



**ITSEMURHIEN**

**EHKÄISY**

**SUOMESSA**

**1992—1995**

*Tavoite- ja toiminta-*

*ohjelman perusteet*

MAILA UPANNE

HELENA ARINPERÄ

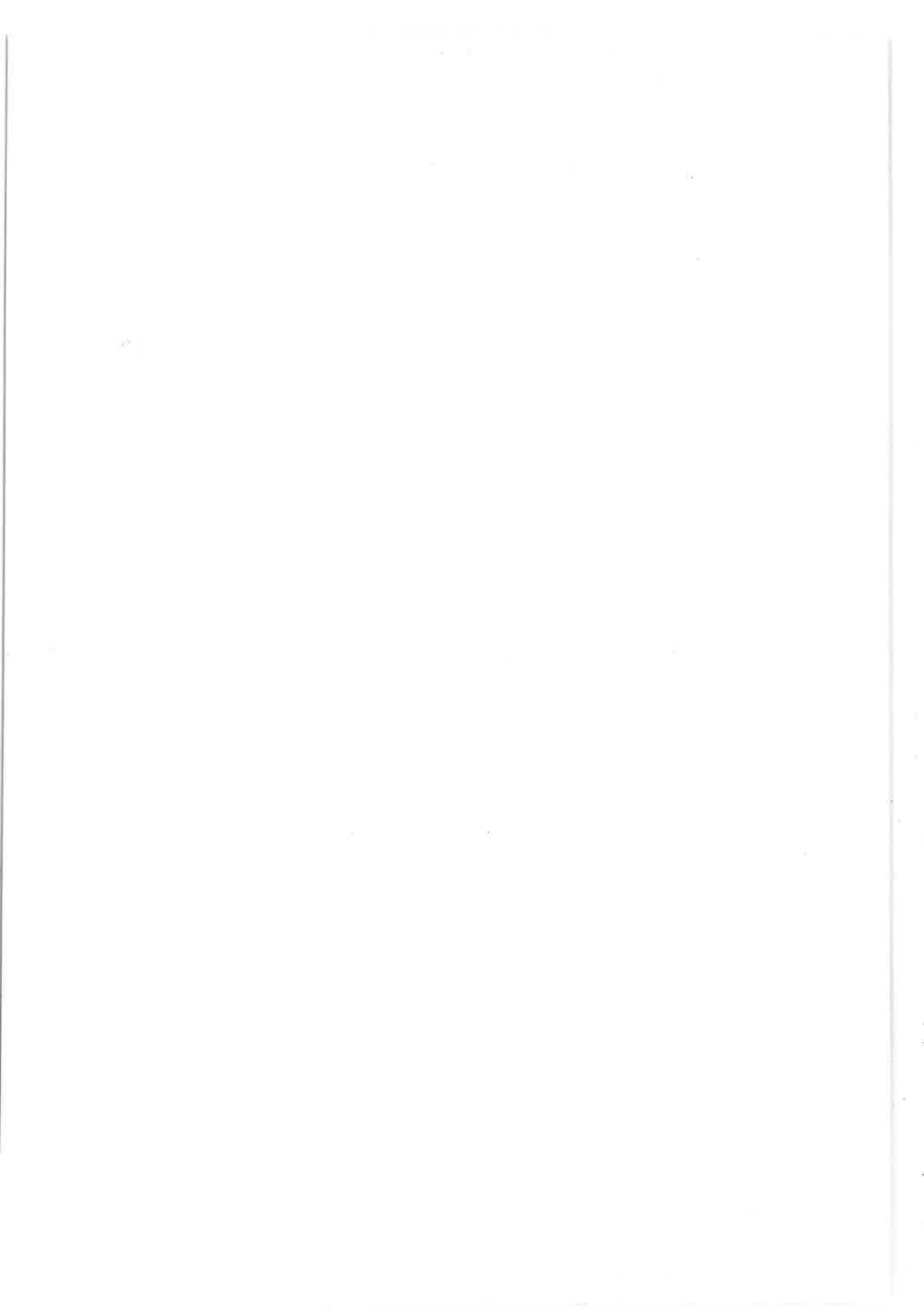
JOUKO LÖNNQVIST



SOSIAALI- JA TERVEYSHALLITUS

RAPORTTEJA 45/1991

VAPK-KUSTANNUS



MAILA UPANNE

HELENA ARINPERÄ

JOUKO LÖNNQVIST

**ITSEMURHIEN EHKÄISY**

**SUOMESSA 1992–1995**

*Tavoite- ja toimintaohjelman perusteet*



SOSIAALI- JA TERVEYSHALLITUS

RAPORTTEJA 45/1991

VAPK-KUSTANNUS

Kansi: Harri Heikkilä

ISBN 951-47-5697-5

ISSN 0788 - 7191

Valtion painatuskeskus

Helsinki 1992

# Esipuhe

Maailman terveysjärjestön Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmassa itsemurhien määrän kasvun pysädyttäminen ja määrän vähentäminen on otettu kansainvälisesti tärkeäksi kehittämistavoitteeksi. Maamme korkean itsemurhakuolleisuuden vuoksi tavoite sai erityisen painon myös omassa kansallisessa Terveyttä kaikille -ohjelmassamme. Siinä asetettiin tavoitteeksi vähentää itsemurhien lukumäärää viidenneksellä vuoteen 1995 mennessä.

Jo vuonna 1985 käynnistyi maassamme keskustelu mahdollisuudesta selvittää perusteellisesti itsemurhaan liittyvät kysymykset ja itsemurhien ehkäisyn mahdollisuudet. Keskustelut johtivat itsemurhien ehkäisyprojektin käynnistymiseen vuonna 1986. Tällöin lääkintöhallitus asetti asiantuntijaryhmän ohjaamaan yhteistyössä Kansanterveyslaitoksen ja sosiaalihuollituksen kanssa projektin toteutusta. Projektin johtajaksi nimettiin tutkimusprofessori Jouko Lönnqvist.

Vuoden 1991 lopussa projektin ensimmäinen mittava työvaihe päättyi itsemurhien ehkäisyohjelman valmistumiseen. Samalla valmistuu myös useita tutkimusraportteja. Projektin monivuotinen työvaihe on ollut onnistunut valtakunnallinen yhteistyöhanke, johon huomattava määrä eri alojen asiantuntijoita on antanut panoksensa. Ilman tätä yhteistyötä hankkeen toteutuminen nykyisessä muodossaan ei olisi ollut mahdollista.

Tämä julkaisu tiivistää projektin tuottaman tiedon itsemurhien ehkäisyn perusteiksi. Raporttiin pohjaavat toimintasuositukset julkaistaan erillisenä ohjelmana nimellä "Itsemurhan voi ehkäistä. Itsemurhien ehkäisyn tavoite- ja toimintaohjelma".

Julkaisut käynnistävät ratkaisevan työvaiheen: itsemurhien ehkäisyyn tähtäävät käytännön toimenpiteet eri aloilla, arkielämässä ja koko yhteiskunnassa. Toivon, että hankkeen toteutusvaiheen osoittama eri alojen perehtyneisyys ja vastuunotto on tukena myös itsemurhien ehkäisyohjelmaa toteutettaessa. Kiitän kaikkia projektiin osallistuneita ja toivotan tervetulleeksi ne uudet vaikuttajat, joita työn eteenpäin viemisessä välttämättä tarvitaan.



# Sisällys

I	Johdanto .....	1
II	Itsemurhien ehkäisyn strategia: lähtökohdat .....	5
1	Itsemurhien ehkäisyohjelman valmistelun periaatteet .....	5
1.1	IMS -87 -projektin toteutus ohjelman valmisteluna ja interventiona .....	5
1.2	Eri alojen asiantuntemuksen hyödyntäminen .....	6
1.3	Projektin tuottaman aineiston hyödyntäminen .....	7
1.4	Projektiryhmien kannanotot itsemurhien ehkäisyyn .....	7
2	Itsemurhien ehkäisyn lähtökohdat ja periaatteet .....	12
2.1	Itsemurha prosessin tuloksena .....	12
2.3	Itsemurhien ehkäisyn periaatteet; strategia .....	14
3	Ohjelman rakenne, toimintaperiaate ja toteutus .....	17
III	Itsemurhien ehkäisyn tavoite- ja toimintaohjelma .....	20
1	Itsemurhien ehkäisyn tavoitteet kohdeteemojen näkökulmasta .....	20
1.1	Itsemurhayritykset ja -aiheet .....	20
1.2	Päihteiden käyttö ja päihdeongelmat .....	26
1.3	Mielenterveysongelmat ja -häiriöt .....	30
1.4	Somaattiset sairaudet .....	34
1.5	Elämänmuutokset ja kriisit .....	35
1.6	Elämänongelmien kasautuminen .....	38
2	Itsemurhien ehkäisyn tavoitteet elämäntilanteen näkökulmasta .....	41
2.1	Nuoret .....	41
2.2	Vanhat .....	46
3	Itsemurhien ehkäisyn tavoitteet toimintapolitiikan näkökulmasta .....	49
3.1	Arkielämä ja lähipiirin tuki .....	49
3.2	Itsemurhien ehkäisy palvelujärjestelmien tehtävänä .....	52

3.2.1	Kansanterveysyö	52
3.2.2	Psykiatrinen erikoissairaanhoido ja muu mielenterveysyö	55
3.2.3	Muu erikoissairaanhoido	61
3.2.4	Sosiaalihuolto	64
3.2.5	Poliisi	69
3.2.6	Työpaikat, työyhteisöt ja työterveysyö	71
4.2.7	Koulu ja oppilashuolto	74
3.2.8	Kirkko	78
3.2.9	Toimintavastuu itsemurhien ehkäisyssä laajaksi	79
3.3	Itsemurhien ehkäisy yhteiskuntapoliittisena kysymyksenä	80
3.3.1	Elinolot ja selviytyminen	80
3.3.2	Palvelujen erikoistumisen edut ja haitat	83
4.3.3	Kulttuuriperinteet, ajattelu ja ilmapiiri	85
3.3.4	Yhteiskunnallinen vastuu toimintaohjelman toteutuksessa	88
	Lähteet	89



# I Johdanto

Itsemurhien ehkäisyn lähtökohtana Suomessa on poikkeuksellisen korkea itsemurhakuolleisuus. Itsemurhien määrä on lisääntynyt koko sodanjälkeisen ajan. Erityisen korkealla itsemurhakuolleisuus on ollut 1980-luvun puolesta välistä alkaen. Huolestuttavinta on ollut nuorten miesten huomattavan suuret itsemurhaluvut.

Vuosina 1980 – 85 itsemurhia oli maassamme keskimäärin vuotta ja 100 000 asukasta kohden miehillä 40 ja naisilla 10 eli joka 2 500. mies ja 10 000. nainen teki itsemurhan. Vuosina 1986 – 90 itsemurhien määrän kasvu jatkui samansuuntaisena. Vuonna 1986 itsemurhien kokonaismäärä oli 1 310, josta miesten osuus oli 1 023 ja naisten 287. Vuoteen 1990 mennessä itsemurhien määrä oli noussut ennätyskorkeaksi: yhteensä niitä oli 1 512, miehillä 1 192 ja naisilla 319. Itsemurhakuolleisuus on vuonna 1990 kohonnut ensimmäisen kerran maamme historian aikana yli 30:n 100 000 asukasta kohden (30.3). Maamme itsemurhakuolleisuus on lisääntynyt 1960-luvun lopulta lähtien huolestuttavalla tavalla.

Sekä terveydenhuollon viranomaisten että tutkijoiden keskuudessa itsemurhiin kiinnitettiin virallisesti huomiota jo 1970-luvun alkupuolella kasvavana kansanterveysongelmana, jonka kehitykseen oli syytä puuttua. Asiaa koskeva komiteanmietintö valmistui vuonna 1974 (1).

Itsemurhiin alettiin kiinnittää uudelleen huomiota 1980-luvun alussa valmisteltaessa maamme pitkän aikavälin terveysstrategioita (Terveyttä Kaikille Vuoteen 2000 -ohjelmaa). Alustavan virkamiestyön ja asiantuntijakonsultaatioiden jälkeen vuonna 1985 aloitettiin lääkintöhallituksessa, nykyisessä sosiaali- ja terveyshallituksessa, suunnittelu-työ, joka johti itsemurhien ehkäisyä koskevan asiantuntijaryhmän asettamiseen 1986.

Asiantuntijaryhmä hyväksyi syyskuussa 1986 toimintasuunnitelman, jonka tavoitteena oli itsemurhakuolleisuuden alentaminen 25 %:lla vuoteen 1995 mennessä (2). Projekti päätettiin aloittaa tutkimalla kattavasti koko maan itsemurhatilanne ehkäisytyön pohjaksi. Tätä varten suunniteltiin projektin ensimmäiseksi vaiheeksi "Itsemurhat Suomessa 1987" -osaprojekti.

Projekti haluttiin toteuttaa siten, että preventiiviset toimenpiteet perustuisivat ajankohtaiseen, edustavaan, monipuoliseen ja luotettavaan tietoon suomalaisista itsemurhista. Päämääränä oli katsoa niin avoimesti kuin mahdollista, miltä suomalainen itsemurha näyttää. Projektissa haluttiin etsiä preventiivisiä johtopäätöksiä samasta itsemurha-aineistosta laaja-alaisen ja eri asiantuntijaryhmiä edustavan tutkija- ja asiantuntijajoukon tulkintojen avulla.

Itsemurhien ehkäisyprojektin ensimmäinen vaihe toteutettiin erillisenä tutkimus- ja kehittämisprojektinä "Itsemurhat Suomessa 1987". Tällöin tutkittiin tarkoin kaikki yhden vuoden aikana (1.4.1987 - 31.3.1988) Suomessa tehdyt itsemurhat (N= 1 397). Lääninhallitukset perustivat omalla alueellaan toimivat projektiryhmät, joiden puheenjohtajina toimivat lääninhallitusten johtavat virkamiehet ja projektinjohtajina itsemurhiin perehtyneet asiantuntijat. Yksittäisten itsemurhien tutkimisesta vastasivat alueellisesti toimivat kenttätutkijat, joista useimmat olivat kokeneita avohoidossa toimivia mielenterveystyöntekijöitä.

Projektilla oli samanaikaisesti sekä itsemurhien tutkimiseen liittyviä tavoitteita että itsemurhien ehkäisyyn ja itsemurhien seuraamusten hoitamiseen tähtäviä kehittämistavoitteita (taulukot 1 ja 2).

Taulukko 1. Itsemurhat Suomessa 1987 –projektin tavoitteet

- Antaa mahdollisimman monipuolinen ja luotettava kuva itsemurhatilanteesta Suomessa
- Lisätä terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja poliisitoimen kykyä ymmärtää itsemurhien luonnetta erityisesti yksilön ja hänen ympäristönsä vuorovaikutuksen näkökulmasta
- Johtaa itsemurhien ehkäisyä koskeviin johtopäätöksiin alueellisesti ja valtakunnallisella tasolla kunkin yhteiskuntasektorin osalta erikseen vuonna 1989
- Johtaa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sekä muidenkin yhteiskunnan palvelujärjestelmien toimintakykyä ja laatutasoa koskeviin johtopäätöksiin ja kehittämissuosituksiin 1989
- Luoda edellytykset luotettavalle ja pysyvälle itsemurhien seuranta-järjestelmälle alueellisesti ja valtakunnallisesti vuodesta 1990 alkaen
- Luoda ja tukea itsemurhia koskevaa tutkimusta

Taulukko 2. Itsemurhat Suomessa 1987 –projektin tutkimuksen painopistealueet

- Itsemurhamenetelmien saatavuus
- Välittömän ensiavun ja hoitoon toimittamisen mahdollisuudet
- Terveydenhuollon hoitosuhteet ja niiden toimivuus ennen itsemurhaa
- Sosiaalihuollon asiakassuhteet ja niiden toimivuus ennen itsemurhaa
- Mielenterveys ja itsemurha: erityisesti depressio, sen tunnistaminen ja hoito itsemurhan tehneillä
- Itsemurhat psykiatrisessa (sairaala)hoidossa
- Alkoholin, lääkkeiden ja huumeiden merkitys altistavina ja laukaisevina tekijöinä
- Työ, erityisesti työttömyyden merkitys altistavana ja laukaisevana tekijänä, toimeentulo, asuminen
- Muuttoliike ja itsemurhat
- Akuutit elämänkriisit itsemurhan syinä
- Nuorten miesten itsemurhat
- Jälkeen jääneiden tilanne ja tuen tarve
- Oikeuslääkärin toiminta kuolemanluokan määrittämisessä epäillyn itsemurhan yhteydessä
- Poliisin toiminta kuolemanluokan määrittämisessä epäillyn itsemurhan yhteydessä

Itsemurhat Suomessa 1987 –projektin toteutus ja eräitä sen keskeisiä löydöksiä kuvataan raportissa Itsemurhat Suomessa 1987 –projekti: toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia (3).

Läänien projektiryhmien kokemukset ja yhteenveto oman alueensa itsemurhista sekä erityisesti niistä tehdyt preventiiviset johtopäätökset on julkaistu läänien erillisinä raportteina vuonna 1990.

Projektin toteuttaminen ei olisi ollut mahdollista ilman laajaa yhteistyöverkostoa. Sen lähtökohtana olivat tehdyt hallinnolliset päätökset, mutta oleellisena osana se työ, jota kenttätutkijat tekivät yhdessä itsemurhan tehneiden omaisten ja hoitaneiden henkilöiden kanssa. Tutkimuksen lähtökohtana oli poliisien ja oikeuslääkäreiden suorittama korkeatasoinen kuolemansyytutkimus ja sen liittäminen tiiviisti projektiorganisaation toimintaan. Lääninhallitusten nimeämässä alueellisissa tai läänikohtaisissa asiantuntija-ryhmissä on toiminut laaja joukko asiantuntijoita ja virkamiehiä, joiden avulla tehtyjä löydöksiä on kyetty tulkitsemaan ja yleistämään. Valtakunnan tasolla tulosten analyysiin ja tulkintaan on osallistunut suuri ryhmä tutkijoita sekä viime kädessä sosiaali- ja terveyshallituksen itsemurhien ehkäisyn asiantuntijaryhmä.

Itsemurhien ehkäisyä koskeva perusteluosa on siis syntynyt 1 397 itsemurhasta hyvin laajan ja edustavan ihmisryhmän kokemusten, mielipiteiden ja tutkimustyön tuloksena.

## II Itsemurhien ehkäisyn strategia: lähtökohdat

### 1 Itsemurhien ehkäisyohjelman valmistelun periaatteet

#### 1.1 IMS -87 -projektin toteutus ohjelman valmisteluna ja interventiona

Jo projektin suunnitteluvaiheessa, aineiston hankinnassa ja käsittelyssä tehtiin valintoja, jotka määrittivät osaltaan laadittavan ohjelman strategiset lähtökohdat ja tavoitteet.

Tutkimusvaihe (IMS -87) toteutettiin *valtakunnallisena ja alueellisena julkisen palvelujärjestelmän edustajien yhteistyöhankkeena. Se muotoili samalla ehkäisyohjelman toteutuksen puitteet ja loi edellytykset ehkäisytoiminnan kehittämiseksi.* Projektin toteutuksessa muodostettiin ennakoivasti kantaa myös siihen, millaiseksi ilmiöksi itsemurhaongelma olisi ymmärrettävä.

- \* Läänikohtainen *projektiorganisaatio* on pääosin jatkanut toimintaansa. Monissa lääneissä projektiryhmät on nimetty uudelleen. Eräissä lääneissä itsemurhien ehkäisytyötä on ryhdytty organisoimaan omaksi toiminnakseen, eräissä taas osaksi muuta mielenterveystyötä.
- \* Projektin etenemistä on *seurattu ja toimintaa suunniteltu* läänien projektinjohtajille kaksi kertaa vuodessa järjestetyissä kaksipäiväisissä kokouksissa.
- \* Jo projektin tutkimusvaihe on toiminut *interventiona*: projektiryhmät ja tutkimuksessa mukana olleet asiantuntijat ovat käynnistäneet itsemurhien ehkäisyyn tähtäviä alueellisia ja paikallisia *hankkeita* läänien raporteissa annettujen suositusten suuntaisesti.

- \* Itsemurhien ehkäisyä koskevia kysymyksiä on *käsitelty* aikaisempaa enemmän myös eri tahojen järjestämässä koulutustilaisuuksissa, tiedotusvälineissä ja ajankohtaisissa virallisissa selonteoissa.

## 1.2 Eri alojen asiantuntemuksen hyödyntäminen

Projektin toteutus kokonaisuudessaan perustuu laajaan ja monialaiseen *asiantuntijayhteistyöhön*.

- \* Ohjelman valmistelussa on saatu asiantuntija-apua ja kommentteja huomattavan laajalta asiantuntijajoukolta.
- \* Asiantuntijakannanotot ovat toimineet eräänlaisena *realiteetintestauksena*. Niistä on selvinnyt, mitä tavoitteita ja toimenpiteitä asiantuntijat pitävät osuvina, asianmukaisina ja mahdollisina toteuttaa. Eri alojen vastuhenkilöiden omakohtainen käsitys ja asennoituminen ratkaisevat joka tapauksessa itsemurhien ehkäisyn toteutumisen käytännössä. Asiantuntijayhteistyötä kehitetään edelleen ehkäisyohjelmaa toteutettaessa.
- \* Projektin alustavia tuloksia ja itsemurhien ehkäisyä on käsitelty lukuisissa alueellisissa ja valtakunnallisissa *koulutustilaisuuksissa ja seminaareissa*. Projekti on järjestänyt *konsultaatiotilaisuuksia*, joissa on kuultu sekä kotimaisia että ulkomaisia asiantuntijoita (ks. lähteet).

Projektissa mukana olevien asiantuntijoiden aktiivisuuden ja ammattitaidon ansiosta itsemurhien ehkäisytoiminta käynnistyi jo tutkimusvaiheessa. Projekti on saanut aikaan sitoutumista, omakohtaisia kannanottoja ja toimenpiteisiin ryhtymistä enemmän kuin projektin toteutus sinänsä edellytti. Asiantuntijoiden ammatillinen ja omakohtainen *sitoutuminen* onkin *voimavara*, josta koko projektin toteutuminen ja onnistuminen riippuu myös jatkossa.

### 1.3 Projektin tuottaman aineiston hyödyntäminen

Ohjelman valmistelussa on hyödynnetty kahta erilaista *aineistoa*. Tavoite- ja toimintaohjelman lähtökohdista ovat ensinnäkin läänien projektiryhmien laatimat *suositukset*. Ne ovat yksittäisiin itsemurhatapauksiin ja niiden alueellisiin koonteihin perustuvia *asiantuntijakannanottoja* itsemurhien ehkäisyssä merkittävistä tekijöistä. Toisena lähtökohdista ovat IMS -87 -tutkimuksen *tulokset*. Tulokset julkaistaan kokonaisuudessaan erillisenä raporttina (3).

### 1.4 Projektiryhmien kannanotot itsemurhien ehkäisyyn

Läänien projektiryhmät esittivät eri vastuutahoille yli tuhat (N= 1 059) itsemurhien ehkäisyä koskevaa suositusta. Suositukset ovat projektiryhmien jäsenten yhteisesti hyväksymiä *johtopäätöksiä* itsemurhien ehkäisymahdollisuuksista. Ne perustuvat kenttätutkijoiden tapausselostuksiin ja niissä esitettyihin ehkäisykannanottoihin.

Suositukset eivät sisällä arviointia siitä, kuinka monta itsemurhaa voitaisiin ehkäistä, jos suositusta noudatettaisiin. Silti on ilmeistä, että tutkitut itsemurhat toivat esille *tarpeita ja epäkohtia*, joiden korjaaminen olisi omiaan lisäämään selviytymistä ja vähentämään itsemurhan riskiä.

Suosituksia on käsitelty ohjelman valmistelussa tietyissä olosuhteissa tuotettuina *asiantuntija-arvioina*. Tämän kaltaista aineistoa ei ole ollut käytettävissä aikaisemmin. Suositusaineiston tulkinnessa on kuitenkin syytä huomioida eräitä aineiston tuottamisprosessiin liittyviä seikkoja.

On todennäköistä, että suositusten esittäjien lähtökohdat, kuten koulutus- ja kokemustausta vaikuttavat siihen, mitä asioita itsemurhien ehkäisyssä pidetään tärkeinä. Lääninhallitukset kutsuivat projektin *kenttätutkijoiksi* lähes poikkeuksetta psykiatrisen erikoissairaanhoidon työntekijöitä, joista kolmeneljäsosa toimi mielenterveys-

toimistossa. Puolet tutkijoista oli psykologeja ja neljäsosa psykiatrisia erikoissairaanhoidajia. Läänien *projektiryhmien jäsenet* olivat pääosin (63 %) terveydenhuollon eri osaluokkien edustajia, etenkin lääkäreitä, mutta mukana oli myös sosiaalihuollon (15 %), poliisin (12 %), yleishallinnon (6 %) ja kirkon (2 %) edustajia. Näin ollen terveydenhuollon asiantuntemus ja etenkin psykologisen ja psykiatrisen näkökulman painotus oli huomattava. Terveydenhuollolle osoitettu suuri vastuu itsemurhien ehkäisyssä johtuneeksi osittain tästä seikasta. Terveydenhuollon vastuun korostumiseen vaikuttaa myös se, että suurella osalla itsemurhan tehneistä todella oli terveydellisiä ongelmia ja että suuri osa heistä oli myös käyttänyt viime vaiheissaan terveydenhoitopalveluja, joita lisäksi arvioitiin tutkimuksessa.

Myös tutkimusmenetelmä ja valitut sisältöteemat vaikuttivat siihen, mitä seikkoja tutkimus toi esiin ja mihin myös suositusten laatijoiden huomio kiinnittyi. Tutkimuksen painopiste oli viimeisen elinvuoden tapahtumissa, joista oli parhaiten saatavissa tietoja. On ymmärrettävää, että erityisesti itsemurhan tehneen henkilön viimeisiin elämäntapahtumiin kuului vaikeita tapahtumia, joissa avun tarve arvioitiin välttämättömäksi. Suositeltujen interventioiden painottuminen erilaisiin tuki- ja hoitomuotoihin on siksi perusteltua. Tapahtumat, jotka olivat mahdollisesti vaikuttaneet elämäntapahtumien jo paljon ennen vaikeuksien kärjistymistä jäivät vähemmälle huomiolle.

### **Suosittelujen analysointi**

Läänit esittivät omat suosituksensa yhteenvetoina raporteissaan. Yhteenvedot analysoitiin *sisällönerittelyä* käyttäen. Jokainen erillinen suositus luokiteltiin seuraavien kriteerien mukaan:



Taulukko 3. Läänien projektiryhmien suositusten analysointikriteerit

<b>Kohdeasia</b>	<i>mihin asiaan pitäisi puuttua, jos itsemurhiin halutaan vaikuttaa</i>
<b>Tavoite</b>	<i>miten asiaa pitäisi muuttaa tai millaiseksi kehittää</i>
<b>Vastuutaho</b>	<i>kenen tai minkä tahon tehtävä on vaikuttaa</i>
<b>Kohdetaho</b>	<i>keitä / mitä ryhmiä toiminta koskee</i>
<b>Strategia</b>	<i>miten, millä keinoin tulisi toimia</i>
<b>Perustelut</b>	<i>miksi asia on tärkeä</i>

Suosituksia on käytetty analyysissä aineistona *sellaisenaan*, annettuina. Aineiston voidaan katsoa kokoavan eräänlaisen *kollektiivisen käsityksen*; parhaan tällä hetkellä tuotettavissa olevan *ymmärryksen itsemurhakysymyksestä*. Samalla aineisto on eräänlainen *idealisoitu strategia*; millä kaikella olisi merkitystä itsemurhien ehkäisyssä, jos voitaisiin toimia vapaasti ja ilman rajoituksia. Valitun analyysin avulla itsemurhien ehkäisyä on mahdollista tarkastella ja suunnitella *monen näkökulman kautta*.

### Suosituksien jäsentäminen

Suosituksien kohdeasiat koskivat teemoiksi koottuina taulukossa 4 esitettyjä aihepiirejä.

Taulukko 4. Läänien projektiryhmien suositukset: Itsemurhien ehkäisyn tärkeimmät kohdeteemat

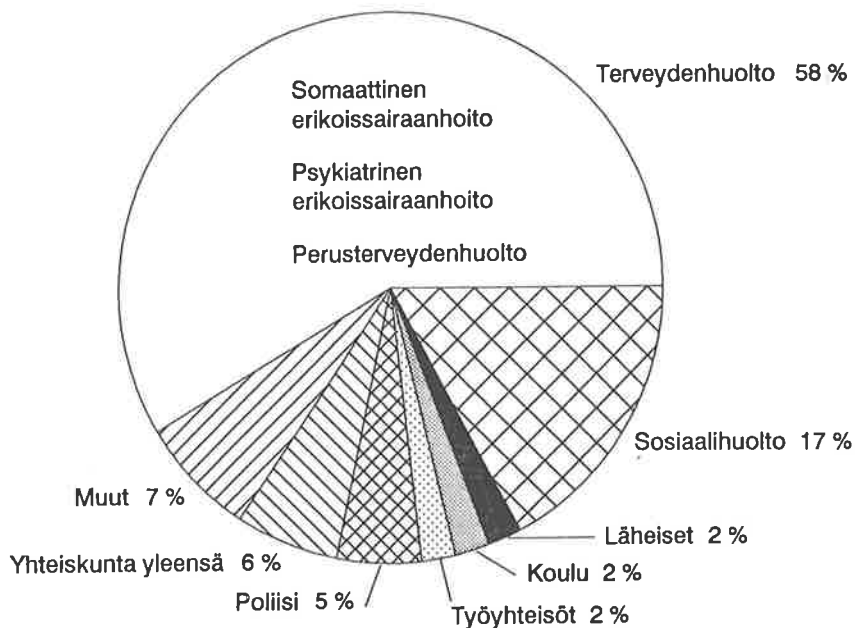
Kohdeteema	Suositusten määrä	
	%	n
Psyykkiset ongelmat/häiriöt	33	335
Elämänmuutokset ja -kriisit	18	176
Itsetuhoisuus	12	123
Päihdeongelmat	12	116
Hyvinvointi ja rakentavat elämänolosuhteet	11	113
Vakavat elämänongelmat	6	63
Somaattiset oireet/sairaudet	6	57
Muut	2	25
<b>Yhteensä</b>	<b>100</b>	<b>1 008</b>

Vaikka projektiryhmät tekivät johtopäätöksensä tapauksista, joissa elämäntilanteen vaikeutta voitiin arvioida varsin yksityiskohtaisestikin, eivät toimenpide-ehdotukset olleet kovinkaan täsmällisiä. Useimmissa suosituksissa (61 %) esitettiin haaste tukitoimenpiteiden luomisesta. Konkreetti toimenpidesuositus sisältyi 25 %:iin suosituksista. Muutoin suositukset esitettiin yleisinä periaatteina tai tavoitteina.

Suosituksukset koskivat useimmin terveydenhuollon toimintojen, ennen kaikkea *hoitotoimintojen kehittämistä*. Noin puolet suosituksista tähdensi avun tarpeessa olevien ihmisten saamista hoidon piiriin tai hoidon tehostamista. Ihmisten tarvitseman *tuen muotojen kehittämistä ja tehostamista* esitettiin noin neljäsosassa suosituksista. Tarpeellisina tuen muotoina pidettiin mm. aineellista, emotionaalista ja informatiivista tukea sekä kriisiluonteista apua. Suositukset käsitelivät myös *elinehtoihin ja hyvinvointiin* liittyviä kysymyksiä, *kasvatuksen ja opetuksen* mahdollisuuksia, *ongelmien tunnistamishaastetta* muualla kuin hoitopalveluissa ja *itsemurhavälineiden saatavuuden* säätelyä.

Läänien projektiryhmät osoittivat *päävastuun* itsemurhien ehkäisystä *terveydenhuollolle*. Kaikkiaan 58 % suosituksista (1 059 vastuutahoittain jaettua suositusta) koski terveydenhuoltoa. Vastuun katsottiin jakutuvan tasan perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon kesken. Niille annettiin velvoitteita ratkaisevasti enemmän kuin muille terveydenhuollon sektoreille. Vastuun katsottiin koskevan silti

laajasti myös muita yhteiskunnallisia järjestelmiä kuten koululaitosta, työelämää, kirkkoa, sosiaalihuoltoa (17 %) ja poliisitointa. Vastuuta annettiin myös kansalaisille; omaisille, läheisille, asuin- ja työyhteisöön kuuluville ja järjestelmien viranhaltijoille ja yhteiskunnallisia päätöksiä tekeville. Kaikkiaan itsemurhakysymyksestä vastuussa olevia tahoja nimettiin 19.



Kuvio 1. Itsemurhien ehkäisyn vastuutahot läänien suositusten mukaan

Suurin osa suosituksista (70 %) viittasi toimenpiteisiin, jotka kohdistuvat yksittäiseen ihmiseen, perheeseen tai laajempaan ihmisyyhteisöön. Yksilökohtaista riskiä painottava ajattelu korostui esim. olosuhteiden painottumisen sijasta. Tärkeimpinä pidettiin ihmisiä tai ihmisryhmiä, joiden itsemurhavaaran arvioitiin lisääntyneen: itsetuhoisuutta osoittavia ja henkilöitä, joilla oli psyykkisiä häiriöitä, alkoholiongelmia tai muita pitkäaikaisia tai ajankohtaisia elämänvaikeuksia. Osa suosituksista koski koko väestöä, etenkin nuoria. Nämä kannanotot ilmaisivat käsityksen, että hyvinvoinnin, elämänhallinnan ja selviytyvyyden lisääminen ehkäisee itsemurhia.

## 2 Itsemurhien ehkäisyn lähtökohdat ja periaatteet

### 2.1 Itsemurha prosessin tuloksena

Ohjelman valmistelussa sovelletaan projektissa omaksuttua näkemystä itsemurhasta *elämänprosessin tuloksena ja systeemisenä ilmiönä*.

Itsemurha on tavallisimmin päätös elämänprosessille, jolle on ominaista psyykkisesti tärkeiden ihmisarvoa, itsetuntoa ja elämänotetta *rakentavien kokemusten puute* ja monenlaiset *traumaattiset kokemukset*. Kasautuvat vaikeudet ja tuen puute ovat omiaan heikentämään edelleen ihmisen edellytyksiä selviytyä. Vaikka kuvaus on tyypillinen, se ei silti sovellu aivan kaikkiin itsemurhiin.

Yksilölliset kokemukset syntyvät *elämäntilanteissa*, joita muovaavat monenlaiset vuorovaikutussuhteisiin, arkielämän kokemuksiin, elinehtoihin ym. liittyvät tekijät. Itsemurhaan johtanutta elämänkulkua luonnehtivat *yksilöllisten* seikkojen lisäksi myös tietynlaiset *elämäkokemukset ja elämänolot*. Myös olosuhteisiin vaikuttaminen on siis otettava itsemurhien ehkäisyn välitavoitteeksi.

Elämänprosessin seuraukset näkyvät selkeimmin *itsemurhaa välittömästi edeltäneessä* elämänvaiheessa, jolloin *yksilölliset ongelmat* ovat jo *vakavia*. Samalla *aikaisemmista elämänvaiheista* on useimmiten hahmotettavissa *kokemuksia, olosuhteita* tai elämän *käännepohtia*, joilla on ollut tärkeä merkitys siinä kokemusten ketjussa, joka lopulta johti itsemurhaan.

Mikään asia yksinään on tuskin koskaan riittävä elämänkulun kääntäjä; vaikeuksien "syy". *Kyse on useimmiten monien vaikeiden asioiden yhdistymisestä ja kasautuvasta vaikutuksesta*. Samoilta näytävät kokemukset eivät johda samanlaisiin kehityksellisiin seuraamuksiin kaikkien ihmisten elämässä. Itsemurhaan johtaneet elämänkulut ovat yksilöllisiä.

Niinpä ohjelman valmistelu ei lähde *syy-seuraus-mallista*, vaan soveltaa *monitekijäisen, kasautuvan ongelmakehityksen* näkemystä.

- \* *Eri elämänvaiheissa* tapahtuu tärkeitä elämäntapahtumia *eri elämänalueilla*. Jos ratkaiseviksi osoittautuneisiin tapahtumiin halutaan vaikuttaa tehokkaasti, sen on tapahduttava asian ollessa ajankohtainen (*oikeassa vaiheessa*) ja elämänvaiheen ja asian laadun edellyttämin tukitoimin (*oikealla tavalla*). Tällainen näkemys johtaa *monitasoiseen, monialaiseen ja moniammatilliseen* toimintamalliin.

Itsemurhien ehkäisyn peruskysymykset voitaisiin tiivistää seuraavasti:

- \* Mitkä tekijät ja millaiset kehityskulut *heikentävät selviytymisedellytyksiä, ja vaurioittavat kehitystä* siinä määrin, että todennäköisyys päätyä itsemurhaan lisääntyy merkittävästi.
- \* Mitkä tekijät ja millaiset kehityskulut tukevat *kehitystä siten*, että kokemuksista, jotka epäedullisissa olosuhteissa osoittautuvat riskiksi, muodostuu jopa myönteisiä kokemuksia.
- \* Voidaanko ongelmakehitystä vähentää ja itsemurhan yksilöllistä todennäköisyyttä pienentää

*tunnistamalla* oleelliset kehitystapahtumat ja niitä määrittävät tekijät

*vähentämällä tai lieventämällä* vaurioittavia tekijöitä tai vaurioittavaa kehityskulkua (preventiivinen tavoite)

*luomalla tai tukemalla* cheyttäviä ja hallintaa ja valmiuksia lisääviä tekijöitä (konstruktiivinen tavoite).

*Ehkäisevät (preventiiviset) ja rakentavat (konstruktiiviset)* tavoitteet viittaavat laadullisesti erilaisiin tekijöihin, eri toimenpiteisiin ja eri vastuutahoihin, joten ne on hyödyllistä erottaa toisistaan toimintaa suunniteltaessa.

Merkittävä kysymys on, *mitä tunnistetaan*. Arviointien tulisi siis laajeta "yksilö- ja oirediagnoosiin" "tilanmediagnostiikkaan" ja koskea

- *elämäntilannetta ja vuorovaikutussuhteita*
- *koko elämänprosessia ja*
- *ihmisen elämän biopsykososiaalista kokonaisuutta.*

Ajattelun ja tiedonhankinnan tulisi rikastua *ongelmien identifioimisesta resurssien tunnistamiseen ihmisissä ja elämäntilanteissa*. Olisi tutkittava sekä *selviytymisen edellytyksiä että ongelmien aiheuttajia*.

## 2.3 Itsemurhien ehkäisyn periaatteet; strategia

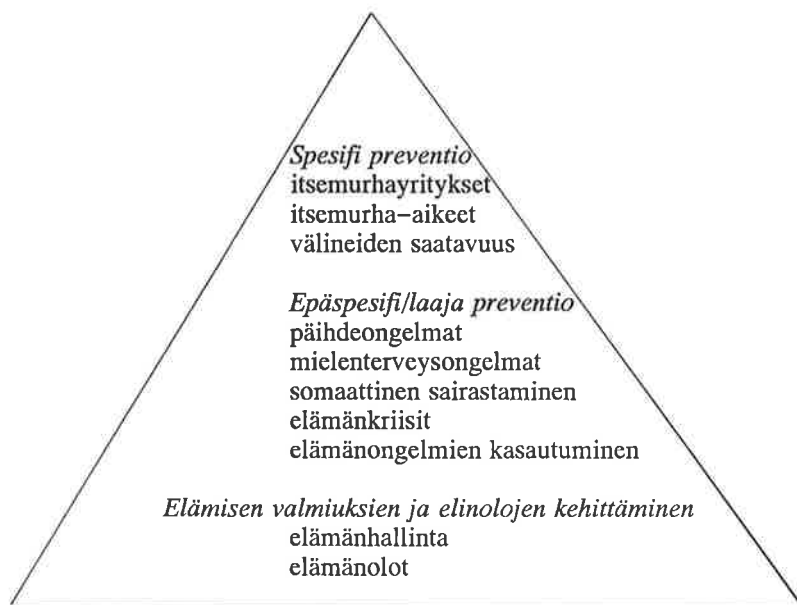
Toiminnan kohteet ja tavoitteet pyrittiin jäsentämään ohjelmaa varten *loogiseksi rungoksi*. Ohjelmassa esitetään itsemurhien ehkäisyn *haasteet ja tavoitteet*

- 1) *normaalin kehityksen; elämänvaiheiden näkökulmasta*
- 2) *keskeisten ongelmateemojen näkökulmasta*
- 3) *eri vaikuttajatahoille osoitettujen vastuiden näkökulmasta.*

*Haasteet* analysoidaan "kasautuvan kehityskulun mallin" mukaan porrastaen seuraavasti:

- \* *itsemurhavaaraan liittyvät tekijät*  
*itsemurhan mahdollisuuteen liittyvät tekijät*
- \* *kliinisesti todetut häiriöt*  
*muut vakavat pitkäaikaiset ongelmat*
- \* *elämänkriisit*  
*vaikeat elämänongelmat*
- \* *tervettä kehittymistä, jaksamista ja*  
*selviytymistä tukevat tekijät*

Ehkäisevän toiminnan kohdeteemat on jäsennettävissä toimintastrategian rungoksi seuraavan kuvion osoittamalla tavalla:



Kuvio 2. Itsemurhien ehkäisyn strategiamalli; vaikuttamisen tasot

Malli jäsentää *interventiotavoitteet* ongelmien kehitysprosessin, vaikeusasteen ja itsemurhan riskin mukaan *eri vaiheiksi* tai *tasoiksi*. Itsemurhien ehkäisemisen mahdollisuutta "puretaan" ajankohtaisesta itsemurhavaarasta aikaisemman puuttumisen mahdollisuutta kohti.

Mallin yläosan tasot luonnehtivat ns. itsemurhaspesifejä tavoitteita painottamalla puuttumista jo *ilmenneeseen itsemurhavaaraan*. Toimenpiteet kohdistuvat identifioituun; palveluihin hakeutuvaan tai arkielämästä tuttuun *henkilöön* ja ovat yksilöllisen elämäntilanteen ja ennen kaikkea mahdollisen itsemurhavaaran mukaisia, pääosin *hoidollisia toimia*. Tavoitteena on kuitenkin myös *olosuhteisiin* (esim. välineiden saatavuus) vaikuttaminen.

Lähestymistapaa voidaan nimittää *yksilöllisen riskin strategiaksi*. Se merkitsee haastetta *tunnistaa* itsemurhavaarassa tai sitä ennakoivassa kriisitilanteessa oleva henkilö ja *osata*

ryhtyä tilanteen vaatimiin toimenpiteisiin. Toimintahaaste kohdistuu ennen kaikkea palveluiden ammattihenkilöihin, mutta myös lähi-ihmisiin.

Mallin seuraavat tasot kokoavat tavoitteet puuttua vaurioitumassa olevaan elämäntilanteeseen *ennen kuin itsemurhavaarasta on kysymys*. Tavoite on itsemurhan kannalta *epäspesifi*; se ei koske suoraan itsemurhan ehkäisemistä, vaan niitä ongelmia ja elämäntilanteita, jotka kärjistyessään ja epäedullisissa olosuhteissa lisäävät itsemurhan riskiä. Nämä tavoitteet merkitsevät itsemurhien ehkäisyn sisältymistä välillisesti monien ihmisen elämää tukevien palveluiden toimintaan. Samalla ne korostavat arkielämän järjestelyiden ja tuen merkitystä.

Mallin yläosa kokoaa itsemurhien ehkäisyn *preventiiviset tavoitteet*: tavoitteena on poistaa, vähentää tai lieventää sellaisia ihmisen selviytymistä vaurioittavia tekijöitä, jotka ovat osoittautuneet suoraan tai välillisesti itsemurharisiksi.

Mallin alaosa, pyramidin kanta kokoaa *konstruktiviset tavoitteet*. *Edellytyksiä elää ja keinoja selviytyä* olisi voitava kehittää varustukseksi, jotta ongelmia ei kehittyisi turhaan ja muodostuisi rakentavia vaihtoehtoja. Konstruktiviset tavoitteet sisältyvät myös muiden lohkojen tavoitteisiin.

Malli jakaa tavoitteet lisäksi

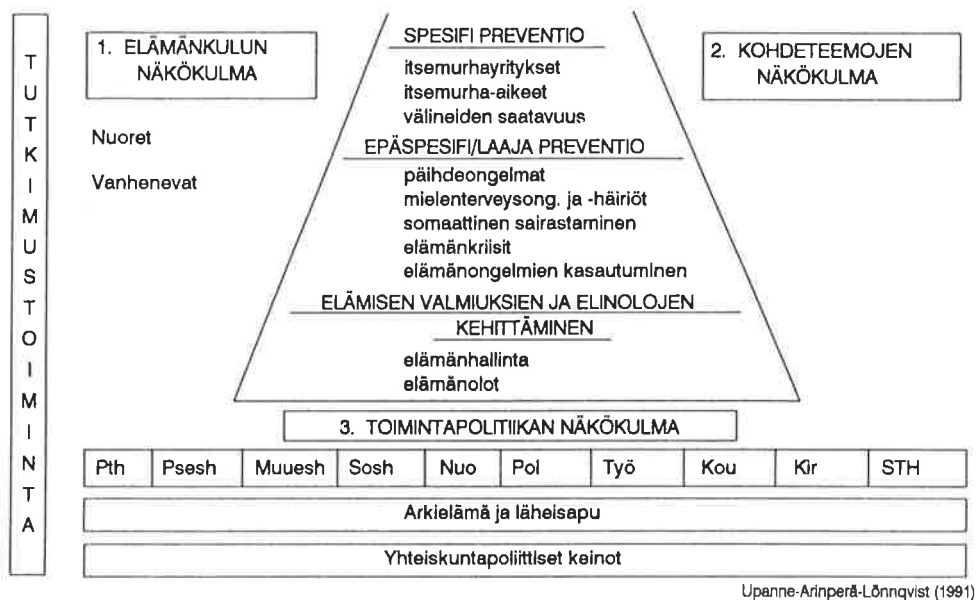
- \* yksilöitä koskeviin ja
- \* vuorovaikutussuhteita, elämänoloja, ympäristöä ja
- \* yhteiskuntaa koskeviin tavoitteisiin.

Myös tämä jako merkitsee *eri laatuisia asioita ja erilaisia interventioita, joista ovat vastuussa eri tahot*. Ajattelutapaa, joka yhdistää kaksi viimeksi mainittua periaatetta, on kutsuttu myös *väestöstrategiaksi* (4).

Mallin alaspäin levenevä *pyramidihahmo* visualisoi mielikuvaa itsemurhien ehkäisystä hierarkisesti *porrastuvien työmuotojen kokonaisuutena*. Tehtävät porrastuvat suhteellisen pienen ihmismäärän hoidollisesta auttamisesta monimuotoisempiin, yhä suurempia ihmisryhmiä, itse asiassa koko väestöä koskeviin toimenpiteisiin. Ehkäisytaavoitteiden näkökulmasta toimintamuotojen tärkeysjärjestyksen tulisi kuitenkin olla päinvastainen; edetä edistävistä toimista preventiivisiin.



### 3 Ohjelman rakenne, toimintaperiaate ja toteutus



*Kuvio 3. Itsemurhien ehkäisyn strategiamalli*

Itsemurhien ehkäisyn tavoite- ja toimintaohjelma perusteluineen on laadittu kuvion esittämää rakennetta noudattaen. Mallin ytimenä on kohdeteemojen porrastus, jota käsittelyjärjestystä noudatetaan johdonmukaisesti läpi ohjelman. Vastaus kysymykseen kenen pitäisi asiassa toimia, on hahmotettu ns. vastuutahoittain.

Vastuutahot on jäsennetty kolmeksi lohkoksi: yhteiskuntapoliittiset keinot, arkielämän keinot ja ammatilliset palvelut, joiden merkitys korostui projektissa eniten.

Itsemurhien ehkäisyohjelma julkaistaan kahdessa osassa: *raporttina* (tämä julkaisu) ja erillisenä *ohjelmana*. Raportti kokoaa perustelut ja johtopäätökset ja ohjelma toimintahaasteet vastuutahoittain jäsennettynä.

## **Ohjelman tavoite ja tehtävät**

Ohjelma kokonaisuudessaan antaa jäsentyneen lähtökohdan valtakunnalliselle toiminnalle. Ohjelman toteuttaminen muodostaa projektin *kolmannen työvaiheen* tutkimus- ja ohjelmanvalmisteluvaiheiden jälkeen.

Julkaisut kokoavat, jäsentävät ja perustelevat ne ihmisen kehitykseen, elämäntilanteeseen ja elämäntilanteisiin liittyvät tekijät, joilla projektissa saatujen kokemusten perusteella on merkitystä itsemurhien ehkäisyyn *haasteina ja tavoitteina*.

Ohjelma esittää toimintahaasteet ja kriteerit ohjelmana, jonka avulla eri tahojen on mahdollista arvioida omat vastuunsa, toimintamahdollisuutensa ja toimintonsa nykytila itsemurhien ehkäisyssä. Ohjelman tähänastisessa valmistelussa on otettu vastattavaksi kysymys *"mitä"*. Kysymykseen *"miten"* vastataan projektin seuraavassa työvaiheessa.

Ohjelma käynnistää työvaiheen, jonka tehtävänä on lisätä ja tehostaa sekä projektin käynnistämiä että muutoin aloitettuja itsemurhien ehkäisyyn tähtäviä hankkeita. Eri asiantuntijatahojen yhteisenä tehtävänä on *täsmentää keskeiset haasteet tavoitteellisiksi toteutussuunnitelmiksi ja yhteiskunnallisiksi ja ammatillisiksi kehittämisohjelmiksi*.

Asiantuntijayhteistyön, käytännön interventio toiminnasta saatavien kokemusten ja toiminnallisen seurannan avulla Suomen *itsemurhien ehkäisy kokonaisstrategia* on koottavissa myöhemmin.

## **Itsemurhien ehkäisy valtakunnallinen organisointi ja toteutus**

Itsemurhakysymyksen esiinnostaminen osuu ajallisesti yksin varsin vakavien yhteiskunnallisten näkökantojen kanssa. Elinehtojen ja tulevaisuuden epävarmentuminen tai suoranaisten romahtamisten aiheuttaa mitä todennäköisimmin vakavan elämäntilanteen yhä useammalle ihmiselle. Moni joutuu elämään neuvottomuuden, ahdistuksen ja uhkan ilmapiirissä. Nämä yleiset tekijät yhdessä henkilökohtaisten tekijöiden kanssa ovat omiaan lisäämään itsemurhien todennäköisyyttä.

Samalla kun kyseessä on todellinen etsikkoaika kriisiavun lisäämiselle vakavimpien ongelmien välttämiseksi, kiristynyt taloudellinen tilanne pakottaa karsimaan palveluita. Kuitenkin juuri nyt "pienimpiä mahdollisia interventioita", kuten elämäkriisiapua tulisi tehostaa.

Itsemurhat ovat vakava ja yhä kasvava yhteiskunnallinen, kansanterveydellinen ja inhimillinen ongelma. Maassamme on päätetty asettaa tavoitteeksi itsemurhien lukumäärän väheneminen. Yhtä mittavaa hanketta asian selvittämiseksi ja siihen puuttumiseksi ei ole mahdollista organisoida toista kertaa ainakaan lähitulevaisuudessa. Itsemurhailmiötä kokonaisuutena koskeva empiirinen tieto ja ymmärrys ei lisäännä tästä enää ratkaisevassa määrin, vaikka mm. tutkimustietoa erilliskysymyksistä karttuukin. Aihealue ei voi olla myöskään esillä kansallisena erityistehtävänä jatkuvasti. Itsemurhien torjumiseen tähtäävässä toimintapolitiikassa on valtakunnallinen ajolähtö. Lähtökohdat on kyettävä käyttämään hyväksi tuloksellisen interventiotoiminnan aikaansaamiseksi.

Ohjelman päätavoite on

*käynnistää mahdollisimman laaja-alainen ja monimuotoinen itsemurhien ehkäisyyn tähtäävä toiminta eri aloilla yhteiskunnassamme.*

Julkaisu *Itsemurhan voi ehkäistä* esittelee itsemurhien ehkäisyn yksityiskohtaisen tavoite- ja toimintaohjelman sekä sen valtakunnallisen toteutuksen periaatteet. Julkaisu on valmisteltu tässä raportissa esitetyn aineiston pohjalta.

# III Itsemurhien ehkäisyn tavoite- ja toimintaohjelma

Itsemurhien ehkäisyn tavoite- ja toimintaohjelma perustuu neljäntyyppiseen aineistoon:

1) Itsemurhat Suomessa -87 -projektin julkaistuihin ja osin vielä julkaisemattomiin tuloksiin, 2) läänien asiantuntijaryhmien kannanottoihin itsemurhien ehkäisystä, 3) muihin itsemurhia ja itsemurhayrityksiä koskeviin tutkimustuloksiin ja 4) asiantuntijalauseuntoihin itsemurhakysymyksestä ja itsemurhien ehkäisystä.

## 1 Itsemurhien ehkäisyn tavoitteet kohdeteemojen näkökulmasta

### 1.1 Itsemurhayritykset ja -aiheet

Itsemurha-aikeiden ilmaiseminen tai itsemurhayrityskään ei aina merkitse todellista pyrkimystä kuolla. Itsemurhaa yrittäneistä suurin osa kertoo tekonsa tarkoituksen olleen muun kuin kuoleman (5). Teolla on saatettu pyrkiä hetkelliseen helpotukseen ja vaikeuksien unohtamiseen. Itsemurhauhkauksella tai -yrityksellä halutaan usein vedota läheisiin tai yleensä muihin ihmisiin. Jos vetoomusta ei kuulla ja jos olosuhteet ovat epäedulliset, saattaa uhkaus toteutua ja päätyä itsemurhayritykseen, joka johtaa kuolemaan.

Seurantatutkimuksissa itsemurhayrityksen on osoitettu olevan itsemurhaa parhaiten ennakoiva yksittäinen tekijä (6). Projektissa havaittiin, että 43 % (61 % naisista ja 37 % miehistä) oli yrittänyt aikaisemmin itsemurhaa ainakin kerran, osa useita kertoja. Läheisten henkilöiden tietojen mukaan alle 20-vuotiaissa ja yli 65-vuotiaissa miehissä

oli eniten niitä, jotka eivät olleet yrittäneet aiemmin itsemurhaa. Suomessa, toisin kuin useimmissa muissa maissa, itsemurhayritykset ovat yleisimpiä nuorilla miehillä (7).

Myös itsemurha-aikeista puhuminen voi viitata todelliseen itsemurhavaaraan. Projektissa tutkituista yhteensä 60 % (64 % naisista ja 59 % miehistä) oli kertonut itsemurha-aikeistaan jollekulle. Harvimmoin aikeistaan puhuivat alle 20-vuotiaat miehet ja yli 65-vuotiaat miehet sekä 50 – 64-vuotiaat naiset. Itsemurharatkaisua ei tehdä useinkaan kovin nopeasti. Yli puolet oli kertonut itsemurha-aikeistaan ensimmäisen kerran aiemmin kuin vuotta ennen kuolemaansa.

### **Läheisten mahdollisuudet havaita itsemurhavaara**

Omaisilla, etenkin avo- ja aviokumppaneilla, mutta myös vanhemmilla ja sisaruksilla näyttää olevan keskeinen rooli ennakoivien itsemurhavihjeiden vastaanottajana. Tilanteen etenemiselle saattaa olla ratkaisevaa, ymmärretäänkö viesti todellisen hädän merkiksi ja osataanko tilanteeseen tarttua. Läheinen voi vaikuttaa asiaan jopa ratkaisevasti yksinkertaisin arkisin tavoin, kuten kuuntelemalla, olemalla läsnä tai auttamalla käytännön asioissa. Usein tarvitaan ulkopuolista apua, johon ohjaamisessa läheinen voi myös auttaa.

Vihjeitä ei kuitenkaan osata aina tunnistaa itsemurhavaaran merkiksi. Projektin kokemusten mukaan 32 % (23 % naisista ja 34 % miehistä) ei puhunut itsemurha-aikeistaan eikä myöskään ollut yrittänyt itsemurhaa. Osa ilmaisi itsemurha-aikeensa epäsuorasti esimerkiksi vihjailemalla itsemurhasta tai yleensä kuolemasta ja tekemällä valmisteluja kuolemaa varten.

Suoriakaan itsemurha-aikeita ei aina osata tulkita todelliseksi itsemurhauhkaksi. Useimmat haastatellut läheiset kokivat itsemurhan tulleen yllätyksenä, vaikka asianomainen oli puhunut itsemurhasta tai yrittänyt itsemurhaa kerran tai kahdestikin. Itsemurhauhka ahdistaa ja tekee helposti avuttomaksi. On vaikea uskoa todeksi näin vakavaa asiaa. Jos itsemurhauhkaukset toistuvat, saattavat läheiset väsyä ja ikäänkuin luovuttaa. Kaikkia tilanteita ei voi myöskään muuttaa, vaikka kaikkensa yrittäisi. Itsemurhauhkaukset ja -vihjeet olisi kuitenkin ymmärrettävä osoituksena kriisitilanteesta ja avuntarpeesta.

## Itsemurhaa yrittäneen hoito

Itsemurhayrityksiä tehdään ainakin kymmenkertainen määrä itsemurhiin verrattuna. Tiedon saaminen itsemurhayrityksistä on vaikeaa, koska itsensä vahingoittaminen diagnosoidaan terveydenhuollossa somaattisten seuraamustensa mukaisesti, ei itsemurhayritykseksi. Näin ollen tieto yrityksistä on koottava erikseen.

Itsemurhaa yrittänyt tarvitsee yleensä monenlaista tukea ja hoitoa. Usein hoito rajoittuu vain välittömään ensiapuun, jolla turvataan vakavissakin tapauksissa eloonjääminen, mutta muu selviytyminen jää vaille tukitoimia. Hoidossa on *esteitä ja epäkohtia*, jotka liittyvät osin potilaisiin, osin henkilökuntaan ja osin hoitojärjestelmien toimintaan.

On osoittautunut, että *itsemurhaa yrittäneet* ovat itsemurhayrityksen jälkeen usein haluttomia puhumaan ongelmistaan. He saattavat tuntea häpeää ja syyllisyyttä tekonsa vuoksi ja haluavat mielellään unohtaa sen (8). Siksi he eivät aina ole kovin halukkaita jatkoselvittelyihinkään. On kuitenkin havaittu, että hoitomotivaatio saattaa lisääntyä myöhemmin. Siksi on välttämätöntä tukea aktiivisesti jokaista itsemurhaa yrittänyttä jatkohoitoon. Usein jatkohoitopaikan järjestelyissä tarvitaan käytännön apua. Pelkkä puhelinnumero tai osoite ei riitä. Hoitomyönteisyyttä on osoitettu voitavan lisätä parantamalla hoidon jatkuvuutta ja järjestämällä hoitajakso alkuvaiheessa tiiviiksi (9). Näyttää myös siltä, että jatkohoitoon ohjataan useimmin niitä potilaita, joiden tilanne selvitetään psykiatrisessa konsultaatiossa heti itsemurhayrityksen jälkeen (5).

Itsemurhayritysten hoito on osoittautunut *henkilökunnalle* monella tavalla raskaaksi ja vaikeaksi tehtäväksi (10). Aina ei uskota omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin auttajana. Itsemurhan tai kuoleman herättämä ahdistus voi aiheuttaa potilaan ongelman välttelyä ja hoitovastuun siirtelyä. Toistuva itsetuhoinen käyttäytyminen aikaansaa usein myös usein kyllästymistä ja toivottomuutta.

Kielteistä, vähättelevää ja kenties rankaisevaakin suhtautumista aiheuttaa myös se, että useimmat itsemurhaa yrittäneet ovat humalassa. Vakavakin itsemurhayritys saatetaan tulkita holtittomuudeksi, johon ei edes kannata kiinnittää huomiota. Alkoholia nauttineita

itsemurhaa yrittäneitä (myrkytys) ei ohjata itsemurhayrityksen jälkeen psykiatriseen konsultaatioon yhtä usein kuin muita samassa tilanteessa olevia (5).

Kielteiset asenteet ja käsitykset itsetuhoisten ihmisten hoidon huonosta vaikuttavuudesta ovat vakava este itsemurhaa yrittäneen tehokkaalle hoidolle. Asenteet muodostuvat ilmeisesti jo opiskeluvaiheessa:

*"Itsemurhaa suunnittelevasta ja itsemurhan tehneestä ihmisestä muodostuu terveydenhuollon toimintaa ajatellen lähes tavoittamaton ja luotaantyöntävä yhdistelmä ongelmaisesta, puhumattomasta, heikon itsetunnon omaavasta alkoholisoituneesta ihmisestä. Yleiset asenteet hoidettavaa kohtaan ja hoitajien henkilökohtaiset mielikuvat ns. hyvästä hoidettavasta ja hoidon onnistumisesta kohtaavat varsin harvoin edellä kuvatun yksilön etsiessä apua hoitojärjestelmästä" (11).*

Keskeiseksi ongelmaksi osoittautui projektissa epäselväksi jäävä vastuu itsemurhaa yrittäneen hoidosta. Itsemurhaa yrittänyt hakeutuu tai toimitetaan yleensä perusterveydenhuollon tai yleissairaaloiden ensiapuun. Riittävän selvittelyn ja tilannearvion tekeminen ja jatkohoidon järjestäminen edellyttävät myös muiden, erityisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja joskus myös sosiaalihuollon tai päihdehuollon konsultointia tai hoitoon osallistumista. Ellei johtamista ja vastuunjakoa ole sovittu, hoitosuunnitelma saattaa jäädä sopimatta ja potilas vaille hoitoa varsinkin silloin, kun jatkohoito sovitaan muuhun kuin ensikontaktipaikkaan.

### **Hoitokontakteissa ilmaistut itsemurha-aiheet ja itsemurhavaara**

Runsas kolmannes viimeisenä elinvuonnaan hoitosuhteessa olleista (kaikkiaan 612) itsemurhan tehneistä kertoi itsemurha-aikeistaan hoitaville henkilöille. Vajaan viidesosan itsemurhavaaraa oli käsitelty viimeisessä sosiaali- tai terveydenhuollon hoitokontaktissa (myös muu kuin pääasiallinen hoitosuhde).

Itsemurha-aikeiden kysymistä suoraan pidetään tärkeänä itsemurhavaaran arvioinnissa, mutta sillä katsotaan olevan merkitystä myös hoitointerventiona. Itsemurha-aikeita oli tiedusteltu vajaalta puolelta hoitosuhteessa olleista, useimmin psykiatrisissa hoitoyksiköissä.

Itsemurhan mahdollisuuden tunnistaminen on perusta tehokkaan hoidon käynnistämiseksi. Aina potilaan ajankohtaista itsemurhavaaraa ei havaittu silloinkaan, kun itsemurha-aikeiden olemassaolo tiedettiin. Hoitaneet henkilöt pitivät itsemurhia yllättävinä usein niissäkin tapauksissa, joissa itsemurhayritys tai sanalliset itsemurha-aiheet olivat heidän tiedossaan.

Itsemurhavaara saattoi hoitokontakteissa ja -suhteissa peittyä muun ongelman tai oireen alle, eikä siitä rohjettu, osattu tai haluttu kertoa. Hoitavan henkilön tulisi kuitenkin avata mahdollisuus keskusteluun koko elämäntilanteen ongelmista, eikä rajata sitä vain tarjottuun oireeseen. Yhtä tärkeätä on myös arvioida elämänhistoriaa; miten henkilö on tottunut ratkaisemaan vaikeuksiaan elämän varrella. Itsetuhokäyttäytymistä aiemmin ratkaisumallina käyttäneet ovat todennäköisesti suurimmassa vaarassa.

Jos itsemurhavaara on ilmeinen, aikaa selvittelyyn ja tukitoimiin voi olla vähän. Yksikin kontakti voi muodostua ratkaisevaksi käännekohtaksi. Tarkoituksenmukaisin työote on kriisiterapeuttinen työskentelytapa, jonka ominaisuuksia ovat mm. asiantuntijan aktiivisuus, hoitointerventioiden monimuotoisuus, hoitokontaktien tiiviys, avun saannin varmistaminen kaikkina aikoina ja joustavuus. Avun tarve on määriteltävä tilanteen mukaan, ei organisaation toiminnan tai työntekijän toimenkuvan näkökulmasta.

### ***Johtopäätökset***

*Useimmat itsemurhan tehneet ovat ilmaisseet itsemurha-aikomuksensa puhumalla itsemurha-aikeista tai yrittämällä itsemurhaa. Nämä itsetuhoisuuden ilmaukset ovat osoituksia umpikujasta, jonka selvittämättömyys ja muut epäedulliset olosuhteet voivat lisätä itsemurhan mahdollisuutta, vaikka lopullisena tarkoituksena ei olisikaan kuolla.*

*Itsemurhaprosessi olisi saatava katkaistuksi. Jokaisen itsemurhaa yrittäneen, ennen kaikkea ensikertalaisen ja nuoren elämäntilanne, selviytymismahdollisuudet ja tarvittavat tuki- ja hoitotoimenpiteet olisi selvitettävä ja motivoitava ja ohjattava hänet aktiivisesti suunniteltuun jatkohoitoon.*

*Myös sanallisesti ilmaistuihin itsemurha-aikeisiin on puututtava selvittämällä tilanne ja käynnistämällä tarvittavat jatkotoimet.*

*Itsemurhavaarassa olevien ihmisten tuki ja hoito edellyttää toimenpiteitä, joissa tarvitaan lähi-ihmisiä ja palveluita. Palvelujen tehtävänä on luoda hoitomalleja, sopia käytännön järjestelyistä ja parantaa henkilöstön osaamista ja jaksamista tässä työssä.*



## **Itsemurhavälineiden saatavuus**

Itsemurhan tekotapa ratkaisee usein sen, johtaako teko kuolemaan. Tekotapaan vaikuttaa mm. se, mitä välineitä itsemurhaa suunnittelevalla on käytettävissään.

Useimmat itsemurhat tehtiin hirttäytymällä, ampumalla tai lääkeaineita yliannoksin nauttimalla. Naisten ja miesten itsemurhatavoissa on selvä ero. Naisten itsemurhista valtaosa tehtiin lääkkeillä ja toiseksi useimmin hirttäytymällä. Miehillä olivat tavallisimpia hirttäytymällä ja ampumalla toteutetut itsemurhat. Auton pakokaasua käyttivät itsemurhamenetelmänä erityisesti nuoremmat miehet. Itsemurhayritykset tehdään useimmin lääkeaineilla ja itsemurhaa yrittäneillä on todettu usein olevan hallussaan runsaasti erityisesti psykykenlääkkeitä.

On arvioitu, että itsemurhia voidaan vähentää kontrolloimalla itsemurhamenetelmien saatavuutta. Välineen tai käytännön mahdollisuuden puuttuminen kriittisellä hetkellä saattaa siirtää impulsiivisesti toimivan itsemurhaa. Ratkaisun siirrolla saattaa joissakin tapauksissa olla käänteentekevä vaikutus. Tilanne voi lauetta elämäntilanteen muuttuessa, itse oivallettujen muiden ratkaisujen avulla tai ulkopuolisen avun turvin. Etenkin, jos aktivoiva tekijä on tilannekohtainen, menetelmän saatavuuden kontrolli voi osoitautua ratkaisevaksi.

## ***Johtopäätökset***

*Ampuminen, hirttäytyminen ja lääkkeiden yliannostus ovat tavallisimmin käytetyt itsemurhamenetelmät. Miesten ja naisten kesken on eroja itsemurhan tekotavoissa.*

*Ampuma-aseiden saatavuutta rajoittamalla voidaan todennäköisesti vaikuttaa miesten itsemurhien määriin. Lääkkeiden saatavuuden rajoituksilla on mahdollisesti vaikutuksia sekä miesten että naisten itsemurhien ja itsemurhayritysten määriin.*

## 1.2 Päihteiden käyttö ja päihdeongelmat

Vakavasta alkoholiongelmista kärsivistä henkilöistä noin 10 – 20 % tekee itsemurhan myöhemmin elämässään. Itsemurhan tehneistä 20 – 30 %:lla on eri tutkimuksissa todettu olleen alkoholiongelmia.

Projektissa havaittiin, että itsemurhan tehneiden miesten alkoholinkulutus oli *huomatavan runsasta*. Humalassaolon yleisyys ja kerralla käytetty määrä oli yli suomalaisten miesten keskitason. Alkoholinkäyttö oli ollut useilla *pitkään ongelmallista tai muuttunut viime vaiheissa entistä ongelmallisemmaksi*. Kolmasosalla (otostieto) todettiin alkoholiriippuvuus ja joka kymmenennellä selvää alkoholin liikakäyttöä. Alkoholin väärinkäyttö -diagnooseja saaneita oli siis yhteensä neljä kymmenestä. Lääkkeiden väärinkäyttöä havaittiin vain harvoilla, eikä huumeiden käyttöä kenelläkään. (12.)

Näin ollen itsemurhavaaraan liittyvässä päihteiden käytössä on Suomessa ainakin toiseksi kysymys alkoholiongelmista. On kuitenkin ennakoitu huumeiden käytön lisääntyvän oleellisesti lähitulevaisuudessa. Etenkin alkoholin ja huumeiden tai alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö on jo lisääntynyt tuntuvasti. Myös nämä näköalat on huomioitava toimenpiteitä suunniteltaessa.

Hallitsematon alkoholinkäyttö on omiaan johtamaan voimakkaisiin mielialan vaihteluihin ja impulsiivisiin tekoihin, jolloin myös itsetuhoisten ratkaisujen mahdollisuus on tavallista suurempi. Miesten itsemurhista lähes puolet ja naisten itsemurhista neljäsosa tehtiin alkoholin vaikutuksen alaisena. Myös itsemurhayrityksiä tehneistä miehistä ja naisista useimmat ovat nauttineet alkoholia ennen tekoa.

Ongelmallinen alkoholinkäyttö ja pitkään jatkuva juominen liittyy usein toimeentulon, asumisen ja ihmissuhteiden antaman elämän perusturvan vaurioitumiseen. Päihteiden käytön kehittyminen ongelmaksi saattaa käynnistyä myös äkillisesti esimerkiksi yllättävien elämänkriisien yhteydessä. Alkoholin liikakäyttöön, mutta myös juomisen lopettamiseen näyttää liittyvän usein masennustila.

Juomiseen liittyviä *kriisi- tai riskitilanteita*, joissa itsemurhavaaran arvioidaan lisääntyvän, ovat etenkin *parisuhteen katkeaminen, toimeentulo- ja muut työvaikeudet*, erityisesti työsuhteen jatkumisen vaarantuminen tai katkeaminen, *asunnon menetys tai asumisvaikeudet* tai tunnistamaton ja hoitamaton *masennustila*. Myös alkoholinkäytöstä tai sen muutoksesta johtuvat muut vaikeudet, esim. *rattijuopumuspidätys* tai alkoholinkäytön lopettaminen saattavat lisätä itsemurhavaaraa.

Joissakin tapauksissa päihdeongelman ja itsetuhoisuuden kehitysprosessi sai alkunsa jo itsemurhan tehneen vanhempien elämänvaikeuksien myötä. Alkoholinkäyttö näyttää siirtyneen sukupolvelta toiselle (13). Lähtökohdat eivät antaneet riittäviä yksilöllisiä selviytymisen edellytyksiä tai tarjosivat haitallisia malleja ongelmien ratkaisemiseksi.

Päihdeongelma ei siis tule ymmärrettäväksi, jos sitä kuvataan vain yksilön tietynhetkisenä elämäntilanteena, toimintatapana tai diagnoosina. Alkoholiongelman kehittyminen on osa elämänprosessia, joka liittyy yksilön menneisyyteen, nykyisyyteen ja tulevaisuuteen. Käyttö kehittyy ongelmaksi yksilöllisesti; joillakin vaikeutumalla vähitellen, joillakin monien erilaisten juomisvaiheiden kautta. (14.)

Alkoholinkäyttö voidaan kokea *elämää rikastavaksi strategiaksi*, joka saattaa parhaimmillaan parantaa tilannekohtaista selviytymistä ja elämänhallintaa. Hallitsemattomaksi kehittynyt alkoholinkäyttö vauhdittaa kuitenkin muiden elämänongelmien vaikeutumista ja mahdollistaa umpikujatilanteita. Alkoholinkäyttö ei myöskään tiedetä tuottavan pysyvästi sellaista biokemiallista vaikutusta, joka vähentäisi depressiota, ahdistusta ja jännitystä. Pikemminkin alkoholinkäyttö voi lisätä altistumista mielenterveysongelmille ja erityisesti impulsiivisille itsemurhille (15).

### **Päihdeongelman hoito ja vastuunjako**

Vain harvat päihdeongelmaisiksi arvioituista itsemurhan tehneistä olivat olleet asiakas- ja hoitosuhteissa palveluihin. Yksittäisiä kontakteja sosiaali- ja terveydenhuoltoon oli sen sijaan useilla. Suisidaaliset päihteiden ongelmakäyttäjät *eivät siis yleensä hae ammattiapua*.

Päihdeongelmia omaavia ihmisiä *kohdataan useissa palveluissa*. Se on tavoittamis- mahdollisuuden kannalta hyvä asia, mutta sisältää myös epäkohdan. Kukin järjestelmä; terveyskeskus, työterveyshuolto, sosiaalihuolto, psykiatrinen ja muu erikoissairaanhoido tai poliisi käsittelee pääasiassa vain oman tehtävänsä mukaisia asioita ja myös päihdekysymystä vain omasta näkökulmastaan. Vastuu päihdeongelmaisten ja heidän läheistensä vaikeuksien hoidosta jää usein yksinomaan päihdehuollon erityispalveluille, joiden voimavarat eivät siihen riitä. Lisäksi palvelut tavoittavat päihdeongelmaisen tavallisesti vasta ongelman vakavassa vaiheessa.

Palveluissa päihdeongelma mielletään sairaudeksi, häiriöksi tai pahantapaisuudeksi (16). Hallinnan puutetta on näin ollen vaikea nähdä elämäkriisiksi, jossa tarvitaan monenlaisia tukitoimia. Tarkoituksenmukainen toiminta edellyttää yhteisvastuuta ja työnjakoa ja riittävää yhteistä näkemystä päihdeongelman luonteesta ja päihdeongelmaisten tarpeista. Päihdehuoltolain jakama vastuujärjestelmä on käytännössä vasta rakentumassa. Hoitopolitiikka on *defensiivistä* kuten monissa muissakin ongelmissa:

- *ongelmista otetaan työn kohteeksi vain oman tehtäväalan ongelmat. Keskeiseksi palveluksi saattaa muodostua muihin palveluihin ohjaaminen*
- *ongelmista otetaan työn kohteeksi oman hoitoideologian ja omien toimintamuotojen mukaisesti muotoutuvat vaikeudet. Toimipisteestä saa myyjän, ei ostajan tarpeiden mukaisia palveluita. Asiakkaat valitaan palveluun sopivista*
- *palvelutarpeisiin vastataan pienimmän välttämättömän toimenpiteen periaatteella esim. vain tarjottuun ongelmaan reagoiden. Laajempaan selvitykseen ei ryhdytä*
- *aktiiviset avunhakijat, joilla on taitoja hoitaa asioitaan saavat palveluita.*

Käytännöt tekee perustelluksi se, että ongelmat ovat usein todella liian vaikeita tai vääränlaisia omalle organisaatiolle ja työntekijä kokee itsensä epäpäteväksi ja epäoikeutetuksi ottamaan vastuuta. Päihdeongelma on ammattityöntekijöillekin vaikea haaste. Sen hoitaminen ei ole palkitsevaa ja teknisillä mittareilla arvioituna tuloksellista. Päihdeongelmaiset aiheuttavat työntekijöissään usein kielteisiä tunteita ja väsymistä. Työntekijät saattavat ymmärtää päihdeongelman itseaiheutetuksi ja siinä auttamisen toivottomaksi.

Avun hakemisen tapa, esim. päihtyneenä tai terveydenhuollon kiireisinä päivystysaikoina, on omiaan lisäämään kielteisyyttä. Tämä voi johtaa siihen, että hoitamiseen ei jakseta innostua sellaisissakaan tilanteissa, joissa itsemurhavaara on ilmeinen. Riskitilanteiden hoitoa vaikeuttaa sekin, että alkoholiongelmaisten päivystyspalveluita ja katkaisuhuoitopalveluita on riittämättömästi.

### **Alkoholiongelma, elinolot ja yhteiskunta**

Alkoholiongelmaa tarkastellaan useimmiten *yksilöllisenä* elämäntilanteena, johon pyritään vaikuttamaan mm. tiedotuksellisin, hoidollisin ja huollollisin toimenpitein. Suhtautuminen alkoholinkäyttöön on myös *kulttuurinen ja talouspoliittinen* kysymys, jossa maassamme vallitsee eräänlainen kansallinen ambivalenssi. Päihteiden käytöstä aiheutuu huomattavia yhteiskunnallisia kustannuksia ja välillisiä menetyksiä, mutta silti väistellään alkoholin kokonaiskulutuksen ja päihdeongelmien välisen yhteyden myöntämistä. Vaikka kulutuksen kasvua pidetään yhteiskunnallisesti pahana sinänsä ja uumoillaan sen olevan oire jostakin muusta hälyttävästä ongelmakehityksestä, samoissakin keskusteluissa saattaa tulla esiin huoli alkoholin myynnistä saatavien verotulojen vähenemisestä. Kun huono-osaisuuden reuna-alueiden rajoittamiseen ei löydetä poliittista tahtoa, aletaan päihdeongelmaisten hoidolle asettaa epärealistisia odotuksia (14).

Alkoholin kokonaiskulutus on nousut kahden viime vuosikymmenen ajan. Vasta tänä vuonna kulutus on kääntynyt lievään laskuun. Asiantuntijoiden mukaan on ennakoitavissa, että Suomen alkoholipolitiikka johtaa tilanteeseen, jossa juoppoutta sen kaikissa muodoissa ilmenee yhä *enemmän*. Juomatapatiedot viittaavat siihen, että *naisten ja nuorten* osuus alkoholiongelmaisista kasvaa.

Alkoholin kokonaiskulutuksen kasvu lisää suurkuluttajien ja myös alkoholin terveyshaittojen määrää. Itsemurhakuolleisuus on alkoholin kulutuksen ja alkoholihaittojen yksi ilmentymä, vaikkei yhteys olekaan suoraviivainen. Suomessa ei ole voitu osoittaa itsemurhakuolleisuuden vaihtelevan alkoholin kokonaiskulutuksen mukaan kuten muissa Pohjoismaissa (17).

Sekä alkoholin ongelmakäytön että itsemurhamahdollisuuden kannalta ratkaisevaksi on nähty *syрjäytyminen*. Vaikka syрjäytyminen näkyy menetyksinä ja epäkohtina yksilöiden elämänculussa, tulee huomio suunnata niihin kriittisiin *yhteiskunnallisiin ratkaisuihin ja elämänculoihin*, jotka ovat käännekohtia syрjäytymisprosessissa.

### **Johtopäätökset**

*Päihteiden käytöllä on ilmeinen, mutta monimutkainen vuorovaikutusyhteys itse-murhariskin lisääntymiseen ja itsemurhiin. Suomessa alkoholi-ongelmalla on keskeinen merkitys elämän vaikeutumisessa ja itsemurhaprosessin käynnistäjänä ennen kaikkea miehillä. Alkoholi-ongelmasta kärsivillä ihmisillä on usein muitakin itsemurhavaaraa lisääviä ongelmia: masennusta ja ajankohtaisia menetyksiä ja kriisejä. Kysymys on ennen muuta miesten ongelmista, joissa ammatillista apua haetaan vain harvoin.*

*Tarvittavat ehkäisytoimenpiteet koskevat monia tahoja. Keskeinen tavoite on alkoholin ongelmakäytön saaminen hallintaan vaiheessa, jossa se on vielä hallittavissa ja vaihtoehtoiset ongelmanratkaisut löydettävissä.*

*Tunnistamisen lisäksi tarvitaan tuki- ja hoitopalvelujen tehostamista. Vastuun selkiyttäminen ja aktiivisesti puuttuva, pallottelua välttelevä toiminta etenkin alkoholi-ongelmaan liittyvissä kriisitilanteissa ovat oleellisia haasteita.*

*Alkoholi-ongelmien kehittymisen ehkäisemiseksi olisi vaikutettava myös päihteiden käyttöä vähentämällä. Alkoholin kokonaiskulutuksella on yhteys vakavien päihdehaittojen kehittymiseen. Haitat ovat osatekijöinä monissa itsemurhissa.*

## **1.3 Mielenterveysongelmat ja -häiriöt**

Projektin otoksesta (n= 229) tehdyn tutkimuksen mukaan useimmilla itsemurhan tekneistä oli jonkinasteinen mielenterveyden häiriö DSM-III-R -kriteeristön mukaan arvioiden. Yleisimpiä ongelmia olivat masennusoireyhtymät ja alkoholi-ongelma. Diagnostiikka perustuu neljän psykiatrin konsensusarviointeihin ja kaikkeen käytettävissä olevaan tietoaaineistoon. (12.)

Läänien projektiryhmien lausunnot painottivat *psykkisten häiriöiden ja niihin liittyvän itsemurhavaaran tunnistamisen ja asianmukaisen hoidon* merkitystä itsemurhien ehkäi-

syn lähtökohtana. Hoidossa ei saisi ilmetä niin paljon epäkohtia kuin projektin tapaukset osoittivat. Kehittämisvastuun katsottiin koskevan niin perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoitoa kuin sosiaalihuoltoakin.

### **Masennuksen hoitokäytäntöjen kehittäminen**

Itsemurhan tehneitä koskevissa tutkimuksissa on masentuneiden henkilöiden osuus havaittu huomattavan suureksi. On arvioitu, että 15 % vakavista masennusoireista kärsivistä päätyy itsemurhaan ja useimmat sairauden alkuvaiheessa (18). Heistä yksin elävien, ikääntyvien, aikaisemmin itsemurhaa yrittäneiden (19), voimakkaasti ahdistuneiden (20) sekä pessimistisesti ja toivottomasti elämään ja tulevaisuuteen suhtautuvien (21) on osoitettu useimmin päätyvän itsemurhaan. Masennustiloja saattaa olla myös muilla mielenterveyshäiriöstä kärsivillä, mm. alkoliingelmaisilla (esim. 22) ja skitsofreniaa sairastavilla (23).

Projektissa tutkituista kahdellakolmasosalla (otoksesta) todettiin masennusoireyhtymä ja kolmanneksella vakavan masennustilan kriteerit täytyivät (12). Eriasteista masennusta oli kaikenikäisillä. Masennus liittyi usein somaattiseen sairastamiseen ja päihdeongelmiin.

Osalla masennuksesta kärsivistä ei ollut lainkaan yhteyttä hoitopalveluihin tai kontaktit olivat satunnaisia. Ainakin masentuneet, päihdeongelmaiset miehet saattoivat jäädä vaille hoitoa koska päihdeongelmaankaan ei tavallisesti haettu apua. Yleensäkin miehet hakivat ammatillista apua viimeisenä elinvuonna vähemmän kuin naiset. Ammatillista tukea ja hoitoa ei haettu tai sinne ohjattu aina edes silloin, kun tilanne oli edennyt jo itsemurhayritykseksi. Masennuksen tunnistamiselle ja hoidon käynnistämiseksi tulee siis huomattavia haasteita jo siksikin, etteivät masentuneet aina osaa tuoda esiin tilanteensa vakavuutta. Läheisten tulisi valpastua ja avustaa hoidon järjestämisessä entistä herkemmin. Hoitavan henkilön olisi kyettävä havaitsemaan ongelmat joskus yksittäisessäkin hoitokontaktissa.

Joissakin tapauksissa jo käynnistynyt hoito katkesi hoitavan henkilön tai hoitopaikan vaihtuessa. Joskus masennusta *hoidettiin tehottomasti* käyttämättä kaikkia mahdolli-

suuksia. Terveysthuollon piirissä olleista masentuneista henkilöistä kaikki eivät saaneet asianmukaista lääkehoitoa. Myös sairaalahoitojen lyhyys ja yleensäkin yksipuolinen hoitomuotojen käyttö havaittiin epäkohdiksi. Terveysthuoltohenkilöstön valmiudet tunnistaa masennustiloihin olennaisesti liittyvä itsemurhavaara näyttävät riittämättömiltä.

Masennuksen tunnistaminen ja hoidon kehittäminen arvioitiin yhdeksi oleellisimmista kehittämishaasteista itsemurhien ehkäisyssä. Sosiaali- ja terveysthuollon henkilöstön koulutus on siksi erityisen tärkeä tehtävä. Tutkimushavaintojen mukaan kouluttamalla henkilökuntaa (mm. yleislääkärit) tehokkaaseen masennuksen hoitoon voidaan vaikuttaa myös itsemurhien määriin (24). Hoitomuotojen tehokkuutta voidaan myös lisätä. On olemassa tutkittua tietoa esim. psykoterapian ja lääkehoidon yhtäaikaisen käytön hyvistä tuloksista masennustilojen hoidossa (25).

### **Skitsofreniaa sairastavien itsemurhariskin vähentäminen**

Myös skitsofreniaa sairastavien itsemurhariski on huomattavan suuri. Heistä 10 %:n (26) tai 15 %:n (27) on arvioitu päätyvän itsemurhaan usein sairastumisen alkuvuosina. Erityisen suuressa itsemurhariskissä ovat nuorehkot miehet, joiden vointi on useita kertoja huonontunut ja jotka ovat ilmaisseet itsemurha-aikeita tai yrittäneet itsemurhaa. Itsemurha ajoittuu usein psykoosin ja sairaalahoitajakson jälkeiseen vaiheeseen (28). Heistä monet ovat hyvin tietoisia sairauden vaikutuksista ja suhtautuvat tulevaisuuteensa pessimistisesti (23). Nähtävästi sairauden vakavuus, pitkäaikaisuus ja elämää rajoittavat ominaisuudet johtavat tilanteisiin, joissa elämä näyttää toivottomalta, eikä kyetä löytämään muita selviytymisstrategioita.

Projektissa skitsofrenisesta psykoosista kärsiviä arvioitiin olleen noin joka kymmenes (otostieto) tutkituista. Kolmasosalla skitsofreniapotilaista oli myös alkoholiongelman (12). Osa heistä ei saanut aktiivista hoitoa.

Nuorten äskettäin sairaalahoidosta kotiutuneiden ryhmä erottautui myös yhdeksi itsemurhatyypiksi (29). Havaittiin myös, että tilanteet, joissa potilas koki joutuneensa umpikujaan, saattoivat laukaista itsetuhoisen kriisin. Tilanteet liittyivät henkilön omaan



elämänpiiriin tai hoitoon, esimerkiksi liian nopeaan kuntoutusprosessiin tai siirtymiseen sairaalasta avohoitoon.

Projektiryhmien suosituksissa tähdennettiin etenkin psykoterapeuttisten hoitomuotojen kehittämistä, perhekeskeisyyden lisäämistä hoidossa ja kuntoutuksen suunnittelemista potilaan yksilöllisten voimavarojen pohjalta.

### **Persoonallisuushäiriön hoidon kehittäminen**

Kolmasosalla (otostieto) projektissa tutkituista arvioitiin olleen persoonallisuushäiriö. Osalla heistä oli myös vakava masennustila, jonka tunnistaminen saattoi vaikeutua potilaan käyttäytymisongelmien vuoksi (12). Alkoholi-ongelmat ja masennus lisäävät itsemurhan mahdollisuutta sekä nuorilla että aikuisilla persoonallisuushäiriöistä kärsivillä. Nämä henkilöt olivat usein hakeneet apua monesta palvelusta, jolloin hoitovastuuta ei välttämättä ollut missään. Lääninryhmien suositusten keskeinen viesti olikin *hoitovastuun määrittelyn välttämättömyys* näitä potilaita hoidettaessa. Myös henkilöstön koulutus nähtiin tärkeäksi.

### ***Johtopäätökset***

*Vakavista mielenterveydenhäiriöistä kärsivien ihmisten itsemurhariski on huomattavan korkea. Erityisesti masennustilat, skitsofrenia ja persoonallisuushäiriö lisäävät riskiä. Samoilta ihmisille saattaa kasautua monia mielenterveysongelmia. Suomalaisissa itsemurhissa masennus ja alkoholiriippuvuus esiintyvät usein yhdessä.*

*Psyykkisesti häiriintyneiden ihmisten itsemurhien ehkäisy on etenkin terveydenhuollon haaste. Hoitokäytännöt eivät saisi lisätä itsemurhavaaraa. Varsinkin hoitomuutosten vaikutukset olisi kyettävä ennakoimaan ja ehkäisemään kriisitilanteiden syntyminen.*

*Masennuksen hoitopalvelujen kehittämistarpeet liittyvät siihen, ettei hoitojärjestelmä tavoita kaikkia vakavasti masentuneita, ei tunnista, vaikka tavoittaa eikä käytä riittävän tehokasta hoitoa, vaikka tunnistaa. Masennuksen hoitokäytäntöjen tutkimista ja hoitomallien kehittämistä tarvitaan hoidon vaikuttavuuden lisäämiseksi. Henkilöstön ammattitaidon ja osaamisen kehittäminen ja työnjaosta sekä keskinäisestä konsultoinnista sopiminen perusterveydenhuollon, psykiatrisen ja muun erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon ovat edellytyksiä hoidon kehittämiseksi.*

## 1.4 Somaattiset sairaudet

Somaattisella sairaudella arvioitiin olleen psykologisesti tärkeä merkitys joka toiselle (otostieto) itsemurhan tehneistä (12). Sairaus näytti olleen ylivoimainen etenkin vanhimmille miehille.

Vakava somaattinen sairastuminen tai pitkäaikainen sairastaminen koettelee aina ihmisen sopeutumis- ja selviytymiskykyä. Somaattisten sairauksien on havaittu aiheuttavan masennus- ja kriisitiloja, jotka puolestaan lisäävät itsemurhamahdollisuutta. Sairaus voi johtaa mielialan muutoksiin ja impulsiivisiin ratkaisuihin. Sairauden koetaan romahduttavan koko elämän. Ajatukset omasta itsestä ja arvio elämän mahdollisuuksista saattavat olla toivottomia. Joskus myös lääkehoito voi aiheuttaa masennusta.

Muutamien sairauksien, kuten syövän, epilepsian ja (alkoholiongelmaan liittyvän) mahahaavan on havaittu lisäävän itsemurhariskiä (30). Suomalaisten syöpäpotilaiden itsemurhariski on muuhun väestöön verrattuna miehillä kaksinkertainen, naisilla hieman pienempi ja korkeimmillaan ensimmäisenä vuonna sairauden diagnosoinnista (31). Syöpötiläiden itsemurhia oli noin 4 % kaikista projektissa tutkituista itsemurhista (32).

Osa sairastumisvaiheen ja pitkäaikaisen sairastamisen psyykkisestä kuormittavuudesta liittyy ahdistaviin uhkakuviin, kuten mielikuvaan sairauden uusiutumisesta tai pahenemisesta, kivun pelosta ja tulemisesta avuttomaksi ja toisista riippuvaiseksi (etenkin miehet). Näitä pelkoja oli ollut kaikkiaan 15 %:lla kaikista itsemurhan tehneistä. Yli puolella heistä oli todettu vakava somaattinen sairaus. Heillä oli ollut kontakteja terveydenhuoltoon lähellä itsemurha-ajankohtaa, mutta pelkoja ei oltu tunnistettu. Sairauden pelkoja oli myös sellaisilla ihmisillä, joilla ei ollut todettu mitään sairautta (33).

*Vakavaan somaattiseen sairastumiseen sisältyvä itsemurhan mahdollisuus korostaa hoitojärjestelmän merkitystä.* Projekti toi esiin useita hoitojärjestelmän toimintaa ja -käytäntöjä koskevia epäkohtia ja kehittämistarpeita. Suurimmiksi puutteiksi katsottiin hoidon kapea-alaisuus ja oirekohtaisuus. Ihmisen psykosomaattinen ja somato-

psykykinen kokonaisuus, selviytyminen sairauden kanssa ja elämäntilanne jäävät sivuun jopa silloin, kun niillä on ratkaiseva merkitys sairauden kululle ja hoidon tuloksellisuudelle. Kuitenkin selviytyvyyttä voitaisiin usein parantaa muodollisesti vähäisin toimin, kuten antamalla riittävästi asiallista tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, kuulemalla potilaan ajatuksia ja mielialaa, rohkaisemalla ja tukemalla ihmisarvon tunnetta. Pelkästään potilaan informoinnin katsottiin olleen usein liian vähäistä. Myös omaisten tiedon ja tuen tarve sekä tavat osallistua hoitoon kotiloissa tulisi havaita paremmin.

Epäkohtana pidettiin myös hoidon jatkuvuudessa havaittuja puutteita. Turvallinen ja jatkuva hoitosuhde näytti usein katkenneen kokonaan potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai päinvastoin. Pelkoja ja turvattomuuden tunnetta voitaisiin kuitenkin vähentää valmistelemalla siirrot potilaan kanssa ja sopimalla kontaktihenkilöt.

### *Johtopäätökset*

*Somaattinen sairastuminen ja sairastaminen on opittava näkemään myös psyykeen ja sosiaaliseen verkostoon vaikuttavana elämänmuutoksena. Vakava somaattinen sairaus voi epäedullisissa olosuhteissa käynnistää itsemurhaan päätyvän kehityskulun. Vastuu tilanteen kärjistymisen ehkäisemisestä on suurelta osalta näiden potilaiden hoidosta vastaavilla henkilöillä.*

*Sairauden aiheuttamien psyykkisten reaktioiden pehmentämisellä, psyykkisten kriisien lievittämisellä ja tuen varmistamisella on merkitystä hoidon laadun parantamisessa ja samalla itsemurhien ehkäisemisessä. Nämä kehittämishaasteet edellyttävät ammattitaidon parantamista vuorovaikutustyössä.*

## 1.5 Elämänmuutokset ja kriisit

Itsemurhaprosessin käynnistävät elämäntapahtumat ovat usein elämäntilanteeseen liittyviä tavanomaisia vaikeuksia, joilla kuitenkin on itselle syvälinen merkitys. Ne kuormittavat siinä määrin, että niistä tulee elämän käännekohtia. Joskus vakavan elämäntapahtuman, esimerkiksi läheisen kuoleman merkitys näkyy vasta pitemmän ajan kuluttua lisääntyneenä itsemurha-alttiutena (34). Elämäntapahtumien seurauksena kehittyi hel-

posti myös masennustiloja ja alkoholiongelmia, jotka puolestaan lisäävät itsemurhariskiä (35).

Projektissa tutkituista itsemurhan tehneistä useimmat (lähes 90 %) olivat kokeneet kolmen viimeisen elinkuukautensa aikana vähintään yhden merkittäväksi arvioidun elämäntapahtuman ja monet useitakin. Miehillä tällaisia tapahtumia oli hieman enemmän kuin naisilla ja eniten niitä oli nuorehkoilla, alle 45-vuotiailla miehillä. Yleisimpiä olivat psyykkiseen ja somaattiseen sairastamiseen sekä ihmissuhteisiin liittyvät vaikeudet. Alkoholiongelmista kärsivillä oli erilaisia menetyksiä huomattavan paljon (36).

Henkilökohtaiset elämänmuutokset näyttävät siis koituvan miehille kohtalokkaammiksi: joko kokemukset ovat vakavampia kuin naisilla, miehet kokevat muutokset voimakkaammin tai miesten selviytymiskeinot ovat heikommat ja sosiaalista tukea vähemmän tai muita ongelmia lisänä enemmän kuin naisilla.

### **Läheisen itsemurha vakavana elämäkokemuksena**

Itsemurhan tehneiden lähipiirissä on usein tapahtunut itsemurhia myös ennen. Joissakin suvuissa itsemurhia tapahtuu toistuvasti sukupolvesta toiseen. Projektissa tutkituista henkilöistä oli 38 %:lla sukulainen tehnyt itsemurhan. Naiset olivat menettäneet useammin lähiomaisia ja miehet muita omaisia.

Läheisten itsemurhan on katsottu lisäävän itsemurhavaaraa. Laajasti nähtynä läheisiä voivat olla ketkä tahansa henkilöt, jotka ihminen mieltää itselleen merkityksellisiksi, esimerkiksi nuorelle toverit. Itsemurharatkaisuun päätymistä on usein selitetty ongelman ratkaisun mallioppimisella. Mahdollista on sekin, että itsemurhan herättämiä tunteita ei kyetä käsittelemään eikä näin ollen selviytyä suruprosessista. Varsinkin lähiomaisen itsemurha voi johtaa myös ulkoisiin vaikeuksiin (taloudelliset ja sosiaaliset), jotka ehkäisevät selviytymistä entisestään.

## **Ihmissuhdekriisit elämän käännekohtana**

Vaikka avioerokokemuksesta useimmiten selvittäään, projekti osoitti avioeron käynnistäneen joillakin vakavan kriisivaiheen, joka lopulta päättyi itsemurhaan. Eronneita (14 %) oli itsemurhan tehneissä enemmän kuin perusväestössä. Avioerot olivat yleisimpiä 35 – 44-vuotiailla, joista kaikkiaan viidesosa oli eronnut ja joka kahdeksannella ero ajoittui kolmeen viimeiseen elinkuukauteen. Miehillä kolmen viimeisen kuukauden aikana tapahtuneita eroja oli enemmän kuin naisilla (36).

Avioerolla saattaa ajankohtaisena elämänongelmana olla miehille ratkaisevampi merkitys. Useilla eronneilla miehillä oli muitakin vaikeuksia, tavallisimmin alkoholiongelmia. Monien äskettäin eronneiden, 30 – 45-vuotiaiden miesten alkoholinkäyttö oli ollut pitkäaikaista ja runsasta. Perhe-elämässä oli vaikeuksia, mutta he pystyivät käymään työssä. Eron tultua myös työssä selviytyminen vaikeutui ja he syrjäytyivät yhä enemmän elämästä. Kontakteja palveluihin ei yleensä ollut (29).

Olemassaolevien ongelmien lisäksi muodostui tärkeäksi kysymys eron tuomista uusista vaikeuksista ja miesten valmiuksista *selviytyä* tilanteesta. Mies näyttää menettävän erossa usein psyykkisesti enemmän kuin nainen. Hän menettää tavallisimmin lapset ja kodinomaiset olosuhteet ja jää yksin. Arkielämässä tarvittavia taitoja saattaa puuttua ja elämästä tulee kaiken kaikkiaan karua. Avunhakemisen kynnyksessä tämäntyyppisissäkin asioissa on miehelle korkea.

## **Muut menetykset ja vaikeat kriisit**

Osoittautui, että sekä psyykinen että somaattinen sairastuminen koettiin myös vakavana kriisivaiheena. Näitä tilanteita käsitellään tarkemmin luvuissa somaattiset sairaudet (3.1.4) ja muu erikoissairaanhoito (3.2.3). Myös työelämään liittyi muutoksia, jotka koskivat työolosuhteita ja työsuhteen jatkuvuutta. Näiden muutosten osuutta itsemurhan tehneiden elämässä käsitellään luvuissa elämänongelmien kasautuminen (3.1.6) ja työpaikat, työterveyshuolto (3.2.6.).

## *Johtopäätökset*

*Elämänmuutokset ja -kriisit lisäävät osaltaan itsemurharatkaisun todennäköisyyttä etenkin miehillä. Osuessaan elämänvaiheeseen ja -tilanteeseen, joita kuormittavat myös muut ongelmat niillä on entistä suurempi merkitys. Kriisitilanteessa saattaa itsemurhaprosessi käynnistyä joskus nopeasti, joskus lisätä itsemurhan mahdollisuutta myöhemmin.*

*Mikä tahansa kriisitilanne voi osoittautua epäedullisissa olosuhteissa kokemuksellisesti ylivoimaiseksi. Erityisen merkittäviksi osoittautuivat läheisten äkilliset kuolemantapaukset, etenkin itsemurhat, muut merkittävät ihmissuhdemenetykset, etenkin avioerot, vakavat sairastumiset sekä työtä koskevat menetykset ja muutokset.*

*Kriisitilanteiden havaitseminen ja tuen tarjoaminen arkielämässä ja palveluissa voi tarjota mahdollisuuden itsemurhan ehkäisemiseen. Palveluissa on välttämätöntä varautua kriisitilanteiden edellyttämään joustavaan ja nopeaan avun järjestämiseen ensikontaktipaikassa. Tuen järjestäminen edellyttää myös uusia käytäntöjä palveluihin, mm. tapahtuneiden itsemurhien jälkiselvittelyyn ja avoerojen sovitteluun.*

## 1.6 Elämänongelmien kasautuminen

Huomattavalla osalla itsemurhan tehneistä hyvän elämän mahdollisuuksista syrjään johtava kehityskulku oli alkanut jo varhain. Mahdollisuudet tarpeellisten valmiuksien ja samalla itseluottamuksen ja elämänuskon kehittymiseksi puuttuivat.

Vähitellen vaihe vaiheelta kasautumalla oli muotoutunut elämäntilanne, jota luonnehtivat epäedulliset vaihtoehdot ja usein haavoittavat kokemukset. Valmiuksien puutteen ratkaiseva lähtökohta on jääminen syrjään koulutuksen antamista mahdollisuuksista. Kaikkiaan 59 %:lla oli esimerkiksi puutteellinen tai niukka ammattikoulutus. Perus- ja ammattikoulutus oli alhaisin työelämän ulkopuolella olevilla (37). Heikko tai puuttuva perus- ja ammattikoulutus, ongelmat työssä, toimeentulossa, asumisessa ja ihmissuhteissa liittyneinä päihdeongelmiin luonnehtivat etenkin itsemurhan tehneen miehen elämäntilannetta.

## Sosiaaliset suhteet ja perhe

Perheen on arvioitu suojaavan itsemurhalta, koska naimisissa olevia on itsemurhan tehneissä vähemmän kuin osuus väestössä edellyttäisi. Rungas kolmasosa projektissa tutkituista itsemurhan tehneistä oli naimisissa (virallinen siviilisääty). Naimattomia ja eronneita oli enemmän kuin muussa väestössä ja naimisissa olevia taas vähemmän. Leskien osuus oli sama kuin väestössä yleensä. Miehistä huomattava osa oli naimattomia ja naisista leskiä. Asumuserossa olevien ja eronneiden naisten osuus oli hieman suurempi kuin miesten.

Aviopuolison menetystä, puolison kuolemaa tai avioeroa pidetään psyykkisesti hyvin kuormittavana, pahimmillaan itsemurhavaaraakin lisäävänä tilanteena. Varsinkin miehille avioero oli käännekohta, jonka jälkeen elämäntilanne vaikeutui muutenkin. Ikääntyvien ja leskeytyneiden naisten kuvattiin puolestaan kokeneen yksinäisyyttä ja tarpeettomuuden tunnetta. Usein näillä naisilla oli myös jokin sairaus. Kaikille eivät olemassaolevat ihmissuhteetkaan tarjonneet myönteisiä kokemuksia. Useilla itsemurhan tehneillä oli ihmissuhderistiriitoja parisuhteissa, mutta etenkin naisilla myös lastensa tai vanhempiansa kanssa. Viidesosalla oli odotettavissa jokin ihmissuhteita koskeva muutos, joka etenkin nuorilla oli kielteinen (37).

## Työ ja itsemurhavaara

Työ ja työolosuhteet saattavat lisätä itsemurhamahdollisuutta välillisesti aikaansaamalla henkistä pahoinvointia, joskus jopa psyykkistä sairastamista (38). Alhaisen ammatiaseman omaavien suomalaisten miesten itsemurhariski on suurempi, jos heillä on matala koulutustaso ja he elävät yksin ilman parisuhdetta (39). Työelämään kuulumattomuuden on kuvattu lisäävän itsemurhia sekä väestö- että yksilötasolla (40, 41). Toisaalta myös terveydelliset ongelmat voivat johtaa työttömyyteen ja kasautuessaan lisätä itsemurhavaaraa.

Niistä projektissa tutkituista itsemurhan tehneistä, joiden työtilanne oli tiedossa (n= 1 149), oli 57 % työelämän ulkopuolella. He olivat useimmin naimattomia, eronneita tai leskiä. Useimmat heistä, etenkin naiset olivat eläkkeellä. Syynä eläkkeellä-

oloon oli yleensä työkyvyttömyys. Työttömiä oli 14 %. He olivat yleensä nuoria ja keski-ikäisiä. Kaikkien työssä olevienkaan (n= 654) työsuhde ei ollut vakaa. Epävaakaassa työsuhteessa olleita oli heistä viidesosa. Useilla heistä oli työvaikeuksia, jotka liittyivät psyykkisiin ongelmiin ja sopeutumisvaikeuksiin. Nuori ikä, ammattikoulutuksen puuttuminen ja perheettömyys näytti olevan yhteydessä kyvyttömyyteen selvittää työvaikeuksia. (42)

### **Toimeentulo- ja asumisongelmat**

Taloudellisia vaikeuksia oli kolmanneksella itsemurhan tehneistä. Eniten niitä oli työttömillä.

Asumisongelmat olivat yleisimpiä työelämän ulkopuolella olleilla. Heistä kolmannes oli ilman omassa hallinnassa olevaa asuntoa. Erityisesti työttömät nuorehkot miehet erottautuivat ryhmäksi, joiden asumisolosuhteet olivat huonot. (13). Asumismuoto saattoi myös lisätä yksinäisyyden kokemuksia etenkin niillä, joilta puuttui myös muita siteitä yhteiskuntaan. Työelämän ulkopuolella olevista huomattavan monet elivät yksin.

### ***Johtopäätökset***

*Suuri osa itsemurhan tehneistä eli elämäolosuhteissa, joita leimasi vähäosaisuus ja moniongelmaisuus niin aineellisessa, sosiaalisessa kuin psykologisessakin mielessä. Useilla oli myös terveydellisiä ongelmia. Osa syrjäytyi jo varhain ja osalle kasautui vaikeuksia myöhemmin.*

*Itsemurhien ehkäisyn kannalta on tärkeä haaste tunnistaa syrjäytymiseen ja ongelmien kasautumiseen johtava kehitystyskulku ja pyrkiä katkaisemaan se.*

*Laman aikana syntyy aikaisempaa enemmän tilanteita, jotka käynnistävät tai vauhdittavat syrjäytymiseen johtavaa ja vakavillekin kriiseille altistavaa elämäntilannetta. Ratkaisevaksi taidoksi nousee kestäminen. Vastuun- ja työnjako näiden uudenlaisten ongelmien ja henkisten hätätilanteiden hoitamiseksi tarvitsee selkiinnyttämistä ja monien tahojen vastuuntuottoa.*



## 2 Itsemurhien ehkäisyn tavoitteet elämänkulun näkökulmasta

Kaikkiaan 58 % projektissa tutkituista itsemurhista oli parhaassa työiässä olevien, 30 – 59-vuotiaiden, tekemiä. Oleelliset tämän ikäryhmän itsemurhakysymystä koskevat näkökohdat tulevat esiin käsiteltäessä kysymystä ongelma-alueittain (luku III, 1)

Ongelmittainen tarkastelu tavallaan ylierittelee kysymyksen ja siten vaikeuttaa kokonaiskäsitelmän muodostumista. Osuva kuva muodostuu vasta tarkasteltaessa eri tekijöitä yhdessä ihmisen koko elämän näkökulmasta. Käytännössä se toteutuu yksilökohtaisesti. Tässä tarkastelukulmaa sovelletaan kahteen elämänvaiheeseen: nuoruuteen ja vanhuuteen.

### 2.1 Nuoret

Nuorten ja etenkin nuorten miesten itsemurhien lisääntyminen on vakava ongelma. Suomessa 15 – 24-vuotiaiden miesten itsemurhakuolleisuus on Euroopan maista korkein. Yksi neljästä tuhannesta 15 – 19-vuotiaasta pojasta ja yksi kahdestakymmenestä tuhannesta tytöstä tekee vuosittain itsemurhan (43). Viidesosa projektin aikana tutkituista itsemurhista oli alle 30-vuotiaiden tekemiä. Heistä 83 % oli miehiä. Alle 20-vuotiaiden itsemurhia oli yhteensä 53 eli 4 % kaikista itsemurhista.

#### **Nuoren itsemurhaprosessi**

Nuorimmista, alle 20-vuotiaista itsemurhan tehneistä kolmasosa oli yrittänyt itsemurhaa aiemmin. Yritys ei läheskään aina ollut vanhempien tiedossa (44). Läheisten tiedossa olevia itsemurhayrityksiä oli nuorilla (alle 20-vuotiailla ja 20 – 34-vuotiailla) miehillä vähemmän kuin vastaavan ikäisillä naisilla.

Nuoren itsetuhoilmauksia ei aina oteta riittävän vakavasti hoitojärjestelmissäkään. Nuoren kuoleman mahdollisuutta on vaikeampi uskoa mahdolliseksi kuin aikuisen. Itsemurhayrityksiä voidaan pitää vakavuudeltaan viattomina selvittämättä itsemurhayrityksen voimakkuutta ja elämäntilanteen merkitystä nuoren kannalta.

Yhden puuttumismahdollisuuden tarjoaa tilanne, jossa nuori puhuu itsemurha-aikeistaan. Ongelmaksi osoittautui se, että varsinkaan nuorten miesten itsemurhaviestit eivät tavoita aikuisia ammattihenkilöistä puhumattakaan. Yli puolet alle 20-vuotiasta oli puhunut itsemurha-aikeistaan, mutta varsinkaan pojat eivät puhuneet asiasta vanhemmilleen läheskään yhtä usein kuin ikätovereille (44). On siis tarpeen miettiä, millä edellytyksillä ja missä tehtävässä nuoret voisivat toimia toistensa tukijoina näissä tilanteissa.

Nuoren itsemurha näyttää useimmissa tapauksissa olevan melko pitkän riskikehityksen tulos. Useimmat olivat ilmaisseet itsemurha-aikeita tai yrittäneet itsemurhaa yli kolmea kuukautta ennen itsemurhaa. He ilmaisivat vaikeuksiaan myös muuten mm. psykososiaalisina oireina (44). Nuortenkaan itsemurhat eivät yleensä ole yhtä-äkkisiä tekoja. Mahdollisuuksia katkaista itsemurhaprosessi on siis ajallisesti olemassa.

Itsemurhayrityksen tekotapa voi ratkaista sen, johtaako yritys kuolemaan. Useimmat alle 30-vuotiaiden itsemurhista tehtiin ampumalla tai hirttäytymällä. Itsemurhavälineiden ja menetelmien saatavuudella – nuorten itsemurhien ehkäisyssä ampuma-aseiden saatavuudella ja säilytyksellä – on arvioitu olevan merkitystä yhtenä ehkäisykeinona.

### **Psykkiset ongelmat**

Projektissa tehdyn erillisen selvityksen mukaan eriateisia masennustiloja oli noin puolella alle 20-vuotiaista. Neljäsosalla heistä oli alkoholiriippuvuus tai alkoholinväärikäyttöä. Epäsosiaalisesti käyttäytyviä oli 43 %. Viidesosalla ja nimenomaan pojilla havaittiin olleen sopeutumishäiriö. Vain kolmasosa oli jossakin elämänsä vaiheessa ollut kontaktissa psykiatriseen hoitojärjestelmään (45).

Nuoren psyykinen pahoinvointi saattaa ilmetä vaikeasti tunnistettavalla tavalla. *Ruumiilliset oireet, arkuus ja eristäytyvyys tai epäsosiaalisuus ja päihteiden käyttö* saatetaan tulkita väärin. Arkuus ja eristäytyvyys voi tulla palkituksi kiltteytenä tai aiheuttaa nuoren huomiotta jäämistä ja syrjäytymistä. Epäsosiaalisuus ja päihteiden käyttö johtavat helposti rangaistuksiin, joissa arkielämästä selviytymisen tai psyykkisen avun saamisen tavoitteet eivät painotu. Ruumiillisia oireita ei helposti huomata psyykkisen hädän merkeiksi.

Koska hoito-organisaatiot tavoittavat nuoria huonosti, tulisi hoitopalvelujen sijoitumista ja laatua muovaamalla pyrkiä lisäämään hoitokontakteja ja pysyvyyttä ja kehittää ennakkoluulottomasti uusia lähestymis- ja tukimalleja.

### **Ajankohtaiset elämänmuutokset ja -tapahtumat**

Huomattavan monen nuoren on havaittu reagoineen ennen itsemurhaa voimakkaasti johonkin *ajankohtaiseen stressitekijään*: epäonnistumiseen, häpeäkokemukseen, rangaistukseen tai seurustelusuhteen katkeamiseen. Joskus tapahtuma saattaa aikuisen näkökulmasta olla vähämerkityksinen, mutta nuorelle hänen kokemustaan vasten käänteentekevä. Vaikka näistä tapahtumista useimmat selviytyvätkin, merkitsivät ne itsemurhaan päätyneille ylivoimaista vastoinkäymistä. Näissä tilanteissa lähiympäristöstä tai lähipalveluista saatu tuki saattaa ehkäistä itsemurhan.

Osa nuoren elämänmuutoksista ja -kriiseistä voi johtaa ensin pitempiaikaisiin elämänvaikeuksiin ja umpikujatilanne on edessä vasta myöhemmin. Näin näyttää käyvän etenkin, jos kriisistä ei ole kyetty selviytymään tai se on aiheuttanut ongelmia muillakin elämänalueilla. *Esimerkiksi koulun tai opintojen keskeytyminen* ja työttömäksi joutuminen ovat elämän taitekohtia, jotka saattavat avata syrjäytymiseen johtavan tien. Perus- ja ammattikoulutuksen merkitys näkyy projektin havainnoissa elämänhallinnan ja henkilökohtaisten voimavarojen merkittävänä lisääjänä ja syrjäytymistä ehkäisevänä perusresurssina.

## Vakavat perhe- ja lähipiirin ongelmat

Nuorten itsemurhan tehneiden perheissä on usein todettu olleen monenlaisia ongelmia, esimerkiksi mielenterveydenhäiriöitä, päihdeongelmia, väkivaltaisuutta tai ihmissuhderistiriitoja. Lapsiin on voitu suhtautua piittaamattomasti tai sitoa heidät perheeseen niin, että itsenäistymisensä on tukahtunut (43).

Perheen pitkäaikaiset vakavat ongelmat ovat usein monen viranomaistahon tiedossa. Kokonaisvaltainen perheen ongelmien ymmärtäminen ja etenkin lasten edun huomioon ottaminen hämärtyy, jos kukin järjestelmä huolehtii vain itselleen kuuluvista tehtävistä.

Erityisen vaikeita tilanteita ovat lasten huostaanotot, joissa tehtävät ratkaisut vaikuttavat voimakkaasti vanhempiin, mutta ennenkaikkea lapseen. Lapselle parhaan vaihtoehdon löytämiseksi tarvitaan parasta mahdollista asiantuntemusta, jota mm. viranomaisten yhteistyö parhaimmillaan tarjoaa. Sijoituksia koskevissa kannanotoissa kiinnitettiin huomiota erityisesti huostaanotetun lapsen sijoituspaikan oikeaan valintaan ja sen pysyvyyteen ja vanhempien, varsinkin äidin selviytymiseen ja tukitarpeeseen huostaanoton jälkeen.

Monet itsemurhan tehneet nuoret olivat kokeneet myös vanhemman kuoleman tai avioeron, joka etäännytti heidät poismuuttaneesta vanhemmasta. Noin puolet alle 20-vuotiaista itsemurhan tehneistä oli elänyt rakenteellisesti eheässä kodissa eli molempien vanhempien kanssa (46).

Perhe-elämän ongelmat tai *avioerot* merkitsevät usein vaikeita menetyksiä ja selviytymishaasteita myös lapsille. Avioerotilanteissa lapsen perusturva järkkyy ja hän saattaa jäädä vaille turvallisia ihmissuhteita ja etenkin pojat vaille miehisiä malleja ja miesten maailmaa. Projekti osoitti, että tämänkaltaiset elämäkokemukset muodostuvat vakavimmillaan kehitykselliseksi taitekohdaksi negatiiviseen suuntaan.

Perheessä, sen lähipiirissä tai toveripiirissä tapahtunut *itsemurha* on asia, jota ei koskaan saisi jättää sikseen. Tapahtuman käsittely on välttämättömänä mm. siksi, että läheisen itsemurha on nuorelle malli toimia hätätilanteissa samalla tavalla. Arkielämän tukemista on mahdollisuuksien avaaminen ja voimaa antavat kokemukset.

*Nuoren itsenäistymisen ja arkielämässä selviytymisen perusedellytyksiä on mahdollisuus itsenäiseen asumiseen ja työelämään osallistumiseen. Työelämässä selviytymistä puolestaan tukee riittävä perus- ja ammattikoulutus. Näissä asioissa havaittiin olleen puutteita nuorilla itsemurhan tehneillä. *Oppimis- ja selviytymiskokemukset* kehittävät osaltaan omanarvontuntoa ja elämänhallintaa.*

Elämänhallintaa lisääviä arkielämän *ongelmien ratkaisutaitoja* ja kestämistä tarvitaan erityisesti ihmissuhdevaikeuksissa ja aivan erityisesti ihmissuhdemenetyksissä. Myös epäonnistumisen sietäminen ja kokemuksen voittaminen on tärkeä avu elämänhallinnassa. Näiden taitojen lisääminen lapsille ja nuorille on myös projektin havaintojen perusteella keskeinen kasvatus- ja tukitehtävä.

### **Lapsiperheiden elinolot nuorten lähtökohtina**

Nuoren kasvuympäristössä havaituilla puutteilla, kuten taloudellisella umpikujalla, asuntovaikeuksilla ja vanhempien psykososiaalisilla ongelmilla arvioitiin olleen osuutta elämänkulun muovaajana, elämänotteen kehittymistä haittaavana ja ahtaalle joutumista jouduttavana tekijänä. Näin myös tämä projekti osoittaa, että *lapsiperheiden elinehtojen turvaaminen ei ole yksinomaan taloudellinen kysymys.*

On siis tunnistettava, että *yhteiskuntapolitiikka määrittelee osaltaan myös psyykkisen selviytymisen perusehtoja.* Tutkimushavainnot osoittavat, että itsemurhaan johtanut elämäntilanne muodostuu usein alkuaan epäedullisten ja sellaisena jatkuneiden kasautuvien kokemusten ja olosuhteiden jatkeeksi. Vaikka itsemurha on yksilöllinen ratkaisu, se vain harvoin selittyy yksinomaan yksilöön liittyvillä tekijöillä.

## *Johtopäätökset*

*Nuoren ihmisen itsemurharatkaisua mahdollistavat ja jouduttavat samat tekijät, joilla on yleensäkin merkitystä itsemurhien riskitekijöinä. Ehkäisyssä on välttämätöntä paneutua näiden tekijöiden vaikutusten ja itsemurhavaaran vähentämiseen. Olennainen tehtävä on pyrkiä estämään itsemurhaan altistavien elämäntilanteiden muodostumista ja lisätä selviytymistä ja elämäntilanteita sekä luoda rakentavia elämäntilanteita.*

*Nuoren itsemurhavaara, etenkin poikien ei aina tule aikuisten ja hoitavien tahojen tietoon, eikä sitä osata pitää riittävän vakavana. Kaikkiin nuoren itsetuhoilmauksiin (itsemurhayrityksiin ja -aikiin luku III 1.1.1) tulisi suhtautua kriisinä, jossa ehdottomasti tarvitaan tilannearvio ja tukea läheisiltä ja yleensä myös palveluista.*

*Itsemurhan tehneillä nuorilla on ollut psyykkisiä ongelmia, joihin varsinkin pojat eivät ole saaneet ammatillista apua. Tuki- ja hoitopalveluiden tavoitettavuus on arvioitava itsemurhavaaran näkökulmasta. Kaikkien nuoria lähellä olevien on tarpeen tarkistaa kykynsä ymmärtää nuorten psyykkistä pahoinvointia ja mahdollisuutensa tukea heidän selviytymistään ja asianmukaisen avun saamista.*

*Osa nuorista oli jo ajautunut tai ajautumassa syrjäytyvään elämäntilanteeseen. He eivät olleet selviytyneet ikätovereidensa tapaan nuoren elämään kuuluvista vaatimuksista (koulu, armeija) ja jäivät vaille näitä resursseja ja onnistumisen tunnetta. Elämäntilanteissa tarvitaan valppautta tarjota selviytymistukea näille nuorille.*

*Selviytymistuki on tarpeen kriisitilanteissa esim. vakavissa perhekriseissä, lähiomaisen äkillisissä menetyksissä.*

*Elämäntilanteita, kyky selviytyä vaikeuksista ja vahva itsetunto auttavat nuorta ratkaisemaan vaikeita tilanteita. Näitä nuoren resursseja tulisi vahvistaa koulussa, koulussa, nuorisotyössä, varusmiespalveluksessa ja työelämässä.*

*Myös lapsiperheiden ja itsenäistyvien nuorten elämän aineellisten perusehtojen ja psykososiaalisen hyvinvoinnin merkitys on oivallettava itsemurhien ehkäisyn näkökulmasta.*

## 2.2 Vanhat

Itsemurhariski kasvaa iän myötä. Projektissa tutkituista yli 60-vuotiaita oli 22 % eli 308 henkilöä. Heistä miehiä oli 70 %. Yli 65-vuotiaiden miesten itsemurhakuolleisuus on ollut laskusuunnassa 60-luvulta lähtien, mutta 70 - 84-vuotiaiden miesten itsemurhakuolleisuus on sen sijaan lisääntynyt. Eläkeikäisillä naisilla itsemurhakuolleisuus nousi aikaisempaa korkeammalle 1950-luvulla ja on sen jälkeen pysynyt suunnilleen samana (47).

## **Itsemurhan ennakointi**

Projektin kokemusten mukaan yli 65-vuotiaat miehet antavat muita ikäryhmiä ja naisia harvemmin merkkejä itsemurha-aikeistaan. Tässä ikäryhmässä vain joka neljäs itsemurhan tehneistä miehistä oli yrittänyt aiemmin itsemurhaa, mutta naisista joka toinen. Noin puolet tämänikäisistä oli puhunut itsemurha-aikeistaan, naisista hieman useampi kuin miehistä.

## **Mielenterveysongelmat ja -häiriöt**

*Projektissa kiinnitettiin huomiota siihen, että etenkin vanhenevien ihmisten masennuneisuutta ei aina tunnistettu ja siksi asianmukainen hoito jäi saamatta. Elämän tyhjentyminen, yksinäisyys ja somaattinen sairastaminen lisäävät masennusta. Joissakin tapauksissa itsemurhaan päätyivät myös muulla tavoin (pitkäaikaisesti) psyykkisesti sairaat, iäkkäät henkilöt, usein naiset, jotka olivat selviytyneet hyvin kotihoidossa. Ilmeisesti kuitenkin vanhenemisen tuomat elämänmuutokset saivat aikaan tilanteen, jossa itsemurha tapahtui (29).*

## **Somaattinen sairastaminen**

Useiden iäkkäiden henkilöiden, etenkin miesten todettiin olleen ruumiillisesti sairaita ennen itsemurhaa. Useilla sairaus oli viimeisen kolmen kuukauden aikana pahentunut tai muuttunut kestävämmäksi. Omaisen arvion mukaan lähes puolella yli 60-vuotiaista miehistä oli pitkäaikainen somaattinen sairaus (36). Aiemmin elämässään hyvin selviytyneelle ja terveenä olleelle miehelle vakava ruumiillinen sairaus ja ajatus hoidettavaksi joutumisesta saattoi olla niin *käänteentekevä, traumaattinen muutos*, että siihen ei kyetty sopeutumaan. Tietämättömyys sairauden kulusta ja sen hoidosta ja kuolemanpelko lisäsivät todennäköisesti ahdistuneisuutta. On ilmeistä, että varsinkin miehiltä puuttuu valmiuksia ilmaista ja käsitellä sanallisesti tilanteensa epätoivoisuutta sekä saada siihen otetta ja hallintaa.

## **Elämänmuutokset ja selviytyvyys**

Ikääntymisen käännekohtina painottuvat eläkkeelle siirtyminen, asuinympäristön muutos ja yksinäistyminen. Muutoksiin sopeutuminen on yksilöllistä. Osa löytää elämälleen sisältöjä hyvinkin vaikeissa olosuhteissa, osa tarvitsee tukea. Luonnollisesti myös elämänolosuhteet säätelevät sopeutumismahdollisuuksia.

Työstä ja siihen liittyvistä asioista luopuminen on tärkeä elämänmuutos, joka merkitsee elämyksellisesti vanhenemisen alkamista. Työllä on keskeinen merkitys varsinkin vanhemmalle ikäpolvelle. Sen mukana menetetään usein myös tärkeät vuorovaikutussuhteet, kenties arvostusta ja mielekäs ja totuttu ajankäytön rytmi. Mitä merkityksellisempi työstä saatu elämänsisältö on ollut, sitä vaikeampi on ilmeisesti sopeutua eläkkeelläoloon.

On liiankin tavallista, että vanhukset joutuvat jättämään tutun elämänpiirinsä ja siirtymään muuhun asuntoon tai laitokseen. *Siirtyminen* tai olemassa oleva *uhka* saattaa muodostua pahimmillaan vakavaksi kriisiksi. Tarpeellinenkin laitoshoido voi tuntua henkisesti siinä määrin ylivoimaiselta, että sopeutuminen muutokseen käy mahdottomaksi.

Monet ikääntyvät olivat jääneet elämässä yksin ennen itsemurhaansa. Kokemukset liittyivät ennen kaikkea ihmissuhteiden vähenemiseen perheessä ja muussa lähipiirissä tai asumisolosuhteista tai terveydentilasta aiheutuneeseen eristymiseen. Yksinäisyys aiheutti tarpeettomuuden ja arvottomuuden tunteita. Nämä havainnot nostavat tärkeäksi vanhusten tunteet ja aseman yhteiskunnassa, palvelujärjestelmissä ja lähiyhteisössä.

### ***Johtopäätökset***

*Vanhenevien ihmisten itsemurhissa on psyykkisillä häiriöillä, etenkin masennuksella ja vakavilla somaattisilla sairauksilla keskeinen osuus yksinäistymisen ja monien luopumisten ja elämänmuutosten lisäksi. Itsemurhamahdollisuus olisikin otettava huomioon hoidon ja huollon suunnittelussa varsinkin näissä tilanteissa, vaikka itsemurha-aikeita ei olisi tai tulisi ilmi.*



*Itsemurhavaaran kehittymisen ehkäisemiseksi on tärkeätä, että vanhevien ihmisten*

- masennus tunnistetaan ja hoidetaan asianmukaisella tavalla*
- otetaan vakavasti somaattisesti sairastuneiden hoidossa huomioon sairauden aiheuttama elämänmuutos ja henkinen rasittavuus ja kyvyttömyys selviytyä ilman tukea*
- pehmennetään työelämästä luopumisvaihetta työ- ja sopeutumistukijärjestelyin*
- lisätään psykososiaalista selviytyvyyttä tarjoamalla mahdollisuuksia vuoro-vaikutukseen ja tukea etenkin elämänmuutostilanteissa*
- annetaan arvo vanhenevan ihmisen ajatusmaailmalle ja tunteille varsinkin muutosten kärjistäessä elämää sekä tehdään suunnitelmat yhdessä neuvotellen säilytetään vanheneminen arvokkaana elämänvaiheena myös omassa ajattelussamme.*

### 3 Itsemurhien ehkäisyn tavoitteet toimintapolitiikan näkökulmasta

#### 3.1 Arkielämä ja lähipiirin tuki

Sekä ongelmien että selviytymiskyvyn kehittymisessä ratkaisevat asiat ovat usein *pieniä ja arkisia* ihmisten keskinäisiin suhteisiin, elämäntilanteisiin ja tekemisiin liittyviä tapahtumia. Oleellista on niiden omakohtainen, emotionaalisesti tärkeä *merkitys*. Tärkeät asiat ovat erilaisia eri ikäkausina ja eri elämäntilanteissa. Ongelmat rakentuvat kasautumalla näistä yksittäisistä tilanteista ja kokemuksista. Elämänolot muotoilevat monin tavoin kokemusten laatua, mm. niiden rakentavuutta tai vaurioittavuutta. Myös ihmisten kesken on mahdollista *rakentaa tai vaurioittaa* toista ihmistä. Tärkeiden tapahtumien arkipäiväisyys merkitsee mahdollisuutta *havaita myös tuen tarve ja auttaa*.

Itsemurhien ehkäisy on parhaimmillaan tavalliseen elämään liittyvää ihmisten keskeistä omanarvontunnon, selviytymisen, elämänuskon ja toimintamahdollisuuksien *tukemista*, jossa ei ole kysymys lainkaan itsemurhamahdollisuudesta. Projektin kokemukset osoittavat, että *ongelmatilanteiden* auttamismahdollisuuksia on rajattomasti läsnäolosta, ymmärtävästä kuuntelemisesta ja arkiaskareissa auttamisesta aktiiviseen tukemiseen tai palveluihin ohjaamiseen. Olennaisinta on, että jokaisella olisi etenkin hätätilanteessa ihminen, joka ei vain ahdistu ja tule avuttomaksi, vaan kykenee osoittamaan välittämistä ja huolenpitoa. Ratkaisevinta lähellä olevien oivaltaminen ja tukemisvalmius on *itsemurhavaarassa* olevan ihmisen kohdalla.

Ihmisten välisen avunannon korostamisessa on *riskinsäkin*. Ihmisiä ei pidä asettaa toinen toisensa hoitajaksi tai opettajaksi. Ei pidä myöskään uskotella, että kaikki vaikeudet ovat ilman muuta puhallettavissa pois, jos ihmiset vain viitsivät yrittää. Kauan ja vaikeiksi kehittyneet ongelmatilanteet ovat harvoin korjattavissa ainakaan ennalleen, autettavissa kylläkin usein. Ihmisiä ei saa myöskään syöllistää aiheetta. Vaikeissa tilanteissa tukeminen on vaativaa ja ahdistavaa. Siinä voi tehdä vahinkoakin hädissään ja osaamattomuuttaan. Toisen tukijana jatkuvasti toimiminen (esim. vaikea avioliitto, päihdeongelma) saattaa olla kohtuuton tehtävä. Jaksamiselle tulee umpikuja, kun ongelmat kestävät kauan tai pahenevat. Kaikkea on jo yritetty, auttamisen kiintiö käytetty ja paljon omaa elämää jo luovutettu toisen käyttöön. Vuorovaikutuksen resurssit on tällöin kulutettu loppuun.

### **Auttamismahdollisuudet itsemurhavaarassa**

Tilanteissa, joissa itsemurhavaara on olemassa, lopputulos saattaa riippua läheisten tilannetajasta, aktiivisuudesta ja rohkeudesta. Monet itsemurhan tehneet olivat puhuneet itsemurha-aikeistaan kaikkein läheisimmille ihmisille: perheenjäsenille, ystäville, joskus työtovereille tai naapureille. Osa saattoi esittää aikomuksensa ikäänkuin avunpyynnöksi. Itsemurha-aiheet herättävät helposti toisissa ahdistuneisuutta ja avuttomuuden tunnetta. Aina aikomusta ei osata ottaa vakavasti. Ei jakseta uskoa itsemurhan mahdollisuuteen, uskotaan hokemaan "joka uhkaa, ei koskaan tee" tai ollaan kyllästytty toistuviin uhkauksiin. Aikeiden vähättely lisää helposti toisen hätää ja vaikeuksien kanssa yksin jäämisen tunnetta. Itsemurha-aikeista keskustelemista pidetään tärkeänä mm. siksi, että

umpikujaan johtaneita ongelmatilanteita päästään käsittelemään, ratkaisua saadaan siirretyksi ja kenties löytyy muita vaihtoehtoja. Usein itsemurha-aikeita on tarpeen selvittää myös ammatti-ihmisen kanssa. Läheinen voi toimia palveluihin ohjaana.

### **Muut vakavat ongelmat**

Vakavassa masennuksessa, päihdeongelmissa ja elämänmuutoksen aiheuttamissa kriiseissä on raskasta selviytyä omin avuin. Mm. näiden ongelmien merkitys itsemurhaan johtavassa prosessissa oli ilmeinen. Tiedetään, että monien ongelmatilanteiden kulun voi kääntää *vähäinen, mutta osuva apu oikealla hetkellä* ja että kriisistä selviytymistä auttaa merkittävästi sosiaalinen tuki. Arkielämän tuella voi siis olla ratkaiseva asema vaikeuksien kanssa selviytymisessä.

Ihmisten keskinäiselle tukemiselle ei kuitenkaan ole hyviä malleja suomalaisessa kulttuurissa. Etenkään vieraamman ihmisen asioihin ei sovi puuttua hyvässäkin tarkoituksessa. Myös avun pyytämiseksi on esteensä. Päihdeongelman kehittyminen on hyvä esimerkki ongelmasta, johon ei tohdita yleensä tarttua silloinkaan, kun se havaitaan jo vakavaksi. Tarvitaan siis enemmän rohkeutta, keskinäisen vastuun tunnetta, arkitilanteissa käyviä sosiaalisia ja psykologisia taitoja ja ehkä uusia normeja ihmisten keskinäisen avunannon mahdollistamiseksi.

### **Kuormittavat elämäolosuhteet**

Monet itsemurhan kannalta tärkeät kriisit liittyivät elämäntilanteisiin; tapaan, jolla eläminen ja olosuhteet oli järjestetty. Esimerkiksi vanhusten omillaan elämisen vrt. vastentahtoisen laitokseen siirron ratkaiseminen, yksinäisyys ja tarpeettomaksi jäämisen tunne, vakavasti sairaan ihmisen hoitojärjestelyt ym. ovat esimerkkejä tilanteista, joissa *oivaltavilla ja huomaavaisilla järjestelyillä* voitaisiin ratkaista monta psyykkisen selviytymisen ongelmaa. On siis myös vaikeuksia, jotka ovat tekemällä tehtyjä.

## **Johtopäätökset**

*Itsemurhat tuovat esiin ylivoimaisiksi kärjistyneet elämänongelmat, jotka olisivat tässä vaiheessa usein jo edellyttäneet asiantuntija-apua. Siksi palveluiden vastuu korostuu itsemurhien ehkäisyssä liikaakin. Asiantuntijapalveluita tarvitaan vaikeissa ongelmakohdissa. Elämää eletään kuitenkin yksityisesti omassa elämämpiirissä. Monia oleellisia asioita on yleensä jo tapahtunut, ennenkuin tulee aihetta puuttua niihin ulkopuolelta.*

*Tiedotus- ja koulutustoiminnalla olisi nostettava yleiseen tietoisuuteen ne mahdollisuudet, joita jokaisella ihmisellä on tavallisessa elämässä tavallisin arkisin keinoin tukea toistensa ihmisarvon tunnetta ja jaksamista. Jokaisen omaa vastuuta elämänratkaisujen teossa sekä myönteisten vaihtoehtojen mahdollisuutta olisi korostettava.*

*Ongelmatilanteissa vastuuseen kuuluu myös ohjata tarvittaessa asianomainen ammatillisen avun ja tuen piiriin.*

## **3.2 Itsemurhien ehkäisy palvelujärjestelmien tehtävänä**

### **3.2.1 Kansanterveystyö**

Kansanterveystyöllä (terveyskeskuksella) on merkitystä ennen kaikkea itsemurhan tehneiden viimeisenä, usein päivystysluontoisena kontaktipaikkana, joskin heillä oli myös pitkäaikaisia hoitosuhteita terveyskeskukseen. Viimeisenä elinvuonna itsemurhan tehneiden hoidosta pääasiallisessa vastuussa olleiden ja heidät viimeksi tavanneiden työntekijöiden työpaikkana oli terveyskeskus seuraavasti:

---

Pääasiallinen hoitosuhde	17 % ;	naiset 18 %,	miehet 16 %
Viimeinen hoitokontakti	18 % ;	naiset 13 %,	miehet 20 %

---

Luvut on laskettu kaikista itsemurhan tehneistä (miehet n= 1 077, naiset n= 320). Viimeisessä hoitokontaktissa olleiden määrissä ovat mukana vain ne, joilla haastattelu toteutui.

Itsemurhan tehneillä oli kaikista palveluista toiseksi eniten hoitosuhteita ja -kontakteja terveyskeskukseen. Joka viides mies haki viimeiseksi apua terveyskeskuksesta. Miehet olivat naisia vähemmän pitkäaikaisissa hoitosuhteissa muihin palveluihin. Näin ollen

terveyskeskuksella on tilaisuus vaikuttaa itsemurhakysymyksessä keskeisen ryhmän, miesten elämäntilanteeseen, tosin *useimmin yksittäisissä hoitokontakteissa*. Miehet on tavattu hoitopaikassa usein varsin *lähellä itsemurha-ajankohtaa*. Lähes kahdella kolmasosalla viimeisenä elinvuonna johonkin hoitopaikkaan (myös muuhun kuin terveyskeskukseen) hoitokontaktissa olleista miehistä oli kontaktista itsemurhaan kulunut aikaa korkeintaan kaksi viikkoa.

Itsemurhavaara tunnistettiin kontakteissa kuitenkin huomattavan harvoin. Tunnistamista vaikeuttavat monet tekijät ainakin silloin, kun hoitokontakti on yksittäinen. Potilasta ei kenties tunneta lainkaan. Apua hakevat eivät aina itsekään tuo esiin kaikkia vaikeuksiaan. Leimautumisen pelko, kyvyttömyys tiedostaa vointiaan ja elämäntilannettaan voivat saada avunhakijan tarjoamaan selvitettäväksi muuta kuin vaikeinta ongelmaansa, vaikkapa ruumiillista oiretta psyykkisen ongelman sijaan. Mm. itsemurha-aikeita ilmaistiin tuntuvasti useammin psykiatrisen erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollon hoitokontakteissa. Kenties apua haettiin päivystystilanteissa, joissa ongelman tunnistamiselle ei ollut riittävästi mahdollisuuksia, aikaa tai henkilökuntaa – ei sittenkään, vaikka päivystys on tarkoitettu hätätilanteita varten. Kenties potilaan ongelma ei jaksanut kiinnostaa riittävästi ja auttaminen tuntui toivottomalta (esim. humalassaolo, päihdeongelma). Joskus vastaanottotilanteissa päädyttiin nopeisiin, mutta potilaan näkökulmasta jopa toivottomuutta lisääviin ratkaisuihin, esim. pelkän lääkehoidon aloittamiseen tai potilaan ohjaamiseen muualle ilman tukea.

Ajankohtaisen itsemurhavaaran tunnistamista koskevien ongelmien lisäksi kehittämistarpeita näytti olleen etenkin psyykkisten ongelmien, mm. masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa. Vastuunjaon epäselvyys psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon kesken näytti myös johtaneen yksittäisen päihdeongelmaisen potilaan pallotteluun ja pahimmillaan siihen, että asianmukainen hoito jäi saamatta.

Arvioidessaan terveyskeskuksen toiminnan kehittämistarpeita itsemurhien ehkäisyn näkökulmasta läänien projektiryhmät esittivät olennaisimmiksi seuraavat kehittämistehtävät:

*itsemurhayritysten hoidon tehostaminen ja yleensä itsemurhavaaran tunnistamisen parantaminen muistakin syistä palveluihin hakeutuvilla*

- *psykkisten ongelmien, etenkin masennustilojen tunnistamisen ja hoidon parantaminen*
- *päihdeongelmien aktiivisempi selvittäminen, hoitoonohjaus ja hoito*
- *elämänkriisien tunnistamis- ja tukimahdollisuuksien parantaminen.*

### **Johtopäätökset**

*Kansanterveystyöllä on monipuolisemmat mahdollisuudet itsemurhien ehkäisyssä kuin monella muulla palvelualalla. Toiminta tavoittaa alueen koko väestön riskiryhmineen. Työmuodot vaihtelevat elämisen valmiuksien ja elinolojen kehittämisestä itsemurhavaarassa olevien hoitamiseen. Olennaista on, että eri yksiköiden vastuut ja mahdollisuudet tässä tehtävässä selvitetään.*

*Itsemurhavaaran tunnistamista, hoidon suunnittelua, hoitoonohjausta ja hoitoa olisi tehostettava niin, että*

- *itsemurhaa yrittäneiden ja itsemurhalla uhkaavien elämäntilanne ja tukitoimenpiteiden tarve selvitetään ja heidän jatkohoitoon pääsynsä varmistetaan*
- *kehitetään henkilöstön tietoja ja taitoja tunnistaa itsemurhavaara mahdollisimman usein myös silloin, kun se ei tule ilmi ja huolehtia tarvittavista jatkotoimista.*

*Vakavan masennuksen tunnistamistaitoja ja hoitokäytäntöjä olisi parannettava. Kehittämistyö edellyttää masennuksen hoidon porrastamisen ja työnjaon sekä keskinäisen konsultointitarpeen sopimista psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa.*

*Päihdeongelman havaitseminen jo sen alkuvaiheessa ja päihteiden käytön hallinta tulisi ottaa tehostetummin työn kohteeksi*

- *kehittämällä sitä varten selvittämisen ja tukemisen; mini-intervention ja tarvittaessa myös lyhyt- tai kriisiterapian muotoja*
- *parantamalla yhteistyössä päihdehuollon kanssa päivystyspalveluja ja katkaisuhoidonvalmiutta.*

*Psyykkistä kriisiapua tarvitsevien saamien palvelujen laatua ja saatavuutta olisi tarkistettava. Tämä edellyttää*

- *henkilöstön ammattitaidon kehittämistä*

*alueellisen kriisihoitojärjestelmän suunnittelua yhteistyössä muiden terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelujen kanssa.*

*Psyykkisen hyvinvoinnin ja selviytymisen tukeminen on säilytettävä terveyskeskuksen tehtäväkuvassa ennen kaikkea lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluissa.*

*Äitiys- ja lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon työn osatavoitteeksi pitäisi omaksua nykyistä määrätietoemmin psyykkiseen hyvinvointiin tällävät toimenpiteet ja psyykkistä selviytyvyyttä uhkaavien tekijöiden tunnistaminen.*

### 3.2.2 Psykiatrinen erikoissairaanhoito ja muu mielenterveystyö

Huomattavan monet itsemurhan tehneet olivat olleet kontaktissa ja hoitosuhteessa psykiatriseen erikoissairaanhoitoon elämänsä ja myös viimeisen elinvuotensa aikana:

Kontakti elämän aikana <sup>1)</sup>	50 %	naiset 74 %,	miehet 46 %
Pääasiallinen hoitovastuu viimeisenä elinvuonna	27 %	naiset 45 %,	miehet 21 %
Psykiatrinen sairaalahoitto 3 viim. kuukauden aikana	17 %	naiset 31 %,	miehet 12 %
Psykiatrinen sairaalahoitto itsemurha-ajankohtana	6 %	naiset 13 %,	miehet 3 %
Viimeisin hoitokontakti	21 %	naiset 37 %,	miehet 16 %

<sup>1)</sup> Tieto läänien raporteista, muut tiedot IMS -87 tutkimuksista. Luvut on laskettu kaikista itsemurhan tehneistä (miehet n= 1 077, naiset n= 320). Viimeisessä hoitokontaktissa olleiden määrissä ovat mukana vain ne, joilla haastattelu toteutui.

Itsemurhan tehneet olivat hakeneet apua viimeisenä elinvuonnaan psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta useammin kuin muista palveluista. Sovittuja hoitosuhteita oli enemmän kuin muissa hoitopaikoissa ja viimeiset hoitokontaktit suuntautuivat myös useammin psykiatriin yksiköihin kuin muualle. Naiset olivat selvästi useammin kuin miehet psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaina. Lähes puolet miehistäkin oli ollut elämänsä

aikana kontaktissa psykiatriseen hoitoon (tiedot elämänaikaisista kontakteista epätarkkoja).

Sekä hoitohistoria että jälkikäteen tehty diagnosointi osoittivat useimmilla itsemurhan tehneillä olleen psyykkisiä häiriöitä. Ei siis ole yllättävää, että läänien projektiryhmien kannanotoissa arvioitiin psykiatristen sairauksien hoidon kehittäminen tärkeimmäksi itsemurhien ehkäisyksi itsemurhavaaran hoidon ohella. Kannanotoissa käsiteltiin pääosin aikuispsykiatrian tehtäväkenttää. *Nuoriso- ja lastenpsykiatrian* ongelmaksi nähtiin mm. se, että palvelut eivät näytä tavoittavan itsemurhaan päätyviä. Hoitomuotojen kehittämistä lasten, nuorten ja perheiden tarpeita vastaaviksi ja varsinkin nuorille soveltuvien toiminnallisten hoitomuotojen järjestämistä pidettiin tärkeänä. Muuta mielenterveystyötä kuin julkisen järjestelmän hoitopalveluita ei suosituksissa juuri käsitelty. *Aikuispsykiatristen avo- ja sairaalayksiköiden* toiminnan kehittämissuosittukset koskivat

- *itsemurhavaarassa olevien tunnistamista ja hoitoa*
- *masennuksen tunnistamista ja etenkin hoitokäytäntöjä*
- *kriisihoitoa*
- *psykoterapiapalveluja*
- *hoidon jatkuvuutta*
- *konsultaatiotoimintaa ja yhteistyömuotoja*
- *henkilöstön kehittämistä.*

### **Itsemurhavaaran tunnistamis- ja hoitoedellytysten parantaminen**

Runsas neljäsosa itsemurhan tehneistä oli viimeisenä elinvuonnaan hoitosuhteessa psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Hoitosuhteessa itsemurhavaaran voisi odottaa tulevan ilmi paremmin kuin yksittäisissä kontakteissa. Hoitavat henkilöt olivatkin tietoisia itsemurha-aikeista: potilaat olivat puhuneet aikeistaan ja runsas puolet hoitavista henkilöistä oli myös itse kysynyt niistä. Itsemurhavaara ei kuitenkaan ollut esillä kovin useiden henkilöiden viimeisessä kontaktissa (19 %) eikä erityisistä toimenpiteistä oltu sovittu (14 %). Ajankohtaista itsemurhavaaraa *ei siis todennäköisesti havaittu*. Osittain sitä osoittaa sekin, että useimpia itsemurhia pidettiin yllätyksinä.



Kykyä havaita potilaan tilanteen muutokset ja itsemurhavaaran mahdollisuus tarvittaisiin erityisesti psykiatrisessa työssä. Tunnistamishaasteelle tulee tässä erityinen merkitys siksi, että suojelevia ja kontrolloivia toimenpiteitä ei saisi soveltaa liikaa mm. kroonistumiskierteen välttämiseksi. Tulisi osata harkita, milloin hoidollisesta sitomisesta on haittaa potilaan itsenäistymiselle ja milloin sillä saadaan vältetyksi itsemurhavaara.

Itsemurhavaaran tunnistaminen ei luonnollisestikaan vielä riitä. Olennaista on, että vaaran vähentämiseksi tai poistamiseksi käynnistetään aktiivisia toimenpiteitä. Tätä osoittavia hoitotavoitteita ei kuitenkaan oltu useinkaan asetettu. Myös läänien arviot itsemurhavaaran hoidosta viittaavat siihen, että *tietoa ja osaamista näissä asioissa olisi lisättävä*. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa pitäisi olla paras taito hoitaa itsetuhoisia potilaita, koska psyykkisesti sairaiden itsemurhariski on huomattavan suuri ja itsetuhoisuus on myös peruste psykiatriseen hoitoon ohjaamiselle.

Itsetuhoisen potilaan asianmukaisen hoitamisen esteeksi arvioitiin se, että hoitoyhteisössä tai hoitajakson aikana tapahtuneita *itsemurhia ei käsitellä riittävän hyvin*. Vain noin kolmasosa hoitavista henkilöistä oli sitä mieltä, että projektin aikana tapahtuneita itsemurhia oli hoitoyhteisössä käsitelty riittävästi. Itsemurha herättää myös ammatihenkilöissä voimakkaita reaktioita, etenkin syyllisyyden tunteita, jotka estävät oppimista ja voivat aikaansaada mm. hoitovastuun välttelyä.

### **Vakavan masennuksen hyvän hoidon kehittäminen**

Keskeinen psykiatrisen erikoissairaanhoidonkin haaste koskee masennuksen hyvän hoidon kehittämistä. *Masennusta ei tunnisteta ja hoideta riittävän tehokkaasti*. Projektissa kiinnitettiin huomiota mm. siihen, että masentuneiksi havaittujen lääkehoito ei ollut asianmukaista ja sairaalahoidot olivat joskus liian lyhyitä. Puutteet hoidossa lisäävät itsemurhavaaraa. Masennuksen tehokas hoito koskee samalla muistakin mielenterveydenhäiriöistä kärsiviä, koska myös heillä saattaa olla ajoittaisia masennusvaiheita.

Vain kolmasosa masentuneiksi diagnosoiduista potilaista on yleensäkin hoidossa (48). Olisikin pohdittava sitä, millaisia masentuneita potilaita psykiatrinen erikoissairaanhoido

tavoittaa ja jääkö vakavasti masentuneita ihmisiä vaille hoitoa. On mahdollista, että masentuneet miehet, esim. somaattisesti sairaat, päihdeongelmaiset ja itsemurhaa yrittäneet, jäävät nyt psykiatrisen hoidon ulottumattomiin. Olisi arvioitava, millaisilla yhteistyösopimuksilla ja järjestelyillä psykiatrisen asiantuntemus varmistetaan heidän hoitokontakteissaan.

### **Vastuu päihdeongelman hoidosta**

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon riittämätön osuus päihdeongelmien hoidossa tuli esiin läänien projektiryhmien kannanotoissa. Vaarana on, että *päihdeongelmainen* ei psykiatrista hoitoa tarvitessaan *saa asianmukaista apua*. Itsemurhan tehneistä alkoholi-riippuvuudesta kärsineistä miehistä noin puolella oli jonkinasteinen masennusoireyhtymä, joka viideosalla oli vakava (12). Hoitovastuun selkiyttäminen psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon kesken on siis välttämätöntä.

### **Kriisipalvelujen kehittäminen**

Kriisitilanteiden hoito on myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon velvoite. Vakavimpien kriisitilanteiden kuten mm. itsemurhaa yrittäneiden hoito vaatii erityisosaamista, jota on pyritty keskittämään yleissairaalapsykiatrisiin yksiköihin. Kriisien hoidon edellytyksenä on hoitoon pääsyn helppous ja monipuolisen aktiivisen avun tarjoaminen. On olennaista tunnistaa, milloin kriisissä on kysymys myös itsemurhavaarasta. Kriisipalvelujen järjestäminen olisi nähtävä *yhteistyötehtäväksi kunnissa*.

Ryhmä, johon myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon tulisi kiinnittää huomiota ovat omaisensa menettäneet, etenkin *itsemurhan tehneiden omaiset ja läheiset*. Heille tarjottu tuki ja hoito on merkityksellistä itsemurhien ehkäisyssä siksi, että heillä itsemurha-alttius näyttää olevan tavallista suurempi.

## **Hoitojakson aloittaminen ja päättäminen**

Läänien projektiryhmien arvioinneissa todettiin kaikkia potilaita koskeviksi hoidon ongelmakohdiksi tunnistamis- ja diagnosointivaihe ja aivan erityisesti potilaan siirrot hoitovaiheesta ja -yksiköstä toiseen.

Huomiota kiinnitettiin siihen, että varsinkaan *hoitoa aloitettaessa* ei potilaan ongelmiin aina paneuduttu riittävän monipuolisesti. Elämäntilanteen ja -historian ja aikaisempien ongelmaratkaisutapojen selvittäminen saattoi jäädä puutteelliseksi. Jotkut itsemurhista tehtiin pian psykiatrisen ensikontaktin jälkeen. Potilas saattoi odottaa käynniltä paljon. Se saattoi olla viimeinen oljenkorsi hätätilanteessa. Mahdollisesti hoitava henkilö ei ymmärtänyt potilaan ehkä sanallisesti ilmaisematta jäänyttä hätää.

*Siirtovaiheessa* arviointivirheitä voi tapahtua niin vastaanottavassa kuin lähettävässä yksikössäkin. Monissa tutkimuksissa on osoitettu, että psykiatristen potilaiden itsemurhat ajoittuvat usein lähelle psykiatrisen sairaalahoidon päättymistä, osa jo ensimmäiseen vuorokauteen tai viikkoon. Kun tämä on tiedossa, itsemurhavaara tulisi ottaa huomioon siirtotilanteissa erityisen tarkasti arvioimalla potilaan tilaa ja valmistelemalla siirrot hyvin. Ylivoimaiseksi osoittautuva elämäntilanne, jossa potilas joutuu liian suurten vaatimusten eteen selviytymisessään saattaa lisätä riskiä. *Hyvin valmistellut ja riittävän pitkällä aikavälillä toteutetut muutokset sekä tukiverkoston järjestäminen* voivat ehkäistä tilanteen kriisiytymisen.

Osalla (35 %) viimeinen psykiatrinen hoitojakso oli keskeytynyt johtamatta jatkotoimenpiteisiin. Myös *hoitosuhteiden katkeaminen* muodostaa siis merkittävän ongelman ja saattaa lisätä itsemurhariskiä. Joskus hoitosuhde saattoi katketa vain väliaikaisesti juuri ennen itsemurhaa esim. hoitavan henkilön loman tai sairauden vuoksi.

## **Johtopäätökset**

*Psykiatrisella erikoissairaanhoidolla on keskeinen vastuu jo itsemurhaprosessissa olevien ja riskitekijöitä omaavien ihmisten itsemurhien ehkäisystä*

*Itsemurhavaarassa olevien: itsemurhaa jossakin elämänvaiheessa yrittäneiden ja itsemurhalla uhkaavien hoitoa olisi kehitettävä niin, että*

- osataan arvioida ajankohtaisen itsemurhavaaran vakavuus ja suunnitella hoito vastaamaan kriisitilannetta, etenkin hoitjakson alkamis- ja päättymisvaiheissa, mutta myös sen kuluessa*
- kehitetään ja tutkitaan hoitotekniikoita, jotka soveltuvat itsemurhavaarassa olevien hoitoon*
- tarkistetaan sairaaloittain, voidaanko rakenteellisia tai valvonnallisia seikkoja parantamalla lisätä itsetuhoisten potilaiden hoidon turvallisuutta*
- valmistellaan hoidossa tapahtuvat muutokset hyvin ja turvataan potilaan hoito- tai luottamussuhde hoitavaa henkilöön tai tarvittaessa muihin henkilöihin*
- parannetaan käytäntöjä käsitellä hoitjakson aikana tapahtuneet itsemurhat työyhteisössä*
- järjestetään henkilöstölle koulutusta, jossa käsitellään itsemurhavaarassa olevan hoidon suunnittelua ja toteutusta*
- lisätään valmiuksia toimia konsultaatioyhteistyössä muiden hoitopaikkojen itsemurhavaarassa olevien potilaiden hoitamiseksi.*

*Masennustilojen hoitoja tulisi kehittää ja tehostaa tarkistamalla*

- saavatko hoidossa olevat riittävän monipuolista hoitoa*
- jatkuuko hoito riittävän pitkään jäämättä kesken*
- tarvitaanko hoidon porrastusta niin, että erityisasiantuntemusta vaativien masentuneiden potilaiden hoito keskittyy psykiatriseen erikoissairaanhoidon*
- edellyttääkö muiden hoitojärjestelmien piirissä olevien masentuneiden potilaiden hoito toimenpiteitä psykiatriselle erikoissairaanhoidolle.*

*Päihdeongelmaisten hoidon vastuunjako tulisi tarkistaa siten, etteivät psykiatrista asiantuntemusta tarvitsevat potilaat jää sen ulkopuolelle. Toiminta edellyttää hyvää yhteistyötä perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja sosiaalihuollon kesken.*

*Paikkakuntaakohtaisesti tai alueellisesti tulisi sopia kriisitilanteiden tuki- ja hoitovastuusta kunkin tahon ja ammattiryhmän erityisosaaminen hyödyntämällä.*

*Vapaaehtoisella mielenterveystyöllä ja potilasjärjestötoiminnalla on tärkeä tehtävä yhteyksien, elämänsisällön ja jatkuvuuden vaalijana kuntoutuville. Järjestöjen toiminta on nivellettävä yhteisesti neuvotellen osaksi alueen mielenterveyspalveluita.*

### 3.2.3 Muu erikoissairaanhoido

Somaattisen erikoissairaanhoidon (tässä: muun kuin psykiatrisen) hoitokontakteilla ja –käytännöillä saattaa olla ratkaiseva merkitys itsemurhaprosessin etenemisessä. Lähes puolella itsemurhan tehneistä somaattisella sairaudella arvioitiin olleen osuutta itsemurhatekoon.

Erikoissairaanhoidon poliklinikoita, vuodeosastoja ja yksityislääkäreiden vastaanottoja koskevista kehittämistarpeista keskeisimpiä ovat

- *itsemurhaa yrittäneiden tehokkaan ja asianmukainen hoidon järjestäminen,*
- *psykkisten ongelmien,<sup>1</sup> etenkin masennuksen, tunnistaminen ja hyvän hoidon varmistamisen,*
- *vakavien psyykkisten kriisireaktioiden ehkäiseminen ja hoito somaattisesti sairailta potilailta.*

#### **Itsemurhaa yrittäneiden hoito**

Itsemurhayritys on vakava kriisitilanne ja osoitus itsemurhavaarasta. Itsemurhaa yrittäneistä 14 % teki itsemurhan kolmen kuukauden aikana ensimmäisen yrityksestä. Osalla itsemurhaan johtava prosessi kesti pitempään, useita vuosiakin.

Itsemurhayritys tulisi aina nähdä *itsemurhaprosessin katkaisumahdollisuutena*. Sen esteeksi eivät saisi muodostua avun vastaanottamista ja antamista estävät tunteet, joita itsemurhayritys usein herättää potilaassa ja hoitavissa henkilöissä.

Potilaan saattaa olla vaikea kohdata tilannettaan itsemurhayrityksen jälkeen. Siksi hän mielellään haluaisi piiloutua todellisuudelta ja avulta. Hän saattaa olla myös häpeissään tai hänen on muuten vaikea puhua ongelmistaan. On kuitenkin osoitettu, että potilas voi olla myöhemmin hyvinkin halukas jatkamaan hoitoa, vaikka suhtautuminen olisikin aluksi kielteistä (9).

Henkilökunnassa itsemurhayritys voi herättää ahdistusta, osaamattomuuden pelkoa, vihaa. Näiden tunteiden seurauksena myös vastuu hoidosta saattaa vähetä. Eri potilaat herättävät erityyppisiä tunteita. Osalle ollaan valmiimpia tarjoamaan apua, osalle ei. Alkoholiongelmaisen, toistuvasti itsemurhaa yrittäneen miehen tilanteen selvittäminen ja aktiivinen hoitoonohjaus voidaan tulkita toivottaman turhaksi, vaikka hänen itsemurhariskinsä olisikin huomattavan suuri.

### **Psykkisten oireiden ja häiriöiden tunnistaminen**

Somaattisiin sairauksiin liittyy usein masennustiloja ja itsemurha-*alttiuden* lisääntymistä. Masennusta ei aina tunnistettu tai sen hoidossa oli puutteita. Kaikkien terveydenhuollon sektorien on aiheellista kiinnittää huomiota tähän epäkohtaan, mutta erityinen vastuu on näitä potilaita pääasiassa hoitavilla yksiköillä.

### **Somaattisen sairauden psykkiset vaikutukset**

Vakava sairastuminen johtaa usein *selviytymiskriisiin*, johon vaikuttavat mm. sairauden vakavuus, pelottavuus, rajoittavuus, pitkäaikaisuus ja kivulloisuus. Osa kykenee selvittämään kriisivaiheen omin avuin tai läheisten kanssa, mutta osa tarvitsee ammatillista tukea. Myös lähiomaiset joutuvat käymään läpi omat prosessinsa. Potilaan ja jopa omaisten reagoitavalla on usein merkitystä myös itse sairauden hoituvuudelle. Projektissa arvioitiin potilaiden ja omaisten kriisireaktioiden jääneen usein huomiota

vaille. Mm. sairauksia koskevan informaation ja psykososiaalisen tuen vähyyttä ja kivun riittämätöntä hoitoa moitittiin. Näissä asioissa on todettu kehittämistarpeita muillakin kuin itsemurhaan päätyneillä, esim. syöpäpotilailla (49). Potilaiden ja omaisten huoli ja turvattomuus voi lisääntyä erityisesti hoitajaksojen päättyessä.

### ***Johtopäätökset***

*Jokaiselle itsemurhaa yrittäneelle on järjestettävä elämäntilanteen selvittely, joka perustuu mahdollisuuksien mukaan psykiatriseen konsultaatioon. Hoidosta on laadittava suunnitelma ja motivoitava potilas hoitoon.*

*Itsemurhaa yrittäneiden hoidon kehittäminen edellyttää*

- sopimuksia ja yhteistoimintaa eri terveydenhuollon sektoreiden kesken*
- itsemurhayritysten hoitoperiaatteiden ja –käytäntöjen kehittämistä kokeiluilla ja valtakunnallisella asiantuntijayhteistyöllä sekä hoitoyksiköittäin että alueellisesti*
- henkilöstön ohjausta ja koulutusta, jossa lisätään tietoa itsemurhaa yrittäneiden hoidosta, vaikutetaan asenteisiin ja tuetaan jaksamista raskaassa ja vaativassa työssä.*

*Jokaisen vakavasti sairastuneen potilaan hoitoon tulisi sisältyä elämäntilanteen ja selviytymiskyvyn arviointi ja tarpeellinen psykososiaalinen tuki. Kriisinäkökulma on osa hoidon laadun varmennusta ja siis tapa parantaa samalla somaattisen sairauden hoidon tuloksellisuutta. Hoidossa tulisi ottaa huomioon:*

- henkinen valmistaminen pelkoja aiheuttaviin toimenpiteisiin ja riittävä informointi ja keskustelu sairauden hoitoon, ennusteeseen ja kulkuun liittyvistä tekijöistä*
- riittävä kivun hoito*
- asianmukainen masennuksen hoito*
- potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden tunteen säilyminen myös hoitopaikan vaihtuessa*
- omaisten tiedon ja tuen tarve.*

*Selviytymisen tukimuotona tulisi kehittää edelleen ja lisätä vapaaehtoisin voimin ja järjestöjen työnä toteutettuja tukiverkosto- ja ystäväpalveluja.*

### 3.2.4 Sosiaalihuolto

Itsemurhan tehneistä 22 % (n= 344) oli jossakin elämänsä vaiheessa ollut kontaktissa sosiaalihuoltoon (50). Viimeisen elinvuoden viimeinen kontakti palveluihin suuntautui sosiaalihuoltoon 6 %:lla kaikista itsemurhan tehneistä ja 5 %:lla asiakassuhde oli pitkäaikainen.

Luvut ovat aliarvioita siksi, että eräät sosiaalihuollon alueet jäivät tutkimuksen ulkopuolelle. Eniten asiakassuhteita ja -kontakteja oli päihdehuoltoon, etenkin A-klinikalle, mutta melko runsaasti myös yleisen sosiaalityön yksiköihin ja jonkin verran lasten ja nuortenhuoltoon, vanhustenhuoltoon, kotipalveluun ja vammaishuoltoon. Sosiaalitoimeen vain yksittäisessä kontaktissa olleista useat olivat hoitosuhteessa terveydenhuoltojärjestelmään, erityisesti psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Tavallisimmin sosiaalipalveluihin hakeuduttiin alkoholiongelman (38 %) tai toimeentulo- ja asumisongelman (33 %) vuoksi (50).

Sosiaalihuollon asiakkaat voidaan siis jakaa kolmeen ryhmään: 1) pitkäaikaisissa sosiaalihuollon asiakassuhteissa oleviin, 2) muualla hoitosuhteissa oleviin, mutta myös sosiaalihuollossa asioiviin ja 3) sosiaalihuoltoon vain yksittäisissä kontakteissa olleisiin. Viimeksi mainittuja oli suurin osa. Näin yksittäisille, mutta *toistuville kontakteille* tulee suuri merkitys. Itsemurhan kannalta saattaa olla ratkaisevaa, kyetäänkö niissä oivaltamaan ihmisen elämäntilanne ja tarttumaan selvittämisen ja tukemisen mahdollisuuteen, joka on toimenpiteenä usein vähäinen, mutta vaikutuksiltaan parhaimmillaan käänteentekevä.

Sosiaalitoimi saattaa olla perusterveydenhuollon ohella keskeisessä asemassa yritetäessä tavoittaa erityisesti itsemurhavaarassa olevia nuoria, aikuisikäisiä ja juuri keski-ikäen saavuttaneita *miehiä*. Sosiaalitoimen asiakkaina olivat olleet varsinkin sellaiset itsemurhavaarassa olleet henkilöt, joiden elämässä huono-osaisuus oli monella tavalla kasautunutta ja joiden sosiaalinen tilanne oli keskimäärin vaikeampi kuin itsemurhan tehneiden yleensä. Vaikeat ja traumaattiset lapsuuden kokemukset, työelämästä syrjäytyminen tai työongelmat, toimeentulovaikkeudet, asumisongelmat, ihmissuhdevaikeudet ja psyykkiset sekä päihdeongelmat olivat heidän elämäntilanteidensa



osatekijöinä. Itsemurhamahdollisuuden kannalta tärkeimmiksi riskitilanteiksi havaittiin seuraavien asiakasryhmien elämäntilanteet:

- *keski-ikäiset sosiaalisesti syrjäytyneet alkoholiongelmaiset miehet*
- *keski-ikäiset työssäkäyvät alkoholiongelmaiset miehet*
- *sosiaalisesti sopeutumattomat nuoret miehet*
- *vanhuuden selviytymättömyyden kohdanneet miehet ja naiset*
- *umpikujaan ajautuneet moniongelmaiset naiset*

(50).

### **Itsemurhien ehkäisyn peruskysymykset ja esteet sosiaalihuollossa**

Itsemurhamahdollisuuden ehkäisemisen peruskysymyksiä sosiaalihuollossa ovat itsemurhavaaran tunnistaminen, itsemurhavaaraa lisäävien elämäntilannetekijöiden tunnistaminen ja selviytymiskeinojen tutkiminen ja kehittäminen. Sosiaalihuollon palveluissa tämäntyyppinen toiminta ei nykyisellään ole kuitenkaan kovinkaan tavallista. Toiminnalle on pitkälle ominaista lakipohjainen ja oikeusvarmuuteen pohjaava työote, jolla on pitkät perinteet sosiaalihuollossa. Toimintaperinne organisoii työtä siten, että eri elämäntilanteissa olevien ihmisten asiat viipaloituvat eri sektoreille. Tämä on omiaan johtamaan käytännössä tilanteisiin, joissa asiakkaan elämän prosessinomaisuus ja samalla vastuu asiakkaasta hämärtyy. Sosiaalihuollon ammattien koulutussisällötkään eivät tarjoa riittävässä määrin valmiuksia, jotka mahdollistavat ihmisen kokemusten, tunne-elämän, elämäntilanteiden ja elämänhistorian hahmottamista. Myös palvelujen hakijoilla on sosiaalihuollosta usein kuva etuuksia ja vain pyydettyjä palveluja tarjoavana yksikkönä (50.)

Näkemykset tehtävistä, toimintaa säätelevä *piltostrategia* ja muodostuneet *palvelukäytännöt* on tarkistettava, jotteivat ne estäisi itsemurhien ehkäisytyön kannalta oleellisten toimintatapojen kehittämistä. Tulisi käynnistää keskustelua siitä, missä määrin tarpeellista ja mahdollista on käytäntöjen muovaaminen myös uudenlaisia ajankohtaisia tarpeita kohtaamaan.

*Läänien projektiryhmät näkivät sosiaalihuollon eri sektoreineen terveydenhuollon jälkeen tärkeimmäksi organisaatioksi itsemurhien ehkäisyssä. Ryhmien suositusten mukaan*

sosiaalihuollon, etenkin päihdehuollon, lastensuojelun ja vanhustenhuollon vaikutusmahdollisuudet itsemurhien ehkäisyssä koskevat ensisijaisesti itsetuhoista käytäytymistä (myös siis itsemurhaa) *lisääviä tai mahdollistavia tekijöitä: päihdeongelmia, psyykkisiä ongelmia ja sairauksia ja muita vakavia, pitkäaikaisia tai ajankohtaisia elämänongelmia.*

### **Itsemurhavaara ja sosiaalihuollon palvelut**

Sosiaalihuollon työntekijät tunnistivat erittäin vähän itsemurhan riskitilanteessa olleita asiakkaita. Kuitenkin sosiaalihuollossa tehdään ratkaisuja, jotka vaikuttavat joskus hyvinkin syvästi asiakkaaseen, etenkin kun hän on usein jo valmiiksi vakavissa vaikeuksissa. Itsemurhaan johtava kriisi saattaa siis käynnistyä myös tilanteissa, joissa esim.

- *joudutaan epäämään toimeentulotuki,*
- *siirretään vanhus kotoaan laitoshuoltoon tai*
- *äidiltä joudutaan ottamaan lapsi huostaan.*

Myös monet muut riskitilanteet ja tekijät voivat lisätä sosiaalihuollon asiakkaiden itsemurhavaaraa (vrt. perhekriisit). Kaikissa sosiaalihuollon palveluissa joudutaan tarkistamaan asiakkaiden mahdollisuuksia saada tarvitsemiaan palveluja ilman odotusaikoja ja tarpeetonta viivytystä. Kun asiakkaita joudutaan siirtämään palvelusta toiseen riskitilanteessa, vaihdon tulisi tapahtua "saattamalla" silloin kun on aihetta epäillä, ettei asiakas yksinään jaksa hakeutua uuteen asiakaskontaktiin. Viranomaisten tulisi aina yhteisesti sopia hoitovastuusta ja työnjaosta akuuteissa riskitilanteissa.

### **Päihdekysymys itsemurhien ehkäisyn näkökulmasta**

Päihdehuollon toimenpiteet saavat erityisen suuren painoarvon. Suuri osa itsemurhan tehneistä oli päihteiden vaikutuksen alaisena kuolinhetkellään, ja monilla oli alkoholiriippuvuudeksi kehittynyt päihdeongelma. Päihdehuollon palveluja oli kuitenkin käyttänyt yllättävän harva itsemurhan tehnyt. Hoidon ja tuen piiriin pääsemistä tulisi helpottaa *päivystysluonteista vastaanottoa ja kriisihoitoa lisäämällä. Myös päihtyneiden olisi saatava apua. Erillisten päihdeongelmaisten päivystyspalvelujen järjestäminen ei*

*ole taloudellisesti järkevää*, vaan palvelut tulisi suunnitella yhteistyössä terveydenhuollon kanssa.

Päihdehuollon ehkäisevän toiminnan kehittäminen olisi välttämätöntä. Varsinkin *runsaasti päihteitä käyttävien vanhempien lapsille* tulisi järjestää apua ja tukea. Sellaisten toimintamuotojen kehittäminen, jossa päihteitä runsaasti käyttäviä vanhempia tuetaan heidän kasvatustehtävässään (esim. erityisensikoti), on tarpeen.

### **Vakavat perheongelmat**

Eräät sosiaalihuollon ratkaisut vaikuttavat asiakkaan koko loppuelämään. Esim. lastensuojelutoimenpiteet voivat joko turvata lapsen kehitysmahdollisuudet tai pahentaa tilannetta edelleen ja altistaa ongelmakehitykselle.

Lapsen kasvaminen kodissa, jossa häntä kohdellaan kaltoin tai sijoittaminen pois kotoa vaarantavat persoonallisuuden kehitystä. Ei ole helppoa arvioida yksittäistapauksessa, kumpi on vaurioittavampaa tai missä vaiheessa lapsi olisi otettava huostaan. Joka tapauksessa ainakin kaikissa *sijoitustilanteissa*, varsinkin jos siirtoja on useita, riskit näyttävät kasvavan. Huolellinen työskentely, erityisesti lapsen muiden ihmissuhteiden jatkumisen turvaaminen ja lapsen hädän kuuleminen ovat keinoja yrittää vähentää riskejä.

### **Perhekriisit**

Avioero tai avoliiton purkautuminen on kriisitilanne, jossa tarvittaisiin enemmän, tehokkaampia ja helpommin saavutettavia palveluita. Huomattavan moni itsemurhan tehneistä miehistä ei ollut kyennyt ratkaisemaan parisuhde-eroa rakentavalla tavalla. Vuonna 1988 voimaan tullut avioliittolaki on tehnyt mahdolliseksi perheasioiden sovittelun, joka on säädetty sosiaalipalveluksi. Sovittelun menetelmät eivät kuitenkaan kaikissa tilanteissa ole riittävän tehokkaita ja kaipaavat kehittämistä.

Perheiden kasvatustehtävän ja selviytymisen tukeminen mm. perheneuvonnan keinoin on omiaan vähentämään itsemurhaan altistavien tekijöiden muodostumista. Tukea tarvitaan erityisesti ristiriita- ja erotilanteissa. Kotipalvelun mahdollisuuksia tulisi käyttää entistä enemmän myös kriisitilanteissa olevien perheiden tukemiseen. Erityisen "sosiaaliambulanssin" saaminen akuutteihin perhekriiseihin (yhteistyössä esim. terveydenhuollon ja poliisin kanssa) on kehittämisen arvoinen idea.

### **Johtopäätökset**

*Sosiaalihuollolla on mahdollisuus tavoittaa riskitilanteissa eläviä ihmisiä, joilla usein on monia ongelmia. Tehtävät ratkaisut voivat myös työntekijöiden tahtomatta johtaa vakaviinkin kriiseihin. Itsemurhia ja niiden ehkäisyä koskevan ymmärryksen lisääminen henkilöstölle kuuluu siksi ensijaisiin tehtäviin.*

*Itsemurhavaaran kehittymisen ehkäisemiseksi on tarvetta kehittää sosiaalihuollon järjestelmän toimintaa. Tässä tehtävässä on tärkeitä:*

- arvioida ja kehittää päihdehuollon palveluja lisäämällä kriisi- ja päivystyspalveluita (päihtyneet, rattijuopot) ja kehittämällä hoitoonohjausjärjestelmiä*
- tarkistaa erityisesti vanhustenhuollon yksiköiden toimintapolitiikkaa ja tukea asukkaiden mielekästä ja mahdollisimman itsehallintaista elämää*
- kehittää sovittelujärjestelmiä vankilarangaistuksen vaihtoehtoksi*
- kehittää lastensuojelun työskentelymenetelmiä etenkin sijoitustilanteissa*
- kehittää perhekriisien sovittelun käytäntöjä ja lisätä palveluita.*

*Toimeentulo- ja asuntokysymykset ovat vasta toissijaisesti sosiaalihuollon ongelmia, mutta jäävät viime kädessä sen ratkaistavaksi. Mahdollisuuksia edulliseen vuokra- ja osakkuusasumiseen ja yhteisasumiskokeiluihin tulisi lisätä myös sosiaalihuollon käytettävissä olevin keinoin.*

*Sosiaaliturvaa olisi syytä parantaa myös lisäämällä resursseja kotipalveluun, virkistys- ja lomatoimintaan sekä vammaisten ja vanhusten kotihoidon erilaisiin tukimuotoihin. Sosiaalihuoltolaissa ja lastensuojelulaissa kunnan velvollisuudeksi on annettu myös sosiaalisen ympäristön kehittäminen. Tarvittaisiin erillisprojekteja konkreettisten menetelmien luomiseksi siihen miten*

- vähennettäisiin yksinäisyyttä
- muutettaisiin yhteiskuntaa lapsimyönteisemmäksi
- lisättäisiin ihmisten keskinäistä suvaitsevaisuutta ja ymmärtämystä
- saataisiin nuoret kokemaan elämänsä mielekkääksi
- lisättäisiin ihmisten sisäistä elämänhallintaa.

### 3.2.5 Poliisi

Poliisityö kohdistuu suurelta osin vaikeisiin, usein yllättäviin elämäntilanteisiin ja kriittisiin tapahtumiin. Poliisi tapaa runsaasti henkilöitä, joilla on itsemurhamahdollisuutta lisääviä ongelmia. Poliisi joutuu selvittämään usein yksin varsin dramaattisia tilanteita. *Itsemurhien ehkäisyn kannalta oleellinen kysymys on, missä määrin poliisityössä on mahdollista tunnistaa vakava kriisi tai itsemurhan riskitilanne, harkita tilanteen käsittelytapa sen perusteella ja saada tarvittaessa virka-apua mm. sosiaaliviranomaisilta.*

Haasteet, joita läänien asiantuntijat poliisille esittivät koskivat ennenkaikkea

- *Itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittamista.*
- *Kriisitilanteita, joita ovat alkoholi-ongelmia omaavien henkilöiden riskitilanteet, perheväkivalta ja -kriisitilanteet ja lähiomaisensa menettäneiden kohtaamistilanteet.*

Luvottomien aseiden hallussapitoon, aseenkantolupien myöntämisen ja peruuttamisen perusteisiin sekä aseiden säilytykseen kiinnitettiin läänien asiantuntijaryhmissä huomiota siksi, että ampuminen on toiseksi yleisin itsemurhan toteutustapa. Rajoittamalla aseiden saatavuutta voitaisiin todennäköisesti vähentää pikaistuksissa tai humalassa tapahtuvia itsemurhia tai ainakin voittaa aikaa, jolloin pahin kriisi saattaa ohittua.

On osoittautunut, että rangaistus- ja pidätystilanteet (esim. rattijuopumus) saattavat joissakin tapauksissa laukaista itsemurhaan päätyvän prosessin. Mahdollinen vakava kriisi olisi tunnistettava ja järjestettävä tarpeelliset selvittelyt ja tukitoimet. Tässä tarvittaisiin poliisin, sosiaalihuollon ja mielenterveystyön yhteistyötä paikkakunnalla.

Projektissa kiinnitettiin huomiota lasten turvattomuuskokemuksiin perheväkivalta-tilanteissa. Ne vaurioittavat lasta ja rakentavat hänelle psyykkistä kuormaa, joka saattaa joissakin tapauksissa lisätä jopa itsemurhamahdollisuutta myöhemmissä elämänvaiheissa. Myös väkivaltaan tarttuja saattaa olla omalla tavallaan umpikujassa. Poliisi on usein ainoa paikalla oleva ulkopuolinen henkilö. Näitäkin tilanteita varten tarvittaisiin toimivat yhteistyösuhteet etenkin sosiaalitoimen kanssa.

Omaisien tai läheisten äkillinen kuolema, varsinkin itsemurha, on kokemus, jossa tukitoimet ovat lähes aina tarpeen. Poliisi on ensimmäinen viranomainen, joka kohtaa omaiset ja haastattelee heitä osana kuolemansyytutkimusta. Tapa, jolla poliisi näissä tilanteissa toimii, voi vaikuttaa ratkaisevasti tapahtumien myöhempään kulkuun. Poliisi voi omalla toiminnallaan helpottaa syyllisyydentunteita ja auttaa tarvittaessa avun ja tuen piiriin hakeutumista.

### ***Johtopäätökset***

*Poliisin tehtävänä on kohdata ihmisiä hyvinkin vaikeissa elämänolosuhteissa ja -tilanteissa. Tämä antaa mahdollisuuden myös auttavaan työhön varsinaisen poliisin työn ohella. Kysymys on myös toiminnan laadun varmentamisesta: toiminnalla ei saisi tehdä ainakaan lisähaittaa. Samalla työ on vaativaa ja psyykkisesti ja sosiaalisesti kuormittavaa.*

*Tulisi harkita entistä tarkemmin aseenkantolupien peruuttamista tapauksissa, joissa henkilö uhkailee itsemurhalla tai muuten käyttäytyy itsetuhoisesti. Myös kansalaistieto aseenkantolupien peruuttamismahdollisuuksista sekä aseiden huolellisemmasta säilyttämisestä kodeissa on tarpeen.*

*Poliisin ja sosiaali- ja terveydenhuollon tulisi luoda keskenään toimivat yhteistyösuhteet ja kehittää käytäntöjä, joilla voidaan*

- järjestää hoidollista apua päihdeongelmallisille etenkin rikokseen liittyvissä kriiseissä (esim. rattijuopuneet)*
- varmistaa perheväkivaltilanteissa tarvittava selvittely ja apu kaikille perheenjäsenille*
- tarjota asianmukaista tukea itsemurhan tehneiden omaisille välittömästi tapahtuman jälkeen.*

*Poliisien koulutuksessa tulisi käsitellä itsemurhan riskitekijöitä ja mahdollisuuksia niveltää auttamistyötä osaksi muuta toimintaa.*

*Vaikeita kriisitilanteita usein työssään kokevalle poliisikunnalle tulisi järjestää työnohjaustyypistä ammatillisten tilanteiden käsittelyä ja koulutusta.*

### 3.2.6 Työpaikat, työyhteisöt ja työterveyshuolto

*Työelämässä mukana* olo on keskeinen yksilön ja yhteiskunnan välinen side. Toimeentulon lisäksi työssäolo tukee elämänhallintaa ja selviytymistä. Työsuhteen menettäminen on omiaan lisäämään itsemurhan mahdollisuutta etenkin muiden vakavien ongelmien lisänä. Osoittautui, että työvaikeudet ja työelämästä pois siirtyminen oli suurella osalla itsemurhan tehneistä ollut ajankohtaista usein jo kauan ennen itsemurhaa.

Itsemurhan tehneistä oli työelämässä 43 %. Epävakaassa työsuhteessa oli 17 % työssä olleista. Työelämän ulkopuolella olevista eläkkeellä olijat muodostivat suurimman ryhmän. Eläkkeelläolon perusteena oli useimmin muu kuin ikä. Työttömiä oli 14 %. Lähes joka viides itsemurhan tehneistä miehistä (18 %) oli ollut työttömänä kolmen viimeisen kuukauden aikana (37).

Myös *työolosuhteet ja kokemukset työssä* voivat lisätä kuormitusta ja tehdä umpikujaa. Kolmasosalla oli ollut ajankohtaisia työelämän vaikeuksia, miehillä selvästi useammin kuin naisilla (36). Myös läänien projektiryhmät kiinnittivät huomiota uupumus- ja stressitilanteisiin, joihin osa itsemurhan tehneistä oli työssään ajautunut.

Läänien suosituksissa todettiin *muutos työsuhteen jatkuvuudessa tai sen uhka* itsemurhavaaraa lisääväksi tekijäksi. Uhkan merkitys oli sitä suurempi, mitä enemmän muita vaikeuksia henkilöllä oli tai mitä tärkeämpi työ hänelle oli. Myös *työolosuhteiden muutokset ja eläkkeellesiirtyminen* saattoivat merkitä ratkaisevaa kriisiä.

*Työttömyyden jyrkkä lisääntyminen* vuodesta 1991 alkaen tuo odottamattoman taloudellisen ja sosiaalisen ahdingon ja samalla yllättävän kriisitilanteen ja sopeutumisvaatimuksen suurelle joukolla ihmisiä. Suurtyöttömyyden aikana työtä vaille jääminen saattaa myös "normalisoitua" ja selkeyttää tietoisuutta siitä, että tilanne ei ole "omaa syytä". Tämä voisi parhaimmillaan vähentää subjektiivista kuormitusta. Silti varsinkin

odottamaton työttömäksi joutuminen aiheuttaa elämänmuutoksen, joka heijastuu kaikille elämänalueille ja myös perheiden koko elämään ja voi aiheuttaa muiden paineiden vallitessa vaikean kriisin.

On vakava kysymys, kyetäänkö maassamme sellaiseen kulttuurin muutokseen, tukipalveluiden joustavuuteen ja ihmisten yhteistoiminnan luovuuteen, että ihmisten toimintakyky ja elämännote säilyisi ja tarpeettomilta vaurioittavilta lisäongelmilta vällyttäisiin. Hallitsematon yhteiskunnallinen tilanne heijastuu siinäkin, että työttömyyden aiheuttamien taloudellisten, sosiaalisten ja psykologisten seurausten kompensoimista ja korjaavia järjestelyitä ei yhteiskunnassa hallita. Kansalaisten elämäntilanne ja selviytyminen jää liiaksi satunnaisten hätävarapäätösten ja oman selviytymiskyvyn ja yhteistoiminnan varaan.

### ***Johtopäätökset***

*Työttömäksi joutuneiden ihmisten ja perheiden tilanne on otettava korjaavien ja tukien toimien kohteeksi. Joukkoviestinnän on otettava vastuulleen yhteisvastuun, selviytymismielialan ja ihmisarvon ilmapiirin kehittäminen. Hoito- ja tukipalveluiden on kehitettävä joustavia ja uusia muotoja kriisitilanteiden tueksi. On välitettävä tietoa omaehtoisen toiminnan ja ihmisten yhteisen toiminnan mahdollisuuksista ja annettava sille tukea. Työvoimaviranomaisten on otettava vastuu työkykyä ylläpitävän ja psyykkistä selviytymistä tukevan toiminnan aikaansaamisesta.*

*Työnantajien, työyhteisöjen ja työterveyshuollon on otettava määrätietoemmin vastuu päihdeongelmien ja psykososiaalisten ongelmien havaitsemisesta ajoissa ja rakentavien tukitoimien järjestämisestä.*

*Työelämän epävarmuuden ja muutosten aiheuttamat haitat työntekijälle, työnantajalle ja työyhteisölle on yritettävä minimoida valmistelemalla muutokset henkisesti yhteistyössä työntekijöiden kanssa.*

*Henkilöstön voimavarojen rakentava käyttö parantaa samalla työn laatua. Työelämässä on lisättävä työkykyä ylläpitävää toimintaa, mm. varhaiskuntoutusta, kehitettävä toimenpiteitä hyvän työilmapiirin luomiseksi, lisättävä psyykkistä työsuojelua ja järjestettävä tarvittavat tukitoimet ongelmatilanteissa. Työnantajalla on päävastuu myös työpaikan henkisestä ja sosiaalisesta ilmapiiristä. Työolojen parantamisessa tulee käyttää hyväksi mm. työterveyshuollon asiantuntemusta. Työsuojeluviranomaiset tukevat myös osin työolojen kehittämistyötä.*



## Työterveyshuolto

Työterveyshuollon osuus itsemurhan tehneiden hoitovastuullisina yksikköinä oli pieni. Silti työterveyshuollolla on eräisiin itsemurhamahdollisuuden kannalta tärkeisiin *elämänkriiseihin* parempi yhteys kuin monella muulla terveydenhuollon yksiköllä.

Huomattavan monella työelämässä olleella oli *päihdeongelmia*. Niitä oli enemmän työssäkäyvillä kuin työelämän ulkopuolella olevilla. Aniharva oli kuitenkin hoidossa tai hakenut apua päihdehuollon tai työterveyshuollon palveluista. Suomalaisessa kulttuurissa päihdeongelma hyväksytään ja se saa kehittyä rauhassa hyvinkin vaikeaksi. Työyhteisöt ja varsinkin työterveyshuolto ovat siis avainasemassa ongelman havaittajana ja siihen vaikuttajana. Työterveyshuollolla on keskeinen asema myös työikäisten *stressi- ja uupumistilanteiden ja psyykkisten ongelmien* havaittajana, kuten Kansaneläkelaitoksen selvityksessä todetaan (51). Myös valtioneuvoston vahvistamassa asiakirjassa "Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat" (52) pidetään tärkeänä kehittää toimintamuotoja, jotka liittyvät psykososiaalisiin ongelmiin ja psyykkiseen työsuojeluun sekä vajaakuntoisuuteen, varhaiskuntoutukseen ja työkykyä ylläpitävään toimintaan. Yksi mahdollisuus tehostaa vaikeuksien havaitsemista ja tukitoimien alulle saamista on käyttää tarkistusmenetelmiä, kuten työterveyshuoltoa varten kehitettyä *mielipidekyselyä* (53).

### *Johtopäätökset*

*Työterveyshuollon tulisi ottaa aktiivinen rooli päihdeongelman kehittymisen ensimmäisenä tunnistajana ja tukitoimenpiteiden organisoijana*

*Työterveyshuollon määräaikaistarkastuksissa tulisi painottaa psykososiaalisen selviytymisen kartoittamista ja tukemista terveystieteiden ja psykoterapeuttisen työ-tavan tarjoamin keinoin.*

*Työterveyshuollon toiminnan painottaminen psykososiaalisen selviytymisen tukemiseen edellyttää*

- psykologisen ja psykiatrisen tiedon lisäämistä työterveyshenkilöstön perus- ja täydennyskoulutukseen*
- tiiviin yhteistyön kehittämistä mielenterveyssektorin ja sosiaalihuollon kanssa*
- psykologiasiantuntemuksen hyödyntämistä nykyistä enemmän.*

#### 4.2.7 Koulu ja oppilashuolto

Itsemurhat ja itsetuhokriisit eivät ole kouluikäisillä nuorilla yleisiä, mutta silti mahdollisia. Projektin aikana 13 – 19-vuotiaiden itsemurhia tapahtui yhteensä 53 eli 4 % kaikista itsemurhista. Koulumaailman näkökulma itsemurhien ehkäisyyn koskeekin ensisijaisesti tekijöitä, jotka näyttävät lisäävän itsemurhan mahdollisuutta myöhemmissä kehitysvaiheissa ja jotka muutoinkin vaikeuttavat selviytymistä elämässä, myös koulutyössä. Koulun velvoitteet koskevat siis ensisijassa *riskitekijöihin* vaikuttamista ja *elämänhallinnan* kehittämistä. Myös *tapahtuneen itsemurhan* käsittely kouluyhteisössä on ratkaisevan tärkeää.

#### Riskitilanteet nuoren elämässä

Tekijät, jotka vaikeuttavat nuoren kehittymistä ja saattavat lisätä itsemurhan mahdollisuutta myöhemmissä elämänvaiheissa, voivat liittyä nuoren omiin vaikeuksiin, kodin ongelmiin tai kriisitilanteisiin koulussa tai toveripiirissä. Projektissa kiinnitettiin huomiota nuoriin,

- *joilla on epäsosiaalisuutena tai eristäytyvyytenä ilmeneviä ongelmia, jotka ovat masentuneita,*
- *jotka ovat kokeneet vakavan menetyksen tai pettymyksen,*
- *joiden kotona on ollut vakava kriisi (itsemurha, omaisen kuolema tai avioero) tai pitempiaikaisia elämänongelmia (alkoholiongelmat, sairaudet, väkivalta),*
- *jotka eivät kykene saattamaan päätökseen oppivelvollisuuttaan tai opintojaan.*

Nuoren kokemusmaailma ja vaikeus ratkaista ja kestää ongelmatilanteita saattavat tehdä tavanomaiselta näyttävästä kokemuksesta nuorelle ylivoimaisen. Esim. vakava pettymys seurustelusuhteessa saattaa käynnistää hyvinkin voimakkaan kriisireaktion, joka projektin kokemusten mukaan voi johtaa ääritapauksessa jopa itsemurhaan. Tällaisissa riskitilanteissa nuoren tulisi saada selvittelyapua ja tukea myös koulussa. Riskitilanteiden tunnistaminen ja huolenpito edellyttää aktiivisuutta sekä opettajakunnalta että oppilashuoltohenkilöstöltä.

Koulunkäynnin keskeytyminen on usein alkuna syrjäytymiseen johtavalle kehitykselle, johon tavallisesti liittyy vielä muita vaikeuksia ja epäonnistumisia. Yhdestäkin onnistumisen kokemuksesta saattaisi tulla ratkaiseva käännekohta oppilaalle, joka kokee olevansa perinpohjin epäonnistunut.

### **Hyvinvoinnin edistäminen koulussa**

Yksilöiden väliset vuorovaikutussuhteet määräävät sitä, millaiseksi hyvinvointi muodostuu ja millaisia käyttäytymismalleja suositetaan. Sosiaalinen tuki parantaa stressin sietoa ja omien voimavarojen käyttöä. Hyvinvoinnin kannalta koulun tärkein tehtävä on sosiaalisten taitojen opettaminen. Lasten sosiaaliset taidot (vuorovaikutuskyky, ongelmaratkaisutaito) ennustavat paremmin myöhempää käyttäytymistä kuin häiriökäyttäytyminen (54). Koulun tehtävä on myös sellaisten työskentely- ja vuorovaikutuskokemusten luominen osana koulutyötä, että ne tukisivat selviytymistä ja toimisivat samalla hyvänä mallina.

Subjektiiivisesti koettu hyvinvointi on keskeinen oppimisen ja myönteisen kehittymisen perusta. Positiivinen käsitys itsestä ja muista koostuu osin siitä, miten kodin ja koulun tavoitteet liittyvät yksilön omiin tavoitteisiin ja voimavaroihin sekä siitä, mil-

laisia kokemuksia hän saa selviytymisestään ja muista ihmisistä. Toistuva kokemus omasta voimattomuudesta lisää selviytymättömyyttä, josta vähitellen voi kehittyä epäonnistumisen noidankehä. Koulun tulisikin opetussuunnitelmia laatiessaan ottaa huomioon hyvinvoinnin edistäminen, parantaa oppimisympäristön viihtyisyyttä ja opettaa erityisesti arkiselviytymistä (54).

Koululla on mahdollisuus edistää hyvinvointia ja kehittää itsestä ja muista välittämisen ilmapiiriä monenlaisin käytännön toimenpitein. *Tukioppilastoiminnalla* on mahdollista kehittää oppilaiden välisiä suhteita, yhteisvastuuta ja -henkeä. Tukioppilaat voivat myös toimia kriisitilanteissa henkisinä tukijoina tovereilleen. Opetuksessa ns. *perheryhmien* käytöllä voidaan lisätä opiskelutaitojen ohella toisen huomioonottamista ja auttamista. *Kummitoiminnalla* koulussa ja sen ulkopuolella voidaan kehittää koulun

yhteishenkeä ja samalla antaa oppilaille arkielämässä tarvittavia taitoja. Koulu tai luokka voi myös laatia hyvinvoinnin edistämistä *kehittämissuunnitelman*. Kannustamisen ja kiittämisen ottaminen tietoisin huomion kohteeksi on tärkeää. Se saattaisi olla virike yhteisön kulttuurinkin uudistamiseksi.

### **Johtopäätökset**

*Koulun tulisi kyetä tunnistamaan oppilaan kriisitilanne, välttämään leimaamista ja järjestämään tarvittavaa tukea, jotta tilanteen kärjistyminen estyisi ja rakentavat mahdollisuudet löytyisivät.*

*Koulun kasvatuskulttuurissa tulisi lisätä tietoisuutta rankaisevien ja tukea antavien menettelyjen välisestä vaikutuserosta ongelmatilanteiden hoitamisessa. Kuulemiseen, selvittämiseen, vastuunantoon ja luottamukseen perustuvia yhteistyön muotoja koulun ja oppilaiden kesken ja myös koulun ja kotien välillä tarvitaan lisää. Jokaiselle oppilaalle, varsinkin oppimis- tai sopeutumisvaikeuksissa olevalle pitäisi kyetä turvaamaan onnistumisen kokemus riittävän usein.*

*Koulun keskeyttäneille oppilaille on suunniteltava korvaavia tapoja suorittaa opinnot. Koulunkäyntiä tulee tukea tehokkaasti erityisopetuksella ja tukiopetuksella.*

*Elämäntaitojen, vaikeuksien kohtaamisen ja ihmissuhdekasvatuksen eri muodoissaan on sisällyttävä kouluopetukseen ja -kasvatukseen lasten ja nuorten toimintakyvyn, psyykkisen selviytymisen ja samalla myös itsemurhien ehkäisyn vuoksi.*

*Koulun ja opettajien tulisi tutkia ja kehittää menettelyitään oppilaiden vaikeuksien kohtaamisessa ja oppilaiden tarvitseman tuen antamisessa.*

*Opettajien kiinnostusta ja jaksamista kouluelämän ja oppilaiden ongelmien kestämisessä ja rakentavassa käsittelyssä tulee tukea mm. koulutuksen ja työnohjauksen keinoin. Tietoja psyykkistä selviytymistä tukevista ja vaarantavista tekijöistä ja valmiuksia tunnistaa ja toimia käytännössä tulisi lisätä perus- ja täydennyskoulutuksessa.*

### **Oppilashuolto**

Kolmasosa alle 20-vuotiaista itsemurhan tehneistä oli tehnyt ainakin yhden *itsemurhayrityksen* ja vajaa kaksi kolmasosa oli puhunut *itsemurha-aikeistaan*. Puolet pojista oli puhunut niistä vain kavereilleen. Kaikki vanhemmat eivät olleet tietoisia myöskään aikaisemmista itsemurhayrityksistä. Oppilashuollon henkilöstöllä saattaa olla nuoren

itsetuhoajatuksista sellaista tietoa, jota ei ole edes vanhemmilla. Siksi olisi tunnettava vastuuta siitä, että nuori saa itsemurhan ehkäisemisen kannalta riittävän tuen.

Itsetuhoisen käyttäytymisen ohella monet muut tekijät lisäävät nuorten itsemurhailtiutta. Monen nuoren todettiin kärsineen *masennuksesta*, jota ei ollut tunnistettu eikä hoidettu.

Päihdeongelmat ja epäsosiaalisuus saattavat liittyä masennukseen ja osoittavat vakavan umpikujatilanteen, jossa apu on välttämätöntä. Perheen kriisit ja ongelmat näkyvät osatekijöinä monessa itsemurhaan johtaneessa elämänkulussa. Oppilashuollolla on mahdollisuus vaikuttaa ratkaisevasti oppilaan kestämiseen ja selviytymiseen.

### ***Johtopäätökset***

*Kun itsemurhayritys tulee oppilashuollon tietoon, on varmistuttava, että oppilaan elämäntilanne on selvitetty huolella hoitoyksikössä ja järjestetty tilanteen mukaiset tukitoimet. Myös koulun tulee olla osa tukiverkosta. Tilanteet edellyttävät lähes poikkeuksetta yhteistyötä kodin ja koulun sekä kasvatus- ja perheneuvolan, nuorisopsykiatrisen yksikön tai mahdollisesti muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden kanssa.*

*Kouluyhteisössä tulee pohtia, miten itsemurhauhkaukset saadaan aikuisten ja hoitavien tahojen tietoon. Asiaa tulisi hoitaa koulun, oppilashuollon ja kodin yhteistyönä.*

*Koulussa tulisi olla kriisitilanteiden toimintavalmius. Osa tätä valmiutta on tapahtuneen, kaikkien tiedossaolevan ja koko yhteisöön vaikuttavan kriisitilanteen, kuten itsemurhan jälkikäsitteily. Asian käsittelyyn tarvitaan harkittu, valmisteltu toimintamalli.*

*Kouluterveydenhuollon tarkastukset tarjoavat luonnollisen tilanteen oppilaan elämäntilanteen ja psyykkisten ongelmien ja etenkin masennuksen tunnistamiseen ja tarvitta-vaan hoitoonohjaukseen. Tarkastusten sisältöä olisi kehitettävä psyykkisen selviytymisen turvaamisen ja ongelmien rakentavaan selvittelyyn.*

*Erityisesti tulisi arvioida selviytymistä ja tuentarvetta oppilaalla ja perheellä, jotka näyttävät olevan ajautumassa syrjäytymisen tielle.*

*Oppilashuoltohenkilöstön osallistuminen myös koulun sisäiseen kehittämistyöhön ja toiminnan suunnitteluun auttaa ehkäisemään koulun aiheuttamia riskitilanteita.*

### 3.2.8 Kirkko

Itsemurhan tehneiden uskonnollisuuteen kohdistuneessa tutkimuksessa havaittiin, että 18 %:ssa tapauksista uskonnollisuus oli vaikuttanut itsemurhaprosessiin. Itsemurhan tehneissä oli myös niitä, joiden uskonnolliseen kokemukseen oli liittynyt ristiriitoja. Keskeisin uskonnollisuuden muoto oli ollut avun hakeminen kirkolta tai muilta uskonnollisilta yhteisöiltä. Avun hakemisen muotoja ovat olleet osallistuminen yhteisön toimintaan tai tarve sielunhoidolliseen keskusteluun (55).

Kirkon työntekijät kohtaavat varsin usein ihmisiä, joilla on itsemurhamahdollisuutta lisääviä elämänongelmia. Riskiolosuhteissa elävien ihmisten auttamisen lisäksi kirkko toimii myös elämänhallinnan ja -resurssien lisääjänä. Keskeisessä asemassa ovat seurakuntien, perheasiainneuvottelukeskusten ja etenkin palvelevien puhelinten, sairaalasielunhoidon ja diakoniatyön työntekijät.

#### **Elämänkriisit**

Vakava haaste juuri kirkon työntekijöille on *itsemurhan tehneiden omaisten* kohtaaminen ja itsemurhatapahtuman "käsittely" mm. siunaustilaisuudessa ja sen valmisteluissa. Suhtautumisella on mahdollista joko raskauttaa tai huojentaa omaisten mieltä hyvinkin ratkaisevalla ja kauaskantoisella tavalla. Itsemurhan tehneiden omaiset, etenkin nuoret tulisi huomioida toiminnassa tärkeänä riskiryhmänä.

Projektissa havaittiin, että monet nuorehkot ja keski-ikäiset miehet olivat kokeneet *avio- tai avoeron* tai että kumppanuussuhteen katkeaminen oli tullut ilmeiseksi ennen itsemurhaa. Monilla itsemurhan tehneillä myös lapsuuden kasvuolosuhteita sävyttivät perheen ristiriidat. Ongelmaksi nähdäänkin, että lasten ja miesten selviytymistä eron jälkeen ei aina huomioitu riittävästi.

Kirkon työntekijät kohtaavat myös *masentuneita* henkilöitä erilaisissa elämänoloissa. Etenkin vanhusten masentuneisuuden tunnistaminen on haaste kirkon työntekijöille. Yksinäistyminen ja ruumiillinen sairastaminen saattavat lisätä masennusta ja myös itsemurhan mahdollisuutta vanhoilla.

## **Elämänhallinnan vahvistaminen**

Elämänhallintataidot ja elämänongelmien ratkaisutaidot ehkäisevät kriisitilanteiden syntymistä ja siten välillisesti myös itsemurhia. Etenkin nuorten ja lapsiperheiden kyky ratkaista elämänongelmia on siten merkittävä tukitehtävä.

### ***Johtopäätökset***

*Kirkolla on luonnolliset yhteydet omaisensa menettäneisiin. Heidän tukemiseen tarvitaan henkilö-, ja ryhmäkohtaisia tuen muotoja, joita olisi hyödyllistä kehittää yhteistyössä terveys- ja sosiaalipalveluiden asiantuntijoiden kanssa.*

*Olisi tarkistettava kirkon mahdollisuudet tehostaa perhekohtaisia ja lapsia ja nuoria koskevia toimintamuotojaan siten, että selvittelyapua ja tukea kyettäisiin antamaan avioerotilanteissa ja muissa perhekriiseissä.*

*Vanhusten elämäkriiseissä tukeminen ja olosuhteisiin vaikuttaminen, elämän rikastaminen ja tuen järjestäminen ovat luontevia tehtäviä seurakunnille (diakonia-työlle).*

*Kirkolle esitetyt haasteet edellyttävät henkilöstön koulutusta itsemurhaan liittyvien teki-  
jöiden tunnistamiseksi ja itsemurhauhkausten ja -kriisien käsittelemiseksi.*

### **3.2.9 Toimintavastuu itsemurhien ehkäisyssä laajaksi**

Raportissa on esitelty keskeisimmät suosituksissa esiintuodut vastuulohkot. Todellisuudessa tärkeitä toimintasektoreita on luonnollisesti huomattavasti enemmän. Ohjelmajulkaisussa "Itsemurhan voi ehkäistä" toimintahaasteet on eritelty yksityiskohtaisesti kaikki vastuutahot kohta kohdalta huomioiden.

### 3.3 Itsemurhien ehkäisy yhteiskuntapoliittisena kysymyksenä

Itsemurhakysymyksen yhteiskunnallisia ja yhteiskuntapoliittisia yhteyksiä voidaan tarkastella ainakin seuraavista näkökulmista:

- miten yhteiskunnalliset *olot ja ihmisen elinolot* muotoilevat ihmisen elämäntulkua, mm. terveyttä ja selviytymistä,
- miten yhteiskunnalliset *palvelut* auttavat esimerkiksi elämäntulkua, joka saattaa pahimmillaan johtaa itsemurhaan,
- miten suomalainen *kulttuuri*, ilmapiiri ja ajattelun ja elämän sosiaalinen perimä vaikuttaa itsemurhien esiintymiseen ja ehkäistävyyteen,
- mitä taloudellinen *lama* merkitsee yhtäältä psyykkisen selviytymisen ja itsemurhariskin ja toisaalta yhteiskuntapolitiikan, kulttuurin ja palveluiden toimintapolitiikan kannalta.

#### 3.3.1 Elinolot ja selviytyminen

On eri tulkintoja siitä, valikoituvatko heikon terveyden omaavat ihmiset sosiaalisen hierarkian alapäähän vai selittävätkö heikot työ- ja elinolot suurempaa sairastavuutta ja kuolleisuutta. Kiistaton on sen sijaan tosiasia, että sairastavuus ja kuolleisuus on suurinta heikommassa yhteiskunnallisessa asemassa olevissa luokissa. Kariston (56) mukaan pitkäaikaissairastavuuden luokkaerot ovat Suomessa jyrkemmät kuin muissa Pohjoismaissa ja erityisesti miesten terveydentila on Suomessa poikkeuksellisen huono. Etenkä "erikoistumattomien miestyöntekijöiden" kuolleisuus (1971 - 85) on enemmän kuin kolminkertainen ylempiin toimihenkilöihin verrattuna useiden kuolemansyiden kohdalla. Esimerkiksi alkoholimyrrykyksissä se on 7.5-kertainen ja itsemurhissa 3.3-kertainen. Meillä "erikoistumattomat tai ammattitaidottomat työläismiehet näyttävät muodostavan erityisen syrjäytyneen riskiryhmän, jossa kuolleisuus kaikkiin kuolemansyihin ja erityisesti alkoholinkäyttöön liittyviin kuolemansyihin on suurta. Tämä on tyypillistä Pohjoismaista vain Suomelle" (57).

Myös ajankohtaiset köyhyyttä ja huono-osaisuutta koskevat tutkimukset osoittavat epäedullisten sosioekonomisten ja edelleen sosiaalisten ja psyykkisten selviytymis-



tekijöiden *kasautuvan* voimakkaasti samoille henkilöille. Heikkilän (58) mukaan elinolo-  
puutteiden välillä on lähes kauttaaltaan positiivinen yhteys. Yhteydet ovat vahvimpina  
pienituloisuuden, epävakaa työmarkkina-*aseman*, huonon asumistason, yhteiskunnal-  
lisen passiivisuuden, vapaa-ajan passiivisuuden, huonon terveyden ja sosiaalisen eris-  
täytyneisyyden kesken. Huono-osaisuuden kasautumisaste on köyhien ryhmässä vieläkin  
korkeampi kuin koko väestössä. Sosiaalista huono-osaisuutta koskevat tutkimukset  
osoittavat keskeisimmäksi ongelmaryhmäksi yli 35-vuotiaat perheettömät miehet.

Tutkimukset antavat viitteitä myös niistä talousalueiden ja kuntien elinkeinoraken-  
teeseen, vaurauteen, sosiaalisiin ja kulttuurisiin elinoloihin, väestörakenteen  
valikoituneisuuteen, mutta myös ihmisten elämänorientaatioon (elämänhallinnan koke-  
minen) ym. liittyvistä tekijöistä, jotka selittänevät osin myös itsemurhien suhteellisen  
esiintyvyyden alueellista vaihtelua Suomessa. Esim. tutkittaessa köyhyyttä on havaittu  
myös tärkeiden väestöä kuvaavien piirteiden kasautuvan alueellisesti. Näitä ovat mm.  
pienituloisten osuus väestöstä, tutkintoa vailla oleva väestöosuus, puutteellisesti varuste-  
tuissa asunnoissa asuvien osuus ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus työikäisestä  
väestöstä (59).

Vaikka itsemurhien esiintyvyydessä on Suomessa tuntuja alueellisia eroja, projektin  
aineisto ei selitä suoraan erojen syitä. Tarvittaisiin ekologinen ja sosiaalipoliittinen  
selvitys esimerkiksi jakautuman ääripäitä edustavien läänien tai kenties kuntien  
vertailuna. Varovainen vihje elinoloerojen merkitykseen on mm. Lapin läänin nuorten  
miesten huomattavan suuri työttömyysaste muihin lääneihin verrattuna.

Projektin havainnot osoittavat, että myös itsemurhan tehneiden elinoloissa korostui  
monenlaisten puutteiden kertymä. Noin puolella (59 %) oli puutteellinen tai niukka  
ammattikoulutus ja kokonaan vailla ammattikoulutusta oli 43 %. Enemmistö (57 %) itsemurhan  
tehneistä oli työelämän ulkopuolella, suurin osa heistä eläkkeellä ja  
työttömänä. Eläkeläisistä enemmistö oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Kaikista naisista lä-  
hes puolet (47 %) ja miehistä kolmannes (34 %) oli eläkkeellä. Työelämän ulkopuolella  
olevien koulutustaso oli kaikkein heikoin; heistä 80 % oli suorittanut ainoastaan perus-  
tason. Taloudellisia vaikeuksia oli kuitenkin vain runsaalla kolmanneksella (37).

Huono-osaisuuden monet puolet kasautuvat tavallisesti yhteen samojen ihmisten kannettavaksi. Projekti osoittaa, että myös itsemurha elämänratkaisuna liittyy useimmiten sosiaaliseen huono-osaisuuteen. Itsemurhan riski on siis eräs puutteellisesti resurssoidun elämän osatekijä.

*Syrjäytymisilmiöiden suuri osuus itsemurhaan päätyneessä elämänculussa antaa aihetta päätellä, että itsemurhia ehkäisevät toimenpiteet ja ratkaisut ovat en-sisijaisesti yhteiskuntapoliittisia.*

### **Deprivaation kehät**

Sosioekonomiset olot vaikuttavat monenlaisten elämäntilanteiden ja kokemusten kautta "vähä vähältä virittyvien deprivatioketien" välityksellä (60). Ulkoiset olosuhteet, valinnan mahdollisuudet, tavat, kokemukset jne. kietoutuvat yhteen. Itsemurhamahdollisuuden kehittymisen sosiaalisena ja psykologisenä taustana elinolo-putteet merkitsevät mm. sitä, että

- puuttuu suojaavia kokemuksia ja jää kehittymättä omanarvontuntoa, elämänhallinnan valmiuksia, tulevaisuuden uskoa. Kehittyy siis myös sosiaalista ja psykologista deprivatiota,
- Sen sijaan kertyy enemmän epäonnistumisen kokemuksia ja kestämissä; sosiaalista ja psyykkistä kuormitusta ja vaurioittavia kokemuksia. Kiertyy kasautuva kehä, jolla koetut kokemukset vähentävät mahdollisuuksia tehdä hyviä valintoja ja kokea onnistumista seuraavissa elämäntilanteissa. Kasautuu selviytymismahdollisuuksia vähentävä ja -vaatimuksia lisäävä raskas ja turhauttava elämäntilanne, joka ei kehitä hallintaa ja jossa ei ole toimivaa "turvaverkkoa" eikä parempaa näkymää odotettavissa. Tarjoutuu vahingollisia selviytymisen keinoja.

### **Lyökö yhteiskunta lyötyä**

Käsiteltävän teeman kannalta on huomionarvoista, että monet nuoret saattavat maksaa vaikeuksillaan henkilökohtaista laskua yhteiskuntapoliittisista epäkohdista, joita eivät ole itse valinneet eivätkä aiheuttaneet. Syrjäytyjäksi, sopeutumattomaksi, epäilyksenalaiseen ryhmään kuuluvaksi tai oireilevaksi osoittautunut leimautuu erityistapaukseksi, josta seuraa toimenpiteitä, joista on lisähaittaa. Näin lapsi tai nuori, joka tarvitsisi kipeästi korjaavia, korvaavia ja onnistumisen ja hyväksytyksi tulemisen kokemuksia jää uudel-

leen niitä vaille. Mahdollisuus ja tahto katkaista syrjäytymisen, epäonnistumisen, ihmisarvon puutteen ja kielteisen palautteen kehä saattaa olla itsemurhien ehkäisyn ydinkysymyksiä ja haaste kasvatukselle, koulutukselle ja lastensuojelulle.

*Psyykkisen selviytymisen minimiehtojen turvaamiseksi tarvittaisiin "yhteiskuntatakuun" järjestelmä. Voisivatko palvelukäytännöt ja kasvatuskulttuuri muovautua siten, että toiminta välttäisi epäkohdista rankaisemista ja tähtäisi korjaavien kokemusten aikaansaamiseen.*

*Kotona ja kasvatuksessa, koulutuksessa ja nuorisotyössä tulisi tunnistaa paremmin psyykkisen selviytymisen riskitilanteet ja opetella järjestämään hyväksyviä, vastuuta antavia, itsetuntoa rakentavia ja henkisesti varustavia ratkaisuja tarvitsijoille.*

*Korvaavat toimet tulisi kohdistaa erityisesti poikiin ja nuoriin miehiin.*

### 3.3.2 Palvelujen erikoistumisen edut ja haitat

"Suomessa yhteiskunnalliset rakenteet ovat kansainvälisesti katsoen kunnossa: köyhyyttä on vähän ja sosiaalipalveluja paljon. Sosiaalipolitiikka on rakentanut turvaverkon sekä toimeentulon että sosiaali- ja terveyspalvelujen osalle. Vaikka ote ansiotyöstä irtoaisi, ihmiset eivät putoa niin pohjattomaan kuoppaan kuin monissa muissa maissa. Lisäksi yhteisölliset rakenteet tulevat usein tueksi" (61).

Vaikka palvelut ovat yleisesti ajatellen hyviä ja niitä on riittävästi, niiden toimintaan liittyy epäkohtia, jotka nousevat esiin asiantuntijakeskusteluissa ja myös projektin johdopäätöksissä.

#### **Kasautuvan elämänkuorman havaitsemista ei ota asiakseen kukaan?**

Palveluiden *erikoistuminen* saattaa merkitä etujen ohella myös haittoja. Erikoistuneen palvelun ei ole mahdollista tutkia ja hoitaa asiakasta kokonaisena ihmisenä, yksilönä oman elämänsä jossakin kohdassa. Kussakin palvelussa on esillä vain rajattu osa ihmisestä ja hänen elämäntilanteestaan. Koulun, terveyskeskuksen, erikoissairaanhoidon tai poliisin tehtävät ovat määriteltyjä. Tehtäviin sisältyy oikeus ja velvollisuus puuttua

vain sovittuihin asioihin. Samalle vaikeudelle saattaa tulla eri nimi eri tehtäväksiantoa ja viitekehystä vasten tarkasteltuna (vilkkaus, sopeutumattomuus, epäsosiaalisuus, riikollisuus, oppimiskyvyttömyys tai jokin psykiatrinen diagnoosi).

Niinpä toiminta johtaa usein vain osittaiskorjauksiin. Auttavat toimenpiteet voivat jopa vaikeuttaa elämää entisestään kuten tapauksessa, jossa emotionaalista perua olevat ongelmat ilmenevät epäsosiaalisesti ja johtavat rankaiseviin ja nöyryyttäviin seurauksiin. Vaikka erikoispalveluita on paljon, saattaa käydä niin, että heikosti ongelmiksi eriytynyt tilanne, kuten kasautuva elämätkuorma ei kuulu selkeästi mihinkään erityisotimialaan. Näin kokonaisarviota, "peruskorjausta" tai kompensoivaa paikkausta ei pääse tapahtumaan.

Tämäntapaisista syistä "kokonaisvaltaisuuden" käsite säilyttää paikkansa asiantuntijakeskusteluiden ytimenä.

*Jos ihmisten, etenkin lasten ja nuorten ongelmatilanteiden tulkinta olisi syvällisempää, oivaltavampaa, kokoavampaa, elämätkuohmaisempaa ja konsulttivampaa, kykenisivät useimmat palvelutahot arvioimaan elämätkuohmaisesta tuen tarpeen ja myös antamaan sen asian ollessa kohdalla.*

*Rankaiseminen ja nöyryyttäminen ovat keskeisimpiä omanarvontuntoa vaurioittavia käytäntöjä suomalaisessa kulttuurissa sekä arkikäytäntöinä että monien palveluiden lausumattomana normina. Kasvatusilmapiiri, -arvot ja -käytännöt ansaitisivat syventymistä ja muutoksen.*

Myös sosiaali- ja terveystalveluiden toiminnallinen eriytyminen ja erillään toimimisen käytännöt ovat haitta kansalaisten kannalta tarkoituksenmukaisten hoitojatkumoiden muodostumiselle. Projektin suosituksissa kiinnitettiin huomiota siihen, että vastuun- ja työnjako ei ole useinkaan sovittu selväksi ja palvelut eivät porrastu ja ketjuunnu luontevasti. Erityisen selvästi tämä näkyy "asenteellisesti vaikeimpien" ongelmien, kuten päihdeongelmaisten ja itsemurhaa yrittäneiden hoidossa. Erityisongelmiin erikoistuminen, potilaiden valikoiminen jne. ovat yhteiskunnallisesti tehokkaita politiikkoja vain niin kauan kuin hoitamatta jäävistä, hoitoihin soveltumattomista ongelmista ei koitu yllättävää kallista lisälaskua.

*Ohjelman suosituksissa esitetään keskeisten riskiongelmien hoitomallien kehittämistä ja palveluiden tarkoituksenmukaisuuden varmentamista.*

## Ehkäisevät työmuodot osa palveluita – vai ei?

Vaikka ehkäisevien työmuotojen ensisijaisuutta korostetaan julkisissa valtakunnallisissa asiakirjoissa ja asiantuntijakeskusteluissa, käytännön palvelupolitiikassa ehkäisevän työn osuus on vähäinen (62).

Sairausajatteluun sitoutuneessa kulttuurissa ongelmien ehkäisemiseen ei itse asiassa uskota, sitä ei pidetä edes riittävän kiinnostavana, eikä toiminnan tehokkuutta toteennäytettynä. Työllä ei ole vastaavaa vakiintunutta kulttuuriarvoa kuin eri alojen "korjaavilla" toimilla, vaikka niidenkään arvo ei aina perustu tuloksellisuuteen. Ihmiskäsityksemme ei hahmota prosessia, jolla ihminen ongelmineen kehittyy.

On ilmeistä, että palveluiden hankintapolitiikan muutos: nimettyjen suoritteiden ostaminen aikaisempaa vähemmällä rahalla antaa etusijan ja välttämättömimmiksi katsotuille palveluille. Ostoperiaate on omiaan muuntamaan palveluiden rakennetta myös muulla tavoin. Vaivat, joita varten on nimetty vakiintunut palvelumuoto saavat enemmän huomiota ja myös varoja kenties riippumatta merkityksestään. Selviytymistä varmentavia palveluita ei yhteiskunnassa pidetä toistaiseksi palveluina esimerkiksi silloin, kun niitä kirjataan maksujen perusteeksi. Niinpä niitä ei virallisesti ole.

*Sairaanhoidopiireissä on kehitettävä mielenterveyslain mukaisesti suunnitelma siitä, miten ehkäisevä työ organisoidaan, resurssoidaan, kohdennetaan ja seurataan. Määräosa voimavaroista on kohdennettava keskeisiksi katsottuihin selviytymistä tukeviin työmuotoihin. On selvítettävä "minimitarpeet".*

*Preventiivisellä työllä on varmennettava, etteivät vähäisin toimin ehkäistävissä olevat ongelmat vaikeudu tarpeettomasti hoitopalveluita edellyttävään muotoon.*

*Seurannassa on kirjattava myös toimenpiteet, joihin ryhdytty ehkäistävissä olevien hoitotarpeiden hallitsemiseksi ehkäisevän työn ja selviytymistuen avulla.*

### 4.3.3 Kulttuuriperinteet, ajattelu ja ilmapiiri

Projekti kuvaa suomalaisen itsemurhan sekä yksityiskohtaisesti että pääpiirteittäin, mutta ei selitä suoraan, mihin suomalaisen yhteiskunnan, kulttuurin ja kansan piirteisiin

maamme korkeat itsemurhaluvut liittyvät. Itsemurhaan johtavat tekijät ovat yleisesti kuvattuna suuressa määrin samoja kaikkialla maailmassa. Joitakin kansallisia erityispiirteitä on, kuten esim. alkoholiongelman muita maita suurempi painottuminen meillä itsemurhaan johtavassa elämänkulussa.

Projektin havainnoista jäsentyy kuitenkin itsemurhaan johtaneen elämänkulun tunnusomaisimmat piirteet. Eräs tapa vastata on kysyä, miksi juuri meillä näitä itsemurhaan johtavia elämänoloja ja puutteita esiintyy niin paljon ja miksi elämänvoimaa varmentavia oloja ja kokemuksia niin vähän. Miten suomalainen kulttuuri ruokkii itsemurharatkaisua? Oikeata vastausta ei ole valmiina. Vastauksen etsiminen on ensimmäinen vaihe tilanteen korjaamista. Se on otettava Suomessa "yhteiseksi kansalliseksi työksi".

### **Suomalainen miehuuskoe**

On esitetty ajatus, että modernisaatioprosessi on edennyt Suomessa hallitsemattomasti. Entiset yhteisölliset rakenteet ovat hajonneet ja yhtäältä yhteiskunnalliset uudet rakenteet, toisaalta yksilöllinen elämänmuoto ovat vahvistuneet. On ajateltu, että tapa toimia sosiaalisesti pätevänä yksilönä on meillä haussa sekä oikeilla että epäsuotavilla menetelmillä, mutta laajemmin vielä löytymättä. Erityisesti miehen sosiaalisen ja psykologisen *kelpoisuuden mitat* ovat joko epämääräisiä tai sellaisia, että liian suuri osa joutuu kokemaan menettäneensä ne ja putoavansa hyväksytyjen miesten joukosta. Keskusteluissa tuodaan esiin väitteitä miesten sosiaalisten taitojen puutteesta, kyvyttömyydestä jäsentää omaa kokemusmaailmansa ja jopa kyvyttömyydestä pitää hauskaa. Huomattavaa on myös menetyskokemusten suuri merkitys miesten itsemurhissa. Jopa naisten työssäkäynti ja tasa-arvon lisääntyminen ovat omiaan epävarmentamaan miehen identiteetin "parempana sukupuolena, jonka etuoikeudet legitimoivat leivänhankinta". Naisten tilanne elämäntavoitteiden, kelpoisuusmittareiden ja myös selviytymistaitojen kannalta tarkastellen on ilmeisesti täysin erilainen. (61)

*Se, että kulttuurin kysymykset näyttävät kenties kaikkein tärkeimmiltä ja samalla jäävät vaille valmista vastausta merkitsee, että asiaa on ryhdyttävä selvittämään "omana kulttuuritehtävänä". Kyse on näkemyksen hakemisesta, sen sisäistämisestä ja arkipäivään tuomisesta. Haaste osuu etenkin tiedotusvälineisiin ja mielipiteen muovaajiin.*

## Tietty ihmishävikki – hyväksyty yhteiskunnallinen välttämättömyys?

Itsemurha yhteiskunnallisena ilmiönä ja elämänratkaisuna on vaikeaselkoinen ja ristiriitainen kysymys. Itsemurhan oikeutuksesta ratkaisuna, asiaan puuttumisen oikeutuksesta ja myös itsemurhan ehkäistävytydestä on monia mielipiteitä. Arvolausumia ja eettisiä kannanottoja on inhimillisessä ja yhteiskunnallisessa mielessä sekä itsemurhien ehkäisyn puolesta että sitä vastaan.

Vallitseeko meillä yhteiskunnassa ja myös ihmisten mielissä eräänlainen kilpailun ja kaunan sävyttämä markkinatalous, rankaiseva ilmapiiri ja pudotuspelin logiikka? Joka ei kykene sosiaaliseen vaihtoon eikä menesty, hänellä ei ole riittäviä ansioita. Itsemurhariskin sisältämään elämäntilanteeseen joutuneet ovat itse järjestäneet asiansa huonolle tolalle. Kannattaako heihin sijoittaa, tokkopa asiat ovat edes periaatteessa korjattavissa?

Onko koko ajatus itsemurhien ehkäisemisestä pahasti vaikeutuneessa elämäntilanteessa inhimillisestikään oikein? Ihmisellä itsellään on raskasta ja ylivoimaista elää. Hänestä ei ole oikeastaan hyötyä yhteiskunnalle, päinvastoin haittaa ylenmäärin palveluita ja tukea tarvitsevana. Eikö kuolema ole oikeastaan eduksi sekä ihmiselle itselleen että yhteiskunnalle? "Pimeät elämänarvot syynä elämän mustuuteen tässä maassa."

Itsemurhien ehkäisyohjelma rakentuu elämän ja selviytymisen tukemisen mahdollisuudelle. Mutta se ei vielä riitä. Ratkaisevaa on, mikä on yhteiskunnan etiikka näissä kysymyksenasetteluissa.

### *Itsemurhan oikeutus*

*Osana ehkäisyohjelman toteuttamista on pohdittava avoimesti ongelmaan liittyviä arvokysymyksiä ja eettisiä näkökohtia. On tehtävä tietoisesti asiaan liittyvät lausumattomat vakaumukset, jotka vaikuttavat asian käsittelyyn. Julkisen sanan ja mielipiteenohjaajien on autettava asian käsittelyssä.*

*On keskusteltava myös siitä, mitä oikein on suomalainen selviytymisoppi tai eloonjäämisstrategia. Miten täällä sopii elää ja mikä on oikeata ja mikä väärää. Keskustelun tärkein osa on miehenä jaksamisen kysymys. Asia on saatava prosessoitumaan julkisesti tavalla, joka antaa aineksia kulttuuriselle muutokselle ja omakohtaiselle sisäistämiseksi.*

*Lama merkitsee haasteiden kohdentumista uudella tavalla*

*Omaehtoisen rakentavan ja elämää kannattelevan yhteistoiminnan muotoja tulee käynnistää ja tukea.*

*Palveluiden on kohdennettava ja lisättävä tuki- ja kriisipalveluita uuden tilanteen vaatimusten mukaisesti.*

*Myös tiedotusvälineiden on otettava vastuunsa ilmapiirin ja yleisen mielilan luomisessa. Vain huonojen uutisten pitäminen uutisoimisen arvoisina merkitsee epätoivon lietsomista, yksilöllisten kriisintunteiden ja paniikkimielialan luomista ja ratkaisumallin tarjoamista.*

### 3.3.4 Yhteiskunnallinen vastuu toimintaohjelman toteutuksessa

Ohjelman toteutustapa rakentuu laajapohjaisen vastuunoton ajatukselle. Ohjelman valmistelussa näkökulmat on eritelty vastuutahoittain. Eri tahoille osoitetut haasteet ovat asioita, joiden edelleen harkinta ja sopiviksi ja mahdollisiksi käytännöiksi muokkaaminen on asianomaisen tahon asiantuntemuksen ja päätösvallan piirissä. Tällä menettelyllä testautuu käytännössä, mikä asema itsemurhakysymyksellä ja siihen liittyvillä asioilla on yhteiskunnassa. Toiminnan etenemistä eri tahojen toimintana seurataan.

*Tutkimustoiminnan tukeminen itsemurhakysymystä koskevan tiedon tarkentumiseksi on eräs yhteiskunnallinen kannanotto.*

*Raporttiin perustuva tavoite- ja toimintaohjelma julkaistaan erikseen nimellä "Itsemurhan voi ehkäistä", Sosiaali- ja terveyshallituksen julkaisu 1991.*



## Lähteet

1. *Itsemurhatoimikunnan mietintö*. Komiteanmietintö 1974:66. Helsinki 1974.
2. *Lönnqvist J.* Itsemurhien ehkäisyprojekti. Suomen lääkärilehti 1987;42:1251 – 1257.
3. *Lönnqvist J, Aro H, Palonen K, Huurre T.* (toim.). Itsemurhat Suomessa 1987 – projekti: toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia. Käsikirjoitus.
4. *Rose G.* High-risk and population strategies of prevention: ethical considerations. *Ann Med* 1989;21:409 – 413.
5. *Suokas J.* Assessment and treatment of attempted suicide patients in a general hospital. Department of Helsinki University and National Public Health Institute. Helsinki, Finland. Yliopistopaino 1991.
6. *Cullberg J, Wasserman D, Stefansson C-G.* Who commits suicide after a suicide attempt? An 8 to 10 year follow up in suburban area. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77:598 – 603.
7. *Ostamo A, Lönnqvist J.* Parasuicide in Helsinki: A male problem. Teoksessa Ferrari G, Bellini M, Crepet P. (toim). *Proceedings of the 3rd European symposium of suicidal behaviour and risk factors.* Bologna, Monduzzi Editore 1990.
8. *Wolk-Wasserman D.* The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Acta Psychiatr Scand* 1985;71:581 – 595.
9. *Möller HJ.* Compliance. Teoksessa: Platt ST, Kreitman N. (toim.). *Current research on suicide and parasuicide. Selected proceedings of the second European symposium on suicidal behaviour, Edinburgh 1988.* Edinburgh University Press 1989.
10. *Suokas J, Lönnqvist J.* Staff's attitudes towards patients who attempted suicide. Teoksessa: Dickstra RFW, Maris R, Platt S, Schmidtke A, Sonneck G. (toim). *Suicide and its prevention. The role of attitude and imitation.* WHO. EJ. Brill 1989.
11. *Ketola O.* Terveidenhuoltoalan opiskelijat ja itsemurhailmiö. Tutkimus Turun ja Salon terveydenhuolto-oppilaitosten opiskelijoiden tiedoista ja käsityksistä itsemurhailmiötä kohtaan. Pro gradu –tutkielma. Terveidenhuollon opettajan koulutusohjelma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos 1990.

12. *Henriksson M. ym.* Mielenterveyden häiriöt ennen itsemurhaa. Teoksessa: Lönnqvist J, Aro H, Palonen K, Huurre T. (toim). Itsemurhat Suomessa 1987 – projekti: toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia. Käsikirjoitus. (Englanninkielinen käsikirjoitus: Henriksson M. ym. Mental disorders and comorbidity in suicide: retrospective DSM-III-R diagnoses among 229 suicide victims in Finland).
13. *Järventie I, Perä-Rouhu E, Palonen K, Lönnqvist J.* Elämää ennen kuolemaa. Itsemurhan yhteiskunnallista ja sosiaalista taustaa. Itsemurhat Suomessa 1987 – tutkimusprojekti. Lääkintöhallituksen tutkimuksia no 54. Helsinki. Valtion painatuskeskus 1990.
14. *Murto L.* Kirjallinen kommentti. Julkaisematon 1991.
15. *Mayfield DG, Montgomery D.* Alcoholism, alcohol intoxication and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry* 1972;27:349 – 353.
16. *Lehto J.* Juoppojen professionaalinen auttaminen. Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 1/1991. Helsinki, Valtion painatuskeskus 1991.
17. *Norström T.* Alcohol and suicide in Scandinavia. *British journal of Addiction* 1988;83:553 – 559.
18. *Guze SB, Robins E.* Suicide and primary affective disorder. *Br J Psychiatry* 1970;117:437 – 438.
19. *Barracough B, Pallis DJ.* Depression followed by suicide: a comparison of depressed suicides with living depressives. *Psychological Medicine* 1975;5:55 – 61.
20. *Fawcett J.* Predictors of early suicide: Identification and appropriate intervention. *J Clin Psychiatry* 1988;10 (suppl): 7 – 8.
21. *Beck A, Weisman A, Lester D.* The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical psychology* 1974;42:861 – 865.
22. *Rich CL, Fowler RC, Fogarty LA, Yong D.* San Diego Suicide study III. Relationship between diagnoses and stressors. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45: 589 – 592.
23. *Drake RE, Gates C, Whitaker A, Cotton RG.* Suicide among schizophrenics: A review. *Compr Psychiatry* 1985;26:90 – 100.
24. *Rutz W, von Knorring L, Wälinder J.* Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:151 – 154.

25. *Elkin I, Schea MT, Watkins JT.* et al. National Institute of Mental health. Treatment of depression collaborative research program: general effectiveness of treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971 – 983.
26. *Miles CP.* Conditions predisposing to suicide: a review. *Journal of Nerv and Ment Dis* 1977;164:231 – 241.
27. *Roy A.* Suicide in schizophrenia. Teoksessa: Roy A. (toim.) *Suicide*. Baltimore, Williams & Wilkins 1989.
28. *Roy A.* Suicide in chronic schifophrenia. *Br J Psychiatry* 1982;141:171 –177.
29. *Mäkelä P.* Suomalaisten miesten itsemurhatyyppit. Teoksessa. *Achte K, Lindfors O, Lönnqvist J, Salokari M.* (toim). *Suomalainen itsemurha*. Helsinki, Yliopistopaino 1989.
30. *Whitlock FA.* Suicide and physical illness. Teoksessa: Roy A. (toim.) *Suicide*. Baltimore, Williams & Wilkins 1989.
31. *Louhivuori K.* Risk of suicide among cancer patients in Finland. XVI IASP-congress. International conference on suicide prevention and crisis intervention. 1 – 5.1991 Hamburg. Abstract volume.
32. *Hietanen P, Lönnqvist J.* Syöpä ja itsemurhat. Teoksessa: Lönnqvist J, Aro H, Palonen K, Huurre T. (toim). *Itsemurhat Suomessa 1987 –projekti: toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia*. Käsikirjoitus.
33. *Halttunen A. ym.* Itsemurhat ja vakavan sairauden pelko: AIDS-pelon ja muiden sairauksien pelon vertailua. Teoksessa: Lönnqvist J, Aro H, Palonen K, Huurre T. (toim). *Itsemurhat Suomessa 1987 –projekti: toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia*. Käsikirjoitus.
34. *Bunch J.* Recent bereavement in relation to suicide. *Journal of Psychosom Research* 1972;16:361 – 366.
35. *Osgood N.* The etiology and prevention of suicide in the elderly. XVI International conference on suicide prevention and crisis intervention. 1 – 5.1991 Hamburg. Abstract volume.
36. *Heikkinen M. ym.* Elämäntapahtumat ja itsemurha. Teoksessa: Lönnqvist J, Aro H, Palonen K, Huurre T.(toim). *Itsemurhat Suomessa 1987 –projekti: toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia*. Käsikirjoitus.
37. *Järventie I, Kiviniitty J.* Arkielämän rakenne ja itsemurhat. Teoksessa: Lönnqvist J, Aro H, Palonen K, Huurre T.(toim). *Itsemurhat Suomessa 1987 –projekti: toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia*. Käsikirjoitus.
38. *Marstedt G, Schahn K.* Eine analyse des Zusammenhanges von Arbeitsbedingungen und psychischen Störungen. *Psychologie und Praxis* 1977;21: 1 – 12.

39. *Valkonen T, Martelin T.* Occupational Class and suicide: an example of the elaboration of a relationship. Sosiologian laitoksen tutkimuksia no 222. Helsingin yliopisto 1988.
40. *Diekstra RFW.* Suicidal behavior and depressive disorders in adolescents and young adults. *Neuropsychobiology* 1989;22:194 – 207.
41. *Platt S.* Unemployment and suicidal behaviour. *Social Science and Medicine* 1984: 19:93 – 115.
42. *Järventie I.* Näkökulma itsemurhaan: Vaikeudet työelämässä. Työelämän tutkimus-lehti 1991.
43. *Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J.* Nuorten itsemurhat. *Tiede* 2000 1991:2:20 – 23.
44. *Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J.* Adolescent suicide: Endpoint of long-term difficulties. A study of suicides among 13 to 19 year olds in Finland. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991 (painossa).
45. *Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J.* Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II in suicides among 13 to 19 year old in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:834 – 839.
46. *Aro H, Marttunen M, Lönnqvist J.* Adolescent suicides in Finland. Teoksessa Ferrari G, Bellini M, Crepet P (toim). Proceedings of the 3rd European symposium of suicidal behaviour and risk factors. Bologna, Monduzzi Editore 1990:71 – 75.
47. *Palonen K, Aro H, Lönnqvist J.* Itsemurhakuolleisuuden kehitys Suomessa 1921 – 1987. Lähtökohtia itsemurhien ehkäisylle. *Suomen Lääkärilehti* 1990;36:3283 – 3289.
48. *Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälkiä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V.* Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Kuntoutustutkimuskeskus, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. Helsinki ja Turku 1989.
49. *Vainio A.* Pain management in cancer patients. Anestesiologian laitos, Helsingin yliopisto. Helsinki 1991.
50. *Kekkonen M, Palonen K, Lönnqvist J, Kananoja A, Taskinen S.* Itsemurha ja sosiaalipalvelut. Tutkimus sosiaalipalvelujen käytöstä ennen itsemurhaa. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportti no 22/91. Helsinki, Valtion painatuskeskus 1991.

51. *Kalimo E, Karisto A, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K, Raitasalo R.* Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Työterveyshuollon valtakunnallinen arviointitutkimus. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:24. Helsinki 1989.
52. Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat. Valtioneuvosto 1988.
53. *Raitasalo R.* Kansaneläkelaitoksen mielialakyselyyn liittyvät julkaisut, lomake ja ohjeisto. 15.2.1990.
54. *Meriläinen L.* Kirjallinen kommentti. Julkaisematon.
55. *Sorri H.* Uskonto ja itsemurha. Teoksessa: Lönnqvist J, Aro H, Palonen K, Huurre T. (toim). Itsemurhat Suomessa 1987 -projekti: toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia. Käsikirjoitus.
56. *Karisto A.* Sosiaaliluokka ja sairastavuus. Tutkimus muutoksista vuosina 1964 - 1987. Sosiaalilääket. Aikakauslehti 1990:27:43 - 54.
57. *Valkonen T.* Keski-ikäisen väestön sosioekonomisten kuolleisuuserojen kehitys Suomessa 1971 - 1985. Sosiaalilääket. Aikakauslehti 1990:27:6 - 16.
58. *Heikkilä M.* Köyhyys ja huono-osaisuus hyvinvointivaltiossa. Tutkimus köyhyydestä ja hyvinvoinnin kasautumisesta Suomessa. Sosiaalihuollon julkaisuja 8/1990. Helsinki 1990.
59. *Ritakallio Veli-Matti.* Köyhyys ei tule yksin. Tutkimus hyvinvointipuutteiden kasautumisesta toimeentuloasiakkailta. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 11/1991. Helsinki 1991.
60. *Karisto A.* Elämäntapa ja terveys - poimintoja tutkimuksesta. Sosiaalilääket. Aikakauslehti 1989: 5 - 6; 273 - 279.
61. *Sipilä J.* Kirjallinen kommentti. Julkaisematon.
62. *Lääkintöhallitus.* Psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja mielenterveyshuollon kehitysnäkymät 1990-luvulla. Julkaisu 172. Helsinki 1991.

## Ehkäisysuositusten analyysilähteet:

1. *Hämeen lääninhallitus. Sosiaali- ja terveysosasto.* Hämeen läänin itsemurhien ehkäisyprojekti 1987. Osa I. Läänin projektiryhmän yhteenvetoraportti. 1990.
2. *Hämeen lääninhallitus. Sosiaali- ja terveysosasto.* Hämeen läänin itsemurhien ehkäisyprojekti 1987. Osa II. Alueprojektiryhmien yhteenvetoraportit. 1990.
3. *Keski-Suomen lääninhallitus, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kl.* Itsemurhat Keski-Suomen läänissä 1987. 1990.
4. *Kuopion yliopisto, Kuopion lääninhallitus.* Itsemurhat Kuopion läänissä 1987. Kuopion läänin itsemurhien ehkäisyprojektin raportti. Kuopion yliopiston julkaisuja. Lääketiede. Tilastot ja selvitykset 4/1989, Kuopio 1989.
5. *Kymen lääninhallitus.* Kymen läänin itsemurhat -87 -projektiryhmän raportti. Kymen lääninhallituksen julkaisuja nro 64, Kouvola 1990.
6. *Lapin lääninhallitus. Sosiaali- ja terveysosasto.* IMS -87 projektiraportti. Lapin lääninhallituksen julkaisusarja 1989:17, Rovaniemi 1989.
7. *Mikkelin lääninhallitus.* Itsemurhat Mikkelin läänissä 1987. Mikkelin 1989.
8. *Oulun lääninhallitus.* Itsemurhat 1987. Oulun läänin tutkimus- ja ehkäisyprojekti. 1989.
9. *Pohjois-Karjalan lääninhallitus. Sosiaali- ja terveysosasto.* Itsemurhat Pohjois-Karjalan läänissä 1987. Julkaisu 10/1990, Joensuu 1990.
10. *Turun ja Porin lääninhallitus.* Itsemurhat Turun ja Porin läänissä 1987. Turun ja Porin läänin itsemurhien ehkäisyprojektin raportti. Turun ja Porin lääninhallituksen julkaisusarja nro 25/90, 1990.
11. *Uudenmaan lääninhallitus.* Itsemurhat Uudenmaan läänissä 1987. Uudenmaan lääninhallituksen julkaisusarja 1989:12, Helsinki 1990.
12. *Vaasan lääninhallitus.* Itsemurhat Vaasan läänissä 1987. Vaasan lääninhallituksen julkaisusarja 1989:8, 1989.

## Muut kannanotot, selvitykset, konsultaatiot

### Itsemurhien ehkäisyn asiantuntijaryhmä vv. 1986 – 91:

*Bäckman Matti*, ylitarkastaja, sisäasiainministeriö  
*Ekman Pirkko*, ylihoitaja, Jorvin sairaala  
*Esko Martti*, pääsihteeri, Kirkon sairaalasielunhoidon keskus  
*Eskola Jarkko*, osastopäällikkö, sosiaali- ja terveysministeriö  
*Helander Elisabeth*, tutkimusjohtaja, Suomen Akatemia  
*Huttunen Jussi*, ylijohdaja, Kansanterveyslaitos  
*Häyrynen Seppo*, pääsihteeri, Kirkon sairaalasielunhoidon keskus  
*Jaakkola Risto*, kansliapäällikkö, Uudenmaan lääninhallitus  
*Kananoja Aulikki*, osastopäällikkö, sosiaali- ja terveysthallitus  
*Koskela Kaj*, kehittämisspäällikkö, sosiaali- ja terveysthallitus  
*Kärhä Esko*, ylilääkäri, Kunnallinen Eläkelaitos  
*Lamberg Matti*, ylilääkäri, sosiaali- ja terveysministeriö  
*Lehtinen Ville*, apulaisprofessori, Turun yliopistollinen keskussairaala  
*Luomanmäki Kimmo*, osastonylilääkäri, Helsingin yliopistollinen keskussairaala  
*Meriläinen Liisa*, ylitarkastaja, opetushallitus  
*Murto Lasse*, toimitusjohtaja, A-klinikkasäätiö  
*Nuutila Matti*, oikeuslääkäri, Keski-Suomen lääninhallitus  
*Palonen Kirsti*, psykologi, Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
*Poikonen Pirkko*, ylitarkastaja, kouluhallitus  
*Pylkkänen Kari*, apulaisosastopäällikkö, lääkintöhallitus  
*Pöyhönen Reijo*, ylitarkastaja, sisäasiainministeriö  
*Raitasalo Raimo*, dosentti, Kansaneläkelaitos, sosiaaliturvan tutkimuslaitos  
*Ruokola Matti*, pääjohtaja, lääkintöhallitus  
*Sintonen Markku*, ylitarkastaja, sisäasiainministeriö  
*Sipilä Jorma*, professori, Tampereen yliopisto  
*Taipale Vappu*, pääjohtaja, sosiaali- ja terveysthallitus  
*Taskinen Sirpa*, va kehittämispäällikkö, sosiaali- ja terveysthallitus  
*Vertio Harri*, ylilääkäri, lääkintöhallitus  
*Waris Kyösti*, psykologi, työsuojeluhallitus

## **Läänien projektinjohtajat:**

*Heikkilä Pentti*, johtava lääkäri, Etelä-Savon sairaanhoitopiiri  
*Hynninen Tuula*, psykologi, Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri  
*Häivä Jukka*, ylilääkäri, Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
*Ijäs Maija-Liisa*, terveydenhuollon tarkastaja, Vaasan lääninhallitus  
*Jääskeläinen Antti*, oikeuslääkäri, Turun lääninhallitus  
*Keski-Säntti Juhani*, ylilääkäri, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri  
*Lehto Rauno*, ylilääkäri, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri  
*Liikkanen Antti*, ylilääkäri, Lapin sairaanhoitopiiri  
*Metsä-Simola Sinikka*, mielenterveystyötä johtava lääkäri, Helsingin kaupungin terveysvirasto  
*Männikkö Timo*, mielenterveystyön johtava lääkäri, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri  
*Paukkonen Pauli*, ylilääkäri, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri  
*Raudasoja Tuula*, psykologi, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri  
*Reijomaa Tuula*, terveydenhuollon tarkastaja, Uudenmaan lääninhallitus  
*Saarinen Pirjo*, apulaisopettaja, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri  
*Solantaus Juhani*, ylilääkäri, Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
*Sorri Pentti*, ylilääkäri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri  
*Väisänen Erkki*, apulaisprofessori, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

## **Muut asiantuntijat:**

*Arajärvi Seija*, perheneuvoja, Tampereen seurakuntien perheasiain neuvottelukeskus  
*Ahlström Salme*, esimies, Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos  
*Aro Hillevi*, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos  
*Beskow Jan*, dosentti, Ruotsi  
*Beskow Solveig*, psykologi, Ruotsi  
*Diekstra Rene RW.*, professori, Hollanti  
*Heinonen Sinikka*, sosiaalityöntekijä, Helsingin yliopistollinen keskussairaala  
*Henriksson Markus*, psykiatrian erikoislääkäri, Helsingin yliopistollinen keskussairaala  
*Huurre Taina*, apulaistutkija, Kansanterveyslaitos  
*Hämeen läänin projektiryhmä*  
*Isometsä Erkki*, psykiatrian erikoislääkäri, tutkija, Kansanterveyslaitos  
*Karttunen Marja-Liisa*, psykologi, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri  
*Kivinen-Aalto Pentti*, erityisnuorisotyöntekijä, Helsingin seurakuntayhtymä  
*Kokko Simo*, kehittämisspäällikkö, sosiaali- ja terveyshallitus  
*Kuoppasalmi Kimmo*, va. hallinnollinen apulaisylilääkäri, Helsingin yliopistollinen keskussairaala  
*Lehto Juhani*, kehittämisspäällikkö, sosiaali- ja terveyshallitus  
*Lehtonen Tuire*, suunnittelija, sosiaali- ja terveyshallitus  
*Marttunen Mauri*, psykiatrian erikoislääkäri, Uudenmaan sairaanhoitopiiri



*Mäkelä Simo*, ylilääkäri, A-klinikkasäätiö  
*Nuorvala Yrjö*, erikoissuunnittelija, sosiaali- ja terveyshallitus  
*Nykänen Veli-Eino*, vt. ylikomisario, Poliisi-opisto  
*Ostamo Airi*, tutkija, Helsingin yliopisto, psykiatrian klinikka  
*Salovainio Anneli*, tutkija, Kansanterveyslaitos  
*Simpura Juhani*, tutkija, Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos  
*Vaarama Marja*, erikoissuunnittelija, sosiaali- ja terveyshallitus  
*Wasserman Danuta*, dosentti, Ruotsi

### **Neuvottelu- ja seminaaritulaisuudet:**

Ehkäisevän mielenterveystyön valtakunnallisen koulutuksen osanottajat. Tampereen yliopisto, täydennyskoulutuskeskus, 24.9.1991.

Itsemurhien ehkäisyn tavoitteet ja strategia -seminaarin osanottajat, Hyvinkää 18 - 20.9.1990.

Itsemurhien ehkäisy: suunnitelmasta käytäntöön -seminaarin osanottajat, Helsinki 19 - 19.11.1991.

Useat muut seminaaritulaisuudet ja kokoukset.



## **Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja -sarja:**

1/1991

Jarko Tirkkonen – Osmo Kontula: Impppaus nuorten ryhmätoimintana

2/1991

Uusimpien yleissairaaloiden tilat ja toimintaluvut

3/1991

Tylsät hampaat vai sitkeä liha?

Terveellisten elintapojen edistäminen riskialtteimmissa väestöryhmissä.

Terveyskasvatuksen neuvottelukunta

4/1991

Ulla Valkama: Perheasioiden sovittelu – jäännöksi vai uusi mahdollisuus?

5/1991

Mikael Leiman: Käsitteet kehittyvät murtuessaan

Raportti Keski-Suomen perheneuvolojen työn kehittämisprojektistä

6/1991

Raili Timperi, Leena Vihma: Vammaispalvelulain mukainen palveluasuminen vuosina 1990–1992

7/1991

Yrjö Engström, Osmo Saarelma, Kirsti Launis, Riitta Simoila, Raija-Leena Punamäki:

Terveyskeskusten uuden työtavan kehittäminen

Toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti nro 2

8/1991

Esko Kumpusalo: Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys

9/1991

Erik Arnkil (toim.): Sosiaalityön rationalisointi, paradoksaalinen tehtävä

Kaksi Sosiaalityön tutkiva kehittäminen -projektin raporttia

10/1991

Erik Arnkil (toim.): Kahdet asuntomarkkinat ja sosiaalityö

Kolme Sosiaalityön tutkiva kehittäminen -projektin raporttia

11/1991

Anja Auvinen, Kirsti Kesti, Ulla Vuorio: Tuulikaapista A-klinikalle

Sosiaalityön tutkiva kehittäminen -projektin raportti

12/1991

Risto Koskinen: Työmarkkinoilta syrjäytyneistä peräkammariasiakkaisiksi

Sosiaalityön tutkiva kehittäminen -projektin raportti

13/1991

Kanteluratkaisut 1990

Lääkintöhallituksen toimenpiteitä aiheuttaneet kantelu- ym. ratkaisut 1990

14/1991

Osmo Kontula, Kaj Koskela: Mustasukkaisuus ja terveys

15/1991

Anu Muuri, Leena Vihma: Kuinka siinä kävikään?

Lasten päivähoito ja kotihoidon tuki vuoden 1990 alussa

16/1991

Hanna Laurila: Räätelöity täydennyskoulutus sosiaalityössä

Raportti Sosiaalityön tutkiva kehittäminen -projektin koulutusvaiheista

17/1991

Kirsti Launis, Riitta Simoila, Osmo Saarelma, Raija-Leena Punamäki, Yrjö Engeström:

Terveyskeskusten pohjakartoitukset

- 18/1991  
Vertailu pitkäaikaissairaanhoidon osastojen soveltuvuudesta. Malmin sairaalan, Järvenpään ja Sipoon terveystieteiden vuodeosastot
- 19/1991  
Marja-Liisa Nyholm: Kuntouttavan työtoiminnan mahdollisuudet
- 20/1991  
Jouni Tourunen: Päihtymys ja päiivystys päihdehuollossa
- 21/1991  
Kuinka uusi tietojärjestelmä toimii?  
Syntymärekin kehittämiprojektin 1987–1990 loppuraportti
- 22/1991  
Marjatta Kekkonen, Kirsti Palonen, Jouko Lönnqvist, Aulikki Kananoja, Sirpa Taskinen:  
Itsemurha ja sosiaalipalvelut  
Tutkimus sosiaalipalvelujen käytöstä ennen itsemurhaa
- 23/1991  
Erik Arnkil: Keitä muita tässä on mukana?
- 24/1991  
Seppo Aro (toim.): VPK Väestövästävastuisten perusterveydenhuollon kokeilut.  
Väliraportti
- 25/1991  
Vappu Karjalainen – Juhani Ahonen – Jaana Ylönen:  
Apuvälinepalvelut keskussairaaloissa
- 26/1991  
Loma ja hyvinvointi  
Tutkimuksia 4-6
- 27/1991  
Anja Lehtonen, Leena Kurra, Kaija Viinikainen: Kotipalvelun menestystarina
- 28/1991  
Työpaikkaruokailututkimus Vantaan kaupungissa
- 29/1991  
Romanilapsen maailma – Romanokentosko bolipa
- 30/1991  
Erkki Kempainen: Viimesijaisen toimeentuloturvan ehdoista Euroopassa
- 31/1991  
Kehitysvammaisuus ja apuvälineet
- 32/1991  
Arja Liukkonen, Marja Vaarama: Dementoituneiden vanhusten palvelujen kehittäminen
- 33/1991  
Satu Åkerblom: Tilat toimiviksi vanhustenhuollossa
- 34/1991  
Väestövästävastuinen psykiatria 1990-luvulla  
Sairaanhoitopiirit ja mielenterveyden kehittämishjelmat
- 35/1991  
Timo Tuori: Uuden skitsofreniapotilaan hoitoprosessi
- 36/1991  
Bengt-Vilhelm Levón: Asuin ympäristö kaikille – Bostadsmiljö för alla.  
Pohjoismainen kirjallisuusluettelo – Nordisk litteraturkatalog
- 37/1991  
Arto Alanko – Eero Hokkanen:  
Sepelvaltimokirurgian ja angioplastian tarve ja järjestelyt Suomessa 1991-1995.

38/1991

Anja-Riitta Lahikainen – Erja Rusanen:

Could municipal daycare services be improved? An action research project in seven Finnish municipalities

39/1991

Karjalainen – Lindqvist – Saares – Voutilainen: Terveystietä ja -kulturia

Preventio ja asiantuntijavalta terveydenhuollon eettisenä ongelmana.

40/1991

Kajaja-Matinheikki-Kokko:

Pakolaisten vastaanotto ja hyvinvoinnin turvaaminen Suomessa

41/1991

Maila Upanne (toim.): Psykologityö terveyskeskuksissa

42/1991

Pirjo Vesanen: Hullunkirjoista talonkirjoihin

Selvitys laitos- ja avohoitopotilaiden asumisolosuhteista

43/1991

Riitta Virkkala: Sosiaalitoimi vapaakuntakokeilussa

44/1991

Sirpa Salo (toim.): Hoitotyön laadunvarmistusprojekti Pohjois-Karjalassa



**J**ulkaisu kokoaa pääkohdiksi sen tiedon ja ymmärryksen, jonka valtakunnallinen Itsemurhien ehkäisyprojekti on tähän mennessä tuottanut itsemurhien ehkäisyn lähtökohdaksi. Raportti jäsentää tärkeiksi osoittautuneet elämänsä elämänsä asiat kohteiksi, joihin itsemurhien ehkäisyssä tulisi vaikuttaa.

Raportti antaa lähtökohdat toiminnalle kaikilla ihmisten selviytymistä koskevilla palvelualueilla niin kuin koko yhteiskunnassakin.

Raportin perusteella laadittu tavoite- ja toimintaohjelma "Itsemurhan voi ehkäistä" julkaistaan erikseen työkirjana käytännön ehkäisytoiminnan avuksi.

#### VAPK-KUSTANNUS

POSTIMYYNTI, PL 516, 00101 HELSINKI  
Puh. (90) 566 0266, vaihde (90) 566 01  
Telekopio (90) 566 0380, teleksi 123458  
KIRJAKAUPAT HELSINGISSÄ:  
Annankatu 44, vaihde (90) 1734 2012  
Eteläesplanadi 4, puh. (90) 662 801.

ISBN 951-47-5697-5

ISSN 0788-7191

