

Pekka Jylhä ja Erkki Isometsä

Itsemurhaa yrittäneen turvasuunnitelma

Turvasuunnitelma on lyhytinterventio itsemurhaa yrittäneille potilaille sekä henkilöille, joiden itsemurhariskin arvioidaan muuten suurentuneen. Terveystieteiden ammattilainen pyrkii yhdessä potilaan kanssa löytämään itsemurha-ajattelua laukaisevat tekijät ja tekemään suunnitelman, miten potilas voisi mahdollisissa tulevilla kriisitilanteissa hallita itsemurhaimpulssejaan vahingoittamatta itseään. Tarkoituksena on luoda ennalta määritelty lista selviytymisstrategioista, tukea antavista henkilöistä ja toiminnoista, joihin potilas voi olla yhteydessä tai joita potilas voi tehdä vähentääkseen välitöntä itsetuhoisen käyttäytymisen riskiään sekä etukäteen suojata itseään kuoleman aiheuttavien itsemurhamenetelmien saatavuudelta. Lisäksi pohditaan syitä, joiden vuoksi potilas haluaa elää. Interventiossa tuotetaan kirjallinen yhden sivun asiakirja potilaalle mukaan otettavaksi. Yhteistoiminta ja terapeutin yhteistyö ovat keskeistä turvasuunnitelman teossa ja potilaan sitouttamisessa hoitoon.

Suomi oli pitkään maailman maista niiden kymmenen joukossa, joissa itsemurhien esiintyvyys oli suurinta (1,2). Itsemurhien ilmaantuvuus Suomessa on 30 viime vuoden aikana kuitenkin puolittunut. Väestötasolla toteutuneet itsemurhat ovat harvinaisia suhteessa itsemurha-ajatuksiin ja -yrityksiin.

Vuonna 2018 Suomessa tehtiin 810 itsemurhaa (3). Itsemurha on taustaltaan monitekijäinen prosessi altistavine, laukaisevine ja suojaavine tekijöineen. Aiempi itsemurhayritys on merkittävin myöhemmän itsemurhakuoleman ennustetekijä, joten itsemurhaa yrittäneet henkilöt ovat itsemurhien ehkäisyn kannalta keskeinen riskiryhmä (3,4).

Itsemurhayrityksen jälkeinen hoito

Itsemurhayrityksen jälkeinen itsemurhariski on alkuvaiheessa yrityksen jälkeen suurin, mutta säilyy pitkään suurentuneena. Hiljattain julkaistu Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito -Käypä hoito -suositus suositaa aktiivista ja viiveetöntä itsemurhayrityksen jälkeistä hoitoa (1). Somaattisen akuuttihoidon jälkeen tulee arvioida potilaan tila psykiatrian erikoislääkärin tai psykiatriaan perehtyneen lääkärin johdolla.

Itsemurhaa yrittäneet henkilöt kärsivät yleensä mielenterveyden häiriöistä ja päihdeongelmista. Sairaalahoidoa tarvitsevista itsemurhaa yrittäneistä potilaista yli 80 %:lla on jokin mielenterveyden häiriö, tavallisimmin mielialahäiriö (59 %), ahdistuneisuushäiriö (35 %) tai jokin päihdehäiriö (34 %) (6). Psykoottinen häiriö on noin 6 %:lla potilaista. Nämä häiriöt tulee diagnosoida ja hoitaa asianmukaisesti.

Psykiatrisen perussairauden lisäksi itsemurhayritystä tulee hoitaa myös sairaudesta osin erillisenä toimintamallina. Itsetuhoisuuteen kohdennetut hoitointerventiot voivat merkittävästi pienentää uuden itsemurhayrityksen riskiä. Tutkittuja interventioita ovat kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat, dialektinen käyttäytymisterapia epävakaa persoonallisuuden yhteydessä, Linity/ASSIP (lyhyt interventio itsemurhaa yrittäneille/attempted suicide short intervention program) -lyhytinterventio sekä turvasuunnitelmainterventio (7–10).

Turvasuunnitelmaintervention taustaa

Turvasuunnitelmamenetelmiä on alun perin kehitetty itsetuhoisien kriisien hoitoon psykiatrisessa avohoidossa, osana meneillään olevaa

Ydinasiat

- ▶ Turvasuunnitelma on lyhytinterventio itsemurhaa yrittäneille potilaille ja henkilöille, joiden itsemurhariski arvioidaan muuten suurentuneeksi.
- ▶ Potilaan kanssa pyritään löytämään itsemurha-ajattelua laukaisevat tekijät ja tekemään suunnitelma itsemurhaimpulsien hallitsemiseksi mahdollisissa kriisitilanteissa.
- ▶ Turvasuunnitelma on lista ennalta määritetyistä selviytymisstrategioista, tukea antavista henkilöistä ja toiminnoista, keinoista tehdä ympäristö turvalliseksi ja syistä elää.
- ▶ Interventiossa tuotetaan kirjallinen yhden sivun asiakirja potilaalle mukaan otettavaksi.

ja pitkäkestoista psykoterapeuttista hoitoa. Sitten turvasuunnitelmasta on kehitetty lyhytinterventio, joka voidaan toteuttaa jopa yhden istunnon aikana ja joka tarjoaa potilaalle enemmän kuin vain itsetuhoisuuden riskin arvioinnin. Esittelemme tässä kirjoituksessa yhdysvaltalaispsykologien Barbara Stanley ja Gregory Brown kehittämän turvasuunnitelmaintervention (10).

Menetelmää voidaan käyttää sellaisten potilaiden hoidossa, jotka ovat yrittäneet itsemurhaa, joilla on itsetuhoisia ajatuksia tai itsemurhariskiä lisäävä psykiatrinen häiriö taikka joiden itsemurhariski arvioidaan muuten suurentuneeksi. Terveydenhuollon ammattilainen pyrkii yhdessä potilaan kanssa löytämään itsemurha-ajattelua laukaisevat tekijät ja tekemään potilaan kanssa suunnitelman, miten tämä voisi mahdollisissa tulevaisuuden kriisitilanteissa hallita itsemurhaimpulssejaan itseään vahingoittamatta.

Turvasuunnitelma vähentänee itsemurhayrityksen uusimisiriskiä

Turvasuunnitelman avulla voidaan ilmeisesti vähentää itsemurhayrityksiä, joskin riittävän

vaikuttavuusnäytön tuottaminen edellyttää uusia, laajoja satunnaistettuja interventiotutkimuksia. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito -Käypä hoito -suosituksessa vaikuttavuusnäytön asteeksi on arvioitu B (kohtalainen tutkimusnäyttö). Julkaistuissa tutkimuksissa itsemurhayrityksen riski on turvasuunnitelmaryhmässä ollut noin 30–45 % pienempi kuin tavallisen hoidon ryhmässä 6–12 kuukauden seurannassa (11,12).

Eräissä tutkimuksissa verrattiin kolmea peräkkäistä ajanjaksoa, joiden aikana toteutettiin kolmea erilaista hoitomallia itsemurhaa yrittäneille sairaalapotilaille – tavanomaista hoitoa, universaalia seulontaa ja tutkimusinterventiota (turvasuunnitelma + 1–7 puhelun puhelinsuoranta vuoden ajan) (11).

Interventioryhmässä todettiin vähemmän (riskitehkeyksien suhde, HR = 0,78, p = 0,01; incident rate ratio. IRR = 0,78, p = 0,01) erimuotoista itsetuhoista käyttäytymistä seurannan aikana tavanomaiseen hoitoon verrattuna, ja NNT-luku oli 13–22 päätetapahtuman mukaan. Puhtaasti itsemurhayrityksiin kohdistuvissa analyyseissä (primaarinen päätetapahtuma) tilastollinen merkitsevyys oli marginaalinen (p = 0,05–0,08).

Tuoreemmassa yhdysvaltalaisessa monikeskustutkimuksessa verrattiin itsetuhoisen kriisin tavanomaista hoitoa turvasuunnitelmaintervention yhdistettynä vähintään kahteen puhelinkontaktiin (12). Potilaat olivat päivystyspoliklinikan potilaita, jotka eivät tarvinnut osasto- hoitoa. Seuranta-aika oli kuusi kuukautta.

Turvasuunnitelmaryhmässä todettiin 45 % vähemmän itsetuhoista käyttäytymistä verrattuna tavanomaiseen hoitoon (36/1 186 vs 24/454). Turvasuunnitelmaryhmän potilaat kävivät myös useammin ainakin yhdellä heille tarjotulla seurantakäynnillä kuin tavanomaista hoitoa saaneet potilaat (kerroinsuhde, OR = 2,06, p < 0,001).

Turvasuunnitelman toteuttaminen

Turvasuunnitelmaa tehtäessä potilaan tulee olla somaattisesti ja psyykkisesti tilassa, jossa hän pystyy keskittymään oman tilanteensa tarkastelemiseen. Käytännössä turvasuunnitelma

tehdään useimmiten itsemurhayrityksen jälkeisellä seurantatapaamisella tai osastohoidon aikana, jos potilaan tila on vaatinut osastohoitoa.

Turvasuunnitelman laatimisen perustana käytetään ketjuanalyysiä, jonka avulla pyritään saamaan mahdollisimman tarkka kuvaus tapahtumista ennen viimeisintä itsetuhoista kriisiä, tapahtumista sen aikana ja sen jälkeen. Tarkastelemalla itsemurhayritykseen johtaneita tapahtumaketjuja potilas itse oppii vähitellen tuntemaan reaktiotapaansa, ja tällöin hän voi myös opetella vaihtoehtoisia tapoja toimia vastaavissa tilanteissa.

Potilaan tulisi aluksi palauttaa mieleensä itsemurhayritykseen johtaneen tilanteen yksityiskohdat: mitä alttiutta reagoida itsetuhoisesti lisääviä haavoittuvuustekijöitä tilanteessa oli, mikä oli laukaiseva tekijä, mitä ajatuksia, tunteita ja kehon tuntemuksia tilanteessa potilas huomasi itsessään, mitä seurauksia tilanteesta aiheutui ja mikä oli hänen reaktionsa näihin tapahtumiin.

Potilalle tulee antaa mahdollisuus kertoa kriisistään omin sanoin. Tämä helpottaa turvasuunnitelmaan sisällytettävien varomerkkien ja toimintojen tunnistamista. Tavoitteena on käyttäytymisen ymmärtäminen ja uusien toimintamallien oppiminen. Turvasuunnitelma voidaan tehdä myös nuorille, mahdollisuuksien mukaan yhdessä vanhempien kanssa.

Turvasuunnitelman askeleet

Askel 1: varomerkkien tunnistaminen. Turvasuunnitelman tekemisen ensimmäinen askel sisältää niiden varomerkkien tunnistamisen, jotka välittömästi edelsivät aiempaa itsetuhoista kriisiä. Varomerkit vaihtelevat yksilöllisesti ja saattavat sisältää tilanteita, ajatuksia, mielikuvia, ajatusprosesseja, mielialoja tai käyttäytymistä. Yksi tehokkaimmista itsetuhoisen kriisiin ehkäisykeinoista on havaita kriisin kehittyminen mahdollisimman varhain ja pysäyttää se alkuvaiheessa. Varomerkkien ilmaantuessa potilas myös tietää ottaa esille aiemmin laaditun turvasuunnitelman ja toimia sen mukaisesti.

Potilasta ohjataan ensin tunnistamaan kriisitalanne (askel 1) ja sitten seuraamaan suunnitelman mukaisesti askeleita 2–5. Jos ohjeiden

seuraaminen askeleen 2 mukaisesti ei lievitä itsetuhoisuutta, siirrytään seuraavalle askeleelle ja tarvittaessa eteenpäin (**TAULUKKO** ja **INTERNET-TAULUKKO**).

Askel 2: sisäisten selviytymiskeinojen käyttäminen. Potilasta pyydetään tekemään lista selviytymiskeinoista, joita hän voi käyttää omatoimisesti ottamatta yhteyttä muihin ihmisiin. Ne otetaan käyttöön, kun potilas on tunnistanut itsetuhoiseen kriisiin liittyvät varomerkit. Nämä selviytymiskeinot auttavat potilasta saamaan huomion pois ongelmistaan ja estävät itsetuhoisen ajattelun yltyä. Koska tehokkaimmat selviytymiskeinot vaihtelevat potilaittain, on tärkeää, että potilas itse osallistuu aktiivisesti niiden tuottamiseen. Selviytymiskeinot saattavat myös sisältää terapiassa opittuja taitoja. Terapeuttisesti on hyödyllistä, että potilas yrittää selviytyä itse omista itsetuhoisista tunteistaan, vaikka edes lyhyen aikaa.

Potilasta tulee auttaa luotteloimaan ensisijaisuusjärjestyksessä muutamia tällaisia keinoja, joita hän voi käyttää. Luettelon kärkeen tulee laittaa ne selviytymiskeinot, joita on helpointa käyttää tai jotka ovat todennäköisesti tehokkaimpia. Kun sisäisten selviytymiskeinojen lista on luotu, tulisi vielä arvioida niiden käytön todennäköisyys yhdessä potilaan kanssa. Jos potilas epäilee kykyään toteuttaa jotain listalle laitettua keinoja, tulisi yhdessä potilaan kanssa selvittää, mitä esteille voisi tehdä. Jos potilas ei keskustelun jälkeenkään usko käyttävänsä jotakin tiettyä selviytymiskeinoja kriisin aikana, täytyy suunnitella muita selviytymiskeinoja.

Askel 3: huomion ohjaaminen pois itsetuhoisista ajatuksista sosiaalisten kontaktien ja tuen avulla. Jos sisäisten, omatoimisten selviytymiskeinojen käyttäminen ei auta vähentämään itsetuhoista ajattelua, potilaan tulisi tunnistaa omasta luontaisesta sosiaalisesta ympäristöstään ihmiset ja tilanteet, joiden avulla hän pystyy muuttamaan omaa oloaan ja saamaan huomion pois itsetuhoisista ajatuksistaan ja yllykkeistään sekä huolistaan. Tällä askeleella potilaan ei ole vielä tarkoitus pyytää muilta apua itsetuhoiseen kriisiin. Seurusteleminen ystävien tai perheenjäsenten kanssa kertomatta omasta itsetuhoisesta tilasta saattaa auttaa potilasta pääsemään eroon omista itsetuhoisista

TAULUKKO. Turvasuunnitelman tekeminen. Laajempi versio **INTERNETTAULUKKONA.**

Esitte ja perusteleva turvasuunnitelman tekeminen

Kuvaile, kuinka itsemurha-ajatuksia voi tulla ja mennä lyhyiden ajanjaksojen kuluessa ja kuinka turvasuunnitelma auttaa itsemurha-ajatusten kanssa selviytymisessä.

Kuvaile, kuinka turvasuunnitelma koostuu joukosta askeleita. Jos jostakin askeleesta ei ole apua itsemurhakriisin lieventämisessä, jatka seuraavaan askeleeseen.

Askel 1. Varomerkkien tunnistaminen

Kysy: "Mitä koet, kun alat ajatella itsemurhaa tai koet itse äärimmäisen ahdistuneeksi?"

Kysy: "Mistä tiedät, milloin turvasuunnitelmaa tulisi käyttää?"

Listaa varomerkkit (ajatukset, mielikuvat, ajattelutavat, mieliala ja käytös) käyttämällä potilaan omia sanoja.

Askel 2. Sisäisten selviytymiskeinojen käyttäminen

Kysy: "Mitä voit tehdä itse estääksesi itseäsi toimimasta ajatustesi tai yllykkeidesi mukaisesti, jos tulet jälleen itsetuhoiseksi?"

Selvittele ongelmaa yhteistyössä potilaan kanssa varmistaaksesi, että mahdolliset selviytymiskeinojen käyttämisen esteet käsitellään ja vaihtoehtoiset selviytymiskeinot määritellään.

Askel 3. Huomion ohjaaminen pois kriisistä sosiaalisten kontaktien avulla

Pyydä potilasta listaamaan useampi henkilö ja sosiaalinen tilanne, jos ensisijainen vaihtoehto ei ole käytettävissä.

Muista, että tällä askeleella itsetuhoisia ajatuksia ja tunteja ei tuoda esille.

Askel 4. Tuen hakeminen perheenjäseniltä tai ystäviltä kriisin ratkaisemiseksi

Kysy: "Kehen perheenjäseneesi tai ystäväsi voisit ajatella ottavasi yhteyttä saadaksesi apua kriisin aikana?"

Pyydä potilasta listaamaan useampi henkilö siltä varalta, että potilas ei tavoita listan ensimmäistä henkilöä. Pane listan henkilöt ensisijaisuusjärjestykseen. Toisin kuin edellisellä askeleella, tällä askeleella potilas ilmoittaa olevansa kriisissä.

Askel 5. Yhteyden ottaminen ammattilaisiin

Listaa terveydenhuollon ammattilaisten nimet, puhelinnumerot tai sijaintipaikat, kriisipäivystykset, valtakunnallinen kriisipuhelin ja päivystyspoliklinikat.

Askel 6. Ympäristön tekeminen turvalliseksi ja turvallinen oleminen siinä

Terveydenhuollon ammattilaisen tulisi kysyä potilaalta, mitä keinoa tämä mahdollisesti käyttäisi itsetuhoisessa kriisissä, ja yhteistyössä potilaan kanssa tunnistaa keinot ympäristön turvalliseksi tekemiseksi.

Potilaalta tulisi estää pääsy letaalien itsemurhavälineiden, esimerkiksi aseiden, käyttöön. Tämä tulisi antaa ennalta valitun, vastuullisen henkilön (yleensä perheenjäsenen, läheisen ystävän tai poliisin) tehtäväksi.

Muista terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuuksia säätelevät ampuma-aselaki ja ajokorttilaki.

Askel 7. Syitä, joiden vuoksi haluan elää

Potilaan kanssa käydään lävitse sellaisia hänelle tärkeitä ja merkitseviä tekijöitä, jotka ovat syitä pysyä hengissä mutta joiden merkitys saattaa itsetuhoisen kriisin yhteydessä unohtua.

Tavallisia syitä ovat esimerkiksi merkitsevät ihmiset. Syyt kirjataan turvasuunnitelmaan.

Turvasuunnitelman käyttöönotto

Arvioi, kuinka todennäköisesti potilas ylipäätään ottaa turvasuunnitelman käyttöön.

Ratkaise mahdolliset turvasuunnitelman käytön ongelmat ja vaikeudet. Jos potilas esimerkiksi kokee turvasuunnitelma-nimen tai suunnitelman rakenteen vastenmieliseksi, pyri löytämään hänen kanssaan vaihtoehtoinen, neutraalimmalta kuulostava nimi tai sopivampi rakenne. Jos potilas kokee, että hänen on vaikeaa pyytää toisilta apua, häntä tulisi auttaa tunnistamaan todennäköisiä avun pyytämisen esteitä ja minimoimaan niitä.

ajatuksistaan. Itsetuhoinen kriisi saattaa myös helpottaa, kun potilas tuntee olevansa enemmän yhteydessä muihin ihmisiin.

On tärkeää pyytää potilasta yksityiskohtaisesti listaamaan useita mahdollisia ihmisiä ja sosiaalisia tilanteita, jos ensimmäinen vaihtoehto ei olekaan saatavilla. Käytössä olevat vaihtoehdot listataan ensisijaisuusjärjestykseen puhelinnumeroineen tai paikan sijainnin tarkkuudella. On tärkeää listata sekä yksittäiset ihmiset että turvalliset paikat kuten kahvilat, joissa potilaalla on mahdollisuus tavata muita ihmisiä.

Askel 4: tuen hakeminen perheenjäseniltä tai ystäviltä kriisin ratkaisemiseksi. Mikäli edelliset askeleet eivät ole helpottaneet kriisiä, potilas voi kertoa perheenjäsenilleen tai ystävilleen itsetuhoisesta kriisistään. Tämä askel eroaa aiemmista siinä, että nyt potilas avoimesti ilmoittaa olevansa kriisissä sekä tuen ja avun tarpeessa.

Koska potilaan on todennäköisesti vaikeaa ratkaista, pitäisikö hänen paljastaa muille ajattelevansa itsemurhaa vai ei, on asiaa hyvä suunnitella etukäteen. Suunnitelman tekoon voidaan sisällyttää pohdintaa siitä, mitä etuja ja haittoja potilaalle on siitä, että itsetuhoinen tila tulee ilmi tukea tarjoavalle henkilölle.

Potilas voi siis askeleen kolme mukaisesti listata ne henkilöt, jotka voivat auttaa häntä kääntämään huomion pois kriisistä, ja askeleen neljä mukaisesti myös listata henkilöt, jotka voivat auttaa häntä käsittelemään itsetuhoista kriisiä. Kumpaakin askelta työstettäessä potilaalta tulisi kysyä, kuinka todennäköisesti hän ottaisi yhteyttä näihin henkilöihin, pyytää potilasta tunnistamaan mahdolliset yhteydenoton esteet sekä pyrkiä ratkaisemaan ongelmat esteiden voittamiseksi.

Jos se on mahdollista, potilaalle voidaan myös nimetä joku läheinen henkilö, jonka kanssa potilas voi jakaa turvasuunnitelman, ja mainita tämä henkilö suunnitelmassa. Toisinaan potilaan ei ole mahdollista nimetä ketään tai hänen ei ole helppoa jakaa suunnitelmaansa perheen tai ystävien kanssa. Potilaan ei ole pakko nimetä ketään ystävää tai perheenjäsentä, joka tuntisi turvasuunnitelman. Turvasuunnitelman tarkoitus on olla avuksi ja tukea potilasta, ei aiheuttaa lisästressiä tai olla taakka.

Askel 5: yhteyden ottaminen ammattilaisiin. Viides askel koostuu terveydenhuollon tai muista ammattilaisista, jotka voivat auttaa potilasta kriisin aikana, sekä tarvittavista puhelinnumeroista ja apua tarjoavista toimipaikoista. Potilasta neuvotaan ottamaan yhteyttä ammattilaiseen tai apua tarjoavaan toimipaikkaan, jos edellisten askelten strategiat eivät ole auttaneet lievittämään kriisiä.

Luettelo ammattilaisista ja apua tarjoavista toimipaikoista voi olla tärkeysjärjestyksessä. Jos potilaalla on käynnissä oleva hoitosuhde mielenterveyspalveluissa, turvasuunnitelma voi sisältää hoitavan henkilön nimen ja puhelinnumeron. Turvasuunnitelman tulisi kuitenkin sisältää myös muita ammattilaisia, joihin potilas voi ottaa yhteyttä virka-ajan ulkopuolella.

Turvasuunnitelmassa painotetaan, että taroituksenmukainen ammattiapu on saatavilla kriisin aikana ja kerrotaan, miten nämä palvelut tarvittaessa löydetään. Turvasuunnitelmaa tehtäessä tulisi keskustella potilaan odotuksista, jotka liittyvät yhteydenottoon ammattilaiseen tai toimipaikkaan, ja käsitellä yhteydenoton mahdollisia esteitä tai haasteita. Turvasuunnitelmaan tulisi sisällyttää vain ne ammattilaiset, joihin potilas on valmis ottamaan yhteyttä kriisin aikana.

Askel 6: ympäristön tekeminen turvalliseksi ja turvallinen oleminen siinä. Itsemurhariski on suuri, kun potilaalla on yksityiskohtainen suunnitelma itsensä tappamiseksi ja suunnitelma sisältää saatavilla olevan itsemurhamenetelmän. Vaikka potilaalla ei olisi selvää itsemurhasuunnitelmaa, keskeinen osa turvasuunnitelmaa on poistaa tai rajoittaa mahdollisuutta itsemurhavälineiden käyttämiseen potilaan omassa elinympäristössä. Tämä tarkoittaa lääkkeiden turvallista säilyttämistä, aseiden käytön estämistä sekä veitsien tai muiden vaarallisten välineiden käytön rajoittamista.

Ammattilaisen tulisi myös huomata, että potilaan turvallisuutta ei voida taata rajoittamalla yhden menetelmän käyttöä, koska hän voi käyttää jotakin toista menetelmää. Jos potilas mainitsee jonkin toisen menetelmän tai suunnitelman, myös nämä keinot tulisi tarkistaa ja niiden saatavuutta rajoittaa. Turvasuunnitelmassa tulisi selvästi todeta, mitä toimia potilaan elin-

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. 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. Suomentos ja muokkaus: Pekka Jylhä ja Erkki Isometsä

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

© Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

www.kaypahoito.fi

KUVA. Turvasuunnitelmalomake.

ympäristön turvallisesti tekemiseen tarvitaan.

Askel 7: syyt elää. Potilaan kanssa käydään lävitse sellaisia hänelle tärkeitä ja merkitseviä tekijöitä, jotka ovat syitä pysyä hengissä mutta joiden merkitys saattaa itsetuhoisen kriisin yhteydessä unohtua. Tavallisia syitä ovat esimerkiksi potilaalle merkitsevät ihmiset. Nämä potilaalle merkitsevät syyt kirjataan turvasuunnitelmaan.

Turvasuunnitelman käyttöönotto ja sen mahdolliset esteet

Sen jälkeen, kun turvasuunnitelma (**KUVA**) on saatu valmiiksi, tulee yhdessä potilaan kanssa arvioida, kuinka todennäköisesti potilas ylipäätään ottaa turvasuunnitelman käyttöön. Yhteistyössä potilaan kanssa tulee tunnistaa ja ratkaista mahdolliset turvasuunnitelman käytön ongelmat ja vaikeudet.

Kun potilas on ilmaissut halukkuutensa käyttää turvasuunnitelmaa kriisin aikana, alkuperäinen asiakirja annetaan hänelle mukaan, ja kopia tallennetaan potilaskertomukseen. Lisäksi suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa, missä hän säilyttää turvasuunnitelmaansa ja miten se saadaan käsille kriisin aikana. Potilas voi myös ottaa turvasuunnitelmasta kuvan ja säilyttää sitä matkapuhelimessaan.

Turvasuunnitelman käyttöönoton tulisi aina perustua kliiniseen harkintaan, ja jokaisen askelen tarkoituksenmukaisuus tulisi arvioida. Turvasuunnitelman rakenne voidaan näin so-

peuttaa vastaamaan potilaan henkilökohtaisia tarpeita, esimerkiksi turvasuunnitelmakaavakkeessa jokaisen alaotsikon alla listattujen kolmen asiakohdan sijasta voidaan listata enemmän tai vähemmän kuin kolme.

Turvasuunnitelmakaavakkeen rakennetta voidaan myös tarvittaessa muuttaa, sen tulisi olla potilaalle helppokäyttöinen ja vaivattomasti saatavissa kriisitilanteessa. Kriisin aikana potilas ei todennäköisesti käytä pitkää ja monimutkaista turvasuunnitelmaa. Pääasia on, että turvasuunnitelma on sellainen, josta potilas itse kokee hyötyvänsä.

Turvasuunnitelma tulee tarkistaa ajoittain sekä mahdollisesti muokata sitä aina, kun sitä on käytetty. Turvasuunnitelma ei ole muuttumaton asiakirja. Sitä tulee muokata sitä mukaa, kun potilaan olosuhteet ja tarpeet muuttuvat.

Lopuksi

Turvasuunnitelma on vain yksi osa itsetuhoisen henkilön kokonaisvaltaista hoitoa. Turvasuunnitelman kaltainen lyhyt kriisi-interventio voi olla erityisen hyödyllinen silloin, kun pitemmän hoidon mahdollisuudet ovat rajalliset. Muita tärkeitä elementtejä ovat muun muassa riskinarviointi, asiaankuuluva lääkehoito, psykoterapia ja sairaalahoito.

Duodecimin Oppiporttiin on kevään 2020 aikana valmistunut verkkokurssi itsemurhaa yrittäneen turvasuunnitelman laatimisesta. ■

PEKKA JYLHÄ, LT, dosentti, ylilääkäri

HUS, akuutti- ja konsultaatiopsykiatria sekä Helsingin yliopisto

ERKKI ISOMETSÄ, LT, professori, ylilääkäri

Helsingin yliopisto ja HUS, psykiatria

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Pekka Jylhä: Apuraha (Duodecim, Käypä hoito), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Orion, Janssen), luottamustoimet (HUS:n edustaja, Valtiokonttorin sotilastapaturma-asiani neuvottelukunta)

Erkki Isometsä: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Kognitiivisen psykoterapian keskus Luote Oy, Farmasian oppimiskeskus (Farmasian päivät)), luottamustoimet (Suomen Psykiatriyhdistys, (puheenjohtaja), Depression Käypä hoito -suositus (työryhmän puheenjohtaja), Kaksisuuntaisen mielialahäiriön Käypä hoito -suositus (työryhmän jäsen), Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen Käypä hoito -suositus (työryhmän jäsen)), hankkeet (Helsingin yliopisto, psykoterapeuttikoulutuksen johtoryhmä), muut sidonnaisuudet (kulkorvauksia tieteellisiltä järjestöiltä International Society for Bipolar Disorders (ISBD) ja International Academy of Suicide Research (IASR), kulkorvauksia osallistumisesta seminaariin Föreningen Nordenilta, luentopalkkio kutsuluennosta American Psychiatric Associationilta (APA), tekijäpalkkiota Kustannus Oy Duodecimilta)

KIRJALLISUUTTA

1. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim 2020 [julkaistu 7.1.2020]. www.kaypahoito.fi.
2. Holopainen J, Helama S, Partonen T. Suomalainen itsemurhakuolleisuus 1950-2009 eurooppalaisessa vertailussa. *Duodecim* 2014;130:1536-44.
3. Kuolemansyyt 2018. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus 2018. www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_kat_006_fi.html.
4. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016;387:1227-39.
5. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med* 2020;382:266-74.
6. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, ym. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord* 2013; 151:821-30.
7. Hawton K, Witt KG, Salisbury TLT, ym. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:740-50.
8. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, ym. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1060-4.
9. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, ym. 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.
10. Stanley B, Brown GK. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cogn Behav Pract* 2012; 19:256-64.
11. Miller IW, Camargo CA Jr, Arias SA, ym. Suicide prevention in an emergency department population: The ED-SAFE study. *JAMA Psychiatry* 2017;74:563-70.
12. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, ym. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry* 2018;75:894-900.