

- Työpaketti 6 -

# Itsemurhan ehkäisyn yleiset ohjeet

Eva Dumon & Prof. Gwendolyn Portzky  
Itsemurhan tutkimusyksikkö – Ghentin Yliopisto



Co-funded by  
the Health Programme  
of the European Union

---

*Euregenas -projekti on saanut rahoitusta EU:n terveysohjelmalta vuosina 2008-2013.  
Vastuu tämän julkaisun sisällöstä kuuluu kirjoittajille ja julkaisusta vastaava virasto ei ole  
vastuussa tietojen oikeellisuudesta.*





# Sisällysluettelo

<b><u>EUREGENAS -HANKKEESTA</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b><u>TIIVISTELMÄ</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b>I. <u>JOHDANTO</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b>II. <u>PÄÄFAKTAT</u></b>	<b><u>8</u></b>
• Määritelmät	8
• Epidemiologia	8
• Yleiset myytit	9
• Itsetuhoisen käyttäytymisen Ymmärtäminen	10
<b>III. <u>ITSEMURHAN EHKÄISYN PÄÄSTRATEGIAT</u></b>	<b><u>12</u></b>
• Mielenterveyden edistäminen	14
• Auttavien puhelimien ja verkkopalveluiden tuottaminen	16
• (Mielen)terveysammattilaisten, paikallisten avuntarjoajien ja toimittajien kouluttaminen	17
• Haavoittuviin ryhmiin kohdistetut ohjelmat	19
• Korkeariskisiin ryhmiin kohdistetut ohjelmat	22
• Pääsyn rajoittaminen kuolemaan aiheuttaviin Itsemurhamenetelmiin	24
<b>IV. <u>SUOSITUKSET</u></b>	<b><u>25</u></b>



<b>SANASTO</b>	<b>28</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>30</b>

## Euregenas -hankkeesta

Euregenas –hankkeen tavoitteena on **edistää itsemurha-alttiuden** (itsemurha-ajatukset, itsemurhayritykset ja itsemurha) **ehkäisyä**, ja se toteutetaan kehittämällä strategioita paikallisella tasolla hyödyntäen Euroopan yhteisön hyvien käytäntöjen esimerkkejä. Projekti yhdistää **15 Eurooppalaista yhteistyökumppania**, jotka edustavat yhdentoista Euroopan alueen erilaisia kokemuksia itsemurhien ehkäisystä (ks kuvio 1).

### *Kuvio 1 – Euregenas -alueet*

University Hospital Verona (**AOUI-VR**) – Italia

Flemish Agency for Care and Health (**VAZG**) – Belgia

Region Västra Götaland (**VGR**) - Ruotsi

Romtens Foundation (**ROMTENS**) - Romania

National Institute for Health and Welfare (**THL**) - Suomi

Unit for Suicide Research, University Ghent (**UGENT**) – Belgia

Fundación Intras (**INTRAS**) – Espanja

Servicio Andaluz de Salud (**SAS**) – Espanja

Fundación Pública Andaluza Progreso Y Salud (**FPS**) - Espanja

Mikkeli University of Applied Sciences (**MAMK**) - Suomi

Technische Universität Dresden (**TUD**) – Saksa

Regional Public Health Institute Maribor (**RPHI MB**) – Slovenia

West Sweden (**WS**) – Saksa

De Leo Fund (**DELEOFUND**) – Italia

Cumbria County Council (**CCC**) - UK



Hanke edistää innovatiivista tapaa parantaa nykyisiä palveluita linjassa **Toisen kansanterveyden edistämishjelman kanssa (2008-2013)** (ks: [https://health.ec.europa.eu/other-pages/basic-page/ex-post-evaluation-2nd-health-programme-2008-2013\\_en](https://health.ec.europa.eu/other-pages/basic-page/ex-post-evaluation-2nd-health-programme-2008-2013_en)).

Kannustaen alueelliseen kampanjointiin ja toimintaan sekä kohderyhmien että muiden terveysalan sidosryhmien keskuudessa, **hankkeen tavoitteena on toteuttaa Mielenterveyssovimusta:**

1. Itsemurhia ehkäisten;
2. mielenterveyshäiriöistä kärsivien leimautumista vähentäen ja
3. nuorison terveyttä edistäen



Euregenas -projektin **erityistavoitteina** ovat:

1. Tunnistaa ja luetteloida itsemurhien ehkäisyyn hyvät käytännöt ja strategiat, niin paikallisella kuin kansallisellakin tasolla;
2. Toteuttaa sidosryhmien tarveanalyysi;
3. Kehittää ja levittää ohjeita ja työkaluja itsemurhien ehkäisyyn ja lisätä tietoisuutta eri strategioista;
4. Kehittää mielenterveyshuollolle suunnattu integroitu itsemurhien ehkäisemisen e-malli
5. Parantaa paikallisten ja alueellisten ammattilaisten (psykologit, psykiatrit ja lääkärit) valmiuksia ja tietämystä.

Hankkeen tavoitteena on sen erityistavoitteiden saavuttaminen **työpakettien (WP)** avulla, jotka rakentuvat yhteensä 8 työpaketista: kolmesta horisontaalityöpaketista liittyen hankkeen koordinaatioon, disseminaatioon ja arviointiin sekä viiteen vertikaalityöpakettiin (ks Kuvio 2).

### *Kuvio 2: Euregenas –hankkeen ydintyöpaketit*



**WP 4: Verkkokirjasto ja tarveanalyysi (TUD)**

Tavoite: tuottaa verkkokirjasto ja toteuttaa avaintoimijoiden tarveanalyysi. Nämä toiminnot muodostavat pohjan seuraaville työpaketeille.



**WP 5: E-käsitteellisen mallin kehittäminen (VAZG)**

Tavoite: tarjota tarpeellinen informaatio, jotta voidaan luoda integroitu tuki- ja interventiokehys e-mielenterveydelle. Kehys suuntautuu itsemurhan ehkäisyyn ja sitä voidaan muokata Euroopan ja sen paikallisten alueiden terveydenhuolto-organisaatioiden tarpeiden mukaan.



**WP 6: Ehkäisyn ohjeiden ja työkalupakettien kehittäminen (UGent)**

Tavoite: kehittää yleiset ohjeet sekä itsemurhan ehkäisystrategioille että erityisille ehkäisy paketeille (työkalupaketit) tietoisuuden kasvattamiseksi kohderyhmille.



**WP 7: Koulutusmoduulin kehittäminen ja pilotointi (AOUI-VR)**

Tavoite: kehittää yleislääkäreille suunnattu koulutuspaketti ja pilotoida sitä 5 valitussa maassa. Pää tavoitteena on tarjota yleislääkäreille tarvittavat tiedot liittyen varhaiseen havaitsemiseen ja itsemurhan ehkäisyn jatkohoitoon.



**WP 8: Tukiryhmien tehokkuuden arviointityökalun kehittäminen ja pilotointi (AOUI-VR)**

Tavoite: kehittää työkalupaketti itsemurhan tehneiden läheisille tarkoitettujen tukiryhmien ohjaajille. Sen lisäksi koota informaatiopaketti, joka sisältää tieto itsemurhan tehneiden läheisille.

## Tiivistelmä



Tässä dokumentissa kuvatut itsemurhan yleiset ohjeet on suunnattu päätöksentekijöille ja niiden tavoitteena on tietoisuuden kasvattaminen itsemurhan ehkäisystrategioista. Päätöksentekijöille suunnattu pääviesti on, että itsemurhan ehkäisy on mahdollista ja että se sisältää monitasoisia ja intersektoriaalisia toimintapolitiikkoja ja ohjelmia.

**Dokumentti koostuu neljästä pääosiosta:**

1. **Johdannosta**, joka sisältää itsemurhan ehkäisyn yleisten ohjeitten taustan.
2. **Itsetuhoisen käyttäytymisen pääfaktoista**, kuten epidemiologisesta datasta, yleisistä myyteistä ja itsetuhoista käyttäytymistä selittävästä mallista.
3. **Katsauksesta, joka keskittyy itsemurhan ehkäisyinterventioiden tehokkuuteen**, mutta myös mielenterveyden edistämiseen, auttavien puhelinten ja verkkopalveluiden tuottamiseen, haavoittuville ja korkeariskisille ryhmille kohdennettuihin erityisohjelmiin sekä pääsyn rajoittamiseen koskien kuolemaan johtavia itsemurhamenetelmiä.
4. **Suosituksiin**, jotka toimivat kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian suunnittelun ja itsetuhoisen käyttäytymisen tutkimisen apuna.

Tämän dokumentin on kehittänyt Gentin Yliopiston Itsemurhan Ehkäisyn Yksikkö (joka on myös Euregenas –hankkeen työpaketti 6:n vetäjä) yhdessä Euregenas –hankkeen partnereiden ja paikallisten itsemurhan ehkäisyn asiantuntijoiden arvokkaalla avulla.

## I. Johdanto

Itsemurha on yksi suurimpia kansanterveysriskejä Euroopassa. Itsemurhia esiintyy keskimäärin 13.9/100 000 henkilöä (Maailman Terveysjärjestö). Monissa yhteiskunnissa itsemurha on edelleen



tabu. Itsemurhan ehkäisy saa kuitenkin koko ajan kasvavaa huomiota EU:ssa kun toiminnan, ehkäisyohjelmien ja kansallisten ehkäisystrategioiden kehittämisen kautta pyritään parantamaan mielenterveyttä ja laskemaan itsemurhien lukumäärää. Tässä dokumentissa kuvailut itsemurhan ehkäisyyn yleiset ohjeet pyrkivät vähentämään itsetuhoista käyttäytymistä Euroopassa. Nämä ohjeet ovat Euregenas –hankkeen 6. työpaketin ensimmäinen tuotos.

Seuraavat ohjeet on kohdistettu **politiikantekijöille**, jotka työskentelevät sektoreilla, joissa itsemurhan ehkäisyllä on tärkeä rooli. Koska itsemurhan ehkäisy vaatii monisektoriaalisen lähestymistavan, se on myös tärkeää terveyssektorin ulkopuolisille sektoreille, kuten koulutuksessa, työhallinnossa, mediassa jne. Ohjeet tarjoavat taustatietoa itsetuhoisesta käyttäytymisestä sekä katsauksen itsemurhien ehkäisystrategioihin ja hyviin käytäntöihin. Ne tarjoavat katsauksen itsemurhan ehkäisyyn mahdollisista käytännöistä Euroopan Union eri alueilla ja maissa. Rohkaisemme politiikantekijöitä lukemaan nämä ohjeet yhdessä WHO:n julkaiseman '**Public Health Action for the prevention of suicide: a framework**', -raportin kanssa, joka sisältää vaiheittaisen lähestymistavan itsemurhien ehkäisystrategioiden suunnitteluun (ks [www.who.int](http://www.who.int))

Ohjeet perustuvat Eureenas –hankkeen 4. Työpaketissa eri alueiden toimijoilta kerättyyn **tarveanalyysiin** sekä **perusteelliseen kirjallisuuden ja hyvien käytäntöjen katsaukseen**. Sen lisäksi toteutettiin kansainvälinen katsaus itsemurhien ehkäisystrategioiden tehokkuudesta. Myöskin viidessä partnerimaassa on perustettu **alueellisia verkostoja**, jotka tukevat näiden ohjeiden kehittämistä ja toimeenpanoa. Verkostoihin kuuluu politiikantekijöitä, kansanterveyden asiantuntijoita ja yhteisön toimijoita itsemurhan ehkäisyn alueelta.

*Yleiset ohjeet on käännetty viidelle kielelle ja ne ovat ladattavissa osoitteesta:*

[www.euregenas.eu](http://www.euregenas.eu)

## II. Pääfaktat

### Määritelmät

**Itsemurha-ajatukset ja käyttäytyminen** voidaan määritellä monimutkaiseksi prosessiksi, joka voi vaihdella itsemurha-ajatuksista, itsemurhan suunnittelusta ja itsemurhan





yrittämisestä itsemurhan toteuttamiseen. Itsetuhoinen käyttäytyminen on seurausta biologisten, perinnöllisten, psyykkisten, sosiaalisten, ympäristöllisten ja olosuhteellisten tekijöiden vuorovaikutuksesta. (Hawton & van Heeringen, 2009)

Itsemurhan määritelmät ja itsemurhayritykset ovat muuttuneet ajan saatossa. De Leon ja kollegoiden (2004) määritelmä **itsemurhasta** on ”epätavanomainen käytös, joka on aloitettu ja toteutettu tarkoituksena saada aikaan haluttuja muutoksia ja jossa vainaja tietäen on toiminut siten, että toiminta on johtanut kuolemaan.”

**Ei-fataali itsetuhoinen käyttäytyminen**, kuten itsemurhayritykset ja itsensä vahingoittaminen määritellään seuraavasti: ”epätavanomainen käytös, joka on aloitettu ja toteutettu tarkoituksena saada aikaan haluttuja muutoksia ja jossa henkilö tietäen on toiminut siten, että toiminta voi johtaa kuolemaan tai aiheuttaa ruumiinvamman.”

## Epidemiologia

**Itsemurha** on merkittävä kansanterveydellinen ongelma Euroopan Unionin sisällä, joka aiheuttaa noin yli 58000 kuolemaa vuodessa (Maailman Terveysjärjestö, 2003). Itsemurha vaikuttaa kaiken ikäisiin ihmisiin, kulttuureihin ja väestöryhmiin. Maailman terveysjärjestö WHO toteaa, että yhdeksän kymmenestä maailman maasta, joissa on korkeimmat itsemurha-määrät, ovat Euroopassa. Euroopan Unionissa, Liettuassa, Unkarissa ja Suomessa näyttää olevan korkeimmat itsemurhaluvut. Niin kuin yleensä, eteläisemmissä maissa, kuten Italiassa ja Kyproksella, ovat alhaisemmat luvut. Miesten itsemurhamäärät ovat korkeammat kuin naisten koko Euroopan alueella. Useimmat itsemurhat tapahtuvat 35-44 -vuotiaiden ikäryhmässä.

**Itsemurhayritykset** ovat paljon yleisempiä kuin itsemurhat. Tutkimukset osoittavat, että itsemurhayrityksiä tapahtuu vähintään 10 kertaa yleisemmin kuin itsemurhia. Toisin kuin itsemurhat, itsemurhayritykset ovat yleisimpiä nuorten keskuudessa ja ne vähenevät iän myötä. (Nock et al., 2008).

Jokainen itsemurha ja itsemurhayritys vaikuttaa suoraan tai epäsuorasti muihin ihmisiin. Sillä on vakava vaikutus **selviytyjiin**, kuten puolisoihin, vanhempiin, lapsiin, perheeseen, ystäviin, työkavereihin ja muihin eloonjääneisiin sekä välittömästi että pitkällä aikavälillä.



## Yleiset myytit

On monia väärinkäsityksiä itsetuhoisesta käyttäytymisestä. Alla listassa käsitellään yleisimpiä myyttejä.

### *Itsemurhaa ei voida estää*

Yksi yleisimmistä myyteistä on, ettei itsetuhoista käyttäytymistä voida estää. Useimmilla itsetuhoisilla ihmisillä on sekalaisia tunteita kuolemasta. Jopa kaikkein vakavimmin masentuneet ihmiset empivät aivan viime hetkellä elämän ja kuoleman välillä. Lisäksi on tieteellistä näyttöä huomattavasta määrästä ehkäiseviä toimenpiteitä.

### *Puhuminen itsemurhasta jonkun kanssa lisää riskiä itsetuhoiseen käyttäytymiseen*

Kun henkilö ilmaisee itsemurha-ajatuksia, tätä ei voida pitää ainoastaan huomion hakemisena, vaan näiden ajatusten ilmaiseminen kertoo, että henkilö on toivoton ja tuntee vahvaa henkistä kipua. Puhuminen itsemurha-ajatuksista ja suunnitelmista ei lisää itsemurhan tekemistä tai toivottomuutta. Päinvastoin, keskustelemalla avoimesti henkilökohtaisista itsemurha-ajatuksista, sillä voi olla ehkäisevä tai terapeuttinen vaikutus. Lisäksi itsemurhasta puhuminen voi pelastaa elämän kannustamalla avun hakemiseen.

### *Itsemurha on normaali reaktio epänormaaliin tilanteeseen*

Itsemurha ei ole normaali reaktio esimerkiksi äärimmäiseen stressiin elämässä. Itsemurha on epätavallinen ja riittämätön reaktio normaaliin tilanteeseen. Elämässä jokaisen täytyy tulla toimeen stressaavien tilanteiden tai negatiivisten elämän tapahtumien kanssa, mitä usein esiintyy, mutta kaikki eivät kehitä itsemurha-ajatuksia tai suunnitelmia.

### *Ihmiset, jotka puhuvat itsemurhasta, eivät tee tai yritä itsemurhaa*

Valtaosa itsemurhayritysten ja itsemurhien uhreista puhuvat itsetuhoisista ajatuksistaan ennen varsinaista itsemurhantekoa. Siksi on erittäin tärkeää ottaa vakavasti kantaa itsemurha-ajatuksiin ja kannustaa avun pyyntöön.



## Itsetuhoisen käyttäytymisen ymmärtäminen

Tutkimukset ovat selvästi osoittaneet, että itsetuhoisen käyttäytymisen muodostaa hyvin monimutkainen ja monitekijäinen ongelmavyöhyke. Itsetuhoiselle käyttäytymiselle ei ole koskaan yhtä ainoaa syytä, vaan se on monien riskitekijöiden ja puuttuvien suojaavien tekijöiden vuorovaikutuksen summa.

**Riskitekijät** sisältävät ominaisuuksia, jotka lisäävät todennäköisyyttä siihen, että henkilö harkitsee itsemurhaa tai tekee itsemurhan. Riskitekijät sisältävät: psyykinen sairaudet (esimerkiksi masentuneisuushäiriö, päihteiden häiriökäyttö), somaattinen sairaudet (esimerkiksi sairaudet, jotka aiheuttavat kroonista kipua), varhaiset negatiiviset elämäkokemukset (esimerkiksi vanhempien menettäminen varhaisessa iässä), henkilökohtaiset ominaisuudet (esimerkiksi toivottomuus, impulsiivisuus) ja aiempi itsetuhoisen käyttäytyminen. Riskitekijät eivät ole staattisia ja ne voivat erota maassa kuin maassa.

**Suojaavat tekijät** sisältävät ominaisuuksia, jotka tekevät vähemmän todennäköistä siitä, että henkilö harkitsee tai tekee itsemurhan. Esimerkkejä mahdollisista suojaavista tekijöistä on: positiivinen minäkuva, hyvä ongelmanratkaisukyky, apua hakeva käyttäytyminen ja sosiaalinen tuki.

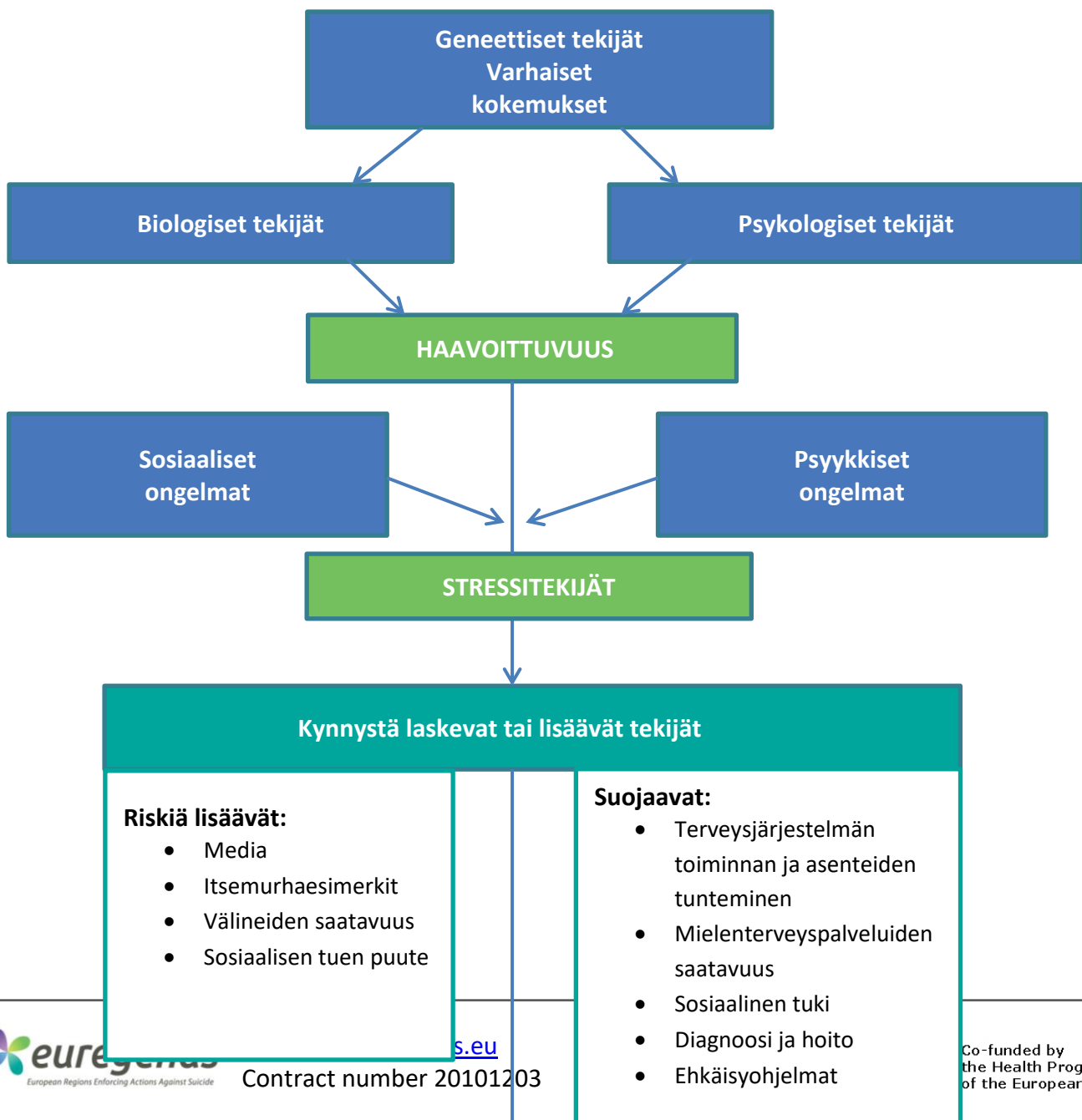
Kuviossa 3. on biologis-psykkis-sosiaalinen **malli**. Se perustuu ajatukseen, että biologiset, psykologiset ja sosiaaliset riskitekijät voivat vaikuttaa itsetuhoiseen käyttäytymiseen.

Malli sisältää kolme päätekijää:

- **Piirteistä riippuvaiset tekijät**, kuten geneettiset, biologiset ja psyykkiset tekijät (esimerkiksi serotoniini, persoonalliset piirteet ja kognitiiviset psyykkiset toimintahäiriöt);

- **Mielialasta riippuvat ominaisuudet**, kuten masentuneisuus ja toivottomuus, vaikuttavat stressitekijöinä elämässä (esimerkiksi taloudelliset kriisit, sosiaaliset ongelmat, perheväkivalta) tai psyykinen häiriö;
- **Kynnystekijät**, joilla voi olla riskiä lisäävä tai suojaava vaikutus. Esimerkiksi pääsy tappaviin keinoihin voi vähentää kynnystä itsetuhoiseen käyttäytymiseen, kun taas terveydenhuoltojärjestelmällä voi olla suojaavia vaikutuksia siten, ettei henkilö kehittä itsetuhoista käyttäytymistä.

*Kuvio 3: Itsetuhoista käyttäytymistä selittävä malli (van Heeringen, 2001)*





## ITSETUHOINEN KÄYTTÄYTYMINEN

### III. Itsemurhan ehkäisyn päästrategiat

Kahden viime vuosikymmenen aikana Euroopassa on kehittynyt huomattavan paljon toimintasuunnitelmia itsemurhien ehkäisemiseen. Tässä dokumentissa käsittelemme niitä strategioita, jotka ovat yleisimmin käytettyjä ja jotka ovat todistetusti vähentäneet itsemurhien määrää.

#### Intervention tasot

Itsemurhien ehkäisyn toimintasuunnitelmat voidaan luokitella kolmeen luokkaan perustuen siihen, mihin osaan väestöstä ne keskittyvät. USI -malli (yleinen-valikoiva-kohdistettu) määrittelee kolme ennaltaehkäisyn tasoa: yleinen ennaltaehkäiseminen, valikoiva ennaltaehkäiseminen ja kohdistettu ennaltaehkäiseminen (Gordon, 1983; Nordentoft, 2011). Tehokkaan itsemurhien ennaltaehkäisyn varmistamiseksi on suositeltavaa tarjota toimintaa kaikilla kolmella tasolla, koska itsemurhien ehkäiseminen vaatii monialaista lähestymistä, joka sisältää lukuisia aktiviteetteja eri väliintulon tasoissa.



## Itsemurhan ehkäisyn päästrategiat

Seuraavia strategioita on käytetty yleisesti kansainvälisissä itsemurhien ehkäisemisen toimintasuunnitelmissa Euroopassa ja muualla. Näiden strategioiden valikoima perustuu kirjallisuuteen ja hyvien käytäntöjen katsaukseen, joka suoritettiin Euregenas -hankkeessa. Kansainvälinen kirjallisuuden etsiminen tehtiin Web of Sciencen avulla (tammikuusta 2000 huhtikuuhun 2013).

Valitut strategiat toimivat eri väliintulon tasoilla vaihdellen yleisestä ennaltaehkäisystä valikoivaan ja kohdistettuun ennaltaehkäisyyn (katso taulukko 1). Jotkut strategiat keskittyvät yhteen ennaltaehkäisyn tasoon (esim. ohjelmat, jotka kohdistuvat haavoittuviin ryhmiin keskittyvät valikoivaan ennaltaehkäisyyn), toiset yhdistetään eri tasoihin (esim. mielenterveyden edistämiseen voi sisältyä sekä yleinen että valikoiva ennaltaehkäisy).

*Taulukko 1. Valittujen strategioiden ja interventioiden tasot*

**INTERVENTIOTASOT**

<b>STRATEGIAT</b>	<b>YLEINEN ENNALTAEHKÄISY</b>	<b>VALIKOIVA ENNALTAEHKÄISY</b>	<b>KOHDISTETTU ENNALTAEHKÄISY</b>
<b>1. Mielen terveyden edistäminen</b>	X	X	
<b>2. Auttavien puhelimien ja verkkopalveluiden tarjoaminen</b>		X	X
<b>3. (Mielen)terveysammattilaisten, paikallisten palveluiden tuottajien ja toimittajien kouluttaminen</b>	X	X	X
<b>4. Haavoittuville ryhmille suunnatut ohjelmat</b>		X	
<b>5. Korkeariskisille ryhmille suunnatut ohjelmat</b>			X
<b>6. Pääsyn rajoittaminen kuolemaan aiheuttaviin itsemurhamenetelmiin</b>	X	X	X

**STRATEGIA 1****Mielen terveyden edistäminen**

Mielen terveyden edistämisen strategiat voivat edistää itsemurhien ennaltaehkäisyä, sillä nämä strategiat ovat usein tehokkaita parantamaan esimerkiksi sinnikkyyttä, sosiaalista osallistumista ja turvallisia yhteisöjä (esim. turvallinen koulu- ja työympäristö), mitkä taas ovat suojaavia tekijöitä itsetuhoiselta käyttäytymiseltä.

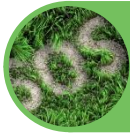


Balfour (2007) kuvaa mielenterveyden edistämistä näin: ”**prosessi, joka mahdollistaa yksilöiden ja yhteisöiden oman elämän haltuun ottamisen ja heidän mielenterveytensä parantamisen. Se pyrkii nostamaan itsetuntoa, selviytymis- ja suoriutumiskykyä sekä perheen ja yhteisön tukea, mutta myös muokkaamaan laajaa sosiaalista ja taloudellista ympäristöä, joka vaikuttaa mielenterveyteen.**”

Mielenterveyden edistäminen sisältää monia strategioita, jotka voidaan toteuttaa yksilöllisellä, yhteisöllisellä tai molemmilla tasoilla:

- Strategiat, jotka keskittyvät **yksilöihin**, pyrkivät lisäämään tunne-elämän hyvinvointia ja vähentämään haavoittuvuutta mielenterveyden ongelmille sekä kehittämällä henkilön taitoja, itsetuntoa, selviytymiskeinoja, ongelmanratkaisutaitoja ja itsensä auttamista. Tämä johtaa parempaan kykyyn selviytyä elämän muutoksista ja stressistä. Esimerkkejä näistä strategioista ovat kouluissa tapahtuvat ennaltaehkäisevät ohjelmat ja verkossa tapahtuvat itsehoitokeinot.
- **Yhteisöllisellä** tasolla mielenterveyden edistämisen strategiat keskittyvät sosiaaliseen mukaan ottamisen ja yhteenkuuluvuuden lisäämiseen. Siihen voi kuulua tietoisuuden lisääminen, häpeän ja syrjinnän vähentäminen, tukea-antavien ympäristöiden kehittäminen (esim. itsehoidon Internet-sivut) eri laitoksissa, kuten kouluissa, työpaikoilla, urheiluseuroissa, nuorisotaloissa, vanhainkodeissa jne.
- Jotkut strategiat yhdistävät toiminnan **useisiin tasoihin**. Esimerkiksi julkiset tiedotuskampanjat voivat tähdätä asennemuutokseen masennushäiriöiden kannalta (yhteisöllinen taso) tai helpottaa apua etsivää käyttäytymistä (yksilöllinen taso). Tutkimukset osoittavat, että kyseisillä kampanjoilla on kohtuullisia vaikutuksia asenteisiin masennushäiriöiden suhteen, mutta havaittavaa vaikutusta vähentyneeseen itsemurhien lukumäärään, kun taas nousseeseen avun etsimiseen tai masennuslääkkeiden käyttämiseen ei ole (Mann et al., 2005; van der Feltz-Cornelis et al., 2011).





## STRATEGIA 2

### Auttavien puhelimien ja verkkopalveluiden tarjoaminen

Strategiat, jotka parantavat itsetuhoisten ihmisten avun saamista, voivat olla hyödyksi itsemurhien ennaltaehkäisyssä. Viime vuosikymmenen aikana kasvava määrä maita ja alueita ovat alkaneet tarjoamaan apua puhelimen ja internetin kautta. Se on osoittautunut hyväksi kanavaksi saavuttaa itsetuhoisia ihmisiä ensimmäisen asteen terveydenhoidon lisäksi.

#### Auttavat puhelimet

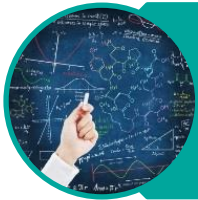
Monilla mailla on auttavia puhelimia, jotka tarjoavat kriisiapua erityisesti itsetuhoisille ihmisille. Muutamia tutkimukset ovat tarkastelleet näiden auttavien puhelimien toimivuutta, ja useimmat näistä tutkimustuloksista on positiivisia (De Leo et al., 2007; Mishara et al., 2007; Kalafat et al., 2007; Leitner et al., 2008). Tuoreessa tutkimuksessa soittajat ottivat yhteyttä ”Samaritans” -palveluun (Iso-Britannian kansallinen itsemurhia ennaltaehkäisevä auttava puhelin) ja tuloksista kävi ilmi, että soittajat olivat erittäin tyytyväisiä palveluun ja kokivat sen auttavat (Coveney et al., 2012).

#### Verkkopalvelut

Viime vuosikymmenen aikana yhä useammat ihmiset etsivät apua internetistä. Internet tarjoaa monia mahdollisuuksia itsemurhien ennaltaehkäisyyn. Monet auttavat puhelimet ovat laajentaneet palvelujaan sähköpostiin, keskustelupalstoihin ja sosiaalisten verkostojen sivuille. Mahdollisuus pysyä nimettömänä ja saada räätälöityä tietoa rohkaisee ihmisiä avun etsimiseen. Tätä kautta sähköinen mielenterveys voi myötävaikuttaa avun saavutettavuuteen ja vähentää kynnystä aloittaa terveyden hoitaminen ja ennaltaehkäisy (Christensen et al., 2002; Gilat & Shahar, 2007).

*Yksi Euregenas -projektin tuotoksista tulee olemaan eettisten ohjeiden ja laatukriteerien*

*kehittäminen sekä käsitteellinen e-malli teknologiapohjaiseen itsemurhien ennaltaehkäisyyn.*



## STRATEGIA 3

### (Mielen)terveysammattilaisten, paikallisten avuntarjoajien ja toimittajien kouluttaminen

## Mielenterveysammattilaisten ja paikallisten avuntarjoajien kouluttaminen

Mielenterveysalan ammattilaisten, paikallisten avuntarjoajien ja avainasemassa olevien henkilöiden kouluttaminen on usein käytetty keino itsemurhien ehkäisyssä. Tämä tapahtuu tarjoamalla koulutusta tai antamalla ohjeita näille keskeisille toimijoille.

Tutkimus osoittaa, että koulutuksen tarjoaminen itsemurhien ehkäisyksi on tehokas keino (Andriessen & van den Brande, 2001; Capp et al., 2001; Matheson et al., 2005; Ramberg & Wasserman, 2004). Koulutus on osoittautunut tehokkaaksi lisäten tiedonsaantia, suhtautumista ja itsevarmuutta koskien itsemurhien ehkäisyä (Brunero et al., 2008; Gask et al., 2006; Hayes et al., 2008; Oordt et al., 2009).

Koulutusta voidaan tarjota eri kohderyhmille. Yksi tehokkaimmista keinoista ehkäistä itsemurhia on kouluttaa **yleislääkäreitä** tunnistamaan ja hoitamaan masennusta sekä itsemurha-ajatuksia että käyttäytymistä (van der Feltz-Cornelis et al., 2011).

Aiemmin saatu tieto osoittaa, että **sairaanhoitajat** (Appleby et al., 2000; Dennis et al., 2001; Fenwick et al., 2004) ja **psykologian opiskelijat** (McNiel et al., 2008) hyötyvät koulutuksesta, koska se parantaa heidän kykyjään arvioida riskejä ja terveydenhuollon tarpeita sekä järjestää itsemurhien ehkäisyn interventioita.

Myös **paikalliset toimijat**, kuten opettajat, ohjaajat, ehkäisevät työntekijät,



nuorisotyöntekijät ja vanhusten huollon tarjoajat voivat olla tärkeässä roolissa havaitakseen riskiryhmään kuuluvia henkilöitä ja opastaessaan itsemurhaa ajattelevia yksilöitä terveydenhuoltoon. Esimerkiksi opettajien ja nuorisotyöntekijöiden kouluttaminen tunnistamaan itsetuhoisen käyttäytymisen varoitusmerkit ja miten puuttua sekä opastaa kriisitilanteessa, on osoittautunut tehokkaaksi (Chagnon et al., 2007). Lisäksi yhteisön edistäjät ovat ilmoittaneet, että pitävät koulutuksia tarpeen mukaan (Hawgood et al., 2008; Palmieri et al., 2008; Ramberg & Wasserman, 2004). Kuitenkin tarjottaessa koulutusta opettajille on suositeltavaa yhdistää nämä koulutukset laajempaan mielenterveyden näkökulmaan ja politiikkaan.

Muut avainasemassa olevat henkilöt, jotka ovat olleet mukana ohjelmassa itsemurhien ennaltaehkäisemiseksi, ovat **papit** (Hegerl et al., 2006), **poliisi**, (Mishara & Martin, 2012; Pinfold et al., 2003; Watson et al., 2004), **farmaseutit** (Bell et al., 2006), ja **vanginvartijat** (Pompili et al., 2009).

## Toimittajien kouluttaminen

Tutkimukset, systemaattiset katsaukset ja meta-analyysit koskien tiedotusvälineiden itsemurhien uutisoinnin roolia on ristiriitaisesti osoittanut, että itsemurhien raportointi voi johtaa jäljittelevään itsetuhoiseen käyttäytymiseen, varsinkin kun raportointi itsemurhan menetelmästä tulee julkisuuteen (Pirkin & Blood, 2001; Sisask & Värnik, 2012; Stack, 2000; Stack, 2005).

Siksi monet maat ovat laatineet ohjeita ja koulutusohjelmia toimittajille lisäämällä tietoisuutta niiden keskeisestä asemasta itsemurhien ehkäisyssä. Tiedotusvälineille tarkoitetut ohjeet ovat osoittautuneet vaikuttavan raportoinnin laatuun itsetuhoisesta käyttäytymisestä (Niederkrötenhaler & Sonneck, 2007). On kuitenkin huomioitava, että kaikki tutkimukset eivät toimittajien kouluttamisesta ja ohjeistamisesta huolimatta ole tuottaneet myönteisiä tuloksia (Goldney, 2005; Mann et al., 2005).

Tiedotusvälineiden ohjeiden ohella joissakin maissa (esim. Australia, Belgia ja Tanska)

jaetaan tiedotusvälineille palkintoja arvostamaan toimittajien vastuullista raportointia itsemurhista. Tutkimus osoittaa, että toimittajat arvostavat myönteisesti tiedotusvälineiden palkintoja ja palkinnot voivat sellaisenaan myötävaikuttaa rakentavalla tavalla tiedotusvälineiden ohjeiden toteuttamiseen (Dare et al.,2011).

***Yksi Euregenas –hankkeen tuotoksista tulee olemaan kohdennettujen itsemurhan ehkäisyohjeiden kehittäminen, jotka on suunnattu opettajille ja koulun henkilökunnalle sekä ohjeiksi työpaikoille ja toimittajille.***



## STRATEGIA 4

### Haavoittuviin ryhmiin kohdistetut ohjelmat

Joillakin väestöillä on suurentunut riski itsemurhaan ja siihen liittyvään käyttäytymiseen, esim. itsemurhan vuoksi läheisen menettäneet, vähemmistöryhmät ja tietyt ikäryhmät. Kun kehitetään strategioita, on tärkeää olla tietoinen näistä haavoittuvista ryhmistä ja räätälöidä heille interventioita.

Täytyy huomioida, että lista haavoittuvista ihmisryhmistä, joka on esitelty alempana, ei ole rajoittava ja itsetuhoisen käyttäytymisen riski tietyllä väestöryhmällä voi ajan myötä muuttua, riippuen kulttuurista tai yhteiskunnallista tekijöistä.

## Itsemurhan vuoksi läheisen menettäneet

Sukulaisten itsemurhat ja psykiatriset sairaudet ovat riskitekijöitä itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Ihmisille, jotka ovat menettäneet sukulaisen tai merkittävän ihmisen itsemurhan vuoksi, on suurempi riski kehittyä fyysinen tai psyykinen sairaus ja itsetuhoisia



ajatuksia. (Beautrais, 2004; Qin et al., 2002).

Useat maat, esim. UK, Belgia ja Ruotsi ovat kehittäneet ennaltaehkäiseviä toimia ja kohdistaneet ne itsemurhan vuoksi läheisen menettäneiden selviytymiseen perustamalla verkostoja, tukiryhmiä tai auttavia puhelimia näille ryhmille. On myös pyritty kehittämään menetyksestä selviytyvien voimavaroja ja sitä, miten käsitellä sukulaisen itsemurhaa.

## Vähemmistöryhmät

Vähemmistöryhmät, mukaan lukien lesbot, homot, biseksuaalit, transsukupuoliset (LGBT) ja etniset vähemmistöt on luokiteltu haavoittuviksi ryhmiksi itsetuhoisuuden ja siihen liittyvän käyttäytymisen vuoksi.

**Lesboilla, homoilla** ja **biseksuaaleilla** on suurempi riski mielenterveyden häiriöihin, itsemurha-ajatuksiin, päihteiden väärinkäyttöön ja tahalliseen itsensä vahingoittamiseen kuin heteroseksuaalisilla ihmisillä. Ainakin 16 tutkimuksessa lesbo-, homo- ja biseksuaalinuorista (LGB) on raportoitu löytyvän erittäin paljon itsemurhayrityksiä, vaihdellen 20-53% (Haas et al., 2011; McDaniel, Purcell & D'Augelli, 2001; Savin-Williams, 2001b; van Heeringen & Vincke, 2000). Sama pätee **transsukupuolisiin**; tutkimus osoittaa heillä olevan useita itsemurhayrityksiä (Dhejne et al., 2011; Mathy, 2002).

Eurooppalainen tutkimus osoitti, että **maahanmuuttajat**, jotka tulevat Eurooppaan muista kulttuureista tai maista, joissa on suurempi itsemurhien määrä, itsemurhanyrityksiä on enemmän verrattuna kantaväestöön (Bursztein-Lipsicas et al., 2011).

Siksi joissakin maissa esim. Saksassa on perustettu erityisesti maahanmuuttajille suunniteltuja kampanjoita.

## Ikääntyneet ja nuoret

Verrattaessa itsemurhan riskitekijöitä eri ikäryhmissä, tutkimukset osoittavat, että



itsemurhatilastot ovat erityisen korkeita vanhusten keskuudessa (De Leo & Spathonis, 2004), kun taas suhteessa ”ei-kuolemaan” johtanutta itsetuhoisuutta on enemmän nuorten keskuudessa (Nock et al., 2008).

Tuoreet katsaukset vanhuksille suunnitelluista ehkäisevistä ohjelmista osoittivat, että suurin osa (tieteellisesti arvioiden) ohjelmista oli tehokkaita vähentämään masentuneita ajatuksia, tunteita, itsetuhoajatuksia ja itsemurhayrityksiä (Lapierre et al., 2011). Useimmissa ohjelmissa keskityttiin vähentämään riskitekijöitä, esim. vähentämällä eristyneisyyttä ja parantamalla seulontaa sekä hoitamalla masennusta. Jotkut ohjelmat keskittyivät vahvistamaan suojaavia tekijöitä, kuten toimintavarmuuden lisäämistä ja positiivisen ikääntymisen ajatusmallia. Tämä voisi olla innovatiivinen ja tehokas lähestymistapa. (Lapierre et al., 2011).

Nuorten itsemurhien ehkäisemiseksi on koulujen (opetussuunnitelmat) ja lähiyhteisön ohjelmia yhdistetty (Mann et al., 2005).

***Lopuksi, kun suunnitellaan itsemurhien ehkäisystrategioita, on erittäin suositeltavaa kehittää tarkkoja ja räätälöityjä toimenpiteitä haavoittuvassa asemassa oleville väestöryhmille. Interventiot voivat sisältää:***

- ***Haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien sietokyvyn vahvistamista;***
- ***Erityisen tuen tarjoamista haavoittuville ryhmille (vertaistukiryhmät, puhelinneuvonta ja lehtiset ym);***
- ***Hoitoon pääsyn parantamista haavoittuvassa asemassa oleville ryhmille;***
- ***Tietoisuuden lisäämistä (ja joissain tapauksissa stigman vähentämistä) haavoittuvassa asemassa oleville ryhmille kouluttamalla väestöä, portinvartijoita ja (mielen)terveysalan ammattilaisia.***



## STRATEGIA 5

### Korkeariskisiin ryhmiin kohdistetut ohjelmat

Korkeariskisille ryhmille suunnattujen ohjelmien tavoitteena on kehittää strategioita niiden ihmisten seulontaan ja hoitoon, joilla on lisääntynyt itsemurhariski. Korkeimman riskin ryhmään kuuluvat itsemurhan yrittäjät sekä yksilöt, joilla on psyykkisiä häiriöitä.

### Itsemurhaa yrittäneiden (jälki)hoidon parantaminen

Aikaisempien itsemurhayritysten on todettu olevan vahvin merkki tulevalle itsemurhakäyttäytymiselle (Oquendo, Galfalvy, Russo et al., 2004; Tidemalm et al., 2008). Itsemurhaa yrittäneille suunnatut tehokkaat jälkihoitosuunnitelmat ovat näin ollen todella tärkeitä. Tutkimus osoittaa, että jatkoseuranta niille, jotka ovat yrittäneet itsemurhaa voi vähentää itsemurhien määrää. Luxton, June ja Comtoins (2013) osoittivat kattavassa jatkoseurantaan keskittyvien ehkäisymenetelmien tutkimuksessaan jatkoseurannan ehkäisevän vaikutuksen, mikä vaihtelee puhelusta ja postikorttien lähettämisestä tekstiviestien ja sähköpostien lähettämiseen.

### Psyykkisistä sairauksista kärsivien henkilöiden hoidon parantaminen

Itsemurhalle ei ole yksittäistä syytä, vaikka jopa 90 %:lla itsemurhan tehneistä on psykiatrinen häiriö. Valitettavasti jopa 80 % tällaisista tapauksista oli hoitamattomia kuolinhetkellä. (Lopez et al., 2006).

Monet psykiatriset häiriöt näyttävät lisäävän riskiä itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Näitä häiriöitä ovat esimerkiksi masennus, liiallinen alkoholin ja päihteiden käyttö, skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, syömishäiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt (Hawton & van



Heeringen, 2009).

Itsemurhan ehkäisy riittävän diagnostisen menettelyn kautta ja niiden häiriöiden hoito on siten etusijalla kliinisessä ympäristössä. On esimerkiksi vakuuttavia todisteita siitä, että riittävä ehkäisy sekä masennuksen ja päihteiden väärinkäytön hoito voivat vähentää itsemurhalukuja (WHO, 2012).

## Riskiryhmässä olevien henkilöiden hoidon parantaminen

Viimeaikainen maailmanlaajuinen tutkimus osoitti, että 44 % korkean tulotason maiden itsemurhaa harkitsevista ihmisistä ei saa minkäänlaista hoitoa (Bruffaerts et al., 2011). Riskiryhmien farmalogiseen ja psykoterapeuttiseen hoitoon panostamisen tulisi olla etusijalla mielenterveystyössä.

**Farmakologinen hoito** on osoittanut, että se vaikuttaa laskevasti itsemurhariskiä yksilöillä, joilla on jonkinlainen mielenterveyshäiriö (Mann et al., 2005). Esimerkiksi masennuslääkkeisiin kirjoitettujen reseptien suurempi määrä (Moller, 2006) ja pitkän aikavälin litiumhoito (Baldessarini et al., 2006; Guzzetta et al., 2007) korreloivat laskussa oleviin itsemurhalukuihin masentuneilla potilailla. Masennuslääkkeiden käytöllä voi kuitenkin olla kielteisiä vaikutuksia masentuneille nuorille, joten masennuslääkkeiden kanssa täytyy olla varovainen (Stone et al., 2009).

Monet tutkimukset ovat osoittaneet, että **psykoterapeuttinen hoito** on tehokasta itsemurhaa harkitseville ihmisille (Brown et al., 2005; Guo & Harstall, 2004; Mann et al., 2005).

Itsemurhien ehkäisyssä toinen tärkeä ja hyödyllinen tekijä on teknologia, kun ottaa huomioon tietokoneistuneen maailman, jossa elämme. Esimerkiksi netin välityksellä tapahtuva hoito masentuneille ja itsemurhaa ajatteleville sekä **itsehoito-interventiot** ovat ottaneet ensimmäiset askeleensa ja osoittautuneet tehokkaaksi. van Spijkerin (2012) satunnaistettu ja kontrolloitu tutkimus osoitti huomattavaa vähentymistä ihmisten



itsemurha-ajatuksissa, toivottomuudessa ja huoleissa sekä terveydentilassa sen jälkeen, kun he osallistuivat [itsehoitointerventioon](#). Uudessa-Seelannissa tietokoneistettu kognitiivinen käyttäytymisterapiapeli ”Sparx” on suunnattu masentuneille nuorille. Se kehitettiin ja todistettiin yhtä tehokkaaksi masennusoireiden vähentämisessä kuin tavallinenkin hoito (joissain olosuhteissa jopa tehokkaammaksi) (Merry et al., 2012).



## STRATEGIA 6

### Pääsyn rajoittaminen kuolemaan aiheuttaviin itsemurhamenetelmiin

Suunnitelmat, jotka tähtäävät tappavien menetelmien rajoittamiseen, ovat yksi itsemurhan ehkäisykeino. Niillä on myös eniten näyttöä itsemurhalukujen vähentymiseen (Mann et al., 2005; Sarchiapone et al., 2011). Mahdollinen selitys voi olla se, että nämä suunnitelmat voidaan toteuttaa melko nopeasti ja mitata suhteellisen helposti verrattuna muihin itsemurhien ehkäisy-suunnitelmiin (Florentine & Crane, 2010).

Van der Feltz-Cornelis et al. (2011) listasi katsauksessaan esimerkkejä interventioista, joilla pyritään rajoittamaan fyysinen pääsy itsemurhamenetelmiin:

- myrkyn poistaminen kotimaisesta kaasusta
- pakollinen katalysaattorin käyttö moottoriajoneuvoissa
- ampuma-aseiden käytön rajoittaminen ampuma-aselainsäädännöllä
- torjunta-aineiden käytön rajoittaminen
- pääsyn rajoittaminen hyppäämispaikoille esimerkiksi asentamalla turva-aidat korkeisiin asuinrakennuksiin tai riskialttiille hyppäämisalueille, kuten esimerkiksi Eiffel-torni, Sydneyn Harbour Bridge ja Empire State Building (Lin ja Lu, 2006; Beautrais, 2007)
- rajoituksia barbituraattien ja parasetamolin myyntiin
- uusien, vähemmän myrkyllisten masennuslääkkeiden käyttö
- alkoholin saannin rajoittaminen



Rajoitusmenetelmissä on myös riskejä. Kun rajoitetaan yhtä menetelmää, saatetaan korvata se toisilla itsemurhamenetelmillä. Nordentoft (2011) kuitenkin huomauttaa: ”Sopivissa yhteyksissä, joissa korvaaminen on epätodennäköisempää ja yhdessä psykososiaalisen ehkäisyn kanssa fyysisen pääsyn rajoittaminen itsemurhaan voi olla tehokas itsemurhan ehkäisystrategia”.

## IV. Suositukset

### Kansallisen itsemurhan ehkäisy suunnitelman hyödyt

Viime vuosikymmenillä monet valtiot ja alueet, esimerkiksi Suomi, Ruotsi, Belgia (Flanderin alue), Tanska ja Iso-Britannia, ovat kehittäneet kattavia alueellisia tai kansallisia itsemurhien ehkäisyohjelmia.

Kansallinen toimintasuunnitelma voi olla tehokas keino itsemurhalukujen vähentämisessä. Analysoimalla tietoja vuosilta 1980-2004 Matsubayashi ja Ueda (2011) tutkivat sitä, oliko itsemurhaluvuissa tilastollisesti merkittävää eroa ennen ja jälkeen kansallisen itsemurhien ehkäisyohjelman toteuttamista. Analysointi osoitti, että itsemurhien kokonaismäärä väheni, kun valtakunnallinen itsemurhien ehkäisyohjelma otettiin käyttöön.

WHO kuvaa raportissaan ”Public Health Action for the prevention of suicide: a framework” **kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian avaintekijöitä**. He korostavat seuraavien asioiden tärkeyttä:

- selkeät tavoitteet
- selkeä näkemys riski- ja suoja tekijöistä
- tehokkaat interventio
- eri tasojen ehkäisystrategiat



- tapauksien kirjaamisen ja tutkimuksen kehittäminen
- seuranta ja arviointi

Flaamilainen itsemurhien ehkäisyn strategia sisältää lisäksi seuraavat kriteerit interventioiden valitsemiseen:

- interventioiden itsemurhaspesifisyys
- kustannustehokkuus
- näyttöjen laatu
- toimeenpanon mahdollisuudet

Lisäksi toimintasuunnitelman pitäisi olla monisektoriaalinen ja itsemurhien ehkäisyn pitäisi olla tärkeää myös terveyssektorilla. Määrällinen terveystavoite voisi kannustaa ryhtymään toimiin (esim. tavoitteena on vähentää itsemurhien määrää tietty prosenttimäärä tietyn ajan kuluessa). On myös kiinnitettävä huomiota kestävien strategioiden ja toimenpiteiden kehittämiseen.

***“Itsemurhan ehkäisyinterventioiden tulisi olla multimodaalisia, näyttöön perustuvia ja testattavien hypoteesien ohjaamia, ja joita toimeenpannaan riittävän kokoisessa väestössä, jotta saadaan yleistettäviä ja luotettavia tuloksia.” (Mann et al., 2005)***

## Tutkimuksen tarve

Itsemurhan ehkäisystä tarvitaan lisää tutkimuksia. On suositeltavaa sisällyttää ehkäisystrategiaan tutkimusta. Tutkimus voi osaltaan parantaa tietämystä:

- itsemurhien ja itsemurhayritysten epidemiologiasta
- itsetuhoisen käyttäytymisen riskeistä ja suojaavista tekijöistä

- itsetuhoisen käyttäytymisen neurobiologiasta
- ehkäisevistä strategioista ja toimista

Lisäksi tutkimusta on lisättävä ja edistettävä paikallisella ja alueellisella tasolla, koska eroja itsemurha-ajatuksissa voi esiintyä.

## Euregenas -verkkokirjasto

Euregenas -hankkeen aikana on kehitetty verkkokirjasto. Verkkokirjasto sisältää kirjallisuutta ja parhaita käytäntöjä, ja tarjoaa yleiskuvan nykytilanteesta itsemurhien ehkäisystä Euroopan Unionissa.

[www.euregenas.eu/online-library](http://www.euregenas.eu/online-library)

## Linkit

Lisää informaatiota itsemurhien ehkäisystä löytyy WHO:n ja IASP: n nettisivuilta.

### MAAILMAN TERVEYSJÄRJESTÖ (WHO)

WHO on johtamisen ja koordinoinnin auktoriteetti terveyden alueella yhdistyneissä kansakunnissa. Sen vastuualueisiin kuuluu tarjota johtajuutta maailmanlaajuisissa terveysasioissa, muotoilla terveyden tutkimusohjelmia, asettaa normeja ja standardeja, artikuloida näyttöön perustuvia poliittisia vaihtoehtoja sekä antaa teknistä tukea maille ja seurata ja arvioida terveystrendejä. WHO:lla on paljon resursseja itsemurhien ehkäisyssä.

[www.who.com](http://www.who.com)

### KANSAINVÄLINEN ITSEMURHAN EHKÄISYN LIITTO (IASP)

IASP on tuottoa tavoittelematon organisaatio, joka on yhteistyössä WHO:n kanssa itsemurhien ehkäisyssä. Se on omistautunut ehkäisemään itsetuhoista käyttäytymistä, lievittämään sen vaikutuksia ja tarjoamaan foorumin akateemikoille, mielenterveyden ammattilaisille, kriisityöntekijöille, vapaaehtoisille sekä itsemurhasta selviytyneille. Sen ovat perustaneet edesmenneet professori Erwin Ringel ja tohtori

## Sanasto

**Ehkäisy:** Strategia tai lähestymistapa, joka vähentää todennäköisyyttä riskin puhkeamiseen tai viivästyttää haitallisia terveysongelmia.

**Ei-kuolemaan johtava, itsetuhoinen käyttäytyminen:** Tahallinen itsensä vahingoittaminen ja itse aiheutettu myrkyttäminen ilman vammoja, on itsemurhayritys, joka ei johda kuolemaan. (De Leo et al., 2004).

**Itsemurha-ajatukset ja käyttäytyminen:** Monimutkainen prosessi joka voi vaihdella itsemurha-ajatuksista tai itsemurhan suunnittelusta, itsemurhan yritykseen tai jopa itsemurhaan. Itsetuhoisessa käyttäytymisessä ovat vuorovaikutuksessa biologiset, geneettiset, psykologiset, sosiaaliset, ympäristölliset sekä tilannekohtaiset tekijät. (Hawton & van Heeringen, 2009).

**Itsemurhan tahallisuus:** Kun subjektiivinen odotus ja halu itsetuhoiseen käyttäytymiseen päättyy kuolemaan.

**Itsemurhan varoitusmerkit:** Indikaatiot, jotka viittaavat itsemurhariskiin.

**Itsemurhasta selvinneet:** Perheenjäsenet ja muut läheiset, jotka ovat kokeneet läheisen menetyksen itsemurhan kautta.

**Itsemurhayrityksestä selvinneet:** Henkilöt, jotka ovat yrittäneet itsemurhaa.

**Itsetuhoisen käyttäytyminen / tahallinen itsensä vahingoittaminen:** Erilaisia menetelmiä, joilla yksilöt loukkaavat itseään, kuten leikkaamalla itseään tai ottaen yliannostuksia.

**(Itsetuhoiselta käyttäytymiseltä) suojaavat tekijät:** Tekijät, jotka vaikuttavat todennäköisyyteen, että yksilöt kehittävät itsemurha-ajatuksia ja/tai yrittävät itsemurhaa. Suojaaviin tekijöihin voi sisältyä biologisia, psykologisia tai sosiaalisia tekijöitä.

**Itsetuhoisen (tai kuolemaan johtava itsemurha käyttäytyminen):** Tapaukset jotka ovat johtaneet kuolemaan tai jossa tiedetään mahdollisesti johtavan kuolemaan, on aloitettu muutoksia.

**Mielenterveyden ongelma:** Vähentyneet kognitiiviset, sosiaaliset ja emotionaaliset kyvyt, mutta ei siinä määrin, että kriteerit mielenterveyden häiriöstä täyttyvät.

**Mielenterveys:** Mielenterveys on osa hyvinvointia, jossa yksilö tajuaa hänen omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalissa stressissä, pystyy toimimaan tuottavasti sekä antaa oman panoksensa yhteisössä. (WHO, 2010).

**Mielenterveydenhäiriö / psykiatrinen häiriö:** Mielenterveyden häiriö tai psykiatrinen häiriö on diagnosoitu sairaus. Ihmisellä, jolla on muutoksia ajattelussa, mielialassa tai käyttäytymisessä (tai jokin niiden yhdistelmä), johon liittyy kärsimystä ja joka merkittävästi häiritsee yksilön kognitiivisia, emotionaalisia sekä sosiaalisia taitoja.

**Portinvartijat:** Yksilöt yhteisössä, joilla on kasvokkaisia kontakteja suuriin määriin yhteisön jäseniä heidän arjessaan. Heitä voidaan kouluttaa tunnistamaan henkilöiden itsemurhariski ja ohjaamaan heidät hoitoon tai tuettuihin palveluihin tarvittaessa.

**Postvention:** Strategia tai lähestymistapa, joka toteutetaan sen jälkeen, kun kriisi tai traumaattinen tapahtuma on tapahtunut.

**Riskin arviointi:** Arvioidaan määrällinen todennäköisyys, jossa yksilö vahingoittaa itseään tai toisia.

**Riskitekijät:** Tekijät, jotka tekevät todennäköistä siitä, että yksilöt kehittävät itsemurha-ajatuksia ja/tai yrittävät itsemurhaa. Riskitekijöihin voi sisältyä biologisia, psykologisia tai sosiaalisia tekijöitä.

**Tartunta:** Ilmiö, jossa ihmiset ovat saaneet vaikutteita toisten ihmisten itsetuhoisesta käyttäytymisestä.

**Teknologiapohjainen itsemurhien ehkäisy:** Tekniikkaa käytetään hyväksi itsemurhien ehkäisyohjelmissa, jossa hyödynnetään internetiä, älypuhelimia sekä tabletteja. Teknologiapohjaisiin ohjelmiin sisältyy koulutus ja interaktiivisia sivustoja, vakavia pelejä sekä online -hoito.

### **SANASTON LÄHTEET:**

- National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for action. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2001
- <http://www.suicidepreventionlifeline.org/learn/glossary.aspx>

## **Lähteet**

Andriessen, K., & Van den Brande, J. (2001). Youth suicide prevention and intervention skills: training of key persons. In O. Grad (Ed.), *Suicide Risk and Protective Factors in the New Millennium* (pp. 109-113). Ljubljana: Cankarjev dom.

Appleby, L., Morriss, R., Gask, L., Roland, M., Perry, B., Lewis, A., Perry, A., Battersby, L., Colbert, N., Green, G., Amos, T., Davies, L., Faragher, B. (2000). An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (the STORM project). *Psychological Medicine*, 30 (4), 805-812.

Baldessarini, R.J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F.K., & Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, 8 (5), 625-639.

Balfour, K. & Balfour Consulting Group (2007). *Mental Health Promotion: Evidence Review*. For the BC Ministry of Health.

Beautrais, A. L. (2004). *Suicide postvention. Support for families, whanau and significant others after a suicide. A literature review and synthesis of evidence*. Wellington, New Zealand: Ministry of Youth Affairs.

Beautrais, A. (2007). Suicide by jumping. A review of research and prevention strategies. *Crisis*, 28 (suppl. 1), 58-63.

Bell, J.S., Johns, R., & Chen, T.F. (2006). Pharmacy students' and graduates' attitudes towards people with schizophrenia and severe depression. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70 (4),77.

Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W.T., Sampson, N., Kessler, R. C., et al. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199 (1), 64-70.

Brunero, S., Smith, J., Bates, E., & Fairbrother, G. (2008). Health professionals' attitudes towards suicide prevention initiatives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15 (7), 588-594.

Bursztein-Lipsicas, C.B., Makinen, I.H., Apter, A., De Leo, D., Kerkhof, A., Lonqvist, J., Michel, K., Renberg, E.S., Sayil, I., Schmidtke, A., van Heeringen, C., Varnik, A., & Wasserman, D. (2011). Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* , 47 (2), 241-251.

Capp, K., Deane, F.P., & Lambert, G. (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25 (4), 315-321.

Chagnon, F., Houle, J., Marcoux, I., & Renaud, J. (2007). Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (2), 135-144.

Christensen, H., Griffiths, K.M., & Evans, K. (2002). E-mental health in Australia: implications of the internet and related technologies for policy. ISC Discussion Paper Nr3, Commonwealth Department of Health and Aging, Canberra.

Coveney, C.M., Pollock, K., Armstrong, S., Moore, J. (2012). Callers' Experiences of Contacting a National Suicide Prevention Helpline. Report of an Online Survey. *Crisis*, 33 (6), 313-324.

Dare, A.J., Andriessen, K.A.M., Nordentoft, M., Meier, M., Huisman, A., Pirkis, J.E. (2011). Media awards for responsible reporting of suicide: Experiences from Australia, Belgium and Denmark. *International Journal of Mental Health Systems*, 5:15.



De Leo, D., Dello Buono, M., Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-229.

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote J.M., Kerkhof, A., Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of Suicidal Behaviour. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behavior: theories and research findings* (pp. 18-37). Ashland, OH: Hogrefe & Huber.

De Leo, D., & Spathonis, K. (2004). Suicide and suicidal behavior in late life. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behavior: Theories and research findings* (pp. 253–286). Ashland, OH: Hogrefe & Huber.

Dennis, M., Evans, A., Wakefield, P., & Chakrabarti, S. (2001). The psychosocial assessment of deliberate self-harm: using clinical audit to improve the quality of the service. *Emergency Medical Journal*, 18, 448-450.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L.V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6, ArtID: e16885.

Fenwick, C.D., Vassilas, C.A., Carter, H., & Haque, M.S. (2004). Training health professionals in the recognition, assessment and management of suicide risk. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 117-121.

Florentine, J.B., Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *Social Science & Medicine*, 70, 1626–1632.

Gask, L., Dixon, C., Morriss, R., Appleby, L., & Green, G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 739-750.

Gilat, I., & Shahar, G. (2007). Emotional First Aid for a Suicide Crisis: Comparison between Telephonic Hotline and Internet. *Psychiatry*, 70, 12-18.

Goldney, R.D. (2005). A pragmatic review of recent studies. *Crisis*, 26, 128-140.

Gordon, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. Geneva: WHO.

Guo, B., & Harstall, C. (2004). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E83583.pdf>; accessed April 2013).

Guzzetta, F., Tondo, L., Centorrino, F., Baldessarini, R.J. (2007). Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (3), 380–383.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D’Augelli, A. R, et al. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58, 10–51.

Hawgood, J.L., Kryszynska, K.E., Ide, N., & De Leo, D. (2008). Is suicide prevention properly taught in medical schools? *Medical Teacher*, 30, 287-295.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.

Hayes, A.J., Shaw, J.J., Lever-Green, G., Parker, D., & Gask, L. (2008). Improvements to suicide prevention training for prison staff in England and Wales. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 708-703.

Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36 (9), 1225–1233.

Kalafat, J., Gould, M., Munfakh, H., & Kleinman, M. (2007). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes. Part 1: Nonsuicidal Crisis Callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (3), 322-337.

Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., Quinnett, P. and the International Research Group for Suicide among the Elderly (2011). A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs. *Crisis*, 32 (2), p 88–98.

Leitner, M., Barr, W., & Hobby, L. (2008). *Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: A systematic review*. Edinburgh, UK: Scottish Government Social Research.

Lin, J.J., & Lu, T.H. (2006). Association between the accessibility to lethal methods and method-specific suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1074–1079.

Luxton, D.D., June, J.D., & Comtois, K.A. (2013). Can Postdischarge Follow-Up Contacts Prevent Suicide and Suicidal Behavior? A Review of the Evidence. *Crisis*, 34 (1), 32-41.

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., & Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies, A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 294 (16), 2064-74.

Matheson, F.I., Creatore, M.I., Gozdyra, P., Moineddin, R., Rourke, S.B., & Glazier, R.H. (2005). Assessment of police calls for suicidal behavior in a concentrated urban setting. *Psychiatric Services*, 56, 1606-1609.

Mathy, R.M. (2002). Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample: Sexual orientation, psychiatric history, and compulsive behaviors. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14, 47–65.

Matsubayashi, T. & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social science & medicine*, 73 (9), 1395-1400.

McDaniel, J. S., Purcell, D., & D’Augelli, A.R. (2001). The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 84–105.

McNiel, D.E., Fordwood, S.R., Weaver, C.M., Chamberlain, J.R., Hall, S.E., & Binder, R.L. (2008). Effects of training on suicide risk assessment. *Psychiatric Services*, 59, 1462-1465.

Merry, S.N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M.F.G. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*, 344.

Mishara, B.L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J.K., & Berman, A. (2007). Results from a Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 37(3), 291-307.

Mishara, B.L., & Martin, N. (2012). Effects of a Comprehensive Police Suicide Prevention Program. *Crisis*, Vol. 33(3), 162–168.

Moller, H.J. (2006). Evidence for beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patients: a systematic review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (6), 329–343.

Niederkrotenthaler, T., & Sonneck, G. (2007). Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007, 41(5), 419-428.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Williams, D., et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192 (2), 98-105.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30 (1), 133-154.

Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853.

Oordt, M.S., Jobes, D.A., Fonseca, V.P., & Schmidt, S.M. (2009). Training mental health professionals to assess and manage suicidal behaviour: can provider confidence and practice behaviors be altered? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 21-32.

Oquendo, M.A., Galfalvy, H., Russo, S. et al. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1433-1441.

Palmieri, G., Forghieri, M., Ferrari, S., Pingani, L., Coppola, P., Colombini, N., et al. (2008). Suicide intervention skills in health professionals: a multidisciplinary approach. *Archives of Suicide Research*, 12, 232-237.

Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G., Farmer, P., Toulmin, H., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluating an educational intervention with the police force in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 337-344.

Pirkis, J., & Blood, R.W. (2001). Suicide and the media: (1) Reportage in nonfictional media. *Crisis*, 22(4), 146-154.

Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., Del Casale, A., Girardi, P., Ferracuti, S., Tatarelli, R. (2009). Preventing Suicide in Jails and Prisons: Suggestions from Experience with Psychiatric Inpatients. *Journal of Forensic Sciences*, 54 (5), 1155-1162.

Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P.B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 360 (9340), 1126–1130.

Ramberg, I.L., & Wasserman, D. (2004). Benefits of implementing an academic training-of-trainers program to promote knowledge and clarity in work with psychiatric suicidal patients. *Archives of Suicide Research*, 8(4), 331-343.

Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling Access to Suicide Means. *International Journal of Environmental Res. Public Health*, 8, 4550-4562.

Savin-Williams, R. C. (2001b). Suicide attempts among sexual minority youths: Population and measurement issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 983–991.

Stack, S. (2000). Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*, 81(4), 957-972.

Stack, S. (2005). Suicide in the media: a quantitative review of studies based on non-fictional stories. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 35(2), 121-33.

Stone, M., Laughren, T., Jones, M.L., Levenson, M., Holland, P.C., Hughes, A., Hammad, T.A., Temple, R., & Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *British Medical Journal*, 339.

Tidemalm, D., Langstrom, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long-term follow-up. *British Medical Journal*, 337.

van der Feltz-Cornelis, C.M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A.T., Carli, V., McDaid, D., O'Connor, R., Maxwell, M., Ibelshausen, A., Audenhove, C., Scheerder, G., Sisask, M., Gusmao, R. & Hegerl, U. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: A review of systematic reviews. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32 (6), 319-333.

Vandeurzen, Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012 - 2020.

van Heeringen, C. (2001). Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*, 16 (2), S1-S6

van Spijker, B. (2012). *Reducing the Burden of Suicidal Thoughts Through Online Self-Help*. Amsterdam: B.A.J. van Spijker.

Watson, A., Corrigan, P., & Ottati, V. (2004). Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 49--53.

World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Available at [www.who.int](http://www.who.int). Accessed April 2013.

World Health Organization / Europe. Mental health – Data and statistics. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/facts-and-figures>. Retrieved September 2013.