

LINITY-menetelmä itsemurhien ehkäisyyn

TIIVISTELMÄ

Suomen Mielenterveysseurassa toteutetaan vuosina 2013–2017 Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama LINITY-hanke, jossa juurrutetaan Suomeen uusi itsemurhien ehkäisyyn kehitetty menetelmä. Aiempi itsemurhayritys on tärkein yksittäinen itsemurhariskiä lisäävä tekijä ja riski säilyy kohonneena useita vuosia. LINITY-menetelmässä itsemurhaa yrittäneille suunnatun lyhyen intervention avulla autetaan ihmisiä tunnistamaan ajoissa itsetuhoista tilaa ennakoivia varoitusmerkkejä ja toimimaan tilanteessa turvallisesti. Asiakkaita tuetaan kirjeitse kahden vuoden ajan. Sveitsiläisessä tutkimuksessa menetelmän on todettu vähentävän merkittävästi uuden itsemurhayrityksen riskiä. Menetelmän suomalaisessa versiossa on mukana myös perheinterventio.

Avainsanat: itsemurhayritys, lyhytinterventio, itsemurhien ehkäisy, kriisityö

Marena Kukkonen psykiatrinen sairaanhoitaja, erityistason perheterapeutti, projektipäällikkö, Suomen Mielenterveysseura, SOS-kriisikeskus

Jaana Lappalainen psykiatrinen sairaanhoitaja, projektkriisityöntekijä, Suomen Mielenterveysseura, Kriisikeskus Mobile Seinäjoki, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Jannecke Lindqvist psykiatrinen sairaanhoitaja, erityistason psykoterapeutti, projektkriisityöntekijä, Suomen Mielenterveysseura, SOS-kriisikeskus

Juha Metelinen mielenterveyshoitaja, vaativan erityistason perheterapeutti, psykoterapeutti projektkriisityöntekijä, Suomen Mielenterveysseura, Kuopion kriisikeskus

Jukka Valkonen VTT, erityisasiantuntija, Suomen Mielenterveysseura

Joka päivä kahdesta kolmeen ihmistä tekee itsemurhan Suomessa. Vuonna 2014 itsemurhia oli 789. Väkilukuun suhteutettuna tämä on lähes kak-

si kertaa enemmän kuin muissa Pohjoismaissa ja puolitoista kertaa niin paljon kuin muissa EU-maissa. Tieliikenteessä Suomessa kuoli samana

vuonna 229 ihmistä. WHO:n arvion mukaan jokaista aikuisen tekemää itsemurhaa kohden tapahtuu yli 20 itsemurhayritystä (WHO, 2015). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL on puolestaan arvioinut haastattelututkimusten perusteella, että vuosittain yksi sadasta suomalaisesta yrittää itsemurhaa (THL, 2016). Eri arvioiden mukaan itsemurhayritysten määrä voi siten olla 10 000 tai jopa 50 000 vuosittain. Itsemurhayritysten todellisen määrän arvioiminen on vaikeaa, koska vain osa yrityksistä johtaa hoitokontaktiin ja kirjaamiskäytännöt vaihtelevat terveydenhuollon toimipisteissä.

Aiempi itsemurhayritys on merkittävin yksittäinen itsemurhaa ennustava tekijä. On arvioitu, että aiempi itsemurhayritys lisää riskiä kuolla itsemurhaan seuraavan 12 kuukauden aikana 50–100-kertaiseksi (Lönnqvist ym., 2014) muuhun väestöön verrattuna. Uuden itsemurhayrityksen riski säilyy suurentuneena vuosikymmenien ajan (Kulvik & Suominen, 2015). Aiemmin itsemurhaa yrittäneet ovat siten itsemurhien ehkäisyn kannalta erityisen tärkeä kohderyhmä. Itsemurhaa yrittäneelle ja terveystalveluiden piiriin hakeutuneelle suositellaan psykiatrista konsultaatiota ja jatkohoidon järjestämistä (Suokas & Suominen, 2002). Suosituksista huolimatta osa potilaista palaa edelleen ensihoidon jälkeen kotiinsa ilman muuta interventiota kuin somaattinen tarkistus tai hoito (Kulvik & Suominen, 2015).

Itsemurhayrityksestä selvinneiden kokemuksen mukaan on yleistä, ettei itsetuhoisuudesta keskustella itsemurhayrityksen jälkeisessä hoidossa. Akuuttiosastoilla keskitytään yleensä itsemurhayrityksestä aiheutuneiden somaattisten vaurioiden hoitoon. Mahdollisessa psykiatrisessa hoidossa keskitytään usein itsemurhayrityksen taustalla olevien psykiatristen sairauksien diagnosointiin ja hoitoon. Masennuksen tai muun psykiatrisen häiriön hyvä hoito vähentää itsemurhakuolleisuutta (Lönnqvist ym., 2014; Kulvik & Suominen, 2015), mutta itsemurhaa yrittäneen näkökulmasta itsemurhayritys itsessään ei ole sairaus, vaan tavoitteellista toimintaa. Sen ymmärtäminen on ratkaisevaa, jotta itsetuhoista käyttäytymistä voisi tulevaisuudessa välttää (Michel & Gysin-Maillart, 2015, vii).

”Itsemurhaa yrittäneen näkökulmasta itsemurhayritys itsessään ei ole sairaus, vaan tavoitteellista toimintaa. Sen ymmärtäminen on ratkaisevaa, jotta itsetuhoista käyttäytymistä voisi tulevaisuudessa välttää.”

Itsemurhia pyritään ehkäisemään vähentämällä erilaisten riskitekijöiden vaikutuksia (Suominen & Valtonen, 2013). Usein itsemurhayritykseen johtaa monien riskitekijöiden esiintyminen samanaikaisesti (Wahlbeck & Wasserman, 2015). Keskeisiä itsemurhan riskitekijöitä ovat edellä mainitun aiemman yrityksen lisäksi muun muassa masennus, päihdeongelma, varhaiset traumaattiset kokemukset, lähipiirissä tapahtuneet itsemurhat sekä kasautuneet kielteiset elämänmuutokset, kuten taloudelliset vaikeudet, työttömyys, parisuhdeongelmat ja ero tärkeästä ihmissuhteesta. Keskeinen keino vähentää itsemurhia on myös rajoittaa tekovälineiden saatavuutta (Dumon & Portzky, 2014). Noin kolme neljästä itsemurhan tehneestä on miehiä. Joitakin itsemurhien ehkäisytöimiä onkin kohdennettu erityisesti miehille (ks. esim. Suicide Prevention Resource Center).

Sveitsissä kehitetyn, itsemurhaa yrittäneille suunnatun ASSIP-menetelmän (Attempted Suicide Short Intervention Program), lähtökohtana on itsemurhayrityksen käsittely toimintana, jota ihminen voi jatkossa muuttaa (Michel & Gysin-Maillart, 2015).

Itsemurhalla ja sen yrityksellä on aina heijastusvaikutuksia myös muihin ihmisiin. Läheiset ovat tärkeä voimavara myös itsemurhien ehkäisyn kannalta. Lähipiirissä aikaisemmin tapahtunut itsemurha lisää itsemurhariskiä. Itsemurha voi siirtyä ylisukupolisesti ratkaisumalliksi vaikeaan elämäntilanteeseen varsinkin silloin, kun siitä ei ole ollut mahdollista puhua. Hankkeessa onkin menetelmän osaksi kehitetty myös perheinterventio. Tässä artikkelissa kuvataan ASSIP-menetelmän

pohjalta suomalaisiin oloihin sovellettua LINITY-menetelmää, siinä käytettäviä työtapoja ja hankkeen aikana saatuja kokemuksia.

MENETELMÄN TAUSTA

Alkuperäinen ASSIP-menetelmä kehitettiin Bernin yliopistossa Sveitsissä 2000-luvun alussa. Keskeisiä lähtökohtia kehittämistyössä oli ajatus, että vaikka itsemurhan taustalta voidaan useimmiten tunnistaa jokin psykiatrinen sairaus, varsinaisessa itsemurhayrityksessä on kyse kuitenkin toiminnasta ja tätä toimintaa on mahdollista ymmärtää selvittämällä, mihin tavoitteeseen toiminnalla pyritään. Toinen merkittävä idea ASSIP-menetelmän taustalla oli, että ihmisen kertoma tarina siitä, mikä sai hänet yrittämään itsemurhaa, auttaa ymmärtämään hänen toimintaansa. Kolmas oivallus syntyi tämän tarinan kautta. Osoittautui, että narratiivinen tapa haastatella itsemurhaa yrittänyttä vahvasti terapeutista suhdetta, mikä nähtiin tärkeäksi asiakkaan motivaation ja sitoutumisen kannalta. (Michel & Gysin-Maillart 2015.)

ASSIP-menetelmällä on vahva teoreettinen perusta. Kiintymyssuhdeteorian mukaisesti asiakkaan turvalliseksi kokema ja tärkeänä pitämä terapeutin suhde edustaa asiakkaalle myönteistä ihmissuhdetta, johon hän voi kiinnittyä myös vaikeissa tilanteissa. Työskentelyssä korostetaan yhdessä toimimista ja asiakkaan omaa toimijuutta.

Oppimisteoreettisen ymmärryksen mukaisesti itsetuhoisuus nähdään opittuna, haitallisiin ajattelumalleihin perustuvana käyttäytymisenä. ASSIP-työskentelyssä hyödynnetään kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä opitun käyttäytymisen muuttamiseksi.

Toiminnan teorian näkökulmasta itsemurhayritys nähdään toimintana, jossa ihmiselle tärkeät tavoitteet ovat uhattuna ja itsemurha nähdään keinona päästä pois tilanteesta. Ihmisen kertoma tarina päättymisestä yrittämään itsemurhaa auttaa ymmärtämään toimintaa ja sitä ohjaavia tavoitteita (Michel & Gysin-Maillart, 2015).

Itsemurhayritysten ymmärtämisessä merkittävä havainto on ollut, että itsemurhaa yrittäneet ihmiset kertovat lähes aina olleensa itsemurhakriisin aikaan eräänlaisessa poikkeustilassa, jossa

he eivät ole pystyneet ajattelemaan rationaalisesti. Tässä tilassa itsemurhayritys etenee ikään kuin automaattiohjauksella. Poikkeustilassa dissosiativiset oireet ovat tyypillisiä. Ihminen voi kokea olevansa tilanteen ulkopuolella ja turta, eikä hän tunne esimerkiksi kipua tai pelkoa. Itsetuhoisen tila toimii yleensä päällä/pois -periaatteen mukaan. Se voi aktivoitua nopeasti ja usein kuin tyhjästä. Ihminen voi osittain tiedostaa itsetuhoisen tilan kehittymisen tai se voi tapahtua tiedostamattomasti. Neurobiologiset havainnot ovat vahvistaneet käsitystä itsetuhoisen tilan poikkeavuudesta suhteessa normaaliin aivotoimintaan (Michel & Gysin-Maillart, 2015).

Itsemurhien ehkäisyn näkökulmasta on olennaista, että itsetuhoisen tilan kesto on rajallinen ja siitä on mahdollista päästä pois myös tilan aktivoituttua. Kerran aktivoituttuaan se jää kuitenkin ihmisen mieleen potentiaalisena toimintamallina, joka voi laueta uudelleen vastaavassa tärkeitä elämäntavoitteita uhkaavassa tilanteessa. Näin ollen on ensiarvoisen tärkeää auttaa itsemurhaa yrittäneitä tunnistamaan ajoissa itsetuhoista tilaa ennakkoivia merkkejä ja välttämään siten dissosiativisen tilan aktivoituminen. Siltä varalta, että itsetuhoisen toimintamalli ottaa vallan, on itsemurhaa aiemmin yrittäneillä oltava helposti saatavilla konkreettisia toimintaohjeita, joiden avulla itsetuhoisesta tilasta pääsee pois ennen kuin tilanne etenee itsemurhayritykseksi (Michel & Gysin-Maillart, 2015).

Bernissä selvitettiin ASSIP-menetelmän vaikuttavuutta tutkimuksessa, johon osallistui yhteensä 120 itsemurhaa yrittänyttä ihmistä. Interventioon osallistuneessa ryhmässä (n=60) oli kahden vuoden seurannan aikana viisi uutta itsemurhayritystä, kun tavanomaista hoitoa saaneessa kontrolliryhmässä yrityksiä oli 41 (n=60). ASSIP-menetelmä laski riskiä yrittää itsemurhaa uudelleen noin 80 prosentilla. Myös sairaalapäivien määrä oli vähäisempi interventioon osallistuneilla (Gysin-Maillart ym., 2016).

Suomen Mielenterveysseura aloitti ASSIP-mallin mukaisen työskentelyn Helsingissä SOS-kriisikeskuksessa vuonna 2013. LINITY-hankkeen (Lyhyt Interventio ITsemurhaa Yrittäneille) rahoittaa Raha-automaattiyhdistys vuosina 2013–2017.

**” Ihmiset kertovat
lähes aina olleensa
itsemurhakriisin
aikaan eräänlaisessa
poikkeustilassa,
jossa he eivät ole
pystyneet ajattelemaan
rationaalisesti. Tässä
tilassa itsemurhayritys
etenee ikään kuin
automaatti-
ohjauksella. ”**

”ASSIP-menetelmä laski riskiä yrittää itsemurhaa uudelleen noin 80 prosentilla.”

Hankkeen päätavoitteena on itsemurhien ja itsemurhayritysten vähentäminen itsemurhaa yrittäneiden jälkihoitoa kehittämällä, julkisen sektorin ja järjestön välisen yhteistyön avulla. Tavoitteena on myös itsemurhiin liittyvän häpeän ja syyllisyyden vähentäminen lisäämällä asiallista tietoa ja keskustelua aiheesta.

Hankkeen aikana on tarkoitettu juurruttaa menetelmä Suomeen osaksi kolmannen sektorin tarjoamaan matalan kynnyksen järjestölähtöistä kriisityötä ja levittää mallia myös julkiselle sektorille. Hankkeessa tarjotaan LINITY-mallin mukaista tukea itsemurhaa yrittäneille, koulutetaan järjestöjen ja julkisen sektorin työntekijöitä menetelmän käyttöön ja tehdään itsemurhien ehkäisytyötä tukevaa viestintää.

Vuonna 2014 LINITY otettiin käyttöön Seinäjoen Kriisikeskus Mobilessa ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Vuonna 2015 menetelmä levisi Kuopioon osaksi paikallisen Kriisikeskuksen toimintaa. Syksyllä 2016 käynnistyi menetelmän vaikuttavuutta selvittävä ryhmävertailututkimus Helsingin yliopiston, Helsingin kaupungin ja Suomen Mielenterveysseuran välisenä yhteistyönä.

MENETELMÄKUVAUS

LINITY on nimensä mukaisesti lyhytinterventio, jonka avulla kehitetään itsemurhaa yrittäneen selviytymiskeinoja ja -strategioita itsetuhoisen käyttäytymisen ja itsemurhayritysten ehkäisemiseksi. Interventio on manualisoitu ja istunnot toteutuvat pääosin strukturoidusti. Käsikirjan suomennos (Gysin-Maillart & Michel, 2013) perustuu alkupe räiseen saksankieliseen manuaaliin. Toimintamalli koostuu yksilöllisistä tapaamisista työntekijän kanssa. Tapaamisia on alkupe räisessä mallissa kolme tai neljä. Suomessa on kokeiltu myös mallia, johon on lisätty vielä viides tapaaminen, johon myös itsemurhaa yrittäneen läheiset ovat voineet osallistua.

Tapaamisten jälkeen yhteyttä pidetään kirjeitse.

LINITY:ssä asiakkaan ja työntekijän välisen hyvän yhteistyösuhteen muodostumiseen kiinnitetään erityistä huomiota. Keskeinen osa työskentelyä on asiakkaan kertoma tarina siitä, miten hän päätyi itsemurhayritykseen. Videotyöskentelyssä asiakas ja työntekijä katsovat yhdessä asiakkaan kertomaa tarinaa. Terapeutti ja asiakas istuvat tällöin vierekkäin, mikä vahvistaa yhdessä toimimisen tunnetta. Ilmapiiristä luodaan mahdollisimman kiireetön ja turvallinen. Asiakas nähdään oman tarinansa asiantuntijana ja työntekijän tehtävänä on pyrkiä ymmärtämään mitä on tapahtunut. Asiakkaan tekoa ja kokemuksia ei arvioida, analysoida eikä selitetä. Asiakasta ei keskeytetä kesken tarinaa. Asiakas osoittaa itse, milloin tarina päättyy. (Gysin-Maillart & Michel 2013.)

Asiakkaat kokevat itsemurhayrityksen läpikäymisen yksilöllisesti. Istunnoissa saattaa purkautua vahvoja tunteita, kuten esimerkiksi pelkoa, häpeää tai surua. Joskus asiakas jättää tulematta istuntoon, peruu tapaamisen tai muuttaa toistuvasti tapaamisen ajankohtaa. Tällainen käyttäytyminen voi liittyä itsemurhan käsittelyn laukaisemiin tunteisiin ja niihin on syytä suhtautua ymmärtävästi. Asiakkaaseen tulisi tällöin olla aktiivisesti yhteydessä ja keskustella hänen kanssaan työskentelyn herättämistä tunteista sekä tarjota hänelle mahdollisuutta jatkaa työskentelyä.

Asiakasohjaus

LINITY-menetelmä on kehitetty täydentämään itsemurhaa yrittäneiden ihmisten muuta hoitoa. Työskentely ei siten korvaa esimerkiksi psykiatrista hoitoa, eikä sen avulla voi sivuuttaa itsemurhayrityksen käsittelyä somaattisen hoidon yhteydessä. Esimerkiksi masennuksen ja epävakaan persoonallisuushäiriön hyvä hoito pienentää jo itsessään uuden itsemurhayrityksen riskiä (ks. Käypä hoito-suositukset).

Monet itsemurhaa yrittäneet ihmiset häpeävät tekoaan jälkeenpäin ja kokevat, ettei kukaan ymmärrä heitä tai heidän motiivejaan. Monet heistä eivät ymmärrä niitä itsekään. Tällöin ihmiset eivät usein myöskään osaa tai pysty ottamaan itsemurhayritystä puheeksi läheistensä tai tervey-

**” Keskeinen osa
työskentelyä on asiakkaan
kertoma tarina siitä,
miten hän päätyi
itsemurhayritykseen.
Videotyöskentelyssä
asiakas ja työntekijä
katsovat yhdessä
asiakkaan kertomaa
tarinaa. ”**

denhuollon työntekijöiden kanssa. Avun hakemista vaikeuttaa osaltaan itsemurhakriisiin liittyvä psykologisten puolustusmekanismien nopea aktivoituminen itsemurhayrityksen jälkeen. Tällöin itsemurhaa yrittänyt ihminen saattaa pyrkiä kielämään tapahtuneen esimerkiksi nimeämällä sen vahingoksi tai onnettomuudeksi. Hän voi myös vakuuttaa, että itsemurhayritys oli yksittäinen teko, johon hän ei päädy enää uudestaan.

”Monet itsemurhaa yrittäneet ihmiset häpeävät tekoaan jälkeensä ja kokevat, ettei kukaan ymmärrä heitä tai heidän motiivejaan. Monet heistä eivät ymmärrä niitä itsekään.”

Asiakkaat ohjautuvat LINITy-hankkeeseen pääosin julkisen sektorin kautta. Osa asiakkaista löytää palvelun itse internetin, esitteiden tai lehtiartikkelien välityksellä. Ratkaisevassa roolissa asiakasohjauksessa ovat päivystysten, ensihoidon ja psykiatrian työntekijät, jotka kohtaavat työssään säännöllisesti itsemurhaa yrittäneitä. Haasteena on, että itsemurhayritysten puheeksi ottaminen esimerkiksi päivystystilanteissa ei toteudu systemaattisesti. Tällöin ei myöskään todennäköisesti ohjata ihmistä LINITy-intervention tai muun psykososiaalisen tuen piiriin.

Somaattisen hoidon jälkeen itsemurhaa yrittänyt tyypillisesti kotiutetaan ja mahdollisesti konsultoidaan päivystävää psykiatria. Päivystystilanteissa saatetaan kirjoittaa lähete psykiatriseen hoitoon, mikä ei aina kuitenkaan johda hoitokontaktiin. Itsemurhayritykset tapahtuvat tyypillisesti päihtyneenä, jolloin voi jäädä epäselväksi, kuuluuko itsemurhaa yrittänyt päihdehoidon vai psykiatrisen hoidon piiriin. Itsemurhayrityksestä selviytyntä saatetaan myös vain kehottaa ottamaan yhteyttä oman alueensa terveysasemaan.

Itsemurhaa yrittäneiden jatkohoidon toteutumisessa on siis kokemusten mukaan kehitettä-

vää. Osaltaan kyse on riittävästä resursseista, jotta kiireisessä ensihoidossa ja päivystystoiminnassa pystytään ottamaan itsemurhayritys puheeksi. Itsemurhaa yrittäneiden ohjaaminen tarpeen mukaiseen jatkohoitoon edellyttää myös sitä, että päivystysyksiköt ja muut akuuttihoidosta vastaavat toimijat ovat tietoisia jatkohoitomahdollisuuksista ja niiden merkityksestä itsemurhien ehkäisyssä. Mahdollisuudesta täydentää psykiatrista hoitoa LINITy-intervention avulla onkin informoitu myös psykiatrian poliklinikoita ja muita psykiatrisia yksiköitä.

Itsemurhayritys herättää usein myös työntekijöissä voimakkaita tunteita (esim. Tapola, 2016). Tämä on väistämätöntä ja ymmärrettävää. Työntekijöiden onkin hyvä olla tietoisia omista reaktioistaan itsemurhaa yrittäneitä kohtaan, jotta nämä eivät häiritse hoidon toteutumista. Tiedostamattomat vastatunteet itsemurhaa yrittänyttä kohtaan saattavat johtaa välttelevään suhtautumiseen, jolloin itsemurhayritystä ei oteta puheeksi, tai ne voivat pahimmillaan kääntyä kielteiseksi tai jopa vihamieliseksi suhtautumiseksi kyseistä ihmistä kohtaan. Tämä osaltaan voi vahvistaa häpeän, syyllisyyden ja kieltämisen tunteita ja lisätä uuden itsemurhayrityksen riskiä. Hyväksyvä, arvostelematon ja ymmärtävä suhtautuminen mahdollistaa avun vastaanottamisen ja luo perustan jatkohoidolle.

Istuntojen toteutus

LINITy-intervention istunnot ovat pääosin strukturoituja ja prosessi etenee suunnitelmallisesti. Menetelmä on kuvattu yksityiskohtaisesti käsikirjassa, joka on käännetty myös suomeksi (Gysin-Maillart & Michel 2013). Työskentely etenee käsikirjan mukaisesti, mutta työntekijä sopeuttaa omaa toimintaansa asiakkaan tarpeisiin hyvän yhteistyösuhteen rakentamiseksi. Myös istuntojen määrä voi vaihdella asiakaskohtaisesti. Yleensä asiakkaista ei ole käytettävissä taustatietoja tietosuojasäädösten vuoksi. Toisaalta työskentely voidaan aloittaa tällöin ilman ennako-oletuksia asiakkaasta.

Tapaamispaikka järjestetään rauhalliseksi ja turvallisuutta vahvistavaksi. Tilaan tulee mah-
tua videokamera jalustoineen ja kaksi tuolia. Pöytä tai muita tavaroita ei suositella sijoitettavak-

si asiakkaan ja työntekijän väliin. Istumasuunnan on hyvä olla yhtenevä ja työskenneltäessä kameran tai videokuvan kanssa katse samaan suuntaan kohdistettuna. Tilajärjestelyillä vahvistetaan osaltaan hyvän terapeutin yhteistyösuhteen rakentumista, korostetaan tasavertaisuutta ja osoitetaan, että työskentelyllä on yhteinen tavoite.

Ensimmäiselle tapaamiselle varataan kaksi tuntia ja aikaa käytetään niin paljon, kuin asiakas tarvitsee tarinansa kertomiseen. Tähän menee yleensä puolesta tunnista kahteen tuntiin. Seuraavat kaksi tapaamista varataan noin viikon välein ensimmäisestä tapaamisesta. Näihin tapaamisiin on syytä varata aikaa vähintään tunti. Toisen ja kolmannen tapaamisen välillä kirjoitetaan asiakkaan kertoma elämäntarina kirjalliseksi tiivistelmäksi minä-muodossa. Neljäs istunto on valinnainen seurantatapaaminen ja se voidaan järjestää muuttaman viikon päähän edellisestä. Mikäli katsotaan tarpeelliseksi järjestää tapaaminen, johon myös läheiset osallistuvat, se järjestetään yleensä suhteellisen pian neljännen tapaamisen jälkeen.

Ensimmäinen istunto muodostuu narratiivisesta haastattelusta. Terapeutti aloittaa istunnon lauseella: ”Haluaisin kuulla tarinasi ja kuinka päädyit yrittämään itsemurhaa”. Tämän jälkeen asiakas kertoo tarinansa videokameralle terapeutin keskeyttämättä sitä. ”Oikeaa” kohtaa aloittaa tarina ei ole. Tyypillisesti ihmiset aloittavat aikaisemmasta elämäntilanteesta, elämäntilanteesta tai hetkestä, jolloin henkinen kipu kävi sietämättömäksi. Asiakkaat saattavat aluksi epäröidä, jos he ovat tottuneet kliiniseen haastatteluun. Työntekijän kannattaa kuitenkin malttaa aluksi olla tekemättä kysymyksiä. Tarvittaessa lisäkysymyksillä voidaan auttaa asiakasta alkuun, esimerkiksi: ”Kerrotko, kuinka se päivä, jolloin yritit itsemurhaa, lähti liikkeelle”. Tarina päättyy, kun asiakas osoittaa lopettaneensa kertomisen. Tämän jälkeen voidaan tehdä tarvittaessa avoimia lisäkysymyksiä, kuten: ”Kertoisitko tarkemmin...” ja niin edelleen. Lisäkysymykset voidaan esittää myös seuraavassa tapaamisessa. Tarinan päättyttyä asiakasta kiitetään tarinansa kertomisesta, millä osoitetaan arvostusta asiakasta kohtaan.

**”Terapeutti aloittaa istunnon lauseella:
”Haluaisin kuulla tarinasi ja kuinka päädyit yrittämään itsemurhaa”.
Tämän jälkeen asiakas kertoo tarinansa videokameralle terapeutin keskeyttämättä sitä.”**

Toisessa istunnossa katsotaan edellisellä kerralla tehty videotallenne asiakkaan tarinasta. Jos tallenne on pitkä, työntekijä voi ehdottaa toiston tai epäolennaisten kohtien yli hyppäämistä. Asiakas kuitenkin päättää, mikä on tarinan kannalta olennaista. Terapeutti ja asiakas käyvät yhdessä läpi kertomuksen ja itsemurhayritystä edeltäneitä tapahtumia, ajatuksia ja tunteita. Kuvatallenteen avulla on tarkoitus tunnistaa niitä elämän osa-alueita, jotka liittyivät itsemurhayritykseen sekä ymmärtää itsemurhayritykseen altistavia yksilöllisiä tekijöitä. Toisen tapaamisen päätteeksi asiakkaalle annetaan psykoedukatiivista materiaalia kotitehtäväksi. Teksti sisältää tietoa itsemurhakriisistä ja tekee sen teoreettisesti ja tieteellisesti ymmärrettäväksi.

Ennen kolmatta istuntoa terapeutti kirjoittaa kirjallisen tiivistelmän asiakkaan kertomasta tarinasta. Tiivistelmä kirjoitetaan minä-muodossa. Se käydään asiakkaan kanssa läpi etsien a) varoitusmerkkejä, jotka saattavat ennakoita itsemurhakriisiä, b) turvallisia toimintastrategioita akuuttia itsemurhakriisiä varten ja c) pidempiaikaisia aiheita ja kysymyksiä, joiden vuoksi asiakkaan voisi olla syytä hakeutua jatkossa esimerkiksi pidempään psykoterapiaan. Tässä yhteydessä asiakkaan on myös mahdollista tehdä tarinansa tiivistelmään korjauksia ja täydennyksiä.

Tiivistelmän läpikäymisen jälkeen tehdään asiakkaan kanssa henkilökohtainen turvasuunnitelma, johon kirjataan pitkäaikaiset toimintastrategiat ja tavoitteet, yksilölliset varoitusmerkit sekä akuuttiin itsemurhakriisiin liittyvät toimintastrategiat. Tavoitteena on, että asiakas oppii tunnistamaan varoitusmerkit, joita hänellä esiintyy en-

” Itsemurhayrityksen käsittely läheisten kanssa on koettu tarpeelliseksi [...] koska usein itsemurhaa yrittäneen tai läheisten on vaikea ottaa itsemurhayritystä puheeksi syyllisyyden, häpeän tai pelon vuoksi. ”

nen itsemurhakriisiä siten, että hän pystyy jatkossa puuttumaan tilanteeseen ajoissa. Valmis toimintastrategia auttaa pois vaarallisesta itsetuhoisesta tilanteesta, jossa rationaalinen toiminta ei muutoin ole enää mahdollista. Turvasuunnitelmaan on kirjattu myös hätänumerot ja tukihenkilöiden yhteystiedot.

Neljännän istunnon tavoitteena on käydä läpi aikaisemmillä istunnoilla käsitellyjä asioita ja suunniteltuja toimintastrategioita. Tavoitteena on myös tunnistaa, missä kohtaa aikaisempaa itsemurhakriisiä asiakas olisi voinut turvautua turvasuunnitelmaan niin, että se olisi auttanut laukaisemaan tilanteen turvallisesti.

Alkuperäisessä mallissa neljännän istunnon aikana toteutetaan altistusharjoitus siten, että asiakas katsoo uudelleen ensimmäisen istunnon aikana videoidun tarinansa. Kun asiakas palauttaa mielensä ja eläytyy itsemurhayritykseen johtaneeseen tilanteeseen, hän altistuu uudelleen itsemurhayritystä ennakoineelle poikkeustilanteelle.

LINITY-hankkeessa ei kuitenkaan ole katsottu tarpeelliseksi aktivoida itsetuhoista tilaa videotallenteen avulla, vaan toimintastrategiaa on suunniteltu keskustellen. Istunnon päätteeksi terapeutti muistuttaa olevansa asiakkaan käytettävissä seuraavan kahden vuoden ajan sekä kertoo yhteydenpidon jatkumisesta kirjeiden välityksellä. Tämän usein viimeiseksi jäävän istunnon aikana selvitetään myös jatkohoidon tarve ja ohjataan asiakas tarvittaessa sen piiriin.

Alkuperäisestä mallista poiketen on kokeiltu vielä valinnaista viidettä tapaamista, jossa ovat olleet mukana myös asiakkaan läheiset (kuten puoliso, vanhemmat, aikuiset tai murrosikäiset lapset, ystävät). Itsemurhayrityksen käsittely läheisten kanssa on koettu tarpeelliseksi kriisiytyneen tilanteen purkamiseksi ja lisätraumatisoitumisen estämiseksi, koska usein itsemurhaa yrittäneen tai läheisten on vaikea ottaa itsemurhayritystä puheeksi syyllisyyden, häpeän tai pelon vuoksi. Tämän istunnon aikana on mahdollista käydä läpi terapeutin tuella itsemurhayritystä, siihen liittyviä olosuhteita ja riskitekijöitä sekä itsemurhayrityksen vaikutuksia läheisiin. Yhdessä käydään läpi myös turvasuunnitelmaa itsemurhayritysten välttämiseksi tulevaisuudessa.

Yhteydenpito kirjeitse

Asiakkaalle lähetetään strukturoituja kirjeitä säännöllisesti seuraavien kahden vuoden ajan. Ensimmäisen vuoden aikana kirjeitä lähetetään joka kolmas kuukausi ja toisen vuoden ajan joka kuudes kuukausi. Kirjeet ovat pääosin vakiomuotoisia, mutta niihin voidaan lisätä myös joitakin yksilöllisiä viestejä.

Kirjeiden tarkoituksena on ylläpitää terapeutista suhdetta asiakkaan ja työntekijän välillä myös seuranta-aikana ja tarjota asiakkaalle mahdollisuus olla yhteydessä työntekijään matalalla kynnyksellä. Kirjeet eivät velvoita asiakasta vastaamaan niihin. Osa asiakkaista kuitenkin vastaa kirjeisiin ja kertoo sen hetkisiä kuulumisiaan, käy läpi toipumisprosessiaan ja joskus myös kiittää saamastaan avusta. Joskus kirje on saanut asiakkaan ottamaan yhteyttä havahduttuaan itsetuhoisten ajatusten aktivoitumiseen tai sen vuoksi, että itsemurhayritys on uusiutunut. Tällöin asiakkaan kanssa sovitaan uusi tapaaminen ja työskentelyä jatketaan tarpeen mukaisesti.

Työskentelyn keskeiset elementit

LINITY-mallin keskeiset menetelmät ovat tiivistetyt jo edellä kuvatut narratiivinen haastattelu, videointi, tiivistelmä tarinasta, psykoedukaatio, varomerkkien tunnistaminen, turvakortti ja kirjeseuranta. Eri asiakkaat hyötyvät menetelmän eri osioista. Osa hyötyy tarinan kertomisesta ja elämäntarinansa läpikäymisestä, toiset taas videoinnin katsomisesta ja oman tarinansa ulkopuolelle asettumisesta. Jotkut kertovat psykoedukaatiivisen tiedon lisäneen ymmärrystä omasta käyttäytymisestä ja osa hyötyy eniten konkreettisesta turvasuunnitelmasta, jonka avulla voi jatkossa tunnistaa vaarallisen tilanteen kehittymisen ja toimia itseään suojelevalla tavalla.

Menetelmään lisätty perheinterventio tarjoaa mahdollisuuden hyödyntää läheisiä uusien itsemurhayritysten välttämiseksi. Turvasuunnitelman läpikäyminen läheisten kanssa lisää läheisten kyvykkyyttä toimia tarkoituksenmukaisesti kriisitilanteissa. Osa asiakkaista on pystynyt vasta perhetapaamisessa puhumaan läheistensä kanssa itse-

murhayrityksestään. Havahtuminen siihen, miten itsemurhayritys on vaikuttanut muihin perheenjäseniin, saattaa olla merkittävä syy muuttaa omaa toimintaa.

KOKEMUKSIA LINITY-MENETELMÄSTÄ SUOMESSA

LINITY-malli on ollut käytössä Suomen Mielenterveysseuran SOS-kriisikeskuksessa Helsingissä noin kolme vuotta ja hieman lyhemmän ajan Seinäjoella ja Kuopiossa. Lokakuun 2016 loppuun mennessä LINITY-työskentelyyn on osallistunut yhteensä 470 itsemurhaa yrittänyttä ihmistä. Näistä 384 on tavattu Helsingin, 38 Seinäjoen ja 48 Kuopion kriisikeskuksissa. Seinäjoella lisäksi 16 potilasta on käynyt läpi LINITY-intervention akuuttipsykiatrian poliklinikalla.

”Lokakuun 2016 loppuun mennessä LINITY-työskentelyyn on osallistunut yhteensä 470 itsemurhaa yrittänyttä ihmistä.”

Toimintaan osallistuneiden lukumäärä on murto-osa kyseisillä alueilla tänä aikana itsemurhaa yrittäneistä, mutta määrä antaa kuitenkin jo mahdollisuuden arvioida työskentelytavasta kertyneitä kokemuksia. Mallia on toteutettu eri paikkakunnilla erilaisin järjestelyin, mikä tarjoaa myös mahdollisuuden arvioida menetelmän toimivuutta erilaisissa järjestön ja julkisen sektorin yhteistyöasetelmissä. Tietoa menetelmän vaikuttavuudesta tullaan saamaan syksyllä 2016 käynnistyneessä ryhmävertailututkimuksessa. Seuraavaksi kuvataan eri paikkakunnilla kertyneitä kokemuksia menetelmän käyttöönotosta.

LINITY järjestölähtöisenä kriisityön menetelmänä Helsingin SOS-kriisikeskuksessa

LINITY-hankkeen asiakastyö käynnistyi 2013 Helsingin kaupungin ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa tehdyn yhteistyösopimuksen myötä. Yhteistyölle saatiin hallinnollisten, lääketieteellisten ja sairaanhoidosta vastaavien viranomaisten hyväksyntä. Yhteistyötahot sitoutuivat tuolloin ohjaamaan itsemurhaa yrittäneitä asiakkaita SOS-kriisikeskuksen LINITY-vastaanotolle. Vastaanotosta informoitiin yhteistyökumppaneita aktiivisesti esittelemällä menetelmää päivystyksissä, poliklinikoilla sekä muissa julkisen sektorin toimipisteissä. Tietoa levitettiin vierailuilla, sähköpostitse ja jakamalla esitteitä. Potilaiden ohjaaminen vastaanotolle tehtiin mahdollisimman helpoksi jakamalla esitetytättyjä yhteystietolomakkeita yksiköihin.

Vastaanotto on ollut positiivista ja innostuttavaa. Henkilöstö kokee yhteistyön ja tarjotun kriisiavun itsemurhaa yrittäneille tarpeellisena, koska he kohtaavat näitä potilaita päivystyksissä päivittäin ja poliklinikoilla viikoittain. Hoitohenkilökunnan kokemusten mukaan moni itsemurhaa yrittänyt jää kokonaan ilman keskusteluaupua ensihoidon ja somaattisen hoidon jälkeen.

Tarve on ilmeinen myös itsemurhayritysten yleisyyden vuoksi. Helsingin kaupungin pelastuslaitoksen tilastojen mukaan pelkästään intokikaation vuoksi päivystykseen vietyjä potilaita oli vuonna 2014 noin 3500. Vaikka osa heistä joutui hoitoon päihneiden yliannostuksista, oli suurin osa lääkeyliannostuksia. Tässä luvussa eivät tietenkään ole mukana muilla tavoilla itsemurhaa yrittäneet.

LINITY-menetelmän käyttöönoton keskeinen haaste Helsingissä oli asiakasohjauksen käynnistäminen. Tiedostetuista tarpeista huolimatta asiakkaita ohjautui menetelmän piiriin alussa vähemmän kuin oli ennakoitu. Keväällä 2016 hankkeen asiakasmäärät Helsingissä olivat kuitenkin jo sillä tasolla, että kaikki asiakastyöhön varatut resurssit olivat täysimääräisesti käytössä. Tuolloin vastaanotolle ohjautui Helsingissä 8–14 uutta asiakasta kuukaudessa. Asiakasmäärän hidaskasvu hankkeen alkuvaiheessa selittyi osaltaan sillä, että viestintä tavoitti oikeat työntekijät väistämättä pienellä

viiveellä ja yhteistyökäytäntöjen luominen ja vaikiintuminen vievät aikaa.

Palaute yhteistyöstä on ollut hyvin myönteistä niissä toimipisteissä, joista itsemurhaa yrittäneitä ohjattiin säännöllisesti LINITY-vastaanotolle. Keskeinen kokemus psykiatrian poliklinikoilla on ollut, että LINITY-intervention läpikäyneiden potilaiden psykiatriset hoitajaksot ovat lyhentyneet. Psykiatrisessa hoidossa on tällöin ollut mahdollista keskittyä psykiatristen sairauksien hoitoon.

”Keskeinen kokemus psykiatrian poliklinikoilla on ollut, että LINITY-intervention läpikäyneiden potilaiden psykiatriset hoitajaksot ovat lyhentyneet.”

LINITY-hankkeen kokemukset kertovat kuitenkin myös siitä, että itsemurhaa yrittäneiden hoidossa on edelleen kehitettävää. Itsemurhayritysten seurauksia hoidetaan käytännössä ensimmäisenä päivystysyksiköissä. Kokemusten mukaan hoito voi keskittyä niin vahvasti somaattisten vaurioiden hoitoon, että itsemurhayritystä ei oteta puheeksi eikä itsemurhaa yrittänyttä ohjata psykososiaalisen tuen piiriin. Mahdollinen jatkohoito voi myös rajoittua yksittäiseen psykiatriseen konsultaatioon, minkä osa itsemurhaa yrittäneistä on kokenut riittämättömäksi.

Osa menetelmän käyttöönoton yhteydessä ilmenneistä haasteista voi olla yhteydessä toimintakulttuurien eroihin. SOS-kriisikeskuksen LINITY-vastaanotto on saattanut herättää joissakin tahoissa ennakkoluuloja, koska julkisen sektorin ja järjestöjen välisestä yhteistyöstä on toistaiseksi vähän kokemuksia.

Joskus se, että itsemurhaa yrittäneitä ei ohjata LINITY-interventioon, vaikuttaisi olevan yhteydessä työntekijöiden asenteisiin. Itsemurhayrityksen herättämät vastatunteet työntekijöissä ovat ymmärrettäviä, mutta nämä eivät saisi estää tarvittavan tuen saamista. Siksi pelkkä tiedotus menetel-

män olemassaolosta ei riitä, vaan tarvitaan myös koulutusta ja keskustelua asenteiden ja käytäntöjen muuttamiseksi.

”SOS-kriisikeskuksen LINITY-vastaanotto on saattanut herättää joissakin tahoissa ennakkoluuloja, koska julkisen sektorin ja järjestöjen välisestä yhteistyöstä on toistaiseksi vähän kokemuksia.”

Seinäjoen LINITY-malli kriisikeskuksen ja erikoissairaanhoidon leikkauspinnassa

Syksyllä 2014 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja Suomen Mielenterveysseura solmivat yhteistyösopimuksen LINITY-mallin tuomiseksi Seinäjoelle, Kriisikeskus Mobileen. Tavoite oli tuoda LINITY-malli osaksi kriisikeskuksen omaa toimintaa, jolloin sitä voisivat hyödyntää ne asiakkaat, jotka syystä tai toisesta kaipaavat matalan kynnyksen apua ja tukea.

Menetelmäkoulutuksen jälkeen työskentely alkoi tehokkaasti. Yksi työntekijä palkattiin projektiin osa-aikaiseksi kriisityöntekijäksi istuttamaan LINITY-mallia Kriisikeskus Mobileen. Loppuajan hän jatkoi työskentelyään Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin puolella, akuuttipsykiatrian poliklinikalla. Näin hän saattoi ohjata asiakkaita erikoissairaanhoidosta kriisikeskukseen.

Kriisikeskuksen jo olemassa olevia ammatillisia yhteistyötahoja informoitiin LINITY-mallista ja kannustettiin lähettämään itsemurhaa yrittäneitä asiakkaita kriisikeskukseen.

Huolimatta lukuisista infotilaisuuksista ja mielenkiinnosta palvelua kohtaan LINITY-menetelmän käyttö kriisikeskuksessa on jäänyt pienenmuotoiseksi. Tähän on osaltaan voinut vaikuttaa Mobilen pieni koko ja se, että kriisikeskusta ei vie-

lä tunnetta alueella laajalti. Asiakkaita ei myöskään ole ollut tarvetta ohjata kriisikeskukseen enää sen jälkeen, kun sairaanhoitopiiri otti LINITY-menetelmän käyttöön erikoissairaanhoidossa.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä LINITY on löytänyt hyvin paikkansa. Akuuttipsykiatrian poliklinikan työntekijät ovat viikoittain mukana päivystyksen konsultaatiokierrolla ja he tapaavat jokaisen itsemurhayrityksen vuoksi päivystykseen tulleen potilaan. Jokaiselle potilaalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma ja käytännössä jokaiselle itsemurhaa yrittäneelle tarjotaan LINITY-menetelmää.

LINITY on otettu Seinäjoella myös osaksi nuorisopsykiatrian poliklinikan toimintaa. Palaute itsemurhaa yrittäneiltä nuorilta on ollut positiivista. Aktiivisuus työskentelyssä on ollut hyvää ja sitoutuminen on vaikuttanut helpolta.

Menetelmä on koettu mielekkääksi istuntojen hyväksyvän ilmapiirin vuoksi. Nuoret ovat tuoneet esille, että ovat tämän hoitomallin mukaisessa työskentelyssä saaneet vapauden olla oma itsensä, tulla esiin omaa arvomaailmaansa ja tuntea kyvykkyttä ratkaista itse omaa tilannettaan. Nuoret ovat kokeneet turvakortin laatimisen ja pitkän seuranta-jakson tärkeinä. Käännekohtaksi omassa tilanteessaan moni on kuitenkin nimennyt videonin.

Nuorisopsykiatrian työntekijöiden kokemuksen mukaan LINITY tarjoaa toimivan, strukturoidun ja lyhytkestoisen menetelmän, mikä sopii kriisissä olevien nuorten parissa työskentelyyn korostetun hyvin. Myös työskentelyn tasavertaisuus on nuorten kohdalla todettu tärkeäksi elementiksi. Nuorisopsykiatrian osastolla menetelmän käyttöönottoa on edistänyt lääkäreiden myönteinen suhtautuminen. LINITY-hoitomallista on vajaan vuoden sisällä muodostunut nuoriso-osastolle itsemurhayritysten jälkihoidossa varsin vakiintunut interventio.

LINITY-toimintaa Kuopiossa kriisikeskuksen ja KYS:n akuuttipsykiatrian yhteistyönä

LINITY laajeni Kuopioon lokakuussa 2015 yhteistyössä Kuopion kriisikeskuksen kanssa ja LINITY-vastaanotto toimii Kuopion kriisikeskuksen tiloissa. Kuopiossa yhteistyökumppanina kriisikes-

kuksen kanssa on Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian vastuualue.

LINITY-menetelmän käyttöönotto on alkanut alueella erittäin hyvin. Eri toimipaikoissa on pidetty runsaasti infoja menetelmästä ja asiakkaita on ohjautunut interventioon eri toimipisteistä. Tärkein yhteistyökumppani on ollut Kuopion psykiatrian keskus, joka on Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Kuopion kaupungin yhteisorganisaationa toimiva psykiatrinen poliklinikka.

LINITY-vastaanotolle ohjautuu itsemurhaa yrittäneitä asiakkaita jo rutiininomaisesti Kuopion psykiatrian keskukselta, KYS:n päivystyksestä ja Kuopion kriisikeskuksen puhelinpäivystyksestä. Muualta asiakkaita tulee enemmän sattumanvaraisesti joidenkin aktiivisten työntekijöiden ansiosta. Myös esimerkiksi Suonenjoelta, Iisalimesta, Siilinjärveltä, Lapinlahdelta ja Joensuusta on ohjautunut asiakkaita jonkin verran.

Sujuvaa ohjautuvuutta edesauttaa Kuopion psykiatrian keskuksen, Kuopion kaupungin ja Kuopion kriisikeskuksen aikaisempi, toimiva yhteistyösuhde. Myös LINITY-projektikriisityöntekijän aktiivisuus sekä hyvät aikaisemmat kontaktit yhteistyökumppaneihin ovat edesauttaneet menetelmän nopeaa juurtumista paikkakunnalle.

Vastaanottotyön lisäksi yhteistyötä on tehty Savonia ammattikorkeakoulun Kuopion toimipisteen kanssa. Erilaisille sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijaryhmille on pidetty oppitunteja itsetuhoisuudesta ja itsemurhasta. Vastaanotto ja aiheen käsittely on opiskelijoiden taholta ollut aktiivista ja kiinnostunutta.

Vielä ei ole tiedossa, miten LINITY tulee toimimaan alueella hankkeen jälkeen. Kriisikeskuksen roolia pohditaan yhä, eikä selvyyttä ole siitä, miten käytännössä järjestetään menetelmään kuuluva kirjeiden lähettäminen ja mahdollinen asiakastyö jatkossa. Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian palveluyksikössä LINITY-menetelmän koulutus ja siihen liittyvä työnohjaus alkaa tammi-kuussa 2017.

KOKEMUKSIA ASIAKASTYÖSTÄ

Edellytykset Mielenterveysseurojen ylläpitämien kriisikeskusten ja julkisen terveydenhuollon yh-

teist्योंlle ovat olleet erilaiset Helsingissä, Seinäjoella ja Kuopiossa.

Toimeenpanon eroista huolimatta asiakastyö toteutuu eri paikkakunnilla yhtenevästi. Työskentely noudattaa aina käsikirjan mallia ja siinä käytetään yhdenmukaisia strukturoituja menetelmiä. Tämän vuoksi asiakastyöstä kertyneet kokemukset on koottu tässä yhteen.

Kokemuksen mukaan ohjaavalla taholla on merkitystä LINITY-työskentelyyn sitoutumiselle. Mikäli asiakkaalla on tai on ollut hoitosuhde joko psykiatrian poliklinikalle tai psykiatriselle osastolle, ovat he olleet usein motivoituneempia ja valmiimpia käsittelemään itsemurhayritystä. Vastaavasti ne asiakkaat, jotka ohjautuvat LINITY-vastaanotolle suoraan päivystyksestä saamansa esitteen perusteella tai jotka ovat hakeutuneet vastaanotolle muutoin ilman psykiatrista hoitokontaktia, ovat usein heikommin sitoutuneita ja motivoituneita. LINITY-menetelmä vaikuttaisi siis toimivan parhaiten silloin, kun se täydentää psykiatrista hoitoa.

Eniten menetelmästä vaikuttaisivat hyötyvän asiakkaat, joiden itsemurhakriisi johtuu elämäntilanteesta kasautuneista ongelmista ja joilla on empatiaa ja ymmärrystä itseään kohtaan sekä kyky reflektoida tapahtunutta. Mutta strukturoitu, hyväksyttävä ja allianssia vahvistava menetelmä auttaa myös muunlaisia asiakkaita sitoutumaan työskentelyyn.

Asiakkaat, joilla on vaikea päihdeongelma tai jokin autismikirjon häiriö, saattavat vaatia työntekijältä joustavuutta ja tarvittaessa jämäkkyyttä. Tällaisten asiakkaiden kanssa esimerkiksi sovituisista tapaamisista kiinnipitäminen ei aina onnistu.

Asiakkailta kerätään palautetta heti työskentelyn päättyessä. Palaute kertoo, että asiakkaiden ymmärrys itsestään ja itsemurhayritykseen johtaneesta tilanteesta lisääntyi työskentelyn myötä. Samoin lisääntyi kyky tunnistaa merkit, jotka ennakoivat ajautumista uuteen itsemurhayritykseen.

Uuden tiedon saaminen ja muutokset ajattelumallissa auttoivat asiakkaita löytämään konkreettisia keinoja oman itsemurhariskin pienentämiseen. Itsemurhakriisistä keskustelu mahdollisimman pian tapahtuneen jälkeen lievitti asiakkaiden ahdistusta. Osa asiakkaista kaipasi lisää tapaamiskertoja ja muutama toivoi tapaamisten lisäksi kirjallista materiaalia selviytymisensä tueksi.

Asiakkaat kertoivat pitävänsä merkittävänä erityisesti LINITY-mallin kiireettömyyttä ja että heillä oli vastaanotolla käytettävissä aikaa tarinansa kertomiseen riittävästi. Moni asiakas kommentoi, että huolimatta aikaisemmista psykiatrisista hoidoista, he kertoivat nyt ensimmäistä kertaa elämäntarinansa.

Vaikea päihdeongelma tai psykoosisairaus voi tietenkin vaikeuttaa oman tarinan kertomista muistikuvien hajanaisuuden vuoksi. Toisaalta taas LINITY-interventiosta voi hyötyä päihdeongelmasta huolimatta. Tästä esimerkki on mies, joka tuli ensikäynnille ”lievissä promilleissa”. Videon katsominen oli asiakkaalle niin herättävä kokemus, että hän hakeutui päihdehoitoon. Kaksi vuotta myöhemmin hän soitti viimeisen seuranta-kirjeen jälkeen ja kertoi, miten paljon hyvää hänen elämässään on tapahtunut itsemurhayrityksen ja LINITY-työskentelyn jälkeen.

”Moni asiakas kommentoi, että huolimatta aikaisemmista psykiatrisista hoidoista, he kertoivat nyt ensimmäistä kertaa elämäntarinansa.”

Kokemukset malliin lisäystä viidennestä ”perhetapaamisesta” ovat rohkaisevia. Kaikki asiakkaat eivät ole halunneet perhettään tai läheisiään mukaan työskentelyyn, mutta silloin kun tämä on toteutettu, tapaamisen on nähty auttaneen käsittelemään itsemurhayritystä läheisten kanssa. Usein syyllisyyden tunteet, häpeä tai pelko ovat estäneet itsemurhaa yrittänyttä tai hänen läheisiään ottamasta tapahtunutta puheeksi. Työntekijän avustuksella itsemurhayritys, siihen liittyvät olosuhteet, riskitekijät ja turvasuunnitelma on voitu käsitellä yhdessä.

Itsemurhaa yrittänyt on myös saanut tapaaamisissa lisää ymmärrystä siitä, miten tapahtunut on vaikuttanut läheisiin. Perhetapaaminen on auttanut korjaamaan vääristyneitä uskomuksia siitä, että itsemurha olisi helpotus läheisille. LINITY-menetelmässä perheen merkitys tulee ajoittain

esille myös toisinpäin – toiminta voi olla ymmärrettävämpää, jos itsemurhaa yrittänyt tunnistaa mahdolliset perheessä tai suvussa aiemmin tapahtuneet itsemurhat tai sen yritykset. Narratiivisen haastattelun tuottama itsemurhayritykseen liittyvä tarina voikin joskus kattaa myös laajemman perhelanteen ja sukuhistorian.

”Perhetapaaminen on auttanut korjaamaan vääristyneitä uskomuksia siitä, että itsemurha olisi helpotus läheisille.”

POHDINTA

LINITY-menetelmä on käytännön kokemusten perusteella osoittautunut toimivaksi työtavaksi itsemurhayritysten ehkäisemiseksi. Sveitsissä toteutetussa tutkimuksessa menetelmän vaikuttavuudesta on saatu myös tieteellistä näyttöä. Suomessa vaikuttavuusnäyttöä joudutaan odottamaan vielä useamman vuoden ajan.

Kertyneiden kokemusten perusteella suurimmat haasteet näyttäisivät liittyvän menetelmän toteuttamiseen järjestön ja julkisen sektorin rajapinnassa. Toistuva ja riittävä tiedottaminen yhteistyöverkostossa on osoittautunut ratkaisevan tärkeäksi osaksi kehittämistyötä. LINITY-hankkeessa onkin käytetty paljon resursseja tiedottamiseen. Tietoa on levitetty sähköpostitse, esitteitä lähettämällä, lehtiin kirjoittamalla sekä järjestämällä info- ja koulutustilaisuuksia yhteistyötahojen toimipisteissä ja ”avoimien ovien” -tapahtumia kriisikeskuksissa. Hankkeesta on tiedotettu myös osallistamalla terveydenhuoltoalan messuille.

Tiedottamiseen tehdyistä panostuksista huolimatta haasteena on ollut asiakasohjauksen systemaattisuus ja jatkuvuus. Itsemurhaa yrittäneiden ohjaaminen päivystysyksiköistä ja poliklinikoilta LINITY-vastaanotolle on perustunut usein yksittäisten työntekijöiden aktiivisuuteen ja esimerkiksi henkilöstövaihdokset ovat usein aiheuttaneet kat-

koksia ohjaukseen. Vielä tätäkin suurempi haaste nyt ja tulevaisuudessa, on tavoittaa heidät, jotka eivät koskaan päädy julkisen terveydenhuollon piiriin itsemurhayrityksensä jälkeen ja jotka voivat jäädä ilman mitään tukitoimia.

LINITY on otettu käyttöön hankkeen aikana kolmella paikkakunnalla pääosin järjestöjen ylläpitämissä kriisikeskuksissa. Hankerahoitus on tarkoitettu menetelmän testaamiseen ja kehittämiseen Suomen olosuhteisiin sopivaksi.

Hankerahoitus ei kuitenkaan riitä menetelmän valtakunnalliseen implementointiin eikä varsinkaan sen laajamittaiseen levittämiseen julkiselle sektorille. Tähän tarvitaan niin järjestöjen kuin julkisen terveydenhuollon omia panostuksia ja ennen kaikkea yhteistä tahtoa itsemurhien ehkäisyyn. Menetelmän vaikuttavuustutkimuksen tulokset ovat arvokkaita, kun tehdään päätöksiä siitä, mihin resurssit kohdennetaan.

LINITY-työskentelyn ydin on asiakkaan kunnioittava kohtaaminen, tilan antaminen hänen omalle tarinalleen ja yhteistyösuhdetta edistävät työtavat. Menetelmäkäsikirja antaa työskentelylle turvallisen ja ennakoitavan rakenteen, mutta tämän rinnalla pitää työskentelyssä ottaa huomioon myös asiakkaiden ainutlaatuisuus.

Kokemusten mukaan erilaiset asiakkaat hyötyvät eri tavoin LINITY-menetelmän eri elementeistä. Osalle asiakkaista kolmen istunnon tiivis ja intensiivinen prosessi sopii hyvin. Osa tarvitsee neljännen istunnon, jossa voi vielä kerrata ja harjoitella turvasuunnitelmansa käyttöä.

Suomalainen LINITY on tuonut menetelmään mukaan perheterapeuttisen näkökulman ottamalla itsemurhaa yrittäneen läheiset mukaan viidenteen istuntoon. Kokemukset tämän elementin käytöstä ovat kannustavia, mutta tällä tavoin laajennetun työskentelyn vaikuttavuudesta ei toistaiseksi ole tutkimusnäyttöä. Jatkossa tällainen tutkimus onkin tarpeellinen. ●

LÄHTEET

- Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. www.kaypahoito.fi (viitattu 04.01.2017).
- Dumon, E. & Portzky, G. (2014). General guidelines on suicide prevention. EUREGENAS Work Package 6. <http://www.euregenas.eu/wp-content/uploads/2014/01/EUREGENAS-General-Guidelines-on-Suicide-Prevention-F.pdf> (viitattu 4.1.2017).
- Epävakaata persoonallisuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. www.kaypahoito.fi (viitattu 04.01.2017).
- Gysin-Maillart, A. & Michel, K. (2013). Lyhytterapia itsemurhayrityksen jälkeen. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Sorovia, L., Megert, M. & Michel, K. (2016). 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* 13(3). e1001968. doi:10.1371/journal.pmed.1001968.
- Kulvik, T. & Suominen, K. (2015). Mitä itsemurhayrityksen jälkeen - työkalupakki klinikon käyttöön. *Suomen lääkirilehti* 70, 2151-2155.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E., Marttunen, M. & Heikkinen, M. (2014). Itsetuhokäyttäytyminen. Kirjassa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria* 11. uudistettu painos, 578-597. Helsinki: Duodecim.
- Michel, K. & Gysin-Maillart, A. (2015). ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. Göttingen: Hogrefe. Suicide Prevention Resource Center. <http://www.sprc.org/populations/men> (viitattu 4.1.2017).
- Suokas, J. & Suominen, K. (2002). Itsemurhaa yrittäneen psykiatrin arviointi ja hoito. *Duodecim* 118, 287-292.
- Suominen, K. & Valtonen, H. (2013). Itsetuhoisen potilaan arviointi. *Duodecim* 129, 881-885.
- Tapola, V. (2016). Self-injurious behavior. Assessment and treatment. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 559. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- THL (2016). Itsemurhien ehkäisy. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/itsemurhien-ehkaisy> (viitattu 24.10.2016).
- Wahlbeck, K. & Wasserman, D. (2015). Public mental health and suicide. Teoksessa R. Detels, M. Gulliford, Q.A. Karim & C.C. Tan (Eds.) *Oxford Textbook of Global Public Health*. 6th Edition. Oxford: Oxford University Press.
- WHO (2015). Itsemurhien ehkäisy. Globaali velvollisuus. World Health Organization. (WHO:n luvalla julkaissut Suomen Mielenterveysseura.) Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.