

## Turvasuunnitelman käyttö osana itsetuhoisen potilaan hoitoa



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö  
Sairaanhoidtaja, Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

kevät 2022

Minja Koponen

Milla Makkonen

Tekijä Minja Koponen & Milla Makkonen

Vuosi 2022

Työn nimi Turvasuunnitelman käyttö osana itsetuhoisen potilaan hoitoa

Ohjaajat Katja Holopainen & Hanna Naakka

---

## TIIVISTELMÄ

Turvasuunnitelma on itsetuhoisen potilaan hoitoon kehitetty lyhytinterventiomenetelmä, jonka tavoitteena on vähentää potilaan itsemurhakäyttäytymisen riskiä ennalta määriteltyjen askelten avulla. Turvasuunnitelma koostuu seitsemästä eri kohdasta, ja laaditaan terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Itsetuhoisen kriisin aikana potilas voi ottaa turvasuunnitelman esille ja edetä sen mukaan välttääkseen itsetuhoisen käyttäytymisen. Turvasuunnitelmaa voidaan hyödyntää avo- ja sairaalahoidossa oleville potilaille. Suunnitelma sopii terapeuttiseksi menetelmäksi lisänä itsetuhoisen potilaan hoitoa, mutta myös silloin, kun potilaalla ei ole mahdollisuutta pidempiaikaiseen hoitoon.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia turvasuunnitelman käytöstä itsetuhoisen potilaan hoitotyössä. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, mitä hyötyä turvasuunnitelman käyttämisestä on itsetuhoisen potilaan hoidossa hoitajien näkökulmasta tarkasteltuna. Sosiaali- ja terveysministeriö painottaa itsemurhien ehkäisyä mielenterveysstrategiassa vuosille 2020–2030, joten aihe on ajankohtainen.

Opinnäytetyön tilaajana toimi Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja se toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitohenkilökunnalta sähköisen lomakehaastattelun avulla, lomakkeeseen vastasi kuusi hoitohenkilökunnan jäsentä. Lomakkeen avulla haluttiin saada tietoa, minkälaisia kokemuksia hoitajilla on turvasuunnitelman käytöstä itsetuhoisen potilaan hoitotyössä sekä minkälaista hyötyä hoitajat kokevat turvasuunnitelman käytöstä olevan itsetuhoisen potilaan hoitotyössä.

Aineisto analysointiin sisällönanalyysimenetelmän avulla. Tutkimustuloksia käytiin läpi hoitoprosessin eri vaiheiden mukaan. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että turvasuunnitelma laaditaan potilaille osastolta kotiutumisasiheessa, eikä sitä käytetä vielä osastolla oloaikana osana hoitoprosessin vaiheita. Aineistosta nousi esille potilaan sitoutumisen vaikutus turvasuunnitelmasta koettuun hyötyyn. Potilaan sitoutumiseen vaikuttivat sen tekemiseen

käytetty aika ja myös se, minkälaisessa mielentilassa potilas on turvasuunnitelmaa laadittaessa. Keskeiseksi asiaksi koettiin myös turvasuunnitelman helppous ja yksinkertaisuus. Turvasuunnitelman ollessa selkeä ja yksinkertainen, on potilaan helpompi kriisitilanteessa noudattaa turvasuunnitelman eri askeleita.

Avainsanat Itsetuho, itsetuhokäyttäytyminen, itsemurha , turvasuunnitelma

Sivut 29 sivua ja liitteitä 4 sivua

---

Authors	Minja Koponen & Milla Makkonen	Year 2022
Subject	The safety plan as a part of the treatment of a self- destructive patient	
Supervisors	Katja Holopainen & Hanna Naakka	

---

#### ABSTRACT

The safety plan is a short intervention method developed for the self-destructive patients which aims to decrease the suicidal behavior of the patient by pre-determined steps. The safety plan consists of seven steps which are composed with a professional of the health care system. During a suicidal crisis the patient can take up the safety plan and proceed according to it to avoid suicidal behavior. The safety plan can be utilized with patients in non-institutional care and in hospital care. Additionally, the plan fits for a therapeutic method in the patients care but also when the patient does not have the option for a long-term care.

The thesis was to show the experiences of the nurses with the safety plan in the care of suicidal patients. Additionally, it was to examine the usefulness of using the safety plan in the care of suicidal patients from the nurses' perspective. Ministry of Social Affairs and Health emphasizes the prevention of suicides in the mental health strategy for the years from 2020 to 2030 so the topic is current.

The thesis was commissioned by the health care district of Pirkanmaa and it was conducted as a qualitative research. The materials were collected from the nursing staff of the health care district of Pirkanmaa through an electrical questionnaire online which was answered to by six employees. The questionnaire was to find out about the experiences of the nurses when using the safety plan in the care of a suicidal patient as well as if they find it useful.

The materials were analyzed by content analysis. The findings were gone through by the steps of the treatment process. It was found that the safety plan was composed when the patient was about to get home from the hospital, and that it was not used when the patient was still in the hospital as a part of the treatment. It stood out, that the commitment of the patient affected to how useful the safety plan was found. The patient's commitment was affected by how long the plan took to compose and the current state of the mind of the patient. It was experienced, that easiness and simplicity were crucial to the plan. When the safety plan is clear and simple it is easier for the patient to follow the steps in time of mental crisis.

Keywords self-destruction, self-destructive behavior, suicide, safety plan  
Pages 29 pages and appendices 4 pages

## Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Itsemurha ilmiönä .....	2
2.1	Itsemurhien esiintyvyys .....	3
2.2	Itsemurhan riskitekijät.....	4
2.3	Itsemurhalta suojaavia tekijöitä .....	5
2.4	Itsemurhariskin arviointi.....	5
2.5	Itsemurhien ehkäisy.....	6
2.6	Itsemurhaa yrittäneen hoito.....	7
2.7	Itsemurhaa yrittäneen hoitopolku.....	8
3	Turvasuunnitelma itsetuhoisen potilaan hoitotyössä .....	8
3.1	Turvasuunnitelman teko ja askeleet.....	9
3.2	Turvasuunnitelman tarpeellisuus .....	12
3.3	Turvasuunnitelman käytön esteitä .....	13
3.4	MYPLAN turvasuunnitelma sovellus .....	13
4	Aiemmat tutkimukset turvasuunnitelman käytöstä hoitotyössä.....	14
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja opinnäytetyön tehtävät .....	15
6	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät .....	16
6.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä .....	16
6.2	Aineiston kerääminen.....	16
6.3	Sisällönanalyysi aineiston analyysimenetelmänä .....	18
7	Opinnäytetyön tulokset .....	19
7.1	Turvasuunnitelma itsemurhaa yrittäneen hoidossa.....	19
8	Pohdinta, eettisyys sekä luotettavuus .....	20
	Lähteet .....	24

## Liitteet

Liite 1 Turvasuunnitelma

Liite 2 Opinnäytetyön saatekirje

### Liite 3 Lomakehaastattelu

## 1 Johdanto

Mielenterveyshäiriöt ovat tutkimusten valossa suurin riskitekijä itsemurhayrityksiin ja niistä erityisesti masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitsofrenia sekä erilaiset päihdeongelmat. Usean mielenterveyshäiriön sairastaminen yhdessä suurentaa itsemurhayritysten riskiä. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito- suositus, 2020) Myös somaattiset sairaudet, varsinkin krooninen kipu lisää riskiä (Dumon & Portzky, 2013, s.10). Britannialaisen tutkimuksen mukaan noin joka viides kroonisista kivuista kärsivä on ajatellut itsemurhaa. Somaattisten sairauksien aiheuttama riski on kuitenkin huomattavasti pienempi verrattuna psykiatristen häiriön aiheuttamiin riskeihin. (Halt ym., 2021) Nuorten aikuisten itsemurhiin saattaa liittyä lapsuus- tai nuoruusiän käytöshäiriöt, persoonallisuushäiriöt, lapsuusiän kaltoinkohtelu, vastoinkäymiset ja päihdeongelmat. Iäkkäillä taas suurimmat riskitekijät ovat päihdeongelmat ja masennus. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito- suositus, 2020)

Itsemurhakuolleisuudessa on Suomessa vahvat alueelliset erot. Tutkimuksen mukaan itsemurhakuolleisuus oli vuosina 2016-2018 koko maahan verrattuna selkeästi suurempi Pohjois-Savon, Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun, Länsi-Pohjan sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiireissä. Myös Satakunnan, Etelä-Savon ja Itä-Savon sairaanhoitopiireissä itsemurhakuolleisuus oli suuri. Koko maata pienempi itsemurhakuolleisuus oli Keski-Pohjanmaan, sekä Uudenmaan sairaanhoitopiireissä. Alueellisia eroja itsemurhakuolleisuudessa on ollut vuosikymmenien ajan. Tästä johtuen itsemurhien ehkäisyssä tarvitaan myös alueellisesti kohdennettuja toimia. Vuonna 2020 sosiaali- ja terveysministeriö ilmoitti haettavasta valtionavustuksesta itsemurhien ehkäisemiseksi. Avustuksen avulla tehostetaan itsemurhien ehkäisyä niillä alueilla, missä itsemurhakuolleisuus on suuri. Hankkeiden hankkijoina voivat olla kuntaryhmät tai kunnat. (Partonen, 2020)

Suomessa on tällä hetkellä viisi rahoitettua itsemurhien ehkäisyhanketta, joita ovat: Aavista, Puutu ja uskalla auttaa (APUA AJOISSA!), Itsemurhien ehkäisy Satakunnassa, Mukana elämässä – itsemurhien ehkäisy Kainuussa, Yhes eteenpäin – itsemurhien ehkäisyhanke Kymmenlaaksossa ja Itsemurhien ehkäisy riskiryhmäinterventioiden ja osaamisen juurruttamisen kautta. Konkreettisesti esimerkiksi APUA AJOISSA! – hankkeessa on tarkoitus ottaa mielenterveyspalveluissa käyttöön uusi hoitosuositus, jolla parannetaan itsemurhaa yrittäneen

ihmisen hoitoa ja pyritään ehkäisemään itsemurhia. Hoitopolussa otetaan myös huomioon paremmin potilaan omaiset. (Etela-Savon hyvinvointialue, n.d.)

Itsemurhien ehkäisy Satakunnassa -hanke odottaa vaikutuksena olevan itsemurhalukujen laskua, nopeutunutta hoitopääsyä, kansalaisten tunnistamisen ja auttamisen osaamisen parantamista, ammattilaisten osaamisen kasvamista sekä median käsittelytavan muuttumista ongelmia ehkäisevämmäksi. Näihin tavoitteisiin pyritään pääsemään asenteisiin vaikuttamalla, varhaista tukea tarjoamalla, riskiryhmässä olevien tukemisella, näyttöön perustuvien menetelmien ja tutkimustiedon hyödyntämisellä systemaattisesti. (Satasairaala, n.d.)

Turvasuunnitelma-menetelmä on kehitetty vuonna 2006. Suunnitelman kehittivät Barbara Stanley ja Gregory Brown. Turvasuunnitelma on lyhyt interventio, joka auttaa henkilöitä selviytymään itsetuhoisista kriiseistä. Suunnitelma on kehitetty itsetuhoisten potilaiden hoitoon yksiköihin, joissa tarjotaan ensiapu- ja akuuttihoitopalveluja, kuten ensiapuyksiköt, traumayksiköt, kriisipuhelimet ja hätäkeskukset. Lisäksi turvasuunnitelma voidaan laatia avohoidossa itsetuhoisten potilaiden avuksi. Turvasuunnitelma on tarkoitettu kaikenikäisille nuorista vanhuksiin. Suunnitelman teko kestää noin 20- 45 minuuttia. Menetelmää voivat käyttää työnsä apuna sairaanhoitajat, psykologit, lääkärit, sosiaalityöntekijät sekä terveydenhoitajat. (Jylhä & Isometsä, 2020; Moscardini ym., 2020; Ghahramanlou- Holloway ym., 2014)

## **2 Itsemurha ilmiönä**

Itsemurha on tragedia, jossa ihmisen elämä päättyy ennenaikaisesti. Itsetuhoisuus terminä tarkoittaa käyttäytymistä tai pyrkimystä, jolla henkilö tahallisesti vahingoittaa itseään, tai ottaa henkeään uhkaavan riskin. Itsetuhoisissa ajatuksissa joku asia koetaan sietämättömäksi.

Mielenterveyshäiriön oire on itsetuhoinen käyttäytyminen, joka muodostuu useiden vaikeuksien summasta. Joskus yksittäinenkin tapahtuma voi toimia laukaisevana tekijänä. Itsetuhoisuus voi olla suoraa tai epäsuoraa käyttäytymistä. Suora itsetuhoisuus ilmenee erilaisena käytöksenä, kuten itsemurhasta puhumisena, itsemurhayrityksenä, itsemurha-ajatuksina tai itsemurhana. Kun käyttäytyminen on epäsuoraa, henkilö ottaa riskejä, jotka uhkaavat elämää. Hänen päämääränään ei kuitenkaan ole vahingoittaminen tai kuolema. Epäsuora käyttäytyminen voi ilmetä päihteiden liikakäyttönä, sairauksien- ja terveyden laiminlyömisinä sekä riskien ottona liikenteessä.

(Mielenterveystalo, n.d.)



Itsetuhoisuus ei kuitenkaan aina johda itsemurhayrityksiin. Itsetuhoisuuden ja itsemurhan välissä on monta mahdollisuutta puuttua tilanteeseen ja mahdollista estää itsemurha. Itsetuhoiset ajatukset syntyvät yleensä kasaantuvista riskitekijöistä, kuten erilaisista mielenterveyshäiriöistä. Erilaiset suojaavat tekijät tai niiden puuttuminen vaikuttaa myös itsetuhoisuuteen. (Thl, 2021)

Kuolema luokitellaan itsemurhaksi, kun se on seurausta henkilön itse aloittamasta ja toteutuneesta teosta, jonka hän tiedostaa johtavan kuolemaan. Arvion itsemurhasta tekee oikeuslääkäri. Suurentuneeseen itsemurhariskiinkin voivat johtaa kielteiset elämäntapahtumat, impulsiivinen ja epävaka persoonallisuus ja toivottomuus. Itsemurhariskiä lisää huomattavasti aiempi itsemurhayritys. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: käypä hoitosuositus, 2020)

## **2.1 Itsemurhien esiintyvyys**

Itsemurhat ovat vähentyneet Suomessa noin kolmanneksella vuoden 1990 jälkeen. Siitä huolimatta Suomessa oli vuonna 2016 pohjoismaiden suurin itsemurhakuolleisuus. 1990- luvulla Suomessa itsemurhan teki reilut 1500 henkilöä. Viime vuosina itsemurhan tehneitä on ollut hieman alle 1000 henkilöä. Keski-ikä itsemurhan tehneiden miesten ja naisten kohdalla oli 49 vuotta. (Halt ym., 2021) Vanhuksien itsemurhat ovat lisääntyneet Suomessa viime vuosien aikana, yksi vanhus tekee itsemurhan joka toinen päivä. Jokaista itsemurhaa kohti on kymmenkertainen määrä itsemurha-ajatuksia. Suomessa on vuosittain 10 000- 15 000 itsemurhayritystä. (Hietaharju & Nuuttila, 2016, s. 106) Itsemurhat ovat 2-3 kertaa yleisempiä miehillä kuin naisilla ja itsemurha onkin suomalaisten 20-34 vuotiaiden miesten yleisin kuolinsyy (Kanerva ym., 2012, s. 238). Itä- ja Pohjois-Suomessa itsemurhat ovat yleisempiä kuin muualla Suomessa. Kulttuuri, taloudelliset ja sosiaali- ja terveyspalvelut on nimetty osasyiksi alueellisiin eroihin, mutta myös geeneillä on osoitettu olevan vaikutusta. (Henriksson ym., 2017, s. 592)

Maailmalla itsemurhaan kuolee vuosittain yli 800 000 ihmistä, tarkoittaen, että yksi ihminen kuolee joka 40. sekunti. Tutkimusten mukaan, joka kuudes on joskus elämänsä aikana miettinyt tekevänsä itsemurhan. Suurimmalla osalla itsemurha ajatukset ovat kuitenkin nopeasti ohimeneviä. (World Health Organization, 2014, s. 11)

## 2.2 Itsemurhan riskitekijät

Itsemurhayrityksen jälkeen ensimmäiset 90 päivää ovat riskialtuinta aikaa myöhemmälle yritykselle. Tutkimuksissa on tullut myös esille, että ensimmäisen itsemurha- ajatuksen ja itsemurhayrityksen välinen aika voi olla vain alle 10 minuuttia. Tämä haastaa itsemurhariskissä olevien aikaista seulontaa. (Weinstein ym., 2021) Itsemurhaan johtaa yleensä kasaantuvat, pitkäkestoiset ongelmat, sekä riskitekijöiden yhteisvaikutukset. Mikään yksittäinen riskitekijä ei välttämättä tarkoita sitä, että potilas olisi todellisessa itsemurhavaarassa. (Solin & Partonen, 2017)

Mielenterveyshäiriöt ovat tutkimusten valossa suurin riskitekijä itsemurhayrityksiin ja niistä erityisesti masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitsofrenia sekä erilaiset päihdeongelmat. Usean mielenterveyshäiriön sairastaminen yhdessä suurentaa itsemurhayritysten riskiä. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: käypä hoito- suositus, 2020) Myös somaattiset sairaudet, varsinkin krooninen kipu lisää riskiä (Dumon & Portzky, 2013, s.10). Britanialaisen tutkimuksen mukaan, noin joka viides kroonisista kivuista kärsivä on ajatellut itsemurhaa. Somaattisten sairauksien aiheuttama riski on kuitenkin huomattavasti pienempi verrattaen psykiatristen häiriön aiheuttamiin riskeihin. (Halt ym., 2021) Nuorten aikuisten itsemurhiin saattaa liittyä lapsuus- tai nuoruusiän käytöshäiriöt, persoonallisuushäiriöt, lapsuusiän kaltoinkohtelu, vastoinkäymiset ja päihdeongelmat. Iäkkäillä taas suurimmat riskitekijät ovat päihdeongelmat ja masennus. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: käypä hoito- suositus, 2020)

Lähiomaisen itsemurha on myös yksi suurentava riskitekijä. Geneettisillä ja biologisilla tekijöillä on todettu olevan vaikutus itsetuhoisuuteen ja itsemurhariskiin. Esimerkiksi serotoniinin puute ja ihmisen persoonalliset piirteet saattavat lisätä itsemurhariskiä. (Dumon & Portzky, 2013, s.10) Lisäksi yhteiskunnalliset riskitekijät, kuten häpeä ja leimautumisen pelko voivat saada ihmisen salaamaan itsetuhoista käytöstään. Itsemurhavälineiden saatavuus on helppoa. Esimerkiksi torjunta-aineiden, lääkkeiden, myrkkujen, korkeiden paikkojen ja rautateiden välitön läheisyys ja saatavuus lisäävät itsemurhariskiä. (World Health Organization, 2014, s. 32)

Suomessa melkein puolella itsemurhan tehneistä on ollut alkoholiriippuvuus ja noin viidesosalla itsemurhaan liittyvä sairaus. Päihdehäiriö, joka on hoidettu sairaalassa suurentaa itsemurhariskiä kymmenkertaiseksi muuhun väestöön verrattaen. Ei- heteroseksuaalisten vähemmistöryhmien itsemurhariski on jopa 3-4 kertainen muuhun väestöön nähden. Matala sosioekonominen asema

korostuu mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydessä. Itsemurhariski on suurempi vähän koulutetuilla, työntekijäasemassa olevilla, pienituloisilla ja työttömmillä. Pitkäaikaistyöttömien itsemurhakuolleisuus on kolminkertainen työllisiin verrattuna. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: käypä hoito- suositus, 2020)

### **2.3 Itsemurhalta suojaavia tekijöitä**

Itsemurhalta suojaavia tekijöitä ovat henkilön kehittyneet selviytymis- ja ongelmaratkaisukeinot sekä positiivinen minäkuva. Nämä keinot auttavat kuormitustilanteissa itsetuhoista käyttäytymistä vastaan. Itsemurhalta suojaa kokemus oman elämän hallinnasta, sekä elämän kokeminen merkitykselliseksi myös sosiaalinen tuki, kuten perhe ja merkitykselliset ihmissuhteet ovat olennainen osa itsemurhalta suojaavia tekijöitä. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: käypä hoito- suositus, 2020) Terveelliset elintavat eli riittävä liikunta, uni ja monipuolinen ravinto ovat tärkeä osa suojaavia tekijöitä (Solin & Partonen, 2017).

Tukea saa arkiympäristöstä ja sen lisäksi tuen saatavuus ja yksinäisyyden ennaltaehkäisy ovat tärkeitä. Itsemurhaa harkitsevan lähipiirillä on merkitystä itsemurhariskiä vastaan, sillä kriisin hetkellä he voivat antaa niin henkistä, sosiaalista, kuin taloudellistakin tukea, sekä suojata henkilöä ulkoisilta stressitekijöiltä. (World Health Organization, 2014, s.44) Kulttuurit ja uskonnot, jotka suhtautuvat kielteisesti itsemurhiin tarjoavat suoja itsemurhayrityksiä vastaan.

Mielenterveyspalveluiden saatavuus on tärkeä ehkäisykeino itsemurhia vastaan. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: käypä hoito- suositus, 2020)

### **2.4 Itsemurhariskin arviointi**

Terveystieteiden henkilökunnalla on suuri merkitys itsemurhaa harkitsevan potilaan elämässä. Hoitajan tai lääkärin tulisi osata arvioida mahdollista itsemurhariskiä ja itsetuhoypyrkimystä. Potilas saattaa ottaa yhteyttä kriisipuhelimeen, päivystykseen tai muuhun vastaavaan ja tällöin hätähuuto on selvä. Joskus kuitenkin potilas voi puhua vertauskuvilla kertomalla elämästään umpikujassa tai tunnelissa. Tällöin potilasta voi pyytää tarkentamaan sanomisiaan, mutta tärkeää on myös kysyä suoraan itsemurha-aikeista. (Kanerva ym., 2012, s. 239)

Tutkimusten mukaan 60-80% itsemurhan tehneistä ovat puhuneet siitä etukäteen.

Itsemurhavaaraa voidaan arvioida erilaisten kysymysten avulla. Aluksi on tärkeää selvittää potilaan elämäntilanne ja, onko siinä tapahtunut jotain mullistuttavaa viime aikoina. On hyvä selvittää mahdollinen masentuneisuus sekä itsetuhoisuus ja itsetuhoiset ajatukset. Joskus myös ”hiljaisuus” voi ennakoida itsemurhaa, jos henkilö alkaa järjestelmään asioita, ottaa yhteyttä läheisiin sekä mahdollinen tavaroiden pois antaminen saattaa ennakoida itsemurhayritystä. (Heikkinen-Peltonen ym., 2008, ss. 152—153)

Itsemurhariski luokitellaan neljään riskiluokkaan: matala, kohtalainen, vakava ja äärimmäinen. Luokituksen on kumminkin tarkoitus olla joustava, potilaat voivat jakautua luokkien välille tai siirtyä eri luokkiin olotilan muuttuessa. Alhaisen riskin päässä potilasta tulee rohkaista sosiaalisen tuen hakemisessa sekä antaa hänelle hätänumerot. Kohtalaisessa riskissä olevalle potilaalle tehdään turvasuunnitelma. Mikäli potilas on vakavassa tai äärimmäisessä riskissä on ryhdyttävä kaikkiin edellä mainittuihin toimiin sekä oltava potilaaseen yhteydessä puhelimitse. Vapaaehtoista tai tahdostariippumatonta hoitoa tulisi harkita silloin, kun potilaalla on äärimmäinen riski itsemurhaan, eikä muuten pystytä takaamaan hänen turvallisuutta. (Chu ym., 2015)

Itsetuhoisen potilaan itsemurhariskiä tulisi arvioida tunneiksi, päiviksi ja viikoiksi eteenpäin. Aikaisemmissa tutkimuksissa on selvinnyt, että psykiatriselta osastolta uloskirjauksen jälkeiset päivät ovat erityisen riskialttiita, jonka vuoksi ne ovat merkittäviä itsemurhariskin arvioinnin kannalta. Potilaan itsemurhariskiä arvioidessa selvitetään potilaan vointi, oireet ja tausta. Arvioinnin apuna voidaan käyttää itsemurhariskin arviointityökaluja. (Tahvanainen ym., 2021) Itsemurhariskin arvioinnin avuksi on kehitetty Likert- asteikko, se on apu itsemurha aikomuksista keskustelemiseen sekä numeraalinen vertailukohta myöhempiä riskinarvioiteja varten (Chu ym., 2015).

## 2.5 Itsemurhien ehkäisy

Itsemurhien ehkäisyyn vaikuttavat itsemurhavälineiden rajoitettu saatavuus. Tarkkaavaisuus lääkemääräyksissä voi ehkäistä itsemurhia ja niiden yrityksiä, on hyvä suosia pieniä paukauskokoja ja huomioida käytettävien lääkkeiden lääkeaine toksisuus. Sairaaloissa ja muissa terveydenhuollonlaitoksissa on huomioitava tilansuunnittelu ja turvallisuus. Ylemmissä kerroksissa olevien ikkunoiden tulee avautua vain raolleen, terävät esineet tulee olla lukituissa kaapeissa,

hirttäytymiseen mahdollistavat rakenteet tulee huomioida sekä saniteettitilojen ovet tulee olla avattavissa tarvittaessa. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: käypä hoitosuositus, 2020)

Itsemurhien ehkäisyyn kehitetyt toimintasuunnitelmat voidaan luokitella kolmeen eri luokkaan. USI- malli kuvaa kolme eri ennaltaehkäisyn tasoa; yleinen ennaltaehkäiseminen, valikoiva ennaltaehkäiseminen ja kohdistettu ennaltaehkäiseminen. Yleinen ennaltaehkäisy kohdistuu koko väestöön esimerkiksi tietoisuuskampanijoiden avulla. Valikoiva ennaltaehkäisy kohdistuu väestöryhmiin, joilla on korkeampi riski itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Kohdistettu ennaltaehkäisy kohdistuu yksilöihin, jotka ovat jo itsetuhoisia. Toimenpiteenä on itsetuhoisten henkilöiden hoidon parantaminen. Ennaltaehkäisyssä hoitotyön ammattilaiset pyrkivät lisäämään potilaan tunne-elämän hyvinvointia, vähentämään haavoittuvuutta mielenterveyden ongelmille, kehittämään itsetuntoa, selviytymiskeinoja ja ongelmaratkaisutaitoja. (Dumon & Portzky, 2014, ss. 13–15)

## **2.6 Itsemurhaa yrittäneen hoito**

Kun syntyy epäily itsemurhayrityksestä, ohjataan itsemurhaa yrittänyt aina psykiatriseen konsultaatioon heti somaattisen hoidon jälkeen, jossa selvitetään ja arvioidaan tapahtumien kulku. Arvioinnissa käydään aina läpi onko aiempia itsemurhayrityksiä, liittyykö yritykseen halu kuolla, sekä yrityksessä käytetty menetelmä. Lääkäri arvioi potilaan todellisuudentajun tai onko hän vaaraksi itselleen, jolloin lääkäri voi asettaa hänet mielenterveyslain mukaiseen tarkkailuun, joka estää potilasta lähtemästä sairaalasta. (Kanerva ym., 2012, s. 240)

Tärkeää on olla jättämättä itsetuhoista potilasta yksin. Tarkentavat kysymykset ja keskustelu auttavat potilasta jäsentämään ajatuksiaan ja tunteitaan, sekä itsemurhaan liittyvää motiiviaan. Potilaan kanssa on etsittävä sellaisia voimavaroja, joita potilas ei välttämättä itse huomaa itsemurhatilanteessa. Hoitajan tulisi olla kannustava ja saada potilas tuntemaan itsensä arvokkaaksi. (Kanerva ym., 2012, ss. 240–41) Samalla kun potilaalle tehdään psykiatrinen arvio, voidaan laatia turvasuunnitelma, jonka on todettu vähentävän itsemurhayrityksen uusiutumista puolen vuoden ajan. Kun psykiatrinen arvio on tehty ja tultu siihen tulokseen, ettei psykiatriseen hoitoon ohjaaminen ole välttämätöntä, potilaan täytyy saada ohjeet, minne ja miten hän voi olla yhteydessä, mikäli itsetuhoisia ajatuksia tulee uudestaan. (Väänänen, 2020)

Muita hoitokeinoja ovat kognitiivinen käyttäytymisterapia, puhelimitse toteutettava seuranta sekä erilaiset älypuhelinsovellukset (Väänänen, 2020). Itsetuhoisella potilaalla voidaan käyttää myös lääkehoitoa, joka on suunniteltava siten, että siinä huomioidaan potilaan psykiatriset häiriöt ja muu lääkehoito. Masentuneella masennuslääkkeiden käyttö vähentää itsetuhoisuutta. Hoitoon on tärkeä ottaa mukaan potilaan perhe. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: käypä hoito- suositus, 2020)

## **2.7 Itsemurhaa yrittäneen hoitopolku**

Itsemurhaa yrittäneen jatkohoito voidaan yleensä suorittaa avohoidossa, vain pieni osa itsemurhaa yrittäneistä tarvitsee psykiatrista sairaalahoitoa. Itsemurhavaara yksistään ei riitä tahdostariippumattoman hoidon aiheeksi. Tahdostariippumaton hoito hyväksytään silloin, kun potilaan todellisuudentaju on häiriintynyt, hän on vaaraksi itselleen sekä silloin kun muut mielenterveyspalvelut eivät riitä hänen hoitoonsa. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: käypä hoito- suositus, 2020; Väänänen, 2020)

Potilas voidaan ohjata avohoitoon vapaaehtoisläheteellä silloin, kun itsemurhayrityksen somaattiset vaikutukset ovat pienet ja potilas on sitoutunut hoitoon. Avohoidossa potilaalle täytyy kuitenkin turvata päivystysluonteinen apu. Avohoidossa arvioidaan itsemurhan vaaraa sekä tehdään psykiatrinen konsultaatio. (Väänänen, 2020)

Itsemurhaa yrittänyt potilas voidaan joskus ohjata myös perusterveydenhuollon vuodeosastolle. Potilas ohjataan sinne, silloin kun itsemurhariski on vähäinen tai silloin, kun potilas ei itse myönnä itsemurhanvaaraa. Perusterveydenhuolto on yhteydessä psykiatrisen poliklinikan kanssa ja heillä on oltava konsultaatiomahdollisuus erikoissairaanhoidon. Potilas ohjataan erikoissairaanhoidon silloin, kun itsemurhayritys on johtanut vakaviin somaattisiin haittoihin, itsemurhavaara on suuri tai kun potilas on psykoottinen eikä sitoudu hoitoon, sekä silloin kun potilas sitoutuu hoitoon muttei sovellu avohoitoon tai perusterveydenhuollon vuodeosastolle. (Väänänen, 2020)

## **3 Turvasuunnitelma itsetuhoisen potilaan hoitotyössä**

Turvasuunnitelma laaditaan itsemurhaa yrittäneille henkilöille tai muille, joiden itsemurhariski arvioidaan suurentuneen. Suunnitelma on tarkoitettu kaiken ikäisille, nuorista vanhuksiin.

Menetelmää voivat käyttää työnsä apuna sairaanhoitajat, psykologit, lääkärit, sosiaalityöntekijät sekä terveydenhoitajat. Turvasuunnitelma laaditaan aina yhdessä potilaan kanssa. Yleensä turvasuunnitelmaa aloitetaan tekemään itsemurhariskin arvioinnin jälkeen. (Jylhä & Isometsä, 2020; Moscardini ym., 2020; Ghahramanlou-Holloway ym., 2014)

### 3.1 Turvasuunnitelman teko ja askeleet

Turvasuunnitelma teossa korostuu ammattilaisen ja potilaan yhteistyö. Turvasuunnitelmaa tehdessä potilaan täytyy olla henkisesti tilassa, jossa hän pystyy tarkastelemaan omaa tilannettaan. Ammattilaisen on annettava potilaalle psykoedukaatiota itsemurhatuntemusten vaihtelevasta luoneesta. Potilaan tehtäväksi jää antaa mahdollisimman tarkka kuvaus tapahtumista ennen itsetuhoista kriisiä, tapahtumista sen aikana ja sen jälkeen. Tapahtumaketjuja tarkastellessa potilas oppii tuntemaan reaktiotapansa ja potilas voi opetella vaihtoehtoisia toimintatapoja. Potilaan tulisi miettiä itsemurhayritykseen johtaneen tilanteen yksityiskohdat. Mikä oli tilanteen laukaiseva tekijä, mitä ajatuksia, tunteita ja kehontuntemuksia potilaalla oli, mitä seurauksia tilanteesta aiheutui ja, mikä oli potilaan reaktio tapahtumiin. Potilaan täytyy antaa kertoa tilanteestaan omin sanoin, se helpottaa turvasuunnitelmaan käytettävien varomerkkien ja toimintojen tunnistamista. (Jylhä & Isometsä, 2020)

Turvasuunnitelman tavoitteena on ymmärtää potilaan käyttäytymistä ja opetella uusia toimintamalleja. Tarkoituksena on tehdä lista selviytymisstrategioista ja toiminnoista, sekä tukea antavista henkilöistä, joihin potilas voi olla yhteydessä. Tämän lisäksi mietitään syitä, joiden vuoksi potilas haluaa elää. Tämän avulla potilas ja ammattilainen voivat miettiä yhdessä kriisin tunnusmerkit ja tuottaa listan selviytymisstrategioista. Turvasuunnitelman teko kestää noin 20–45 minuuttia. (Jylhä & Isometsä, 2020)

Turvasuunnitelman valmistuttua on tärkeää miettiä potilaan kanssa, kuinka todennäköisesti potilas sitä käyttää. On ratkaistava mahdolliset turvasuunnitelman käytön ongelmat ja vaikeudet. Yksi keino, jolla lisätään potilaan motivaatiota käyttää turvasuunnitelmaa, on pyytää potilasta tunnistamaan suunnitelman hyödylliset kohdat. Kun potilas on kertonut halukkuutensa käyttää turvasuunnitelmaa, potilaalle annetaan alkuperäinen turvasuunnitelman asiakirjamalli ja kopio tallennetaan potilaskertomukseen. Potilaan kanssa sovitaan turvasuunnitelman säilytyspaikka ja miten tai mistä se haetaan kriisin aikana. Turvasuunnitelmasta voi tehdä useamman kopion ja se

voi olla eri muodoissa, jolloin sen voi laittaa esimerkiksi lompakkoon tai puhelimeen.

Turvasuunnitelman käyttöä täytyy harkita ja jokaisen askeleen tarkoituksenmukaisuus arvioida. (Stanley & Brown, 2012)

Turvasuunnitelma tulee tarkistaa ajoittain, vähintään aina sen käytön jälkeen. Suunnitelma käydään läpi yhdessä potilaan kanssa ja tarvittaessa muokataan sitä. Suunnitelmaa muokataan myös silloin, kun potilaan elinolosuhteissa tai tarpeissa tulee muutoksia. Suositeltavaa olisi seurata turvasuunnitelman askelia vaiheittain, mutta jos potilas kokee olevansa välittömässä vaarassa, tulee potilaan mennä suoraan päivystykseen. (Jylhä & Isometsä, 2020)

Helposti ymmärrettävä turvasuunnitelma vähentää potilaan ongelmanratkaisutaakkaa, silloin kun kyky ajatella selkeästi heikkenee ja kriisi on tulossa. Potilaan ei tarvitse miettiä, miten voi katkaista kriisin, koska strategiat jotka auttavat on kirjoitettu valmiiksi ylös. Häätäteystietoja ei tarvitse etsiä, koska ne on jo valmiiksi koottu. Hyvin tehty turvallisuussuunnitelma on enemmän kuin vain luettelo selviytymisstrategioista. Sillä kun kaikki on kuvattu yksityiskohtaisesti, ne saattavat olla muistutuksia tärkeistä muistoista sekä ihmisistä, jotka välittävät ja joihin voi luottaa.

Turvasuunnitelma voi siis muistuttaa potilasta, että hän ei ole avuton eikä yksin. (Kayman ym., 2016)

Ensimmäinen askel on varomerkkien tunnistaminen. Tunnistetaan varomerkkejä, jotka edelsivät aiempaa itsetuhoista ajattelua. Varomerkit ovat aina yksilöllisiä. Ne voivat sisältää tilanteita, ajatuksia, mielikuvia, ajatusprosseja, mielialoja tai käyttäytymistä. (Jylhä & Isometsä, 2020) Potilaiden on hyvä tunnistaa myös ongelmallisia käyttäytymismalleja, jotka voivat liittyä itsetuhoisuuteen, kuten lisääntyneen ajan viettäminen yksin, vuorovaikutusten välttäminen tai alkoholin juomisen lisääntyminen. Tehokkaimpia itsetuhoisen käyttäytymisen ehkäisykeinoja ovat kriisin kehittymisen havaitseminen ajoissa ja sen pysäyttäminen. Esimerkkejä varomerkeistä voivat olla ärtyneisyys, masentuneisuus ja toivottomuus. (Stanley & Brown, 2012) Varomerkkien ilmaantuessa potilas ottaa turvasuunnitelman esille ja toimii sen mukaisesti (Jylhä & Isometsä, 2020). Turvasuunnitelmaan varomerkkien hyvä kuvaaminen on tärkeää, sillä silloin potilas käyttää suunnitelmaa todennäköisemmin (Stanley & Brown, 2012).

Toinen askel on sisäisten selviytymiskeinojen käyttäminen. Keinot otetaan käyttöön silloin, kun potilas tunnistaa varomerkit. Potilas tekee listan selviytymiskeinoista, joita käyttää omatoimisesti. (Jylhä & Isometsä, 2020) Terapeuttisesti on hyödyllistä, että potilas yrittää selviytyä itsenäisesti



kriisistä. Tässä vaiheessa potilaan kanssa mietitään, mitä hän voi tehdä ilman toisen henkilön apua. Selviytymiskeinot auttavat potilasta ja estävät itsetuhoisen ajattelun. On tärkeää, että potilas itse osallistuu niiden suunnitteluun. Luettelon kärkeen laitetaan selviytymiskeinot, joita on helpoin käyttää ja jotka ovat tehokkaita. Jokainen potilas valitsee omat selviytymiskeinonsa, jotka ovat hänelle henkilökohtaisesti tärkeitä tai toimivaksi todettuja. Näitä voivat olla esimerkiksi kävely, musiikki, suihku, lemmikin kanssa leikkiminen tai liikunta. Toiminnan ensisijaisena tavoitteena on toimia häiriötekijänä kriisissä. (Stanley & Brown, 2012)

Kolmas askel on huomion ohjaaminen pois itsetuhoisista ajatuksista sosiaalisten kontaktien ja tuen avulla. Potilaan kanssa mietitään hänen omasta sosiaalisesta ympäristöstään ihmiset, jotka pystyvät muuttamaan potilaan oloa ja saamaan itsetuhoiset ajatukset pois. Potilaalla ei ole tarkoitus pyytää apua muilta itsetuhoiseen kriisiin, vaan pelkkä seurusteleminen läheisten kanssa voi auttaa itsetuhoisiin ajatuksiin. Käytössä olevat henkilöt listataan järjestyksessä puhelinnumeroineen ja paikan sijainnin tarkkuudella. (Jylhä & Isometsä, 2020)

Neljäs askel on tuen hakeminen perheenjäseniltä tai ystäviltä kriisin ratkaisemiseksi. Jos aikaisemmat askeleet eivät ole auttaneet, potilas voi kertoa läheisilleen itsetuhoisesta ajattelusta. (Jylhä & Isometsä, 2020) Tämä askel erottuu aiemmasta sillä, että potilaat paljastavat muille olevansa itsetuhoisessa kriisissä. Suunnitelmaan sisällytetään pohdintaa, mitä etuja ja haittoja potilaalle on siitä, että itsetuhoinen ajattelu tulee ilmi. Potilas voi listata ne henkilöt, jotka voivat auttaa huomion kääntämisessä pois kriisistä ja henkilöt, jotka voivat auttaa käsittelemään kriisiä. Potilaalta on tärkeä kysyä, kuinka todennäköisesti hän ottaa yhteyttä näihin henkilöihin ja olisiko heistä apua vai voisivatko he mahdollisesti pahentaa kriisiä. On myös otettava huomioon se mahdollisuus, että joskus potilas ei pysty nimeämään ketään, jonka kanssa olisi halukas jakamaan suunnitelmaa. Mahdollisuuksien mukaan potilaalle voidaan nimetä henkilö, jonka kanssa jakaa turvasuunnitelma. (Stanley & Brown, 2012)

Viides askel on yhteyden ottaminen ammattilaisiin. Askel koostuu terveydenhuollon ammattilaisista, jotka auttavat kriisin aikana, sekä heidän puhelinnumeroistaan ja toimipaikoistaan. Potilas voi ottaa yhteyttä ammattilaiseen, jos aikaisempien askelten strategiat eivät auttaneet. Turvasuunnitelmaan sisällytetään ne ammattilaiset, joihin potilas on itse valmis ottamaan yhteyttä. (Jylhä & Isometsä, 2020) Suunnitelmassa tulisi olla ammattilaisia, johon ottaa yhteyttä myös muuna kuin virka- aikaina. Potilaat voivat olla haluttomia ottamaan yhteyttä

ammattilaisiin kriisin aikana, joten suunnitelmaa laatiessa on hyvä keskustella potilaan huolenaiheista tai muista esteistä olla ottamatta yhteyttä ammattilaisiin. (Stanley & Brown, 2012)

Kuudes askel on ympäristön tekeminen turvalliseksi ja turvallinen oleminen siinä. Suuri itsemurhariski on silloin, kun potilaalla on suunnitelma itsensä tappamiseksi, joka sisältää saatavilla olevan murhamenetelmän. Tärkeä osa turvasuunnitelmaa on poistaa itsemurhavälineiden saatavuus elinympäristössä. Itsemurhavälineitä voivat olla lääkkeet, aseet, veitset sekä muut mahdollisesti vaaralliset esineet. Ammattilaisen tulee ottaa huomioon mahdolliset useat eri menetelmät ja rajoittaa niiden saatavuutta. Turvasuunnitelmassa on todettava, mitä turvallisen elinympäristön tekemiseen tarvitaan. (Jylhä & Isometsä, 2020) Turvasuunnitelmaan on merkattava toimenpiteet ja mahdolliset rajoitukset turvallisuuden parantamiseksi sekä rajoitusten kesto (Stanley & Brown, 2012).

Seitsemäs askel on syyt elää. Yhdessä potilaan kanssa mietitään hänelle tärkeitä tekijöitä, jotka ovat syitä pysyä hengissä. Yksi tavallinen syy on ihmiset. Syyt kirjataan turvasuunnitelmaan. (Jylhä & Isometsä, 2020)

### **3.2 Turvasuunnitelman tarpeellisuus**

Turvasuunnitelman teko itsemurhaa ajattelevien potilaiden kanssa on tärkeää, koska 11- 50 % henkilöistä kieltäytyy avohoidosta tai lopettaa sen hyvin nopeasti sairaalahoidon jälkeen. Lisäksi noin 60 % potilaista osallistuu vain ensimmäiselle avohoidon käynnille. Avohoitoon osallistuvista henkilöistä 38 % lopettaa käynnit kolmen kuukauden kuluttua, se on huolestuttavaa, koska itsemurhayrityksen jälkeen ensimmäisten kolmen kuukauden ajan henkilöillä on suuri riski itsemurhakäyttäytymiseen. (Moscardini ym., 2020)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että sairaalan henkilökunnasta suurin osa pitää turvasuunnitelmaa hyödyllisenä. Turvasuunnitelma lisää ammattilaisten luottamusta niiden potilaiden kotiuttamiseen, joiden uskotaan olevan vaarassa joutua itsemurhaan. (Moscardini ym., 2020)

### 3.3 Turvasuunnitelman käytön esteitä

Turvasuunnitelman käytön esteenä voi olla monia asioita. Monet itsemurhaa miettineet eivät ota yhteyttä mielenterveyspalveluihin vaan kriisipuhelimeen yhteydenotto voi olla helpompaa. Kriisipuhelinkeskuksissa saattaa olla tarkka aika puhelujen pituudelle, joten aika ei välttämättä riitä turvasuunnitelman laatimiseen. Kriisipuhelin työntekijät ovat kuitenkin avainasemassa itsemurhien ehkäisyssä. Tästä johtuen turvasuunnitelman tekeminen puhelun aikana olisi hyödyllistä. (Labouliere ym., 2020, ss. 7-9). Jotkut potilaat saattavat tuntea turvasuunnitelman käytön taakkana. Tällaisessa tilanteessa heidän ei pitäisi ajatella turvasuunnitelmaa, koska sen tarkoituksena on olla hyödyllinen, eikä lisätä stressiä. (Stanley & Brown, 2012)

Tutkimusta on tehty siitä, että ammattilaisten erillinen koulutus turvasuunnitelman tekoon lisää heidän luottamustaan käyttää sitä. Ilman erillistä koulutusta ammattilaiset saattavat kokea epävarmuutta ja kykyjen riittämättömyyttä laatia turvasuunnitelmaa itsetuhoisen kanssa. Tutkimuksessa kumminkin osa koki, että turvasuunnitelman teko keskeyttäisi normaalin vuorovaikutteisen keskustelun potilaan kanssa. Myös henkilökunnan asenteet voivat vaikuttaa turvasuunnitelman käyttöön. Tutkimuksen mukaan tarvetta voisi olla myös koulutuksen lisäämisessä itsemurhien riskinarviointiin, jonka avulla voitaisiin paremmin tunnistaa potilaat, jotka hyötyisivät turvasuunnitelmasta. (Stewart ym., 2020, ss. 14–15)

Turvasuunnitelmien korkea laatu on varmistettava, sillä se voi vaikuttaa sen tehokkuuteen. Veteraanien keskuudessa laadukkaisiin turvasuunnitelmiin on liittynyt vähemmän psykiatrista sairaanhoitoa. Turvasuunnitelmaan tehoon vaikuttaa sen tekotapa, jos potilas tekee turvasuunnitelman ilman ammattilaisen apua se vaikuttaa suunnitelman valmistumiseen ja säilyttämiseen. (Moscardini ym., 2020)

### 3.4 MYPLAN turvasuunnitelma sovellus

MYPLAN on tanskalaisten kehittämä sovellus älypuhelimiin, joka on mallinnettu Stanleyyn ja Brownin paperipohjaisen turvallisuussuunnitelman mukaan. MYPLAN on kehitetty vuonna 2012 ja sen alkuperäistä versiota kehitettiin vuosina 2015-2017. Nykyään sovellus on saatavilla englanniksi, tanskaksi ja norjaksi, sen voi ladata Androidille sekä iPhonelle. (Buus ym., 2019)

Sovellus koostuu tyhjästä tiloista, joihin käyttäjä syöttää tietoja omista itsemurha kriisin oireista, jotka yhdistetään selviytymisstrategioihin. Sovellus sisältää myös suorat linkit henkilön valitseisiin yhteystietoihin. Lisäksi sovelluksesta löytyy häiriötekijöitä, kuten linkkejä musiikkiin ja videoihin. Lisäominaisuuksina ovat valmiiksi kirjoitetut viestit, jotka voidaan lähettää vaikeissa tilanteissa helpottamaan yhteydenpitoa ja viestintää sekä pääsy muiden sovelluksen käyttäjien selviytymisstrategioihin, joista voi saada inspiraatiota. MYPLAN sovelluksesta ei ole vielä tarpeeksi kattavia tutkimuksia, mutta ajatellaan, että älypuhelinsovellus, joka on käden ulottuvilla lähes jatkuvasti on tehokkaampi, kuin paperinen turvasuunnitelma. (Aneasson ym., 2017)

#### **4 Aiemmat tutkimukset turvasuunnitelman käytöstä hoitotyössä**

Turvasuunnitelman käytöstä emme löytäneet aikaisempia suomalaisia tutkimuksia. Englanninkielisiä tutkimuksia on tehty useampia. Turvasuunnitelma on kehitetty vuonna 2006, joten tutkimukset aiheesta ovat tuoreita. Useammassa (ks. esim. Labouliere ym, 2020) tutkimuksessa on selvitetty turvasuunnitelman vaikutusta itsemurhiin. Itsemurhasta on tehty useita tutkimuksia ympäri maailmaa. Suomessa on perustettu itsemurhan ehkäisy -hankkeita, joiden avulla itsemurhakuolleisuutta pyritään vähentämään. Tutkimuksissa on selvinnyt, että itsemurhakuolemiin vaikuttavat muun muassa alueelliset erot sekä sosioekonominen asema. (Moscardini ym., 2020)

Labouliere ym. tutkimuksessa selvitettiin turvasuunnitelman toteutettavuutta ja havainnointiin sen tehokkuutta kriisikeskuksissa. Aluksi kohdejoukko koulutettiin turvasuunnitelman käyttöön, koulutuksen jälkeen kohdejoukko vastasi ensimmäiseen haastatteluun. Kun turvasuunnitelmaa oli hyödynnetty yhdeksän kuukautta kohdejoukko vastasi uuteen haastatteluun. Tutkimuksessa selvisi, että turvasuunnitelma on toteutettavissa ja hyödyllinen. (Labouliere ym., 2020, ss. 7-9)

Stewart ym. tutkimuksessa selvitettiin turvasuunnitelman toteutettavuutta ja hyödyllisyyttä. Tutkimuksessa 12 yliopiston terveydenhoitajaa suoritti kahden tunnin koulutuksen turvasuunnitelmaan. Heti koulutuksen jälkeen kohdejoukko vastasi haastattelulomakkeeseen ja seuraavan kerran 10 viikkoa myöhemmin. Haastattelulomakkeessa arvioitiin turvasuunnitelman käyttöä, hyödyllisyyttä ja, kuinka usein suunnitelmaa tehtiin. Tutkimuksessa saatiin selville, että kaikki piti turvasuunnitelmaa hyödyllisenä ja vastaajat luottivat, että itsemurhariskin hallinta

lisääntyi. Kaksi komasosaa vastaajista ottivat turvasuunnitelman käyttöön. (Stewart ym., 2020, s. 14-15)

Moscardini ym. tutkimuksessa selvitettiin, mitkä tekijät vaikuttavat turvasuunnitelman tehokkuuteen. Tutkimuksessa tarkasteltiin turvasuunnitelman tekijöiden koulutusta, tilanteita, joissa ammattilaiset ottivat turvasuunnitelman käyttöön, turvasuunnitelman askeleiden käyttöä ja henkilökohtaisia tekijöitä, jotka vaikuttivat turvasuunnitelman laatimiseen. Osallistujat vastasivat verkkopohjaiseen lomakehaastatteluun. Tulokset osoittivat, että useimmat ammattilaiset olivat saaneet koulutusta turvasuunnitelman käytöstä. Ammattilaiset, jotka ilmoittivat altistumisesta itsemurhalle, tekivät todennäköisemmin turvasuunnitelmia potilaiden kanssa. Tuloksista selvisi myös, että lähes 70% kohderyhmästä ilmoitti tarvitsevansa lisäkoulutusta turvasuunnitelman käyttöön. (Moscardini ym., 2020)

## **5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja opinnäytetyön tehtävät**

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Tutkimuksessa selvitettiin turvasuunnitelman käyttöä itsetuhoisen potilaan hoitotyössä. Aineisto kerättiin sähköisen lomakehaastattelun avulla.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten turvasuunnitelmaa hyödynnetään hoitotyössä sekä juurruttaa turvasuunnitelman käyttöä. Opinnäytetyössä tuotettiin tietoa, miten turvasuunnitelmaa käytetään tällä hetkellä potilaan hoidossa. Opinnäytetyön avulla pyrittiin edistämään turvasuunnitelman käyttöä itsetuhoisen potilaan hoitotyössä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia turvasuunnitelman käytöstä itsetuhoisen potilaan hoitotyössä. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää mitä hyötyä turvasuunnitelman käyttämisestä on itsetuhoisen potilaan hoidossa hoitajien näkökulmasta tarkasteltuna.

Tutkimustehtävät:

1. Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on turvasuunnitelman käytöstä itsetuhoisen potilaan hoitotyössä?

2. Minkälaisista hyötyä hoitajat kokevat turvasuunnitelman käytöstä olevan itsetuhoisen potilaan hoitotyössä?

## 6 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät

Tässä luvussa kerromme laadullisesta tutkimusmenetelmästä, jota on käytetty tässä opinnäytetyössä. Luvussa kerrotaan myös opinnäytetyön aineiston keräämisestä.

### 6.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, jossa pyritään ymmärtämään kohteen ominaisuuksia, laatua ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti (Jyväskylän yliopisto, 2021). Laadullisella tutkimusmenetelmällä tarkastellaan merkityksen maailmaa, joka on ihmisten välinen. Tutkimuksen tavoitteena on tavoittaa ihmisten omat kuvaukset koetusta todellisuudesta. Laadulliseen tutkimukseen sisältyy kysymys: mitä merkityksiä tutkimuksessa tutkitaan? Tutkimuksen tekijöiden on siis määriteltävä tutkitaanko kokemuksiin vai käsityksiin liittyviä merkityksiä. Kokemus on aina ihmisen omakohtainen, kun taas käsitykset kertovat yhteisön perinteistä ja tavoista ajatella. (Vilkka, 2021)

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena ei ole totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta, vaan tutkimisen aikana muodostuneiden tulkintojen avulla näyttää jotakin, joka on välttämätöntä havainnon tavoittamattomissa. Tutkimusten tavoite on ratkaista erilaisia arvoituksia, joiden avulla luodaan malleja, ohjeita toimintaperiaatteita, tietoa ja kuvauksia tutkittavasta asiasta. (Vilkka, 2021)

### 6.2 Aineiston kerääminen

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tutkimusaineistoa voidaan kerätä monilla eri tavoilla. Usein tutkimusaineisto kerätään haastatteluina. Tutkimusmenetelmän tutkimushaastattelumuotaja ovat teemahaastattelu, lomakehaastattelu ja avoin haastattelu. Yleensä tutkimushaastatteluja tehdään yksilöhaastatteluina, mutta voidaan käyttää myös pari- tai ryhmähaastatteluja. (Vilkka, 2021)

Opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui lomakehaastattelu eli stukturoitu haastattelu. Strukturoidussa haastattelussa tutkija päättää ennalta kysymysten muodon ja esittämisjärjestyksen. Lomakehaastattelu tavoittaa vastaajat nopeasti ja helposti. Vastaaja saa itse valita ajankohdan jolloin vastaa haastatteluun, joten se on myös taloudellinen ajallisesti. Covid-pandemian ollessa vielä aktiivinen, on suotavaa vähentää ylimääräisiä ihmiskontakteja joten myös se vaikutti haastattelumenetelmän valintaan.

Stukturoitu haastattelu on hyvä aineiston keräämisen tapa silloin, kun tutkimusongelma ei ole kovin laaja ja tavoitteena on yhtä asiaa koskevien näkemysten, käsitysten, mielipiteiden tai kokemusten kuvaaminen. Opinnäytetyössä tutkitaan hoitajien turvasuunnitelman käyttöä itsetuhoisilla potilailla hoitajien kokemusten perusteella. (Vilka, 2021)

Opinnäytetyön sähköinen lomakehaastattelu koostui kahdeksasta kysymyksestä, joista kaksi ensimmäistä olivat suljettuja taustakysymyksiä ja loput kuusi avoimia kysymyksiä. Opinnäytetyön tekijät laativat kysymykset opinnäytetyön teoriapohjan ja tutkimuskysymysten avulla.

Kysymyksistä pyrittiin tekemään yksinkertaisia ja mahdollisimman selkeitä, jotta osallistujat ymmärtäisivät kysymykset. Lomakehaastattelu pyrittiin pitämään mahdollisimman lyhyenä, jotta vastaajat pystyisivät vastamaan lomakkeessa oleviin kysymyksiin mahdollisimman laajasti. Ennen lomakkeeseen vastaamista, vastaajat saivat luettavakseen saatekirjeen (liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksellisen opinnäytetyön ja siihen liittyvän haastattelun toteuttamisesta. Linkki lomakkeeseen lähetettiin opinnäytetyön yhteyshenkilölle, joka lähetti sen edelleen vastaajille. Opinnäytetyön vastauksia on käsitelty sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyöntekijät lähettivät saatekirjeen ja sähköisen lomakkeen sairaalan yhteyshenkilölle, joka välitti ne osastonhoitajille ja osastonhoitaja edelleen hoitohenkilökunnalle. Sähköinen haastattelulomake lähetettiin 20:lle hoitohenkilökunnan jäsenelle, joista osa työskentelee osastolla ja osa avohoidossa. Osallistujat saivat oman mielenkiinnon mukaan päättää osallistuvatko haastatteluun.

Haastattelulomake pyrittiin laatimaan niin, että osallistujat pystyivät vastaamaan siihen työajalla, eikä sen vastaamiseen menisi liikaa aikaa. Microsoft Forms- haastattelun muodostaman keskiarvon mukaan osallistujilla meni noin 20 minuuttia vastata lomakkeeseen. Vastaajille annettiin aluksi kaksi viikkoa aikaa vastata lomakkeeseen, vastausaikaa kumminkin pidennettiin ja lopulta

vastaajilla oli kuukausi aikaa vastata haastatteluun. Lisäksi opinnäytetyöntekijät muistuttivat kuukauden aikana kaksi kertaa osallistujia lomakkeesta.

### 6.3 Sisällönanalyysi aineiston analyysienetelmänä

Opinnäytetyön vastaukset kuvattiin deduktiivisella analyysillä. Deduktiivisella analyysillä halutaan testata olemassa olevaa tietoa. Deduktiivisessa analyysissä luodaan analyysirunko, jonka ympärille etsitään sisällöllisesti sopivia asioita aineistosta. Sisällönanalyysissä pyritään tuomaan esille vastauksissa esiintyvät yhtäläisyydet ja erot, sekä kuvata niitä sanallisesti. (Immonen, 2018; Leinonen, 2018)

Sisällönanalyysin käyttämisen prosessiin kuuluu analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, sen luokittelu, tulkinta, sekä luotettavuuden arviointi. Ensimmäisessä vaiheessa eli redusoinnissa sisällönanalyysissä aineisto pelkistetään ja haetaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Pelkistämisen jälkeen aineistoa ryhmitellään, eli etsitään vastauksista yhtäläisyyksiä ja eroja. Nämä ilmaisut ryhmitellään, eli kluseroidaan. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään omaksi luokakseen, jotka nimetään. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, ss. 26–29; Tuomi & Sarajärvi 2009, ss. 110–120)

Ryhmittelyvaiheen jälkeen aineisto abstrahoidaan, eli samansisältöiset luokat yhdistetään yläluokiksi. Yläluokat yhdistetään vielä pääluokiksi, jolloin saadaan ilmiöitä yhdistävä käsite. Tutkimuksen tuloksissa kuvataan luokittelujen perusteella tehdyt käsitteet, kategoriat sekä niiden sisällöt. Ryhmittelyvaiheessa hyödynnettiin hoitoprosessia, ja mietittiin hoitajien kuvaksia suhteessa hoitoprosessiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, ss. 26–29; Tuomi & Sarajärvi 2009, ss. 110–120)

Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi alkoi aineiston tarkastelulla. Aineisto liitettiin Microsoft Word-ohjelmaan, jossa oli jokaisen kysymyksen alla vastaukset kyseiseen kysymykseen. Aineistoa kertyi kaksi sivua. Aineisto oli suhteellisen niukka, joka hankaloitti aineiston analyysia. Aineistoa luettiin läpi usean kertaan etsien vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tämän myötä aineistosta karsiutui epäoleellinen pois. Vähäisestä vastausmäärästä johtuen vastaukset luokiteltiin kategorioihin: turvasuunnitelma ennaltaehkäisevänä välineenä, turvasuunnitelma hoitokeinona, turvasuunnitelma hoidon toteuttamisen välineenä ja turvasuunnitelma omahoidon välineenä. Tulosten perusteella kirjattiin johtopäätökset.



## 7 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön kohderyhmänä oli 20 hoitohenkilökunnan jäsentä, jotka työskentelivät osastolla tai avohoidon puolella, haastatteluun vastasi heistä kuusi. Haastattelu lomakkeesta saatu aineisto oli sen verran kapea, että aineistoa kuvataan hoitoprosessin kautta.

### 7.1 Turvasuunnitelma itsemurhaa yrittäneen hoidossa

Kun vastaajilta kysyttiin turvasuunnitelman käyttämisestä ennaltaehkäisevänä välineenä, vastaajat olivat yksimielisiä siitä, että turvasuunnitelma luodaan itsetuhoiselle- tai itsemurhaa yrittäneelle potilaalle. Keskeisinä asioina nousi turvasuunnitelman yksinkertaisuus ja helppous.

Turvasuunnitelma tehdään ennaltaehkäisevänä toimena, jolloin hädän tullessa se on valmiina ja helposti saatavilla, sekä ”helppo kaivaa esiin.” Kun potilaalla tulee itsetuhoisia ajatuksia, korostuu suunnitelman selkeys. ”Kun oma mieli menee paniikkiin, potilaan on helppo kaivaa suunnitelma esiin.” Turvasuunnitelman on oltava helppolukuinen ja selkeä, jolloin potilaan on helppo lukea ja seurata turvasuunnitelman askelia kriisin hetkellä. Turvasuunnitelman teko on myös puheeksioton väline itsetuhoiselle potilaalle.

Vastaajilta kysyttiin turvasuunnitelmasta hoidon toteuttamisen välineenä, aineistosta kävi ilmi, että turvasuunnitelma laaditaan itsetuhoiselle potilaalle yhdessä hoitajan kanssa.

Turvasuunnitelma laaditaan osastojaksoon liittyvien kotiharjoitteluiden yhteydessä tai kotiutustilanteessa. Vastaajien mukaan turvasuunnitelman tekoon käytetty aika vaikuttaa potilaan sitoutumiseen turvasuunnitelman käytössä. Turvasuunnitelmasta tulisi tehdä mahdollisimman konkreettinen, jotta itsetuhoisen potilaan on helppo käyttää suunnitelmaa. Potilailla voi olla jo totuttuja käyttäytymismalleja, joiden muuttaminen vie aikaa.

Turvasuunnitelma tulisi tehdä optimaalisena hetkenä, eikä silloin kun potilaalla on itsetuhoisia ajatuksia. Ongelmakohtiksi nousi potilaiden yksinäisyys ja potilaan oma sitoutuminen. ”Potilaan saattaa olla vaikea löytää ihmistä joihin voi olla yhteydessä.” Mikäli potilaalla ei ole läheisiä, on turvasuunnitelmasta heti yksi askel pois. ”Osa varmasti hyötyy, JOS sitoutuu”. Sitoutuminen nousi aineistossa useasti ilmi. Potilaat eivät aina koe itse suunnitelmaa merkittävänä, eivätkä jaksa tai halua sitoutua sen tekoon, jolloin suunnitelmasta ei tule realistista.

Vastaajilta kysyttiin turvasuunnitelmasta omahoidon välineenä. Jo turvasuunnitelman tekovaiheessa turvasuunnitelma aktivoi potilasta itseään osallistumaan aktiivisemmin omaan hoitoonsa. Valmiin turvasuunnitelman avulla potilaan tulee itse mietittyä itsetuhoisuudelle vaihtoehtoisia toimintatapoja nähdessään konkreettisesti eri askeleiden vaiheet turvasuunnitelmassa. Turvasuunnitelmaan kirjatut varomerkit opettavat potilasta tunnistamaan muutokset omassa voinnissaan ja ennakoimaan itsetuhoisuutta. Vastauksissa kuvattiin tilannetta, jossa potilaalla oli kotiloman aikana tullut itsetuhoisia ajatuksia. Potilas ei ehtinyt kokeilemaan turvasuunnitelman muita askelia, mutta palasi ennenaikaisesti kotiharjoittelusta takaisin osastolle.

Vastaajilta kysyttiin turvasuunnitelman hyödyistä hoitotyön keinona. Hoitajien kokemuksen mukaan turvasuunnitelma haastaa itsetuhoista potilasta miettimään, mitä voi tehdä hankalassa tilanteessa. Itsetuhoisen potilas oppii miettimään ratkaisuja ja selviytymiskeinoja hankalista tilanteista ylipääsemiseksi. Potilas oppii myös tunnistamaan varomerkkejä, jotka johtavat itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Parhaimmillaan suunnitelma ohjaa potilasta valitsemaan toisenlaisen selviytymisreitin hankalasta tilanteesta ja ”mieleen rakentuu erilaisia vaihtoehtoja vaarallisimman rinnalle.” Turvasuunnitelman olemassaolo voi jo itsessään lisätä potilaan turvallisuudentunnetta.

## **8 Pohdinta, eettisyys sekä luotettavuus**

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten turvasuunnitelmaa hyödynnetään hoitotyössä sekä juurruttaa turvasuunnitelman käyttöä. Tavoitteena oli edistää turvasuunnitelman käyttöä itsetuhoisen potilaan hoitotyössä.

Lomakehaastatteluun vastanneiden määrä opinnäytetyössä oli suhteellisen pieni, vastauksista löytyi kuitenkin yhtäläisyyksiä aiemmin tehtyjen tutkimusten kanssa. Yhtäläisyyksiä aiempiin tutkimuksiin verrattuna oli muun muassa potilaan sitoutumisen vaikutus turvasuunnitelman tehokkuuteen. Vastauksista nousi esille, että potilaan sitoutumiseen vaikuttaa turvasuunnitelman tekoon käytetty aika ja myös se, milloin turvasuunnitelma tehdään. Nämä sitoutumiseen vaikuttavat asiat tulivat esiin myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Aikaisemmissa tutkimuksissa tärkeäksi asiaksi oli noussut hoitajille annettu koulutus turvasuunnitelman käytöstä. Vastauksista ei käynyt ilmi, miten paljon vastaajat ovat saaneet koulutusta turvasuunnitelman käytöstä. Selvää

on kuitenkin se, että osalle vastaajista turvasuunnitelma on pelkästään väline, kun taas osa on sisäistänyt sen syvemmän merkityksen. (Moscardini ym., 2020; Stewart ym., 2020 ss. 14–15)

Opinnäytetyömme kysymyksenä oli, minkälaisia kokemuksia hoitajilla on turvasuunnitelman käytöstä itsetuhoisen potilaan hoitotyössä. Lomakehaastatteluun vastaajat olivat yksimielisiä siitä, että turvasuunnitelma tehdään itsetuhoiselle potilaalle. Turvasuunnitelma tehdään yleensä potilaan hoitajakson lopussa kotiutumisvaiheessa, tästä johtuen hoitajilla ei juurikaan ollut kokemusta turvasuunnitelman eri vaiheista. Tästä voimme päätellä, että turvasuunnitelmaa ei juurikaan käytetä osana itsetuhoisen potilaan hoitoprosessia. Turvasuunnitelmaa pidetään vastauksien perusteella välineellisenä keinona itsetuhoisuuden hoidossa. Turvasuunnitelma on laadittu niin, että ammattilainen voisi käyttää sitä myös osana psykoedukaatiota kertomalla itsemurhatuntemusten aaltoilevasta luonteesta. Yhteistä vastauksilla ja aiemmillä tutkimuksilla oli myös turvasuunnitelman yhdessä tekemisen tärkeys. (Stanley & Brown, 2012, s. 258)

Toisena opinnäytetyömme kysymyksenä oli, minkälaista hyötyä hoitajat kokevat turvasuunnitelman käytöstä itsetuhoisen potilaan hoitotyössä. Lomakehaastattelun vastauksista nousi esille muun muassa, miten turvasuunnitelman avulla itsetuhoisen potilas oppii itse miettimään ratkaisuja ja selviytymiskeinoja hankalista tilanteista ylipääsemiseksi, turvasuunnitelmaa voidaan käyttää puheeksioton välineenä, sekä turvasuunnitelma voi lisätä potilaan turvallisuuden tunnetta. Kuten Kayman ym. tutkimuksessaan toteavat, myös opinnäytetyön vastauksissa kävi ilmi turvasuunnitelman yksinkertaisuuden tärkeys. Potilaan mielentilan ollessa epävakaa, ei potilaan tarvitse miettiä miten katkaista kriisi, sillä turvasuunnitelmassa strategiat ovat jo valmiina yksinkertaisessa muodossa. (Kayman ym., 2016)

Opinnäytetyö prosessi venyi arvioitua pidemmälle tekijöiden henkilökohtaisten menojen vuoksi. Teoriatiedon kirjoittaminen ja etsiminen oli suhteellisen helppoa, vaikkakin suomenkielisiä lähteitä koskien turvasuunnitelmaa oli vähän. Itsemurhasta löytyi paljon teoriatietoa ja erilaisia tutkimuksia. Opinnäytetyön vastausmäärä oli toivottua niukempi. Niukkoihin vastausmääriin saattaa myös vaikuttaa hoitajien kiire, jonka seurauksena ei ole enää voimia tai kiinnostusta tehdä mitään ylimääräistä pakollisten töiden lisäksi. Opinnäytetyön tekijöille niukat vastaukset tarkoittivat lisää työtä. Osassa vastauksissa vastattiin ohi kysymyksen, mikä vähensi käytettävien vastausten määrää entisestään. Myös kiire oli läsnä opinnäytetyön loppuvaiheessa. Aikataulujen

yhteensovittaminen ei aina ollut helpoimmasta päästä. Tekijöiden välinen yhteistyö kuitenkin sujui hyvin, ja molemmat osasi joustaa tarvittaessa.

Jatkoa ajatellen voisi turvasuunnitelman käytöstä tehdä laajempaa tutkimusta useammasta sairaanhoitopiiristä ja verrata työntekijöiden syvempää ymmärrystä turvasuunnitelman käytöstä potilaan hoidossa. Tämän haastattelun vastaajista suurin osa käyttää turvasuunnitelmaa pelkästään välineenä, ja pienempi osa taas ymmärtää syvemmän merkityksen.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on laatinut ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet. Nämä eettiset periaatteet soveltuvat ihmistä ja inhimillistä toimintaa koskevaan tutkimukseen. Opinnäytetyössä on mainittu eettisyyden ja luotettavuuden kannalta olennaisimmat ja niitä on pyritty noudattamaan koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen peruslähtökohtana on tutkijoiden ja tutkittavien välinen luottamus. Tutkijan on kunnioitettava tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta, oltava rehellisiä tutkimuksen toteuttamisessa, tutkimustulosten tallentamisessa ja tutkimuksen tulosten arvioinnissa. Tutkijan on toteutettava tutkimuksensa niin, ettei tutkimuksesta aiheudu tutkittavana oleville ihmisille, yhteisöille tai muille tutkimuskohteille merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja. Tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä on oikeus kieltäytyä osallistumisesta. Tutkijat ovat myös perehtyneet aiemmin samasta aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. Lisäksi tarvittavat tutkimusluvut on hoidettava. (Kohonen ym., 2019)

Ennen lomakehaastattelun lähettämistä opinnäytetyön tekijät hakivat tutkimusluvan opinnäytetyöhön. Tutkimusluvan saatua vastaajille lähetettiin linkki lomakehaastatteluun, jossa oli mukana saatekirje. Saatekirjeessä kerottiin tutkimuksen tarkoituksesta sekä tutkimusaineiston luottamuksellisesta käsittelystä. Lomakehaastattelussa ei kysytty osallistujien henkilötiedoiksi luokiteltavia tietoja ja pääsy tutkimusaineistoihin oli vain opinnäytetyön tekijöille. Haastattelu toteutettiin Microsoft forms-lomaketta hyödyntäen. Lomakehaastattelun alussa osallistujilta kysyttiin suostumus osallistua tutkimukseen, lisäksi jokaisella osallistujalla oli oikeus kieltäytyä vastaamasta kysymyksiin, tai keskeyttää vastaaminen kokonaan.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa mietitään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on tuotettu. Laadullista tutkimusta voidaan arvioida samoilla kriteereillä, kun määrällistä tutkimusta. On kumminkin todettu, että nämä kriteeri eivät ole hyviä laadullisen

tutkimuksen arvioinnissa. Laadullista tutkimusta arvioidaan tutkimustyyppin luotettavuuskriteereiden avulla. Luotettavuuskriteereissä painotetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista. Tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että tutkija on ollut riittävän kauan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa, sekä keskustelut tutkijakollegoiden ja tutkimukseen osallistuvien kanssa. Laadullisessa tutkimuksessa eri tutkijat voivat päätyä eri tulkintoihin, joka perustuu laadullisen tutkimuksen perusoletuksiin todellisuudesta. Eri tulkinnat hyväksytään, koska todellisuuksia on monia. Refleksiivisyys on yksi laadullisen tutkimuksen kriteereistä ja se tarkoittaa, että tutkijan on tiedettävä omat lähtökohtansa ja arvioitava, kuinka hän tutkijana vaikuttaa aineistoon sekä tutkimusprosessiin. (Kylmä ym., 2003)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä kuvaamalla aineiston syntyminen sekä sen hankkiminen, purkaminen ja analysointiin käytetyt käsittelyt mahdollisimman tarkasti. Lisäksi tutkimusprosessin valinnat, ongelmat ja haasteet on hyvä tarkastella huolellisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006)

Opinnäytetyössä käytettiin aluksi runsaasti aikaa teorian tiedon keräämiseen ja sen käsittelyyn sekä perehdyttiin itse turvasuunnitelmaan. Opinnäytetyön lomakehaastattelussa käytetyt kysymykset pohjautuivat teoreettiseen viitekehukseen, joka kirjoitettiin tieteellisen sekä tutkimuksellisen tiedon pohjalta. Opinnäytetyössä käytettiin lähteitä eri tietokannoista muun muassa Google Scholarista, Chinalista sekä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Opinnäytetyössä käytettyihin lähteisiin suhtauduttiin kriittisesti arvioiden niiden luotettavuutta. Haastattelulomakkeeseen vastaajat työskentelivät itsetuhoisen ihmisten parissa, joten vastaajilla oli tarpeeksi tietoa turvasuunnitelmasta.

Tutkimuksen tuloksia opinnäytetyöntekijät käsittelivät yhdessä ja niitä pyrittiin miettimään monesta eri näkökulmasta. Opinnäytetyössä on avattu tietoa tutkimusaineiston hankkimisesta, purkamisesta ja analysoinnista, joka lisää tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Opinnäytetyötä on arvioitu kriittisesti koko prosessin ajan ja epäkohtiin on puututtu muuttamalla ne toimiviksi.

## Lähteet

Andreasson, K., Krogh, J., Bech, P., Frandsen, H., Buus, N., Stanley, B., Kerkhof, A., Nordentoft, M. & Erlangsen, A. (2017). MYPLAN -mobile phone application to manage crisis of persons at risk of suicide: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *18*(1), 171.

<https://doi.org/10.1186/s13063-017-1876-9>

Anita Saaranen-Kauppinen & Anna Puusniekka. 2006. *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

[https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_3\\_3.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_3.html)

Buus, N., Juel, A., Haskelberg, H., Frandsen, H., Larsen, J. L. S., River, J., . . . Erlangsen, A. (2019). User Involvement in Developing the MYPLAN Mobile Phone Safety Plan App for People in Suicidal Crisis: Case Study. *JMIR mental health*, *6*(4), e11965. <https://doi.org/10.2196/11965>

Chu, C., Klein, K. M., Buchman-Schmitt, J. M., Hom, M. A., Hagan, C. R. & Joiner, T. E. (2015). Routinized Assessment of Suicide Risk in Clinical Practice: An Empirically Informed Update. *Journal of clinical psychology*, *71*(12), 1186—1200. <https://doi.org/10.1002/jclp.22210>

Dumon E., & Portzky, G. (2014.) *Itsemurhan ehkäisyn yleiset ohjeet*.

<https://thl.fi/documents/974282/1449788/Itsemurhan+ehkäisyn+yleiset+ohjeet.pdf/341f5970-e1da-4d2b-859b-6e14b129f253>

Dumon, E. & Portzky, G. (2013). *Itsemurhan ehkäisyn yleiset ohjeet*. The Health programme of the European Union.

<https://thl.fi/documents/974282/1449788/Itsemurhan+ehkäisyn+yleiset+ohjeet.pdf/341f5970-e1da-4d2b-859b-6e14b129f253>

Duodecim. (n.d.) Käypä hoito -suositus: *Turvasuunnitelmasta ja psykososiaalisista menetelmistä tukea itsemurhaa yrittäneelle*. <https://www.duodecim.fi/2020/01/09/kaypa-hoito-suositus-turvasuunnitelmasta-ja-psykososiaalisista-menetelmista-tukea-itsemurhaa-yrittaneelle/>

ETELA-SAVON HYVINVOINTIALUE. (n.d.). Apua-Ajoissa! -hanke. <https://etela-savo.fi/muutosohjelma/apua-ajoissa-hanke/>

Ghahramanlou-Holloway, M., Brown, G. K., Currier, G. W., Brenner, L., Knox, K. L., Grammer, G., . . . Stanley, B. (2014). Safety Planning for Military (SAFE MIL): Rationale, design, and safety considerations of a randomized controlled trial to reduce suicide risk among psychiatric inpatients. *Contemporary clinical trials*, *39*(1), 113-123. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.07.003>

Halt, A-H., Jääskeläinen, E., Riipinen, P., Tahvanainen, M. (2021). *Miten itsemurhariskiä voidaan arvioida?* Duodecim 9/2021 <https://www.duodecimlehti.fi/duo15799>

Heikkinen- Pelttonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. (2008). *Mieli ja terveys*. Edita Publishing Oy.

Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (2017). *Psykiatria*. Duodecim.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. (2016). *Käytännön mielenterveystyö*. Sanoma Pro Oy.

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/teemoittelu/>

Immonen, K. (1.11.2018). *Sisällön analyysi: induktiivista vai deduktiivista?* Soveltaminen terveystieteissä. <http://immonenkati.blogspot.com/2018/11/sisallon-analyysi.html>

Juhlia, K. (n.d.). *Teemoittelu*. Tampere: Yhteiskuntatieteiden tietoaarkisto

Jylhä, P., & Isometsä, E. (2020). *Itsemurhaa yrittäneen turvasuunnitelma*. Duodecim.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo15944>

Jyväskylän yliopisto. (2021). *Laadullinen tutkimus*.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P., Schubert, C. & Seuri, T. (2012). *Mielenterveyshoitotyö*. Sanomapro oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. (2009). *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOYpro Oy.

Kayman, D. J., Goldstein, M. F., Wilsnack, J. & Goodman, M. (2016). Safety Planning for Suicide Prevention. *Current treatment options in psychiatry*, 3(4), 411–420.

<https://doi.org/10.1007/s40501-016-0099-0>

Käypä hoito. (2020.) *Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito*.

[https://www.kaypahoito.fi/hoi50122?utm\\_source=kotisivut&utm\\_medium=tiedote&utm\\_campaign=itsemurha](https://www.kaypahoito.fi/hoi50122?utm_source=kotisivut&utm_medium=tiedote&utm_campaign=itsemurha)

Kohonen, I., Kuula-Luumi, A., & Spoof, S. K. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. *Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje*, 2021—01.

Kylmä, J., Vehviläinen- Julkunen, K. & Lähdevirta, J. *Laadullinen terveystutkimus; mitä, miten ja miksi?* Duodecim 7/2003 <https://www.duodecimlehti.fi/duo93495#s4>

Labouliere, C. D., Stanley, B., Lake, A. M., & Gould, M. S. (2020). Safety planning on crisis lines: feasibility, acceptability, and perceived helpfulness of a brief intervention to mitigate future suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1), 29-41. s. 1—16.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7507118/pdf/nihms-1624485.pdf>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2001). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy

Leinonen, R. (12.12.2018). *Sisällönanalyysi*. <https://spoken.fi/sisallonanalyysi/>

Mielenterveystalo. (n.d.) *Häiriöt ja ongelmat, itsetuhoisuus*.

[https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa\\_mielenterveydesta/nuorten\\_mielenterveysongelmat/Pages/itsetuhoisuus.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/itsetuhoisuus.aspx)

Moscardini, E. H., Hill, R. M., Dodd, C. G., Do, C., Kaplow, J. B. & Tucker, R. P. (2020). Suicide Safety Planning: Clinician Training, Comfort, and Safety Plan Utilization. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6444. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186444>

Partonen, T. (2020). *Uusia toimenpiteitä tarvitaan itsemurhien ehkäisemiseksi*.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo15928>

Pulkkinen, P. & Vesanen, P. (2017). *Itsemurhavaarassa olevan potilaan tunnistaminen*. Duodecim.

<https://www-terveysportti-fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*.

Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto.

[https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_4.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html)

Satasairaala. (n.d.) *Itsemurhien ehkäisy Satakunnassa*.

<https://www.satasairaala.fi/tutkimus/kaynnissa-olevat-hankkeet/itsemurhien-ehkaisy-satakunnassa>

Solin, P., & Partonen, T. (2017). *Tunnista itsemurhan vaara! Itsemurhavaaran tunnistaminen ja sanallistaminen vastaanotolla*. Duodecim 15/2017. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13830>

Stanley, B. & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 256—264.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

Stewart, K. L., Darling, E. V., Yen, S., Stanley, B., Brown, G. K., & Weinstock, L. M. (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(sup1), 75—85.

[https://www.researchgate.net/publication/328179773\\_Dissemination\\_of\\_the\\_Safety\\_Planning\\_Intervention\\_SPI\\_to\\_University\\_Counseling\\_Center\\_Clinicians\\_to\\_Reduce\\_Suicide\\_Risk\\_Among\\_College\\_Students/link/5d9ba5b6458515c1d39e489b/download](https://www.researchgate.net/publication/328179773_Dissemination_of_the_Safety_Planning_Intervention_SPI_to_University_Counseling_Center_Clinicians_to_Reduce_Suicide_Risk_Among_College_Students/link/5d9ba5b6458515c1d39e489b/download)



Tahvanainen, M., Riipinen, P., Jääskeläinen, E., & Halt, A. (2021). *Miten itsemurhariskiä voidaan arvioida*. Duodecim 9/2021 <https://www.duodecimlehti.fi/duo15799>

THL. (2021). *Itsemurhien ehkäisy*. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/itsemurhien-ehkaisy>

THL. (2022). *Itsemurhien ehkäisy -hankkeet*. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveysstrategia/rahoituksen-saaneet-strategiahankkeet/itsemurhien-ehkaisy-hankkeet>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Väänänen, A. (2020). *Itsemurhaa yrittäneen potilaan hoito*. Duodecim <https://www-terveysportti-fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti>

Vilka, H. (2021). *Tutki ja kehitä* (5., päivitetty painos.). PS-kustannus.

Weinstein, J. H., Kroska, E. B. & Walser, R. D. (2021). The empowerment plan: Enhancing the safety plan with a CBS approach to repertoire expansion. *Journal of contextual behavioral science*, 20, 101-107. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.004>

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. [Preventing suicide FI 4.indd \(who.int\)](#)

## Liite 1: Turvasuunnitelma

**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. Päivystyspoliklinikan nimi \_\_\_\_\_  
Päivystyspoliklinikan osoite \_\_\_\_\_  
Päivystyspoliklinikan puh. \_\_\_\_\_

6. Yleinen hätänumero: 112

**Askel 6. Miten teen ympäristöni turvalliseksi itselleni:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Askel 7. Syytä, 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 Jytha ja Erkki Isometsä

Julkaistu 25.5.2020 osana Käypä hoito -suositusta  
Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen henkilön hoito

© Suomalainen Lääkäriseura Duodecim  
www.kaypahoito.fi

**Liite 2: Opinnäytetyön saatekirje****OPINNÄYTETYÖN SAATEKIRJE**

Hei,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijat Milla Makkonen ja Minja Koponen Hämeen ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä osana korkeakouluopintojamme.

Kutsumme mukaan hoitajia, joilla on kokemusta itsetuhoisen potilaan hoitotyöstä. Haluaisimme kuulla sinun kokemuksesi turvasuunnitelman käytöstä osana itsetuhoisen potilaan hoitoa ja miten sinä olet kokenut turvasuunnitelman käytön.

Sinun kokemuksesi on meille tärkeä opinnäytetyön onnistumisen kannalta. Opinnäytetömmme ja sinun kokemuksesi avulla Pirkanmaan sairaanhoitopiiri saa lisää tietoa turvasuunnitelman käytöstä osana itsetuhoisenpotilaan hoitoa.

Opinnäytetyö toteutetaan sähköisen haastattelulomakkeen avulla, johon olemme laatineet valmiit kysymykset koskien turvasuunnitelman käyttöä. Saamaamme aineistoa käsitellään täysin luottamuksellisesti. Haastateltavan tiedot pysyvät salassa, eikä valmiista opinnäytetyöstä pysty tunnistamaan vastaajien henkilöllisyyttä. Haastattelu toteutetaan sähköisesti maaliskuun 2022 aikana.

Yhteistyötä odottaen,

---

Minja Koponen

---

Milla Makkonen

## Liite 3: Lomakehaastattelu

# Turvasuunnitelman käyttö osana itsetuhoisen potilaan hoitoa



1. Suostun osallistumaan opinnäytetyön kyselyyn

Kyllä

En

2. Annan luvan käyttää vastauksiani opinnäytyössä

Kyllä

En

3. Miten turvasuunnitelmaa käytetään osana itsetuhoisen potilaan hoitopolkua?

Kirjoita vastaus

4. Kenelle turvasuunnitelma tehdään?

Kirjoita vastaus

5. Minkälaista hyötyä koet turvasuunnitelmasta olevan itsetuhoiselle potilaalle?

Kirjoita vastaus

6. Kuvaile tilannetta, jossa turvasuunnitelmasta on ollut hyötyä itsetuhoisen potilaan hoitotyössä.

Kirjoita vastaus

7. Mitä haasteita turvasuunnitelman käytössä on?

Kirjoita vastaus

8. Mitä muuta havainnoitavaa sinulla on turvasuunnitelman hyödyntämisestä?

Kirjoita vastaus

Lähetä