

TANJA LAUKKALA*

LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri, Käypä hoito -toimittaja
Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

PEKKA JYLHÄ*

LT, dosentti, linjajohtaja, ylilääkäri
Helsingin yliopisto ja HUS Akuutti- ja konsultaatiopsykiatria

*tasavertainen kirjoittajuus

ERKKI ISOMETSÄ

LT, professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto ja HUS Psykiatria

HANNU KOPONEN

LKT, professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto ja HUS Psykiatria, gero-, neuro- ja riippuvuuspsykiatrian linja

MAURI MARTTUNEN

LT, professori
Helsingin yliopisto ja HUS Nuorisopsykiatria

KRISTIAN WAHLBECK

LT, dosentti, kehitysjohtaja
MIELI Suomen Mielen terveys ry

TAINA LAAJASALO

PsT, oikeuspsykologian dosentti, johtava asiantuntija
THL

ALPO VUORIO

LT, dosentti, työterveyshuollon erikoislääkäri
Helsingin yliopisto, Mehiläinen Airport

SAMI PIRKOLA

Sosiaalipsykiatrian professori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto, Terveystieteet ja TAYS

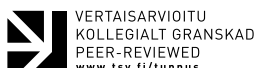
LIITEAINEISTO

pdf-versiossa

www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot

SLL 38/2020



Itsemurhaa yrittäneen psykiatrinen hoito – kysy, kuuntele ja hoida perussairaus

- Suomi on kansainvälisesti verrattuna suurten itsemurhalukujen maa, vaikka viime vuosikymmeninä kuolemat ovat pääsääntöisesti vähentyneet.
- Itsetuhoinen käyttäytyminen liittyy useimmiten psykiatriseen sairauteen tai päihdeongelmiin.
- Itsemurhayrityksen jälkeen keskeisiä ovat strukturoitu psykiatrinen arvio, turvasuunnitelman tekeminen ja aktiivinen perussairauksien hoito.
- Lääkärin lakisääteiset velvoitteet ja läheisten tilanne tulee huomioida.
- Psykososiaalisia, muuhun hoitoon liitettäviä lyhyitä erillisinterventioita tutkitaan aktiivisesti.

Itsetuhoisuutta voidaan tutkia prosessina, johon liittyy altistavia, suojaavia ja laukaisevia tekijöitä. Altistavia tekijöitä ovat mm. aiempi itsemurhayritys sekä eräät psykiatriset sairaudet, ja merkittäviä laukaisevia tekijöitä voivat olla esimerkiksi ihmissuhteissa tapahtuneet menetykset, erot ja konfliktit (1,2). Hyvät ihmissuhteet ovat suojaava tekijä (1,2).

Valtaosa mielen terveyden häiriöistä kärsivistä ei käyttäydy itsetuhoisesti (1), vaikka itsemurhat ja psykiatriset sairaudet esiintyvät useimmiten yhdessä. Itsemurhaan päätyneistä noin 90 %:lla on todettu jokin psykiatrinen häiriö, kuten masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, päihdehäiriö, skitsofrenia tai persoonallisuushäiriö muuhun psykiatriseen sairastamiseen yhdistyneenä (3,4). Tuoreet kielteiset elämäntapahtumat edeltävät merkittävää osaa erityisesti päihdeongelmaisten itsemurhasta (5). Taipumus kokea toivottomuutta korostuu vahvasti masentuneena (6).

Monimuotoisilla mielen terveyspalveluilla voidaan jopa ehkäistä itsemurhia (7). Tämä tieto on vaikuttanut keskeisesti useisiin kansallisiin terveydenhuollon toimintaa ohjaaviin asiakirjoihin ja toiminnan kehittämiseen, kuten mielen terveysstrategiaan, THL:n Itsemurhien ehkäisyverkoston työhön ja psykiatrian alojen ja päihdeongelmien Käypä hoito -suosituksiin.

Toteutuneet itsemurhat ovat väestötasolla harvinaisia suhteutettuna itsemurha-ajatuksiin ja -yrityksiin. Suomessa itsemurha-ajatuksia elämän aikana on noin yhdellä kuudesta ja itsemurhayrityksiä vuosittain arviolta yhdellä sadasta. Itsemurhaan kuolee yksi kuudesta–seitsemästä tuhannesta (kuvio 1) (www.mieli.fi).

Miesten itsemurhakuolleisuus on Suomessa pysynyt vuosikymmeniä korkeammalla tasolla kuin naisten, mitä on selitetty mm. miesten käyttämien menetelmien suuremmalla vaarallisuudella (kuvio 1). Vuonna 2017 Suomessa teki itsemurhan 824 henkilöä. Itsemurhia tapahtuu eniten keväällä, ja naisten itsemurhissa on toinen piikki syksyllä (8). Miesten itsemurhakuolleisuus on Suomessa edelleen hieman suurempi kuin muissa pohjoismaissa, mutta naisten itsemurhien esiintyvyys on 2010-luvulla vähentynyt pohjoismaiselle tasolle (9).

Hoitavilta työntekijöiltä vaaditaan kykyä käsitellä ammatillisesti omia tunnereaktioita ja vastatunteita.

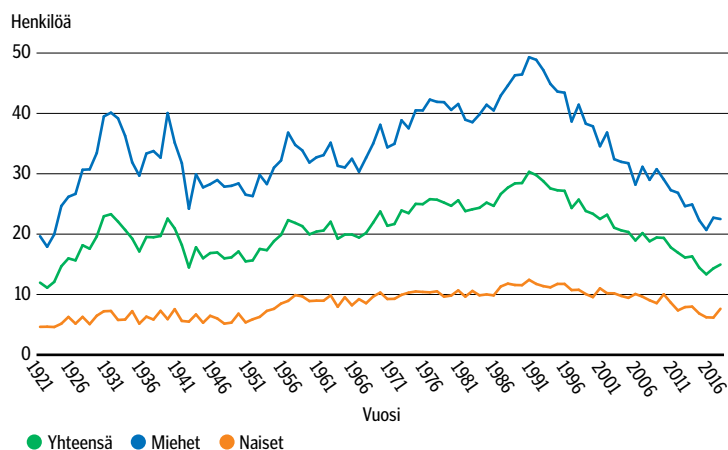
Itsemurhien ja itsemurhayritysten ehkäisy

Itsemurhien ehkäisy vaatii monialaisia ja -tasoisia toimia. Taustalla on fyysisten, psyykkisten ja päihteiden käyttöön liittyvien terveysongelmien lisäksi usein monitahoisia sosiaalisia ongelmia kuten työttömyyttä, ylivelkaantumista tai köyhyyttä (5,10–13). Haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten kohtaaminen vaatii terveydenhuollon toimijoilta ennakkoluulottomuutta ja oikeudenmukaisuutta. Tärkeää on myös kyky arvioida riskitekijät, tunnistaa lääketieteellisen hoidon tarve ja tarvittaessa motivoida hoitoon.

Valmiuksia voitaneen lisätä kouluttamalla henkilökuntaa. Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaaminen vaatii hoitavilta työntekijöiltä kykyä käsitellä ammatillisesti omia tunnereak-

KUVIO 1.

Itsemurhakuolleisuus Suomessa 100 000 asukasta kohti vuosina 1921–2017



Lähde: Tilastokeskus, Kuolemansyytilastot/väestötilastot.

Itsemurhaa yrittänyt kuuluu aina akuutisti erityistason arvioon ja hoitoon.

KIRJALLISUUTTA

- O'Connor R, Nock M. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014;1:73–85.
- Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016;387:1227–39.
- Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ ym. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psych* 1993;150:935–40.
- Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psych* 1997;154:1235–42.
- Pirkola SP, Isometsä ET, Heikkinen ME, Lönnqvist JK. Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol Alcohol* 2000;35:70–5.
- Baryshnikov I, Rosenström T, Jylhä P ym. State and trait hopelessness in a prospective five-year study of patients with depressive disorders. *J Affect Disord* 2018;239:107–14.

tioita ja vastatunteita, joita itsemurhayritys voi herättää. Yhteiskunnan tasolla merkitystä on muun muassa erilaisten itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittamisella sekä vastuullisella mediaportoinnilla (14). Laaja-alaiset alueelliset itsemurhien ehkäisyohjelmat saattavat vähentää itsemurhia ja itsemurhayrityksiä (15).

Kouluissa toteutetuilla ohjelmilla on pyritty ehkäisemään nuorten itsemurhayrityksiä. Vaikeavaikeiksi arvioitujen ohjelmien avulla pyritään vuorovaikutteisiin menetelmiin lisäämään tietoa ja puuttamaan nuorten mielenterveyden ongelmiin (16). Myös sosiaalisten taitojen opettaminen koulussa lapsille vähentäne myöhempiä itsemurhayrityksiä (17). Nuorille suunnattujen ehkäisevien ohjelmien mahdollisista haitoista on esitetty huolta, mutta haittavaikutukset ovat ilmeisesti harvinaisia (18).

Potilaan tutkiminen

Itsemurhaa yrittäneen henkilön kuolemanvaara on suuri, siksi hän kuuluu aina akuutisti erityistason arvioon ja hoitoon. Potilas tulee aina

arvioida myös keskeytyneen itsemurhayrityksen yhteydessä, vaikka somaattisia seuraamuksia ei olisi.

Kuljetuksesta vastaa pääsääntöisesti ensihoito. Jos potilas kieltäytyy kuljetuksesta, ensihoitoon tulee konsultoida lääkäriä mielenterveyslain mukaisen arvion tarpeesta. Somaattinen ensihoito on akuuttitilanteessa ensisijaista ja tukee myös myöhempää psykistä toipumista.

Itsemurhaa yrittäneen potilaan psykiatrinen arvio tulee tehdä psykiatrian erikoislääkärin tai psykiatriaan perehtyneen lääkärin johdolla mahdollisimman pian, kun fyysinen ja kognitiivinen toipuminen sen mahdollistavat (taulukko 1). Itsemurhaa yrittäneistä potilaista noin puolet on päihtyneitä, mutta päihtymystila ei saa estää arviota (5), mikäli potilaan haastattelu onnistuu. Jos psykiatrinen arviota ei päihtymystilan vuoksi heti voida tehdä, tarpeenmukainen seuranta tulee järjestää ennen psykiatrinen arviota. Arvio tehdään, kun potilaan kanssa voidaan luotettavasti keskustella ja sopia asioista.

Psykiatrisen tilan arvioinnissa haastattelu on hyvä aloittaa antamalla potilaan kertoa tapahtuneesta ja tapahtumien kulusta omin sanoin. Avoimien kysymysten avulla selvitetään, onko aiempia itsemurhayrityksiä, liittykö yritykseen halu kuolla vai yrittikö henkilö esimerkiksi ensisijaisesti lievittää voimakasta fyysistä tai psykistä kipua. Aina arvioidaan itsemurhayrityksessä käytetyn menetelmän vaarallisuus (letaliteetti), potilaan oma käsitys menetelmän vaarallisuudesta ja tämänhetkinen suhtautuminen henkiinjäämiseen.

Tilan arvioinnissa kiinnitetään myös erityistä huomiota masennuksen vaikeusasteeseen ja masennukseen liittyviin psykoottisiin oireisiin, kuten harhaluulon asteeseen toivottomuuteen. Samoin huomioidaan, onko potilaalla psykoottisissa tiloissa yleisiä aistiharhoja, jotka vaikuttavat suoraan potilaan toimintaan, sillä niihin liittyy merkittävä itsemurhavaara.

Itsemurhayrityshistorian ja kuolemanintention (pyrkimyksen kuolla) arvioinnissa voidaan käyttää apuna tarkoitukseen soveltuvia strukturoituja mittareita, kuten esim. Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) -oirekartoituskäytettä (19) ja Suicide Intent Scale (SIS) -kyselyä (20), jotka löytyvät psykiatrian alan hoitosuosituksista ja Mielenterveystalosta (www.kaypa-hoito.fi; www.mielenterveystalo.fi). Strukturoitu haastattelu lisänee itsetuhoajatusten ja -yrityks-



TAULUKKO 1.

Itsemurhaa yrittäneen potilaan tutkiminen

Itsemurhaa yrittäneen potilaan hyvän psykiatrisen arvioinnin ja alkuhoidon malli

Psykiatrian erikoislääkärin tai psykiatrian alaan perehtyneen lääkärin arvio	Psykiatrisen häiriö (päivystäjä määrittelee keskeisimmän ajankohtaisen ongelman)	Psykiatrisen ensihoito - huomioi monihäiriöisyys (Turvasuunnitelma-intervention voi korvata toisella spesifillä im-yrittäneen hoitoon fokusoidulla interventiolla kuten Lintyillä)	Jatkohoito
<ul style="list-style-type: none"> • Arvion oikea-aikaisuus suhteessa kognitiiviseen toimintakykyyn "jalkojen lisäksi pään on toimittava" • Potilaan oma kertomus (narraatio): Mitä tapahtui? Miten päätyi sairaalaan? Tapahtumakulku ja mahdolliset laukaisevat tekijät • Itsemurhayrityksen menetelmä/letaliteetti • Suhtautuminen henkiinjäämiseen • Kuoleman intention vakavuus: oliko kyseessä itsemurhayritys vai muu itsen vahingoittaminen? Arvioinnissa voi apuna käyttää <ul style="list-style-type: none"> - SIS -lomake lääkeyliannoksen ottaneille, muuten soveltuvin osin - C-SSRS -lomake kysymykset koskien IM-yrityshistoriaa • Alustava diagnostinen arvio, huomioi erityisesti (1) psykoottisuus; (2) syvä toivottomuus ja vakavat itsemurha-ajatukset; (3) hallitsematon impulsiivisuus tai päihteiden käyttö tai tilan epävakaus <ul style="list-style-type: none"> - Arvioinnissa voi käyttää MINI-seulonta-kysymyksiä oirekohtaisesti - Huomioi aikaisemmat diagnoosit 	Psykoottisuus (sekä skitsofreniaspektri että masennus) → M1 -harkinta	Sairaalahoido, turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii	Häiriön mukaisen hoitomallin mukaan, korkea itsemurhariski huomioiden
	Vaikea masennus (F32-F33) tai kaksisuuntainen mielialahäiriö ja erityisesti sen sekamuotoinen sairausvaihe	Häiriön tehokas hoito ensin, sairaalahoidon tai tehostetun avohoidon harkinta, turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii	Huomioi lainmukaiset velvoitteet * <ul style="list-style-type: none"> • Alaikäiset lapset • Ajoterveys • Ampuma-aseet
	Epävakaa persoonallisuus (myös DKT-hoito-ohjelmassa olevat potilaat)	Lyhyen sairaalahoidon tai tehostetun avohoidon harkinta, turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii	
	Päihdeongelma	Päihdehäiriön tarpeenmukainen tehokas hoito (selviämisasema, avo/laitoskatkaisuhoito, psykiatrisen osastohoito), turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii	
	Muu (masennus, ahdistus, elämäntilannekriisit ym., muu monihäiriöisyys)	Tarpeenmukainen tehokas hoito, turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii	
	Itsetuhoinen käyttäytyminen ilman kuoleman intentiota: (esim. viiltely nuoruusikäisellä)	Modifioitu turvasuunnitelma tai tarkempi selvittely esim. ketjuanalyysin avulla	

Lyhenteet:

SIS=Suicide intent scale -oirekartoituslomake, C-SSRS= Columbia Suicide Severity Rating Scale -oirekartoituslomake, MINI=Mini International Neuropsychiatric Interview -strukturoitu haastattelu, DKT=Dialektinen käyttäytymisterapia

* Huomioitava tarvittaessa jo heti alussa

© Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim

Lähde: Käypä hoito/Pekka Jylhä (51).

- Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 2009;373:147–53.
- Holopainen J, Helama S, Björkenstam C, Partonen T. Variation and seasonal patterns of suicide mortality in Finland and Sweden since the 1750s. *Environ Health Prev Med* 2013;18:494–501.
- NOMESCO. Health Statistics for the Nordic Countries 2017. Copenhagen, 2017. <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1148509/FULLTEXT05.pdf> 187–188

ten tunnistamisen luotettavuutta. Myös suojaavia tekijöitä, kuten sosiaalista verkostoa tulee arvioida (2).

Arvioinnissa huomioidaan myös itsemurhaa yrittäneen läheiset ja muut osalliset, ja heitä tavataan tarvittaessa. Lisäksi on muistettava lääkärin ilmoitusvelvollisuus poliisille, jos itsemurhaa yrittänyt joutuu tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon ja katsotaan sopimattomaksi pitämään hallussaan ampuma-asetta. Jos potilaalla on alaikäisiä lapsia, lääkärillä on ilmoitusvelvollisuus myös sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle (www.valvira.fi).

Psykiatrisen tutkimus on itsessään hoidollinen tapahtuma. Sen yhteydessä käydään läpi

itsemurhayritykseen johtaneet tekijät ja välittömät tapahtumat sekä tehdään alustava psykiatrisen diagnostinen arvio ja hoitosuunnitelma. Tarvittaessa hoito voidaan aloittaa tehostetussa avohoidossa tai psykiatrisella osastolla. Vain pieni osa itsemurhaa yrittäneistä tarvitsee psykiatrista sairaalahoitoa. Sitä tulee erityisesti harkita, jos itsemurhaa yrittänyt henkilö on (1) psykoottinen, (2) syvästi toivoton ja hänellä on edelleen vakavia itsemurha-ajatuksia tai (3) hallitsemattoman impulsiivinen, käyttää päihteitä ja on psyykkiseltä tilaltaan epävakaa.

Itsemurhavaara yksin ei riitä tahdosta riippumattoman sairaalahoidon aiheeksi. Mielenterveyslaki sallii tahdosta riippumattoman tarkkai-

- 10 Mäki NE, Martikainen PT. Socioeconomic differences in suicide mortality by sex in Finland in 1971–2000: A register-based study of trends, levels, and life expectancy differences. *Scand J Public Health* 2007;35:387–95.
- 11 Mäki N, Martikainen P. The effects of education, social class and income on non-alcohol- and alcohol-associated suicide mortality: A register-based study of Finnish men aged 25–64. *Eur J Population* 2008;24:385–404.
- 12 Huikari S, Miettunen J, Korhonen M. Economic crises and suicides between 1970 and 2011: time trend study in 21 developed countries. *J Epidemiol Community Health* 2019;73:311–16.
- 13 Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013;347:f5239.
- 14 WHO. Mental health: Suicide prevention 2014. www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

Yhteistyö on keskeistä turvasuunnitelman teossa ja potilaan sitouttamisessa hoitoon.

- 15 Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med* 2006;36:1225–33.
- 16 Wasserman D, Hoven CV, Wasserman C ym. School based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster randomised, controlled trial. *Lancet* 2015;385:1536–44.
- 17 Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH ym. The impact of two universal randomized first- and second grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug and Alcohol Dependency* 2008;1:60–73.
- 18 Kuiper N, Goldston D, Godoy Garraza L ym. Examining the Unanticipated Adverse Consequences of Youth Suicide Prevention Strategies: A Literature Review with Recommendations for Prevention Programs. *Suicide Life Threat Behav* 2019;49:952–65.
- 19 Posner K, Brown GK, Stanley B ym. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psych* 2011;168:1266–77.

luun ottamisen ja hoidon silloin, kun potilaan todellisuudentaju on häiriintynyt, hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä tai eivät sovellu hänen hoitoonsa. Ajatuksena on turvata hoito, mikäli potilaan kyky arvioida omaa parastaan on mielen-terveyden häiriön vuoksi heikentynyt. Alle 18-vuotiaiden tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiseen voidaan käyttää vakavan mielenterveyshäiriön kriteereitä, vaikkei todellisuudentajun häiriintymistä olisi todettavissa, jos nuori on vaarallinen itselleen tai muille ja muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä hänen hoitoonsa.

Päivystysyksikössä tapahtuva aktiivinen kontakti potilaaseen ja aktiivinen seuranta itsemurhayrityksen jälkeen näyttävät vähentävän riskiä uudelle yritykselle 12 kuukauden seurannassa (21). Itsemurhayrityksen taustalla oleva häiriö tulee hoitaa akuutti- ja jatkohoitovaiheessa tehokkaasti soveltuvien hoitosuosituksen mukaisesti.

Itsemurhaa yrittäneen potilaan psykiatrinen perussairaus tulee hoitaa hyvien psykososiaalisten ja/tai lääkehoitokäytänteiden mukaisesti. Sähköhoito voi vähentää tehokkaasti masennuspotilaan välitöntä itsetuhovaaraa jo ensimmäisten hoitopäivien aikana. Uudemmissa hoitomuodoista ketamiini-infuusio on tehokas. Näin annettava esketamiini saattaa olla tehokas masennukseen liittyvän itsemurha-ajattelun nopeassa lyhytaikaisessa lievityksessä tavallisen hoidon lisänä (22,23). Psykoosisairaudesta kärsivän itsemurhariskiä vähentää tehokas antipsykootin lääkehoito.

Psykiatrisen perussairaudesta hoidon lisäksi itsemurhayritystä tulisi hoitaa myös sairaudesta osin erillisenä toimintamallina. Tällaiseen hoitoon kehitetty kognitiivinen käyttäytymisterapia (KBT) tavanomaisen hoidon lisänä vähentää

itsemurhayrityksen uusimisen riskiä (24). Dialektisen käyttäytymisterapian (DKT) on osoitettu vähentävän tavanomaista psykiatrista hoitoa enemmän epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien naisten vihamielisyyttä ja itseä vahingoittavien tekojen (mukaan lukien itsemurhayritykset) määrää (25).

Itsemurhayrityksen uusiutumisen riskiä voidaan ilmeisesti vähentää myös yhdistämällä tavanomaiseen hoitoon strukturoitu lyhytinterventio itsemurhaa yrittäneelle potilaalle (LINITY/ASSIP -lyhytinterventio) (26). Työmenetelmä sisältää useita tapaamisia. Siihen kuuluu videotava narratiivinen haastattelu itsetuhoisesta tapahtumasta, jonka jälkeen yhteydenpitoa jatketaan kirjeitse kahden vuoden ajan. Kriisien varalle luodaan turvasuunnitelma. Menetelmää tutkitaan parhaillaan suomalaisessa hoitojärjestelmässä (27).

Osana itsemurhayrityksen jälkeisen hoidon kokonaisuutta voidaan käyttää myös älypuhelinsovelluksia ja erilaisia nettiterapioita, mutta niistä on toistaiseksi niukasti tutkimuksia.

Turvasuunnitelma tulisi aina laatia jo alkuvaiheen arvion ja hoidon yhteydessä. Se voidaan tehdä lyhytinterventioina yhdellä tapaamiskerralla (28). Potilaan kanssa yhteistyössä tuotetaan kirjallinen, sivun mittainen dokumentti, jonka potilas saa mukaansa (liitteet 1 ja 2 artikkelin sähköisessä versiossa, www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelot > 38/2020). Turvasuunnitelman tarkoituksena on tarjota ennalta määritelty lista mahdollisista selviytymisstrategioista sekä tukihenkilöistä ja/tai -toiminnoista, jotka voivat suojata potilasta itsetuhoiselta käyttäytymiseltä kriisitilanteessa. Välitöntä riskiä pyritään pienentämään myös vähentämällä etukäteen kuoleman aiheuttavien (letaalien) metodien saataavuutta. Yhdessä toimiminen ja terapeutin yhteistyö ovat keskeisiä turvasuunnitelman teossa ja potilaan sitouttamisessa hoitoon.

Nuorten arviointi

Itsensä vahingoittamisen ja itsemurhan riskin seulontaa ei suositella oireettomille nuorille. Psykkisesti oireilevilla nuorilla strukturoitu haastattelu oireista lisää itsemurha-ajatusten ja -yritysten tunnistamista. Itsemurhaa yrittäneen nuoren arviointi kuuluu erikoissairaanhoidon. Kuoleman pyrkimyksen vakavuuden ja pysyvyyden selvittäminen on erityisen tärkeää, koska nuorella ei välttämättä ole käsitystä esim. siitä,

- 20 Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of Suicidal Intent Scales. Kirjassa: *The Prediction of Suicide*. Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ (toim.). Bowie, Maryland: Charles Press; 1974:45–56.
- 21 Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C ym. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2015;175:66–78.
- 22 Canuso CM, Singh JB, Fedgchin M ym. Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine for the Rapid Reduction of Symptoms of Depression and Suicidality in Patients at Imminent Risk for Suicide: Results of a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Am J Psych* 2018;175:620–30.
- 23 Wilkinson D, Ballard E, Bloch M ym. The effect of a single dose of intravenous ketamine on suicidal ideation: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Am J Psych* 2018;175:150–8.
- 24 Hawton K, Witt KG, Salisbury ym. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2016;3:740–50.
- 25 Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G ym. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD005652.
- 26 Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med* 2016;13:e1001968.
- 27 Isometsä E, Valkonen J, Ruishalme O ym. A randomized clinical trial of the ASSIP vs. crisis counselling in preventing suicide attempt repetition: a one-year interim analysis. Paper presented at the 30th World Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP), Derry Londonderry, 17–21 September 2019.
- 28 Stanley, B, Brown, GK. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice* 2012;19:256–64.
- 29 Suomalainen L, Seilo N, Haravuori H, Marttunen M. Nuoren viiltely ja muu itsetuhoisten käyttäytyminen. *Duodecim* 2018;134:857–64.
- 30 Laukkanen E, Rissanen M L, Honkalampi K ym. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22:501–10.

millainen lääkeyliannos voi aiheuttaa kuoleman.

Vanhemman tai muun huoltajan osallistuminen arvioon voi vahvistaa nuoren tilanteen vakautumista ja hoidon onnistumista (29). Hoidon suunnittelussa on usein tarpeen arvioida perheen tilanne ja selvittää, miten vanhemmat suhtautuvat nuoren itsemurhayritykseen.

Itsensä vahingoittaminen ilman itsemurhatarkoitusta, esimerkiksi viiltämällä, on nuorilla yleisempää kuin aikuisilla. Nuorta haastateltaessa tällaisen teon tarkoituksiksi osoittautuu yleensä pahan olon lievittäminen eikä pyrkimys kuolla. Oireilu liittyy erityisesti tunne-elämän epävakauteen, mutta myös psykoottisiin häiriöihin, masennukseen sekä päihde- ja sömishäiriöihin (30). Toistuva itsensä vahingoittaminen pienentää itsemurhayritysten kynnystä, todennäköisesti altistamalla nuorta sietämään fyysistä kipua ja pelkoa (31).

Nuorten turvasuunnitelma tehdään yhdessä vanhempien tai muiden huoltajien kanssa (liite 2). Itsetuhoiselle tai itsemurhaa yrittäneelle nuorelle tulee tarjota tutkitusti vaikuttavia psykososiaalisia hoitoja, kuten erilaisia kognitiivisia käyttäytymisterapioita ja etenkin epävakasta persoonallisuuspierreistä kärsiville nuorille dialektisia käyttäytymisterapioita sekä mentalisaatioon perustuvia terapioita (32).

Ikääntyneiden arviointi

Ikääntyneillä psykiatristen häiriöiden lisäksi useat somaattiset sairaudet (kuten syövät, neurologiset sairaudet, krooninen kipu, keuhkohtaumatauti, maksasairaudet ja nivelrikko) ovat yhteydessä lisääntyneeseen itsemurhariskiin (33,34). Somaattiset sairaudet ja toimintavaheet liittyvät itsetuhoisuuteen erityisesti silloin kun niitä on useita ja ne uhkaavat potilaan itsenäistä toimintakykyä, omanarvontuntoa ja kykyä nauttia elämästä (35,36). Monisairastavuuteen liittyvän itsemurhavaaran suhteen erityisessä riskiryhmässä ovat hyvin iäkkäät henkilöt. Edellä mainittujen sairauksien lisäksi yksinäisyys on merkittävä psykososiaalinen itsemurhavaaraan vaikuttava tekijä.

Tehokkaita iäkkäiden itsemurhavaaraan kohdistuvia hoitointerventiota ovat masennuksen seuloita- ja hoito-ohjelmat (lääkehoito, psykoterapia), iäkkäiden puhelinohjaus, perusväestöön kohdennetut ryhmätoiminnot ja masentuneiden henkilöiden hoitoonohjaus (37,38).

Liikenneitsemurhat ja ajoterveys

Noin 8 % kuolonkolareista vuosina 2005–06 oli suomalaistutkimuksen mukaan liikenneitsemurhia (39). Niihin liittyy monesti psykiatrista sairastavuutta (40,41). Kuolonkolarit koskettavat myös sivullisia tilanteeseen sattumalta joutuvia henkilöitä (42,43), ja heidän psykososiaalisen tuen tarpeensa tulee muistaa (44,45). Itsemurhayrityksen jälkeen ajoterveyden arvioinnissa käytetään apuna Traficomin ajoterveysohjetta. Ammattikuljettajat ohjataan omaan työterveys-huoltoon.

Postventio – kuinka tukea läheisiä itsemurhakuoleman jälkeen

Itsemurhakuolema koskettaa omaisia ja läheisiä, koulu- opiskelu- tai työkavereita, hoitoon osallistuneita ja joskus myös sattumalta paikalle osuneita henkilöitä. Vaikka merkkejä läheisen itsemurhavaarasta olisi ollut tiedossa, kuoleman lopullisuuden kohdatessa suru voi olla lohduton tai musertava. Läheiset voivat kokea syällisyyttä, joka joskus ilmenee surun lisäksi muinakin voimakkaina tunnereaktioina, kuten syyllisten hakemisena, kunnes suruprosessi etenee. Ensivaste- ja hoitotaholle voi olla raskasta kohdata omaisten tunnereaktioita, erityisesti jos samalla miettii, olisiko hoidossa voitu tehdä jotain vielä paremmin (44,46). Tukea tulisi tällöin olla saatavilla työterveyshuollosta.

Surua auttaa kantamaan paitsi aika, myös psykososiaalisen tuen ja palvelujen käyttömahdollisuus ja kuoleman jälkeiset rituaalit kuten vakaumuksen mukaiset hautajaiset. Surevien toipumisen tukemisesta on melko vähän tutkimustietoa, mutta näyttö puoltaa psykoterapeuttisten menetelmien käyttöä tarvittaessa, ja ne voivat toteutua myös ryhmämuotoisina (47). Monet järjestöt tekevät arvokasta työtä tarjoamalla vertaistukea (ks. esim. www.surunauha.net; <https://mieli.fi/fi/tukea-ja-apua/kasvokain/itsemurhien-ehkäisykeskus>).

Tarvittaessa käytettävä lääkehoito voi tuoda tilapäistä lievitystä valvomiseen tai vaikeaan ahdistuneisuuteen. Pitkittynyt suruhäiriö ICD-11-tautiluokituksen mukaisena ei ole mukana ICD-10-tautiluokituksessa (48).

Miten hoitoa ja palvelujärjestelmää tulisi kehittää?

Itsemurhakuolemilta suojaavat ja riskiä lisäävät tekijät ovat monitahoisia, eikä ole odotettavissa,

- 31 Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C ym. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and non-suicidal self-injury In the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psych* 2011;171:1-7.
- 32 Strandholm T, Ranta K, Gergov V ym. Nuorten itsetuhoisuuden ja epävakaiden piirteiden psykoteraapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus: systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. *Suom Lääkäril* 2016;71:717-23.
- 33 Juurlink DN, Herrman M, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004;164:1179-84.
- 34 Koponen H, Viilo K, Hakko H ym. Rates and previous disease history in old age suicide. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:38-46.
- 35 Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y. Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2015;50:1427-39.
- 36 Chang Q, Chan CH, Yip PSF. Meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Soc Sci Med* 2017;191:65-76.
- 37 Okolie C, Dennis M, Thomas ES ym. A systematic review to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *Int Psychogeriatrics* 2017;29:1801-24.
- 38 Erlangsen A, Conwell Y. Age-related response to redeemed antidepressants measured by completed suicide in older adults: A nationwide cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014;22:25-33.
- 39 Hernetkoski KM, Keskinen EO, Parkkari IK. Driver suicides in Finland: are they different in northern and southern Finland? *Int J Circumpolar Health* 2009;68:249-60.
- 40 Kujansuu A, Rautiainen S, Hakko H, Kanamuller J, Sihvola N, Riipinen P. Driver's psychiatric disorders and fatal motor vehicle accidents in Finland. *J Psychiatr Res* 2017;84:227-36.
- 41 Sassi S, Hakko H, Rätty E, Riipinen P. Light motor vehicle collisions with heavy vehicles - Psychosocial and health related risk factors of drivers being at-fault for collisions. *Forensic Sci Int* 2018;291:245-252.
- 42 Airaksinen N, Korpinen A, Parkkari I. Tie- ja raide liikenteen itsemurhat. Esiselvitys. Trafinit tutkimuksia 7/2016. https://arkisto.trafi.fi/filebank/a/1474275404/fefab00bf78053625648-cb56e0a994e/22452-Trafinit_tutkimuksia_7_2016_Itsemurhat_liikenteessa.pdf

että itsemurhaa yrittäneiden hoitoon löytyisi yksittäinen ratkaisu (49,50). Itsemurhalle altistavien keskeisten mielenterveyden häiriöiden kuten masennuksen, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, skitsofrenian, päihdehäiriöiden ja epävakaa persoonallisuuden hoidon kehittäminen on tarpeen tulevaisuudessa.

Keskeinen kehittämistehtävä on itsemurhaa yrittäneiden henkilöiden arvioinnin, seurannan ja itsetuhoisuuteen kohdennettujen lyhytinterventioiden laajamittainen toteuttaminen Käypä hoito -suositukseen mukaisesti (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito) (51).

Uusien hoitointerventioiden rinnalla tarvitaan aina myös vaikuttavia yhteisöllisiä toimia itsemurhayritysten uusiutumisen ehkäisemiseksi (2,52,53). Itsemurhakeinojen saatavuuden rajoittaminen ja vastuullinen viestintä ovat myös tulevaisuudessa ehkäisyn kulmakiviä. Myös varhaiset kouluinterventiot ovat olleet lupaavia (16). Niiden tulokset viittaavat siihen, että mielenterveystaitoja oppimalla voidaan vähentää itsemurhayrityksiä.

Vaikuttava tapa vähentää itsetuhoisia tekoja olisi luultavasti yhä varhaisempi puuttuminen sekä itsetuhoisuuteen että mielenterveyshäiriöihin. Tässä pyrkimyksessä olisi hyvä huolehtia sekä palveluiden yhteensovittamisesta ja joustavuudesta, että ihmisten kanssa työskentelevien tahojen kouluttamisesta tunnistamaan, millöin tarvitaan tukea ja hoitoon ohjaamista. ●

SIDONNAISUUDET

Tanja Laukkala, Pekka Jylhä, Erkki Isometsä, Kristian Wahlbeck, Taina Laajasalo ja Sami Pirkola: Ei sidonnoisuuksia.
 Hannu Koponen: Luontopalkkiot (Oy H. Lundbeck Ab), korvaus käsikirjoituksen valmistelusta (Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim), tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim).
 Alpo Vuorio: asiantuntija Onnettomuustutkintakeskuksessa, Suomen Liikennelääketieteen Yhdistyksen pj., Liikenneturvan hallituksen varajäsen, Käypä hoito -työryhmien jäsenyksiä, oma yritys (Skyleron Oy), osakkeet (Pihlajalinna, Silmäasema, Terveystalo).
 Mauri Marttunen: Asiantuntijalausunnat (Valvira, Lounais-Suomen aluehallintovirasto, Pohjois-Suomen aluehallintovirasto), apurahat (Suomen Akatemia, Juho Vainion säätiö), luontopalkkiot (Espoon kaupunki, Helsingin kaupunki, HUS, Keski-Suomen shp, Pirkanmaan shp, Pohjois-Savon shp, Suomen Nuorisoyhteistyö - Allianssi ry, Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistys, Turun amk, Viron Psykiatriyhdistys), tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim), Käypä hoito -työryhmien jäsenyksiä, SNPY:n hallituksen jäsenyys, Suomen Psykiatriyhdistyksen nuorisopsykiatrisen jaoksen pj., PSY:n tutkimussäätiön hallituksen vpj, Or-Ma Oy:n osaomistaja ja hallituksen pj.

ENGLISH SUMMARY | www.laakarilehti.fi | in english

Psychiatric assessment of suicide attempters – ask, listen and ensure appropriate care

- 43 Radun I, Parkkari I, Radun J ym. Suicide by crashing into a heavy vehicle: Focus on professional drivers using in-depth crash data. *Traffic injury prevention* 2019;20:575-80.
- 44 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Traumaaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus (siteerattu 25.9.2019). www.kaypahoito.fi
- 45 STM. Äkillisten traumaattisten tilanteiden psykososiaalisen tuen kehittämisen työryhmän loppuraportti (siteerattu 25.9.2019). www.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161634.
- 46 Causer H, Muse K, Smith J, Bradley E. What Is the Experience of Practitioners in Health, Education or Social Care Roles Following a Death by Suicide? A Qualitative Research Synthesis. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:3293.

- 47 Linde K, Tremel J, Steinig J, Nagl M, Kersting A. Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLoS One* 2017;12:e0179496.
- 48 WHO. <https://icd.who.int/browse11/lm/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentfity%2f118383231>
- 49 Mokkenstorm JK, Kerkhof JFM, Smit JH, Beekman ATF. Is it rational to pursue zero suicides among patients in health care? *Suicide Life Threat Behav* 2018;48:745-54.
- 50 Bernert RA, Hom MA, Roberts LW. A Review of Multidisciplinary Clinical Practice Guidelines in Suicide prevention: Toward an Emerging Standard in Suicide Risk Assessment and Management, Training and Practice. *Acad Psychiatry* 2015;38:585-92.

- 51 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus 7.1.2020. www.kaypahoito.fi
- 52 Steelesmith DL, Fontanella CA, Campo JV, Bridge JA, Warren KL, Root ED. Contextual Factors Associated With County-Level Suicide Rates in the United States, 1999 to 2016. *JAMA Network Open* 2019;2:e1910936.
- 53 Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Sarchiapone M ym. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet* 2016;3:646-69.

TANJA LAUKKALA*

M.D., Ph.D., Docent, Specialist in
Psychiatry
Current Care Editor, The Finnish
Medical Society Duodecim

PEKKA JYLHÄ*

M.D., Ph.D., Docent, Head of
Division, Chief Physician
University of Helsinki, Hospital
District of Helsinki and Uusimaa
(HUS), Acute Psychiatry and
Consultations

*Shared first authorship

**ERKKI ISOMETSA
HANNU KOPONEN
MAURI MARTTUNEN
KRISTIAN WAHLBECK
TAINA LAAJASALO
ALPO VUORIO
SAMI PIKOLA**

Psychiatric assessment of suicide attempters – ask, listen and ensure appropriate care

This review focuses on the assessment and treatment of suicide attempters in line with the national evidence-based draft Current Care guideline on the assessment and treatment of suicidal patients. Internationally, Finland has been a country of high suicide rates, though during the last two decades the number of suicide deaths has greatly diminished. Among women the Finnish suicide rates are currently close to those of other Nordic countries and among men slightly higher. Suicide risk is elevated in some psychiatric disorders, especially major depression, bipolar disorder and schizophrenia. Thus, easily accessible evidence-based mental health services are part of effective suicide prevention in health care.

For suicide attempters, a psychiatric assessment is advised as soon as physical and cognitive recovery is sufficient to allow a comprehensive psychiatric examination. This includes careful assessment of psychiatric and substance-use disorders and their current treatment, risk and protective factors for a new suicide attempt, and current major life-events. In addition to other psychiatric treatment, use of a safety plan is recommended, and especially for adolescents it is important to include parents or close ones in preparation of the safety plan. Non-suicidal self-injury should be noted. Among the elderly, increasing limitations related to illnesses and ability to function, and loneliness need to be taken into account. Psychosocial interventions such as cognitive-behavioural therapy (CBT) focused on the suicide attempt are advised in addition to good clinical care of psychiatric disorders. Bereaved close ones and all those involved may need support after a suicide death. Psychosocial care and support is available through several providers including non-governmental organizations, and for some CBT-based psychosocial group interventions may be beneficial.

LIITE 1.

Turvasuunnitelma

Lähde: Käypä hoito/Pekka Jylhä (51).

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 _____ Puh. _____
2. Nimi _____ Puh. _____
3. Nimi _____

Askel 5. Ammattilaiset ja eri toimipisteet, joihin voin ottaa yhteyttä kriisin aikana:

1. Ammattilaisen nimi _____
2. Ammattilaisen nimi _____
3. Kriisipäivystys _____
4. Valtakunnallinen kriisipuhelin: 09-2525 0111, arkisin klo 9.00–07.00, viikonloppuisin ja juhlapäivinä klo 15.00–07.00
5. Päivystyspoliklinikan nimi _____
Päivystyspoliklinikan osoite _____
Päivystyspoliklinikan puh. _____
6. Yleinen hätänumero: 112

Askel 6. Miten teen ympäristöni turvalliseksi 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. Suomennotos ja muokkaus: Pekka Jylhä ja Erkki Isometsä

© Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim

LIITE 2.

Nuorten turvasuunnitelma.

Lähde: Laura Suomalainen/HUS Psykiatria.

TURVASUUNNITELMA

LS200319

Potilaan nimi ja sotu _____

A. YMPÄRISTÖN TEKEMINEN TURVALLISEKSI (esimerkiksi lääkkeiden säilyttäminen asianmukaisesti, riitatilanteesta poistuminen)

B. MISTÄ HUOMAAN VOIVANI HUONOMMIN (ongelmien kehittymisen varomerkejä)

- | | |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

C. MITEN VOIN ITSE PARANTAA OLOANI, MISTÄ YLEENSÄ NAUTIN

- | | |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

D. KENEN PUOLEEN VOIN KÄÄNTYÄ

Aikuiset, joilta voin pyytää apua ja ystävää(t), joihin voin ottaa yhteyttä saadakseni muuta ajateltavaa:

- | | |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

Aikuiset koulussa/oppilaitoksessa, joilta voin pyytää apua:

Terveystenhoitaja:	puh:
Luokanvalvoja:	puh:
_____	puh:
_____	puh:

Poliklinikan omat työntekijäni, joilta voin pyytää apua:

- | | |
|----|------|
| 1. | puh: |
| 2. | puh: |
| 3. | puh: |

Muut auttavat tahot:

Valtakunnallinen kriisipuhelin (Mielenterveysseura)	puh: 010 195 202
MLL lasten ja nuorten puhelin	puh: 116 111 ma-pe 14-20, la-su 17-20
Terveyskeskuspäivystys:	
Yöpäivystys:	
Sosiaali- ja kriisipäivystys:	
mielenterveystalo.fi	
_____:	

Suunnitelma laadittu:

Aika:

Paikka:

Ohjeita turvasuunnitelman täyttämiseen:

- Auta ja kannusta potilasta tutustumaan muiden auttajien nettisivustoihin (mielenterveystalo.fi, Suomen mielenterveysseura, MLL).
- Avoimuus ja läpinäkyvyys: kerro vanhemmille turvasuunnitelmasta, jos mahdollista käy se läpi yhdessä vanhempien ja nuoren kanssa. Muista informoida ja perehdyttää turvasuunnitelmaan kirjatut muut aikuiset (esim. koulunterveydenhoitaja) turvasuunnitelman merkityksestä ja käytöstä.
- Huolehdi että turvasuunnitelma on aina sekä potilaan että henkilökunnan nähtävillä: Potilas ottaa turvasuunnitelmasta kuvan puhelimeensa ja työntekijä skannaa turvasuunnitelman XDS-arkistoon.
- Muista päivittää turvasuunnitelmaa potilaan voinnin ja oirekuvan mukaiseksi, esimerkiksi osastohoidon päätteeksi (sen tulee olla ajankohtainen).