toimintaympäristön vuoksi mahdollista tarttua itsetuhoisen potilaan tilanteeseen intensiivisesti. He nostavat artikkelissaan, *Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk* (2012) esiin huolen, johon hoitoalalla ollaan vasta heräilemässä. Päivystyksestä tai akuuttihoitosta riskiarvioinnin perusteella kotiin ohjatut itsetuhoiset potilaat ovat keskimäärin kolmen kuukauden ajan korkeassa itsemurhariskissä. Useimmat potilaat eivät jatka avohoidon hoitokontaktia, sillä mikään ei varsinaisesti sitouta heitä hoitoon. (Stanley & Brown 2012, 256–257.) Päivystyksessä laaditulla turvasuunnitelmalla voisi näin ollen pienentää itsemurhariskiä potilaan kannata riskialttiin ajanjakson ajan.

Käypähoito suosituksen mukaan itsemurhaa yrittäneen jatkohoito voidaan useimmiten toteuttaa psykiatrisessa avohoidossa, sillä pelkkä itsemurhan riski ei vielä ole syy sairaalahoidolle. Sairalahoidon tarvetta täytyy kuitenkin arvioida tarpeen mukaan. Tällöin potilaan tilanteessa tulee huomioida erityisesti psykiatrisen häiriön vaikeusastetta, välitöntä itsemurhavaaraa ja mielenterveyslain mukaista tahdosta riippumattoman hoidon tarvetta. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus, 2020.) Se, miten potilaan itsemurhariskiä on suomalaisissa terveydenhuollon palveluissa arvioitu ja onko hänelle esimerkiksi laadittu turvasuunnitelmaa ennen psykiatrisen avohoidon ensimmäistä käyntikertaa, jää tämän opinnäytetyön ulkopuolelle. Olipa terveydenhuollon arkirealismi mikä tahansa, on itsetuhoisen potilaan pudotus akuuttihoiton jälkeen huomattavan suuri, jos hänelle ei tarjota mitään työkalua itsemurhan ehkäisemiseksi.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella itsetuhoisuuteen kohdennetun turvasuunnitelman merkitystä itsemurhariskin ja itsemurhayrityksen uusintariskin näkökulmasta. Työn tavoitteena on antaa hoitohenkilökunnalle tietoa turvasuunnitelman käytön perusteista itsetuhoisten potilaiden hoidossa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä toimivat seuraavat:

1. Mikä vaikutus turvasuunnitelmalla on potilaan itsetuhoisuuteen?
2. Mitkä seikat vaikuttavat turvasuunnitelman toimivuuteen?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan sitä, millaista tietoa joltakin rajatulta alueelta on olemassa. Yleensä haetaan vastausta esimerkiksi tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsauksen perimmäisenä tarkoituksena on muodostaa kokonaiskuva aikaisemmasta tutkimuksesta: se on tutkimus tutkimuksista. (Whitemore 2005, 8.) Kirjallisuuskatsaustyypit jaetaan kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen, systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sekä määrälliseen meta-analyysiin ja laadulliseen metasynteesiin (Salminen 2011, 15).

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa vielä integroituun ja narratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen. Näistä narratiivinen kuvaileva kirjallisuuskatsaus toimi tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä, sillä se on metodistisesti kevyin katsausmuoto ja sopii hajanaisen ja niukan tutkimusaineiston kuvailuun ja synteesin tekoon parhaiten. (Salminen 2011, 6–7, 31.) Narratiivisella otteella epäyhtenäistä tietoa järjestetään jatkuvaksi tapahtumaksi. Lopputuloksena on lukijan kannalta selkeä ja ymmärrettävä kokonaisuus. Tyypillisesti narratiivisessa katsauksessa keskitytään erityisesti vertaisarvioitujen tieteellisten tutkimusten tarkasteluun (Suhonen ym. 2016, 9), sekä esimerkiksi yhden tutkimusaiheen alueelta tehtyihin erilaisiin tutkimusasetelmiä sisältäviin tutkimuksiin (Suhonen ym. 2010). Tämä toteutui myös opinnäytetyön kohdalla; kaikki aineistot olivat vertaisarvioituja ja keskittyivät erilaisiin tutkimusnäkökulmia hyödyntäen spesifisti psykiatriseen turvasuunnitelmaan.

4.2 Tiedon haun kuvaus ja aineiston keruu

Tiedonhakuun käytettiin eri tietokantoja (Chinal Complete, Pubmed, Medline, Medic). Aineistohakua ohjasi pääasiallisesti englanninkieliset hakusanat ja sanayhdistelmät (safety plan*, suicid*, suicide prevent*, intervention jne.), sillä suomenkielistä tutkimusta ei tästä aiheesta ole vielä tehty (kts. liite 1, taulukko 2). Tietokantahakujen lisäksi sopivaa aineistoa löydettiin aikaisempien tutkimusten lähdeluettelojen kautta sekä hakukantojen artikkeliehdotuksien avulla. Osa tutkimusartikkeleista löytyi kansainvälisen tutkijayhteisön, ResearchGaten kautta.

Tutkimukseen valikoitui lopulta 10 artikkelia. Sisäänottokriteerit (kts. taulukko 1.) täyttävän artikkelin tuli käsitellä Stanleyyn ja Brownin turvasuunnitelmaa (safety planning) jollain tasolla. Artikkelin sai olla korkeintaan 10 vuotta vanha ja sen tuli olla julkaistu kansainvälisessä vertaisarvioituissa tiedelehdessä. Koska hoitohenkilökunnalla näyttää olevan turvasuunnitelman itsemurhia ehkäisevän lopputuloksen kannalta tärkeä rooli (esim. Moscardini ym. 2020), valittiin tutkimusaineistoksi artikkeleita, jotka käsittelevät hoitohenkilökunnan suhtautumista turvasuunnitelmaan ja hoitohenkilökunnalle suunnattuja ohjeistuksia menetelmän käyttöön tietyille potilasryhmille. Näiden lisäksi aineistoksi valikoitui potilaiden kokemuksia turvasuunnitelman käytöstä ja vaikuttavuudesta.

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto- ja ulosjättökriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERI	ULOSJÄTTÖKRITEERI
Artikkeli käsittelee Barbara Stanleyyn ja Gregory Brownin itsetuhoisen potilaan hoitotyöhön kehittämää interventiomallia (Safety Plan intervention)	Teksti käsittelee pääsääntöisesti jotain muuta psykiatriasta interventiota
Artikkeli on alle 10 vuotta vanha	Artikkeli on yli 10 vuotta vanha
Artikkeli on julkaistu vertaisarvioituissa lehdessä	Artikkelia ei ole julkaistu vertaisarvioituissa lehdessä
Artikkeli on tutkimusraportti tai muu turvasuunnitelmaa esittelevä tieteellinen teksti	Artikkeli ei täytä tieteellisen kirjoittamisen kriteerejä
Artikkeli käsittelee jotakin seuraavista potilasryhmistä: veteraanit, vanhukset, nuoret	Artikkeli käsittelee jotain muuta potilasryhmää kuin veteraaneja, nuoria tai vanhuksia
Artikkeli käsittelee hoitohenkilökunnan käsityksiä ja kokemuksia turvasuunnitelmasta itsetuhoisen potilaan kanssa hyödynnettävänä työkaluna	Artikkeli ei käsittele hoitohenkilökunnan käsityksiä ja kokemuksia turvasuunnitelmasta itsetuhoisen potilaan hoitotyössä

4.3 Aineiston analyysi

Aineisto käytiin läpi aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Induktiivisen aineistoanalyysin tarkoituksena on tiivistää aineisto niin, että ilmiötä kyetään kuvailemaan jäsenellisesti ja yleistettävästi (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21–23). Jokaista artikkelia tarkasteltiin tutkimuskysymyksiä silmällä pitäen ja tehden merkintöjä aineiston sisällöstä. Tutkimuskysymyksiin vastaavat aihealueet yliviivattiin artikkeleista eri väreillä tulosten selkeyttämiseksi. Punainen väri merkitsi tekstin osia, jotka käsittelivät turvasuunnitelman vaikutusta itsemurhaan ja itsemurhan uusimisen riskiin. Sininen väri puolestaan koodasi mekanismeja, jotka vaikuttavat turvasuunnitelman taustalla ja ovat yhteyksissä menetelmän toimivuuteen. Näistä kehiteltiin taulukko, johon värikoodattujen teemojen avulla tieto saatiin luokiteltua tutkimuskysymysten mukaisesti luokkiin. Tämä vahvisti tutkimustulosten hahmottamista sekä ohjasi kirjoitustyön otsikointia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 124.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Tutkimusaineiston kuvailu

Opinnäytetyö pohjautuu kymmeneen psykiatrasta turvasuunnitelmaa käsittelevään artikkeliin (kts. liite 2, taulukko 3). Yhtä tanskalaistutkimusta lukuun ottamatta kaikki muut artikkelit olivat yhdysvaltalaisia. Opinnäytetyön niin sanottuna pääaineistona toimi Barbara Stanleyn ja Gregory Brownin *Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk (2012)*, jossa turvasuunnitelman perusteet esiteltiin yksityiskohtaisesti. Useimmat turvasuunnitelmaa käsittelevät tutkimukset nojaavat tähän nimenomaiseen artikkeliin.

Aineiston tutkimuksissa oli hyödynnetty laadullisen ja määrällisen tutkimusotteen yhdistelmää. Tutkimustuloksia oli tuotettu vertailevalla otteella sekä erilaisin kysely- ja haastattelumetodein. Henkilökunnan näkökulmaa tutki 3 kyselytutkimusta. Näistä kahteen sisältyi olennaisesti myös henkilökunnan kouluttaminen turvasuunnitelman käyttöön. Kysely-haastattelumenetelmää oli käytetty kahdessa tutkimuksessa, jossa selvitettiin veteraanien kokemuksia turvasuunnitelmaa kohtaan. Yksi interventiotutkimus vertaili turvasuunnitelmaa käyttävän potilasotannan ja tavanomaisen hoidon saaneiden potilaiden ryhmiä turvasuunnitelman itsetuhoisuutta ehkäisevästä näkökulmasta. Toisessa vertailevassa tutkimuksessa neljä ryhmää raportoi älypuhelimella käytettävän turvasuunnitelmasovelluksen käytettävyydestä. Kaksi aineiston artikkeleista oli tapaustutkimuksia, jotka olivat suunnattu ammattilaisille ohjeistukseksi turvasuunnitelman laadintaan. Toisen artikkelin näkökulma oli iäkkään potilaan turvasuunnitelmassa, kun taas toisessa annettiin suosituksia nuoren itsetuhoisen potilaan turvasuunnitelman laadintaan.

5.2 Turvasuunnitelman vaikutus potilaan itsetuhoisuuteen

Tutkimukset ovat osoittaneet turvasuunnitelman potentiaalisesti työkaluksi itsemurhien ehkäisytyössä (esim. Stanley & Brown 2012; Stanley ym. 2018, 895). Turvasuunnitelman käyttö on liitetty esimerkiksi itsemurhayritysten ja sairaalahoitojaksojen vähenemiseen, itsetuhoisten kriisien nopeampaan ratkeamiseen, sekä avohoidon

mielenterveyspalveluihin sitoutumiseen. Potilaiden suhtautuminen menetelmän käyttämiseen on myös ollut positiivista. (Conti ym. 2020, 2; Stanley ym. 2018, 899.)

Tämänhetkisten tutkimustietojen valossa voidaan todeta, että laadukkaan ja toimivan turvasuunnitelman laadinnassa ammattilaisen tuki ja apu ovat lähes välttämättömiä. Turvasuunnitelman pelkkä olemassaolo ei kuitenkaan ehkäise potilaan itsetuhoisuutta, vaan potilaan tulee aktiivisesti sitoutua käyttämään menetelmää kriisin aikana ja mieluiten ennaltaehkäisevästi (Stanley ym. 2016, 682; Stanley 2018, 895). Seuraavat kappaleet esittelevät kaksi erilaista lähestymistapaa turvasuunnitelman käyttöön. Molemmista voidaan havaita, että ammattilaisen tuki sekä potilaan sitoutuminen turvasuunnitelman hyödyntämiseen ovat menetelmän itsetuhoisuutta ehkäisevän luonteen edellytyksiä.

5.2.1 Turvasuunnitelmaan liitetty seuranta

Turvasuunnitelman vaikutusta voidaan tehostaa strukturoidulla seurantapuhelulla, joka soitetaan muutaman päivän kuluttua potilaan kotiutumisesta akuuttihoitosta. Lyhyehkön puhelun aikana ammattilainen arvioi potilaan tunnetilaa sekä itsemurhan riskiä, tukee suositeltujen mielenterveyspalveluiden käyttämisessä sekä laatii turvasuunnitelman loppuun tai päivittää sitä tarpeen mukaan. (Stanley ym. 2018, 896.) Seuranta voidaan toteuttaa helposti ja matalakustanteisesti esimerkiksi siten, että seurantasoittoja tehdään vähintään kahdesti, tai siihen asti, kunnes potilas on menossa ensimmäiseen avohoidon tapaamiseen. Tarkoituksena on kuroa potilaan ja järjestelmän väliin jäävää kuilua ja ehkäistä potilaan itsetuhoista käyttäytymistä kaikista kriittisimmän ajanjakson yli. (Stanley ym. 2018, 896, 899; Stanley ym. 2016, 682.) Turvasuunnitelman sekä siihen liitetyn seurannan myötä potilas kokee, että hänestä välitetään. Turvasuunnitelman loppuun laatiminen ammattilaisen kanssa konkretisoi potilaalle avun saamista kriisin keskelle ja sitouttaa häntä hoitoon. (Stanley ym. 2016, 680, 682.)

On havaittu, että päivystyksessä laadittuun turvasuunnitelmaan liitetyn seurannan avulla itsetuhoisen käyttäytyminen vähenee ainakin seuraavan puolen vuoden ajan (Stanley ym. 2018, 89). Täten voidaan ajatella, että kyseinen kaksiosainen turvasuunnitelma- menetelmä vaikuttaa ehkäisevällä tavalla tulevaan mahdolliseen itsemurhayritykseen (Stanley ym. 2016, 682; 2018, 899).

5.2.2 Turvasuunnitelma puhelinsovelluksena

Perinteinen turvasuunnitelmadokumentti on paperinen. Teknologian kehittyessä on myös turvasuunnitelman erilaisia käyttöympäristöjä mahdollistettava potilaille. Esimerkiksi älypuhelinsovelluksena toimiva turvasuunnitelma on joustavampi ja yksilöllisempi kuin paperinen versio. MYPLAN-turvasuunnitelmasovelluksessa komponentit ovat samat kuin ”perinteisessä”, mutta se sisältää lisäosia, jotka paperisesta luonnollisesti puuttuvat. Sovellus mahdollistaa suoran ja nopean yhteyden potilaan määrittelemien yhteyshenkilöihin yhteystietoihin ja kriisilinjoille sekä ohjeistuksen lähimpään ensiapuun. (Buus ym. 2018, 50, 56, 58.)

Pikanäppäimet ennalta määriteltyihin tukitahoihin hyödyttävät potilasta, sillä kriisin keskellä puhelimen käyttö voi tuntua potilaasta lähes mahdottomalta. Sovelluksessa on myös mahdollista kirjoittaa viestejä talteen kriisin varalle. Viestien sisällöstä ja merkityksistä voidaan keskustella ennalta läheisten ja sukulaisten kanssa, jolloin minimoidaan yliosallistuminen sekä potilaan kannalta tunkeilevat kysymykset. Kriisin keskellä avun pyytäminen on usealle itsetuhoiselle haastavaa. Ennakkoon kirjoitettujen viestien sekä hymiöiden ja emojiien käyttö voi olla potilaalle keino kertoa vaikeasta tilanteesta. (Buus ym. 2018, 56.)

MYPLAN- sovelluksen käytettävyyttä tutkittiin osana pidempää terapiaa ja ammattilainen opasti potilasta sen käyttöön. Vielä ei tiedetä, miten älylaitteella oleva turvasuunnitelma sopii itsenäisesti käytettäväksi terapeuttiseksi työkaluksi ja millaisia ohjeistuksia sen käyttöönottamiseksi mahdollisesti vaaditaan. Vaikka älylaitteilla käytettävien turvasuunnitelmien vaikuttavuudesta tarvitaan vielä paljon tutkimustietoa, ovat tämänhetkiset tulokset jo lupaavia. Turvasuunnitelmasovellus voi vaikuttaa itsemurhaprosessin etenemiseen, sillä kuten paperinenkin versio, sen avulla yksilö pystyy kehittämään tarkastelutapaansa tyypillisten kriisitilanteiden varalle. Se myös auttaa potilasta löytämään omat selviytymiskeinot. (Buus ym. 2018, 53, 56, 58, 60.)

5.3 Turvasuunnitelman toimivuuteen vaikuttavat tekijät

5.3.1 Ammatilaisen tuki

Ammattilaisen ja potilaan yhteistyö korostuu turvasuunnitelman laadinnassa. Ammatilaisen tehtävänä on antaa potilaalleen psykoedukaatiota itsemurhatuntemusten aaltoilevasta luonteesta, itsetuhoinen potilas puolestaan kertoo edellisestä kriisistään mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Potilaan narratiivin pohjalta ammattilainen ja potilas pystyvät yhdessä identifioimaan kriisin tunnusmerkit ja tuottamaan priorisoidun listan relevanteista selviytymisstrategioista sekä aputahoista, joita potilas voi hyödyntää mahdollisessa tulevassa itsetuhoisessa kriisissään. Ehdottoman tärkeää on tehdä listaa potilasvetoisesti, sillä vain hänen näkökulmastaan pohditut sisäiset selviytymismenetelmät tai kriisin triggeröijät ovat relevantteja turvasuunnitelman toimivuuden kannalta. Ammatilaisen antama tuki ja ohjeistus helpottavat potilasta tunnistamaan asioita, joita hän ei ehkä yksin olisi ymmärtänyt ottaa huomioon. (Stanley & Brown 2012, 258, 260.) Vahva tuki myös auttaa potilasta sitoutumaan turvasuunnitelman käyttöön paremmin (Buus ym. 2018, 59).

On mahdollista, että tilanteen ylivoimaisuuden takia turvasuunnitelman kaltainen strategia voi tuntua potilaasta täysin yhdentekevältä. Ammatilaisen on tällöin syytä perustella potilaalle suunnitelman käytön hyödyt silloin kun tämä on rauhallisessa mielentilassa. (Buus ym. 2018, 57.)

Kun turvasuunnitelma on laadittu loppuun, tulee ammatilaisen arvioida, millä todennäköisyydellä potilas tulisi sitä käyttämään. Tärkeää on arvioida myös sitä, miten potilas sitoutuu suunnitelman strategioihin, sekä millainen motivaatio hänellä on ongelmanratkaisuun. (Labouliere ym. 2020, 3.) Jos potilas vaikuttaa haluttomalta turvasuunnitelman käyttöönottamiseen tai kokee sen nimen tai rakenteen vastenmieliseksi, on ammatilaisen pyrittävä ratkaisemaan turvasuunnitelman käytön ongelmat ja vaikeudet yhdessä potilaan kanssa (Stanley & Brown 2012, 260–261).

Potilas saa alkuperäisen turvasuunnitelmadokumentin mukaansa sen jälkeen, kun hän on ilmaissut todellisen halunsa menetelmän hyödyntämiseen mahdollisen tulevan kriisin aikana. Kopio turvasuunnitelmasta jää ammatilaiselle, joka liittää sen potilastietoihin. Potilaan kanssa on syytä keskustella myös siitä, missä hän aikoo dokumenttia säilyttää, jotta sen löytäminen kriisin aikana olisi mahdollisimman vaivatonta. Potilaalle voidaan

tehdä turvasuunnitelmasta useampi kopio, jotka hän voi sijoittaa eri paikkoihin ja sen muotoa voidaan muokata pienemmäksi, jotta se mahtuu esimerkiksi potilaan lompakkoon. Turvasuunnitelman käyttöönottoa on suotavaa vielä vahvistaa mielikuvaharjoitteella, jossa potilasta pyydetään kuvailemaan mahdollinen kriisitilanne ja turvasuunnitelman käyttö askel askeleelta. (Stanley & Brown 2012, 261.) Näin ollen menetelmän käyttö on rakentunut potilaan mieleen jo ennen seuraavaa mahdollista kriisiä.

5.3.2 Yksilöllinen turvasuunnitelma ja sosiaalisten verkostojen merkitys

Turvasuunnitelmaa ei tule laatia kaikille potilaille saman kaavan mukaan vaan sen sisältöä tulee pohtia yksilön näkökulmasta (Stanley & Brown 2012, 261). Turvasuunnitelman personointi voi tarkoittaa erityisen huomion kiinnittämistä lääkkeiden turvalliseen säilytykseen, jos potilaalla on taustalla lääkkeiden yliannostuksella yritetty itsemurha (Green ym. 2018, 933). Mahdollisten itsemurhavälineiden käytön rajoittaminen on aiheellista, jos potilas on suunnitellut hengen riistämistä itseltään jonkun itsemurha-aseen avulla. (Green ym. 2018, 931; Stanley & Brown 2012, 259.) Turvasuunnitelman askelmalla 6. *Miten teen ympäristöstä turvallisen itselleni*, ammattilaisen on kannustettava potilasta pohtimaan näitä itsemurhariskin aiheuttajia.

Sosiaaliset suhteet nousevat myös merkityksellisiksi itsemurhan ehkäisystä puhuttaessa, sillä toisten ihmisten seura ja yhteenkuuluvuuden tunne voivat toimia toisille kriisin lievityskeinoina. Tästä syystä potilaiden kanssa turvasuunnitelmia laativien henkilöiden on syytä kiinnittää erityistä huomiota askelmalle numero 3. *ihmiset ja sosiaaliset tilanteet, jotka vievät huomioni pois ongelmista* (Green ym. 2018, 936). Tähän kohtaan potilas voi oman mielensä mukaan listata esimerkiksi ystävän tai perheenjäsenensä. Toinen tapa hyödyntää sosiaalisia kontakteja itsetuhoisen kriisin aikana voi olla esimerkiksi kahvilaan tai harrasteryhmään meneminen. Pääasia on, että potilas listaa henkilön tai tahon, joka parhaiten pystyy kääntämään tämän ajatukset pois huolista ja itsemurhasta. (Stanley & Brown 2012, 259.)

Askelmalla 3. potilaan on tarkoitus hakeutua sosiaalisiin tilanteisiin, mutta jättää vielä toistaiseksi kertomatta itsetuhoisista ajatuksistaan. Onkin hyvä huomioida se, että henkilöt, jotka parhaiten onnistuvat kääntämään potilaan itsetuhoiset ajatukset toisaalle, eivät automaattisesti ole parhaita auttajia kriisin tullen (askel 4.). Jos mahdollista, potilaan tulisi miettiä tähän kohtaan niitä läheisiä henkilöitä, joiden kanssa hänen olisi mahdollista jakaa turvasuunnitelmansa. (Stanley & Brown 2012, 259.) Joskus potilas ei pysty

nimeämään yhtäkään tahoja, joka voisi katkaista hänen negatiivisen ajattelukierteen kriisin keskellä. Sosiaalisten verkostojen kehittäminen saattaakin olla tällöin turvasuunnitelman tärkein osa. (Green ym. 2018, 936.)

5.3.3 Henkilökunnan asenteet ja kouluttaminen

Henkilökunnan asenteet saattavat vaikuttaa turvasuunnitelman käyttöönottamisen taustalla. Työntekijä saattaa kokea, että listan laatiminen katkaisee terapeuttisen flow-tilan, tai että hänen potilaansa eivät tulisi hyötymään turvasuunnitelmasta. Toinen ajattelee, että hänen työnantajansa ei sallisi turvasuunnitelmien tekemistä. (Stewart ym. 2018, 15; Moscardini ym. 2016, 3.) Myös työntekijän henkilökohtaiset taustat saattavat vaikuttaa itsetuhoisen potilaan hoitomenetelmän valintaan. Tutkimusten mukaan vankemman uskonnollisen vakaumuksen omaava työntekijä saattaa ajatella itsetuhoisen potilaansa tarvitsevan sairaalahoitoa. Päinvastaisen tulkinnan puolestaan herkemmin tekee työntekijä, joka kärsii itse posttraumaattisesta stressireaktiosta. On siis mahdollista, että työntekijän taustat vaikuttavat myös turvasuunnitelman käyttöönottamiseen ja sen laadukkaaseen laatimiseen. Työntekijöiden asenteiden ja taustojen vaikutusta turvasuunnitelman käyttöönottamiseen tulee siis tutkia vielä lisää (Moscardini ym. 2016, 2–3, 6.)

Turvasuunnitelman käytön esteenä voi olla myös työympäristö. Esimerkiksi joissain kriisipuhelinkeskuksissa tulevien puheluiden pituudet ovat standardoitu tiukasti seitsemän minuutin pituisiksi. Tämä ei ole riittävä aika turvasuunnitelman laatimiseen. Toisaalta kriisilinjojen työntekijät ovat lähes avainasemassa itsemurhien ehkäisyssä, sillä usein itsetuhoisen potilas ottaa yhteyttä kriisin keskellä mielenterveyspalvelujen sijaan juuri kriisipuhelimeen. Tästä syystä kriisipuhelimissa olisi syytä panostaa myös turvasuunnitelman laadintaan sekä seurantasoiittoihin. (Labouliere ym. 2021, 7–9.)

Barbara Stanley ja Gregory Brown ovat laatineet henkilökunnalle turvasuunnitelman tekemiseen ilmaisen manuaalin ja online-valmennuksia. Ohjeistuksista huolimatta ammattilaiset saattavat kokea kykyjensä riittämättömyyttä laatiessaan turvasuunnitelmaa itsetuhoisen potilaan kanssa. (Moscardini ym. 2016, 3, 5–6.) On havaittu, että ammattilaisten usko menetelmän hyödyllisyyteen kasvaa heti kouluttamisen jälkeen. Luottamus omaan ammattitaitoon auttaa luomaan potilaan kanssa personoituja ja toimivia turvasuunnitelmia. Koulutuksen mukanaan tuoma luottamus vaikuttaa myös suoraan siihen, että henkilökunta ottaa menetelmän käyttöön potilaidensa kanssa. (Stewart ym. 2018, 11–12, 15.) Eräässä tutkimuksessa, jossa selvitettiin sairaalan henkilökunnan

kokemuksia turvasuunnitelman käytöstä, havaittiin, että useimmat tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä koki turvasuunnitelman hyödylliseksi työkaluksi itsemurhavaarassa olevan potilaan hoidossa. He raportoivat hyödyntävänsä menetelmää rutiininomaisesti esimerkiksi potilaan kotiutuessa. (Moscardini, 2016, 3.)

Henkilökunnan kouluttamisella turvasuunnitelman käyttöön näyttää olevan siis suuri painoarvo laadukkaiden turvasuunnitelmien tuottamisen ja itsemurhien ehkäisyn kannalta. Turvasuunnitelman laadinnan lisäksi henkilökunnan koulutusta on syytä lisätä myös potilaan riskinarviointiin, jotta he osaisivat tarjota potilailleen parhaan mahdollisen hoidon. (Stewart ym. 2019, 15.)

5.3.4 Iäkkäät potilasryhmänä

Ikääntyvien itsemurhat ovat kasvussa maailmanlaajuisesti. Vuonna 2015 itsemurhaluku oli erityisen korkea 75-vuotiailla ja sitä iäkkäämmillä miehillä. Iäkkään potilaan itsemurhariskiä nostavat sosiaalinen eristäytyminen, fyysinen sairaus, toimintarajoitteet sekä mahdollisten itsemurhavälineiden käyttäminen. Edellä mainittujen riskitekijöiden huomiointi yhdessä iän tuomien rajoitteiden (kognitiivisen ja fysiologisen toimintakyvyn lasku) kanssa auttavat hahmottamaan ikäihmiselle sopivia ja personoituja selviytymisstrategioita. (Conti ym. 2020, 1–3.)

Vanhemman potilaan turvasuunnitelmaa ei ole välttämättä tarkoituksenmukaista saattaa valmiiksi yhdellä istuntokerralla. Laajempi ja aikaa vievä lähestymistapa on perusteltua erityisesti silloin, jos potilaalla on haasteita aistitoimintojen tai kognition kanssa. Tällöin ammattilaisen tulee huomioida useiden toistojen tärkeys sekä esimerkiksi muistin apukeinojen käyttäminen. Usein ikääntyneen potilaan turvasuunnitelmaprosessiin on hyvä ottaa mukaan myös joku perheenjäsen, jonka on mahdollista auttaa potilasta iän mukanaan tuomien toiminnan rajoitteiden kanssa. Esimerkiksi potilaan puoliso voi muistutella turvasuunnitelman käyttämisestä, jos potilaalla on muistin alenemaa. Ensimmäisellä tapaamiskerralla on syytä keskittyä potilaan tärkeimpiin tukitahoihin, hätänumeroihin sekä mahdollisten itsemurhavälineiden käytön rajaamiseen. (Conti ym. 2020, 6.)

Turvasuunnitelman 3. askelmalla potilaalla voi olla listattuna esimerkiksi tukiryhmä, josta potilas voi löytää avun surun ja ahdistuksen keskellä. Ryhmien puoleen kääntyessään potilas pystyy vähentämään eristäytyneisyyden sekä yksinäisyyden tunteita. Hänen on

myös mahdollista sopia tapaamisia tai päästä mukaan esimerkiksi samana päivänä järjestettävään tapahtumaan. (Conti ym. 2020, 6.)

Ammattilainen arvioi, milloin on oikea hetki tehostaa potilaan sitoutumista turvasuunnitelman käyttöön. Läkistä potilasta on mahdollista sitouttaa prosessiin pienten harjoitusten, kuten tietoisien hengittämisen, mielikuvaharjoitteiden sekä progressiivisen lihasrentouttamisen avulla. Potilasta voi ohjeistaa kuuntelemaan myös rentoutusharjoituksia. Esimerkiksi rentoutusääninauhujen kuuntelu tai kirjoitettujen rentoutumisharjoitteiden käyttö voidaan kirjata osaksi turvasuunnitelmaa. (Conti ym. 2020, 5.)

5.3.5 Nuoret potilasryhmänä

Nuoren potilaan turvasuunnitelman laadinnassa on myös omat erityispiirteensä. Nuorelle turvasuunnitelmaa laadittaessa ammattilaisen on tärkeää tunnistaa aikuiset, jotka mahdollisesti sisällytetään nuoren turvasuunnitelmaan. Nuoren kanssa tulee yhteistyössä miettiä, kenellä vastuullisella aikuisella olisi todennäköisesti rauhoittavin ja positiivisin vaikutus itsetuhoisen tilanteen tullen. Jotkut perheenjäsenet, etenkin ne, joiden kanssa nuorilla on usein konflikteja, eivät välttämättä ole hyviä ehdokkaita turvasuunnitelmaan. (Stanley ym. 2012, 261.)

Potilaan ja ammattilaisen yhteistyö on merkittävää, mutta korostuu erityisesti hoitoon sitoutumattomien nuorten kanssa. Nuorta on tärkeä rohkaista ja tukea jokaisessa turvasuunnitelman kohdassa. Ideariihi sekä erilaiset ehdotukset turvasuunnitelman sisällöksi saattavat helpottaa nuoren suhtautumista tilanteeseen. Ammattilaisen kannattaa kirjoittaa suunnitelma askel askeleelta nuoren omia sanoja käyttäen ja jokaisesta kohdasta erikseen keskustellen. (Pettit ym. 2018, 9.)

On tärkeää, että turvasuunnitelma kulkee nuoren mukana, jotta se on helposti saatavilla, silloin kun hän tunnistaa itsemurhakriisille tyypillisiä varoitusmerkkejä. Nuorelle voi olla mielekkäämpää käyttää turvasuunnitelmaa perinteisen 4A-kokosen paperin sijaan pienempänä versiona tai esimerkiksi älypuhelinsovelluksena. Tärkeintä on kuitenkin se, että nuoren on mahdollista tarkastella suunnitelmaansa päivittäin, jotta sen käyttö muistuisi mieleen. (Pettit ym. 2018, 12.) Perheenjäseniä voidaan myös valmentaa auttamaan nuorta turvasuunnitelman käytössä (Stanley ym. 2012, 261).

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Potilaan turvasuunnitelman taustalla häilyvillä mielenterveysongelmilla on edelleen yhteiskunnallinen stigma. Opinnäytetyö on pyrkinyt omalta osaltaan hälventämään tätä negatiivista leimaa, antamalla ohjeistuksia itsetuhoisen, ja usein myös mielenterveyshäiriöisen, potilaan hyvään hoitoon. (ETENE 2011, 20.) Tutkimuksessa tekemisessä noudatettiin tieteelliseen kirjoittamisen piirteitä, joita ovat hyväksyttävyyden, eettinen luotettavuus sekä tulosten uskottavuus. Muiden tutkijoiden töille annettiin niille kuuluva arvo ja heidän tutkimustuloksiinsa viitattiin oikeaoppisesti. Omat tutkimustulokset esiteltiin ja arvioitiin objektiivisesti sekä rehellisesti. Tutkimus suunniteltiin, toteutettiin ja siitä raportoitettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Työn aikana syntyneet tietoaineistot tallennettiin hyödynnettäväksi jatkotutkimuksia varten. (Varantola ym. 2012, 6.)

Tutkimusaineistoa etsittiin luotettavista tietokannoista. Aineistohaun termit valittiin niin, että aiheesta saatiin mahdollisimman kattavasti tietoa. Tutkimuksessa käytettiin tuoreita kansainvälisiä ja tieteellisiä lähteitä, jotka esiteltiin raportissa taulukolla. Tämän tarkoituksena oli lisätä työn läpinäkyvyyttä. Tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa myös se, että kirjoittajia oli kaksi, jolloin aineisto oli kriittisen tarkastelun kohteena useita kertoja. Täten vältyttiin muiden muassa holistiselta harhaluulolta, joka usein saattaa vaivata yksinäistä tutkijaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.)

Artikkelihakujen tulos yllätti, sillä aiheeseen liittyvät tutkimukset olivat ensisijaisesti yhdysvaltalaisia ja käsittelivät turvasuunnitelman käyttöä itsetuhoisten sotaveteraanien hoitotyössä. Näiden tutkimusten taustalla näytti myös vaikuttavan samat henkilöt, jotka ovat kehittäneet menetelmän vuonna 2008 (Barbara Stanley ja Gregory Brown). Tämä aiheutti haasteita monipuolisen tutkimusaineiston löytymiselle, sillä yleisesti ottaen turvasuunnitelma-menetelmää itsetuhoisen potilaan hoitotyössä on tutkittu vielä suhteellisen vähän.

Suurin osa kirjallisuuskatsaukseen valikoiduista artikkeleista oli Barbara Stanley ja Gregory Brownin käsialaa. Näiden uranuurtajien lisäksi muiden tahojen tutkimuksia turvasuunnitelmaan liittyen oli haastava löytää ja jos löytyikin, usea hyvä artikkeli jäi maksumuurin taakse. Tätä pyrittiin kiertämään siten, että pyydettiin ResearchGaten kautta luku-oikeutta artikkeliin suoraan tutkijalta itseltään. Neljästä pyynnöstä yhteen vastattiin. Nämä seikat kapeuttivat opinnäytetyön aineistoa ja vaikuttivat väistämättä sen monipuolisuuteen ja luotettavuuteen.

7 POHDINTA

Opinnäytetyössä tuotiin esille tietoa turvasuunnitelman taustalla vaikuttavista tekijöistä sekä menetelmän vaikutuksesta potilaan itsetuhoisuuteen. Pyrkimyksenä oli tarjota terveydenhuollon ammattilaisille selkeä, suomenkielinen kokonaisuus turvasuunnitelman perusteista itsetuhoisen potilaan hoitotyössä hyödynnettäväksi.

Työn aihe kiehtoi kirjoittajia ajankohtaisuutensa lisäksi psykiatrisen luonteensa takia. Vaikka turvasuunnitelma oli molemmille lähes tuntematon menetelmä, oli tutkimuksen tekeminen mielekästä, sillä ennakoasenteet tai -ajatukset eivät päässeet vaikuttamaan prosessin etenemiseen. Toisaalta tämä aiheutti haasteita, sillä tietopohjan ja suomenkielisten lähteiden puuttuessa oli työn edistyminen aika ajoin kangertelevaa. Kokonaisuudessaan projekti opetti ymmärtämään itsetuhoisen potilaan hoitoa ja hoitopolkua syvällisemmin ammatillisessa mielessä. Se on antanut tekijöilleen myös hyvät valmiudet turvasuunnitelman hyödyntämiseen mahdollisessa tulevassa psykiatrisessa työtehtävässään itsetuhoisen potilaan kanssa.

Tutkimusten perusteella näyttää siltä, että turvasuunnitelmalla ja eritoten siihen liitettyllä seurantapuhelulla on jopa 45 prosentin alentava vaikutus potilaan itsetuhoiseen käyttäytymiseen puolen vuoden ajanjaksolla. Menetelmän vaikuttavuudesta korkeassa itsemurhariskissä olevien potilaiden kohdalla ei tosin ole vielä tietoa, sillä tutkimukseen osallistui matalammassa itsemurhariskissä olevia päivystyspotilaita, jotka eivät tarvinneet sairaalahoitoa. (Stanley ym. 2018, 895, 899; Jylhä & Isometsä 2020.) Vaikka tiedetään, että päivystyksessä laadittu turvasuunnitelma ehkäisee itsemurhia potilaan kannalta kriittisessä aikaikkunassa, ei tutkimuksista käynyt ilmi, miten usein itsetuhoisen potilas saa turvasuunnitelman ennen kotiutumistaan. Ammattilaisten resurssit seurannan toteuttamiseen päivystysarjessa ovat täysin erilaiset kuin tutkimukseen palkattujen ammattilaisten. Henkilökunnan kyky turvasuunnitelman laadintaan sekä seurannan järjestämiseen ovat ehdottomasti jatkotutkimuksen arvoisia näkökulmia. (Stanley ym. 2016, 683.)

Osaavan ja koulutetun henkilökunnan tuki turvasuunnitelman laadinnassa on erittäin merkittävässä roolissa itsemurhien ehkäisemisessä ja potilaan hoitoon sitouttamisessa (Stanley & Brown 2012, 258, 260; Buus ym. 2018, 48, 55, 57). Ammattilaisen kyky esimerkiksi personoida potilaan turvasuunnitelma sekä ylipäätään sen loppuun asti laatiminen saattavat alentaa itsetuhoista käyttäytymistä yli 10 prosenttia (Green ym. 2018, 935–936). Ammattilaisen on tärkeää myös ymmärtää eri potilasryhmien erityispiirteet

turvasuunnitelman laadinnassa. Heikosti turvasuunnitelman käyttöön perehtyneellä ammattilaisella ei luonnollisesti ole valmiuksia laadukkaan turvasuunnitelman laatimiseen. (Moscardini, ym. 2020, 2–3, 6.) Toisaalta on hyvä muistaa, että turvasuunnitelman käyttöön pystyy perehtymään ilmaisten nettioppaiden avulla. Koska turvasuunnitelma on suhteellisen helposti omaksuttavissa, pystyy kuka tahansa menetelmästä kiinnostunut ammattilainen opiskelemaan turvasuunnitelman yksityiskohtaista laatimista ja täten tuottaa potilaansa kanssa laadukkaan ja toimivan turvasuunnitelman.

Suomalaisessa terveydenhuollossa turvasuunnitelma on vielä suhteellisen tuntematon menetelmä. Käypähoitosuosituksessa, Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito, todetaan, että itsetuhoisuuteen kohdennetut hoitointerventiot voivat merkittävästi pienentää itsemurhayrityksen uusimisen riskiä. Turvasuunnitelman ohella muita tutkittuja menetelmiä ovat kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat (esim. Kekkonen; Marttunen 2020), Linity/Assip -lyhytinterventio (Laukkala 2020) sekä dialektinen käyttäytymisterapia epävakaa persoonallisuuden yhteydessä (Lindeman 2015). Tärkeää olisi, että terveydenhuollossa kehitetään itsemurhaa yrittäneiden arviointia ja lisätään edellä mainittujen interventioiden saatavuutta. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus 2020.) Käypähoitosuosituksen näytönastekatsauksessa turvasuunnitelma on saanut arvosanaksi B:n, mikä tarkoittaa kohtalaista tutkimusnäyttöä. Aiheesta on siis tehty ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia. Hoitosuosituksen perusteella turvasuunnitelma on siis käyttökelpoinen menetelmä ja sovellettavissa suomalaiseen terveydenhoitojärjestelmään. Riittävän vaikuttavuusnäytön tuottaminen edellyttää kuitenkin uusia ja laajempia satunnaistettuja interventiotutkimuksia. (Jylhä & Isometsä 2020.) Koska henkilökunnan merkitys on toimivan turvasuunnitelman kannalta korostunut, on aiheellista kohdistaa jatkotutkimusta myös esimerkiksi turvasuunnitelman käyttöönottamisen taustalla vaikuttaviin henkilökunnan asenteisiin (Moscardini ym, 2016, 6).

Edellä mainituista jatkotutkimustarpeista huolimatta voidaan kuitenkin todeta, että turvasuunnitelma on hyödyllinen itsemurhariskissä olevalle potilaalle (Jylhä & Isometsä 2018, 8), sillä sen kautta potilas oppii valjastamaan omia sisäisiä selviytymisstrategioitaan käyttöönsä ja ehkäisemään itsemurhan yritystä. Turvasuunnitelma on terapeuttisena menetelmänä nopeasti käyttöön otettavissa ja helposti omaksuttavissa. (esim. Stanley & Brown 2012.) Se on myös matalakustanteinen moniin muihin terapeuttisiin menetelmiin verrattuna (Stanley ym. 2018, 899). Turvasuunnitelma on kuitenkin tärkeää ymmärtää osaksi itsetuhoisen potilaan hoitokokonaisuutta. Onnistuneen hoidon kannalta

huomioitavia elementtejä ovat myös riskin arviointi, lääkehoito, psykoterapia ja mahdollinen sairaalahoito. (Jylhä & Isometsä 2018, 8.)

LÄHTEET

Buus, N.; Erlangsen, A.; River, J.; Andreasson, K.; Frandsen, H.; Larsen, J.; Nordentoft, M.; Juel, A. 2018. Stakeholder Perspectives on Using and Developing the MYPLAN Suicide Prevention Mobile Phone Application: A Focus Group Study. *Archives of Suicide Research* 24. London: Routledge, Taylor & Francis Group. 48–63. Viitattu 28.3.2021. Artikkelia ei ole saatavilla.

Conti, E.; Jahn, D.; Simons, K.; Chen-Edinboro, L.; Jacobs, L.; Vinson, L.; Stahl, S. 2020. Safety Planning to Manage Suicide Risk with Older Adults: Case Examples and Recommendations. Author Manuscript. *Clinical Gerontologist* 43(1). London: Routledge, Taylor & Francis Group. 1–11. Viitattu 28.3.2021. Saatavilla osoitteessa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6858938/>

Dumon, E.; Portzky, G. 2014. General guidelines on suicide prevention (EUREGENAS project). Euregenas Work Package 6. Euregenas - European Regions Enforcing Actions against Suicide. The Health Programme of the European Union. Viitattu 6.4.2021. Saatavilla osoitteessa: <http://www.euregenas.eu/wp-content/uploads/2014/01/>

ETENE 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Julkaisu 32. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 6.5. 2021. Saatavilla osoitteessa: <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>

Green, J.; Kearns, J.; Rosen, R.; Keane, T.; Marx, B. 2018. Evaluating the Effectiveness of Safety Plans for Military Veterans: Do Safety Plans Tailored to Veteran Characteristics Decrease Suicide Risk? *Behavior Therapy* 49. Amsterdam: Elsevier Ltd. 931–938. Viitattu 28.3.2020. Saatavilla osoitteessa: <http://loomio-uploads.s3.amazonaws.com/documents/files/000/167/022/original/1-s2.0-S0005789417301235-main.pdf>

Hawton, K.; Houston, K.; Haw, C.; Townsend, E.; Harriss, L.; 2003. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *American Journal of Psychiatry* 160 (8). Washington D.C.: American Psychiatric Association. 1494–1500. Viitattu 1.5.2021. Saatavilla osoitteessa: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.160.8.1494?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

Harris E.; Barraclough B. 1997. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta- analysis. *British Journal of Psychiatry* 170(3). Cambridge: Cambridge University Press. 205–228. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/suicide-as-an-outcome-for-mental-disorders/1AAE5E8FEDA89A87A68EF082A783FEEE#>

Itsemurhat. Mielenterveystalo.fi. Viitattu 3.4.2021. Saatavilla osoitteessa: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_ikaihmisten_mielenterveydesta/psykiatriset_ja_neuropsykiatriset_ongelmat/Pages/ikaihmisten_mielenterveyshairiot.aspx#masenus_ja_somaattiset_sairaudet

Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.1.2021. Saatavilla osoitteessa: www.kaypahoito.fi

Janhonen, S.; Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteissä. Helsinki: WSOY.

Jylhä, P.; Isometsä, E. (suom.) 2018. Turvasuunnitelmaopas itsemurhariskin vähentämiseksi. HUS Psykiatria. Helsinki: Helsingin yliopistollinen sairaala. Alkuperäisteos: Stanley, B.; Brown, G.

2008. Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran Version. Washington D.C.: United States Department of Veterans Affairs. Viitattu 20.1.2021. Saatavilla osoitteessa: <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/hoi/hoi50122e.pdf>

Jylhä, P.; Isometsä, E. 2020. Itsemurhaa yrittäneen turvasuunnitelma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 136 (23). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2633–2640. Viitattu 28.3.2021. Saatavilla osoitteessa: <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15944.pdf>

Jylhä, P. 2020. Turvasuunnitelma (Safetyplanning intervention, SPI) ja itsemurhayritysten uusiutuminen. Näytönastekatsaus Käypähoito- suosituksessa: Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielen terveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.1.2021. Saatavilla osoitteessa: www.kaypahoito.fi

Kankkunen, P.; Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kekkonen, V.; Marttunen, M. 2020. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvat hoitomenetelmät nuorten itsetuhoisuuden hoidossa. Näytönastekatsaus Käypähoito- suosituksessa: Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielen terveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.3.2021. Saatavilla osoitteessa: <https://www.kaypahoito.fi>

Kukkonen, M.; Lappalainen, J.; Lindqvist, J.; Metelinen, J.; Valkonen, J. 2017. Linity-menetelmä itsemurhien ehkäisyyn. Suomen mielen terveysseura. Perheterapia 1/17. Helsinki: SMS-tuotanto Oy. Viitattu 6.4.2021. Saatavilla osoitteessa: https://mieli.fi/sites/default/files/inline/pete_012017_linity_1.pdf

Labouliere, C.; Stanley, B.; Lake, A.; Gould, M. 2020. Safety Planning on Crisis Lines: Feasibility, Acceptability, and Perceived Helpfulness of a Brief Intervention to Mitigate Future Suicide Risk. Author Manuscript. Suicide & Life Threatening Behavior 50(1). Washington D.C.: American Association of Suicidology. 1–16. Viitattu 29.3.2021. Saatavilla osoitteessa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7507118/pdf/nihms-1624485.pdf>

Latvala, E.; Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S.; Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteissä. Helsinki: WSOY. 21–36.

Laukkala, T.; Jylhä, P.; Isometsä, E.; Koponen, H.; Marttunen, M.; Wahlbeck, K.; Laajasalo, T.; Vuorio, A.; Pirkola, S. 2020. Itsemurhaa yrittäneen psykiatrisen hoito – Kysy, kuuntele ja hoida perussairaus. Lääkärilehti 38/2020 VSK 75. Helsinki: Suomen lääkäriliitto. 1921–1925. Viitattu 20.1.2021. Saatavilla osoitteessa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/319954/SLL382020_1920.pdf?sequence=

Laukkala, T. 2020. Strukturoitu LINITY/ASSIP-interventio itsemurhayrityksen jälkeen. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvat hoitomenetelmät nuorten itsetuhoisuuden hoidossa. Näytönastekatsaus Käypähoito- suosituksessa: Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielen terveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.3.2021. Saatavilla osoitteessa: <https://www.kaypahoito.fi>

Lindeman, S. 2015. Dialektinen käyttäytymisterapia, epävakaa persoonallisuushäiriö, vihan säätely ja itsensä vahingoittaminen. Näytönastekatsaus Käypähoito- suosituksessa: Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielen terveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen

Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.3.2021. Saatavilla osoitteessa: <https://www.kaypahoito.fi>

Michel, K.; Gysin-Maillart, A. 2015. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. A Manual for Clinicians. Göttingen: Hogrefe. Saatavilla osoitteessa: https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=QEa_DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT10&dq=AS-SIP+%E2%80%93+Attempted+Suicide+Short+Intervention+Program.&ots=eYV7jwRXww&sig=w-d2tLLAff4Sva-Ros2G7bntQfE&redir_esc=y#v=onepage&q=AS-SIP%20%E2%80%93%20Attempted%20Suicide%20Short%20Intervention%20Program.&f=false

Moscardini, E.; Hill, R.; Dodd, C.; Do, C.; Kaplow, J.; Tucker, R. 2020. Suicide Safety Planning: Clinician Training, Comfort, and Safety Plan Utilization. International Journal Of Environmental Research And Public Health 17. Basel: MDPI. 1–9. Viitattu 11.2.2020. Saatavilla osoitteessa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7559434/pdf/ijerph-17-06444.pdf>

Nuorten mielenterveystalo 2019. Häiriöt ja ongelmat – itsetuhoisuus. Viitattu 20.1.2021. Saatavilla osoitteessa: https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/itsetuhoisuus.aspx

Partonen, T.; Solin, P. 2017. Tunnista itsemurhan vaara! Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 1405–1410. Viitattu 20.1.2021. Saatavilla osoitteessa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13830>

Pettit, J.; Buitron, V.; Green, K. 2018, Assessment and Management of Suicide Risk in Children and Adolescents. Cognitive And Behavioral Practice 25(4). New York: Elsevier Ltd. 1–23. Viitattu 28.3.2021. Saatavilla internetissä: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31787833/>

Salminen, A. 2011. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62, julkaisujohtaminen 4. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Skovgaard Larsen, J.; Frandsen, H.; Erlangsen, A. 2016. MYPLAN- A Mobile Application for Supporting People at Risk of Suicide. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 37(3). Göttingen: Hogrefe Publishing. 1–5. Viitattu 1.4. 2021. Saatavilla osoitteessa: [\(PDF\) MYPLAN – A Mobile Phone Application for Supporting People at Risk of Suicide \(researchgate.net\)](#)

Stanley, B.; Brown, G. 2008. Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran Version. Washington, D.C.: United States Department of Veterans Affairs. Saatavilla osoitteessa: <https://www.sprc.org/resources-programs/safety-plan-treatment-manual-reduce-suicide-risk-veteran-version>

Stanley, B.; Brown, G. 2012. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. Cognitive And Behavioral Practice 19(2). New York: Elsevier Ltd. 526–264. Viitattu 19.1.2021. Saatavilla osoitteessa: http://suicidesafetyplan.com/uploads/Safety_Planning_-_Cog_Beh_Practice.pdf

Stanley, B.; Chaudhury, S.; Chesin, M.; Potonski, K.; Bush, A.; Knox, K.; Brown, G. 2016. An Emergency Department Intervention and Follow-Up to Reduce Suicide Risk in the VA: Acceptability and Effectiveness. Psychiatric Services. Journal of the American Psychiatric Association 67(6). Washington D.C.: American Psychiatric Association. 680–682. Viitattu 29.3.2021. Saatavilla osoitteessa: https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201500082?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Across-ref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed

Stanley, B.; Brown, G.; Brenner, L.; Galfalvy, H.; Currier, G.; Knox, K.; Chaudhury, S.; Bush, L.; Green, L. 2018. Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. JAMA Psychiatry 75(9). Chigaco:

American Medical Association. 894–900. Viitattu 27.3.2021. Saatavilla osoitteessa: [Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department | Emergency Medicine | JAMA Psychiatry | JAMA Network](#)

Stewart, K.; Darling, E.; Yen, S.; Stanley, B, Brown, G K.; Weinstock, L. 2020. Dissemination of the Safety Planning Intervention (SPI) to University Counseling Center Clinicians to Reduce Suicide Risk Among College Students. Archives of Suicide Research 24(1). London: Routledge, Taylor & Francis Group. 1–21. Viitattu 28.3.2021. Saatavilla osoitteessa: [\(PDF\) Dissemination of the Safety Planning Intervention \(SPI\) to University Counseling Center Clinicians to Reduce Suicide Risk Among College Students \(researchgate.net\)](#)

Stolt, M., Axelin, A.; Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja. A:73/2015. Turku: Turun yliopisto.

Suicide Prevention Resource Center 2009. Safety planning guide: A quick guide for clinicians. Oklahoma: Education Development Center, Inc. Viitattu 11.4. 2021. Saatavilla osoitteessa: <file:///C:/Users/KYTTJ~1/AppData/Local/Temp/Suicide%20Prevention%20Resource%20Center%20-%20Safety%20planning%20guide%20A%20quick%20guide%20for%20clinicians%20-%202021-03-05.pdf>

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2018. Kuolemansyyt. 6. Itsemurhien määrä väheni hieman edellisvuodesta. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 20.1.2021. Saatavilla osoitteessa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_kat_006_fi.html

Suominen, K.; Valtonen, H. 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129(8) Helsinki: Suomalainen lääkäriseuranta Duodecim. 881–885. Saatavilla osoitteessa. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10929> ja <https://www.tays.fi/download/longitude/name/%7B3234D888-DF6A-4C68-AC71-A6A5565E4BC7%7D/32323>

The Joint Commission 2020. National Patient Safety Goal on Suicide Prevention in Healthcare Settings. EP 6: Safety Planning Upon Discharge 15. Viitattu 14.2.2021. Saatavilla osoitteessa: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/suicide-prevention/pages-from-suicide_prevention_compendium_5_11_20_updated-july2020_ep6.pdf

Tuomi, J.; Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Jyväskylä: Tammi.

Turvasuunnitelma-lomake. Suomalainen Lääkäris seura Duodecim. Julkaistu 25.5.2020 osana Käypä hoito -suositusta Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen henkilön hoito. 10. Viitattu 20.1. 2021. Saatavilla osoitteessa: <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/hoi/hoi50122e.pdf>

Varantola, K.; Launis, V.; Helin, M.; Spoof, S.; Jäppinen, S. (toim.) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 2.1.2021. Saatavilla osoitteessa: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtonen H.; Suominen K.; Haukka J.; 2008. Differences in incidence of suicide attempts during phases of bipolar I and II disorders. Bipolar Disord 10. Monroeville: Official journal of The International Society for Bipolar Disorders. 588–596. Saatavilla osoitteessa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1399-5618.2007.00553.x>

Vorma, H.; Rotko, T.; Larivaara, M.; Koslof, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 17.1.2021. Saatavilla osoitteessa: https://julkaisut.valtio-neuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Whittemore, R. 2005. Combining in nursing research: methods and implications. Nursing Research 54(1). Wolters Kluwer Health Inc. 56–62.

WHO 2015. Itsemurhien ehkäisy. Globaali velvollisuus. WHO:n raportti. WHO:n luvalla Suomen Mielenterveysseura kääntänyt raportin suomeksi. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura. Alkuperäisteos: World Health Organization 2014. Preventing Suicide: a global imperative. Viitattu 20.4.2021. Saatavilla osoitteessa: https://mieli.fi/sites/default/files/materials_files/who_itsemurhien_ehkaisy_globaali_velvollisuus_.pdf

Liite 1.

Taulukko 2. Tietokantahaku

TIETOKANTA	HAKUSANAT	RAJAUKSET	TULOKSET	VALITUT
Pubmed	safety plan* AND (suicid*) AND intervention	2015–2021	167	4
CINAHL Complete	safety planning AND suicid*	-	287	
CINAHL Complete	safety plan* AND parasuicide OR attempted suicide	-	72	1
Medic	safety plan AND suicid*	-	80	
Medline	safety plan* AND suicid*	-	63	
Medline	intervention AND Safety plan* AND Suicide prevent* AND suicid*	-	32	1
ResearchGate	Haettu lukuoikeutta neljään artikkeliin	-	1	1
Manuaalinen haku	-	-	4	4

Liite 2.


Taulukko 3. Tutkimusaineisto

Tutkimuksen nimi		Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja tutkimusotos	Keskeisimmät tutkimustulokset turvasuunnitelman kannalta
Stanley, B. ym. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk	2 0 1 2	Tutkimuksen tarkoituksena vähentää potilaan itsemurhakäyttäytymisen riskiä ennalta määriteltyjen selviytymisstrategioiden avulla.	Ensiapuosastolla ja päivystyksessä havaittujen itsemurhapotilaiden tavanomaiseen hoitoon kuuluu itsemurhariskin arviointi ja asianmukaisen hoitomenetelmän tarjoaminen. Turvasuunnitelma on lyhytinterventio, joka on suunniteltu juuri näihin tilanteisiin.	Turvasuunnitelma käsittää ammattilaisen kanssa laaditun kuuden askeleen listan, jonka mukaan potilaan on tarkoitus edetä itsetuhoisen kriisin aikana.
Green, J. ym. Evaluating the Effectiveness of Safety Plans for Military Veterans: Do Safety Plans Tailored to Veteran Characteristics Decrease Suicide Risk?	2 0 1 8	Tutkimuksen tarkoituksena selvittää onko personoidulla turvasuunnitelmalla vaikutusta veteraanien tulevien itsemurhayritysten ehkäisemiseen ja millä turvasuunnitelman osilla on suurin merkitys itsemurhien ehkäisyssä.	Kysely- ja haastattelututkimus. Tutkimukseen osallistui 68 sotaveteraania, joilla oli potilastiedoissaan ainakin yksi itsemurhayritys ja jotka ovat olleet hoidossa veteraanien terveydenhuoltoyksikössä	Potilaan yksilöllisen tilanteen mukaan laaditulla turvasuunnitelmalla saattaa olla veteraanien itsemurhia ehkäisevä vaikutus. Turvasuunnitelman 3. askelma osoittautui merkittävimmäksi osatekijäksi.
Stanley, B. ym. Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department Dissemination	2 0 1 8	Tutkimuksen tarkoituksena selvittää, vähentääkö turvasuunnitelma ja seurantapuhelu veteraanien itsemurhariskiä.	Vertaileva tutkimus. Yhteensä 1640 potilaasta, joista 1186 oli interventioryhmässä ja 454 vertailuryhmässä. Tutkimukseen valittiin yli 18-vuotiaita, joilla oli ollut päivystysvierailu itsemurhaan liittyvän huolen vuoksi, mutta eivät olleet vaatineet sairaalahoitoa.	Turvasuunnitelman ja seurantapuhelun liittäminen potilaan hoitoon vähensi itsemurhariskiä noin puolen vuoden ajan. Turvasuunnitelma voi olla arvokas kliininen työkalu terveydenhuollossa.
Stanley, B. ym. An emergency department intervention and follow-up to reduce suicide risk in the VA: acceptability and effectiveness	2 0 1 6	Tutkimuksen tarkoituksena arvioida turvasuunnitelman ja seurannan hyväksyttävyyttä ja koettu hyödyllisyys.	Kysely- ja haastattelututkimus. Tutkimus toteutettiin viidessä veteraanien terveydenhuoltolaitoksessa. 100 osallistujaa täytti puolistukturoidun haastattelulomakkeen. Tutkimuskohteena olivat itsemurhaa yrittäneet potilaat, jotka eivät olleet sairaalahoidon tarpeessa. Tutkimuksessa yhdistettiin turvasuunnitelma ja puhelimitse tapahtuva seuranta	Lähes kaikki osallistuneet raportoivat hyväksyvänsä turvasuunnitelman; se koettiin itsemurhakäyttäytymistä estäväksi mutta myös hoitosuhteeseen sitouttavaksi menetelmäksi.

<p>Buus, N. ym.</p> <p>Stakeholder Perspectives on Using and Developing the MYPLAN Suicide Prevention Mobile Phone Application: A Focus Group Study</p>	2018	<p>Tutkimuksen tarkoituksena tutkia eri sidosryhmien kokemuksia MYPLAN-sovelluksesta itsemurhien ehkäisyn näkökulmasta.</p>	<p>Vertaileva tutkimus/ interventiotutkimus</p> <p>Neljä MYPLAN-sovellusta käyttävää sidosryhmää (nuoret, aikuiset, ammattilaiset ja omaiset) osallistui tutkimukseen.</p>	<p>Osallistujat pitivät MYPLAN-sovellusta työkaluna, joka jossain määrin voisi keskeyttää itsemurhaprosessin ja antaa heille tunteen lisääntyneestä henkilökohtaisesta kontrollista.</p> <p>Turvasuunnitelmasovellusta ei pidetty hyödyllisenä hyvin ahdistuneille henkilöille. Turvasuunnitelman käyttämiseen toivottiin henkilökohtaista psykososiaalista sekä online-tukea.</p>
<p>Conti, E. ym.</p> <p>Safety Planning to Manage Suicide Risk with Older Adults: Case Examples and Recommendations</p>	2019	<p>Artikkelin tarkoituksena kuvailla tuottava ja yhteistyöhön perustuva lähestymistapa turvasuunnitelman laatimiseen iäkkäiden potilaiden kanssa.</p>	<p>Tapaustutkimus.</p> <p>Tutkimuksessa käytetty kahta tapausesimerkkiä, joilla kirjoittajien on tarkoitus havainnollistaa ikääntyneiden potilaiden sitouttamista turvasuunnitelmaan ja minimoida ikääntymisen mukanaan tuomia rajoitteita.</p>	<p>Kirjoittajat suosittavat, että hoitohenkilökunta keskittyisi itsemurhan riskitekijöihin.</p> <p>lääkkäiden aikuisten turvasuunnitelmassa tulisi myös hyödyntää vahvuuksia, joita he tuovat prosessiin, kuten itsetietoisuutta, viisautta ja joustavuutta.</p>
<p>Pettit, J. ym.</p> <p>Assesment and Management of Suicide Risk in Children and Adolescents</p>	2018	<p>Artikkeli käsittelee lasten ja nuorten itsemurhariskin arviointia, itsemurhariskin hallintaa sekä turvasuunnitelman laadintaan liittyviä erityispiirteitä.</p>	<p>Tapaustutkimus.</p> <p>Tutkimuksessa esitetty tapausesimerkin avulla nuoren potilaan turvasuunnitelman laadintaprosessia.</p>	<p>Kirjoittajat suosittavat ammattilaisen ottavan huomioon erityisiä seikkoja laatiessa turvasuunnitelmaa nuoren potilaan kanssa.</p>
<p>Stewart, K. ym.</p> <p>Dissemination of the Safety Planning Intervention (SPI) to University Counseling Center Clinicians to Reduce Suicide Risk Among College Students</p>	2018	<p>Tutkimuksen tarkoituksena selvittää turvasuunnitelman totuttamiskelpoisuutta, hyväksyttävyyttä ja hyödyllisyyttä yliopiston opiskelijaterveydenhuollossa.</p>	<p>Kyselytutkimus.</p> <p>12 ammattilaista suoritti 2 tunnin turvasuunnitelman koulutuksen.</p> <p>Kysely turvasuunnitelman käytettävyydestä suoritettiin 8–10 viikkoa koulutuksen jälkeen</p>	<p>Tulokset viittaavat siihen, että turvasuunnitelma on toteuttamiskelpoinen, hyväksyttävä ja hyödyllinen työkalu itsetuhoisten opiskelijoiden kanssa käytettäväksi.</p> <p>Työntekijät kokivat koulutuksen lisäävän heidän varmuutta turvasuunnitelman käyttöönottamiseen.</p>
<p>Moscardini, E. ym.</p> <p>Suicide Safety Planning: Clinician Training, Comfort, and Safety Plan Utilization</p>	2020	<p>Tutkimuksen tarkoituksena kartoittaa, miten ammattilaiset käyttävät ja hyödyntävät turvasuunnitelmaa itsetuhoisten potilaidensa kanssa.</p>	<p>Kyselytutkimus.</p> <p>Tutkimukseen osallistui 119 ammattilaista. Tutkittavat vastasivat anonyymiin verkkopohjaiseen kyselyyn.</p>	<p>Monet vastaajista käyttivät turvasuunnitelman komponentteja rutiinonomaisesti potilaansa kanssa ja kokivat turvasuunnitelman käyttämisen hyödylliseksi.</p> <p>Työntekijän henkilökohtaiset taustat saattavat vaikuttaa turvasuunnitelman käyttöönottamiseen sekä sen sisällön laatuun.</p>
<p>Labouliere, C. ym.</p> <p>Safety Planning on Crisis Lines: Feasibility, Acceptability, and Perceived Helpfulness of a Brief Intervention to Mitigate Future Suicide Risk</p>	2019	<p>Tutkimuksen tarkoituksena selvittää turvasuunnitelman toteuttamiskelpoisuutta ja tehokkuutta kriisilinjojen työntekijöiden näkökulmasta.</p>	<p>Kyselytutkimus.</p> <p>Kriisineuvoja osallistui tutkimukseen viidestä eri kriisikeskuksesta.</p>	<p>Kriisineuvojat pitivät turvasuunnitelmaa toteuttamiskelpoisena ja hyödyllisenä niin kriisi- että seurantarapheiluissa.</p> <p>Turvasuunnitelman käyttöönotto kriisipuhelimitse vaatii henkilökunnan kouluttamista sekä työn keskipisteen siirtämistä kriisitilanteiden selvittämisestä tulevien itsetuhoisten tilanteiden ehkäisytyöhön</p>

Liite 3.

Turvasuunnitelma-lomake

Turvasuunnitelma
Lomake | 25.5.2020 

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Askel 1. Varomerkit:
1. _____
2. _____
3. _____

Askel 2. Sisäiset selviytymiskeinot – asiat, joita voin tehdä saadakseni ajatukseni pois ongelmista ilman, että otan yhteyttä muihin ihmisiin:
1. _____
2. _____
3. _____

Askel 3. Ihmiset ja sosiaaliset tilanteet, jotka vievät huomioni pois ongelmistani:
1. Nimi _____ Puh. _____
2. Nimi _____ Puh. _____
3. Paikka _____
4. Paikka _____

Askel 4. Ihmiset, joilta voin pyytää apua:
1. Nimi _____
2. Nimi _____
3. Nimi _____

Askel 5. Ammattilaiset ja eri toimipisteet, joihin voin ottaa yhteyttä kriisin aikana:
1. Ammattilaisen nimi _____ Puh. _____
2. Ammattilaisen nimi _____ Puh. _____
3. Kriisipäivystys _____ Puh. _____
4. Kriisipuhelin (09) 2525 0111 päivystää suomen kielellä vuoden jokainen päivä ja yö 24 tuntia.

5. Päivystyspoliiklinikan nimi _____
Päivystyspoliiklinikan osoite _____
Päivystyspoliiklinikan puh. _____

6. Yleinen hätänumero: 112

Askel 6. Miten teen ympäristöni turvallisiksi itselleni:

Askel 7. Syitä, joiden vuoksi haluan elää:

Perustuu HUS Psykiatrian Turvasuunnitelma -lomakkeeseen (HUS 10-1200), viite: Stanley, B and Brown, GK. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. Cognitive and Behavioral Practice. 2012 19: 256-264. Suomennos ja muokkaus: Pekka Jylhä ja Erkki Isometsä

Julkaistu 25.5.2020 osana Käypä hoito -suositusta
Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen henkilön hoito © Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
www.kaypahoito.fi

