Itsemurhien ehkäisy

Globaali velvollisuus

WHO:n raportti – Suomen Mielenterveysseura on WHO:n luvalla kääntänyt raportin suomeksi ja Suomen Mielenterveysseuralla on kokonaisvastuu käännöksen oikeellisuudesta.

mieli

Suomen Mielenterveysseura

Itsemurhien ehkäisy

Globaali velvollisuus

Published by the World Health Organization in 2014 under the title Preventing Suicide: a global imperative
© World Health Organization 2014

The World Health Organization has granted translation and publication rights for an edition in Finnish to the Finnish Association for Mental Health, which is solely responsible for the quality and faithfulness of the Finnish translation. In the event of any inconsistency between the English and the Finnish edition, the original English edition shall be the binding and authentic edition.

Title in Finnish: Itsemurhien ehkäisy: globaali velvollisuus,
© Finnish Association for Mental Health 2015

SISÄLTÖ

02 ALKUSANAT
03 ESIPUHE
04 KIITOKSET

06 Tiivistelmä

10 Johdanto

14 Itsemurhien ja itsemurhayritysten globaali epidemiologia
16 Itsemurhakuolleisuus
25 Itsemurhayritykset

28 Riskitekijät ja suojaavat tekijät sekä niihin liittyvät interventiot
32 Terveysjärjestelmään liittyvät ja yhteiskunnalliset riskitekijät
36 Yhteisöön ja ihmissuhteisiin liittyvät riskitekijät
40 Yksilötason riskitekijät
44 Mikä suojaa ihmistä itsemurhariskiltä?

46 Itsemurhien ehkäisyn nykytilanne
48 Mitä tiedetään ja mitä on saavutettu
49 Mitä eri maissa tällä hetkellä tehdään itsemurhien ehkäisemiseksi?
51 Itsemurhan nykyinen lakisääteinen tilanne maailmanlaajuisesti ja muutosmahdollisuudet

52 Kohti kattavaa kansallista itsemurhien ehkäisyohjelmaa
56 Miten maat voivat luoda kattavan kansallisen strategian, ja mitä hyötyä strategiasta on?
61 Miten kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian arvioinnissa voidaan seurata edistymistä?
63 Itsemurhien ehkäisytoimien kustannukset ja kustannustehokkuus

64 Kohti tehokasta itsemurhien ehkäisyä
66 Mitä voidaan tehdä, ja keiden on oltava mukana toiminnassa?
66 Toiminnan organisointi
71 Miten onnistumista voidaan arvioida?

72 Ydinviestit

74 LÄHTEET

80 LIITTEET
80 Liite 1. Arvioidut itsemurhaluvut jaoteltuna sukupuolen ja iän mukaan, 2000 ja 2012
88 Liite 2: WHO:n jäsenvaltiot ryhmiteltyinä WHO-alueiden ja valtioiden keskimääräisen asukasta kohden lasketun tulotason mukaan

ALKUSANAT

Jokainen itsemurha on tragedia. Vuosittain itsemurhaan arvioidaan kuolevan yli 800 000 ihmistä, ja jokaista itsemurhaa kohti tehdään myös useita itsemurhayrityksiä. Itsemurhan vaikutukset itsemurhan tehneen henkilön perheeseen, ystäviin ja yhteisöön ovat musertavat ja kauaskantoiset.

Valitettavasti itsemurhaa ei useinkaan pidetä merkittävänä kansanterveydellisenä ongelmana. Vaikka itsemurhasta ja itsemurhien ehkäisystä tiedetään nykyisin aikaisempaa enemmän, itsemurha on edelleen tabu ja siihen liittyy voimakas leimautuminen. Tästä syystä ihmiset eivät usein hae apua vaan jäävät yksin. Lisäksi vaikka ihmiset hakisivat apua, terveysjärjestelmät ja terveyspalvelut eivät useinkaan pysty tarjoamaan tehokasta apua ajoissa.

Itsemurhia voidaan kuitenkin ehkäistä. Tämän raportin tehtävä on muistuttaa itsemurhien ehkäisyn tärkeydestä riippumatta siitä, mitkä kunkin maan nykyiset itsemurhaluvut ovat tai millaisia ennalta ehkäiseviä toimia maassa jo toteutetaan. Jos ehkäisytyö on jo käynnissä, raportin tarkoitus on kannustaa jatkamaan tätä tärkeää työtä. Itsemurhia ja itsemurhayrityksiä voidaan ehkäistä oikea-aikaisten ja tehokkaiden näyttöön perustuvien interventioiden, hoidon ja tuen avulla. Itsemurhat eivät ole ainoastaan terveydenhuoltosektorin ongelma, vaan niiden vaikutus ulottuu useille eri sektoreille ja koko yhteiskuntaan. Näin ollen onnistunut itsemurhien ehkäisy edellyttää mailta monialaista lähestymistapaa, jossa itsemurhaa käsitellään kokonaisvaltaisesti ja tuodaan yhteen eri sektoreita ja eri konteksteissa merkityksellisiä sidosryhmiä.

WHO:n mielenterveyden toimintasuunnitelmassa 2013–2020 WHO:n jäsenvaltiot ovat sitoutuneet pyrkimään siihen, että itsemurhaluvut laskisivat maakohtaisesti kaikkialla 10 prosentilla vuoteen 2020 mennessä. Vuonna 2008 käynnistettiin WHO:n mhGAP (Mental Health Gap Action) -ohjelma, jossa itsemurha luokiteltiin yhdeksi tärkeimmistä ongelmista ja annettiin näyttöön perustuvia teknisiä ohjeita itsemurhaa koskevien palveluiden järjestämiseen maittain.

Tähän taustaan perustuen olen ylpeä voidessani esitellä teille tämän raportin nimeltä Itsemurhien ehkäisy: globaali velvollisuus. Raportti pohjautuu aikaisemmin tehtyyn työhön. Siinä esitetään kaksi osa-aluetta, jonka pohjalta maat voivat rakentaa kehitystyötään: itsemurhia ja itsemurhayrityksiä koskeva globaali tietokanta työn tueksi hallituksille, päättäjille ja asianmukaisille sidosryhmille ja toteutettavissa olevat vaiheet maille perustuen maiden nykyisiin resursseihin ja konteksteihin. Lisäksi raportti toimii arvokkaana tietolähteenä luotaessa laajaa, monialaista strategiaa itsemurhien tehokkaaseen ehkäisyyn.

Jokainen itsemurhan vuoksi menetetty elämä on liikaa. Yhteistyötä tekemällä pystymme ehkäisemään näitä turhia kuolemia, ja aika toimia on nyt. Pyydän kaikkia sidosryhmiä näkemään itsemurhien ehkäisyn meille kaikille yhteisenä velvollisuutena.

Tohtori Margaret Chan
Pääjohtaja
Maailman terveysjärjestö

ESIPUHE

Itsemurhia voidaan ehkäistä. Tästä huolimatta itsemurhaan kuolee ihminen joka 40. sekunti ja itsemurhayrityksiä tehdään vielä useammin. Itsemurhia tehdään kaikkialla maailmassa kaikenikäisten keskuudessa. 15–29-vuotiaiden keskuudessa itsemurha on toiseksi yleisin kuolinsyy maailmanlaajuisesti.

Itsemurha muodostaa vaaratekijän heikoimmassa asemassa olevien keskuudessa, ja itsemurhia tehdään erityisen runsaasti marginalisoiduissa ja syrjityissä yhteiskuntaryhmissä. Itsemurha ei ole vakava kansanterveydellinen ongelma ainoastaan kehittyneissä maissa, vaan itse asiassa suurin osa itsemurhista tehdään pieni- ja keskituloisissa maissa. Näissä maissa riskien varhaista tunnistamista ja tukea tarvitsevien ihmisten hoitoa koskevat resurssit ja palvelut – jos niitä on saatavilla – ovat usein vähäiset ja rajalliset. Edellä mainittu yhdistettynä oikea-aikaisten interventioiden puuttumiseen tekee itsemurhasta globaalin kansanterveydellisen ongelman, johon on puututtava välittömästi.

Tämä raportti on alansa ensimmäinen WHO:n julkaisu. Siinä on esitetty tämänhetkinen tietous tiiviissä muodossa, jotta tarvittaviin toimenpiteisiin voidaan ryhtyä välittömästi. Raportin tarkoituksena on lisätä tietoisuutta itsemurhien ja itsemurhayritysten kansanterveydellisestä merkityksestä ja lisätä itsemurhien ehkäisylle kansallisissa terveysohjelmissa annettua painoarvoa. Raportin pyrkimyksenä on kannustaa ja tukea maita luomaan kattavia itsemurhien ehkäisystrategioita ja vahvistaa jo käytössä olevia strategioita monialaisen kansanterveydellisen lähestymistavan kautta. Kansallisten itsemurhien ehkäisystrategioiden kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että hallitukset tunnistavat oman johtajan roolinsa, sillä ne pystyvät tuomaan yhteen useita eri sidosryhmiä, jotka eivät muuten välttämättä toimisi yhteistyössä. Hallituksilla on myös ainutlaatuinen mahdollisuus kehittää ja vahvistaa seurantatoimia ja tarjota ja levittää tietoa, jota toiminnassa tarvitaan. Tässä raportissa on esitetty käytännön ohjeita strategisista toimenpiteistä, joihin hallitukset voivat ryhtyä nykyisten resurssiensa ja käytössä olevien itsemurhien ehkäisytoimien avulla. On syytä huomata, että käytettävissä on näyttöön perustuvia ja edullisia interventioita, jotka ovat tehokkaita myös konteksteissa, joissa resurssit ovat vähäiset.

Tätä julkaisua ei olisi pystytty laatimaan ilman eri puolilla maailmaa toimivien lukuisten asiantuntijoiden ja yhteistyökumppaneiden merkittävää panostusta. Haluamme kiittää heitä kaikkia heidän tärkeästä työstään ja tuestaan.

Tämä raportti on tarkoitettu resurssiksi, jonka avulla päättäjät ja muut sidosryhmät pystyvät tekemään itsemurhien ehkäisystä kaikille yhteisen velvollisuuden. Näin maat pystyvät kehittämään oikea-aikaisen ja tehokkaan kansallisen ohjelman ja siten ehkäisemään sitä kärsimystä, jota itsemurhat ja itsemurhayritykset yksilöille, perheille, yhteisöille ja koko yhteiskunnalle aiheuttavat.

Tohtori Shekhar Saxena
Johtaja
Mielenterveys- ja päihdeongelmien osasto
Maailman terveysjärjestö

Tohtori Etienne Krug
Johtaja
Väkivallan ja vammojen ehkäisyn osasto
Maailman terveysjärjestö

KIITOKSET

KONSEPTUALISOINTI JA OHJAUS

Shekhar Saxena (WHO), Etienne Krug (WHO), Oleg Chestnov (WHO).

PROJEKTIN KOORDINOINTI JA EDITOINTI

Alexandra Fleischmann (WHO), Sutapa Howlader (Australia), Lakshmi Vijayakumar (Intia), Alex Butchart (WHO).

TEKNINEN TYÖPANOS JA ARVIOINTI

TYÖRYHMÄN JÄSENET

Työryhmä 1:
Itsemurhien ja itsemurhayritysten epidemiologia
Michael Phillips (puheenjohtaja, Kiina), Vladeta Ajdacic-Gross (Sveitsi), Vladimir Carli (Ruotsi), Paul Corcoran (Irlanti), Alex Crosby (Yhdysvallat), Diego De Leo (Australia), David Gunnell (Yhdistynyt kuningaskunta), Thomas Simon (Yhdysvallat).

Työryhmä 2:
Riskitekijät ja suojaavat tekijät sekä niihin liittyvät interventiot
Danuta Wasserman (puheenjohtaja, Ruotsi), Alan Apter (Israel), Annette Beautrais (Uusi-Seelanti), Vladimir Carli (Ruotsi), Gergö Hadlaczky (Ruotsi).

Työryhmä 3:
Nykyinen tilanne ja kohti kattavaa kansallista itsemurhien ehkäisyohjelmaa
Alan Berman (puheenjohtaja, USA), Ella Arensman (Irlanti), Stephanie Burrows (Etelä-Afrikka), Brian Mishara (Kanada), Vanda Scott (Ranska), Morton Silverman (Yhdysvallat), Tadashi Takeshima (Japani).

Työryhmä 4:
Kohti hyviä lopputuloksia
Diego De Leo (puheenjohtaja, Australia), Alex Crosby (Yhdysvallat), Keith Hawton (Yhdistynyt kuningaskunta), Merete Nordentoft (Tanska), Thomas Simon (Yhdysvallat).

KANSAINVÄLISET EDISTÄJÄT
Guilherme Borges (Meksiko), Robert Bossarte (Yhdysvallat), Yoshinori Cho (Japani), Pamela Collins (Yhdysvallat), Margreet Duetz Schmucki, (Sveitsi), Tony Durkee (Ruotsi), Maiko Fujimori (Japani), Ulrich Hegerl (Saksa), Wakako Hikiji (Japani), Sebastian Hokby (Ruotsi), Masatoshi Inagaki (Japani), Miriam Iosue (Italia), Elvira Keller-Guglielmetti (Sveitsi), Marla Israel (Kanada), Chiaki Kawanishi (Japani), Murad Khan (Pakistan), Manami Kodaka (Japani), Takafumi Kubota (Japani), Xianyun Li (Kiina), Shih-Cheng Liao (Kiinan Taipei), Richard McKeon (Yhdysvallat), Winnie Mitchell (Yhdysvallat), Anahit Mkrtchian (Ruotsi), Masayuki Morikawa (Japani), Mihoko Morley (Japani), Sheila Ndyanabangi (Uganda), Etsuji Okamoto (Japani), Kotaro Otsuka (Japani), Jong-Ik Park (Etelä-Korea), Jane Pearson (Yhdysvallat), Alfredo Pemjean (Chile), Jane Pirkis (Australia), Beverly Pringle (Yhdysvallat), Yukio Saito (Japani), Marco Sarchiapone (Italia), Deborah Stone (Yhdysvallat), Yoshitomo Takahashi (Japani), Osamu Tanaka (Japani), Camilla Wasserman (Yhdysvallat), Barbara Weil (Sveitsi), Takashi Yamauchi (Japani).

ASIANTUNTIJA-ARVIOIJAT
Paulo Alterwain (Uruguay), Karl Andriessen (Belgia), Judit Balázs (Unkari), José M. Bertolote (Brasilia), Jafar Bolhari (Iran), Eric Caine (Yhdysvallat, Erminia Colucci (Australia), Karen Devries (Yhdistynyt kuningaskunta), Michael Dudley (Australia), Jacqueline Garrick (Yhdysvallat), Onja Grad (Slovenia), Ricardo Gusmão (Portugali), Christina Hoven (Yhdysvallat), Hiroto Ito (Japani), Jack Jordan (Yhdysvallat), Nav Kapur (Yhdistynyt kuningaskunta), Elisabeth Kohls (Saksa), Frances Law (Kiina, Hongkongin erityishallintoalue), Myf Maple (Australia), Sean McCarthy (Irlanti), Roberto Mezzina (Italia), James Mugisha (Uganda), Thomas Niederkrotenthaler (Itävalta), Rory O`Connor (Yhdistynyt kuningaskunta), George Patton (Australia), John Peters (Yhdistynyt kuningaskunta), Steve Platt (Yhdistynyt kuningaskunta), Jerry Reed (Yhdysvallat), Dan Reidenberg (Yhdysvallat), Karen Scavacini (Brasilia), Jean-Pierre Soubrier (Ranska), Emmanuel Streel (Belgia), Kanna Sugiura (Japani), Elizabeth Theriault (Kanada), Peeter Värnik (Viro), Paul Yip (Kiina, Hongkongin erityishallintoalue).

HAASTATTELUTUTKIMUKSEN VASTAAJAT
Ahmad Abdulbaghi (Irak), Emad Abdulghani (Irak), Francisca Trinidad Acosta (Honduras), Ahmed Al-Ansari (Bahrain), Dora Ninette Alburez de von Ahn (Guatemala), Charity Sylvia Akotia (Ghana), Atalay Alem (Etiopia), Layachi Anser (Qatar), Alan Apter (Israel), Ella Arensman (Irlanti), Tomas Baader (Chile), Hissani Abdou Bacar (Komorit), Loraine Barnaby (Jamaika), Annette Beautrais (Uusi-Seelanti), Siham Benchekron (Marokko), Eleanor Bennett (Belize), Julio Bobes (Espanja), José M Bertolote (Brasilia), Dora Caballero (Paraguay), Mohamed Chakali (Algeria), Kin Sun Chan (Kiina, Macaon erityishallintoalue), Ana-Maria Chavez-Hernandez (Meksiko), Doina Cozman (Romania), Diego De Leo (Australia), Remco De Winter (Alankomaat), Sounkary Doumbouya (Guinea), Kari Dyregrov (Norja), Michel Dzalamou (Kongo), Rabih El Chammay (Libanon), Félix Evangelista (El Salvador), Mohamed Chakali (Algeria), Rangiau Fariu (Cooksaaret), Georg Fiedler (Saksa), Gonzalo Baldomero Gonzalez Henriquez (Panama), Tobi Graafsma (Surinam), Onja Grad (Slovenia), Alenka Tancic Grum (Slovenia), Kyooseob Ha (Etelä-Korea), Mitra Hefazi (Iran), Hilda Ho (Brunei Darussalam), Seyed Mohammad Hosseini (Iran), Gerard Hutchinson (Trinidad), Tekie Iosefa (Tokelau), Zahidul Islam (Bangladesh), Bhoomikumar Jegannathan (Kambodža), Mark Jordans (Nepal), Nusa Konec Juricic (Slovenia), Nestor Kapusta (Itävalta), Chiaki

Kawanishi (Japani), Murad Khan (Pakistan), Brigitte Khoury (Libanon), Michael Lebina (Lesotho), Filifaiésea Lilo (Tonga), Paul Links (Kanada), Nasser Loza (Egypti), Daniella Malulu (Seychellit), T Maniam (Malesia), Sabour A Mansouri (Afganistan), Cardoso Margarida (Kap Verde), Carlos Martinez (Argentiina), Lars Mehlum (Norja), Naomi Mnthali (Botswana), Alkhulaidi Mohamed (Jemen), Driss Moussaoui (Marokko), James Mugisha (Uganda), David Ndetei (Kenia), Tharcisse Niyonzigiye (Burundi), Merete Nordentoft (Tanska), Wilhelm Nordfjord (Islanti), Rory O'Connor (Yhdistynyt kuningaskunta), Silvia Peláez (Uruguay), Michael Phillips (Kiina), Alexander Pinzon (Kolumbia), Maurizio Pompili (Italia), Vita Postuvan (Slovenia), Toms Pulmanis (Latvia), Mbolatiana Soanirina Raharinivo (Madagaskar), Lakshmi Ratnayeke (Sri Lanka), Sateesh Babu Ravulapati (Intia), Yury Razvodovsky (Belarus), Daniel Reidenberg (Yhdysvallat), Saška Roškar (Slovenia), Vsevolod Rozanov (Ukraina), Outi Ruishalme (Suomi), Luis Miguel Sanchez-Loyo (Meksiko), Bashir Ahmad Sarwari (Afganistan), Lourens Schlebusch (Etelä-Afrikka), Armin Schmidtke (Saksa), Jozef Sidlo (Slovakia), Chhit Sophal (Kambodža), Jean-Pierre Soubrier (Ranska), Aida Sylla (Senegal), Zonda Tamás (Unkari), Alexandre Teixeira (Portugali), Prakarn Thomyangkoon (Thaimaa), Edgardo Juan Tolentino (Filippiinit), Kees Van Heeringen (Belgia), Airi Värnik (Viro), Margda Waern (Ruotsi), Abdirisak Mohamed Warsame (Somalia), Barbara Weil (Sveitsi), Paul Wong (Kiina, Hongkongin erityishallintoalue), Antonio Eugenio Zacarias (Mosambik), Anka Zavasnik (Slovenia).

WHO:N KESKUSTOIMISTO
Katerina Ainali, Richard Brown, Somnath Chatterji, Dan Chisholm, Nicolas Clark, Natalie Drew, Tarun Dua, Jane Ferguson, Michelle Funk, Claudia Garcia Moreno, Anna Gruending, Evelyn Kortum, Doris Ma Fat, Wahyu Retno Mahanani, Colin Mathers, Mwansa Nkowane, Margaret Peden, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, Leanne Riley, Florence Rusciano, Chiara Servili, Joanna Tempowski, Rebekah Thomas Bosco, Mark van Ommeren, Erica Wheeler, Taghi M Yasamy.

WHO:N ALUETOIMISTOT
Sebastiana Da Gama Nkomo, WHO:n Afrikan aluetoimisto; Claudina Cayetano, Hugo Cohen, Devora Kestel & Jorge Rodriguez, WHO:n Amerikan mantereen aluetoimisto; Nazneen Anwar, WHO:n Kaakkois-Aasian aluetoimisto; Matthijs Muijen, WHO:n Euroopan aluetoimisto; Khalid Saeed, WHO:n itäisen Välimeren aluetoimisto; Yutaro Setoya & Xiangdong Wang, WHO:n läntisen Tyynenmeren aluetoimisto.

HARJOITTELIJAT
Rhett Corker, Justin Granstein, Henrik Heitmann, Eugenie Ng, Amrita Parekh, Charlotte Phillips, Veronica Pisinger, Tahilia Rebello, Nóra Sándor.

HALLINNOLLINEN TUKI

Adeline Loo (WHO), Grazia Motturi (WHO), Paule Pillard (WHO).

TUOTANTOTIIMI

Editointi: David Bramley, Sveitsi
Graafinen suunnittelu ja ulkoasu: Yusuke Nakazawa, Japani

WHO haluaa kiittää seuraavia tahoja niiden teknisestä panostuksesta: Kansainvälinen itsemurhien ehkäisy-yhdistys IASP; WHO:n itsemurhien ehkäisyn tutkimuksen ja koulutuksen yhteistyökeskus, Brisbane, Australia; WHO:n itsemurhien ehkäisyn tutkimuksen ja koulutuksen yhteistyökeskus, Peking, Kiina; WHO:n itsemurhien ehkäisyn tutkimuksen, menetelmien kehityksen ja koulutuksen yhteistyökeskus, Tukholma, Ruotsi; itsemurhien ehkäisyn keskus, Japani;
tautien torjunnan ja ennaltaehkäisyn keskukset (CDC), Yhdysvallat; Defense Suicide Prevention Office, Yhdysvallat; Japanin hallitus; Sveitsin hallitus; Yhdysvaltain kansallinen mielenterveysinstituutti NIHM, Yhdysvallat; Public Health Agency of Canada; Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Yhdysvallat; Veterans Health Administration, Yhdysvallat.

WHO haluaa kiittää seuraavia tahoja niiden taloudellisesta panostuksesta: tautien torjunnan ja ennaltaehkäisyn keskukset (CDC), Yhdysvallat; Japanin hallitus; Sveitsin hallitus; Yhdysvaltain kansallinen mielenterveysinstituutti NIHM, Yhdysvallat, sekä Syngentaa Sveitsistä sen painoon liittyvästä panostuksesta.

Tiivistelmä

Johdanto

Toukokuussa 2013 Maailman terveysjärjestö WHO:n 66. yleiskokous otti käyttöön WHO:n ensimmäisen laajan mielenterveyden toimintasuunnitelman. Itsemurhien ehkäisy on keskeinen osa tätä toimintasuunnitelmaa, ja tavoitteena on laskea maiden itsemurhalukuja 10 prosentilla vuoteen 2020 mennessä (1). Itsemurhaan ei ole olemassa mitään yksittäistä syytä. Itsemurha on usein impulsiivinen teko, ja tällöin ihmisen jääminen henkiin voi
riippua siitä, sattuuko tappavia itsemurhavälineitä, kuten torjunta-aineita ja ampuma-aseita, olemaan saatavilla vai ei.

Sosiaaliset, psykologiset, kulttuurikohtaiset ja muut tekijät voivat yhdessä toistensa kanssa johtaa itsetuhoiseen käytökseen, mutta mielenterveyshäiriöihin ja itsemurhaan liitetyn leimaamisen vuoksi ihmiset eivät tunne voivansa hakea apua. Vaikka on olemassa näyttöä siitä, että monet kuolemat ovat estettävissä, itsemurhat eivät useinkaan ole hallitusten ja päättäjien tärkeysjärjestyksessä korkealla. Tämän raportin tavoitteena on lisätä itsemurhien ehkäisylle annettua painoarvoa kansanterveyteen vaikuttavissa ja poliittisissa toimissa eri puolilla maailmaa ja lisätä tietoisuutta siitä, että itsemurha on kansanterveydellinen ongelma. Tämä raportti on luotu globaalin neuvotteluprosessin pohjalta, ja se perustuu olemassa olevien tietojen ja näyttöjen systemaattisiin arvioihin sekä useiden eri yhteistyökumppaneiden ja sidosryhmien panostukseen.

Itsemurhien ja itsemurhayritysten globaali epidemiologia

Vuonna 2012 tapahtuneiden itsemurhakuolemien lukumääräksi on arvioitu 804 000, mikä tarkoittaa sitä, että vuosittainen globaali ikävakioitu itsemurhaluku on 11,4 laskettuna 100 000:ta henkeä kohti (miehillä 15,0 ja naisilla 8,0). Koska itsemurha on arkaluonteinen aihe – ja joissakin maissa jopa laiton teko –, itsemurhia tehdään todennäköisesti raportoitua enemmän. Maissa, joissa on käytössä hyvä väestörekisterijärjestelmä, itsemurhia kirjataan usein virheellisesti tapaturmaisiksi kuolemiksi tai kuolinsyyksi merkitään jokin muu syy. Itsemurhan kirjaaminen on monimutkainen prosessi, jossa on mukana useita eri viranomaisia, usein myös lainvalvonnan alalta. Maissa, joissa ei ole käytössä luotettavaa väestörekisterijärjestelmää, itsemurhia ei kirjata ylös lainkaan.

Vauraammissa maissa itsemurhia tehdään miesten keskuudessa kolme kertaa useammin kuin naisten, mutta pieni- ja keskituloisissa maissa itsemurhaluvut ovat miesten keskuudessa ainoastaan 1,5 miestä yhtä naista kohti. Globaalilla tasolla itsemurha on syynä 50 prosenttiin kaikista väkivaltaisista kuolemista miesten keskuudessa ja 71 prosenttiin naisten keskuudessa. Iän perusteella tarkasteltuna itsemurhaluvut ovat korkeimmat 70-vuotiaiden ja sitä vanhempien keskuudessa sekä miesten että naisten kohdalla lähes kaikkialla maailmassa. Tietyissä maissa itsemurhaluvut ovat korkeimmat nuorten keskuudessa, ja globaalilla tasolla itsemurha on toiseksi yleisin kuolinsyy 15–29-vuotiaiden keskuudessa. Torjunta-aineen nieleminen, hirttäytyminen ja itsensä surmaaminen ampumalla ovat maailmanlaajuisesti tarkasteltuna yleisimmät itsemurhamenetelmät, mutta niiden lisäksi käytössä on useita muita menetelmiä, joissa esiintyy väestökohtaista vaihtelua.

Jokaista itsemurhaa kohti tehdään vuosittain useita itsemurhayrityksiä. Aikaisempi itsemurhayritys onkin tärkein yksittäinen itsemurhan riskitekijä koko väestön keskuudessa. Sekä itsemurhien että itsemurhayritysten osalta luotettavan tiedon parempi saatavuus väestörekisterijärjestelmästä, sairaalakohtaisista järjestelmistä ja haastattelututkimuksista on tarpeen tehokkaassa itsemurhien ehkäisyssä.

Itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittaminen on keskeinen osa itsemurhien ehkäisytoimia. Välineiden saatavuuden rajoittaminen (kuten torjunta-aineiden ja ampuma-aseiden saatavuuden rajoittaminen tai turva-aitojen lisääminen siltoihin) edellyttää, että eri yhteiskuntaryhmien suosimat menetelmät ovat tiedossa. Siihen tarvitaan myös useiden eri sektorien yhteistyötä.

Riskitekijät ja suojaavat tekijät sekä niihin liittyvät interventiot

Useat riskitekijät vaikuttavat usein kumulatiivisesti ja lisäävät yksilön alttiutta itsetuhoiseen käytökseen.

Terveysjärjestelmään ja yhteiskuntaan yleensä liitettyihin riskitekijöihin kuuluvat hankaluudet terveydenhuoltopalveluiden ja hoidon saatavuudessa, itsemurhavälineiden helppo saatavuus, epäasiallinen raportointi mediassa, jossa itsemurhista kerrotaan sensaatiohakuisesti ja siten lisätään jäljittelyitsemurhien eli ns. ”copycat”-itsemurhien riskiä, ja itsetuhoiseen käytökseen, mielenterveysongelmiin ja päihteiden väärinkäyttöön liittyviin ongelmiin apua hakevien ihmisten leimaaminen.

Yhteisöön ja ihmissuhteisiin liittyviin riskeihin kuuluvat sota ja katastrofit, akkulturaatioon liittyvät ongelmat (esim. alkuperäiskansojen tai asuinseudultaan siirtymään joutuneiden henkilöiden keskuudessa), syrjintä, eristyneisyyden tunne, kaltoinkohtelu, väkivalta ja vaikeat ihmissuhteet. Yksilötason riskitekijöihin kuuluvat aikaisemmat itsemurhayritykset, mielenterveyshäiriöt, alkoholin haitallinen käyttö, taloudellinen menetys, krooninen kipu ja lähipiirissä tapahtunut itsemurha.

Näiden riskitekijöiden poistamiseen voidaan käyttää kolmentyyppisiä strategioita. ”Universaalien” ehkäisy-strategioiden, jotka on suunniteltu tavoittamaan koko väestö, tavoitteena voi olla terveydenhuollon palveluiden saatavuuden parantaminen, mielenterveyden edistäminen, alkoholin haitallisen käytön vähentäminen, itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittaminen tai vastuullisen mediaraportoinnin edistäminen. ”Selektiiviset” ehkäisystrategiat kohdistuvat heikoimmassa asemassa oleviin väestöryhmiin, kuten henkilöihin, jotka ovat kokeneet trauman, kaltoinkohtelua, konfliktin tai katastrofin, tai pakolaisiin ja siirtolaisiin tai itsemurhaa yrittäneiden tai itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisiin. Näissä strategioissa menetelmänä on kouluttaa portinvartijoita, jotka auttavat haavoittuvassa asemassa olevia henkilöitä ja tarjoavat heille tukea esimerkiksi kriisipuhelinpalvelun muodossa. ”Indikoidut” strategiat on kohdistettu tiettyihin heikoimmassa asemassa oleviin yhteisöllisen tuen piirissä oleviin yksilöihin, sairaalahoidosta poistuvien yksilöiden seurantaan, terveydenhuollon työntekijöiden koulutukseen ja päihdeongelmaisten henkilöiden parempaan tunnistukseen ja hoitoon. Itsemurhia ehkäiseviä toimia voidaan tehostaa myös vahvistamalla suojaavia tekijöitä, kuten vahvoja ihmissuhteita, henkilökohtaista uskomusjärjestelmää ja positiivisia selviytymisstrategioita.

Itsemurhien ehkäisyn nykytilanne

Itsetuhoisesta käyttäytymisestä on saatu runsaasti lisätietoa viime vuosikymmeninä. Tutkimuksissa on esimerkiksi pystytty osoittamaan biologisten, psykologisten, sosiaalisten, ympäristöön liittyvien sekä kulttuurikohtaisten tekijöiden vuorovaikutuksen merkitys itsetuhoisen käytöksen syntymiselle. Epidemiologia on puolestaan auttanut tunnistamaan useita riskitekijöitä ja suojaavia tekijöitä sekä koko väestön että heikoimmassa asemassa olevien ryhmien osalta. Lisäksi kulttuurikohtaiset erot itsemurhariskissä ovat tulleet selkeästi ilmi; kulttuuri vaikuttaa itsetuhoisen käytöksen riskiin sekä nostavasti että laskevasti.

Tällä hetkellä 28 maalla on käytössä kansallinen itsemurhien ehkäisystrategia, ja kansainvälisen itsemurhien ehkäisyyhdistyksen IASP:n järjestämää kansainvälistä itsemurhien ehkäisypäivää vietetään vuosittain 10. syyskuuta. Lisäksi on perustettu useita itsemurhien tutkimusyksiköitä ja järjestetään akateemisia kursseja, jotka käsittelevät itsemurhaa ja itsemurhien ehkäisyä. Käytännön apua tarjotaan ei-erikoistuneiden terveydenhuollon ammattilaisten toimesta tarkoituksena parantaa itsetuhoisen käytöksen arviointia ja hallintaa. Monissa paikoissa järjestetään itsehoitoryhmiä itsemurhaa yrittäneiden tai itsemurhan tehneiden henkilön läheisille, ja koulutetut vapaaehtoiset tarjoavat tukea verkko- ja puhelinneuvonnan kautta.

Viimeksi kuluneen 50 vuoden aikana itsemurha on dekriminalisoitu useissa maissa, mikä omalta osaltaan helpottaa avun hakemista itsetuhoisten henkilöiden keskuudessa.

Kohti kattavaa kansallista itsemurhien ehkäisyohjelmaa

Yksi systemaattinen keino kehittää kansallinen ohjelma on luoda kansallinen itsemurhien ehkäisystrategia. Kansallisen strategian avulla hallitus pystyy osoittamaan selkeästi sitoutumisensa itsemurhaongelman ratkaisemiseen. Kansalliset strategiat koostuvat tyypillisesti useista ehkäisystrategioista, kuten seurannasta, välineiden saatavuuden rajoittamisesta, median ohjeistuksesta, leimautumisen vähentämisestä ja yleisen tietoisuuden lisäämisestä sekä terveydenhuollon työntekijöiden, kouluttajien, poliisien ja muiden portinvartijoiden koulutuksesta. Lisäksi strategioihin kuuluu yleensä kriisiinterventioita ja postventioita.

Tärkein osa kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian kehittämisessä on tehdä ehkäisystä monialainen prioriteetti, jossa on mukana terveydenhuoltoalan lisäksi toimijoita esimerkiksi koulutuksen, työelämän, sosiaalihuollon ja oikeuslaitoksen alalta. Strategia on aina räätälöitävä käyttömaansa kulttuurikohtaiseen ja sosiaaliseen kontekstiin sopivaksi, ja lisäksi on luotava parhaat käytännöt ja ja järjestettävä näyttöön perustuvia interventioita. Toimintaan on kohdistettava resursseja, jotka mahdollistavat niin lyhyen, keskipitkän kuin pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamisen. Suunnittelun on oltava tehokasta, strategiaa on arvioitava säännöllisesti ja arvioinnin tuloksia on hyödynnettävä tulevan toiminnan suunnittelussa.

Kattavan valmiiksi hiotun kansallisen strategian puuttuminen ei saisi olla este kohdennettujen itsemurhien ehkäisyohjelmien toteuttamiselle, sillä strategioita voidaan hyödyntää kansallisen ohjelman luomisessa. Tämänkaltaisten kohdennettujen ohjelmien tavoitteena on tunnistaa heikoimmassa asemassa olevat ryhmät ja parantaa palveluiden ja resurssien saatavuutta näiden ryhmien keskuudessa.

Kohti tehokasta itsemurhien ehkäisyä

Terveysministerit ovat tärkeässä roolissa johtajuuden tarjoamisessa ja eri sidosryhmien tuomisessa yhteen omassa maassaan. Maissa, joissa itsemurhien ehkäisytoimia ei ole vielä käytössä, toiminnan painopisteenä on etsiä sidosryhmät ja kehittää toimintoja, joita tarvitaan eniten tai joita varten on jo olemassa resursseja. Myös seurannan tehostaminen on tärkeää tässä vaiheessa. Maissa, joissa on jo käytössä joitakin itsemurhien ehkäisytoimia, tilanneanalyysin avulla voidaan selvittää, millaisia toimintoja on jo käytössä ja millaista toimintaa tarvitaan lisää. Maissa, joissa on jo käytössä suhteellisen kattava kansallinen ohjelma, tulisi keskittyä arviointiin ja kehitykseen, päivittää olemassa olevia tietoja uusilla tiedoilla ja painottaa tehokkuutta ja tehoa.

Toiminnan kehityksessä on huomioitava kaksi seikkaa. Ensinnäkin itsemurhien ehkäisytoimet on suoritettava samanaikaisesti tiedonkeruun kanssa. Toiseksi vaikka vaikuttaisikin siltä, että maa ei ole vielä valmis kansalliselle itsemurhien ehkäisystrategialle, neuvottelu sidosryhmien kanssa kansallisesta ohjelmasta synnyttää usein mielenkiintoa ja luo muutoksille valmiin ilmapiirin. Kansallisen ohjelman luomisprosessi saa aikaan sen, että sidosryhmät osallistuvat toimintaan ja syntyy julkista keskustelua aiheeseen liittyvästä leimautumisesta. Samalla voidaan tunnistaa heikoimmassa asemassa olevia ryhmiä, asettaa tutkimukselle prioriteetteja ja lisätä tietoisuutta aiheesta sekä kansan keskuudessa että mediassa.

Strategian etenemistä voidaan arvioida mm. seuraavilla indikaattoreilla:
- itsemurhalukujen prosentuaalinen lasku
- onnistuneesti toteutettujen itsemurhien ehkäisyyn tähtäävien interventioiden lukumäärä
- sairaalahoitoon johtaneiden itsemurhayritysten lukumäärän lasku.

Maat, jotka noudattavat WHO:n mielenterveyden toimintasuunnitelmaa 2013–2020 (1) voivat asettaa tavoitteekseen itsemurhalukujen 10 prosentin laskun. Monet maat haluavat kuitenkin laskea itsemurhalukuja vielä tätäkin enemmän. Pitkällä aikavälillä riskin pienentäminen auttaa omalta osaltaan itsemurhien ehkäisyssä. Suojaavien tekijöiden edistäminen auttaa rakentamaan parempaa tulevaisuutta, jossa yhteisön organisaatiot tukevat ja auttavat avun tarpeessa olevia, perheet ja sosiaalinen ympäristö parantavat yksilön sitkeyttä (pärjäävyyttä) ja auttavat läheisiään tehokkaasti, eikä vallitseva sosiaalinen ilmapiiri enää leimaa ongelmiinsa apua hakevia henkilöitä, vaan julkiseen keskusteluun kannustetaan.

Ydinviestit

Itsemurhien luoma taakka on valtava. Yli 800 000 ihmistä kuolee vuosittain itsemurhan seurauksena, ja itsemurha on toiseksi yleisin kuolinsyy 15–29-vuotiaiden keskuudessa. Jokaista aikuisen tekemää itsemurhaa kohti arvioidaan tapahtuvan yli 20 itsemurhayritystä.

Itsemurhia voidaan ehkäistä. Jotta kansalliset ohjelmat voisivat olla tehokkaita, tarvitaan kattavaa monialaista itsemurhien ehkäisystrategiaa.

Itsemurhan mahdollistavien välineiden saatavuuden rajoittaminen auttaa. Tehokas strategia itsemurhien ja itsemurhayritysten ehkäisyyn on rajoittaa yleisimpien itsemurhassa käytettyjen välineiden saatavuutta, kuten torjunta-aineiden, ampuma-aseiden ja tiettyjen lääkkeiden saantia.

Itsemurhien ehkäisy on otettava kiinteäksi osaksi terveydenhuoltopalveluita. Mielenterveyshäiriöt ja alkoholin haitallinen käyttö ovat itsemurhien riskitekijöitä kaikkialla maailmassa. Varhainen tunnistaminen ja tehokas hallinta ovat avainasemassa, kun halutaan taata, että ihmiset saavat tarvitsemansa hoidon.

Yhteisöjen rooli itsemurhien ehkäisyssä on keskeinen. Ne voivat tarjota heikoimmassa asemassa oleville yksilöille sosiaalista tukea ja olla mukana jälkihoidon järjestämisessä, poistaa aiheeseen liittyvää leimautumista ja tukea itsemurhaa yrittäneiden tai itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisiä.

Johdanto

Itsemurha on aina henkilökohtainen tragedia, joka merkitsee ihmisen elämän ennenaikaista päättymistä ja vaikuttaa dramaattisesti itsemurhan tehneen henkilön perheenjäseniin, ystäviin ja lähiyhteisöihin. Itsemurhaan kuolee vuosittain yli 800 000 ihmistä – yksi ihminen joka 40. sekunti. Itsemurha on kansanterveydellinen ongelma, joka vaikuttaa yhteisöihin, maakuntiin ja kokonaisiin maihin.

Ongelma on erityisen suuri nuorten keskuudessa, sillä itsemurha on tällä hetkellä toiseksi yleisin kuolinsyy 15–29-vuotiaiden keskuudessa maailmanlaajuisesti. Luvut vaihtelevat maittain, mutta itsemurhia tehdään eniten pieni- ja keskituloisissa maissa, joissa tehdään arviolta 75 prosenttia kaikista itsemurhista.

Toukokuussa 2013 Maailman terveysjärjestö WHO:n 66. yleiskokous otti virallisesti käyttöön WHO:n ensimmäisen laajan mielenterveyden toimintasuunnitelman. Toimintasuunnitelmassa kehotetaan kaikkia WHO:n jäsenvaltioita osoittamaan sitoutumisensa mielenterveyden edistämiseen pyrkimällä saavuttamaan yhteisesti asetetut tavoitteet. Itsemurhien ehkäisy on keskeinen osa mielenterveyden toimintasuunnitelmaa, ja tavoitteena on laskea maiden itsemurhalukuja 10 prosentilla vuoteen 2020 mennessä (1).

Mistä itsemurhat johtuvat? Miksi niin monet ihmiset riistävät itseltään hengen? Onko syynä köyhyys? Vai työttömyys? Ihmissuhteen katkeaminen? Vai onko syynä masennus tai jokin muu vakava mielenterveyshäiriö? Ovatko itsemurhat impulsiivisia tekoja, vai johtuvatko ne alkoholin tai huumeiden myötävaikutuksesta? Kysymyksiä on paljon, mutta niihin ei ole olemassa yksinkertaisia vastauksia. Itsemurhaa ei voida koskaan selittää millään yksittäisellä tekijällä, sillä itsetuhoinen käytös on monimutkainen ilmiö, johon vaikuttavat useat toisiinsa vaikuttavat tekijät – henkilökohtaiset, sosiaaliset, psykologiset, kulttuurikohtaiset, biologiset ja ympäristökohtaiset tekijät.

Vaikka yhteys itsemurhan ja mielenterveyshäiriöiden välillä on todistettu kiistattomasti, laajojen yleistysten tekeminen riskitekijöistä ei ole suositeltavaa. On olemassa yhä vahvempaa näyttöä siitä, että konteksti on välttämätön edellytys itsemurhariskin arvioinnille. Itsemurha on usein impulsiivinen teko, joka tehdään akuutissa kriisitilanteessa. Tällöin ihmisen jääminen henkiin voi riippua siitä, sattuuko tappavia itsemurhavälineitä, kuten torjunta-aineita ja ampuma-aseita, olemaan saatavilla vai ei. Muita itsemurhan riskitekijöitä ovat ihmisen heikentynyt kyky selvitä akuutista tai kroonisesta arkipäivän stressistä, jonka syynä saattavat olla esimerkiksi taloudelliset ongelmat. Lisäksi sukupuoleen perustuvan väkivallan ja lasten kaltoinkohtelun on todettu liittyvän kiinteästi itsetuhoiseen käytökseen. Itsemurhaluvuissa on lisäksi olemassa maakohtaista vaihtelua, ja luvut ovat korkeammat vähemmistöjen tai syrjintää kokeneiden henkilöiden keskuudessa.

Erityisesti mielenterveyshäiriöihin ja itsemurhaan liitetty leimautuminen aiheuttaa sen, että monet eivät hae apua ongelmiinsa. Yhteisön tietoisuuden lisääminen ja tabujen poistaminen ovat tärkeä osa maiden itsemurhien ehkäisyyn tähtäävää ponnistelua.

Meillä on olemassa ratkaisut moniin näistä ongelmista, ja pystymme ryhtymään toimenpiteisiin meillä jo olevien tietojen perusteella.

Itsemurhia voidaan ehkäistä

Itsemurhia ehkäisevä toiminta edellyttää koordinointia ja yhteistyötä yhteiskunnan useiden eri sektoreiden, sekä julkisten että yksityisten, välillä. Toiminnassa on oltava mukana tahoja niin terveydenhuoltoalalta kuin muilta aloilta, kuten koulutuksen, työelämän, maatalouden, liiketoiminnan, oikeustoiminnan, lainsäädännön, maanpuolustuksen, politiikan ja median alalta. Näiden toimien on oltava kattavia, integroituja ja synergistisiä, sillä niin monimutkaiseen ilmiöön kuin itsemurhaan ei voida vaikuttaa minkään yksittäisen lähestymistavan kautta.

Yksi tunnistettu strategia itsemurhien ehkäisyyn on mielenterveyshäiriöiden arviointi ja hallinta, kuten WHO:n mhGap-ohjelmassa (Mental Health Action Programme) on kuvattu. Ohjelmassa on esitetty näyttöön perustuvia yksilötason strategioita, ja se sisältää myös sellaisten henkilöiden arvioinnin ja hoidon, jotka ovat aikaisemmin yrittäneet itsemurhaa. Väestötasolla mhGAP-ohjelmassa kannatetaan itsensä vahingoittamisen mahdollistavien välineiden saatavuuden rajoittamista, sellaisten käytäntöjen kehittämistä, joilla voidaan vähentää alkoholin haitallista käyttöä useiden eri toimenpiteiden avulla, ja rohkaistaan mediaa noudattamaan vastuullisia raportointitapoja itsemurhista uutisoidessaan.

Lisäksi hyödylliseksi on todettu ennalta ehkäisevien interventioiden suosiminen esimerkiksi heikoimmassa asemassa olevien ryhmien keskuudessa, joihin kuuluvat esimerkiksi aikaisemmin itsemurhaa yrittäneet henkilöt. Näin ollen ”postventio” on todettu tärkeäksi osaksi itsemurhien ehkäisyä, sillä myös itsemurhan tehneiden henkilöiden perheenjäsenet ja ystävät tarvitsevat hoitoa ja tukea.

Itsemurhien ehkäisy edellyttää vision, suunnitelman ja strategioiden valintaa. Kaikkien valintojen on oltava tietoon perustuvia. Toimintaa ohjaava käsitteellinen viitekehys on luotava kulttuurikohtaisesti, koska mitkään strategiat eivät toimi kaikissa maissa. Johtajuuden jatkuvuus on ensiarvoisen tärkeää, sillä itsemurhien ehkäisyn tavoitteiden saavuttaminen edellyttää pitkäjänteistä työtä.

Sosiaalisen muutoksen aikaansaamiselle on kolme edellytystä: tieto (sekä tieteellinen että käytännön tieto), julkinen tuki (poliittinen tahto) sekä sosiaalinen strategia, kuten kansallinen ohjelma itsemurhien ehkäisyn tavoitteiden saavuttamiseksi.

Raportin tavoitteet

Vaikka on olemassa näyttöä siitä, että monet kuolemat ovat estettävissä usein jopa edullisten interventioiden avulla, itsemurhien ehkäisy ei useinkaan ole hallitusten ja päättäjien

tärkeysjärjestyksessä korkealla. Tämän raportin tavoitteena on kasvattaa itsemurhien ehkäisylle annettua painoarvoa kansanterveyteen vaikuttavissa ja poliittisissa toimissa eri puolilla maailmaa ja lisätä yleistä tietoisuutta siitä, että itsemurha on merkittävä kansanterveydellinen ongelma. WHO esittelee tässä raportissa näyttöön perustuvia interventioita itsemurhien vähentämiseksi ja haastaa yhteistyökumppaneitaan tehostamaan itsemurhien ehkäisyyn tähtäävää toimintaansa.

Raportti pyrkii kiinnittämään huomiota ongelman laajuuteen kuvaamalla sekä itsemurhien että itsemurhayritysten maailmanlaajuista tilannetta ja seurauksia hyödyntäen tehokkaasti kaikkea saatavilla olevaa tietoa. Tietyissä raportin osissa annetaan käytännön neuvoja kansanterveydellisistä lähestymistavoista, joita maat voivat hyödyntää itsemurhien ehkäisyssä eri-ikäisten ihmisten keskuudessa.

Tätä raporttia on kaavailtu keskeiseksi resurssiksi itsemurhia ehkäisevään toimintaan, jossa on mukana ennen kaikkea terveysministeriöitä, suunnittelijoita ja päättäjiä ja heidän lisäkseen kansalaisjärjestöjä, tutkijoita, terveys- ja sosiaalialan työntekijöitä, median edustajia ja tavallisia kansalaisia.

Menetelmä

Tämä raportti on syntynyt globaalin neuvotteluun pohjautuvan prosessin pohjalta, ja se perustuu olemassa olevien tietojen ja näytön systemaattisiin arvioihin sekä useiden eri yhteistyökumppaneiden ja sidosryhmien panostukseen sekä WHO:n sisällä että sen ulkopuolella. Raportti käsitteineen on itsemurhien ehkäisyn johtavien asiantuntijoiden käsialaa. He ovat hyödyntäneet koko kollektiivista asiantuntemustaan ilmiön globaalia kuvaa kartoittaessaan ja itsemurhien ehkäisyyn tarkoitettuja ohjeita laatiessaan.

Terminologia

On syytä tietää, että alla mainittujen, tässä raportissa käytettyjen termien määritelmät herättivät raportin laatimisen aikana runsaasti keskustelua. Näihin termeihin päätyminen ei missään tapauksessa tarkoita alan termien jatkuvan arvioinnin kieltämistä tai sitä, ettei muissa yhteyksissä voitaisi täysin perustellusti käyttää eri termejä. Tämä raportti ei pyri tarjoamaan kattavia ratkaisuja itsetuhoiseen käytökseen liittyviä termejä tai niiden määritelmiä koskeviin ongelmiin.

Tässä raportissa **itsemurhalla** tarkoitetaan tekoa, jonka suorittamalla henkilö surmaa itsensä tarkoituksellisesti.

Tässä raportissa **itsemurhayrityksellä** tarkoitetaan mitä tahansa ei-kuolemaanjohtavaa itsetuhoista käytöstä, itseaiheutettua myrkytystä tai vammaa tai muuta itseaiheutettua vahingoittamista, jonka tarkoituksena joko on tai ei ole aiheuttaa kuolema.

On tärkeää hahmottaa, millaisia monitahoisia vaikutuksia aiheutuu siitä, että ”itsemurhayrityksen” määritelmään sisällytetään itsensä vahingoittaminen. Tämä tarkoittaa sitä, että ei-kuolemaanjohtava itsensä vahingoittaminen ilman itsemurha-aikomusta sisältyy tämän termin määritelmään, mikä on ongelmallista johtuen sitä koskevien interventioiden mahdollisista variaatioista. Itsemurha-aikomusta voi kuitenkin olla vaikea arvioida, sillä siihen saattaa liittyä epävarmuutta tai se voidaan pyrkiä salaamaan kokonaan.

Lisäksi itsemurhakuolemia koskeviin tilastoihin saattaa kuulua myös tapaturmaisia kuolemia, jotka ovat aiheutuneet itsensä vahingoittamisesta ilman itsemurha-aikomusta, tai kuolemaan johtaneita itsemurhayrityksiä, joihin on alun perin liittynyt itsemurha-aikomus, mutta joissa henkilö ei lopulta ole halunnut kuolla. Koska näiden kahden erottaminen on hankalaa, ei pystytä määrittämään, missä teoissa on ollut kyse itsensä vahingoittamisesta tappamistarkoituksessa.

Itsetuhoisella käyttäytymisellä viitataan monenlaiseen käytökseen, kuten itsemurhan ajattelemiseen (itsemurha-ajatuksiin), itsemurhan suunnittelemiseen, itsemurhayrityksiin sekä varsinaiseen itsemurhaan. Itsemurha-ajatusten lukemiseen mukaan itsetuhoiseen käyttäytymiseen liittyy monia huomioitavia seikkoja, ja asiasta käydäänkin jatkuvaa akateemista keskustelua. Itsemurha-ajatukset päätettiin sisällyttää itsetuhoiseen käyttäytymiseen yksinkertaisuuden vuoksi, sillä tässä raportissa käytetyissä lähteissä itsemurha-ajatuksia ei ole käsitelty yhdenmukaisesti.

Raportin sisältö

Tämä WHO:n raportti on ensimmäinen lajissaan, ja se tarjoaa kattavan yleiskatsauksen itsemurhista, itsemurhayrityksistä ja itsemurhien ehkäisyyn liittyvistä toimista maailmanlaajuisella tasolla. Raportissa esitetään myös näyttöön perustuvia lähestymistapoja itsemurhien ehkäisyä koskevaan päätöksentekoon sekä luodaan suuntaviivoja joustavaan ehkäisyohjelmaan, joka voidaan mukauttaa erilaisiin ympäristöihin sopivaksi. Tässä raportissa tarkastellaan itsemurhien ehkäisyä kansanterveysmallia (kuva 1) soveltamalla. Mallin mukaisesti itsemurhien ehkäisy alkaa seurannasta, jonka tavoitteena on ongelman määritteleminen ja sen ymmärtäminen. Seuraavaksi vuorossa on riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden (ja tehokkaiden interventioiden) tunnistaminen. Lopuksi vuorossa on toteutus, johon kuuluu interventioiden arviointi ja skaalaus. Tämän jälkeen edessä on uusi seurantavaihe ja sopiviksi arvioidut seuraavat vaiheet. Toimintaa ohjaava käsitteellinen viitekehys – joka on ihanteellisessa tapauksessa kattava kansallinen strategia – on luotava kulttuurikohtaisesti ja tietoon perustuen. Se ohjaa kehitystä, toteutusta ja arviointia huomioiden vision, poliittisen tahdon, johtajuuden, sidosryhmien sitoutumisen ja viimeisimpänä – mutta ei vähäisimpänä – itsemurhien ehkäisyn rahoittamisen

Kuva 1. Kansanterveysmalli

Vaikka itsemurha onkin yksi yleisimpiä kuolinsyitä maailmanlaajuisesti, sille annettu painotus kansanterveyden alalla on valitettavasti edelleen matala. Itsemurhien ehkäisyyn ja itsemurhia koskevaan tutkimukseen ei ole kohdistettu riittäviä taloudellisia investointeja tai henkilöresursseja, vaikka niiden tarve on selkeä. Toivomme, että tämä raportti toimii tärkeänä osana kehitys- ja toteutustyötä, jonka avulla voidaan luoda kattavat maailmanlaajuiset itsemurhien ehkäisystrategiat.

Itsemurhien ja itsemurhayritysten globaali epidemiologia

Itsemurhiin liittyviä myyttejä

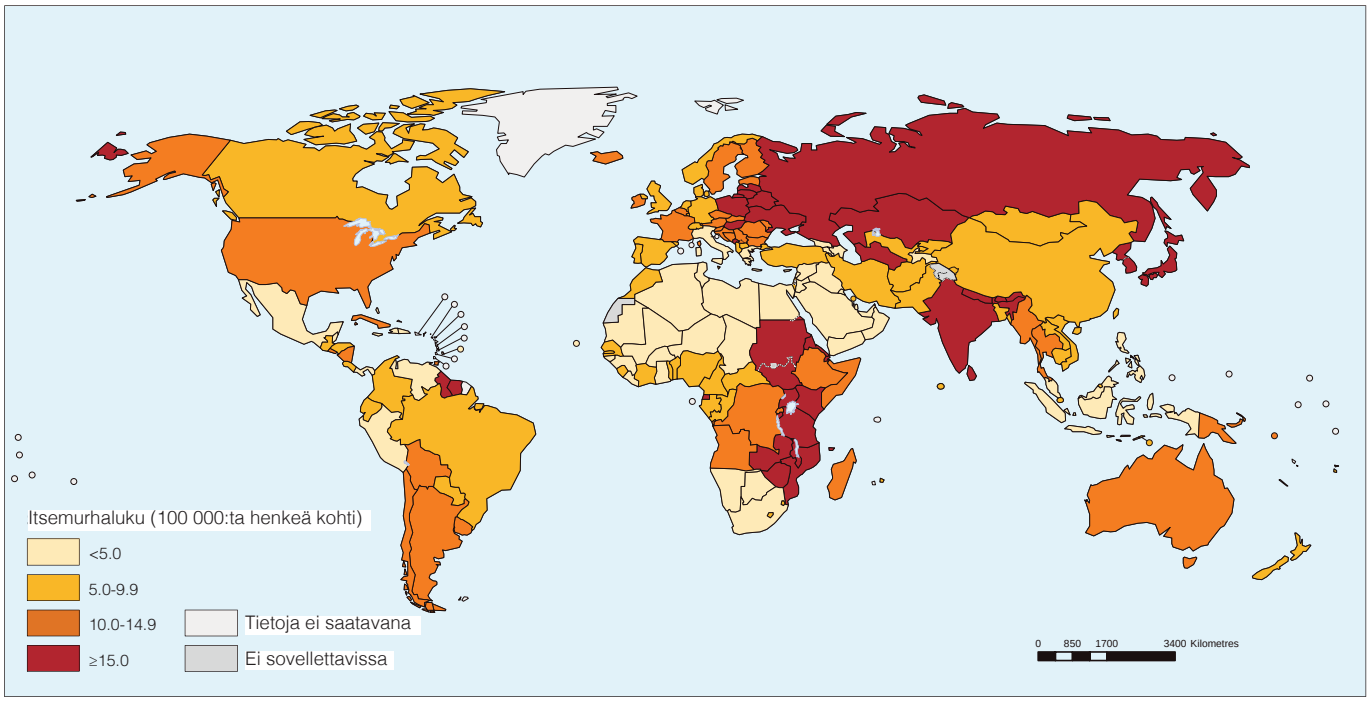
Myytti:

~~Itsemurhasta puhuminen ei merkitse itsemurha-aikeita.~~

Fakta:

Itsemurhasta puhuminen saattaa itse asiassa olla tapa pyytää apua tai tukea. Erittäin monet itsemurhaa harkitsevat ihmiset kärsivät ahdistuneisuudesta, masennuksesta tai toivottomuudesta, ja heistä tuntuu, ettei heillä ole muuta vaihtoehtoa.

Kartta 1. Ikävakioidut itsemurhaluvut (100 000:ta henkeä kohti), molemmat sukupuolet, 2012



Itsetuhoisen käytöksen yleisyys, ominaisuudet ja ilmeneminen vaihtelevat huomattavasti eri yhteisöjen ja väestöryhmien välillä ja ajan kuluessa. Tästä syystä itsemurhien ja itsemurhayritysten ajantasainen seuranta on välttämätön osa kansallisia ja paikallisia itsemurhien ehkäisytoimia. Monissa maissa itsemurhaan liittyy leimautuminen (tai itsemurhan tekeminen on laitonta). Näin ollen laadukkaan, käyttökelpoisen tiedon hankkiminen itsetuhoisesta käytöksestä on vaikeaa erityisesti maissa,
joissa ei ole käytössä luotettavaa väestörekisterijärjestelmää (joissa kirjataan myös itsemurhakuolemat) tai luotettavaa tiedonkeruujärjestelmää sairaalapalveluiden käytöstä (joissa kirjataan ylös sairaalahoitoa vaatineet itsemurhayritykset). Asianmukaisten itsemurhien ehkäisyohjelmien kehittäminen ja toteuttaminen yhteisössä tai maassa edellyttää sitä, että ymmärretään käytettävissä olevien tietojen rajoitukset, sekä sitä, että sitoudutaan parantamaan tiedonlaatua siten, että se heijastaa paremmin tiettyjen interventioiden tehokkuutta.

Itsemurhakuolleisuus

Tämän luvun ensisijaisena tietolähteenä on käytetty WHO:n maailmanlaajuisia terveyskysymyksiä koskevia arviointeja. Arvioinnit perustuvat pääasiassa WHO:n kuolleisuustietokantaan – globaaliin väestörekisteriin ja kuolinsyyrekisteriin, joka on koottu jäsenvaltioiden WHO:lle toimittamien tietojen perusteella (2). Arvioiden tekemisessä on käytetty useita
tilastollisia mallinnustekniikoita. Käytetyt menetelmät on kuvattu WHO:n terveystilastojen ja tietojärjestelmien osaston teknisissä dokumenteissa (3). Tässä luvussa esitetään sekä globaaleja että alueellisia tietoja. Useimmissa tapauksissa raportoidut luvut on ikävakioitu WHO:n maailman standardiväestön ikäjakauman mukaisesti, mikä mahdollistaa helpomman vertailun alueittain ja ajan mukaan. Valtiokohtaiset arviot vuoden 2012 itsemurhaluvuista 172 jäsenvaltiossa, joiden väkiluku on vähintään 300 000, on esitetty kartassa 1 ja liitteissä 1 ja 2 (pienempien väestöjen arviot ovat epävarmoja).

Globaalit ja alueelliset itsemurhaluvut

Kuten taulukossa 1 on esitetty, itsemurhakuolemien maailmanlaajuiseksi määräksi vuonna 2012 arvioitiin 804 000. Näin ollen vuotuinen ikävakioitu itsemurhaluku oli 11,4 laskettuna 100 000:ta henkeä kohti (miehillä 15,0 ja naisilla 8,0).

Taulukko 1. Arvioidut itsemurhaluvut alueittain ja maailmanlaajuisesti, 2012

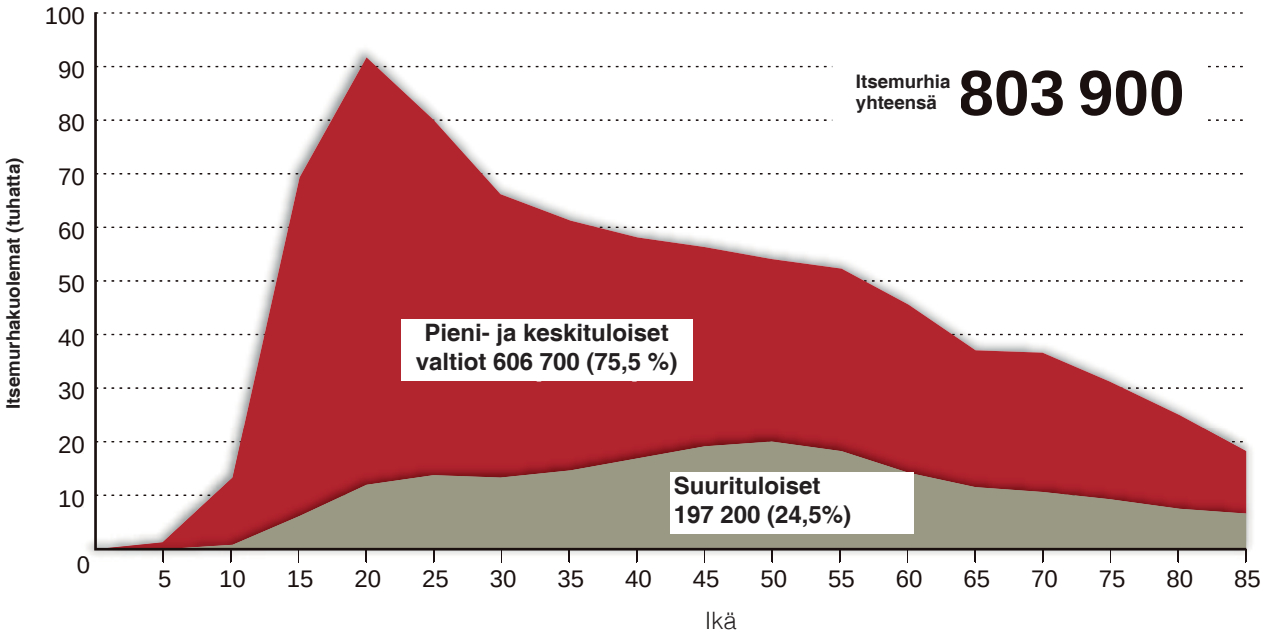
Alue	% koko väestöstä	Itsemurhien lukumäärä, 2012 (tuhatta)	% kaikista itsemurhista	Ikävakioidut* itsemurhaluvut (100 000:ta henkeä kohti), 2012			Miehiä suhteessa naisiin ikävakioiduissa itsemurha-luvuissa, 2012
				molemmat sukupuolet	naiset	miehet	
Koko maailma**	100,0%	804	100,0%	11,4	8,0	15,0	1,9
Kaikki suurituloiset jäsenvaltiot	17,9%	192	23,9%	12,7	5,7	19,9	3,5
Kaikki pieni- ja keskituloiset (LMIC) jäsenvaltiot	81,7%	607	75,5%	11,2	8,7	13,7	1,6
Pieni- ja keskituloiset jäsenvaltiot Afrikassa	12,6%	61	7,6%	10,0	5,8	14,4	2,5
Pieni- ja keskituloiset jäsenvaltiot Amerikan mantereella	8,2%	35	4,3%	6,1	2,7	9,8	3,6
Pieni- ja keskituloiset jäsenvaltiot Itäisellä välimerellä	8,0%	30	3,7%	6,4	5,2	7,5	1,4
Pieni- ja keskituloiset jäsenvaltiot Euroopassa	3,8%	35	4,3%	12,0	4,9	20,0	4,1
Pieni- ja keskituloiset jäsenvaltiot Kaakkois-Aasiassa	25,9%	314	39,1%	17,7	13,9	21,6	1,6
Pieni- ja keskituloiset jäsenvaltiot läntisen Tyynenmeren alueella	23,1%	131	16,3%	7,5	7,9	7,2	0,9
Maailmanpankin alueet**							
Suurituloiset	18,3%	197	24,5%	12,7	5,7	19,9	3,5
Ylemmät keskituloiset	34.3%	192	23.8%	7.5	6.5	8.7	1.3
Alemmat keskituloiset	35,4%	333	41,4%	14,1	10,4	18,0	1,7
Pienituloiset	12,0%	82	10,2%	13,4	10,0	17,0	1,7

LMIC = Pieni- ja keskituloiset maat
* Luvut on standardoitu WHO:n maailman standardiväestön mukaisesti. Erot ikärakenteessa on huomioitu ja vertailuja voidaan tehdä eri alueiden ja ajanjaksojen perusteella.
** Sisältää tiedot kolmelta alueelta, jotka eivät ole WHO:n jäsenvaltioita.

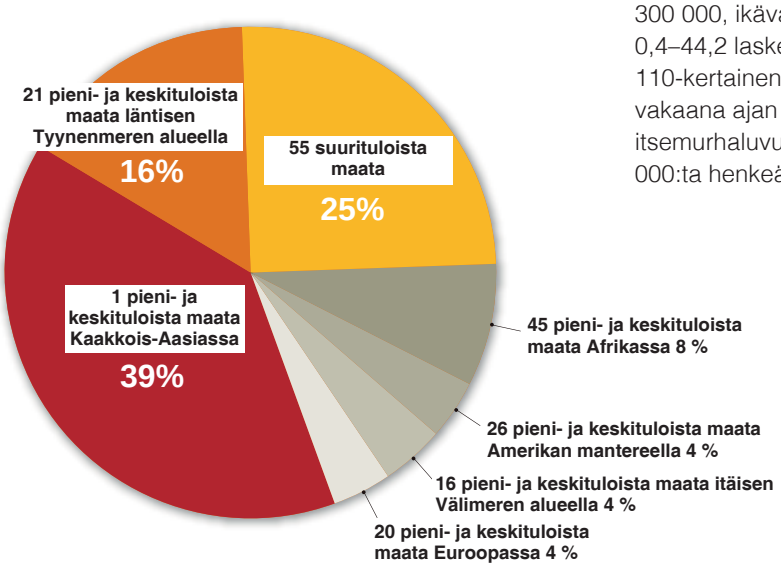
Ikävakioitu itsemurhaluku on jonkin verran korkeampi suurituloisissa maissa kuin pieni- ja keskituloisissa maissa (LMIC) (12,7 vs. 11,2 laskettuna 100 000:ta henkeä kohti). Koska huomattavasti suurempi osa väestöstä asuu maailmanlaajuisesti tarkasteluna pieni- ja keskituloisissa maissa, 75,5 prosenttia kaikista itsemurhista tehdään näissä maissa (kuva 2).

WHO:n kuuden alueen pieni- ja keskituloisten maiden alueella ikävakioitujen itsemurhalukujen vaihtelu on lähes kolminkertainen; alhaisin 6,1/100 000 Amerikan mantereen alueella ja korkein 17,7/100 000 Kaakkois-Aasiassa. Eräs seuraus eroista itsemurhaluvuissa WHO:n alueilla on se, että vuonna 2012 Kaakkois-Aasiassa osuus koko maailman väestöstä oli 26 prosenttia, mutta jopa 39 prosenttia kaikista itsemurhista tehtiin siellä (kuva 3).

Kuva 2. Kaikki itsemurhat iän ja maan tulotason mukaan jaoteltuina, 2012



Kuva 3. Kaikkien itsemurhien alueellinen jakautuminen, 2012

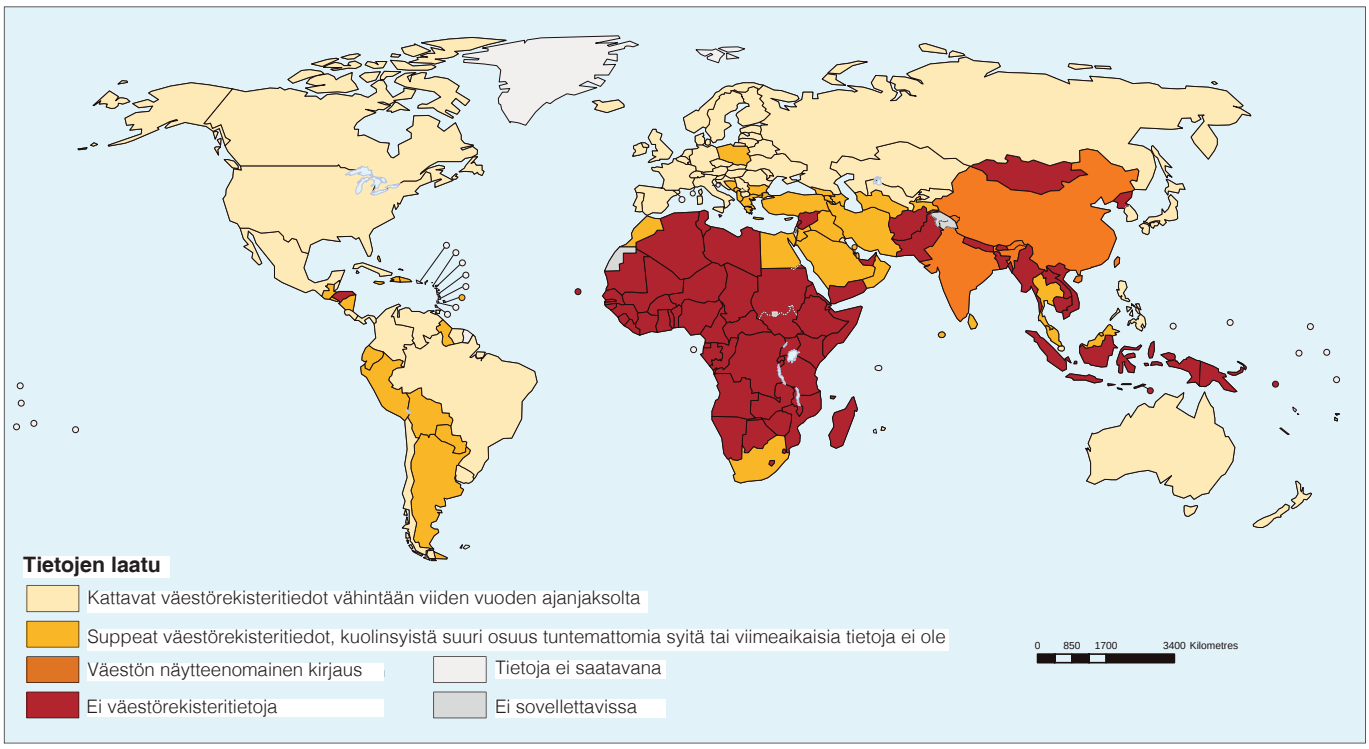


Ero luvuissa on jopa selkeämpi maakohtaisia tietoja verrattaessa. 172 maassa, joiden väkiluku on vähintään 300 000, ikävakioidut itsemurhaluvut vaihtelevat välillä 0,4–44,2 laskettuna 100 000:ta henkeä kohti. Ero on siis 110-kertainen. Näiden erojen laajuus on pysynyt melko vakaana ajan kuluessa: vuonna 2000 vaihtelu ikävakioiduissa itsemurhaluvuissa 172 maassa oli 0,5–52,7 laskettuna 100 000:ta henkeä kohti (105-kertainen ero)

LMIC = Pieni- ja keskituloiset maat

Näiden itsemurhalukujen arvioinnissa on huomioitava monia tärkeitä seikkoja. WHO:n 172 jäsenvaltiosta, joista nämä arviot tehtiin, ainoastaan 60 valtiolla (kartta 2 ja liitteet 1 ja 2) on käytössään luotettavat väestörekisteritiedot, joita voidaan käyttää suoraan itsemurhalukujen arvioinnissa. Arvioidut itsemurhaluvut muissa 112 jäsenvaltiossa (joissa tehdään kaikista itsemurhista noin 71 prosenttia) perustuvat väistämättä mallinnusmenetelmiin. Kuten voidaan odottaa, luotettavia väestörekisterijärjestelmiä käytetään todennäköisimmin suurituloisissa maissa. 39 suurituloisessa maassa, joissa on käytössä luotettavat väestörekisteritiedot, tehdään kaikista suurituloisissa maissa tehtävistä itsemurhista noin 95 prosenttia, mutta 21 pieni- ja keskituloisessa maassa, joissa on käytössä luotettavat väestörekisteritiedot, tehdään vain 8 prosenttia kaikista pieni- ja keskituloisissa maissa tehdyistä itsemurhista.

Kartta 2. Itsemurhakuolleisuutta koskevien tietojen laatu, 2012



Huonolaatuisten kuolleisuustietojen ongelma ei koske ainoastaan itsemurhia, mutta ottaen huomioon itsemurha-aiheen arkaluontoisuuden – ja sen, että itsemurhan tekeminen on laitonta tietyissä maissa – on todennäköistä, että aliraportointi ja virheellisten luokitusten tekeminen on itsemurhan kohdalla suurempi ongelma kuin useimpien muiden kuolinsyiden kohdalla. Itsemurhien kirjaaminen on monimutkainen ja monitasoinen prosessi, johon liittyy sekä lääketieteellisiä että oikeudellisia aspekteja ja jossa on mukana useita vastaavia viranomaisia, jotka vaihtelevat maakohtaisesti. Itsemurhat luokitellaan useimmiten virheellisesti ICD-10-tautiluokituksen mukaisesti ”tahallisuudeltaan epäselviksi kuolemiksi” (ICD-10-koodi Y10-Y34) ja myös ”tapaturmiksi” (koodi V01-X59), ”henkirikoksiksi” (koodi X85-Y09) ja ”syyltään tuntemattomaksi” (koodi R95-R99) (4, 5, 6). On mahdollista, että suuret erot raportoiduissa itsemurhaluvuissa eri maiden ja alueiden välillä johtuvat ainoastaan erilaisista raportointi- ja kirjauskäytännöistä. 60 maassa, joissa on käytössä luotettava väestörekisterijärjestelmä, kansallisten ikävakioitujen itsemurhalukujen vaihtelu oli 32-kertainen vuonna 2012 (0,89–28,85 laskettuna 100 000:ta henkeä kohti). Alueellisia eroja ilmenee edelleen, vaikka maakohtaisten tietojen tarkkuutta on pyritty parantamaan jo vuosikymmenten ajan. Näin ollen on syytä ottaa huomioon myös mahdollisuus, että huomattava osa havaituista eroista on todellisia eroja.

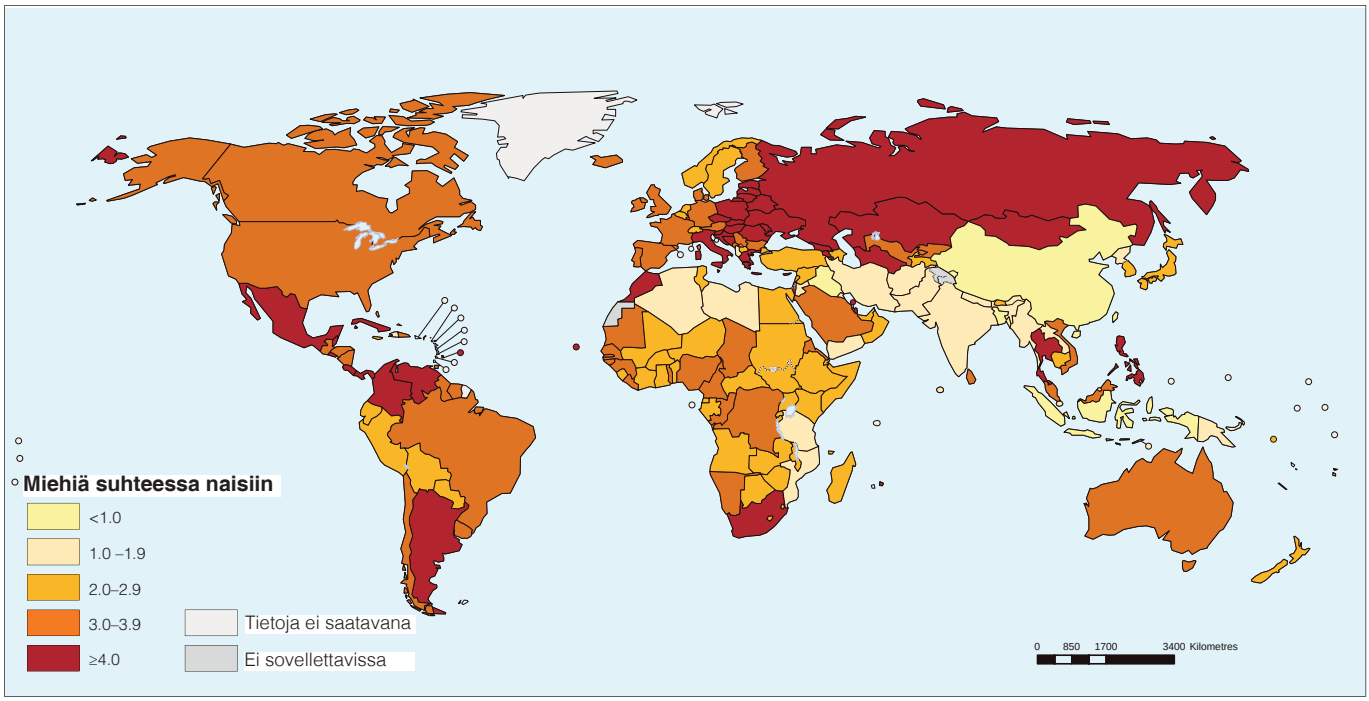
Tämä johtaa seuraaviin tärkeisiin kysymyksiin: 1) Miten maat voivat parantaa itsetuhoisen käytöksen seurantaa? 2) Mikä on syynä valtaviin eroihin itsemurhaluvuissa eri alueilla ja eri maissa? 3) Mihin itsemurhalukuihin vaikuttaviin tekijöihin voidaan vaikuttaa erilaisten ohjelmien avulla? Näihin kysymyksiin pyritään vastaamaan seuraavissa luvuissa

Itsemurhaluvut sukupuolen mukaan tarkasteltuina

Itsemurhaluvuissa on sukupuolikohtaista vaihtelua (kartta 3 ja kuva 4). Useiden vuosien ajan uskottiin, että maailmanlaajuisella tasolla itsemurhaan kuolee kolme kertaa enemmän miehiä kuin naisia. Itsemurhaan päätyneiden miesten suuri määrä suhteessa naisiin koskee kuitenkin lähinnä suurituloisia maita, joissa vuonna 2012 ikävakioitu itsemurhaluku oli 3,5. Pieni- ja keskituloisissa maissa miesten ja naisten suhdeluku on huomattavasti alhaisempi, 1,6, mikä merkitsee, että itsemurhaluku on 57 % (ei 300 %) korkeampi miesten kuin naisten keskuudessa.

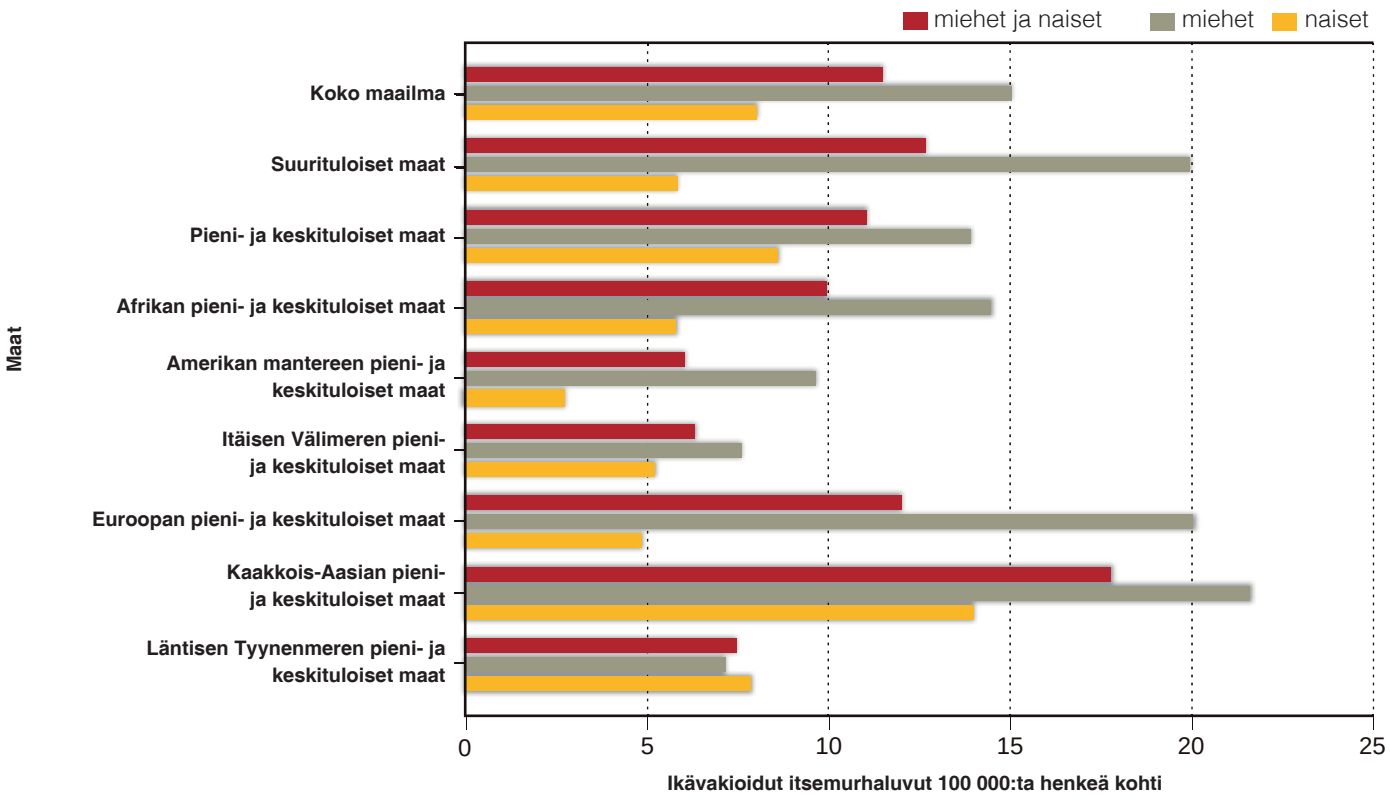
Tästä huolimatta luvuissa on suuria eroja eri alueiden ja maiden välillä. Kuten taulukosta 1 käy ilmi, alueelliset sukupuolikohtaiset luvut pieni- ja keskituloisissa maissa vaihtelevat 0,9:stä läntisen Tyynenmeren alueella 4,1:een Euroopassa eli ero on 4,5-kertainen. 172 jäsenvaltion keskuudessa, joiden väkiluku on vähintään 300 000, keskimääräinen miesten ja naisten lukumäärän suhde on 3,2, mediaaniluku 2,8 ja luvun vaihteluväli on 0,5–12,5 (eli ero on 24-kertainen).

Kartta 3. Miehiä suhteessa naisiin ikävakioiduissa itsemurhaluvuissa, 2012



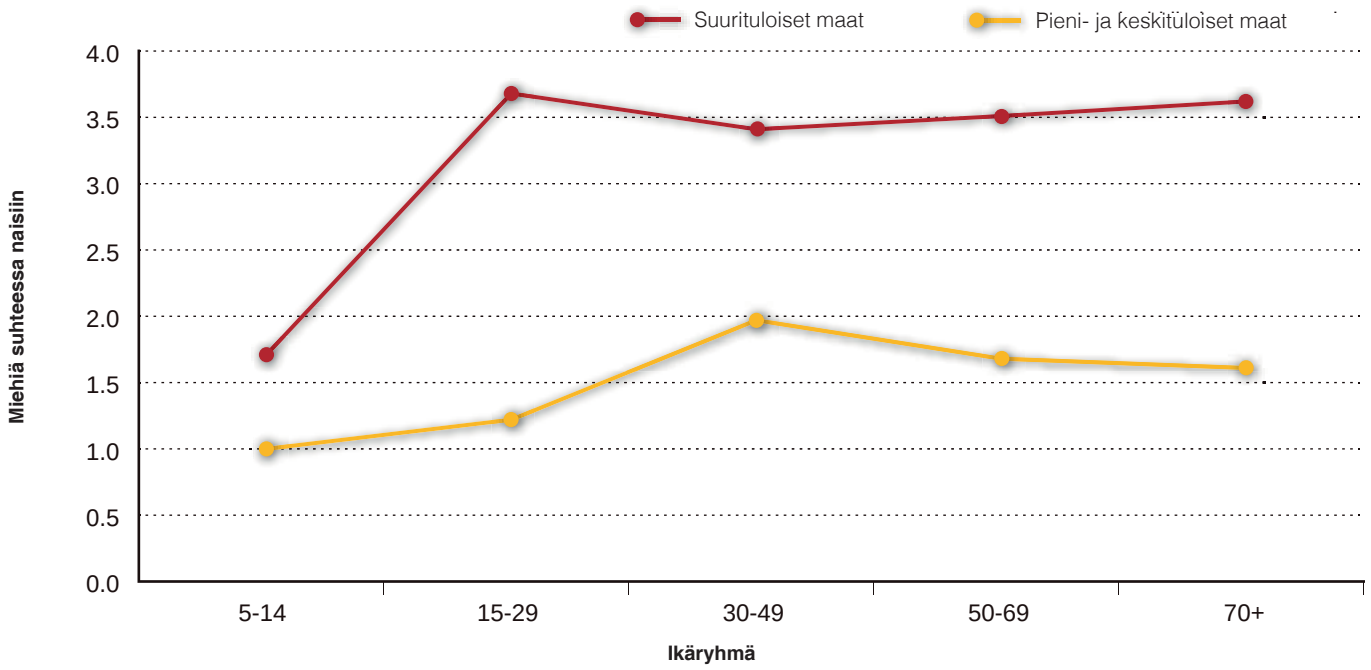
Kuten kuvasta 5 käy ilmi, myös ikä vaikuttaa sukupuolten välisiin eroihin. Eroihin itsemurhaluvuissa miesten ja naisten välillä on monia mahdollisia syitä: sukupuolten väliseen tasa-arvoon liittyvät asiat, erot sosiaalisesti hyväksyttävissä menetelmissä suhtautua stressiin ja ristiriitoihin miesten ja naisten välillä, erilaisten itsemurhavälineiden suosiminen ja välineiden saatavuus sekä alkoholin käyttötavat ja erot hoitoon hakeutumisessa mielenterveyshäiriöiden ilmetessä. Huomattavat erot itsemurhaluvuissa miesten ja naisten välillä viittaavat siihen, että näiden erilaisten syiden suhteellinen merkitys vaihtelee huomattavasti maittain ja alueittain.

Kuva 4. Ikävakioidut itsemurhaluvut eri puolilla maailmaa, 2012



LMIC = Pieni- ja keskituloiset maat

Kuva 5. Miehiä suhteessa naisiin itsemurhaluvuissa ikäryhmän ja maan tulotason mukaan jaoteltuina, 2012



Itsemurhaluvut iän perusteella

Iän perusteella tarkasteltuna itsemurhaluvut ovat alhaisimmat alle 15-vuotiaiden keskuudessa ja korkeimmat vähintään 70-vuotiaiden keskuudessa sekä miehillä että naisilla lähes kaikkialla maailmassa, vaikkakin iän ja sukupuolen vaikutukset itsemurhaluvuissa 15–70-vuotiaiden keskuudessa vaihtelevat alueittain. Tietyillä alueilla itsemurhaluvut nousevat tasaisesti iän kasvaessa, kun taas tietyillä alueilla itsemurhaluvut ovat korkeimmat nuorten aikuisten keskuudessa ja laskevat keski-ikään saavuttaessa. Joillakin alueilla luvut ovat samat samanikäisten miesten ja naisten keskuudessa, mutta joillakin muilla alueilla puolestaan erilaiset. Suurituloisten maiden ja pieni- ja keskituloisten maiden välillä on kaksi merkittävää eroa. Ensinnäkin itsemurhaluvut ovat huomattavasti korkeammat nuorten aikuisten ja iäkkäiden naisten keskuudessa pieni- ja keskituloisissa maissa, mutta eivät suurituloisissa maissa. Toiseksi itsemurhaluvut ovat huomattavasti korkeammat keski-ikäisten miesten keskuudessa suurituloisissa maissa, mutta eivät pieni- ja keskituloisissa maissa. Kaiken kaikkiaan ikään perustuvat erot itsemurhaluvuissa eri maiden välillä ovat jopa suuremmat kuin alueiden välinen vaihtelu.

Itsemurhan suhteellinen merkitys yleisimpänä kuolinsyynä

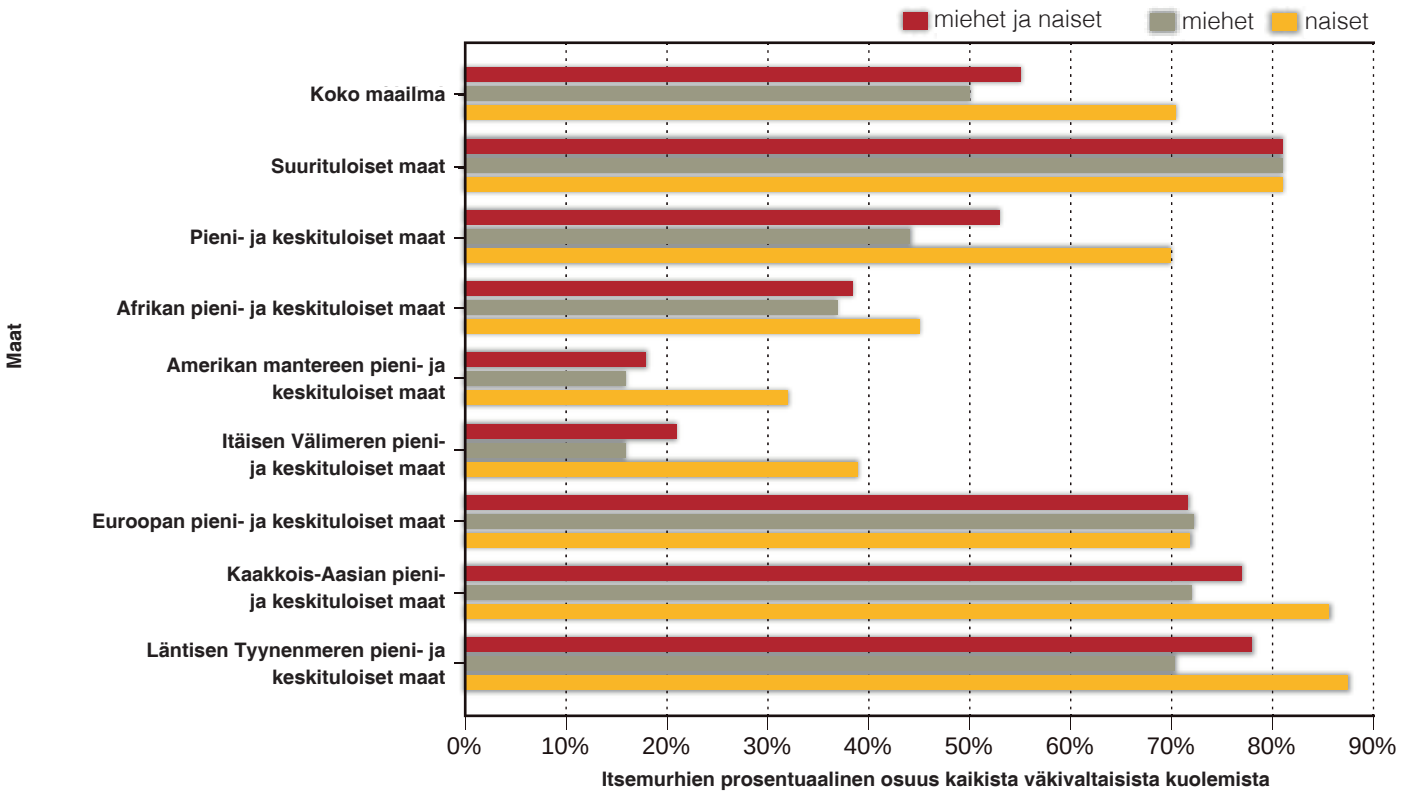
Vuonna 2012 itsemurha oli syynä 1,4 prosenttiin kaikista kuolemista maailmanlaajuisesti eli itsemurha oli 15. yleisin kuolinsyy. Nämä odottamattomat kuolemat – joita ilmenee etupäässä nuorten ja keski-ikäisten aikuisten keskuudessa – luovat valtavan taloudellisen, sosiaalisen ja psykologisen taakan yksilöille, perheille, yhteisöille ja maille. Itsemurha on merkittävä kansanterveydellinen ongelma kaikissa maissa ja kaikissa yhteisöissä koko maailmassa.

Itsemurhakuolemien osuus kaikista kuolemista on suurituloisissa maissa (1,7 %) suurempi kuin pieni- ja keskituloisissa maissa (1,4 %). Tämä johtuu lähinnä siitä, että tarttuvat taudit ja muut syyt aiheuttavat enemmän kuolemia pieni- ja keskituloisissa maissa kuin suurituloisissa maissa. Lukuun ottamatta huomattavaa eroa läntisen Tyynenmeren pieni- ja keskituloisten maiden kohdalla kaikilla muilla maailman alueilla itsemurhakuolemien osuus kaikista kuolemista on suurempi miesten kuin naisten keskuudessa ja itsemurha on yleisempi kuolinsyy miesten kuin naisten keskuudessa.

Itsemurhakuolemien osuus kaikista kuolemista ja itsemurhan sijoittuminen kaikkien kuolinsyiden joukkoon vaihtelee huomattavasti iän mukaan. Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna itsemurha on syynä 8,5 prosenttiin kaikista kuolemista 15–29-vuotiaiden nuorten aikuisten keskuudessa, ja se on toiseksi yleisin kuolinsyy liikenneonnettomuuksien jälkeen. 30–49-vuotiaiden aikuisten keskuudessa itsemurhakuolemien osuus kaikista kuolemista on 4,1 prosenttia ja itsemurha on viidenneksi yleisin kuolinsyy. Itsemurhakuolemien osuus kaikista kuolemista on suurituloisissa maissa 17,6 % ja Kaakkois-Aasian pieni- ja keskituloisissa maissa 16,6 % 15–29-vuotiaiden nuorten aikuisten keskuudessa, ja se on johtava kuolinsyy molempien sukupuolten keskuudessa.

Toinen menetelmä itsemurhan merkityksen arviointiin kansanterveydellisenä ongelmana on arvioida sen suhteellista osuutta kaikista tahallisista kuolemista, joihin kuuluvat yksilöiden välisen väkivallan seurauksena aiheutuneet kuolemat, aseelliset konfliktit ja itsemurhat (eli väkivaltaiset kuolemat). Kuvassa 6 on esitetty itsemurhien osuus kaikista väkivaltaisista kuolemista eri puolilla maailmaa. Globaalilla tasolla itsemurha on syynä 56 prosenttiin kaikista väkivaltaisista kuolemista (50 prosenttiin miesten keskuudessa ja 71 prosenttiin naisten keskuudessa). Suurituloisissa maissa itsemurha on syynä 81 prosenttiin väkivaltaisista kuolemista miesten ja naisten keskuudessa, kun taas pieni- ja keskituloisissa maissa 44 prosenttia väkivaltaisista kuolemista miesten ja 70 prosenttia väkivaltaisista kuolemista naisten keskuudessa on itsemurhakuolemia.

Kuva 6. Itsemurhien osuus kaikista väkivaltaisista kuolemista maailman eri alueilla, 2012



LMIC = Pieni- ja keskituloiset maat

Muutokset itsemurhaluvuissa ajanjaksolla 2000–2012

Huolimatta koko maailman väestön kasvusta ajalla 2000–2012 itsemurhien lukumäärä on laskenut noin 9 prosenttia, 883 000:sta 804 000:ään. Alueittain on kuitenkin havaittavissa merkittäviä eroja: prosentuaalinen muutos itsemurhien kokonaismäärässä vaihtelee 38 prosentin noususta Afrikan alueen pieni- ja keskituloisissa maissa 47 prosentin laskuun läntisen Tyynenmeren alueen pieni- ja keskituloisissa maissa.

Globaali ikävakioitu itsemurhaluku (jossa on huomioitu erot väestöjen koossa ja ikärakenteessa ajan kuluessa) on laskenut 26 prosenttia (23 prosenttia miesten ja 32 prosenttia naisten keskuudessa) 12 vuoden ajanjaksolla ajalla 2000–2012. Ikävakioidut luvut ovat laskeneet kaikkialla maailmassa lukuun ottamatta Afrikan alueen pieni- ja keskituloisia maita ja miehiä itäisen Välimeren alueen pieni- ja keskituloisissa maissa.

Maakohtaiset erot itsemurhaluvuissa eivät käy ilmi tästä globaalista ja alueellisesta analyysistä. 172 jäsenvaltion keskuudessa, joiden väkiluku on vähintään 300 000 (katso liitteet 1 ja 2), muutos ajalla 2000–2012 ikävakioiduissa itsemurhaluvuissa vaihteli 69 prosentin laskusta 270 prosentin nousuun.

Näistä 172 maasta 85 maassa (49,4 %) ilmeni yli 10 prosentin lasku ikävakioiduissa itsemurhaluvuissa, 29 maassa (16,9 %) ilmeni yli 10 prosentin nousu ja 58 maassa (33,7 %) erot ikävakioiduissa itsemurhaluvuissa olivat suhteellisen pienet tällä 12 vuoden ajanjaksolla (–10...+10 %).

Syitä näihin itsemurhalukujen äkillisiin muutoksiin ei tunneta. Yksi mahdollinen osittainen selitys on maailmanlaajuisesti viime vuosikymmenen aikana tapahtunut huomattava terveyden kohentuminen. Ajalla 2000–2012 globaali ikävakioitu kuolleisuus laski kaiken kaikkiaan 18 prosenttia. Lasku itsemurhaluvuissa on ollut nopeampi kuin lasku kaikissa kuolleisuusluvuissa (26 % vs. 18 %), mutta ainoastaan 8 prosenttia. Jos tämä kehitys jatkuu, WHO:n mielenterveyden toimintasuunnitelmassa (1) ajalle 2013–2020 asetettu tavoite laskea itsemurhalukuja 10 prosentilla vuoteen 2020 mennessä voidaan pystyä saavuttamaan.

Itsemurhamenetelmät

Useimmat ihmiset, joilla itsetuhoista käytöstä ilmenee, ovat epävarmoja elämän- ja kuolemanhalunsa suhteen, ja itsemurha tehdäänkin toisinaan impulsiivisesti akuuttien psykososiaalisten stressitekijöiden vaikutuksesta. Keinojen rajoittaminen (itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittaminen)

on keskeinen osa itsemurhien ehkäisytoimia, koska se antaa itsetuhoisille henkilöille aikaa pohtia suunnitelmiaan ja heidän elämässään ilmenevä akuutti kriisi ehtii mahdollisesti mennä ohi. Sopivien rajoituskäytäntöjen laatiminen (esim. torjunta-aineiden ja ampuma-aseiden saatavuuden rajoittaminen, esteiden lisääminen metroihin, silloille ja korkeisiin rakennuksiin sekä lääkkeiden pakkauskokojen muuttaminen) edellyttää yhteisössä käytettyjen itsemurhamenetelmien ja väestöryhmien suosimien menetelmien perinpohjaista ymmärtämistä.

Valitettavasti kansallisen tason tietoa käytetyistä itsemurhamenetelmistä on vain vähän. ICD-10-tautiluokituksessa käytetään X-koodeja, joilla tallennetaan ulkoiset kuolinsyyt itsemurhamenetelmät mukaan lukien, mutta monissa maissa näitä tietoja ei kerätä. Ajalla 2005–2011 ainoastaan 76:ssa WHO:n 194 jäsenvaltiosta kirjattiin tiedot itsemurhamenetelmistä WHO:n kuolleisuustietokantaan. Näissä maissa tehdään noin 28 prosenttia kaikista itsemurhista, joten 72 prosentissa kaikista itsemurhista käytetty menetelmä jää epäselväksi. Kuten voidaan odottaa, tietoja kirjattiin huomattavasti enemmän suurituloisissa maissa kuin pieni- ja keskituloisissa maissa. Suurituloisissa maissa itsemurhamenetelmänä käytettiin hirttäytymistä 50 prosentissa itsemurhista ja toiseksi käytetyin väline oli ampuma-ase, jota käytettiin 18 prosentissa itsemurhista. Ampuma-aseella tehtyjen itsemurhien suhteellisen suuri osuus kaikista itsemurhista suurituloisissa maissa johtuu lähinnä Amerikan mantereen suurituloisissa maissa tehdyistä itsemurhista, sillä näissä maissa aseita käytettiin 46 prosentissa kaikista itsemurhista, kun taas muissa suurituloisissa maissa aseita käytettiin ainoastaan 4,5 prosentissa kaikista itsemurhista.

Koska kansallisen tason tiedot itsemurhamenetelmistä pieni- ja keskituloisissa maissa ovat WHO:n kuolleisuustietokannassa erittäin puutteelliset, tutkijoiden on hyödynnettävä tieteellisessä kirjallisuudessa esitettyjä tietoja voidakseen arvioida näillä alueilla käytettyjä itsemurhamenetelmiä (7). Yksi käytetyimmistä itsemurhamenetelmistä pieni- ja keskituloisissa maissa, etenkin maissa, joissa on runsaasti maaseutua ja pienimuotoista maanviljelyä, on torjunta-aineiden nieleminen. Systemaattinen tietojen arviointi (8) ajalta 1990–2007 paljastaa, että noin 30 prosenttia (mahdollisesti 27–37 prosenttia) kaikista itsemurhista tehtiin torjunta-aineita nielemällä, useimmiten pieni- ja keskituloisissa maissa. Tämän arvion perusteella torjunta-aineiden nielemisen voidaan arvioida olevan yksi yleisimmistä itsemurhamenetelmistä maailmanlaajuisesti arvioituna. Jos tämä arvio pitää paikkansa, se merkitsee itsemurhien ehkäisyssä tarvetta rajoittaa torjunta-aineiden saatavuutta, vaikka se olisikin hankalaa. Rajoittaminen on kuitenkin mahdollista toisin kuin hirttäytymisen kohdalla.

Eräässä toisessa tutkimuksessa on käynyt ilmi, että ympäristö vaikuttaa yhteiskunnassa käytetyimpään itsemurhamenetelmään, ja käytetyt menetelmät saattavat vaihdella nopeasti ajan kuluessa ja levitä yhteisöstä toiseen. Voimakkaasti kaupungistuneilla alueilla, kuten Kiinan erityishallintoalueella Hongkongissa ja Singaporessa, joissa suurin osa väestöstä asuu valtavissa kerrostaloissa, käytetyin itsemurhamenetelmä on hyppääminen korkean rakennuksen katolta. Puuhiilen käyttö tuottamaan erittäin myrkyllistä hiilimonoksidia itsemurhatarkoituksessa alkoi Kiinan erityishallintoalueella Hongkongissa vuonna 1998 ja levisi sieltä nopeasti Taiwaniin, Kiinaan, jossa siitä tuli kahdeksassa vuodessa käytetyin itsemurhamenetelmä (9). Muita viime aikoina suosituiksi tulleita menetelmiä tietyillä alueilla ovat kemikaalien yhdistäminen tarkoituksena tuottaa rikkivetykaasua (esim. Japanissa) ja heliumkaasun käyttö. Nämä löydökset korostavat menetelmien jatkuvan seurannan merkitystä sekä itsemurhien että itsemurhayritysten osalta, jotta voidaan varmistaa, että käytetyt rajoitustoimenpiteet ja tarjottava koulutus ovat nykytilanteeseen sopivia. Useita vasta käyttöön tulleita itsemurhamenetelmiä ei kuitenkaan voida tunnistaa nykyisen ICD-10-tautiluokituksen ulkoisten syykoodien perusteella, joten nämä menetelmät eivät näy kuolleisuustietojärjestelmissä, elleivät paikalliset viranomaiset ryhdy käyttämään ICD-10-tautiluokituksen erityisiä menetelmäkohtaisia alakoodeja (katso lokero 1).

Lokero 1.

Kansallinen väkivaltaisten kuolemien raportointijärjestelmä Yhdysvalloissa

Tautien torjunnan ja ennaltaehkäisyn keskuksissa (CDC) Yhdysvalloissa on käytössä kansallinen väkivaltaisten kuolemien raportointijärjestelmä (NVDRS). Se on seurantajärjestelmä, johon kootaan yksityiskohtaisia tietoja väkivaltaisista kuolemista itsemurhat mukaan lukien (10, 11). NVDRS toimii useista lähteistä koottuna kattavana tietolähteenä, jossa on yksityiskohtaista tietoa kaikista tapauksista. Sieltä löytyvät esimerkiksi kuolleen henkilön kuolintodistus sekä toksikologia- ja ruumiinavausraportti ja useita muita tutkimusraportteja lainvalvonnan alalta, kuolemansyyntutkijalta tai kuolinpaikan tutkijoilta. NVDRS-järjestelmässä on tietoja kuolleen henkilön demografisista piirteistä, kuolemaan liittyvistä mekanismeista/aseista sekä muita tapahtumaan liittyviä tietoja (esim. paikka ja kuolinaika), kuolleen henkilön terveydentila ja tietoa mahdollisesti stressaavasta elämäntilanteesta, jonka uskotaan myötävaikuttaneen kuolemaan kuolinpaikalla tehtyjen löydösten perusteella tai todistajalausuntojen, kuolleen henkilön itse aikaisemmin kertomien tietojen ja muiden aihetodisteiden perusteella (esim. itsemurhaviestit). Tällä hetkellä NVDRS-järjestelmään kootaan tietoja Yhdysvaltain 18 osavaltiosta kaikista 50 osavaltiosta. Osavaltioiden hallinnoiman tiedonkeruun toteuttavat kunkin osavaltion terveysosasto tai alihankkijaosapuolet, kuten kuolemansyyntutkijat. Itse tietojen keruun hoitaa koulutettu henkilöstö. CDC:n tarkoituksena on ottaa NVDRS-järjestelmä käyttöön kaikissa Yhdysvaltain osavaltioissa rahoituksen järjestyessä.

Toinen tärkeä huomioitava seikka alueellisten tai maakohtaisten itsemurhatietojen käytössä on se, että näitä tietoja voidaan hyödyntää ainoastaan rajallisesti suunniteltaessa kohdennettuja itsemurhien ehkäisyohjelmia, koska tiedoista ei käy ilmi luvuissa, demografisissa trendeissä ja käytetyissä menetelmissä ilmenevä huomattava maiden sisäinen vaihtelu. Itsemurhaluvuissa ja demografisissa piirteissä ilmenee huomattavaa maidensisäistä vaihtelua eri alueilla – kuten Kiinan kaupunki- ja maaseutualueilla (12) ja Intian eri alueilla (13). Tällaisissa tapauksissa kansallisia tietoja ei voida hyödyntää määritettäessä maantieteellisiä alueita tai väestöryhmiä, jotka tulisi asettaa etusijalle interventiotoimenpiteissä. Kansalliset arviot eri menetelmiä käyttäen tehtyjen itsemurhien osuuksista mahdollistavat sopivien kansallisten rajoittamistoimenpiteiden suunnittelun, mutta nämä toimenpiteet on usein sovitettava kunkin maan eri alueille sopiviksi. Esimerkiksi torjunta-aineita nielemällä tehdyt itsemurhat tapahtuvat pääasiassa maaseudulla, joten torjunta-aineiden saatavuuden rajoittamistoimenpiteet eivät todennäköisesti ole itsemurhien ehkäisyohjelmien pääasiallisena painopisteenä kaupunkialueilla edes sellaisissa maissa, joissa torjunta-aineita nielemällä tehtyjen itsemurhien osuus on kansallisella tasolla korkea.

Itsemurhayritykset

Itsemurhayritykset luovat yhteisöille huomattavan sosiaalisen ja taloudellisen taakan, sillä niiden vuoksi joudutaan hoitamaan vammoja terveydenhuollossa ja lisäksi itsemurhaa yrittänyt henkilö ja hänen läheisensä tarvitsevat hoitoa itsemurhayrityksen aiheuttamien psykologisten ja sosiaalisten vaikutusten vuoksi. Toisinaan itsemurhaa yrittäneelle henkilölle aiheutunut vamma aiheuttaa myös pitkäkestoisen työkyvyttömyyden. Lisäksi aikaisempi itsemurhayritys on tärkein itsemurhan riskitekijä koko väestön keskuudessa: itsemurhaa aikaisemmin yrittäneiden henkilöiden riski kuolla itsemurhaan on huomattavasti korkeampi kuin henkilöillä, jotka eivät ole koskaan yrittäneet itsemurhaa. Näiden korkean riskin omaavien yksilöiden tunnistamisen ja jälkihoidon tarjoamisen heille tulisi olla keskeinen osa kaikkia kattavia itsemurhien ehkäisystrategioita.

Itsemurhayritysten yleisyyden, demografisten trendien ja menetelmien seuranta yhteisössä antaa arvokasta tietoa, jota voidaan hyödyntää itsemurhien ehkäisystrategioiden kehityksessä ja arvioinnissa. Tietoja itsemurhayritysten määristä ja käytetyistä menetelmistä voidaan käyttää yhdessä itsemurhakuolemia koskevien tietojen kanssa, kun arvioidaan itsetuhoisen käytöksen tappavuutta (eli kuolemaan johtavien itsetuhoisten tekojen osuus kaikista itsetuhoisista teoista) sukupuolen, iän ja menetelmän perusteella. Nämä tiedot auttavat tunnistamaan yhteisöstä nämä korkean riskin ryhmät, joihin selektiivisiä psykososiaalisia interventioita tulisi kohdistaa, ja korkean riskin menetelmät, joihin rajoittamista koskevien interventioiden tulisi kohdistua.

Kansallisten ja alueellisten tietojen hankkimiseen itsemurhayrityksistä on olemassa kaksi keskeistä lähdettä: itsetuhoista käytöstä osoittaneiden henkilöiden itse antamat raportit haastattelututkimuksissa, joissa on tarkasteltu edustavia otoksia yhteisön jäsenistä, ja itsetuhoista käytöstä koskevat lääketieteelliset kirjaustiedot, jotka perustuvat terveydenhuoltolaitosten (yleensä sairaaloiden) edustaviin otoksiin. WHO ei rutiininomaisesti kerää tietoa itsemurhayrityksistä, mutta se tukee WHO:n mielenterveystutkimuksiin liittyviä toimia (14), joissa kerätään tietoa itsemurhayrityksistä. Lisäksi WHO:n STEPwise-lähestymistapaan kroonisten sairauksien seurantaan riskitekijöinä (STEPS) sisältyy kysymyksiä, joiden tarkoituksena on kerätä tietoa itsemurhayrityksistä (15). WHO on myös julkaissut itsemurhatapausten rekisteröintiä koskevan oppaan (16) lisäksi resurssioppaan sairaalakohtaisista tapauskirjauksista koskien sairaalahoitoa vaatineita itsemurhayrityksiä (17).

Itsetuhoista käytöstä osoittaneiden henkilöiden itse kertomat asiat haastattelututkimuksissa

Monissa psykososiaalisia aiheita koskevissa haastattelu-tutkimuksissa on mukana itseraportointikysymyksiä, joiden aiheena on itsetuhoinen käytös. Kun sama haastattelututkimus tehdään samalle väestölle toisena ajankohtana, pystytään tekemään johtopäätöksiä trendien muuttumisesta itseraportoidussa itsetuhoisessa käytöksessä. Yksi esimerkki tästä on puolivuosittainen YRBSS-järjestelmä (Youth Risk Behavior Surveillance System) Yhdysvalloissa (18). Tulosten tulkitseminen on kuitenkin huomattavasti vaikeampaa, jos käytössä on useita tutkimusvälineitä tai jos sama haastattelututkimus on tehty eri väestöryhmille (erityisesti muunkielisille). Yleisten haastattelututkimuksiin liittyvien metodologisten ongelmien lisäksi (kuten sen takaaminen, että tutkimusotos on edustava otos kohdeväestöstä) on

olemassa useita mahdollisia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa itsemurha-ajatusten ja itsemurhayritysten itseraportointimääriin. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi väestön luku- ja kirjoitustaito, kyselylomakkeessa käytetyt sanamuodot, kyselylomakkeen pituus, sanamuotojen tulkinta paikallisella kielellä (eli tarkka merkitys ja mahdolliset tulkinnat), ajankohta ja erityisesti se, kuinka tarkasti vastaajat ovat valmiita kertomaan näitä tietoja.

Halukkuus kertoa aikaisemmasta itsetuhoisesta käytöksestä voi vaihdella iän, sukupuolen, uskonnon, etnisen taustan ja muiden tekijöiden mukaan, joten kun verrataan itsetuhoista käytöstä koskevia raportteja eri väestö- ja kulttuuriryhmien välillä, johtopäätöksiä on tehtävä varovasti. Itseraportoitujen itsemurha-ajatusten vertailu ryhmien välillä on erityisen haastavaa, sillä itsemurha-ajatukset ovat usein tilapäisiä, eivätkä muut voi niitä havaita. Lisäksi arvioitaessa itseraportoituja menneisyydessä esiintyneitä itsemurha-ajatuksia ja itsemurhayrityksiä koko elämänkaaren ajalta – seikkoja, joiden merkitys saattaa olla rajallinen nykyistä itsemurhariskiä arvioitaessa – on huomioitava myös vastaajien iät ja virheelliset muistot kauan sitten tapahtuneista asioista. Näin ollen edellisenä vuotena tehdyt itseraportointitutkimukset ovat hyödyllisin ja todennäköisesti myös luotettavin menetelmä itsemurhayritysten (jotka johtavat jonkinasteiseen fyysiseen vammaan) yleisyyden arviointiin.

WHO:n mielenterveystutkimuksissa (14) on käytetty WHO:n CIDI-haastattelua (Composite International Diagnostic Interview), johon kuuluu useita standardoituja kysymyksiä koskien itsemurhayritysten yleisyyttä, ajankohtaa, menetelmää/menetelmiä ja sairaalahoitoa (jos se on ollut tarpeen). Saatavilla oleva raportti itsemurhayritysten yleisyydestä 12 kuukauden ajanjaksolla vähintään 18-vuotiaiden keskuudessa (koottu vuosina 2001–2007 tehdyistä tutkimuksista) perustuu 10 suurituloisesta maasta kerättyihin tietoihin (joista yhdeksässä käytettiin kansallisesti edustavia otoksia), joiden otokset koostuivat 52 484 yksilöstä; kuudesta keskituloisesta maasta kerättyihin tietoihin (joista neljässä käytettiin kansallisesti edustavia otoksia), joiden otokset koostuivat 25 666 yksilöstä; viidestä pienituloisesta maasta kerättyihin tietoihin (joista yhdessä käytettiin kansallisesti edustavia otoksia), joiden otokset koostuivat 31 227 yksilön otoksista (19). Tuloksista kävi ilmi, että yhden tai useamman itsemurha-yrityksen edellisenä vuotena teki 3 henkilöä 1 000:ta henkilöä kohti (eli 0,3 %) sekä miesten että naisten keskuudessa suurituloisissa maissa, 3 miestä 1 000:ta miestä kohti ja 6 naista 1 000:ta naista kohti keskituloisissa maissa ja 4 henkilöä 1 000:ta henkilöä kohti sekä miesten että naisten keskuudessa pienituloisissa maissa. Kun suuri-, keski- ja pienituloisten maiden yleisyyttä koskevaa arviota sovelletaan kaikkien Maailmanpankin luokituksen maiden aikuisväestöihin (eli 18-vuotiaisiin ja sitä vanhempiin), arvioitu vuotuinen itseraportoitujen itsemurhayritysten yleisyys on noin 4 aikuista 1 000:ta aikuista kohti. Ottaen huomioon, että vuonna 2012 arvioitu maailmanlaajuinen itsemurhaluku oli 15,4 laskettuna 100 000:ta aikuista kohti, voidaan todeta, että jokaista itsemurhaan kuollutta aikuista kohti todennäköisesti 20 aikuista yritti itsemurhaa vähintään kerran. Samoin kuin itsemurhien ja itsemurhayritysten määrien kohdalla myös kuolinyritysten määrässä on suuria vaihteluita ja itsetuhoisen käytöksen tappavuuteen vaikuttaa myös alue, sukupuoli, ikä ja käytetty menetelmä.

Sairaalakohtaiset tiedot sairaalahoitoa vaatineista itsemurhayrityksistä

Tietoja itsemurhayritysten määristä tarjoavat myös ensiavun, poliklinikoiden ja muiden hoitoyksiköiden hoitotiedot tapauksista, joissa kyse on ollut potilaista, jotka ovat saaneet hoitoa itsensä vahingoittamisen vuoksi. Toisin kuin kuolemien kirjaamisessa,
käytössä ei ole kansainvälisesti hyväksyttyjä menetelmiä itsemurhayrityksiä koskevan tiedonkeruun standardoimiseksi, ja näin ollen eri alueiden lukuja verrattaessa on huomioitava useita metodologisia seikkoja. Sairaaloiden kirjaustietoihin perustuvat arviot sairaalahoitoa vaatineiden itsemurhayritysten määristä saattavat olla epätarkkoja, jos valitut sairaalat eivät ole edustavia yhteisön kaikkien sairaaloiden osalta tai jos huomattava osa itsemurhayrityksistä hoidetaan paikallisilla klinikoilla sairaaloiden sijaan. Lisäksi sairaalahoitoa vaatineiden itsemurhayritysten raportoituihin määriin vaikuttavat huomattavasti sairaaloissa käytetyt kirjauskäytännöt. Nämä eivät välttämättä ole täysin luotettavia, sillä

- yhden henkilön mahdollisia useita hoitojaksoja ei välttämättä katsota kuuluviksi samalle henkilölle (vaan ne lasketaan erillisiksi tapauksiksi)

- lukuihin saattavat sisältyä myös sairaalassa hoidon aikana kuolleet itsemurhayrityksen tehneet potilaat tai potilaat, jotka on kirjattu ulos sairaalasta, mutta he ovat kuolleet sen jälkeen kotona (eikä näin ollen kyseessä ole itsemurhayritys)

- tiedoissa ei välttämättä eritellä itseään vahingoittaneita sen mukaan, onko tarkoituksena ollut aiheuttaa kuolema vai ei

- tietoihin eivät välttämättä sisälly potilaat, joita on hoidettu sairaaloiden ensiapuosastoilla ja jotka on kirjattu ulos sairaalasta ennen varsinaista sairaalahoitoon kirjaamista

- tietoihin eivät välttämättä sisälly potilaat, jotka on kirjattu suoraan sairaalahoitoon ilman hoitoa ensiapuosastolla

- tiedoissa ei välttämättä ole määritetty itsemurhayrityksessä käytettyä menetelmää (mikä tekee menetelmäkohtaisen tappavuuden arvioinnista mahdotonta), ja mikä tärkeintä

- itsemurhayrityksiä on voitu kirjata tietoihin järjestelmällisesti ”tapaturmina” itsemurhaan liittyvän leimautumisen tai itsetuhoisen käytöksen vakuutuskattavuuden puuttumisen vuoksi tai johtuen halusta välttää mahdollisia lakisääteisiä seurauksia.

Näiden kirjauskäytäntöjen standardointi eri maissa ja myöhemmin maiden välillä on yksi tärkeimmistä tehtävistä, jotka maiden on suoritettava, jotta niissä voidaan ymmärtää itsemurhiin liittyviä seikkoja ja lopulta vähentää itsemurhia (katso lokero 2).

Lokero 2.

Tahallista itsensä vahingoittamista koskeva kansallinen rekisteri Irlannista

Irlantilainen itsensä vahingoittamista koskeva kansallinen rekisteri (NRDSH) on kansallinen järjestelmä, jolla seurataan itsensä vahingoittamisen yleisyyttä väestön keskuudessa. Rekisterin perustajana toimi NSRF:n (National Suicide Research Foundation) terveyttä ja lapsia koskeva osasto. Sen toiminnan rahoittajana on Health Service Executive's National Office for Suicide Prevention. Tämän kansallisen rekisterin tarkoituksena on selvittää itsensä vahingoittamisen ilmenemistä sairaaloiden ensiapuosastoilla ja seurata sitä ja sen mahdollista toistuvuutta. Toiminnan tavoitteena on tunnistaa ryhmät ja alueet, joilla ongelma toistuu tiheästi, ja antaa kyseisten palveluiden järjestäjille ja hoitohenkilöstölle tietoa itsetuhoisen käytöksen ennaltaehkäisystä (20, 21).

Ainoastaan osa itsemurhayrityksistä johtaa vammoihin, jotka edellyttävät sairaalahoitoa. Näin ollen kuolemaan johtavien itsemurhayritysten arvioidut määrät perustuvat sairaalahoitoa saaneisiin yrityksiin, minkä johdosta luvut ovat suuremmat kuin ihmisten itsensä haastattelututkimuksissa raportoimiin itsemurhayrityksiin perustuvat luvut. Ainoastaan harvat maat ovat kehittäneet kansallisen tai kansallisesti edustavan rekisteröintijärjestelmän sairaalahoitoa vaatineista itsemurhayrityksistä. Näin ollen vain harvoin on mahdollista yhdistää sairaalatason tietoja kansallisiin itsemurhalukuihin. Kuolemaan johtaneiden yritysten määrät voidaan laskea, jos saatavilla on kansallisesti edustavat tiedot sairaalahoitoa vaatineista itsemurhayrityksistä. Valitettavasti pieni- ja keskituloisista maista näitä tietoja ei ole saatavilla, joten annetut esimerkit rajoittuvat neljään suurituloiseen maahan tai alueeseen: Belgian Flanderiin, (22), Irlantiin (20), Ruotsiin (23) ja Yhdysvaltoihin (24). Kuolemaan johtaneiden itsemurhayritysten suurin määrä oli nelinkertainen pienimpään verrattuna "lääketieteellisesti vakavan itsetuhoisen käytöksen" osalta (määritelty operationaalisesti itsetuhoiseksi käytökseksi, joka johtaa sairaalahoitoon tai kuolemaan): Irlannissa 4,2 % ja Flanderissa 17,8 %. Kuolemaan johtaneiden itsemurhayritysten luvut sukupuolen ja iän mukaan tarkasteltuna olivat identtiset näissä neljässä maassa: lääketieteellisesti vakavan itsetuhoisen käytöksen ilmeneminen on huomattavasti todennäköisemmin kuolemaan johtavaa miesten kuin naisten keskuudessa, ja sen riski kasvaa voimakkaasti iän myötä. Tämä löydös vastaa sellaisten aikaisemmin tehtyjen kansallisten raporttien tietoja, joissa tutkittiin kuolemaan johtavia itsemurhayrityksiä tapauksissa, joissa kyseessä oli lääketieteellisesti vakava itsetuhoinen käytös (25, 26).

Toinen mahdollisesti hyödyllinen mittari – joka myös on käytettävissä tietyillä alueilla useissa pieni- ja keskituloisissa maissa – on itsemurhayritysten ja tiettyjen menetelmien aiheuttama sairaalakuolleisuus (eli laskennassa on huomioitava sairaalassa tapahtuneiden kuolemien määrä ja sairaalassa itsemurhayrityksen vuoksi hoidettujen potilaiden määrä). Selvittämällä menetelmäkohtainen sairaalakuolleisuus pystytään tunnistamaan erityisen tappavat menetelmät, joihin ehkäisytyössä tulisi suunnata yhteisöpohjaisten menetelmien rajoitustoimenpiteitä ja joita soveltavan itseä vahingoittavan käytöksen lääketieteellistä hoitoa tulee pyrkiä parantamaan sairaalatyössä. Esimerkiksi torjunta-aineita nielemällä tehdyissä itsemurhayrityksissä hoito on usein teknisesti vaikeaa ja saattaa vaatia edistyksellisiä laitteita ja välineitä, joita ei ole useinkaan saatavana pieni- ja keskituloisten maiden maaseutujen sairaaloissa. Tällaisissa konteksteissa on erittäin tärkeää tarjota paikalliselle hoitohenkilöstölle koulutusta ja laitteita, joita itsemurhien ehkäisytyössä tarvitaan (27). Tieto sairaalakuolleisuudesta tapauksissa, joissa käytetään torjunta-aineita (0–42 %), on tärkeää, jotta voidaan määrittää tarvittavan koulutuksen sisältö ja tarvittavat laitteet (28).

Riskitekijät ja suojaavat tekijät sekä niihin liittyvät interventiot

Itsemurhiin liittyviä myyttejä

Myytti:

~~Useimmat itsemurhat tapahtuvat ilman ennakkovaroitusta~~

Fakta:

Ennen itsemurhaa on useimmiten havaittavissa varoitusmerkkejä, joko verbaalisia tai käytöksessä ilmeneviä. Kaikkiin itsemurhiin ei tällaisia merkkejä kuitenkaan liity. Näiden varoitusmerkkien ymmärtäminen on kuitenkin tärkeää, jotta niihin osataan kiinnittää huomiota.

Tehokkaan ohjelman luominen itsemurhien ehkäisyyn edellyttää aina itsemurhan kontekstille ominaisten riskitekijöiden tunnistamista ja niiden poistamista asianmukaisia interventioita toteuttamalla. Itsetuhoinen käytös on monitahoinen asia. Itsemurhaan myötävaikuttavat monet eri tekijät ja syy-yhteydet, ja ennalta ehkäisevään työhön on valittavissa monia erilaisia vaihtoehtoja. Yleensä itsemurhaa ei voida selittää millään yksittäisellä syyllä tai stressitekijällä. Useimmiten useat riskitekijät vaikuttavat kumulatiivisesti ja lisäävät yksilön alttiutta itsetuhoiseen käytökseen. Riskitekijöiden läsnäolo ei välttämättä johda itsetuhoiseen käytökseen, eivätkä siten esimerkiksi kaikki mielenterveyshäiriöistä kärsivät henkilöt tee itsemurhaa. Tehokkaat interventiot ovat välttämättömiä, sillä niiden avulla voidaan vähentää tunnistettujen riskitekijöiden vaikutusta. Lisäksi on syytä muistaa, että suojaavat tekijät ovat yhtä tärkeitä kuin riskitekijät, ja niiden on todettu lisäävät ihmisten sitkeyttä (pärjäävyyttä). Näin ollen myös suojaavien tekijöiden vahvistaminen on tärkeä tavoite kaikissa itsemurhien ehkäisyyn tähtäävissä ohjelmissa.

Riskitekijät

Erilaisia riskitekijöitä on pystytty tunnistamaan runsaasti, ja tärkeimmät niistä on esitetty kuvassa 7. Tarkastelun helpottamiseksi riskitekijät on ryhmitelty systeemisiin, yhteiskunnallisiin, yhteisöllisiin, ihmissuhteisiin liittyviin (sosiaalinen yhteenkuuluvuus perheenjäsenten ja ystävien kanssa) ja yksilötason riskitekijöihin, jotka kuvastavat ekologista mallia.

On tärkeää ensinnäkin huomata, että kaaviossa mainitut riskitekijät eivät ole kattava esitys olemassa olevista riskitekijöistä. Riskitekijöitä on olemassa huomattavasti enemmän, ja niitä voidaan myös luokitella monilla eri tavoilla. Riskitekijöille annettu painoarvo ja niiden luokitustapa riippuu aina kontekstista. Kaikilla näillä tekijöillä voi olla suora vaikutus itsetuhoiseen käytökseen, mutta niiden vaikutus voi olla myös epäsuora, sillä ne voivat lisätä yksilöllistä alttiutta mielenterveyshäiriöihin. Toisaalta tunnistettuja alueita ei pidä jakaa toisistaan selkeästi erilleen. Kaikki yksittäiset riskitekijät vaikuttavat toisiinsa, eivätkä alueet ole toisiaan poissulkevia. Erottelun sijaan paljon hyödyllisempää on tarkastella alueita sekä systeemisellä että yksilötasolla. Yksittäiset riskitekijät voivat liittyä samanaikaisesti useaan eri alueeseen. Esimerkiksi työpaikan menetys tai taloudellinen menetys voi vaikuttaa ihmiseen yksilötasolla ja johtaa läheisten suhteiden heikentymiseen, mutta tämä riskitekijä voi liittyä myös taloudelliseen taantumaan systeemisellä tasolla. Määritetyt ryhmät auttavat yksinkertaistamaan olemassa olevia laajoja riskitekijöitä ja tunnistamaan helpommin kontekstiin sopivia interventioita.

Interventiot

Itsemurhien ehkäisyyn liittyvät näyttöön perustuvat interventiot on esitetty teoreettisessa viitekehyksessä, jossa on erotettu toisistaan universaalit, selektiiviset ja indikoidut interventiot (29, 30). Kuvassa 7 nämä interventiot on liitetty interventioihin liittyviin riskitekijöihin. Nämä yhteydet eivät kuitenkaan ole lopullisia, vaan käytännössä konteksti on aina huomioitava. Interventioita on kolmea eri tyyppiä:

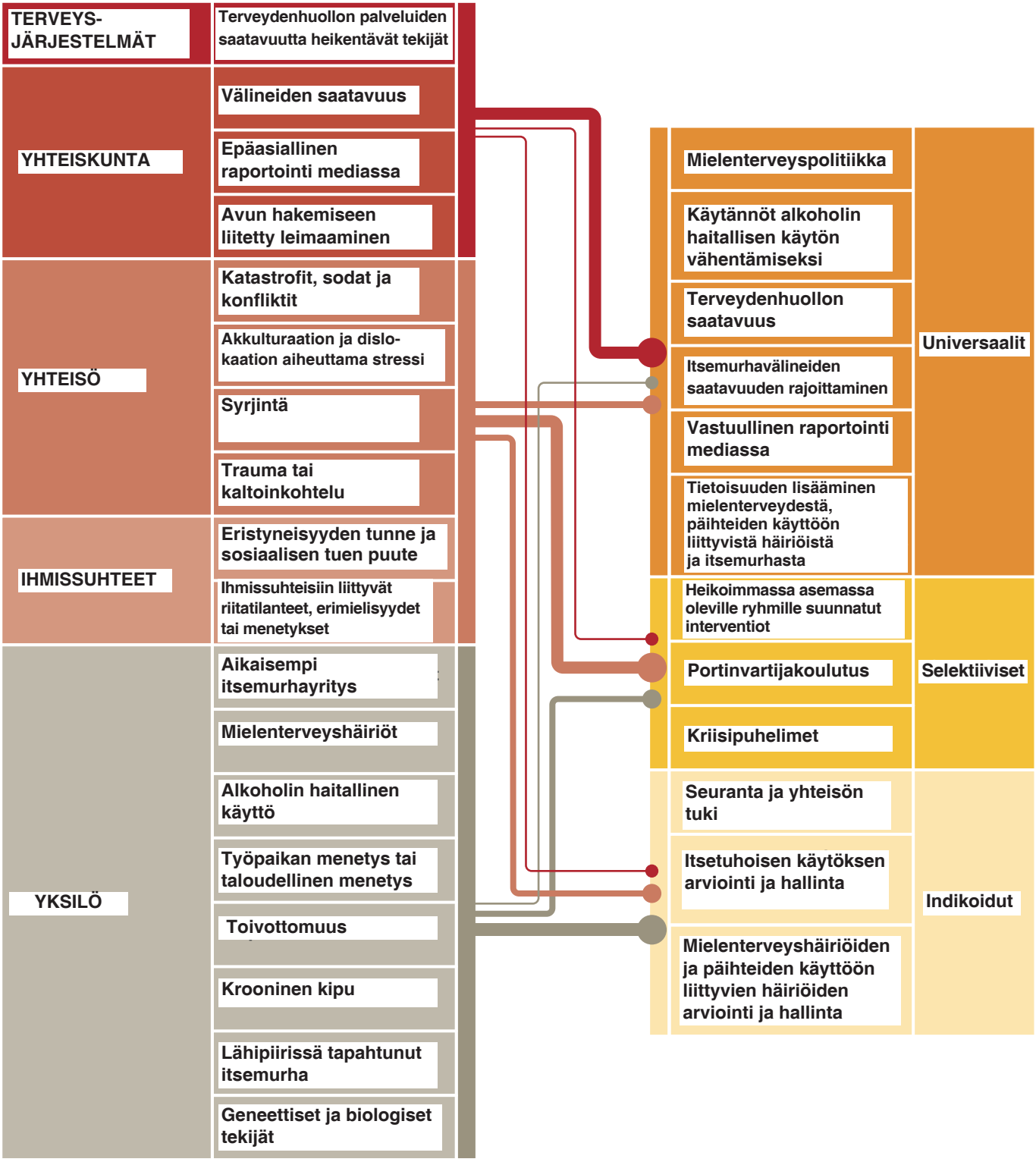
1. Universaalit ehkäisystrategiat on suunniteltu tavoittamaan koko väestö, kun pyritään maksimoimaan terveys ja minimoimaan itsemurhan riski poistamalla hoidon esteitä ja lisäämällä avun saatavuutta, vahvistamalla suojaavia prosesseja kuten sosiaalista tukea ja muuttamalla fyysistä ympäristöä.

2. Selektiiviset ehkäisystrategiat on kohdistettu väestön heikoimmassa asemassa oleviin ryhmiin erilaisten ominaisuuksien, kuten iän, sukupuolen, ammattiryhmän tai perhetaustan, perusteella. Vaikka ryhmän yksilöillä ei tällä hetkellä ilmenisikään itsetuhoista käytöstä, heillä saattaa olla kohonnut riski biologisten, psykologisten tai sosioekonomisten tekijöiden kannalta.

3. Indikoidut ehkäisystrategiat on kohdistettu väestön tiettyihin heikoimmassa asemassa oleviin yksilöihin, joilla on havaittavissa itsemurhan mahdollisuuden varhaisia merkkejä tai jotka ovat yrittäneet itsemurhaa.

Ottaen huomioon moninaiset tekijät ja reitit, jotka johtavat itsetuhoiseen käytökseen, itsemurhien ehkäisy vaatii laajan monialaisen lähestymistavan, joka huomioi väestön sisällä ilmenevät erot, riskiryhmät ja kontekstit ja ihmisen koko elämänkaaren.

Kuva 7. Itsemurhan tärkeimmät riskitekijät ja niihin liittyvät interventiot
(Viivat viittaavat interventioiden suhteelliseen merkitykseen eri tasoilla riskitekijöiden eri alueilla.)



Terveysjärjestelmään liittyvät ja yhteiskunnalliset riskitekijät

Tabu, leimautumisen pelko, häpeä ja syyllisyys saavat ihmiset salaamaan itsetuhoista käytöstään. Käsittelemällä näitä tekijöitä proaktiivisesti tukea tarjoavat terveysjärjestelmät ja yhteisöt pystyvät edistämään itsemurhien ehkäisyä. Alla on esitetty muutamia terveysjärjestelmiin ja yhteiskuntaan liittyviä keskeisiä riskitekijöitä.

Terveydenhuollon palveluiden saatavuutta heikentävät tekijät

Itsemurhariski kasvaa merkittävästi komorbiditeetin ilmetessä, joten laadukkaiden terveydenhuollon palveluiden nopea saatavuus on tärkeää itsemurhariskin pienentämisen kannalta (37). Terveysjärjestelmät ovat kuitenkin useimmissa maissa monimutkaisia tai resursseiltaan rajoitettuja, ja näissä järjestelmissä navigointi on haastavaa ihmisille, joiden terveyden lukutaito on heikko – erityisesti mielenterveyden osalta (38). Avun hakemiseen itsemurhayrityksen tai mielenterveyshäiriön vuoksi liittyvä leimautuminen tekee avun hakemisesta entistä hankalampaa, jonka seurauksena hoidon saatavuus heikkenee ja itsemurhariski kasvaa.

Välineiden saatavuus

Itsemurhan mahdollistavien välineiden saatavuus on itsemurhan merkittävä riskitekijä. Tappavien menetelmien (kuten torjunta-aineet, ampuma-aseet, korkeat paikat, rautatie, myrkyt, lääkkeet, häkämyrkytyksen mahdollistavat välineet, kuten auton pakokaasu tai puuhiili ja muut hypoksiset ja myrkylliset kaasut) välitön saatavuus tai niiden lähellä olo lisäävät itsemurhariskiä. Tiettyjen itsemurhan mahdollistavien välineiden saatavuus ja suosiminen riippuu myös maantieteellisestä ja kulttuurisesta kontekstista (39).

Epäasiallinen raportointi mediassa ja sosiaalisen median käyttö

Epäasiallinen mediaraportointi, jossa itsemurhista kerrotaan sensaatiohakuisesti ja romantisoiden, lisää ns. ”copycat”-itsemurhien (jäljittelyitsemurhien) riskiä heikoimmassa asemassa olevien ihmisten keskuudessa. Median toiminnan voidaan katsoa olevan epäasiallista, jos julkisuuden henkilöiden itsemurhista kerrotaan laajalti, kerrotaan epätavallisista itsemurhamenetelmistä tai itsemurha-aalloista, näytetään kuvia tai kerrotaan tarkkoja tietoja käytetyistä menetelmistä tai esitetään itsemurha luontevana reaktiona kriisiin tai vaikeuksiin.

Altistumisen itsemurhakertomuksille tiedetään lisäävän itsetuhoista käyttäytymistä heikoimmassa asemassa olevilla henkilöillä (31, 32, 33). Lisäksi kasvavaa huolta aiheuttaa Internetin ja sosiaalisen median rooli itsemurhia koskevassa viestinnässä. Internet on tällä hetkellä johtava tietolähde itsemurhia koskevissa asioissa, ja se tarjoaa käyttäjilleen runsaasti sivustoja, joissa itsemurhia kuvataan vastuuttomasti (34). Internet-sivustot ja sosiaalinen media ovat olleet mukana itsetuhoiseen käytökseen kannustavassa ja sen mahdollistavassa toiminnassa. Lisäksi yksityishenkilöt pystyvät lähettämään sensuroimattomia tallenteita itsemurhista ja itsemurhayrityksistä kaikkien käytettävissä olevissa medioissa.

Avun hakemiseen liitetty leimautuminen

Itsetuhoiseen käytökseen, mielenterveysongelmiin ja päihteiden väärinkäyttöön liittyviin ongelmiin apua hakevien ihmisten leimaamista tai muita henkisiä stressitekijöitä on edelleen havaittavissa useissa yhteisöissä, ja ne voivat estää ihmisten avun hakemista merkittävissä määrin. Leimautuminen voi myös estää heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden ystäviä ja perheenjäseniä tarjoamasta tukea tai jopa estää koko tilanteen tiedostamisen. Leimautuminen on myös merkittävässä roolissa muutoksen vastustamisessa ja itsemurhien ehkäisyä koskevien toimien toteutuksessa.

Terveysjärjestelmää ja yhteiskunnallisia riskitekijöitä koskevat interventiot

1. Mielenterveyspolitiikka

Vuonna 2013 WHO käynnisti laajan mielenterveyden toimintasuunnitelman 2013–2020 (1). Suunnitelmassa kannustetaan maita luomaan oma mielenterveyspolitiikkansa, joka sisältää neljä päätavoitetta:

1. Johtajuuden ja hallinnon tehostaminen mielenterveysasioiden alalla
2. Kattavien, integroitujen ja helposti lähestyttävien mielenterveys- ja sosiaalihuoltopalveluiden tarjoaminen yhteisöperustaisessa ympäristössä
3. Edistämis- ja ehkäisystrategioiden toteuttaminen mielenterveyden alalla
4. Tietojärjestelmien, näytön ja tutkimuksen vahvistaminen mielenterveyden alalla

Tämän toimintasuunnitelman indikaattorina käytetään itsemurhalukua ja tavoitteena on sen lasku.

2. Käytännöt alkoholin haitallisen käytön vähentämiseksi

Erilaisia käytäntöjä ja interventioita alkoholin haitallisen käytön vähentämiseksi on julkistettu WHO:n globaalissa strategiassa alkoholin haitallisen käytön vähentämiseksi (35). Nämä tarjoavat myös toimia tehokkaaseen itsemurhien ehkäisyyn. Käytäntöihin sisältyy seuraavat alueet:

1. Johtajuus, tietoisuus ja sitoutuminen
2. Terveydenhuoltopalveluiden toiminta
3. Yhteisön toiminta
4. Rattijuopumusta koskevat käytännöt ja vastakeinot
5. Alkoholin saatavuus
6. Alkoholijuomien markkinointi
7. Hinnoittelukäytännöt
8. Alkoholin käyttöön ja humaltumiseen liittyvien negatiivisten seurauksien vähentäminen
9. Laittoman alkoholin ja epävirallisista lähteistä tulevan alkoholin kansanterveydellisten vaikutuksien vähentäminen
10. Seuranta ja tarkkailu

Väestöissä, joissa runsasta alkoholin käyttöä ei ilmene suuressa määrin, voidaan toteuttaa tiedotuskampanjoita yleisten mediakampanjoiden, koulujen terveyden edistämistoimien tai heikoimmassa asemassa oleville yksilöille kohdennetun tiedotuksen kautta terveydenhuollon ammattilaisten toimesta (36). Aluekohtaista alkoholikulttuuria on tarkasteltava huolellisesti ennen minkään strategian valitsemista, jotta voidaan varmistaa strategian tehokkuus juuri tässä kontekstissa. Näiden strategioiden tehokas toteuttaminen edellyttää toimivaa lakijärjestelmää.

3. Terveydenhuollon palveluiden saatavuus

Asianmukainen, nopea ja helppo hoidon saatavuus mielenterveyshäiriöiden ja päihteiden käyttöön liittyvien häiriöiden hoidossa voi vähentää itsetuhoisen käytöksen riskiä (37) (katso myös lokero 6). Terveyden lukutaitoon liittyvien menettelytapojen ja käytäntöjen toteuttaminen terveysjärjestelmissä ja instituutioissa ja erityisesti kunnallisessa terveydenhuollossa on avain terveydenhuollon palveluiden ja erityisesti mielenterveyspalveluiden saatavuuden parantamiseen. Näihin käytäntöihin kuuluu selkeä viestintä saatavilla olevista palveluista, terveyspalveluiden tarjoajien asianmukainen kielenkäyttö ja selkeät hoitoreitit koko järjestelmän alueella. Erityisesti mielenterveyden lukutaitoon olisi kiinnitettävä huomiota, ja se tulisi liittää osaksi terveyden lukutaidon strategioita ja käytäntöjä (38).

4. Itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittaminen

Yleisimmin käytettyjä itsemurhamenetelmiä maailmanlaajuisesti tarkasteltuna ovat myrkyttäytyminen torjunta-ainetta nielemällä, hirttäytyminen ja hyppääminen (39, 40). Itsemurhavälineiden saatavuutta rajoittamalla itsemurhia voidaan ehkäistä tehokkaasti, erityisesti impulsiivisesti tehtyjä itsemurhia, ja näin itsemurhaa harkitseville henkilöille voidaan antaa lisäaikaa harkita päätöstään (41). Menetelmien rajoittamisstrategioiden toteuttaminen voi tapahtua sekä kansallisella tasolla lakeja ja säädöksiä käyttäen että paikallisella tasolla esimerkiksi tekemällä riskialttiista ympäristöistä turvallisia (42).

Tärkeimpiä interventioita menetelmien saatavuuden rajoittamisessa ovat mm. seuraavat:

• Torjunta-aineiden saatavuus
Torjunta-aineet ovat tekovälineenä arviolta noin joka kolmannessa itsemurhassa maailmanlaajuisesti (8). Itsemurha tehdään torjunta-ainetta nielemällä yleensä maaseudulla pieni- ja keskituloisissa maissa Afrikassa, Väli-Amerikassa, Kaakkois-Aasiassa ja läntisellä Tyynellämerellä. Torjunta-aineilla tehtävien itsemurhien ehkäisyyn on ehdotettu mm. seuraavia toimia: kansainvälisten vaarallisia kemikaaleja ja jätteitä koskevien käytäntöjen ratifiointi, toteuttaminen ja toimeenpano; ongelmallisten torjunta-aineiden käytön kieltäminen paikallisessa maatalouskäytössä; torjunta-aineiden myyntiä koskevien määräysten toimeenpano; torjunta-aineiden saatavuuden vähentäminen turvallisemman säilytyksen ja hävittämisen avulla niin yksilö- kuin yhteisötasolla ja torjunta-aineiden toksisuuden vähentäminen (43, 44). Lisäksi itsemurhaa torjunta-aineita nielemällä yrittäneiden potilaiden sairaanhoito olisi optimoitava. Tarkempia tietoja on saatavana kolmessa WHO:n esitteessä, jotka käsittelevät torjunta-aineilla tehtävien itsemurhien ehkäisyä (27, 45, 46).

Terveysjärjestelmää ja yhteiskunnallisia riskitekijöitä koskevat interventiot (jatkuu)

• Ampuma-aseiden saatavuus
Ampuma-aseen käyttö on erittäin tappava itsemurhamenetelmä, ja ampuma-aseet ovatkin osallisina suurimmassa osassa itsemurhia tietyissä maissa, kuten Yhdysvalloissa (47). Käytettävissä olevista tiedoista käy ilmi läheinen korrelaatio ampuma-aseita omistaneiden kotitalouksien määrän ja ampuma-aseella tehtyjen itsemurhien välillä (48).

Myös ampuma-aseiden omistusta rajoittava lainsäädäntö on liitetty ampuma-aseilla tehtyjen itsemurhien vähenemiseen useissa maissa, kuten Australiassa, Kanadassa, Uudessa-Seelannissa, Norjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Mahdollisia lainsäädännöllisiä ja regulatiivisia toimenpiteitä ampuma-aseilla tehtyjen itsemurhien vähentämiseksi ovat esimerkiksi ampuma-aseiden kotitalouksiin myöntämiseen käytettyjen sääntöjen tiukentaminen, aselupiin ja aseiden rekisteröintiin liittyvien käytäntöjen tiukentaminen, aselupien myöntäminen ainoastaan käsiaseille, odotusaikojen pidentäminen, aseiden säilytysvaatimusten tiukentaminen, alaikärajan säätäminen ampuma-aseen ostolle ja rikosrekisterin tai psykiatrisen taustan tarkistaminen kaikilta ampuma-aseen ostajilta. Myös yleinen tiedon jakaminen on ensiarvoisen tärkeää maissa, joissa ampuma-aseet ovat kiinteä osa yhteiskuntaa (49).

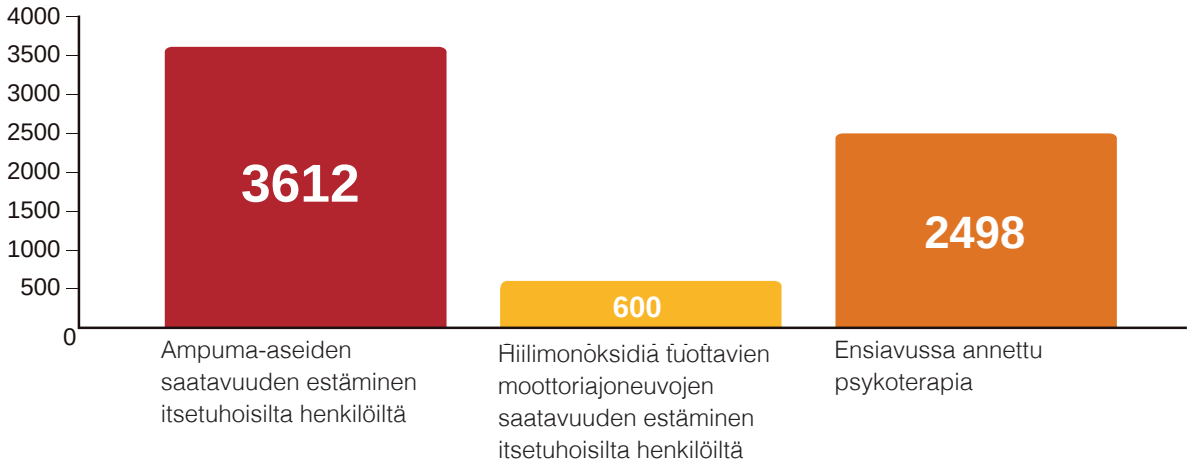
• Sillat, rakennukset ja rautatiet
Itsemurhan tekeminen hyppäämällä sillalta, korkean rakennuksen katolta tai junaraiteille on yleinen itsemurhamenetelmä menetelmän helpon käytettävyyden vuoksi. Rakenteelliset interventiot näiden menetelmien saatavuuden vähentämiseksi ovat tehokkaita itsemurhien ehkäisyssä (50).

• Myrkkykaasujen saatavuus
Tahallinen hiilimonoksidimyrkytys on ollut pitkään yksi yleisimmistä itsemurhamenetelmistä. Lainsäädännölliset ja käytännölliset muutokset koskien kotitalouskäytössä olevaa kaasua kansallisella ja alueellisella tasolla ovat merkittävästi vähentäneet tätä menetelmää käyttämällä tehtyjen itsemurhien määriä (51). Kollektiivisesti tämä näyttö osoittaa, että hiilimonoksidin tappavuuden vähentämisellä on suora vaikutus itsemurhalukujen pienenemiseen.

Puuhiilimyrkytys on uudempi itsemurhamenetelmä, jossa itsemurha tehdään myrkkykaasulla, ja sen käyttö on yleistynyt nopeasti tietyissä Aasian maissa (9). Puuhiilipakkausten siirtäminen avohyllyiltä valvotuille alueille suurimmissa kauppaketjuissa Kiinan Hongkongin erityishallintoalueella on merkittävästi vähentänyt puuhiilellä tehtyjä itsemurhia (52).

• Lääkeaineiden saatavuus
Lääkemyrkytys on toiseksi tai kolmanneksi yleisin itsemurhassa ja itsemurhayrityksissä käytetty menetelmä useimmissa Euroopan maissa (53). Itsemurhaan tavallisimmin käytettyjen lääkkeiden saatavuuden rajoittamisen on osoitettu olevan tehokas itsemurhien ehkäisymenetelmä (54). Terveydenhuollon palveluiden tarjoajat voivat olla merkittävässä roolissa lääkkeiden saannin rajoittamisessa. Ne voivat annostella kerralla saatavaa lääkkeiden määrää, tiedottaa lääkehoidon riskeistä potilaille ja heidän perheilleen ja tähdentää, että lääkkeitä on käytettävä nimenomaan annetun annosteluohjeen mukaisesti ja käyttämättömät tabletit on hävitettävä asianmukaisesti.

Kuva 8. Interventioiden avulla saavutettu 20 prosentin lasku itsemurhakuolemien määrässä vuonna 2010 Yhdysvalloissa (55)



Kuvassa 8 on esitetty kolmen lähestymistavan yhdistelmä, jota huolellisesti noudattamalla voidaan pelastaa mahdollisesti useita tuhansia ihmishenkiä jo yhden vuoden aikana Yhdysvalloissa. On kuitenkin tärkeää muistaa, että kuva perustuu mallinnukseen, jossa muutama lähestymistapa on toteutettu optimaalisella tavalla (55).

5. Vastuullinen raportointi mediassa

Vastuullisen mediaraportoinnin on osoitettu laskevan itsemurhalukuja (40). Vastuulliseen raportointiin kuuluu mm. seuraavat ominaisuudet: itsemurhien yksityiskohtaisen kuvaamisen välttäminen, sensaatiohakuisuuden ja romantisoinnin välttäminen, vastuullinen kielenkäyttö, itsemurharaporttien liian runsaan käytön välttäminen, yksinkertaistamisen välttäminen, tiedottaminen kansalle itsemurhasta ja saatavilla olevista hoitomuodoista sekä tiedon tarjoaminen siitä, mistä voidaan hakea apua (56). Median yhteistyö ja osallistuminen vastuullisten raportointikäytäntöjen kehitykseen, välittämiseen ja koulutukseen ovat myös välttämättömiä, jos halutaan parantaa itsemurhia koskevaa raportointia ja vähentää jäljittelykäyttäytymistä (57). Nämä parannukset olivat havaittavissa Australiassa ja Itävallassa tehdyissä tutkimuksissa, joissa seurattiin median aktiivista osallistumista mediaohjeiden levittämiseen (58).

Internetillä ja sosiaalisella medialla voi olla oma roolinsa maailmanlaajuisessa itsemurhien ehkäisystrategiassa. Tietyillä mielenterveyttä edistävillä sivustoilla on jo havaittu saatavan lupaavia tuloksia avun hakemista suosivan käyttäytymisen edistämisessä, mutta toistaiseksi on vain vähän näyttöä toiminnan tehokkuudesta itsemurhien ehkäisyssä (59). Parhaita esimerkkejä verkossa käytetyistä itsemurhien ehkäisystrategioista ovat reaaliaikaiset chat-keskustelut, joissa ammattilaiset keskustelevat itsetuhoisten henkilöiden kanssa, itseapuohjelmat ja reaaliaikaisesti annettava hoito (60). Yhdistyneessä kuningaskunnassa perustetulla sivustolla on tallenteita tilanteista, joissa nuoret kertovat itsemurhayrityksistään. Näiden kertomusten avulla heidän ikätoverinsa saavat mahdollisuuden tuntea empatiaa muita samassa tilanteessa olevia nuoria kohtaan (61). Vaihtoehtoja tilanteissa, joissa tietokoneet eivät ole saatavilla, ovat esimerkiksi tekstiviestit ja sosiaalisen median palveluiden käytön lisääminen mobiililaitteissa yksilötason tuen ja hoidon tarjoamisessa.

6. Tietoisuuden lisääminen mielenterveydestä, päihteiden käyttöön liittyvistä häiriöistä ja itsemurhasta

Mielenterveyshäiriöihin ja avun hakemiseen liittyy ihmisten keskuudessa leimaamista ja negatiivisia asenteita. Tiedotuskampanjoiden (katso myös lokerot 3 ja 6) tarkoituksena on vähentää leimautumista, joka liittyy avun hakemiseen mielenterveyshäiriöihin tai itsemurhaan liittyvissä asioissa, ja parantaa hoidon saatavuutta. Vaikka tiedotuskampanjoiden yhteydestä itsemurhien vähentämiseen on vain vähän näyttöä, niillä on ollut positiivinen vaikutus yhteisön asenteisiin ja niiden avulla on pystytty lisäämään julkista keskustelua näistä asioista. Tehokkaat mielenterveyteen liittyvät tiedotuskampanjat keskittyvät ainoastaan yhteen tai kahteen häiriöön. Tehokkuus edellyttää myös eri kanavien (kuten television, painetun median, Internetin, sosiaalisen median ja mainosjulisteiden) käyttämistä viestien vahvistamiseksi, sanoman asianmukaista mukauttamista, useiden eri strategioiden yhdistämistä ja ohjelmien organisointia paikallisella tasolla kohdistamalla kampanja tiettyihin väestöihin (62, 63).

Lokero 3.

SEYLE-tutkimus (Saving and Empowering Young Lives in Europe)

SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) -projektissa kehitettiin ja testattiin nuorille suunnattua moniosaista mielenterveyteen liittyvää tiedotusohjelmaa. SEYLE on ehkäisevän toiminnan ohjelma, jota on testattu 11 Euroopan maassa ja jonka tavoitteena on edistää mielenterveyttä kouluikäisten nuorten keskuudessa eurooppalaisissa kouluissa (64). Jokainen näistä maista suoritti satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen, joka koostui kolmesta aktiivisesta interventiosta ja yhdestä mini-interventiosta, joka toimi kontrollina. Aktiiviset interventiot koostuivat portinvartijakoulutuksesta, mielenterveyteen liittyvästä tiedotusohjelmasta ja ammattimaisesta riskille alttiiden nuorten seulonnasta (65).

Mini-interventioihin osallistuneisiin nuoriin verrattuna mielenterveyden tiedotusohjelmaan osallistuneiden nuorten keskuudessa sekä vakavien itsemurha-ajatusten/-suunnitelmien että itsemurhayritysten määrät olivat huomattavasti alhaisemmat 12 kuukauden seurantajakson aikana. Tiedotusohjelmien optimaalisen toteutuksen kannalta on tärkeää huomioida paikallisilta poliitikoilta, kouluilta, opettajilta ja muilta sidosryhmiltä saatava apu ja tuki (66).

Yhteisöön ja ihmissuhteisiin liittyvät riskitekijät

Yhteisöillä ja yhteiskunnilla, joissa ihmiset elävät, on tärkeä yhteys itsemurhan riskitekijöihin. Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna erilaiset kulttuuriin, uskontoon, lakiin ja historiaan liittyvät tekijät ovat vaikuttaneet siihen, mitä kussakin yhteisössä itsemurhasta ajatellaan ja miten sitä ymmärretään. Tämän seurauksena on pystytty tunnistamaan useita itsemurhariskiin vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä. Henkilön suhteet omiin perheenjäseniin, läheisiin ystäviin ja muihin tärkeisiin ihmisiin voivat vaikuttaa itsetuhoiseen käytökseen. Muutamia tärkeimpiä näihin alueisiin liittyviä tekijöitä on kuvattu alla.

Katastrofit, sodat ja konfliktit

Kokemukset luonnonmullistuksista, sodista ja siviilikonflikteista voivat lisätä itsemurhan riskiä johtuen näiden tapahtumien erittäin negatiivisista vaikutuksista sosiaaliseen hyvinvointiin, terveyteen, asumiseen, työllisyyteen ja taloudelliseen turvallisuuteen. Itsemurhaluvut saattavat paradoksaalisesti laskea katastrofin tai konfliktin aikana ja välittömästi sen jälkeen, mutta tilanne vaihtelee eri ihmisryhmien keskuudessa. Mahdollinen nopea lasku saattaa johtua sosiaalisen koheesion voimistamisen tarpeesta. Kokonaisuutena tarkasteltuna luonnonmullistuksilla ei kuitenkaan näytä olevan suoraa vaikutusta itsemurhalukuihin, sillä eri tutkimukset antavat aiheesta erilaisia tuloksia (67).

Akkulturaation ja dislokaation aiheuttama stressi

Akkulturaation ja dislokaation aiheuttama stressi on merkittävä itsemurhariski, joka vaikuttaa useisiin heikoimmassa asemassa oleviin ryhmiin, kuten alkuperäiskansoihin, turvapaikanhakijoihin, pakolaisiin, laitoksissa oleviin henkilöihin, asuinseudultaan siirtymään joutuneisiin henkilöihin ja äskettäin saapuneisiin siirtolaisiin.

Itsemurhia esiintyy yleisesti alkuperäiskansojen keskuudessa: Yhdysvaltojen intiaanien, Kanadan ensimmäisten kansojen (First Nations) ja inuiittien, Australian aboriginaalien sekä Uuden-Seelannin maorien itsemurhaluvut ovat huomattavasti korkeampia kuin muun väestön (68, 69). Tämä pitää erittäin hyvin paikkansa etenkin nuorten – ja erityisesti nuorten miesten – keskuudessa, jotka ovatkin yksi heikoimmassa asemassa olevia ryhmiä maailmanlaajuisesti tarkasteltuna (70). Itsetuhoinen käytös on yleistä myös sellaisissa alkuperäiskansa- ja aboriginaaliyhteisöissä, jotka ovat muutosten keskellä (71). Alkuperäiskansojen elinympäristössä alueellisen, poliittisen ja taloudellisen autonomian rikkominen on yleistä ja suhtautuminen alkuperäiskulttuuriin ja -kieleen on negatiivinen. Tällaiset olosuhteet ovat otolliset masennukselle, eristyneisyydelle ja syrjinnälle. Näistä kärsiville yksilöille on usein tyypillistä myös valtiollisten sosiaali- ja terveyspalveluiden vieroksunta ja epäluottamus niitä kohtaan, etenkin jos näiden palveluiden järjestäminen ei tapahdu kulttuuriin sopivilla tavoilla.

Syrjintä

Vähemmistöryhmien syrjintä yhteiskunnissa saattaa olla jatkuvaa, laajalle levinnyttä ja systeemistä, ja jatkuessaan stressaavat elämäntilanteet, kuten vapauden menetys, hylkäys, leimaaminen ja väkivalta, voivat saada aikaan itsetuhoista käytöstä.
Alla on muutama esimerkki syrjinnän kohteiksi joutuvista ryhmistä:

- vankeudessa elävät henkilöt (72)
- lesbot, homot, biseksuaalit, transihmiset ja intersukupuoliset (73)
- kiusaamisen, nettikiusaamisen tai vertaistensa kiusaamiksi joutuneet henkilöt (74)
- pakolaiset, turvapaikanhakijat ja siirtolaiset (75).

Trauma tai kaltoinkohtelu

Trauma tai kaltoinkohtelu lisää henkistä stressiä ja voi aiheuttaa masennusta ja itsetuhoisia reaktioita heikoimmassa asemassa olevien ryhmien keskuudessa. Itsemurhaan liitetyt psykososiaaliset stressitekijät voivat johtua erityyppisistä traumoista (kuten kidutuksesta erityisesti turvapaikanhakijoilla ja pakolaisilla), kurinpitotoimiin tai lakiin liittyvistä kriiseistä, taloudellisista ongelmista, opiskeluun tai työhön liittyvistä ongelmista ja kiusaamisesta (76). Lisäksi nuorilla, jotka ovat kokeneet vaikeuksia lapsena (kokeneet fyysistä väkivaltaa, seksuaalista tai henkistä pahoinpitelyä, laiminlyöntejä, kaltoinkohtelua, perheväkivaltaa, vanhempien eroamisen/avioeron tai olleet sosiaalihuollon toimien kohteena tai laitokseen sijoitettuna), on merkittävästi kohonnut itsemurhariski (77). Lapsuusiän haitalliset vaikutukset ovat yleensä toisiinsa liittyviä ja toistensa kanssa korreloivia ja lisäävät kumulatiivisesti riskiä mielenterveyshäiriöihin ja itsemurhaan (78).

Eristyneisyyden tunne ja sosiaalisen tuen puute

Eristyneisyyden tunteesta on kyse silloin, kun henkilö tuntee itsensä ulkopuoliseksi omasta lähipiiristään: kumppanistaan, perheenjäsenistään, ystävistään ja muista tärkeistä henkilöistä. Eristäytyneisyyden tunteeseen liittyy usein masennusta ja yksinäisyyden ja epätoivon tunteita. Eristäytyneisyyden tunne ilmenee usein tilanteessa, jossa henkilön elämässä tapahtuu jokin negatiivinen muutos, tai jos elämässä muutoin ilmenee psykologista stressiä, jota henkilö ei tunne voivansa jakaa läheistensä kanssa. Yhdessä muiden tekijöiden kanssa tämä saattaa kasvattaa riskiä itsetuhoiseen käytökseen erityisesti yksin elävien vanhusten keskuudessa, sillä sosiaalinen eristäytyneisyys ja yksinäisyys ovat keskeisiä itsemurhalle altistavia tekijöitä (71).

Itsetuhoista käytöstä ilmenee usein psykologisen stressin seurauksena, jota ilmenee sosiaalisessa kontekstissa, jossa tukea ei ole saatavilla, ja se saattaa viitata myös laajempaan hyvinvoinnin ja koheesion puutteeseen. Sosiaalinen koheesio on yhteys, joka yhdistää ihmisiä toisiinsa yhteiskunnan eri tasoilla – yksilöitä,

perheitä, kouluja, naapurustoja, lähiyhteisöjä, kulttuuriryhmiä ja yhteiskuntaa kokonaisuudessaan. Henkilöt, joilla on läheisiä, henkilökohtaisia ja pitkäkestoisia ihmissuhteita ja arvoja, yleensä tuntevat itsensä merkityksellisiksi ja yhteisöönsä kuuluviksi sekä olonsa turvalliseksi (134, 135).

Ihmissuhteisiin liittyvät riitatilanteet, erimielisyydet ja menetykset

Ihmissuhteissa ilmenevät riitatilanteet (esim. ero), erimielisyydet (esim. lasten huoltajuuskiistat) tai menetykset (esim. puolison kuolema) voivat aiheuttaa surua ja situationaalista psykologista stressiä. Kaikki nämä tilanteet lisäävät itsemurhan riskiä (79). Myös epäterve ihmissuhde voi olla riskitekijä. Naiset kokevat usein väkivaltaa ja seksuaalista väkivaltaa, ja sen tekijänä on yleensä oma kumppani. Parisuhdeväkivaltaan liittyy kohonnut itsemurhayritys- ja itsemurhariski. Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna 35 prosenttia naisista on kokenut fyysistä ja/tai seksuaalista väkivaltaa, jonka tekijänä on ollut oma kumppani, tai seksuaalista väkivaltaa, jonka tekijänä on ollut joku muu (80, 81).

Yhteisöön ja ihmissuhteisiin liittyviä riskitekijöitä koskevat interventiot

1. Heikoimmassa asemassa olevia ryhmiä koskevat interventiot

Useilla heikoimmassa asemassa olevilla ryhmillä (katso myös lokerot 4 ja 6) on havaittu olevan muuta väestöä korkeampi itsemurhariski. Vaikka perusteellista arviointia ei ole saatavilla, alla on esitetty muutamia esimerkkejä kohdennetuista interventioista.

• Henkilöt, jotka ovat kokeneet kaltoinkohtelua, trauman, konfliktin tai katastrofin: Näitä suhteita käsittelevien tutkimusten perusteella interventiot pitäisi kohdentaa erityisesti konfliktin tai katastrofin seurauksena heikoimmassa asemassa oleviin ryhmiin. Päättäjien tulisi kannustaa olemassa olevien sosiaalisten siteiden säilyttämistä vahinkoa kärsineissä yhteisöissä (82, 83).

• Pakolaiset ja siirtolaiset: Koska riskitekijät ovat erilaiset eri ryhmien kohdalla, saattaa olla tehokkaampaa kehittää interventioita, jotka räätälöidään tiettyihin kulttuuriryhmiin sopiviksi, sen sijaan että kaikkia maahanmuuttajia käsiteltäisiin yhtenä homogeenisenä ryhmänä (84).

• Alkuperäiskansat: Australiassa, Kanadassa, Uudessa-Seelannissa ja Yhdysvalloissa käytettyjen interventiostrategioiden arvioinnissa havaittiin, että yhteisössä toteutetut ehkäisevät toimenpiteet, portinvartijakoulutus (katso seuraava sivu) ja kohdekulttuuriin sopeutetut koulutukselliset interventiot auttoivat tehokkaasti vähentämään toivottomuuden tunteita ja itsemurha-alttiutta. Tehokkaimmiksi todettiin interventiot, joita ohjattiin lähinnä paikallisesti ja joissa alkuperäisyhteisöt olivat mukana, sillä näin voitiin taata, että interventiot olivat juuri kohdekulttuuriin sopivia (85).

• Vangit: Riskitekijöiden arvioinnissa vankien keskuudessa Australiassa, Euroopassa, Uudessa-Seelannissa ja Yhdysvalloissa havaittiin, että ehkäisevien interventioiden tulisi pyrkiä parantamaan mielenterveyttä, vähentämään alkoholin ja huumeiden väärinkäyttöä ja välttämään heikoimmassa asemassa olevien yksilöiden sijoittamista eristykseen. Kaikkien yksilöiden taustoista tulisi myös selvittää mahdollinen nykyinen tai aikaisempi itsetuhoinen käytös (86).

• Lesbot, homot, biseksuaalit, transihmiset ja intersukupuoliset (LGBTI): Itsemurhariskin vähentämiseen pyrkivien toimien tulisi näiden ryhmien keskuudessa keskittyä käsittelemään riskitekijöitä, kuten mielenterveyshäiriöitä, päihteiden väärinkäyttöä, leimautumista, ennakkoluuloja ja yksilöllistä ja institutionaalista syrjintää (87).

• Postventiotuki itsemurhaa yrittäneiden tai itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisille: Interventiotoimet, jotka on kohdistettu itsemurhaa yrittäneiden tai itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisille, tähtäävät tuen tarjoamiseen suruprosessissa ja uusien itsemurhien vähentämiseen. Näihin interventioihin saattaa kuulua kouluihin, perheisiin tai yhteisöihin keskittyneitä postventioita. Itsemurhan tehneen henkilön perheenjäsenten tai ystävien tukeminen itsemurhan jälkeen on lisännyt tukiryhmien ja surutyötä tukevien ryhmien käyttöä, ja niiden avulla on pystytty vähentämään akuuttia emotionaalista ahdinkoa, kuten masennusta, ahdistusta ja epätoivoa (88).

Lokero 4.

Interventiot sotilas- ja veteraaniryhmien keskuudessa

On olemassa runsaasti näyttöä siitä, että itsemurhan riski on keskimääräistä korkeampi tiettyjen sotilas- ja veteraaniryhmien keskuudessa (89). Epidemiologisissa tutkimuksissa, kuten Yhdysvalloissa tehdyssä Army STARRS -tutkimuksessa (Army Study To Assess Risk and Resilience in Service members) on tunnistettu useita tekijöitä, kuten diagnosoitu mielenterveyshäiriö, sotilasarvo ja sukupuoli (90, 91), jotka lisäävät itsemurhan riskiä armeijan palveluksessa parhaillaan olevien tai aikaisemmin olleiden henkilöiden keskuudessa.

Vuonna 2007 Yhdysvaltain veteraaniasioita hoitava ”Department of Veterans Affairs” otti käyttöön kansallisen maksuttoman veteraaneille tarkoitetun kriisipuhelimen, johon voivat ottaa yhteyttä kaikki amerikkalaiset sotaveteraanit ja heidän perheenjäsenensä. Vuonna 2009 kriisipuhelinpalvelu otettiin käyttöön laajemmalti koko sotilasyhteisössä.

Viime vuosina ”Department of Veterans Affairs” ja Yhdysvaltain puolustusministeriö ovat kohdistaneet huomattavia resursseja itsemurhariskiä lisäävien ominaisuuksien tunnistamiseen ja asianmukaisten interventioiden toteuttamiseen riskin pienentämiseksi heikoimmassa asemassa olevien ryhmien keskuudessa. Näiden toimenpiteiden avulla on pystytty tunnistamaan useita kohonneeseen itsemurhariskiin liittyviä tekijöitä. Ne ovat myös auttaneet kehittämään strategioita, joiden avulla riskiryhmiin kuuluvat henkilöt pystytään tunnistamaan ja heitä pystytään auttamaan. Esimerkkejä tällaisista toimenpiteistä ovat strategiat elämänhallinnan, sitkeyden (pärjäävyyden) ja vertaistuen parantamiseksi sekä potilaslähtöinen suunnittelu, jonka tarkoituksena on lisätä turvallisuutta sairaalaympäristön ulkopuolella.

Nykyisin käytettyjen toimenpiteiden avulla on esimerkiksi pyritty tunnistamaan yksilöön ja yhteisöön liittyviä ominaisuuksia, joihin tiedetään liittyvän kohonnut itsemurhariski ja jotka saattavat olla yleisempiä Yhdysvaltain armeijassa vapaaehtoisina toimivilla henkilöillä. Lisäksi on pyritty tunnistamaan menetelmiä, joiden avulla voitaisiin sitouttaa riskille alttiita henkilöitä näyttöön perustuvaan hoitoon mahdollisten ongelmien vuoksi ja parantamaan hallintaa erityisen riskialttiiden ajanjaksojen, kuten siirtymäjaksojen, aikana (92).

2. Portinvartijakoulutus

Henkilöt, joilla itsemurhariski on korkea, hakevat harvoin apua. Heidän käytöksessään saattaa kuitenkin olla havaittavissa riskitekijöitä, joiden perusteella heidän voidaan päätellä olevan heikoimmassa asemassa. ”Portinvartija”-termi (gatekeeper) viittaa keneen tahansa henkilöön, joka pystyy tunnistamaan itsemurhaa mahdollisesti harkitsevan henkilön. Mahdollisia portinvartijoita ovat mm. (93)

- perusterveydenhuollon, mielenterveystyön ja päivystyksellisen hoidon ammattilaiset
- opettajat ja muu kouluhenkilökunta
- yhteisöjen johtajat
- poliisit, palomiehet ja muut ensihoidon työntekijät
- sotilashenkilöt
- sosiaalityöntekijät
- hengelliset ja uskonnolliset johtajat tai kansanparantajat
- henkilöstöosastojen henkilökunta ja päälliköt.

Portinvartijakoulutusohjelmien tavoitteena on kehittää osallistujien tietämystä, asenteita ja taitoja riskille alttiiden henkilöiden tunnistamiseksi, riskitason määrittämiseksi ja näiden henkilöiden ohjaamiseksi hoitoon (katso myös lokero 6). Kaikki koulutussisältö on mukautettava kulttuuriin sopivaksi, ja siihen on otettava mukaan tiedot terveydenhuoltopalveluiden paikallisesta saatavuudesta. Kontekstiin sopeutetuilla ohjelmilla on saatu aikaan lupaavia tuloksia, kun ohjelmat on räätälöity tietyille väestönosille sopiviksi, kuten aboriginaaleille (85). Tutkimukset ovat osoittaneet, että 25–50 prosenttia naisista, joilla ilmenee itsetuhoista käytöstä, on käyttänyt terveydenhuollon palveluita edellisen neljän viikon aikana. Näin olleen portinvartijakoulutus tarjoaa hyvän mahdollisuuden interventioiden järjestämiseen näiden yksilöiden keskuudessa (94).

Portinvartijakoulutus on hyväksi todettu käytäntö, jolla ei ole vielä kuitenkaan pystytty osoittamaan olevan suoraa yhteyttä itsemurhien tai itsemurhayritysten vähentämiseen (95). Katso myös lokerosta 5 tietoa portinvartijoille suunnatusta, heidän omaa terveyttään koskevasta ohjelmasta.

Lokero 5.

Työpaikkojen itsemurhien ehkäisyohjelma itsemurhien vähentämiseksi

Kanadan Montrealissa toteutetun moniosaisen ja kattavan poliisien itsemurhien ehkäisyohjelman avulla pystyttiin laskemaan montrealilaisten poliisien itsemurhalukuja jopa 79 prosenttia. Ohjelma koostui kaikille poliiseille järjestetystä puolipäiväisestä itsemurhia koskevasta koulutuksesta, joka keskittyi riskien tunnistamiseen ja avun tarjoamiseen. Esimiehet ja liiton edustajat saivat kokopäiväisen koulutuksen riskien arvioinnista ja avun tarjoamisesta. Lisäksi perustettiin vapaaehtoinen poliisien auttava puhelin, jossa puhelimeen vastaajina olivat erikoiskoulutuksen saaneet henkilöt. Lisäksi järjestettiin yleinen tiedotuskampanja, joka käsitteli saatavilla olevaa apua ja yhteistyön merkitystä itsemurhien ehkäisyssä (96).

Kattavat itsemurhien ehkäisyohjelmat, jotka on räätälöity työskentely-ympäristön kulttuuriin sopiviksi, voivat parantaa tehokkaasti asenteita, tietämystä ja käytöstä ja voivat vaikuttaa merkittävästi itsemurhalukuihin.

3. Kriisipuhelimet

Kriisipuhelimet ovat yleisiä puhelinpalveluita, joihin ihmiset voivat ottaa yhteyttä tarvitessaan sosiaalista tukea tai silloin, kun ammattiapua ei ole saatavilla tai soittaja ei sitä halua. Kriisipuhelinpalvelut voivat olla suuremmalle yleisölle suunnattuja, tai ne voidaan kohdistaa tietyille heikoimmassa asemassa oleville ryhmille. Jälkimmäisenä mainitut palvelut voivat olla erityisen hyödyllisiä silloin, jos vertaistuesta arvioidaan olevan hyötyä.

Kriisipuhelimet on todettu Yhdysvalloissa tehokkaiksi menetelmiksi tavoittaa voimakkaasti itsetuhoisia henkilöitä, ja soittajien itsemurhariskin on todettu laskevan puhelun ja sitä seuraavien viikkojen aikana (97). Tutkittaessa puhelin- ja chat-kriisilinjoja myös Belgiassa havaittiin, että tämänkaltaiset strategiat voisivat mahdollisesti toimia kustannustehokkaina menetelminä itsemurhien ehkäisyssä (98). Kriisipuhelimet on todettu hyödyllisiksi ja laajalti käytetyiksi parhaiksi käytännöiksi. Vaikka itsemurhariskin on todettu niiden avulla laskevan, arviointien puuttumisen vuoksi itsemurhalukujen laskua ei ole pystytty tarkasti arvioimaan.

Yksilötason riskitekijät

Itsemurhan riskiin voi vaikuttaa yksilön alttius tai sitkeys (pärjäävyys). Yksilötason riskitekijät kertovat henkilön itsetuhoisen käytöksen todennäköisyydestä.

Aikaisempi itsemurhayritys

Ehdottomasti selkein itsemurhariskin indikaattori on yksi tai useampi aikaisempi itsemurhayritys (99). Itsemurhariski ja ennenaikaisen kuoleman riski muista syistä ovat korkeat vielä jopa vuosi itsemurhayrityksen jälkeen (100).

Mielenterveyshäiriöt

Suurituloisissa maissa mielenterveyshäiriöitä ilmenee jopa 90 prosentilla itsemurhan tehneistä henkilöistä (101) ja 10 prosentilla, joista ei ole selkeää diagnoosia, ilmenee samankaltaisia psyykkisiä oireita kuin diagnoosin saaneilla 90 prosentilla. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys vaikuttaa kuitenkin olevan alhaisempi itsemurhan tehneillä henkilöillä (noin 60 prosentilla) tietyissä Aasian maissa, kuten Kiinassa ja Intiassa tehdyistä tutkimuksista on käynyt ilmi (12, 102).

Tähän riskitekijään on suhtauduttava tietyllä varauksella. Masennus, päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt ja epäsosiaalinen käytös ovat suhteellisen yleisiä ongelmia, eivätkä ne useimmilla ihmisillä johda itsetuhoiseen käytökseen. Itsemurhan tehneillä tai itsemurhaa yrittäneillä henkilöillä saattaa kuitenkin olla havaittavissa selkeä psykiatrinen komorbiditeetti. Itsemurhariski vaihtelee häiriön mukaan. Itsetuhoiseen käytökseen yleisimmin liitetyt häiriöt ovat masennus ja alkoholin käyttöön liittyvät häiriöt. Elinikäisen itsemurhariskin on arvioitu olevan 4 prosenttia henkilöillä, jotka kärsivät mielialahäiriöistä (103), 7 prosenttia henkilöillä, jotka kärsivät alkoholiriippuvuudesta (104), 8 prosenttia henkilöillä, jotka kärsivät kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä (105, 106) ja 5 prosenttia henkilöillä, jotka kärsivät skitsofreniasta (107). On huomattava, että itsetuhoisen käytöksen riski kasvaa komorbiditeetin ilmetessä, ja näin ollen henkilöillä, joilla on useampi kuin yksi mielenterveyshäiriö, riski on merkittävästi kohonnut (101).

Alkoholin ja muiden päihteiden haitallinen käyttö

Kaikki päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt lisäävät itsemurhan riskiä (108). Alkoholin ja muiden päihteiden käyttöön liittyviä häiriöitä todetaan 25–50 prosentilla kaikista itsemurhan tehneistä henkilöistä (104), ja itsemurhariski on vielä korkeampi, jos alkoholin tai muun päihteen käytön lisäksi ilmenee muita psyykkisiä häiriöitä. Kaikista itsemurhakuolemista 22 prosenttiin liittyy alkoholin käyttö, mikä tarkoittaa, että joka viides itsemurha voitaisiin välttää, jos väestön keskuudessa ei käytettäisi alkoholia (109). Muu päihderiippuvuus, kuten kannabis-, heroiini- tai nikotiiniriippuvuus, on myös itsemurhan riskitekijä (110).

Työpaikan menetys tai taloudellinen menetys

Työpaikan menettäminen, kodin ulosmittaus ja taloudellinen epävarmuus nostavat itsemurhariskiä, kun samanaikaisesti ilmenee jokin muu riskitekijä, kuten masennus, ahdistuneisuus, väkivalta tai alkoholin haitallinen käyttö (111). Taloudellinen taantuma aiheuttaa työpaikkojen menetyksiä ja taloudellisia menetyksiä, joten sen voidaan myös katsoa liittyvän yksilötason itsemurhariskiin (112).

Toivottomuus

Toivottomuutta on usein käytetty itsemurhariskin indikaattorina, jos ihmisellä ilmenee samanaikaisesti mielenterveyshäiriöitä tai hänellä on taustalla aikaisempi itsemurhayritys (113). Toivottomuus ilmenee lähinnä yksilön omaa tulevaisuuttaan koskevissa tunteissa sekä motivaation ja odotusten puutteena. Toivottomuus voidaan usein todeta tietyntyyppisten ajatusten perusteella, kuten ”tilanne ei ikinä parane” tai ”mikään ei muutu paremmaksi”, ja tilanteeseen liittyy useimmissa tapauksissa myös masennus (114).

Krooninen kipu ja sairaus

Krooninen kipu ja sairaus ovat merkittäviä itsetuhoisen käytöksen riskitekijöitä. Itsetuhoisen käytöksen riskin on todettu olevan 2–3 kertaa korkeampi kroonisesta kivusta kärsivillä henkilöillä verrattuna muuhun väestöön (115). Kaikki sairaudet, joihin liittyy kipu, fyysinen vamma, neurokehityksellinen häiriö tai ahdistus, lisäävät itsemurhariskiä (116). Tällaisia sairauksia ovat esimerkiksi syöpä, diabetes ja HIV/AIDS.

Lähipiirissä tapahtunut itsemurha

Perheenjäsenen tai yhteisön jäsenen itsemurhalla voi olla erittäin vahingollinen vaikutus ihmisen elämään. Läheisen henkilön menettäminen on musertava kokemus useimmille. Surun lisäksi tapa, jolla kuolema on tapahtunut, voi aiheuttaa itsemurhan tehneen henkilön perheenjäsenille ja muille läheisille stressiä, ahdistuneisuutta, tuskaa ja syyllisyyden-, häpeän- ja vihantunteita. Perhedynamiikka saattaa muuttua, eivätkä tavanomaiset tuenlähteet välttämättä ole saatavilla. Lisäksi leimautumisen pelko voi estää asianomaista hakemasta apua tai muita tarjoamasta tukea (117). Perheenjäsenen tai muun läheisen itsemurha voi myös laskea läheistään surevan henkilön kynnystä itsemurhaan (118). Kaikista näistä syistä johtuen myös itsemurhaa yrittäneiden tai itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisillä on kohonnut itsemurhariski ja mielenterveyshäiriöiden riski (119).

Geneettiset ja biologiset tekijät

Lukuisissa neurobiologisissa järjestelmissä ilmenevien geneettisten tai kehityksellisten muutosten tiedetään liittyvän itsetuhoiseen käytökseen. Esimerkiksi alhaiset serotoniinitasot on liitetty vakaviin itsemurhayrityksiin potilailla, jotka kärsivät mielialahäiriöistä, skitsofreniasta tai persoonallisuushäiriöistä. Lähipiirissä tapahtunut itsemurha on vahva itsemurhan ja itsemurhayrityksen riskitekijä (120).

Yksilötason riskitekijöitä koskevat interventiot

1. Seuranta ja yhteisön tuki

Juuri kotiutetuilla potilailla ei usein ole saatavilla sosiaalista tukea, ja he saattavat tuntea itsensä eristäytyneiksi. Seuranta ja yhteisön tuki on todettu tehokkaiksi menetelmiksi juuri kotiutettujen potilaiden itsemurhakuolemien ja -yritysten vähentämiseksi (121). Seuranta on suositeltava ja edullinen interventio, joka on helppo toteuttaa: olemassa oleva hoitohenkilöstö – myös aiheeseen erikoistumaton – pystyy toteuttamaan intervention, eivätkä he tarvitse siihen paljoa resursseja (122). Näin ollen tämä interventio soveltuu erityisen hyvin pieni- ja keskituloisiin maihin. Interventioon saattaa kuulua postikortteja, puheluita tai lyhyitä henkilökohtaisia käyntejä (epävirallisia tai virallisia) yhteydenpidon ja hoidon jatkumisen takaamiseksi (123, 124).
Käytettävissä olevan yhteisön tuen, kuten perheen, ystävien, työtovereiden, kriisikeskusten tai paikallisten mielenterveysasemien tuen, hyödyntäminen jälkihoidossa on tärkeää, sillä se mahdollistaa potilaan seurannan ja rohkaisee jatkamaan hoitoa (122).

2. Itsetuhoisen käytöksen arviointi ja hallinta

Tehokkaiden strategioiden kehittäminen itsetuhoisen käytöksen arviointiin ja hoitoon on tärkeää. WHO:n mhGAP-interventio-oppaassa suositellaan suorittamaan kattava arviointi kaikille henkilöille, jotka tiettävästi pohtivat tai suunnittelevat itsensä vahingoittamista tai itsemurhaa tai yrittävät sitä. Oppaassa kehotetaan myös kysymään mahdollisista itsensä vahingoittamista / itsemurhaa koskevista ajatuksista, suunnitelmista tai toimista kaikilta yli 10-vuotiailta henkilöiltä, joilla on jokin merkittäväksi arvioitu ongelma, kuten kroonista kipua tai akuuttia henkistä stressiä (122). Huolellinen arviointi on suoritettava kliinisten haastatteluiden muodossa, ja tiedot on vahvistettava muista lähteistä (125).

Terveydenhuollon työntekijöitä, etenkin ensiavun henkilöstöä, on koulutettava. Näin voidaan taata, että psykososiaalista tukea tarvitsevat myös saavat sitä, ja varmistaa, että käytössä on systemaattinen seuranta ja yhteisön tuki. Yksilötason riskitekijöiden käsittelyn lisäksi itsetuhoisen käytöksen arviointi ja hoito koskee myös ihmissuhteisiin liittyviä riskitekijöitä.

3. Mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön liittyvien häiriöiden arviointi ja hallinta

Terveydenhuollon työntekijöiden kouluttaminen niiden asioiden tiimoilta, jotka liittyvät mielenterveyshäiriöihin ja päihteiden käyttöön liittyvien häiriöiden arviointiin ja hallintaan, on tärkeä osa itsemurhien ehkäisyn edistämistä. Monet itsemurhan tehneistä henkilöistä ovat yhteydessä perusterveydenhuoltoon itsemurhaa edeltävän kuukauden aikana (126). Itsemurhien ehkäisyn kannalta on tärkeää kouluttaa perusterveydenhuollon työntekijät tunnistamaan masennusta ja muita mielenterveyshäiriöitä ja päihteiden käyttöön liittyviä häiriöitä ja suorittamaan itsemurhariskin yksityiskohtaisia arvioita. Koulutuksia tulisi järjestää säännöllisesti tai toistuvasti vuosien kuluessa, ja niissä tulisi olla mukana suurin osa alueen tai maan terveydenhuollon työntekijöistä (42). Koulutuksen toimivuus kohdemaassa ja -kulttuurissa edellyttää paikallisten riskitekijöiden huomioimista ja koulutusohjelman räätälöimistä näiden tekijöiden mukaisesti.

WHO:n mhGAP-interventio-oppaassa, joka on suunnattu lähinnä aiheeseen erikoistumattomien terveydenhuoltoalan työntekijöiden koulutukseen, tarjotaan ohjeita seuraavien sairauksien ja häiriöiden arviointiin ja hallintaan: masennus, psykoosi, epilepsia/ kouristukset, kehityshäiriöt, käytöshäiriöt, dementia, alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät häiriöt ja itsensä vahingoittaminen / itsemurha (122).

On kuitenkin tärkeää huomioida, että terveydenhuollon ammattilaisten puutteellisiin arviointi- ja hoitotaitoihin liittyy useita tekijöitä, kuten heikko mielenterveyden lukutaito, vähäinen kokemus, leimautuminen, puutteellinen yhteistyö psykiatrien kanssa ja heikot haastattelutaidot. Näiden osa-alueiden huomioiminen esimerkiksi koulutuksen suunnittelussa saattaa näin ollen olla tärkeää arvioinnin ja hallinnan parantamisen kannalta.

Lokero 6.

Moniosaiset interventiot

Itsemurhaan päädytään useiden erilaisten syiden ja reittien kautta. Interventiot, joihin kuuluu useampi kuin yksi ehkäisystrategia, saattaisivat näin ollen olla erityisen hyödyllisiä itsemurhien ehkäisyssä. Tutkimuksissa onkin käynyt ilmi, että moniosaisilla ohjelmastrategioilla on yhteys itsemurhalukujen onnistuneeseen vähentämiseen.

Esimerkiksi Yhdysvaltain ilmavoimien ohjelma, jossa oli mukana 11 yhteiskunnallista ja terveydenhuollon osa-aluetta vastuineen ja protokollineen, osoittautui erittäin tehokkaaksi ehkäisemään itsemurhia Yhdysvaltain ilmavoimissa (127).

Saksan Nürnbergissä onnistuttiin masennuksen hoitamiseen tähtäävän moniosaisen ohjelman avulla laskemaan itsemurhien ja itsemurhayritysten määriä merkittävästi (128). Ohjelma koostui neljästä erilaisesta interventiosta: koko väestölle suunnatusta tiedotuskampanjasta; yhteisöllisten mahdollistajien (facilitator), kuten opettajien, journalistien ja poliisien koulutuksesta; yleislääkäreiden koulutuksesta ja potilaiden ja heidän perheidensä tukemisesta. Eurooppalainen yhteistyö masennuksen voittamiseksi (EAAD), jossa on mukana yhteistyökumppaneita 17 eri maasta, on nyt soveltanut tämänkaltaista monitahoista interventiota (129).

Moniosaisten interventioiden on todettu toimivan myös korkean riskin yksilöiden suhteen. Yhdistyneessä kuningaskunnassa tehdyssä tutkimuksessa tarkasteltiin terveyspalvelu-uudistuksen yhdeksän eri osa-alueen vaikutusta itsemurhiin (130), ja usean uudistuksen toteuttamisen osoitettiin vähentävän itsemurhia tehokkaammin. Erityisesti kolme ohjelmaa liitettiin kiinteästi itsemurhalukujen laskemiseen: 24 tunnin kriisivaste, kaksoisdiagnoosikäytännöt ja monialaiset arviot itsemurhakuolemien jälkeen. Näissä tutkimuksissa osoitettiin kollektiivisesti, että useiden interventioiden integroinnilla voidaan saavuttaa lisä- ja synergiaetuja.

Itsemurhiin liittyviä myyttejä

Myytti:

~~Henkilö, joka käyttäytyy itsetuhoisesti, on päättänyt kuolla.~~

Fakta:

Päinvastoin: usein itsetuhoiset henkilöt muuttavat taajaan mieltään siitä, haluavatko elää vai kuolla. Esimerkiksi hetken mielijohteesta torjunta-ainetta juonut henkilö saattaa kuolla muutaman päivän päästä, vaikka olisi pohjimmiltaan halunnut vielä elää. Oikealla hetkellä tarjottu henkinen tuki voi estää itsemurhan.

Mikä suojaa ihmistä itsemurhariskiltä?

Suojaavat tekijät ovat riskitekijöiden vastakohtia, sillä ne suojaavat ihmisiä itsemurhariskiltä. Vaikka monet itsemurhien ehkäisyyn tähtäävät interventiot on suunnattu riskitekijöiden vähentämiseen, yhtä tärkeää on huomioida ne tekijät, joiden on todettu lisäävän itsetuhoiselta käytökseltä suojaavaa sitkeyttä (pärjäävyyttä) ja yhteenkuuluvuutta, ja vahvistaa niitä. Sitkeys (pärjäävyys) suojaa ihmistä itsemurhariskiltä, ja pärjäävillä ihmisillä on todettu olevan pienempi itsemurhan ja itsetuhoisen käytöksen riski (131). Jotkin suojaavat tekijät suojaavat erityisesti joiltain tietyiltä riskitekijöiltä, kun taas toiset suojaavat tekijät suojaavat useilta itsemurhan riskitekijöiltä.

Vahvat ihmissuhteet

Itsetuhoisen käytöksen riski on korkeampi, kun ihminen kärsii ihmissuhteessa ilmenevästä riitatilanteesta, menetyksestä tai erimielisyydestä. Terveiden läheisten ihmissuhteiden kehittäminen ja ylläpitäminen puolestaan parantaa yksilöiden sitkeyttä (pärjäävyyttä) ja toimii suojaavana tekijänä itsemurhariskiä vastaan. Henkilön oman lähipiirin jäsenillä – kumppanilla, perheenjäsenillä, ikätovereilla, ystävillä ja muilla tärkeillä henkilöillä – on suurin vaikutus, ja he pystyvät antamaan tukea kriisin hetkellä. Ystävät ja perheenjäsenet voivat olla merkittävä sosiaalisen, henkisen ja taloudellisen tuen lähde, ja he voivat suojata ihmistä ulkoisilta stressitekijöiltä. Tämänkaltaisen tuen avulla syntynyt sitkeys (pärjäävyys) suojaa erityisesti lapsuusiässä koettujen traumojen aiheuttamalta itsemurhariskiltä (51). Ihmissuhteilla on erityisen suojaava vaikutus nuorille ja vanhuksille, joiden riippuvuus muiden avusta on suurempi.

Hengelliset ja uskonnolliset uskomukset

Arvioitaessa hengellisiä ja uskonnollisia uskomuksia ja niiden tarjoamaa suojaa itsemurhaa vastaan on syytä olla varovainen. Usko itsessään voi olla suojaava tekijä, sillä se tarjoaa ihmiselle rakenteellisen uskomusjärjestelmän, ja se voi edistää käytöstä, jota voidaan pitää fyysisesti ja henkisesti hyödyllisenä (132). Monien uskonnollisten uskomusten ja käytösnormien on kuitenkin todettu myös lisäävän itsemurhaan liittyvää leimautumista uskontoon tai uskomuksiin liittyvän moraalisen suhtautumisen seurauksena, ja tämä puolestaan saattaa estää avun hakemista. Hengellisten ja uskonnollisten uskomusten suojaava arvo voi saada alkunsa sosiaalisesti yhtenäisestä ja tukevasta yhteisöstä, jossa vallitsevat yhteiset arvot. Monissa uskonnollisissa ryhmissä ei myöskään ilmene tiettyjä itsemurhan riskitekijöitä, kuten alkoholin käyttöä. Tiettyjen uskontojen sosiaaliset käytännöt ovat toisaalta kannustaneet itsemurhaan tiettyjen ryhmien keskuudessa. Esimerkiksi Etelä-Aasiassa naisia, jotka ovat menettäneet aviomiehensä, kannustetaan tekemään polttoitsemurha (133). Näin ollen vaikka uskonnolliset ja hengelliset uskomukset voivat jossain määrin suojata ihmistä itsemurhalta, suojaava vaikutus riippuu kuitenkin vallitsevista kulttuurisista ja kontekstuaalisista käytännöistä ja tulkinnoista.

Positiiviset selviytymisstrategiat ja hyvinvointi arkielämässä

Subjektiivinen henkilökohtainen hyvinvointi ja tehokkaat positiiviset selviytymisstrategiat suojaavat itsemurhalta (134). Hyvinvointi muovautuu osittain niiden luonteenpiirteiden perusteella, jotka määrittävät ihmisen herkkyyden ja sitkeyden (pärjäävyyden) stressin ja traumojen suhteen. Tunne-elämän vakaus, optimistinen elämänasenne ja kehittynyt identiteetti auttavat selviytymään elämän mukanaan tuomista vastoinkäymisistä. Hyvä itsetunto, minäpystyvyys ja tehokkaat ongelmanratkaisutaidot, joihin kuuluu kyky hakea apua tarvittaessa, voivat lievittää stressitekijöiden vaikutusta ja lapsuusiässä koettujen vaikeuksien vaikutuksia (135). Henkilökohtaiset asenteet saattavat vaikuttaa halukkuuteen hakea apua mielenterveyden ongelmiin. Koska mielenterveyshäiriöihin liittyy voimakas leimautuminen, ihmiset – erityisesti miehet – voivat olla haluttomia hakemaan apua. Ihmisillä, jotka epätodennäköisimmin hakevat apua, mielenterveyteen liittyvät ongelmat voivat kasautua ja siten lisätä itsemurhan riskiä, vaikka ongelmat olisi voitu ehkäistä tehokkaasti varhain suoritetulla interventiolla. Terveisiin elämäntapavalintoihin, jotka edistävät psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia, kuuluvat säännöllinen liikunta, riittävä uni ja terveellinen ruokavalio, alkoholin- ja huumeidenkäytön vaikutuksien huomiointi, terveet ihmissuhteet ja sosiaaliset kontaktit sekä tehokas stressinhallinta (136, 137).

Rakenteellisten lähestymistapojen (upstream) käytöllä, kuten riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden huomioimisella, elämän varhaisessa vaiheessa pystytään mahdollisesti saamaan aikaan joustavampia tuloksia. Lisäksi rakenteelliset lähestymistavat voivat samanaikaisesti vaikuttaa lukuisiin terveyteen ja yhteiskunnallisiin aspekteihin liittyviin tapahtumiin, kuten itsemurhaan, päihteiden väärinkäyttöön, väkivaltaan ja rikoksiin (138) (katso lokero 7).

Lokero 7.

Teoreettisesti validit rakenteelliset (upstream) lähestymistavat ehkäisyyn

Lapsuusiässä koetut vaikeudet (kuten kaltoinkohtelu, altistuminen perheväkivallalle, vanhemman mielenterveyshäiriö) ja muut varhaisessa elämässä ilmenneet riskitekijät (kuten kiusaaminen ja rikollisuus) on liitetty myöhempään morbiditeettiin ja kuolleisuuteen itsemurha mukaan lukien (139). Samoin lapsuuden suojaavat tekijät (kuten yhteenkuuluvuuden tunne) voivat myöhemmässä elämässä laskea itsemurhan riskiä. Vaikka tehokkaita rakenteellisia menetelmiä on olemassa, niiden vaikutusta itsemurhiin ja itsemurhayrityksiin ei ole juurikaan arvioitu. Ne ovat kuitenkin teoreettisesti valideja, ja niitä pystytään hyödyntämään itsemurhien ehkäisyssä ja arvioivassa työssä.

Esimerkkejä rakenteellisista strategioista:

- koulutetun henkilöstön (kuten sairaanhoitajien) tekemät kotikäynnit pienituloisten raskaana olevien / vasta synnyttäneiden äitien luona tiedon tarjoamiseksi (140, 141)

- mentorointiohjelmat yhteenkuuluvuuden vahvistamiseksi heikoimmassa asemassa olevien nuorten ja tukea tarjoavien, vakaiden ja hoivaavien aikuisten välillä (142)

- yhteisönlaajuiset ehkäisevät järjestelmät, joilla pyritään saamaan kokonaiset yhteisöt tarttumaan nuorten terveyttä ja käytöstä koskeviin ongelmiin yhteisen sitouttamisprosessin kautta (143)

- kouluperustaiset väkivallan ehkäisy- ja taitojenkehitysohjelmat, joilla pyritään sitouttamaan opettajia/henkilökuntaa, oppilaita ja vanhempia edistämään sosiaalista vastuuta ja sosio-emotionaalisten taitojen kehittämistä (esim. selviytymistä, ongelmanratkaisutaitoja ja avun hakemista) (144).

Itsemurhien ehkäisyn nykytilanne

Itsemurhiin liittyviä myyttejä

Myytti:

~~Kerran itsetuhoinen on aina itsetuhoinen~~

Fakta:

Itsemurhariski on usein kohonnut vain tilapäisesti, ja sen ilmeneminen on tilannekohtaista. Vaikka itsemurha-ajatukset saattavat palata takaisin, ne eivät ole pysyviä, ja itsemurha-ajatuksista kärsineet ja itsemurhaa yrittäneet henkilöt voivat elää pitkän elämän.

Itsemurhat ovat merkittävä maailmanlaajuinen kansanterveydellinen ongelma, mutta itsemurhia voidaan estää. On välttämätöntä, että yhä useammat hallitukset ohjaavat – terveydenhuollon ja sosiaalihuollon alalla ja muilla asianmukaisilla sektoreilla – henkisiä ja taloudellisia resursseja itsemurhien ehkäisyyn (145). Hallitusten pyrkimyksissä laskea kansallisia itsemurhalukuja on terveysministeriöillä keskeinen rooli. Itsemurhien vähentämisen on kuitenkin tapahduttava useiden eri sektoreiden yhteistyönä ollakseen tehokasta. Terveysministeriöiden vastuulla on ohjata muiden ministeriöiden ja myös hallitussektorin ulkopuolisten sidosryhmien osallistumista kattavan kansallisen ohjelman toteuttamiseen.

Mitä tiedetään ja mitä on saavutettu

Itsetuhoista käyttäytymistä koskeva tieto on lisääntynyt valtavasti viime vuosikymmeninä. Alla on esitelty muutamia viime aikojen merkittävimpiä saavutuksia itsemurhia koskevissa tutkimuksissa, menettelytavoissa ja käytännöissä.

Saavutukset tutkimuksen saralta

1. Monisyisyyden tunnistaminen: Biologisten, psykologisten, sosiaalisten ja ympäristöön ja kulttuuriin liittyvien tekijöiden yhteisvaikutusten merkitys itsetuhoisen käytöksen määräytymisessä tunnetaan nykyisin hyvin. Komorbiditeetin (esimerkiksi mielialahäiriön ja alkoholin käyttöön liittyvän häiriön samanaikainen ilmeneminen) itsemurhariskiä lisäävä vaikutus on käynyt selväksi tutkijoille ja kliinikoille.

2. Riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden tunnistaminen: Epidemiologisessa tutkimuksessa, jossa on tarkasteltu heikoimmassa asemassa olevia ryhmiä ja väestöä kokonaisuudessaan, on pystytty tunnistamaan useita itsetuhoisen käytöksen riskitekijöitä ja siltä suojaavia tekijöitä (146). Nykyisin tiedetään enemmän itsetuhoiseen käytökseen liittyvistä psykologisista tekijöistä ja useista kognitiivisista mekanismeista, kuten toivottomuuden tunteista, kognitiivisesta joustamattomuudesta, ansaan joutumisen tunteesta, heikentyneestä päätöksentekokyvystä, impulsiivisuudesta ja sosiaalisen tuen ja hyvien selviytymistaitojen suojaavasta vaikutuksesta.

3. Kulttuurierojen tunnistaminen: Itsemurhan riskitekijöissä tiedetään olevan kulttuurikohtaisia eroja. Ero on erityisen selkeä esimerkiksi Kiinassa (12) ja Intiassa (13), joissa mielenterveyshäiriöiden rooli itsemurhien riskitekijöinä on vähäisempi kuin muualla. Tutkimustieto osoittaa yhä vahvemmin, että psykososiaalisilla ja kulttuuriin/perinteisiin liittyvillä tekijöillä voi olla erittäin tärkeä rooli itsemurhien kannalta. Kulttuuri voi olla kuitenkin myös suojaava tekijä; esimerkiksi kulttuurisen jatkuvuuden (eli perinteisten identiteettien säilyttämisen) on todettu olevan suojaava tekijä Pohjois-Amerikan ensimmäisten kansojen (First Nations) ja alkuperäiskansojen keskuudessa (147).

Toimintaohjelmien saavutukset

1. Kansalliset itsemurhien ehkäisystrategiat: Viime vuosikymmeninä – erityisesti 2000-luvulta lähtien – on kehitetty kansallisia itsemurhien ehkäisystrategioita. Kansallisten strategioiden tiedetään olevan käytössä 28 maassa, mikä todistaa itsemurhien ehkäisyn saaman painoarvon puolesta.

2. Kansainvälinen itsemurhien ehkäisypäivä: Itsemurhan tunnistaminen merkittäväksi maailmanlaajuiseksi kansanterveysongelmaksi kulminoitui kansainvälisen itsemurhien ehkäisypäivän käyttöönottoon 10. syyskuuta 2003. Tämän tapahtuman järjestäjänä on kansainvälinen itsemurhien ehkäisy-yhdistys IASP, jota tukemassa on ollut Maailman terveysjärjestö WHO. Tämä päivä on innostanut kampanjoiden järjestämiseen sekä kansallisella että paikallisella tasolla. Se on myös lisännyt huomattavasti tietoa aiheesta ja vähentänyt itsemurhiin liitettyä leimautumista maailmanlaajuisella tasolla.

3. Itsemurhiin ja itsemurhien ehkäisyyn liittyvä koulutus: Asiaa on edistetty akateemisella tasolla luomalla useita itsemurhien tutkimusyksiköitä ja järjestämällä koulutusta. Viimeisten 15 vuoden kuluessa on otettu laajalti käyttöön myös itsemurhien ehkäisyä koskevia koulutuspaketteja, joissa on ollut erityisiä ryhmäkohtaisia moduuleja (esim. kouluja, sotilasympäristöjä ja vankiloita varten).

Käytännön saavutukset

1. Aiheeseen erikoistumattomien terveydenhuollon ammattilaisten hyödyntäminen: On kehitetty lukuisia ohjeita, joiden tarkoituksena on laajentaa perusterveydenhuollon kapasiteettia itsetuhoisen käytöksen hallinnan ja arvioinnin parantamiseksi ottamalla hankkeeseen mukaan ei-erikoistuneita terveydenhuollon ammattilaisia. Tämä lähestymistapa on ollut erittäin tärkeässä roolissa pieni- ja keskituloisissa maissa, joissa käytettävissä olevat resurssit ovat rajalliset (122, 148).

2. Itsehoitoryhmät: Itsehoitoryhmien perustaminen sekä itsemurhayrityksistä selvinneille että itsemurhaa yrittäneiden tai itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisille on lisääntynyt merkittävästi vuoden 2000 jälkeen (149).

3. Koulutetut vapaaehtoistyöntekijät: Koulutetut vapaaehtoistyöntekijät, jotka työskentelevät verkko- ja puhelinpohjaisessa neuvonnassa, ovat tärkeä henkisen tuen lähde kriisitilanteessa oleville ihmisille (150). Erityisesti kriisipuhelimet ovat saaneet kansainvälistä tunnustusta tärkeästä osuudestaan ihmisten tukemisessa itsemurhaan liittyvissä kriiseissä (151).

Mitä eri maissa tällä hetkellä tehdään itsemurhien ehkäisemiseksi?

Vuonna 2013 kansainvälinen itsemurhien ehkäisy-yhdistys IASP ja WHO:n mielenterveys- ja päihdeongelmien osasto järjestivät itsemurhien ehkäisyä koskevan maailmanlaajuisen haastattelututkimuksen, jonka tarkoituksena oli selvittää, millaista tietoa alan kansallisista strategioista ja toiminnasta on saatavana. Kyselylomakkeita lähetettiin lähinnä IASP:n jäsenille 157 maahan, ja niitä saatiin takaisin 90 maasta (vastausprosentti 57 %). WHO:n alueittain tarkasteltuna vastauksia saatiin maista seuraavasti: 18 (Afrikan alue), 17 (Amerikan mantereen alue), 11 (itäisen Välimeren alue), 26 (Euroopan alue), 7 (Kaakkois-Aasian alue) ja 11 (läntisen Tyynenmeren alue). Tulosten tulkintaan tulee suhtautua varauksella, sillä niitä ei voida yleistää koskemaan kaikkia maita.

Itsemurhien käsittely kansallisissa ohjelmissa

55 maassa (61 prosentissa) kaikista kyselyyn vastanneista maista itsemurhan katsottiin olevan merkittävä kansanterveydellinen huolenaihe. WHO:n alueella tulos vaihteli Euroopan 20:stä (77 prosentista) Kaakkois-Aasian alueen kahteen (29 prosenttiin).

28 (31 prosentissa) vastanneista maista hallitus oli ottanut käyttöön laajan kansallisen strategian tai toimintasuunnitelman (taulukko 2). Suurimmassa osassa maita tilanne on kehittynyt vuoden 2000 jälkeen.

Taulukko 2. Tutkimukseen vastanneet maat, joilla on käytössä tai kehitteillä kansallinen itsemurhien ehkäisystrategia

	Niiden maiden lukumäärä, joilla on käytössä kansallinen strategia tai toimintasuunnitelma	Niiden maiden lukumäärä, joilla on kehitteillä kansallinen strategia tai toimintasuunnitelma
Afrikan alue	0	3
Amerikan mantereen alue	8	2
Itäisen Välimeren alue	0	1
Euroopan alue	13	5
Kaakkois-Aasian alue	2	0
Läntisen Tyynenmeren alue	5	2
Maiden lukumäärä yhteensä	28	13

48 maassa (53 prosentissa) ilmoitettiin olevan itsemurhien ehkäisyä ajava kansalaisjärjestö. Eri alueiden sisällä tämä vaihteli 22 maasta Euroopan alueella yhteen maahan itäisen Välimeren alueella. 20:ssä vastanneista maista (22 prosentissa) oli kansallinen keskus tai instituutti, joka on erikoistunut itsemurhatutkimukseen ja/tai itsemurhien ehkäisyyn. Kansallisia keskuksia oli eniten Euroopan alueella (10) ja vähiten Afrikan ja itäisen Välimeren alueella (yksi molemmissa).

Niiden maiden joukossa, joissa ei ollut kansallista strategiaa, 47:ssä tähän kysymykseen vastanneessa maassa (52 prosentissa) oli käynnissä lukuisia itsemurhien ehkäisyyn liittyviä toimia (taulukko 3).

Taulukko 3. Niissä vastanneissa maissa suoritetut toimet, joissa ei ole käytössä kansallista itsemurhien ehkäisystrategiaa

Ohjelman tyyppi	Ominaisuudet	Maiden lukumäärä
Kansallinen ohjelma	**Ohjelma tai hanke, joka käsittelee yhtä tai useampaa itsemurhien ehkäisyn keskeisintä aluetta kansallisella tasolla; johtajana kansalaisjärjestö tai akateeminen instituutio.**	7
Kontekstikohtainen ohjelma	**Yksi tai useampi kattava, monipuolinen itsemurhien ehkäisyyn liittyvä hanke; johtajana instituutio, yksityinen sektori tai muu**	9
Hajautetut ohjelmat	**Erillisiä ohjelmia tai toimintoja, jotka koskevat yhtä tai useampaa itsemurhien ehkäisyn aluetta kansallisella tasolla; johtajana valtiollinen, alueellinen tai paikallinen viranomainen.**	26
Integroitu ohjelma	**Ei erillistä strategiaa tai ohjelmaa, vaan itsemurhien ehkäisy on integroitu terveydenhuollon ohjelmiin toisen alueen osa-alueena, kuten mielenterveys, alkoholi, ei-tarttuvat taudit).**	8

Itsemurhariskin arviointiin ja interventioihin liittyvä koulutus

34 vastanneessa maassa (38 prosentissa) mielenterveyden ammattilaisille oli saatavilla runsaasti itsemurhien arviointiin ja interventioihin liittyvää koulutusta. Saatavuus vaihteli alueellisesti 14 maasta Euroopan alueella kolmeen maahan Afrikan alueella.

Yleislääkäreille tarjottavaa koulutusta oli saatavilla 23 maassa (26 prosentissa) vastanneista maista. Alueiden sisällä saatavuus vaihteli
yhdeksästä maasta Euroopan alueella yhteen maahan niin Afrikan kuin läntisen Tyynenmeren alueella.

Itsemurhien ehkäisyyn liittyvää koulutusta muiden alojen kuin terveydenhuollon ammattilaisille, kuten ensivastetyöntekijöille, opettajille tai journalisteille, oli saatavilla 33 maassa (37 prosentissa) vastanneista maista. Alueiden sisällä saatavuus vaihteli niin, että Euroopan alueella koulutusta tarjosi 15 maata, Afrikan alueella ei yksikään.

Tukiryhmiä itsemurhaa yrittäneiden tai itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisille

38 maassa (42 prosentissa) 90 vastanneesta maasta oli tarjolla itsehoitoryhmiä itsemurhaa yrittäneiden tai itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisille. Alueiden sisällä tilanne vaihteli niin, että Euroopan alueella itsehoitoryhmiä oli tarjolla 20 maassa, itäisen Välimeren alueella ei yhdessäkään. 25 maassa (66 prosentissa) 38 maasta osaa tukiryhmistä vetivät tunnustetut ammattilaiset. Kaikki tukiryhmät olivat tunnustettujen ammattilaisten vetämiä yhdeksässä maassa (24 prosentissa) 38 maasta.

Itsemurhan nykyinen lakisääteinen tilanne maailmanlaajuisesti ja muutosmahdollisuudet

1800-luvun alussa useimmissa maissa eri puolilla maailmaa oli voimassa lakeja, joiden perusteella ihmisiä rangaistiin ja tuomittiin mm. vankeuteen, jos he yrittivät itsemurhaa. Viimeksi kuluneiden 50 vuoden aikana tilanne on kuitenkin muuttunut merkittävästi. Itsemurha on tällä hetkellä dekriminalisoitu useimmissa maissa – ei kuitenkaan kaikissa.

192 itsenäisestä tarkastellusta maasta (152) 25 maassa on tällä hetkellä voimassa erityisiä lakeja ja rangaistuksia, jotka koskevat itsemurhayrityksiä. Lisäksi 10 maassa noudatetaan Sharia-lakia, ja näissä maissa itsemurhaa yrittäneitä ihmisiä voidaan rangaista. Laissa määrätyt rangaistukset vaihtelevat pienestä sakosta tai lyhyestä vankeustuomiosta elinkautiseen vankeuteen. Kuitenkaan monissa maissa, joissa tällaisia lakeja on voimassa, itsemurhaa yrittäneitä ihmisiä ei käytännössä aseteta syytteeseen. Tilanteen monimutkaisuutta on havainnollistettu alla esitetyissä esimerkeissä, jotka koskevat eri maiden käytäntöjä:

• Ihmiset, jotka yrittävät itsemurhaa, pidätetään, mutta yleensä heitä ei aseteta syytteeseen ensimmäisen yrityksen perusteella, vaan he saavat poliisiasemalta ankaran varoituksen koskien seuraavasta yrityksestä aiheutuvia seurauksia. Toisen itsemurhayrityksen jälkeen annetaan yleensä vankeustuomio.

• Itsemurhaa yrittäneet ihmiset vangitaan aina; joukko vapaaehtoisia lakimiehiä toimii heidän oikeusavustajinaan ja auttaa heitä pääsemään vapaaksi ja saamaan hoitoa.

• Poliisi pidättää silloin tällöin ihmisiä, jotka yrittävät itsemurhaa, mutta tuomarit vapauttavat heidät myöhemmin.

Mitä seurauksia dekriminalisoinnilla on?

Saatavilla ei ole tietoa tai tapausraportteja, jotka osoittaisivat, että dekriminalisointi lisäisi itsemurhia, vaan itse asiassa maiden itsemurhaluvut yleensä laskevat itsemurhan dekriminalisoinnin jälkeen. On mahdollista, että dekriminalisointi
lisää itsemurhien raportointia, kun pelkoa
laillisista seuraamuksista ei enää ole. Näin ilmiön todellinen laajuus pystytään arvioimaan täsmällisemmin. Kun itsemurhaa pidetään rikoksena, itsemurhayritykset usein salataan eikä itsemurhakuolemia raportoida, jolloin itsetuhoisen käytöksen ilmenemisestä saadaan virheellinen käsitys. Kaikkien maiden tulisi arvioida itsemurhia koskevaa lainsäädäntöään voidakseen siten taata, ettei laki estä ihmisiä hakemasta itselleen apua.

Kohti kattavaa kansallista itsemurhien ehkäisyohjelmaa

Itsemurhiin liittyviä myyttejä

Myytti:

~~Itsetuhoista käytöstä ilmenee vain mielenterveyshäiriöistä kärsivillä ihmisillä~~

Fakta:

Itsetuhoinen käytös on merkki syvästä onnettomuudesta, mutta ei välttämättä mielenterveyshäiriöstä. Monilla mielenterveyshäiriöistä kärsivillä henkilöillä ei ilmene itsetuhoista käytöstä, eivätkä kaikki itsemurhan tekevät henkilöt kärsi mielenterveyshäiriöstä.

Kansallisen itsemurhien ehkäisyohjelman luominen tarjoaa mahdollisuuden ehkäistä itsemurhia maailmanlaajuisesti kullekin maalle sopivimmalla tavalla. Kansallisen ohjelman luomisprosessi itsessään voi tehostaa itsemurhien ehkäisyä riippumatta siitä, miten vahvasti ja millaisin resurssein maa lähtötilanteessa on sitoutunut itsemurhien ehkäisyyn. Kansallisen ohjelman luominen luo itsemurhien ehkäisylle hyvän lähtökohdan tuomalla yhteen useita erilaisia sidosryhmiä ja antamalla niille mahdollisuuden hyödyntää kaikkien osapuolten osaamista osallistavan lähestymistavan avulla. Tuloksena on hallituspohjaisten sidosryhmien, kansalaisjärjestöjen edustajien sekä terveydenhuoltosektorin ja muiden sektorien edustajien lähentyminen, jotta he voivat yhdessä luoda maakohtaisia, kansallisia, pitkäkestoisia strategioita, jotka ovat kansanterveysmallin mukaisia. Monilla sidosryhmillä on jo käytössä itsemurhien ehkäisytoimia, oli kyse sitten selviytyjien tukiryhmistä tai heikoimmassa asemassa olevien puolesta puhuvista ryhmittymistä. Terveysministeriöt ja kansallisen tason päättäjät ovat keskeisessä roolissa tämän prosessin koordinoinnissa, sillä vahva johtajuus takaa hyvin määritellyt ja mitattavissa olevat tavoitteet ja päämäärät.

Tehokkaan kansallisen itsemurhien ehkäisyn tavoitteina voi olla

- edistää seurantaa ja tutkimusta
- tunnistaa heikoimmassa asemassa olevat ryhmät ja kohdistaa toimet niihin
- parantaa itsetuhoisen käytöksen arviointia ja hallintaa
- edistää ympäristöön liittyviä ja yksilötason suojaavia tekijöitä
- lisätä ihmisten tietoisuutta itsemurhiin liittyvistä asioista yleisen tiedottamisen avulla
- parantaa yhteiskunnan asenteita ja uskomuksia ja poistaa leimautumista, joka liittyy mielenterveyshäiriöihin tai itsetuhoiseen käytökseen
- vähentää itsemurhavälineiden saatavuutta
- kannustaa mediaa ottamaan käyttöön parempia tapoja ja käytäntöjä itsemurhien raportointiin liittyen ja
- tukea itsemurhaa yrittäneiden tai itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisiä.

Näiden toimenpiteiden lisäksi kaikkien maiden tulisi tarkastella itsemurhia koskevaa lainsäädäntöään voidakseen varmistaa, ettei se estä avun hakemista.

Kattavan valmiiksi hiotun kansallisen strategian puuttuminen ei saisi olla este kohdennettujen itsemurhien ehkäisyohjelmien toteuttamiselle, sillä ohjelmat voivat omalta osaltaan edistää kansallisen ohjelman luomista. Tämänkaltaisten ohjelmien tavoitteena on tunnistaa heikoimmassa asemassa olevat itsemurhalle alttiit ryhmät ja parantaa palveluiden ja resurssien saatavuutta näiden ryhmien keskuudessa. Ohjelmat on tarkoitettu edistämään mielenterveyttä ja pienentämään itsemurhariskiä. Kohdennettuja itsemurhien ehkäisyohjelmia suunniteltaessa on tärkeää huomioida kulttuurinen monimuotoisuus, hyödyntää teknologiassa tapahtuneita edistysaskelia ja sisällyttää ohjelmiin mukaan ryhmille suunnattua koulutusta (153).

Kansallisen laajan ohjelman arviointi on tärkeää, ja se on otettava osaksi kaikkia kohdennettuja ehkäisyohjelmia ja interventioita. Silti arviointi on edelleen haasteellista (154). Ohjelmien arvioinnissa tarvittavat resurssit ja taidot ovat rajalliset kaikissa palvelujärjestelmissä, jotka ovat mukana itsemurhien ehkäisyssä. Koulutusinfrastruktuurin luominen tätä tarkoitusta varten on ensiarvoisen tärkeää, samoin kuin arviointimenetelmiä koskevan tiedon jakomahdollisuuksien luominen ja tukeminen.

Tapausesimerkki: Japani – itsemurhien ehkäisy sosioekonomisesta muutoksesta huolimatta

Konteksti

Itsemurhien määrä nousi Japanissa vuonna 1998 huimasti: itsemurhien määrä oli 32 863, kun se edellisenä vuonna oli ollut 24 391. Vuosina 1978–1997 itsemurhien määrä vuositasolla oli keskimäärin 25 000. Useimmat arvioivat tämän nopean muutoksen olevan seurausta maassa vallitsevista sosioekonomisista ongelmista. Itsemurhalukujen nousu oli havaittavissa kaikissa ikäryhmissä, mutta erityisen huomattava se oli keski-ikäisten miesten keskuudessa. Yleisesti tunnustetuista riskitekijöistä huolimatta itsemurha oli Japanissa edelleen sosiaalinen tabu. Sitä pidettiin henkilökohtaisena ongelmana, eikä siitä keskusteltu julkisesti.

Muutoksen ajurit

Tilanne alkoi muuttua vuonna 2000, kun lapset, jotka olivat menettäneet vanhempansa itsemurhan vuoksi, alkoivat rikkoa tabua kertomalla kokemuksistaan julkisesti. Vuonna 2002 terveys-, työ- ja sosiaaliministeriö järjesti asiantuntijoiden neuvottelun, jonka aiheena olivat itsemurhien ehkäisytoimenpiteet. Laaditussa raportissa todettiin, että itsemurhien ehkäisykäytännöissä pitäisi käsitellä mielenterveysasioita asianmukaisesti, mutta niissä on myös huomioitava monipuolisesti erilaiset psykologiset, sosiaaliset, kulttuuriset ja taloudelliset tekijät. Tähän raporttiin suhtauduttiin kuitenkin ainoastaan asiantuntijoiden antamina suosituksina, eikä sitä huomioitu kunnolla missään todellisissa käytännöissä.

Itsemurha alettiin nähdä Japanissa ”sosiaalisena ongelmana” vuosina 2005–2006, ja tämä havainto johti käytännön toimenpiteisiin. Toukokuussa vuonna 2005 LIFELINK-kansalaisjärjestö käynnisti yhdessä erään parlamentin jäsenen kanssa ensimmäisen itsemurhia käsittelevän foorumin. LIFELINK ja muut järjestöt esittivät foorumilla kiireellisiä ehdotuksia, jotka koskivat kattavaa itsemurhien ehkäisyä. Foorumiin osaa ottanut terveys-, työ- ja sosiaaliministeriö lupasi hallituksen puolesta selvittää itsemurhaongelman. Tämä lupaus raportoitiin mediassa laajalti.

Lainsäädäntö

Vuonna 2006 perustettiin kahden puolueen parlamentti-ryhmä, jolla haluttiin tukea itsemurhien ehkäisyä koskevien käytäntöjen luomista. Itsemurhien ehkäisyä koskevan lainsäädännön luomista kannatettiin kansalaisadressilla, jolla oli yli 100 000 allekirjoittajaa. Adressi ”Japan's Basic Act for Suicide Prevention” hyväksyttiin Japanissa kesäkuussa 2006. Tämän jälkeen vetovastuu itsemurhien ehkäisyssä siirtyi terveys-, työ- ja sosiaaliministeriöltä Valtioneuvoston kanslialle, ja itsemurhien ehkäisystä tuli kaikkia koskettava osa hallitusohjelmaa, joka ei ollut rajoittunut yhteen ministeriöön. Vuonna 2007 otettiin käyttöön ”General Principles of Suicide Prevention Policy”, jonka tavoitteena oli ehkäistä itsemurhia ja tarjota tukea selvinneille. Se perustui ajatukseen, jonka mukaan itsemurhien ehkäisyä koskevat käytännöt auttavat luomaan yhteiskunnan, jossa ihmiset elävät merkityksellistä elämää. Valtiolle kohdistettiin monenlaisia vastuita. Basic Act -periaatteet heijastavat ajatusta siitä, että itsemurhien ehkäisytoimissa tulisi huomioida itsemurhiin liittyvien tekijöiden moninaisuus pelkkiin mielenterveyshäiriöihin keskittymisen sijaan. Tästä syystä itsemurhien ehkäisytoimiin tulisi kuulua ehkäiseviä toimia, interventioita ja postventioita ja kaiken toiminnan tulisi tapahtua läheisessä yhteistyössä eri sidosryhmien välillä. Vuoden 2008 globaalin talouskriisin jälkeen Japanin hallitus varmisti rahoituksen alueellisen rahaston ”Regional Comprehensive Suicide Prevention Emergency Strengthening Fund” avulla. Tämän alueellisen rahaston tavoitteena oli pääasiassa vahvistaa paikallisia itsemurhien ehkäisyyn liittyviä toimia, kuten kattavia tiedotuskampanjoita, joita järjestettiin tärkeään aikaan maaliskuussa – aikana, jolloin itsemurhien havaittiin lisääntyneen. Vuonna 2010 hallitus nimesi maaliskuun ”kansalliseksi itsemurhien ehkäisykuukaudeksi”. Hallitus otti käyttöön myös tiedonkeruuta koskevia uudistuksia ja määräsi Japanin kansallisen poliisiviraston (National Police Agency) julkaisemaan yksityiskohtaiset kuntakohtaiset itsemurhatilastot kuukausittain. Näin itsemurhia ehkäisevät toimet pystyttiin paremmin kohdistamaan paikallisten tarpeiden mukaisesti. Vuonna 2012 itsemurhan ehkäisyn yleisiä ohjeita (General Principles of Suicide Prevention) muutettiin siten, että painopistettä siirrettiin nuoriin ja itsemurhaa aikaisemmin yrittäneisiin henkilöihin.

Tulokset

Itsemurhien määrä alkoi hitaasti laskea vuoden 2009 alussa, ja se laski alle 30 000:n vuonna 2012 ensimmäistä kertaa vuoden 1998 jälkeen. Suurin osa laskusta tapahtui kaupunkialueilla. Sen sijaan nuorten itsemurhaluvut jatkoivat kasvuaan, mikä oli merkki uusien kohdennettujen interventioiden tarpeesta. Itsemurhaluvut olivat kuitenkin laskeneet keski-ikäisten ja sitä vanhempien ihmisten keskuudessa, joten kokonaisuutena suunta oli laskeva. Japanin kansallisen poliisiviraston (National Police Agency) julkaisemissa tiedoissa oli havaittavissa myös selkeä lasku itsemurhissa, jotka liittyivät taloustilanteeseen ja toimeentuloon.

Lähde: Japanin itsemurhien ehkäisykeskuksen dokumentit, Japani.

Miten maat voivat luoda kattavan kansallisen strategian, ja mitä hyötyä strategiasta on?

Yksi systemaattinen keino kehittää kansallinen ohjelma on luoda se kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian avulla. Kansallisen strategian avulla hallitus pystyy osoittamaan selkeästi, että se on tunnustanut itsemurhaongelman ja sitoutunut ratkaisemaan sen. Se tarjoaa myös johtajuutta ja ohjausta tärkeimpien näyttöön perustuvien itsemurhien ehkäisytoimien osalta ja antaa ohjeita toimien priorisointiin. Strategia mahdollistaa tietyistä tehtävistä vastaavien sidosryhmien selkeän tunnistamisen ja auttaa määrittämään tavat niiden tehokkaan koordinoinnin mahdollistamiseksi (145).

Itsemurhien ehkäisy on syytä ottaa mukaan selkeällä tavalla muihin tärkeisiin terveysohjelmiin ja yhteistyöhankkeisiin (kuten HIV/AIDS, naisten ja lasten terveys, ei-tarttuvat taudit ja Global Health Workforce Alliance) sekä muiden asianmukaisten sektoreiden käytäntöihin ja lakeihin (kuten niihin, jotka koskevat koulutusta, työllisyyttä, invaliditeettia, oikeusjärjestelmää, ihmisoikeuksien suojelemista, sosiaaliturvaa, köyhyyden vähentämistä ja kehittämistä). Näin voidaan täyttää itsemurhien ehkäisystrategian moniulotteiset vaatimukset ja taata toiminnan jatkuvuus.

Itsemurhien ehkäisyn perustana ei välttämättä tarvitse olla kansallinen strategia. Monissa maissa on jo käynnissä olevia toimia ja ohjelmia. Kansallisen strategian avulla voidaan kuitenkin luoda kattavampi suunnitelma. Maan sisällä olevat eri alueet voivat sitten toteuttaa suunnitelman juuri niille sopivalla tavalla.

Kansallisten strategioiden kehittämisen ja toteuttamisen periaatteet

Konsultoituaan lukuisia WHO:n asiantuntijoita ja teknistä tukea YK julkaisi asiakirjan ”Prevention of Suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies” (Itsemurhien ehkäisy: ohjeita kansallisten strategioiden laatimiseen ja toteuttamiseen) (155). Asiakirjassa painotettiin tarvetta eri alojen väliselle yhteistyölle, monitieteellisille lähestymistavoille ja jatkuvalle arvioinnille ja tarkastelulle.

YK:n asiakirjassa nostettiin esiin muutamia toimintoja ja lähestymistapoja kansallisten strategioiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Asiakirjan julkaisemisen jälkeen lukuisat kansallisten itsemurhien ehkäisystrategioiden tyypilliset osa-alueet ovat kehittyneet (taulukko 4).

Kun YK:n ohjeet valmistuivat, ainoastaan Suomi oli käynnistänyt valtion rahoittaman systemaattisen hankkeen itsemurhien ehkäisyä käsittelevän kansallisen viitekehyksen ja ohjelman kehittämiseen. 15 vuotta myöhemmin yli 25 maata – suuri-, keski- ja pienituloisten maiden luokissa – oli ottanut käyttöön kansallisen (tai joissakin tapauksissa alueellisen) strategian itsetuhoisen käytöksen ehkäisemiseksi. Useimmat näistä maista tiedostavat YK:n ohjeiden merkityksen omien kansallisten strategioidensa kehittämisen kannalta.

Taulukko 4. Kansallisten strategioiden tyypilliset osa-alueet

Osa-alue	Tavoitteet ja päämäärät
Seuranta	Parantaa kansallisten itsemurhia ja itsemurhayrityksiä koskevien tietojen laatua ja ajantasaisuutta. Tukea integroidun tiedonkeruujärjestelmän luontia, jonka avulla pystytään tunnistamaan heikoimmassa asemassa olevia ryhmiä, yksilöitä ja tilanteita.
Keinojen rajoittaminen	Vähentää itsemurhavälineiden ja -keinojen (esim. torjunta-aineet, ampuma-aseet, korkeat paikat) saatavuutta, käytettävyyttä ja houkuttelevuutta. Vähentää käytettävissä olevien keinojen myrkyllisyyttä/tappavuutta.
Media	Edistää sellaisten mediaohjeiden käyttöönottoa, jotka tukevat vastuullista raportointia painetussa mediassa, televisiossa ja radiossa sekä sosiaalisessa mediassa.
Palveluiden saatavuus	Edistää kattavien palveluiden saatavuutta itsetuhoiselle käytökselle alttiille henkilöille. Poistaa välittämisen esteet.
Koulutus	Ylläpitää kattavien koulutusohjelmien tarjoamista tunnustetuille portinvartijoille (esim. terveydenhuollon työntekijät, kouluttajat, poliisi). Parantaa mielenterveyden ja perusterveydenhuollon palveluiden tarjoajien kompetensseja tunnistaa heikoimmassa asemassa olevat yksilöt ja hoitaa heitä.
Hoito	Parantaa kliinisen hoidon ja näyttöön perustuvien kliinisten interventioiden laatua etenkin sellaisten henkilöiden kohdalla, jotka tulevat sairaalahoitoon itsemurhayrityksen jälkeen. Kehittää tehokkaiden interventioiden tutkimusta ja arviointia.
Kriisi-interventio	Varmistaa, että yhteisöillä on tarvittava kapasiteetti, jotta ne pystyvät vastaamaan kriiseihin asianmukaisilla interventioilla, ja että ihmisillä on kriisitilanteessa pääsy päivystysluonteiseen mielenterveyshoitoon ja käytössään mm. kriisipuhelimia tai verkossa tarjottavia tukipalveluita.
Postventio	Parantaa itsemurhan tai itsemurhayrityksen tehneen henkilön läheisille tarjottua tukea ja hoitoa. Tarjota itsemurhayrityksen vuoksi kärsineille henkilöille tuki- ja kuntoutuspalveluita.
Tietoisuus	Käynnistää yleisiä tiedotuskampanjoita lisäämään tietoisuutta siitä, että itsemurhat ovat estettävissä. Parantaa yksityishenkilöiden ja ammattilaisten pääsyä käsiksi tietoihin kaikista itsetuhoisen käytöksen ehkäisyn osa-alueista.
Leimautumisen vähentäminen	Mielenterveyspalveluiden käytön edistämiseen ja päihteiden väärinkäytön ja itsemurhien ehkäisyyn liittyvien palveluiden tukeminen. Vähentää näitä palveluita käyttäviin henkilöihin kohdistuvaa syrjintää
Tarkkailu ja koordinointi	Perustaa instituutioita tai keskuksia, joissa edistetään ja koordinoidaan itsetuhoiseen käytökseen liittyvää tutkimusta, koulutusta ja palveluita. Vahvistaa terveys- ja sosiaalijärjestelmän reagointia itsetuhoiseen käytökseen.

Tärkeimmät muistettavat elementit kansallisen strategian luomisessa:

a) Itsemurhien ehkäisyn asettaminen monialaisen työn painopisteeksi resursseista huolimatta
Kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian kaikkia koskettava tavoite on edistää, koordinoida ja tukea asianmukaisia eri alueiden välisiä toimintasuunnitelmia ja ohjelmia itsetuhoisen käytöksen ehkäisemiseksi kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Yhteistoimintaa tarvitaan julkisen sektorin useiden osa-alueiden (terveys, koulutus, työllisyys, laki, asuminen, sosiaaliala) ja muiden sektoreiden välillä yksityissektori mukaan lukien, kunkin maan omien tarpeiden mukaisesti.

b) Monimuotoisuuden huomiointi
Vaikka olemassa olevissa kansallisissa strategioissa on samantyyppiset osa-alueet, mitkään kaksi kansallista strategiaa eivät ole täysin samanlaiset jo senkin vuoksi, että itsemurhaongelma on jokaisessa maassa erilainen. Itsemurhaan vaikuttavat monet eri tekijät sekä sosiaaliset ja kulttuuriset kontekstit. Yleiset riskitekijät on tunnistettu maailmanlaajuisesti, mutta tavoitteet, päämäärät ja interventiot on räätälöitävä kontekstiin sopiviksi.

c) Parhaiden käytäntöjen määrittäminen
Tarkemmin tarkasteltuina olemassa olevista kansallisten strategioiden osa-alueista käy ilmi, että ne koostuvat yksilötason näyttöön perustuvista interventioista ja parhaista käytännöistä. Yhdessä ne edustavat kattavaa lähestymistapaa, jonka avulla voidaan käsitellä useita erilaisia riskitekijöitä ja suojaavia tekijöitä, jotka ovat tyypillisiä tietylle maalle. Pilottiprojektien, kohdennettujen ohjelmien ja toimenpiteiden vaiheiden kehittäminen, toteutus ja arviointi ovat oleellinen osa kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian kehittämistä.

d) Resurssien kohdentaminen (raha, aika, henkilöstö)
Jotta itsemurhien ehkäisystrategia voisi olla kattava ja jotta sitä voitaisiin koordinoida, siihen on kohdistettava tietty määrä taloudellisia resursseja ja henkilöstöä sekä määritettävä toteutusaikataulu ja keskipitkän ja pitkän aikavälin tavoitteet. Kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian kehittäminen vaatii taloudellisesti kestävän mallin asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Looginen viitekehys on yksi monista ohjelman suunnittelu- ja arviointityökaluista, joiden avulla voidaan tarkastella yhteyksiä käsiteltävän ongelman, toteutettavien toimenpiteiden ja odotettujen tulosten välillä.

e) Tehokas suunnittelu ja yhteistyö
Riippumatta siitä, mitä työkaluja maat päättävät käyttää, suunnittelu ja arviointi on tehtävä yhteistyössä. Kansallisen suunnitteluryhmän luominen antaa sidosryhmille mahdollisuuden kertoa omista olettamuksistaan, tunnistaa tarvittavat resurssit ja panokset ja suunnitella toimenpiteet, joiden avulla halutut tulokset pystytään saavuttamaan.

f) Arvioinnin tulosten hyödyntäminen ja opitun tiedon jakaminen
Itsemurhien ehkäisystrategiaa ja sen osa-alueita on arvioitava ja saatuja tuloksia ja opittuja asioita on jaettava asiaankuuluville sidosryhmille. Arvioinnin tulosten hyödyntäminen on todennäköisesti tehokkaampaa, jos tulokset räätälöidään kohdeyleisölle sopiviksi ja mukaan liitetään asianmukaisia suosituksia. Kaikkien arvioinnissa mukana olevien tahojen on saatava palautetta, ja heille on tarjottava tukea muutoksen toteuttamiseen arviointitulosten saamisen jälkeen. Tietojen jakamiseen kuuluu tulosten ja arvioinnista saatujen tietojen välittäminen asianmukaisille kohdeyleisöille oikea-aikaisesti, tasapuolisesti ja yhdenmukaisesti. Raportointistrategiassa tulisi huomioida tietojen tulevat käyttäjät ja muut sidosryhmät, ja tiedon sopivuus (esim. tyyli, sävy, muoto) kohdeyleisölle tulisi varmistaa.

Tapausesimerkki: Chile – uuden järjestelmän perustaminen

Konteksti

Itsemurhaluvut ovat kasvaneet melko nopeasti Chilessä viimeisten 20 vuoden aikana, erityisesti vuoden 2000 jälkeen. Luvut ovat korkeimmat iäkkäiden miesten keskuudessa, ja eniten ne ovat nousseet nuorten keskuudessa. Lukujen hillitsemiseksi on ryhdytty lukuisiin toimenpiteisiin, ja esimerkkejä näistä toimenpiteistä on esitetty seuraavassa:

1. Mielenterveyspalveluiden saatavuus on parantunut merkittävästi uuden lainsäädännön myötä: "Universal Guarantees in Health Care" -laki säädettiin vuonna 2005. Se parantaa terveydenhuoltopalveluiden saatavuutta ja kattaa neljä mielenterveyshäiriötä, jotka kaikki ovat merkittäviä itsemurhan riskitekijöitä.

2. Kansallinen itsemurhien ehkäisysuunnitelma, joka laadittiin ensimmäisen kerran vuonna 2007 ja hyväksyttiin äskettäin virallisesti, sisältää näyttöön perustuvat WHO:n suosittelemat strategiat:

- kaikkien itsemurhien ja itsemurhayritysten seuranta alueellisella ja kansallisella tasolla alueellisten riskiprofiilien määrittämiseksi ja terveydenhuollon toiminnan seuraamiseksi
- alueellisen terveysviranomaisen koordinoimat 15 alueellista eri sektorien välistä ehkäisysuunnitelmaa
- terveydenhuollon henkilöstön, erityisesti perusterveydenhuollossa ja ensiavussa työskentelevän henkilöstön, koulutus
- ehkäisevien ohjelmien järjestäminen kouluissa, painopisteenä sosiaalis-ympäristöllinen suojelu, sekä seuraavien osa-alueiden kehittäminen: itsetunto, elämäntaidot, selviytyminen kriisitilanteissa ja päätöksentekokyky
- kriisiapujärjestelmä, kriisipuhelin mukaan lukien, Internet-sivusto, interventio-ohjelma kussakin 29 maan yleisessä terveyspalvelussa ja
- median koulutusohjelma, jonka tavoitteena on vähentää epäasiallista raportointia ja tiedottaa median mahdollisesta suojaavasta roolista.

Tulevaisuuden tavoitteet

Chilen kansallisen terveysstrategian 2011–2020 tavoitteena on laskea nuorten itsemurhalukuja 10 prosentilla.

Lähde: Terveysministeriön dokumentit, Chile.

Kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian toteuttaminen

Kansallista itsemurhien ehkäisystrategiaa toteutettaessa on tärkeää määrittää selkeästi panokset, tuotokset ja tulokset tarvittavien jatkotoimenpiteiden määrittämiseksi. Strategian painopisteestä riippuen strategia voi olla kansallisesti johdettu, mutta paikallisella tasolla toteutettu. Alla on esitetty esimerkkejä näistä loogisen viitekehyksen kolmesta ensimmäisestä osa-alueesta (eli panokset, tuotokset ja tulokset). Tuotoksia, tuloksia ja vaikutuksia on arvioitu tarkemmin seuraavassa osassa.

Panokset

Toimenpiteiden suorittaminen edellyttää resursseja, panostuksia ja sijoituksia, joita ovat esim.

- rahoituslähteet ja pitkäkestoinen rahoitus
- riittävä määrä koulutettua henkilöstöä tai kapasiteetin rakentamista
- kestävä johtajuus ja yhteistyö
- kulttuuriin sopivat näyttöön perustuvat ehkäisyohjelmat
- tietojen saatavuus
- tiedossa olevat toteutuskumppanit ja
- poliittinen tahto.

Tuotokset

Halutun yleisön tavoittavat toimet, tuotteet ja palvelut, joita ovat esim.

- portinvartijoiden koulutusohjelmat
- yleiset tiedotuskampanjat
- hoidon saatavuus
- yhteisöohjelmat ja kriisipuhelimet
- hoito ja hoidon jatkuvuutta koskevat ohjelmat
- postventiot
- välineiden saatavuuden rajoittamiseen liittyvät interventiot
- ohjeet medialle ja
- käytäntöjen toteuttaminen.

Tulokset
Muutokset, tulokset ja edut yksilöille, ryhmille, keskuksille, virastoille, yhteisöille ja/tai järjestelmille toimintojen ja muiden tuotosten perusteella. Erilliset tulokset on luokiteltava lyhytkestoisiin, keskipitkiin ja pitkäkestoisiin. Niiden on oltava mitattavissa, kuten seuraavat:

- itsemurhien ja itsemurhayritysten lukumäärät
- koulutettujen tai muiden yksilöllisten toimintojen kohteena olleiden henkilöiden lukumäärä
- palveluiden käytettävyysaika
- hoidettujen potilaiden lukumäärät
- luvut, jotka heijastavat leimautumisen vähentymistä avun hakijoita kohtaan
- mielenterveyspalveluiden järjestämisen parantuminen
- mielenterveys, hyvinvointi tai yhteenkuuluvuus
- kustannustehokkuutta heijastavat toimenpiteet ja
- itsemurhayrityksistä johtuvien sairaalassaoloaikojen tai itsemurhakuolemien väheneminen.

Tiedon merkitys
Ennen kuin lähdetään toteuttamaan kansallista ohjelmaa, on ratkaisua, vähentämistä, muuttamista tai ehkäisyä odottava ongelma ensin ymmärrettävä. Seurannalla tarkoitetaan systemaattisen tuloskohtaisen tiedon (etenkin itsemurhia ja itsemurhayrityksiä koskevan tiedon) keräämistä kansanterveyttä koskevien käytäntöjen suunnittelua, toteutusta ja arviointia varten (156). Monissa maissa ei ole lainkaan – tai on enintään erittäin suppeita – olemassa olevia seurantajärjestelmiä, joiden avulla itsemurhista saataisiin systemaattisesti kerättyä tietoa, jota voitaisiin hyödyntää sekä interventioiden ohjelmallisissa tavoitteissa että poliittisten aloitteiden kehittämisessä. Monissa maissa ei itse asiassa edes tiedetä, mitkä ovat yleisimmät itsemurhissa käytetyt menetelmät, tai olla selvillä niiden itsemurhien osuudesta, joiden taustalla on yksi tai useampi aikaisempi itsemurha-yritys. Onnistuneisuuden mittaaminen sellaisten toimien osalta, joiden tavoitteena on vähentää itsemurhia tai itsemurhayrityksiä tai itsemurhien vaikutusta yhteiskuntaan yleisellä tasolla, edellyttää luotettavien ja paikkansapitävien tietojen saatavuutta (katso myös lokero 9). Laadun parantaminen edellyttää sellaisten tietojen saatavuutta, joista käy ilmi, mitkä kohteet vaativat parannusta.

Ohjelmien mukauttaminen toteuttamista varten
Usein käytössä on jo olemassa olevia ohjelmia, joita voidaan laajentaa tai jotka voidaan mukauttaa kohdeväestöön ja kansallisessa strategiassa tunnistettuihin tuloksiin sopiviksi. Jos näin ei ole, on kehitettävä ja toteutettava uusia ohjelmia. Jokaisen maan kontekstia on tarkasteltava erikseen itsemurhien ehkäisyä varten. Jos käytettävissä olevista tiedoista käy esimerkiksi ilmi, että nuorten itsemurhaluvut ovat korkeat tiettyjen kulttuuriryhmien sisällä, kansallinen itsemurhien ehkäisystrategia on toteutettava siten, että nämä nuoret ovat toiminnan keskipisteenä. Itsemurhien ehkäisyyn ei ole olemassa yhtä kaikkiin konteksteihin sopivaa strategiaa. Yhdessä maassa tai yhdellä alueella toimivien interventioiden ei myöskään voida olettaa toimivan tehokkaasti muualla, jos interventioita ei mukauteta uuteen kontekstiin sopiviksi ja tarkoituksensa mukaisiksi.

Priorisointi
Useimpien maiden taloudelliset rajoitteet huomioon ottaen moniosaiset itsemurhien ehkäisystrategiat on todennäköisesti otettava käyttöön vaiheittain. Maakohtaisten prioriteettien määrittäminen on tärkeää, jotta rajallisia resursseja voidaan hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti esimerkiksi käytettävissä olevan henkilöstön ja rahoituksen suhteen. Strategian toteuttamisen kannalta on ehdottoman tärkeää tehdä tilanneanalyysi siitä, millä sektoreilla tarvitaan henkilöstöä, johtajuutta ja/tai yhteistyötä. Erityisesti sellaisten maiden kohdalla, joilla on vähäiset resurssit, on erittäin tärkeää tunnistaa olemassa olevista ohjelmista sellaiset toimenpiteet, jotka ovat välittömästi toteutettavissa tai jotka voidaan helposti mukauttaa käyttöön sopiviksi. Sen sijaan mailla, jotka ovat saavuttaneet lyhyen aikavälin tavoitteet itsemurhien ehkäisyssä, saattaa olla käytössään riittävästi resursseja, jotta ne voivat keskittyä pidemmän aikavälin systemaattisiin muutoksiin.

Toteutuksen haasteet
Kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian toteuttaminen merkitsee usein tarvetta muuttaa yksilöiden ja niiden organisaatioiden toimintatapoja. Näiden muutosten aikaansaamiseen liittyvät haasteet riippuvat kontekstista, mutta esim. seuraavat haasteet ovat mahdollisia (157):

- sidosryhmien rajalliset tiedot keinoista muuttaa toimintaansa olemassa olevan näytön vaatimusten mukaisesti
- muutosta koskevat henkilökohtaiset uskomukset, asenteet ja havainnot sekä tunnistetut riskit ja edut
- yksilölliset taidot ja kyvyt toteuttaa muutos käytännössä
- heikko johtajuus ja yhteistyö
- käytännön esteet, kuten puutteelliset resurssit, laitteet tai henkilöstömäärä
- poliittinen tai sosiaalinen ympäristö.

Mahdolliset esteet on tunnistettava, ja niiden osalta on ryhdyttävä toimiin. Osallistava, neuvotteleva lähestymistapa sekä sidosryhmien sitoutuminen ja niille annettu palaute vähentää esteitä yksilötasolla. Uusia taitoja ja kompetensseja käsittelevän koulutuksen tulisi olla keskeinen osa jokaista kansallista strategiaa.

Tapausesimerkki: Sveitsi – kulttuurisen moninaisuuden huomiointi

Tausta

Itsemurhaluvut ovat Sveitsissä keskitasoa muihin Euroopan maihin verrattuna: vuonna 2011 itsemurhaan kuoli Sveitsissä 1 034 ihmistä.
Sveitsi on liittovaltio, jossa Sveitsin liittovaltion terveysvirasto (Federal Office of Public Health) on vastuussa useista kaikkia koskettavista alueista, kuten sairausvakuutuksista ja terveyttä koskevista tiedoista. Sveitsin 26 kantonia ovat pääasiallisessa vastuussa itsemurhien ehkäisystä, mikä tekee kansallisen ohjelman luomisesta haasteellista. Tästä huolimatta itsemurhien ehkäisyä koskevia hankkeita on onnistuttu järjestämään kantonin tasolla. Yksi tällainen on itsemurhien ehkäisystrategia 2010–2015 Zugin kantonissa. Esimerkkejä itsemurhien ehkäisyssä tapahtuneessa edistyksestä Sveitsin kantoneissa ovat mm.:

- menetelmien saatavuuden rajoittamista koskevat projektit
- median käytäntöjen tarkkailu
- seuranta
- lyhytkestoiset interventiot ja seuranta itsemurhaa yrittäneiden henkilöiden keskuudessa
- portinvartijakoulutus
- tietoisuuden lisääminen Kansainvälisen itsemurhien ehkäisypäivän puitteissa
- itsehoitoryhmät itsemurhaa yrittäneiden tai itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisille
- kriisipuhelimet.

Liittovaltion haasteet

Itsemurhien ehkäisytoimien onnistuneisuudesta ja paikallisen tason toimista huolimatta kansallisen koordinoinnin puuttuminen tekee toiminnasta kantonien kannalta haasteellista. Tästä saattaa olla mm. seuraavia seurauksia:

- kantonit eivät pysty jakamaan toisilleen tietojaan parhaista käytännöistään tai oppimaan toistensa kokemuksista
- kansallisen koordinoinnin puuttuminen resursoinnista ja seurannasta
- epätasapaino kantonien välillä johtuen siitä, että niillä ei välttämättä ole käytössään samoja resursseja tai käynnissä samoja toimintoja, koska itsemurhien ehkäisyssä käytettävät interventiot määräytyvät kunkin kantonin oman motivaation perusteella.

Kohti hyviä lopputuloksia

Vuoden 2011 jälkeen poliittinen paine aktiiviseen itsemurhien ehkäisytyöhön kansallisella tasolla on kasvanut. Parlamentti hyväksyi aloitteen, jonka myötä Sveitsin liittovaltion terveysvirasto (Swiss Federal Office of Public Health) alkoi kehittää itsemurhien ehkäisyn toimintasuunnitelmaa. Tässä prosessissa tarvitaan kaikkien sidosryhmien (kantonien, kansalaisjärjestöjen jne.) työpanosta, ja prosessille on määritettävä oikeusperusteet.

Lähde: Sveitsin liittovaltion terveysviraston (Federal Office for Public Health) dokumentit, Sveitsi.

Miten kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian arvioinnissa voidaan seurata edistymistä?

Arviointi on keskeinen osa jokaista kansallista itsemurhien ehkäisystrategiaa, ja se tuo mukanaan lisäarvoa seuraavilla tavoilla:

Tiedon tuottaminen: Arviointi antaa sidosryhmille tärkeää tietoa strategian edistymisestä sekä sen vahvuuksista ja heikkouksista. Näitä tietoja voidaan hyödyntää strategian onnistuneisuuden arvioinnissa lyhyen, keskipitkän ja pitkän aikavälin tulosten perusteella, muutosten teon perustana ja ohjaamassa jatkon suunnittelua ja resurssien kohdentamista (158).

Suunnittelu ja hallinta: Arviointi tarjoaa keinoja kansallisen strategian ja sen osa-alueiden suunnittelun ja hallinnan kehittämiseen. Se mahdollistaa selkeiden tulosorientoituneiden suunnitelmien ja inklusiivisten kumppanuuksien kehittämisen sekä sellaisten tiedonkeruu- ja palautejärjestelmien käytön, jotka kannustavat oppimiseen ja jatkuvaan parannusten tekemiseen (154).

Vastuullisuus: Arviointi on työkalu, jolla voidaan osoittaa vastuuvelvollisuutta rahoittajille, lainsäätäjille ja koko väestölle. Se myös auttaa varmistamaan, että käytössä on kaikkein tehokkaimmat lähestymistavat, ja todentamaan, etteivät resurssit mene hukkaan tehottomissa ohjelmissa (158).

Monet kansalliset strategiat kattavat 5–10 vuoden määräjakson, jolle on määritetty useita tavoitteita, toimenpiteitä ja kohteita. Kaikki suunnitellut interventiot eivät välttämättä toteudu tai ne eivät jatku tämän ajanjakson aikana. Jos itsetuhoisen käytöksen ilmenemistä ei saada vähentymään, riskitekijöitä ei saada lievennettyä tai suojaavia tekijöitä ei saada vahvistettua kansallisen strategian avulla, on erittäin tärkeää selvittää, onko syynä heikko toteutus.

Vaikka yhä useammat maat kehittävät ja toteuttavat kansallisia itsemurhien ehkäisystrategioita, strategioille suoritettavat systemaattiset ja kattavat arvioinnit ovat rajallisia (159, 160, 161). Kansallisten itsemurhien ehkäisystrategioiden tehokkuuden arvioinneissa ilmenee epäjohdonmukaisuutta: tulosten mukaan joissakin maissa itsemurhaluvut ovat vähentyneet huomattavasti koko väestössä (kuten Suomessa ja Skotlannissa), mutta toisissa maissa strategioiden vaikutukset ovat olleet vähäisemmät (kuten Australiassa, Norjassa ja Ruotsissa) (159, 162). Arviointien tuloksiin on kuitenkin suhtauduttava varauksella, sillä tietoa toimenpiteiden toteuttamisesta on rajallisesti. Itsemurhaluvuissa tai riskitekijöissä tai suojaavissa tekijöissä tapahtuneiden muutosten analyyseissä on myös vaihtelua maittain, mikä tekee vertailujen tekemisestä vaikeaa.

Tapausesimerkki: Skotlanti – kattava monialainen strategia

Hanke

Vuonna 2002 käynnistettiin kansallinen strategia ja toimintasuunnitelma ”Choose Life”, jonka tavoitteena oli laskea itsemurhalukuja Skotlannissa 20 prosentilla vuoteen 2013 mennessä. Itsemurhien määrät olivat kasvaneet Skotlannissa etenkin miesten keskuudessa, joiden osalta itsemurhia oli 27 laskettuna 100 000:ta kohti (naisilla 9 / 100 000) vuonna 2001. ”Choose Life” kehitettiin ja toteutettiin kansallisen mielenterveysohjelman sisällä. Tämä ohjelma on osa laajempaa skotlantilaista hanketta parantaa kansanterveyttä, edistää sosiaalista oikeudenmukaisuutta ja poistaa eriarvoisuutta. Näin itsemurhia ehkäisevä työ voidaan käynnistää osana poliittisten tavoitteiden ja hankkeiden laajempaa viitekehystä, jossa pyritään kohti yleistä tavoitetta parantaa väestön mielenterveyttä.

Aluevaltuustojen, poliisin, ambulanssi- ja ensiapu- ja päivystyspalveluiden, vankilapalveluiden ja tärkeimpien kansalaisjärjestöjen edustajista luotiin kansallinen verkosto ja kansallinen koulutus- ja kapasiteettijärjestelmä perustettiin. Hankkeelle luotiin toteutussuunnitelma, joka keskittyi 32 aluevaltuuston alueeseen, joille jokaiselle asetettiin kolme keskeistä tavoitetta:

- luoda koordinoituja itsemurhia ehkäiseviä toimenpiteitä kaikkien terveyspalveluiden, sosiaalipalveluiden, koulutuksen, asumisen, poliisin, sosiaalipalveluiden ja työllisyyspalveluiden alueelle
- kehittää eri alojen ammattilaisista koostuvia koulutusohjelmia kapasiteetin luomiseksi itsemurhien ehkäisyn tukemiseen
- tarjota taloudellista tukea lähiyhteisöön ja asuinympäristöön kohdistuviin interventioihin.

Vuosina 2002–2006 Skotlannin aluehallitus sijoitti Choose Life -strategian toteuttamiseen 20,4 miljoonaa puntaa.

Tulokset

Vuonna 2006 suoritettiin strategian toteutuksen ensimmäisen vaiheen itsenäinen arviointi, joka kattoi prosessin arvioinnin ja välitulosten arvioinnin. Arvioinnista kävi ilmi, että strategian toteutuksessa oli saavutettu monia merkittäviä edistysaskeleita, mutta Choose Life -strategian tavoitteita tulisi entistä tehokkaammin kytkeä muihin poliittisiin ohjelmiin. Arvioinnissa korostettiin myös kohdennettujen toimenpiteiden tarvetta, kuten kliinisten palveluiden tehokkaampaa integrointia kansallisella tasolla, päihteiden väärinkäytön hoitoon liittyvät palvelut mukaan lukien.
Ajanjaksojen 2000–2002 ja 2010–2012 välillä itsemurhaluvut laskivat Skotlannissa 18 prosentilla. Choose Life -strategian loppuarviointi tehtiin vuonna 2012, mutta siitä huolimatta on vaikea arvioida strategian vaikuttavuutta laskuun.

Lähde: Itsemurhien ehkäisystrategia 2013–2016, Skotlannin aluehallitus, 2013.

Arvioinnin haasteet

Kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian arviointi ei tapahdu tyhjiössä, vaan siihen vaikuttavat monet reaalimaailman rajoitteet (158). Arviointien on muun muassa oltava käytännöllisiä ja toteuttamiskelpoisia. Ne on myös suoritettava käytettävissä olevien resurssien ja ajan sallimissa rajoissa ja maan poliittisen, sosiaalisen ja taloudellisen kontekstin asettamien vaatimusten mukaisesti. Arviointiin ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa tapaa, vaan strategian soveltamisen aikana monet erilaiset arvioinnit voivat olla sopivia. Alueellisten variaatioiden vertailu itsemurhia ehkäisevissä toimissa eri valtioiden/alueiden ja paikallisten yhteisöjen välillä voi antaa arvokasta tietoa siitä, mitkä toimitusrakenteet ovat kaikkein tehokkaimpia (163). Maissa, joissa itsetuhoista käytöstä pidetään edelleen rikollisena toimintana ja sosiaalisesti ja uskonnon perusteella tuomittavana, itsemurhien ehkäisystrategioiden toteutus ja arviointi on monimutkaista, koska itsemurhaan liittyy voimakas leimautuminen eikä saatavilla ole tarkkoja itsemurhatilastoja (164, 165).

Mihin tahansa arviointisuunnitelmaan vaikuttaa eräs merkittävä ongelma: vaikeus liittää havaitut tulokset tai vaikutukset tiettyyn ehkäisystrategiaan, sillä myös monet muut tekijät voivat vaikuttaa itsemurhalukuihin ja muihin indikaattoreihin (166). Esimerkiksi lisääntynyt tietoisuus ja kattavammat käytettävissä olevat tiedot voivat johtaa aikaisempaa tarkempiin tietoihin, kun tietoa saadaankin myös niistä itsemurhista, jotka aikaisemmin olivat jääneet huomiotta. Tämä saattaa johtaa näennäisesti suurentuneisiin lukuihin (159, 167). Myös merkittävät muutokset, kuten talouskriisit, voivat vaikuttaa haitallisesti väestön terveyteen ja itsemurhalukuihin esimerkiksi pienentämällä näihin ongelmiin käytettävissä olevaa taloudellista kapasiteettia. Näin ollen strategian kontekstin (esim. sen taustan, organisaation ja laajemman poliittisen ja sosiaalisen tilanteen) ymmärtäminen on ensiarvoisen tärkeää, ja se vaikuttaa arviointien suorittamiseen (154).

Lupaavien itsemurhien ehkäisystrategioiden perusteellisia arvioita ei ole riittävästi saatavilla. Vaikka lukuisia uusia ja innovatiivisia interventioita tiedetään tehdyn ja toteutetun maailmanlaajuisesti, niistä ei ole vielä tehty arviointeja. Tämä pitää erityisen hyvin paikkansa pienituloisissa maissa, jotka ovat mahdollisesti saaneet paljon hyödyllistä tietoa itsemurhien ehkäisystrategioiden toteuttamisesta, mutta tietoja ei ole kirjattu mihinkään. Tämä johtaa tilanteeseen, jossa tarkastellaan lähinnä interventioita ja suosituksia, jotka ovat peräisin maista, joiden tutkimustoiminta on aktiivista. Arviointien lisääminen erityisesti pienituloisissa maissa voisi auttaa ratkaisemaan tämän ongelman.

Itsemurhien ehkäisystrategioiden kustannukset ja kustannustehokkuus

Arvioinnissa on tärkeää ottaa huomioon interventioiden toteuttamisessa tarvittavat kustannukset ja resurssit eri ympäristöissä, kulttuureissa ja konteksteissa, ja mukaan on liitettävä myös kvalitatiivista tietoa toteutuksen onnistuneisuudesta ja siihen liittyvistä esteistä (168). Hyödyllisiä ovat taloudelliset arvioinnit, joissa otetaan huomioon kontekstiin ja toteutukseen liittyvät asiat. Ne auttavat määrittämään, ovatko tietyssä maassa tehokkaiksi ja kustannustehokkaiksi havaitut interventiot toteuttamiskelpoisia muissakin maissa. Maissa, joissa käytettävät resurssit ovat rajalliset, kustannustehokkuuteen pyrkiminen voi auttaa määrittämään resurssien parhaan kohdentamisen.

Itsemurhien ehkäisystrategioiden toimivuutta koskevan näytön lisäksi terveydenhuollon suunnittelijoilla ja päättäjillä on oltava tietoa toteutuksen odotetuista kustannuksista sekä saavutettavasta kustannustehokkuudesta pystyäkseen osoittamaan strategioiden olevan kannattavia. Esimerkiksi taloustutkimus, jossa tarkasteltiin myrkyttämällä tehtyjä itsemurhia Sri Lankassa, osoitti että hoitoresurssien tarpeet maassa kokonaisuutena olivat 866 000 Yhdysvaltain dollaria vuonna 2004 (kustannukset yhtä hoidettua tapausta kohti noin 32 Yhdysvaltain dollaria) (169).

Kaikkialla maailmassa tarvittaisiin hyvin tehtyjä taloustutkimuksia, joissa kerrottaisiin suunnittelijoille ja päättäjille itsemurhien ehkäisyyn liittyvistä budjettivaatimuksista sekä näiden toimien taloudellisesta kannattavuudesta (168). Äskettäin julkaistiin WHO:n katselmus, joka käsittelee itsemurhien ehkäisystrategioita ja erityisesti siihen liittyviä kustannuksia. Siitä käy ilmi, että kaksi kolmasosaa tehokkaiksi tai lupaaviksi arvioiduista strategioista luokiteltiin edullisiksi ja edullisuus liittyi myös läheisesti universaaleihin tai selektiivisiin itsemurhien ehkäisyn lähestymistapoihin (indikoitujen sijaan) (40).

Rahoituksen saaneita kliinisten tutkimusten hankkeita tarkastellaan yleensä myös taloudellisesta näkökulmasta. Tämä on antanut jonkin verran tietoa tiettyjen strategioiden kustannustehokkuudesta. Tällaisia strategioita ovat olleet esimerkiksi itsemurha-ajatusten vähentämiseen tähtäävä verkossa toteutettu itsehoito-ohjelma Alankomaissa (170) ja itseään aikaisemmin vahingoittaneille henkilöille suunnattu kognitiivis-behavioristinen hoito Yhdistyneessä kuningaskunnassa (171). Muissa taloustutkimuksissa on käytetty lähestymistapana mallinnusta, jonka avulla on arvioitu odotettuja kustannuksia ja ajan myötä saavutettavia etuja. Esimerkkinä tällaisesta tutkimuksesta voidaan mainita Australiassa tehty Assessing Cost-Effectiveness (ACE) in Prevention -projekti, jossa arvioitiin lukuisten interventioiden komparatiivista kustannustehokkuutta, kuten (172):

- itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittaminen lainsäädäntöä tai ampuma-aseiden omistajuutta koskevia sääntöjä muuttamalla (jokainen saavutettu terve elinvuosi tuo säästöä yli 50 000 Australian dollaria)
- ohjeiden laatiminen vastuullisempaan mediaraportointiin (kun yksikin itsemurha ehkäistään, se tuo säästöä 27 000 Australian dollaria jokaista tervettä elinvuotta kohti)1.

Tämänkaltaiset tutkimukset ovat hyviä esimerkkejä siitä, miten talousanalyysejä voidaan tehdä ja miten niitä voidaan hyödyntää kansallisissa itsemurhien ehkäisystrategioissa.

1 Terveeksi elinvuodeksi voidaan laskea yksi terveenä eletty vuosi ilman vammoja tai morbiditeettiä.

Kohti tehokasta itsemurhien ehkäisyä

Itsemurhiin liittyviä myyttejä

Myytti:

~~Itsemurhasta puhuminen on huono idea, ja se voidaan tulkita itsemurhaan kannustamiseksi.~~

Fakta:

Koska itsemurhaan liittyy voimakas leimautuminen, useimmat itsemurhaa harkitsevat henkilöt eivät tiedä, kenen puoleen kääntyä. Avoin puhe itsemurhasta ei kannusta itsetuhoiseen käytökseen, vaan se voi päinvastoin auttaa estämään sen auttaen itsemurhaa harkitsevaa henkilöä näkemään muitakin vaihtoehtoja tai miettimään asiaa tarkemmin.

Mitä voidaan tehdä, ja keiden on oltava mukana toiminnassa?

Itsemurhien ehkäisy edellyttää ryhtymistä toimenpiteisiin. Itsemurhien ehkäisyn lähestymistavat ovat kehittyneet, kun yhteisöt ja maat ovat muuttaneet itsemurhaa koskevia asenteitaan ja uskomuksiaan. Avun hakemiseen liitetty leimautuminen on vähentynyt monissa konteksteissa. Nyt päättäjien ja muiden sidosryhmien haasteena on hyödyntää lisääntynyttä keskustelua itsemurhasta ja muuttunutta ympäristöä ohjelmien toteuttamisessa. Monissa maissa tehtävää on vielä paljon, ja itsemurhien ehkäisystrategioiden toteuttamiselle on havaittavissa merkittäviä esteitä. Tässä raportin osassa esitetään maille erilaisia menetelmiä toimintansa kehittämiseen riippumatta siitä, mikä niiden tilanne itsemurhien ehkäisyssä tällä hetkellä on.

Toiminnan organisointi

Terveysministerit ovat tärkeässä roolissa johtajuuden tarjoamisessa ja eri sidosryhmien tuomisessa yhteen omassa maassaan. He voivat auttaa lisäämään yhteistyötä eri sektoreiden – kuten koulutuksen, median, oikeuslaitoksen, työelämän, sosiaalihuollon, uskonnon, kuljetusalan ja maatalouden – välillä, jotta ne voitaisiin sitouttaa tehokkaammin itsemurhien ehkäisytoimiin, joissa hyödynnetään itsemurhasta tällä hetkellä saatavilla olevia tietoja. Tämän sitoutumisen varassa toimintaa voidaan kehittää pidemmälle.

Se, mikä kussakin maassa on seuraava tarvittava toimenpide, riippuu siitä, missä vaiheessa itsemurhien ehkäisy on tällä hetkellä. Taulukossa 5 on annettu esimerkkejä strategisista toimenpiteistä, joihin maat voivat ryhtyä edistääkseen itsemurhien ehkäisyä parhaan käytettävissä olevan näytön perusteella, jota on kuvattu tämän raportin eri osissa. Taulukossa on esitetty nykyiset toimenpiteet ja mahdolliset seuraavaksi toteutettavat ehkäisytoimenpiteet, joita voidaan harkita käytettäväksi useilla strategisilla alueilla.

Maat, joissa ei ole toimintaa tällä hetkellä

Maissa, joissa itsemurhien ehkäisytoimia ei ole vielä käytössä, painopisteenä on toiminta. Nämä maat voivat alkaa etsiä sidosryhmiä ja kehittää toimintoja alueilla, joilla niille on suurin tarve tai joilla on jo olemassa olevia resursseja. Nämä maat voivat näitä toimia suorittaessaan ja tilannetta analysoidessaan havaita, että joillakin yhteisöllisillä ryhmillä on jo käynnissä pienen mittakaavan toimenpiteitä itsemurhien ehkäisemiseksi. Tällaiset ryhmät tarvitsevat usein tukea voidakseen laajentaa toimintaansa, ja laajentaminen voidaan tehdä yhteistyön avulla. Lisäksi tässä vaiheessa on tärkeää kehittää seurantaa, ja maat voivat tehdä sen samaan aikaan kun ne toteuttavat asianmukaisia itsemurhien ehkäisyyn tähtääviä interventioita.

Maat, joissa on jo jonkinasteista toimintaa

Maissa, joilla on jo käytössä joitakin itsemurhien ehkäisyyn tähtääviä toimia, saattaa olla hyödyllistä keskittyä ensin vakauttamiseen tekemällä tilanneanalyysi. Näissä maissa voidaan pyrkiä löytämään palveluissa olevia puutteita. Maat voivat pyrkiä luomaan kattavan kansallisen ohjelman tunnistamalla ja kartoittamalla kaikki sidosryhmät ja delegoimalla kansalliseen ohjelmaan liittyviä rooleja ja vastuualueita eteenpäin. Huomiota voidaan kiinnittää erityisesti kontekstiin ja heikoimmassa asemassa oleviin ryhmiin, ja riskitekijät voidaan priorisoida tilanteeseen sopivalla tavalla.

Maat, jotka ovat jo luoneet kansallisen ohjelman

Maissa, jotka ovat jo luoneet melko kattavan kansallisen ohjelman, painopiste voi olla arvioinnissa ja parannusten tekemisessä. Vaikka arviointi on yhtä tärkeää jatkuvan kehityksen kannalta myös varhaisemmissa vaiheissa, tässä vaiheessa resursseja on usein paremmin saatavilla perusteellisten analyysien tekemistä varten. Painopiste näiden maiden kohdalla on oikea-aikaisessa uuden tiedon mukaan ottamisessa ja sen varmistamisessa, että kansallinen ohjelma parantaa tehokkuutta ja tehoa.

Tehokas itsemurhien ehkäisy edellyttää jatkuvaa oppimisen ja tekemisen kehää. Terveysministereiden ja muiden itsemurhien ehkäisytyön johtajien kannattaa säännöllisesti tarkastella edistymistä ja pohtia mahdollisia seuraavia vaiheita. Edistystä voidaan mitata SWOT-analyysin tai jonkin muun tilanneanalyysityökalun avulla (katso lokero 8). Hyvin toteutettuja tilanneanalyysejä voidaan käyttää tunnistamaan parannettavia vahvuuksia, korjattavia heikkouksia, tavoiteltavia mahdollisuuksia ja käsiteltäviä uhkia.

Lokero 8.

Tilanneanalyysin suorittaminen: esimerkkinä SWOT-analyysi

Jatkuva kehitys itsemurhien ehkäisyssä edellyttää sitoutumista ja jatkuvaa saavutusten arviointia ja seuraavien vaiheiden suunnittelua. Terveysministerit ja muut itsemurhien ehkäisyn johtajat voivat hyötyä määräajoin tehtävistä tilanneanalyyseista, jotka koskevat maassa tehtyjen itsemurhien ehkäisyn toimenpiteiden tilaa. Tilanneanalyysien suorittamiseen on olemassa monta erilaista mallia, ja valittavan mallin tulee olla tuttu ja paikallisiin tarpeisiin soveltuva. Yksi suhteellisen selkeä lähestymistapa on SWOT-analyysi, suunnittelutyökalu, jota voidaan käyttää tavoitteiden asettamiseen ja määrittämään tavoitteiden saavuttamisessa tarvittavat vaiheet. SWOT-analyysissa vastataan kysymyksiin, joiden avulla määritetään itsemurhien ehkäisyyn liittyvät vahvuudet (Strengths), heikkoudet (Weaknesses), mahdollisuudet (Opportunities) ja uhat (Threats). Tehtäessä tilanneanalyyseja SWOT-analyysin tai muiden mallien avulla on tärkeää huomioida käytettävissä olevat resurssit, poliittinen tahto, politiikka ja lainsäädännön antamat mahdollisuudet sekä yhteistyö eri sektoreiden välillä.

Esimerkki seurannan SWOT-analyysista:

Vahvuudet	Heikkoudet	Mahdollisuudet	Uhat
Tällä hetkellä saatavilla on kansallisia tietoja itsemurhaluvuista.	Tietoja itsemurha-yrityksistä ei ole.	Koulutusministeri ehdottaa itsetuhoista käytöstä koskevien kysymysten lisäämistä seuraavaan kansalliseen haastattelututkimukseen, jossa tarkastellaan yläkouluikäisten oppilaiden huumeiden käyttöä.	Analysointiin ja tulosten välittämiseen tarvitaan resursseja. Kumppanuussuhteet tutkijoihin ja mediaan ovat rajalliset.

Taulukossa 5 on esitetty strategisten toimenpiteiden alueet. Näihin toimenpiteisiin kuuluu muun muassa asianmukaisten sidosryhmien ottaminen mukaan toimintaan siten, että sidosryhmät työskentelevät omalla sektorillaan tai usealla sektorilla itsemurhien vähentämiseksi. Niihin kuuluvat myös terveysjärjestelmän mobilisointi, toimenpiteet itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittamiseksi, systemaattisen tiedonkeruun parantaminen itsemurhan nykytrendien ymmärtämiseksi ja ehkäisytoimenpiteiden vaikutusten seuranta ajan kuluessa. Tärkeitä ovat myös toimenpiteet myyttien poistamiseksi ja tietoisuuden lisäämiseksi siitä, että itsemurha on estettävissä oleva kansanterveydellinen ongelma.

Taulukon sarakkeissa on jokaisen strategisen toimenpiteen kohdalla ehdotuksia jatkotoimenpiteiksi riippumatta siitä, missä vaiheessa maa on kansallisen itsemurhien ehkäisystrategiansa toteuttamisessa. Tarkoituksena on, että yhteistyökumppanit hyödyntävät näitä tietoja harkitessaan, mitä strategisia toimenpiteitä toteutus edellyttää. Sidosryhmiä ehdotetaan strategisten toimenpiteiden mahdollisiksi johtajiksi. Ne voivat hyödyntää luetteloa selvittäessään muita toimenpiteitä, joita nykyisten toimenpiteiden lisäksi tarvitaan ja joiden avulla pystytään täyttämään kansallisessa itsemurhien ehkäisystrategiassa havaittuja aukkoja.

Tärkeimpien sidosryhmien ottaminen mukaan on erittäin tärkeää osallisuuden varmistamiseksi eri sektoreilla. Tätä taulukkoa voidaan käyttää apuna tarkasteltaessa, miten sektorit tällä hetkellä osallistuvat itsemurhien ehkäisyyn. Sen avulla pystytään myös tarkastelemaan mahdollisuuksia toiminnan laajentamiseen, muiden yhteistyökumppaneiden mukaan ottamiseen ja muiden itsemurhien ehkäisytoimenpiteiden kehittämiseen.

Taulukko 5. Ehdotetut strategiset toimenpiteet itsemurhien ehkäisyyn (luokiteltuna nykyisten toteutustasojen mukaan)

Strateginen toimenpide	Tärkeimmät sidosryhmät	Ei toimintaa (itsemurhien ehkäisytoimia ei ole käynnissä kansallisella tai paikallisella tasolla)	Jonkinasteista toimintaa (itsemurhien ehkäisyä koskeva työ on aloitettu tärkeimmillä alueilla joko kansallisella tai paikallisella tasolla)	Itsemurhien ehkäisystrategia on toteutettu kansallisella tasolla
Ota tärkeimmät sidosryhmät mukaan toimintaan	Johtajaksi terveysministeriö tai jokin muu koordinoinnista vastaava terveydenhuollon taho	Aloita tärkeimpien sidosryhmien tunnistaminen ja sitouttaminen mukaan tärkeisiin toimintoihin tai alueille, joilla toimintaa on jo käynnissä.	Tunnista kaikki tärkeimmät sidosryhmät eri sektoreilla ja ota ne mukaan kattavasti itsemurhien ehkäisyyn. Määritä vastuualueet.	Arvioi kaikkien tärkeimpien sidosryhmien roolit, vastuualueet ja toimenpiteet säännöllisin väliajoin. Hyödynnä tuloksia osallistumisen ja sidosryhmien sitoutumisen lisäämiseksi alueella.
Rajoita välineiden saatavuutta	Laki- ja oikeusjärjestelmät, päättäjät, maatalous, kuljetusala	Käynnistä toimet itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittamiseksi yhteisöllisten interventioiden avulla.	Koordinoi ja laajenna jo käynnissä olevia toimia itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittamiseksi (kuten kansallisen tason lait, menettelytavat ja käytännöt).	Arvioi itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittamiseksi tehtyjä toimia. Hyödynnä arviointien tuloksia parannusten tekemisessä.
Suorita seurantaa ja paranna tietojen laatua	Terveysministeriö, Tilastokeskus ja kaikki muut sidosryhmät ja erityisesti viralliset ja epäviralliset tiedonkeruussa käytetyt terveysjärjestelmät	Käynnistä seuranta keskittyen kuolleisuustietoihin ja erityisesti ikää, sukupuolta ja itsemurhamenetelmiä koskeviin tietoihin. Pyri tunnistamaan edustavat toimipaikat mallien kehittämistä varten.	Perusta seurantajärjestelmä itsemurhien ja itsemurhayritysten seuraamiseksi kansallisella tasolla (lisäjaottelut huomioiden) ja varmista, että tiedot ovat luotettavia, valideja ja kaikkien saatavilla. Luo toteuttamiskelpoisia tietomalleja, jotka ovat tehokkaita ja skaalattavissa tarpeen mukaan.	Valvo tärkeimpiä ominaisuuksia, kuten laatua, edustavuutta, oikea-aikaisuutta ja hyödyllisyyttä ja seurantajärjestelmän kustannuksia ajantasaisesti. Hyödynnä tuloksia järjestelmän parantamisessa. Hyödynnä tehokkaita malleja laajemmin tietojen kattavuuden ja laadun takaamiseksi.
Lisää tietoisuutta	Kaikki sektorit, johtajana terveysministeriö ja media	Järjestä toimia tietoisuuden lisäämiseksi siitä, että itsemurhat ovat estettävissä. Varmista, että viestit tavoittavat osan kohdealueista tai -väestöistä ja että ne toimitetaan vähintään yhden aktiivisessa käytössä olevan kanavan kautta.	Kehitä strategisia tiedotuskampanjoita ja toteuta ne kansallisella tasolla näyttöön perustuvia tietoja käyttäen. Käytä kohderyhmille räätälöityjä menetelmiä ja viestejä.	Arvioi tiedotuskampanjan (kampanjoiden) tehokkuutta. Hyödynnä tuloksia tulevien kampanjoiden parantamisessa.
Ota media mukaan toimintaan	Media ja terveysministeriö yhteistyössä	Käynnistä median kanssa keskustelu itsemurhien vastuullisesta raportoinnista.	Ota yhteyttä maan tärkeimpiin media-alan organisaatioihin tuen tarjoamiseksi niiden omien standardien ja käytäntöjen tukemiseksi ja pyri siten vahvistamaan, että itsemurhista raportoidaan vastuullisesti. Tee yhteistyötä media-alan sidosryhmien kanssa ennaltaehkäisyn resurssien ja jatkotoimenpiteiden tukemiseksi.	Arvioi itsemurhia koskevaa mediaraportointia. Ota kaikki median edustajat mukaan toimintaan ja tarjoa niille koulutusta vastuullisista raportointitavoista. Tarjoa uusille media-alan työntekijöille ajantasaista koulutusta.
Mobilisoi terveysjärjestelmä ja tarjoa koulutusta terveydenhuollon työntekijöille	Viralliset ja epäviralliset terveysjärjestelmät, koulutusala	Käynnistä hoidon suunnittelu ja toteutus kohderyhmänä itsemurhaa yrittäneet henkilöt ja tarjoa koulutusta terveydenhuoltoalan työntekijöille.	Tarjoa näyttöön perustuvaa kriisihoitoa, kliinistä hoitoa ja postventiopalveluita kansallisella tasolla. Tarjoa terveydenhuoltoalan työntekijöille täydennyskoulutusta. Sovita opinto-ohjelmat terveydenhuoltoalan työntekijöille sopiviksi.	Suorita käytössä oleville palveluille seurantaa ja arviointeja säännöllisin väliajoin. Hyödynnä saatuja tuloksia tarjottavan hoidon parantamiseksi.

Strateginen toimenpide	Tärkeimmät sidosryhmät	Ei toimintaa (itsemurhien ehkäisytoimia ei ole käynnissä kansallisella tai paikallisella tasolla)	Jonkinasteista toimintaa (itsemurhien ehkäisyä koskeva työ on aloitettu tärkeimmillä alueilla joko kansallisella tai paikallisella tasolla)	Itsemurhien ehkäisystrategia on toteutettu kansallisella tasolla
Muuta asenteita ja uskomuksia	Media, terveydenhuolto, koulutus, kunnalliset organisaatiot	Käynnistä sellaisten toimintojen toteutus, joiden tarkoituksena on vähentää leimautumista, joka liittyy avun hakemiseen itsemurhaa koskevissa asioissa. Kannusta avun hakemiseen tarvittaessa.	Muuta mielenterveyspalveluiden käyttöä koskevia asenteita ja vähennä näiden palveluiden käyttäjiin kohdistettua syrjintää.	Suorita määräajoin arviointeja yleisön asenteiden ja uskomusten seuraamiseksi koskien itsemurhaa, mielenterveyshäiriöitä ja päihteiden käyttöön liittyviä häiriöitä ja avun hakemista.
Suorita arviointeja ja tee tutkimusta	Asianmukaiset kunnalliset terveyspalvelut, koulutusala ja terveysministeriö	Käynnistä itsemurhien ehkäisyä koskevien tutkimusten suunnittelu ja priorisointi ja kokoa olemassa olevia tietoja yhteen (esim. itsemurhakuolemat).	Laajenna jo tehtyjä tutkimuksia ja kohdista resursseja toimiin, joiden tavoitteena on tarjota tietoa itsemurhien ehkäisystä alueellisella ja/tai kansallisella tasolla ja arvioi näitä toimia.	Arvioi tehtyjä tutkimuksia säännöllisesti voidaksesi seurata saavutettuja tieteellisiä edistysaskeleita ja tunnistaa alueet, joilla tiedot ovat puutteelliset. Kohdista resursseja tarvittaessa uudelleen arvioinnin tulosten pohjalta.
Kehitä ja toteuta kattava kansallinen itsemurhien ehkäisystrategia	Terveysministeriö	Käynnistä kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian kehitys sellaisen strategian luomiseksi, jota voidaan käyttää työn lähtökohtana vaikka tietoja tai resursseja ei olisikaan vielä saatavilla.	Jatka kansallisen strategian kehittämistä, jotta voit varmistaa, että se on laaja ja monialainen ja kattaa kaikki käytössä ja toteutuksessa ilmenevät puutteet.	Arvioi ja seuraa strategian toteutusta ja tuloksia tehokkaimpien osa-alueiden tunnistamiseksi. Hyödynnä tuloksia strategian jatkuvassa päivityksessä.

Taulukon 5 tarkoituksena ei ole missään nimessä olla kattava esitys aiheesta, vaan sen tarkoituksena on edistää jatkuvaa kehitystä ja tarjota ideoita mahdollisiin toimenpiteisiin. Jokaisessa solussa on esimerkkejä strategisista toimenpiteistä tai ideoita edistymisen tarkasteluun. Taulukon tarkoituksena ei ole tarjota valmiita kaavoja tai ohjeita itsemurhien ehkäisyyn.

Toiminnan kehityksessä on huomioitava kaksi tärkeää seikkaa. Ensinnäkin itsemurhien ehkäisytoimet tulisi toteuttaa samanaikaisesti tiedonkeruun kanssa (katso lokero 9). Itsemurhia ja itsemurhayrityksiä koskevien täsmällisten tietojen kerääminen ja lajittelu on tärkeää, ja se on osoittautunut toiminnan suurimmaksi haasteeksi useimmissa maissa. Täydellistä seurantajärjestelmää ei kuitenkaan kannata jäädä odottamaan. Seurantaa tulisi parantaa sitä mukaa kuin maassa toteutetaan itsemurhien ehkäisyyn liittyviä interventioita, ja muutoksia ohjelmaan on tehtävä tietojen pohjalta tarpeen mukaan.

Toiseksi jotkin maat eivät useista eri syistä välttämättä tunne olevansa valmiita luomaan kansallista itsemurhien ehkäisyohjelmaa. Kuitenkin kun sidosryhmien kanssa neuvotellaan kansallisesta ohjelmasta, jo pelkästään tämä keskustelu synnyttää usein mielenkiintoa ja luo muutoksille valmiin ilmapiirin. Kansallisen ohjelman luomisprosessi saa aikaan sen, että sidosryhmät osallistuvat toimintaan ja syntyy julkista keskustelua aiheeseen liittyvästä leimautumisesta. Samalla voidaan tunnistaa heikoimmassa asemassa olevia ryhmiä, asettaa tutkimukselle prioriteetteja ja lisätä tietoisuutta aiheesta sekä kansan keskuudessa että mediassa. Kansallisen ohjelman luomista ei näin ollen nähdäkään lopputuloksena vaan enemmänkin yhtenä tärkeänä osana matkaa, joka vie kohti tehokasta itsemurhien ehkäisyä.

Lokero 9.

Seurannan tärkeimmät toimenpiteet

Tehokas itsemurhien ehkäisy edellyttää itsemurhien ja itsemurhayritysten seurannan parantamista. Koska itsemurhien ehkäisyyn käytettävät resurssit ovat rajalliset, hallintoviranomaisten, julkisen terveydenhuollon toimijoiden ja muiden sidosryhmien on päätettävä, kuinka paljon itsemurhien ehkäisyyn varatuista varoista ja resursseista kohdistetaan seurantaan ja miten ne tulisi jakaa erityyppisten seurantatoimien välillä. Tilanne vaihtelee huomattavasti eri maiden välillä, joten tämänkaltaisten päätösten tekemiseen ei voida antaa tarkkoja ohjeita. On kuitenkin olemassa muutamia tärkeimpiä toimenpiteitä koskevia yleisiä periaatteita, joista saattaa olla hyötyä useimmissa maissa:

• Luo pysyvä työryhmä, jonka erityisenä vastuualueena on itsemurhaan liittyvien tietojen laadun seuranta ja parantaminen olennaisena osana itsemurhien ehkäisytyötä.

Itsemurhiin liittyvän tiedon laadun parantaminen on niin keskeinen osa itsemurhien ehkäisytyötä ja jokaista kansallista itsemurhien ehkäisystrategiaa, että tätä tehtävää varten on syytä luoda oma työryhmänsä. Kun itsemurhia koskevien tietojen nykytilanne on analysoitu, kehitetään suunnitelma tietojen saatavuuden, kattavuuden ja laadun parantamiseksi. Suunnitelman toteutusta seurataan ja suunnitelmaa päivitetään säännöllisin väliajoin.

• Arvioi itsemurhia ja itsemurhayrityksiä koskevien tietojen saatavuutta, kattavuutta ja laatua säännöllisin väliajoin.

Tietojen laadun säännöllinen arviointi ja parantaminen on tärkeää jokaisen kolmen päätietolähteen osalta:

– Paranna itsemurhia koskevien väestörekisteritietojen laatua. Itsemurhakuolemia koskevien tietojen kirjaamisen käyttöönotossa tai parantamisessa tarvittavat toimet vaihtelevat kunkin maan väestörekisterijärjestelmän nykytilanteen mukaan.

– Paranna itsemurhayritysten sairaalahoitoa koskevien tietojen laatua. Sairaalakohtaisen seurantajärjestelmän kehittäminen on monimutkainen prosessi, mutta se voidaan aloittaa kehittämällä toteuttamiskelpoinen tiedonkeruumenetelmä muutamassa edustavassa toimipisteessä ja ottamalla se myöhemmin käyttöön asteittain muissa osissa maata.

– Paranna itsetuhoista käytöstä koskevien haastattelututkimusten laatua. Tässä on muistettava ottaa huomioon se, että otoskoon on oltava riittävän suuri, jotta sen voidaan katsoa edustavan yhteisöä tai maata. Lomakkeissa on syytä käyttää standardoituja kysymyksiä, joista hyödyllisimpiä ovat edellisenä vuotena tapahtuneita itsemurhayrityksiä koskevat kysymykset.

• Muista, että on tärkeämpää saada laadukasta tietoa useista edustavista kohteista kuin huonolaatuista tietoa, joka kattaa koko maan.

Useimmissa pieni- ja keskituloisissa maissa ja myös joissakin suurituloisissa maissa taloudelliset rajoitukset tai henkilöstöresursseja tai teknisiä seikkoja koskevat rajoitukset tekevät kansallisten itsemurhien ja itsemurhayritysten seurantajärjestelmien kehittämisestä tai kansallisten haastattelututkimusten järjestämisestä säännöllisin väliajoin käytännössä mahdotonta. Tässä tilanteessa onkin suositeltavampaa tunnistaa useita edustavia kohteita ja laajentaa niiden perusteella toiminta koko maan laajuiseksi.

• Yhdistä itsemurhien seurantatoimet osaksi muita toimenpiteitä aina, kun se on mahdollista, yksittäisten toimenpiteiden käyttöönoton sijaan.

Itsemurhakuolemat kirjataan yleensä tavanomaista kuolemien kirjausjärjestelmää eikä erillistä seurantajärjestelmää käyttäen. Päivystyksellistä hoitoa vaatineiden itsemurhayritysten seuranta voidaan järjestää parhaiten kirjaamalla ne tavanomaista loukkaantumisten kirjaamiseen käytettyä järjestelmää käyttäen. Itsetuhoista käytöstä koskevat haastattelututkimukset voidaan yhdistää helposti osaksi muita fyysistä tai psyykkistä terveyttä koskevia haastattelututkimuksia.

• Ota leimautumisen vähentämiseen pyrkivät toimet osaksi yleistä suunnitelmaa tietojen laadun parantamiseksi.

Mahdollisesti merkittävin este hyvälaatuisten itsemurhia koskevien tietojen saamiseksi on itsetuhoiseen käytökseen liittyvä leimautuminen. Yhteistyö median kanssa ihmisten näkemysten muuttamiseksi ja yhteistyö lääkäreiden koulutuslaitosten ja sairaanhoito-oppilaitosten kanssa lääketieteen alan ammattilaisten asenteiden muuttamiseksi (esim. tarkastelemalla itsemurhaa merkittävänä hoidettavissa olevana kansanterveydellisenä ongelmana) ovat tärkeitä vaiheita pyrittäessä vähentämään itsemurhiin liittyvää leimautumista pitkällä tähtäyksellä.

• Etsi tasapaino kansallisten tietojen tarpeen ja yhteisökohtaisten tietojen tarpeen välillä.

Kansallisten tietojen käyttökelpoisuus saattaa olla rajallinen paikallisia ehkäisystrategioita laadittaessa ja seurattaessa, koska maan eri alueiden välillä saattaa olla huomattavia demografisia, taloudellisia ja kulttuurikohtaisia eroja. On tärkeää määrittää, kuinka paljon itsemurhan paikallinen profiili eroaa kansallisesta profiilista.

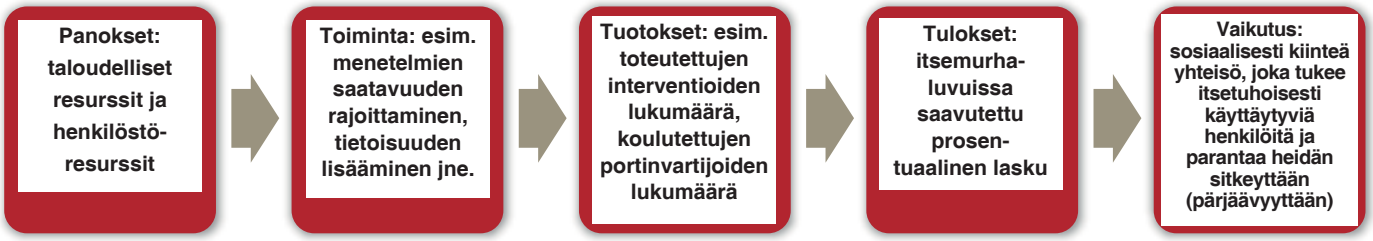
• Varmista, että seurantajärjestelmää käytetään apuna itsemurhien ehkäisytoimien kehityksessä ja arvioinnissa.

Kaikissa laajoissa hallituksen rahoittamissa itsemurhien ehkäisytutkimuksissa tulisi vaatia itsemurhien tai itsemurhayritysten käyttöä tärkeimpänä tulosmenetelmänä, ja niissä tulisi osoittaa riittävä osa budjetista näiden tulosten seurantaan.

Miten onnistumista voidaan arvioida?

Kuvassa 9 esitetyn kaltainen looginen viitekehys auttaa maita suunnittelemaan tarvittavia panoksia ja toimenpiteitä, ja lisäksi sitä voidaan käyttää yhdessä muiden seuranta- ja arviointityökalujen kanssa edistyksen ja onnistuneisuuden mittaamiseen. On tärkeää tarkastella kansallisen itsemurhien ehkäisystrategian suunnittelussa ja toteutuksessa tarvittavia mahdollisia panoksia, tuotoksia ja toimintoja, mutta yhtä olennaista on tarkastella tuloksia ja saavutettuja vaikutuksia, jotta arviointia voidaan jatkaa.

Kuva 9. Itsemurhien ehkäisyyn sovellettu looginen viitekehys



Tulokset

Kansallisen strategian tärkeimpiä tuloksia mittaavat kvantitatiiviset indikaattorit
ovat hyödyllisiä edistyksen mittauksen indikaattoreita. Tällaisia voivat olla esim.

- itsemurhalukujen prosentuaalinen lasku
- onnistuneesti toteutettujen itsemurhien ehkäisyyn tähtäävien interventioiden lukumäärä
- sairaalahoitoon johtaneiden itsemurhayritysten lukumäärän lasku.

Maat, jotka noudattavat WHO:n mielenterveyden toimintasuunnitelmaa 2013–2020 (1) voivat tavoitella itsemurhalukujen 10 prosentin laskua. Jotkin maat voivat mennä jopa pidemmälle; esimerkiksi Englanti asetti vuonna 1999 kansanterveysstrategiansa ”Saving lives: our healthier nation” (173) tavoitteeksi mielenterveyden alalla laskea itsemurhalukuja ja määrittämättömien loukkaantumisten lukuja vähintään 20 prosenttia vuoteen 2010 mennessä. Tämä tavoite saavutettiin onnistuneesti jo vuoteen 2008 mennessä (174). Tärkeimpiin toimiin liitetyt kvantitatiiviset indikaattorit ovat tärkeitä virstanpylväitä koordinoiduille kansallisille toimille kaikilla sektoreilla.

Vaikutukset

Vaikka päätavoitteen osalta saavutetut tulokset ovat tärkeitä ja niiden avulla voidaan tarkastella edistymistä, ne eivät paljasta muita tärkeitä kvalitatiivisia tietoja. Joskus itsemurhaluvut eivät laske itsemurhien tehokkaamman raportoinnin vuoksi tai muista kontekstuaalisista syistä. Maiden tulisi tarkastella vaikutuksia laajemmalti
pelkkien tärkeimpien tuotosten ja tulosten sijaan, jotta edistyksestä ja onnistuneisuudesta saadaan parempi käsitys. Laajempia vaikutuksia koskevien toimenpiteiden tarkasteluun voi kuulua kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia indikaattoreita, kuten

- yhteisöt, joissa organisaatiot (koulut, uskonnolliset organisaatiot, työpaikat jne.) tarjoavat ihmisille tukea ja toimivat tarpeeksi läheisessä yhteistyössä pystyäkseen lähettämään apua tarvitsevat henkilöt eteenpäin
- perheet ja sosiaaliset yhteisöt, jotka tarjoavat sosiaalista tukea, parantavat sitkeyttä (pärjäävyyttä), tunnistavat itsemurhan riskitekijöitä ja auttavat läheisiään tehokkaasti
- sosiaalinen ilmapiiri, jossa avun hakeminen itsetuhoiseen käytökseen ei ole enää tabu, vaan aiheesta kannustetaan käymään julkista keskustelua.

Näiden indikaattoreiden mittaaminen on usein hankalaa, mutta tärkeää, koska ne voivat ilmaista huomattavaa menestystä itsemurhien ehkäisyssä. Niille tulisikin antaa riittävä painoarvo, kun arvioidaan saavutettua edistystä.

Ydinviestit

Itsemurhien luoma taakka on valtava. Yli 800 000 ihmistä kuolee vuosittain itsemurhan seurauksena, ja itsemurha on toiseksi yleisin kuolinsyy 15–29-vuotiaiden keskuudessa. Jokaista aikuisen tekemää itsemurhaa kohti arvioidaan tapahtuvan yli 20 itsemurhayritystä.

IItsemurha on maailmanlaajuinen ilmiö. Ja se vaikuttaa kaikkiin maihin. Huolimatta ennakkokäsityksistä, joiden mukaan itsemurhia tehdään enemmän suurituloisissa maissa, todellisuudessa itsemurhista 75 prosenttia tehdään pieni- ja keskituloisissa maissa. Itsemurha on tärkeä kuolinsyy kaikenikäisten ihmisten keskuudessa. Itsemurhan musertavat vaikutukset ulottuvat paitsi itsemurhan tehneeseen tai itsemurhaa yrittäneeseen henkilöön, myös hänen perheenjäseniinsä, ystäviinsä, yhteisöön ja koko maahan.

Itsemurhia voidaan ehkäistä. Jotta kansalliset ohjelmat voisivat olla tehokkaita, tarvitaan kattavaa monialaista itsemurhien ehkäisystrategiaa.

Tehokkuuden varmistamiseksi kansalliseen strategiaan tulisi kuulua yhteistyötä terveydenhuoltosektorin ja muiden sektoreiden välillä sekä hallituksellisten tahojen että hallituksesta riippumattomien tahojen välillä. Siinä on oltava mukana yhteisöjä ja myös media-alan toimijoita, jotta heitä voidaan rohkaista vastuullisuuteen itsemurhista raportoidessaan. Strategian tulisi parantaa seurantaa sekä etenkin mielenterveyttä ja alkoholia koskevia käytäntöjä. Varhaisen ehkäisyn tulisi olla jokaisen kehitetyn strategian ydinkomponentti.

Itsemurhan mahdollistavien välineiden saatavuuden rajoittaminen auttaa. Tehokas strategia itsemurhien ja itsemurhayritysten ehkäisyyn on rajoittaa yleisimpien itsemurhassa käytettyjen välineiden saatavuutta, kuten torjunta-aineiden, ampuma-aseiden ja tiettyjen lääkkeiden saantia.

Menetelmien saatavuuden rajoittaminen on keskeisessä roolissa etenkin impulsiivisesti tehtyjen itsemurhien ehkäisyssä. Tehokkaiden käytäntöjen toteuttaminen yhdessä yhteisöllisten interventioiden kanssa on ollut avuksi itsemurhien vähentämisessä menetelmiä rajoittamalla.

Itsemurhien ehkäisy on otettava kiinteäksi osaksi terveydenhuoltopalveluita. Mielenterveyshäiriöt ja alkoholin haitallinen käyttö ovat itsemurhien riskitekijöitä kaikkialla maailmassa. Varhainen tunnistaminen ja tehokas hallinta ovat avainasemassa, kun halutaan taata, että ihmiset saavat tarvitsemansa hoidon.

Parantamalla hoitoon hakeutuvien henkilöiden saaman hoidon laatua voidaan taata, että varhaiset interventiot ovat tehokkaita. Parempilaatuinen hoito on avain itsemurhien vähentämiseen etenkin pyrittäessä vähentämään itsemurhia, jotka tehdään mielenterveys- tai päihdeongelmien tai muiden riskitekijöiden myötävaikutuksesta. Mielenterveyttä ja alkoholia koskevissa käytännöissä hoito tulisi asettaa etusijalle, ja sen onnistunutta integrointia kaikkiin terveydenhuoltoalan palveluihin tulisi edistää ja näiden palveluiden kehittämistä tulisi tukea riittävillä resursseilla.

Yhteisöjen rooli itsemurhien ehkäisyssä on keskeinen. Ne voivat tarjota heikoimmassa asemassa oleville yksilöille sosiaalista tukea ja olla mukana järjestämässä jälkihoitoa, poistamassa aiheeseen liittyvää leimautumista ja tukea itsemurhan lähipiirissään kokeneita henkilöitä.

Kaikissa maissa – ja etenkin niissä, joissa resurssit ovat rajalliset – yhteisöjen ja niiden itsemurhien ehkäisyn tukiohjelmien merkitystä ei voida korostaa liikaa. Tehokas sosiaalinen tuki yhteisöjen sisällä ja yksilöiden sitkeys (pärjäävyys) voivat auttaa suojaamaan heikoimmassa asemassa olevia henkilöitä itsemurhalta luomalla ja parantamalla sosiaalista yhteenkuuluvuutta ja vaikeuksista selviämiseen tarvittavia taitoja. Erityisesti yhteisö pystyy tarjoamaan apua kriisitilanteessa huolehtimalla säännöllisestä yhteydenpidosta henkilöihin, jotka ovat yrittäneet itsemurhaa ja tukemalla itsemurhaa yrittäneiden tai itsemurhan tehneiden henkilöiden läheisiä.

LÄHTEET

1. Mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013–2020. Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021eng.pdf, tiedot otettu 23.4.2014).
2. WHO mortality database documentation: 1.5.2013 päivitetty versio. Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2013 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/, tiedot otettu 19.5.2014).
3. WHO methods and data sources for global causes of death 2000–2012. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7. Geneve: Maailman terveysjärjestö 2014.
4. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Yur'Yev A, Kõlves K, Leppik L et al. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides Scand J Publ ic Health. 2010;38(4):395–403.
5. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Arensman E, Van Audenhove C, van der Feltz-Cornelis CM et al. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. Inj Prev. 2012;18(5):321–5.
6. Höfer P, Rockett IR, Värnik P, Etzersdorfer E, Kapusta ND. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: undercounting amidst a hanging epidemic B MC Public Health. 2012;11(12):644.
7. Wu KCC, Chen YY, Yip PSF. Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. Int J Environ Res Public Health. 2012;9(4):1135–58.
8. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. BMC public health. 2007a;7:357. doi:10.1186/1471-2458-7-357.
9. Chang SS, Chen YY, Yip PSF, Lee WJ, Hagihara A, Gunnell D. Regional changes in charcoal-burning suicide rates in East/Southeast Asia from 1995 to 2011: a time trend analysis. PLoS Medicine. 2014;11(4):e1001622.
10. National Violent Death Reporting System (NVDRS) Coding manual, version 3. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014. http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/NVDRS_Coding_Manual_Version_3-a.pdf, tiedot otettu 15.5.2014.)
11. Paulozzi LJ, Mercy J, Frazier L Jr., Annest JL. CDC's National Violent Death Reporting System: background and methodology. Inj Prev. 2004;10(1):47–52.
12. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. Lancet. 2002;360:1728–36.
13. Patel V, Ramasundarahettige C, Vijayakumar L, Thakur J S, Gajalakshmi V, Gururaj G et al. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. Lancet. 2012;379 (9834):2343–51.
14. Kessler R, Ustun TB, editors. The WHO World Mental Health Surveys. New York (NY): Cambridge University Press; 2008.
15. STEPS optional module: mental health/suicide. Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2014 (http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/, tiedot otettu 15.5.2014).
16. Preventing suicide: a resource for suicide case registration. Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502665_eng.pdf?ua=1, tiedot otettu 5.5.2014).
17. Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717_eng.pdf?ua=1, tiedot otettu 7.6.2014).
18. Methodology of the youth risk behavior surveillance system – 2013. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 62:1–20.
19. Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, de Girolamo G, Medina-Mora ME et al. Prevalence and identification of groups at risk for 12-month suicidal behavior in the WHO World Mental Health Surveys. In: Nock MK, Borges G, Ono Y, editors. Suicidality in the WHO World Mental Health Surveys. New York (NY): Cambridge University Press; 2012:185–98.
20. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first registry. PLoS ONE. 2012;7(2):1–7.
21. Arensman E, Larkin C, Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. Eur J Public Health. 2013;1–6.
22. Wittouck C, De Munck S, Portzky G, Van Rijsselberghe L, Van Autreve S, van Heeringen K. A comparative follow-up study of aftercare and compliance of suicide attempters following standardized psychosocial assessment. Arch Suicide Res. 2010;14(2):135–45.
23. Ludvigsson JF, Andersson E, Ekbom A, Feychting M, Kim JL, Reuterwall C et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. BMC Public Health. 2011;11:450. doi:10.1186/1471-2458-11-450.
24. Web-based injury statistics query and reporting system. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014 (http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html, tiedot otettu 15.5.2014).
25. Jansen E, Buster MCA, Zuur AL, Das C. Fatality of suicide attempts in Amsterdam 1996–2005. Crisis. 2009;30 (4):180–5.
26. Miller M, Azraek D, Hemenway D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the Northeast. Inj Prev Res. 2004;43(6):723–30.
27. Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597456_eng.pdf, tiedot otettu 23.4.2014).
28. Dawson AH, Eddleston M, Senarathna L, Mohamed F, Gawarammana I, Bowe SJ et al. Acute human toxicity of agricultural pesticides: a prospective cohort study. PLoS Medicine. 2010;7(10):e1000357. doi:10.1371/journal.pmed.1000357.
29. Mrazek PB, Haggerty RJ, editors. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research.

Washington (DC): National Academies Press; 1994.
30. Gordon, RSJ. An operational classification of disease prevention. Public Health Rep. 1983;98(2):107–9.
31. Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip PS, Fong DY, Stack S, Cheng Q et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. J Epidemiol Community Health. 2012;66(11):1037–42.
32. Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2012;9:123–38.
33. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. PloS ONE. 2013;8(10):e77555.
34. Westerlund M, Hadlaczky G, Wasserman D. The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians. J Med Internet Res. 2012;14(5):122. doi:10.2196/jmir.1979p.
35. Globaali strategia haitallisen alkoholinkäytön vähentämiseksi. Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2010 (http://www.who.int/substanceabuse/activities/gsrhua/en/, tiedot otettu 23.4.2014).
36. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. J Stud Alcohol. 2004;65(6):782–93.
37. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. J Prev Med Public Health. 2013;46(3):147–54.
38. Health literacy: the solid facts. Kööpenhamina: Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimisto; 2013 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdffile/0008/190655/ e96854.pdf, tiedot otettu 23.4.2014).
39. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. Bull World Health Organ. 2008;86(9):726–32.
40. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila: Maailman terveysjärjestön läntisen Tyynenmeren aluetoimisto; 2010 (http://www.wpro.who.int/mnh/TowardsEvidencebasedSPP.p df?ua=1, tiedot otettu 24.4.2014).
41. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. Lancet. 2012;379 (9834):2393–9.
42. Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2013;61(4):363–74. doi:10.1016/j.respe.2013.01.099.
43. Eddleston M, Karalliedde L, Buckley N, Fernando R, Hutchinson G, Isbister G et al. Pesticide poisoning in the developing world – a minimum pesticides list. Lancet. 2002;360(9340):1163–7.
44. Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston M. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. In J Epid. 2007b;36:1235–42.
45. Safer access to pesticides: community interventions. Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2006 (http://www.who.int/mentalheal th/prevention/suicide/pesticid essaf eraccess. pdf, tiedot otettu 22.4.2014).
46. Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means. Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2009 (http://www.who.int/violenceinjury_prevention/violence-4th_milestones_meeting/publications, tiedot otettu 23.4.2014).
47. Brent DA, Bridge J. Firearms availability and suicide: evidence, interventions, and future directions. Am Behav Sci. 2003;46(9):1192–210.
48. Anglemyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2014;160(2):101–10. doi:10.7326/M13-1301.
49. Ajdacic-Gross V, Killias M, Hepp U, Gadola E, Bopp M, Lauber C et al. Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data. Am J Public Health. 2006;96:1752–5.
50. Cox GR, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, Pirkis J et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13 (1):214. doi:10.1186/1471-2458-13-214.
51. Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling access to suicide means. Int J Environ Res Public Health. 2011;8(12):4550–62. doi:10.3390/ijerph8124550.
52. Yip PSF, Law CK, Fu KW, Law YW, Wong PW, Xu Y. Restricting the means of suicide by charcoal burning. Br J Psychiatry, 2010;196:241–2.
53. Hegerl U, Wittenburg L. Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour. Psychiatr Serv. 2009;60(5):596–9.
54. Hawton KL, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. BMJ. 2013;346:f403.
55. A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives. Rockville (MD): National Institute of Mental Health and the Research Prioritization Task Force; 2014.
56. Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2008 (http://www.who.int/mentalheal th/prevention/suicide/resourc em edia.pdf, tiedot otettu 23.4.2014).
57. Pirkis J. Suicide and the media. Psychiatry. 2009;8:269–271.
58. Bohanna I, Wang . Media guidelines for the responsible reporting of suicide. A review of effectiveness. Crisis. 2012;33(4):190–8.
59. Collin PJ, Metcalf AT, Stephens-Reicher JC, Blanchard ME, Herrman HE, Rahilly K et al. ReachOut.com: the role of an online service for promoting help-seeking in young people. Advances in Mental Health. 2011;10(1):39–51.

60. Mishara BL, Kerkhof JFM, editors. Suicide prevention and new technologies: evidence based practice. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2013.
61. Youthhealthtalk (verkkosivusto). Oxford: University of Oxford (www.youthhealthtalk.org, tiedot otettu 14.4.2014).
62. Matsubayash T, Sawada Y, Ueda M. The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan. J Affect Disord. 2014;152-154:526-9. doi: 0.1016/j.jad.2013.09.007.
63. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014;49(2):231–9. doi:10.1007/s00127-013-0745-4.
64. Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J et al. The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. BMC Public Health. 2013;13(1):479. doi:10.1186/1471-2458-13-479
65. Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Al-Halabi S et al. Suicide prevention for youth – a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. BMC Public Health. 2012;12:776. doi:10.1186/1471-2458-12-776.
66. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. A randomized controlled trial of school-based suicide preventive programmes: the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. Lancet. 2014 (painossa).
67. Kõlves K, Kõlves KE, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. J Affect Disord. 2013;146(1):1–14.
68. Fortune S, Hawton K. Culture and mental disorders: suicidal behaviour. In: Bhugra D, Bhui K, editors. Textbook of cultural psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 2007:255–71.
69. Oliver LN, Peters PA, Kohen DE. Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. Ottawa: Statistics Canada; 2012.
70. Goldston DB, Molock SD, Whitbeck LB, Murakami JL, Zayas LH, Hall GCN. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. Am Psychol. 2008;63(1):14–31.
71. Casiano H, Katz LY, Globerman D, Sareen J. Suicide and deliberate self-injurious behaviour in juvenile correctional facilities: a review. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;22(2):118–24.
72. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011;46:191–5. doi: 10.1007/s00127-010-0184-4.
73. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. J Homosex. 2011;58(1):10–51. doi:10.1080/00918369.2011.534038.
74. Brunstein Klomek A, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. Can J Psychiatry. 2010;55(5):282–8.
75. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. Am J Public Health. 2013;103(3):30–42.
76. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. Arch Suicide Res. 2011;15(1):1–15.
77. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(8):741–9.
78. Ben-Efraim YJ, Wasserman D, Wasserman J, Sokolowski M. Family-based study of HTR2A in suicide attempts: observed gene, gene x environment and parent-of-origin associations. Mol Psychiatry. 2013;18(7):758–66. doi:10.1038/mp.2012.86.
79. Kposowa AJ. Divorce and suicide risk. J Epidemiol Community Health. 2003;57(12):993.
80. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2013 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/ 9789241564625/en/ tiedot otettu 14.4.2014).
81. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet. 2006;368:1260–9.
82. Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M. Natural disasters and suicide: evidence from Japan. Soc Sci Med. 2013;82:126–33. doi:10.1016/j.socscimed.2012.12.021.
83. Jankovic J, Bremner S, Bogic M, Lecic-Tosevski D, Ajdukovic D, Franciskovic T. Trauma and suicidality in war affected communities. Eur Psychiatry. 2013;28(8):514–20. doi:10.1016/j.eurpsy.2012.06.001.
84. Ratkowska KA, De Leo D. Suicide in immigrants: an overview. Open J Med Psychol. 2013;2:124–33.
85. Clifford AC, Doran CM, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. BMC public health. 2013;13(1):463. doi:10.1186/1471-2458-13-463
86. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. J Clin Psychiatry. 2008;69(11):1721–31.
87. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA, McGinley J et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. J Adolesc Health. 2011;49(2):115–23. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.02.005.
88. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programmes: a systematic review. Can J Public Health. 2011;102(1):18–29.

89. Kang HK, Bullman TA. Is there an epidemic of suicides among current and former U.S. military personnel? Ann Epidemiol. 2009;19(10):757–60.
90. Kang HK, Bullman TA. Risk of suicide among US veterans after returning from the Iraq or Afghanistan war zones. JAMA. 2008;300(6):652–3.
91. Schoenbaum M, Kessler RC, Gilman SE, Colpe LJ, Heeringa SG, Stein MB et al. Predictors of suicide and accident death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). JAMA Psychiatry. 2014;71(5):493–503. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4417.
92. Kemp J. Suicide rates in VHA patients through 2011 with comparisons with other Americans and other veterans through 2010 (PowerPoint-diat). Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2014 (http://www.mentalhealth.va.gov/docs/SuicideData_Report_Update_January_2014.pdf, tiedot otettu 7.6.2014).
93. Matthieu M, Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programmes to prevent suicide in a high risk population. Ment Health Subst Use. 2013;6(4):274–86. doi:10.1080/17523281.2012.744342.
94. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2014 ;109(3):379–91. doi:10.1111/add.12393.
95. Tompkins TL, Witt J, Abraibesh N. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. Suicide Life Threat Behav. 2010;40(5):506–15. doi:10.1521/suli.2010.40.5.506.
96. Mishara BL, Martin N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. Crisis. 2011;33(3):162–8.
97. Gould MS, Kalafat J, Harrismunfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(3):338–52. doi:10.1521/suli.2007.37.3.338.
98. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. J Telemed Telecare. 2013;19(5):273–81. doi:10.1177/135763313495487.
99. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. Environ Health Prev Med. 2008;13(5):243–56.
100. Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. Aust NZ J Psychiatry. 2003;37(5):595–9.
101. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol med. 2003;33(3):395–405.
102. Radhakrishnan R, Andrade C. Suicide: an Indian perspective. Indian J Psychiatry. 2012;54(4):304–19.
103. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. Am J Psychiatry. 2000; 157(12):1925–32.
104. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. Arch Suicide Res. 2009;13(4):303–16.
105. Hawton KL, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. J Clin Psychiatry. 2005; 66(6):693–704.
106. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(10):1058–64.
107. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(3):247–53.
108. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. Am J Psychiatry. 1996; 153(8):1009–14.
109. Global status report on alcohol and health 2014 Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2014 (http://www.who.int/substanceabuse/publications/global_alcohol_report/en/, tiedot otettu 7.7.2014).
110. Bohnert KM, Ilgen MA, McCarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Katz IR. Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. Addiction. 2014;109(1):155–62.
111. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. BMJ. 2013;347:f5239.
112. Stuckler D, Basu S. The body economic: why austerity kills: recession, budget battles, and the politics of life and death. London: Penguin Press; 2013.
113. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. Lancet Psychiatry. 2014;1(1):73-85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6
114. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. Am J Psychiatry. 1990;147(2):190–5.
115. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. Psychol Med. 2006;36(5):575–86.
116. Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009:293–9.
117. Jordan JR, McIntosh JL, editors. Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors (Series in Death, Dying, and Bereavement). New York (NY): Routledge; 2011.
118. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. Psychol Rev. 2010;117(2):575–600.
119. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. Lancet. 2002;360(9340):1126–30.
120. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behaviour and depression. Eur Psychiatry. 2010;25(5):268–71.

121. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A review of the evidence. Crisis. 2013;34(1):32–41. doi:10.1027/0227-5910/a000158.
122. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 1.0. Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_ eng.pdf, tiedot otettu 23.4.2014).
123. Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ. 2008;86(9):703–9. doi:10.2471/BLT.07.046995.
124. Michel K, Gysin-Maillart A, editors. Kurztherapie nach Suizidversuch: ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. Germany: Verlag Hans Huber; 2013.
125. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Eur Psychiatry. 2012;27(2):129–41. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.
126. Pearson A, Saini P, Da Cruz D, Miles C, While D, Swinson N et al. Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. Br J Gen Pract. 2009;59 (568):825–32. doi:10.3399/bjgp09472881.
127. Knox KL, Pflanz S, Talcott GW, Campise RL, Lavigne JE, Bajorska A et al. The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. Am J Public Health. 2010;100(12):2457–63.
128. Hegerl U, Rummel-Kluge C, Värnik A, Arensman E, Koburger N. Alliances against depression – a community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(10):2404–9.
129. Hegerl U, Network EAAD. The European Alliance Against Depression (EAAD): an evidence based cost-effective approach to improve depressed patients care and prevent suicidality. Eur Psychiatry. 2009;24:164.
130. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. Lancet. 2012;379(9820):1005–12.
131. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. Clin Psychol Rev. 2011;31:563–91.
132. Van Praag H. The role of religion in suicide prevention. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009:7–12.
133. Rezaeian M. Epidemiology of self-immolation. Burns. 2013;39(1):184–6.
134. Sisask M, Värnik A, Kolves K, Konstabel K, Wasserman D. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. Nord J Psychiatry. 2008;62(6):431–5.
135. Luthar SS, editor. Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
136. Davidson CL, Babson KA, Bonn-Miller MO, Souter T, Vannoy S. The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. Suicide Life Threat Behav. 2013;43(3):279–89.
137. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. Sleep Med. 2014;15(2):248–54. doi:10.1016/j.sleep.2013.11.780.
138. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. Promot Educ. 2005;12(2):9–25.
139. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. Child Abuse Negl. 2013;37(9):664–674. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.013.
140. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasing RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. PLoS ONE. 2013;8(10):e78185. doi: 10.1371/journal.pone.0078185.
141. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. Pediatrics. 1986;78(1):65–78.
142. Chan CS, Rhodes JE, Howard WJ, Lowe SR, Schwartz SE, Herrera C. Pathways of influence in school-based mentoring: the mediating role of parent and teacher relationships. J Sch Psychol. 2013;51(1):129–42. doi: 10.1016/j.jsp.2012.10.001
143. Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Monahan KC, Abbott RD, Arthur MW. Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviours after installation of the Communities That Care prevention system in a randomized trial. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012;166(2):141–8. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.183.
144. Lewis KM, DuBois DL, Bavarian N, Acock A, Silverthorn N, Day J. Effects of positive action on the emotional health of urban youth: a cluster-randomized trial. J Adolesc Health, 2013;53(6):706–11. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.06.012.
145. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneve: Maailman terveysjärjestö; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570eng.pdf, tiedot otettu 23.4.2014).
146. Soubrier JP. Looking back and ahead. Suicidology and suicide prevention: do we have perspectives? Forum – Prevention of Suicide Worldwide. World Psychiatry. 2004;3 (3):159–60.
147. Chandler M J, Lalonde CE. Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In: Kirmayer L, Valaskakis G, editors. The mental health of Canadian aboriginal peoples: transformations, identity, and community. Vancouver: University of British Columbia Press;

2008:221–48.
148. Soubrier JP. Collaboration between psychiatrists and other physicians. In: Wasserman D, editor. Suicide – an unnecessary death. London: Martin Dunitz Ltd; 2001:231–6.
149. De Leo D, Cimitan A, Dyregrov K, Grad O, Andriessen K, editors. Bereavement after traumatic death – helping the survivors. Boston (MA): Hogrefe Publishing; 2014.
150. Coveney CM, Pollock K, Armstrong S, Moore J. Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline. Crisis. 2012;33(6):313–24.
151. Mishara BL, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I et al. Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(3):291–307.
152. Mishara BL, Weisstub DN. Suicide Laws: An International Review. International Journal of Law and Psychiatry. 2014 (painossa).
153. Benson KM. Evidence-based approaches to suicide prevention. In: Lester D, Rogers JR, editors. Suicide: a global issue, Volume 2: Prevention. Santa Barbara (CA): ABC-CLIO, LLC; 2013.
154. Framework for program evaluation in public health. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1999 Sep 17;48(RR-11):1–40.
155. United Nations, 1996. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York (NY): United Nations; 1996.
156. Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. Epidemiol Rev. 1988;10:164–90.
157. How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 (http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/h owtoguide/barrierstochange.jsp, accessed 22 April 2014).
158. Developing an effective evaluation plan. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
159. De Leo D, Evans RW. International suicide rates and prevention strategies. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004.
160. Wasserman D. Evaluating suicide prevention: various approaches needed. World Psychiatry. 2004;3:153–4.
161. Wasserman GA, McReynolds LS, Musabegovic H, Whited AL, Keating JM, Huo Y. Evaluating Project Connect: improving juvenile probationers' mental health and substance use service access. Adm Policy Ment Health. 2009;36(6):393–405.
162. Suicide Prevention Strategy 2013–2016. Edinburgh: Scottish Government; 2013 (http://www.scotland.gov.uk/Publications/2013/12/7616/down loadsres439429, tiedot otettu 14.4.2014).
163. National Strategy for Suicide Prevention: goals and objectives for action. A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
164. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL, Leenaars AL. Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? Death Stud. 2012; 36(7):605–26.
165. Khan MM, Hyder AA. Suicides in the developing world: case study from Pakistan. Suicide Life Threat Behav. 2006;36(1):76–81.
166. Mitchell P, editor. Valuing young lives: evaluation of the national youth suicide prevention strategy. Melbourne: Australian Institute of Family Studies; 2000.
167. Scott A, Guo B, editors. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? HEN synthesis report. Kööpenhamina: Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimisto; 2012.
168. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. BMC Public Health, 2008;22(8):20.
169. Wickramasinghe K, Steele P, Dawson A, Dharmaratne D, Gunawardena A, Senarathna L et al. Cost to government health-care services of treating acute self-poisonings in a rural district in Sri Lanka. Bull World Health Organ. 2009;87:180–5.
170. Van Spijker BA, Majo MC, Smit F, van Straten A, Kerkhof A. Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. J Med Internet Res. 2012;14:e141.
171. Byford S, Knapp M, Greenshields J, Ukoumunne OC, Jones V, Thompson S et al. Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach. Psychol Med. 2003;33:977–86.
172. Vos T, Carter R, Barendregt J, Mihalopoulos C, Veerman JL, Magnus A et al, editors. Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE–Prevention): final report. Brisbane and Melbourne: University of Queensland and Deakin University; 2010.
173. Saving lives: our healthier nation. London: Secretary of State for Health; 1999 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, tiedot otettu 5.5.2014).
174. National suicide prevention strategy for England. Annual report on progress. London: National Mental Health Development Unit; 2009 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, tiedot otettu 5.5.2014).

LIITTEET

Liite 1. Arvioidut itsemurhaluvut jaoteltuna sukupuolen ja iän mukaan, 2000 ja 2012*

Maa (kuolleisuustietojen laatu**)	Sukupuoli	Itsemurhien lukumäärä (kaikki ikäryhmät), 2012	Karkea arvio itsemurhaluvuista (100 000:ta henkeä kohti) koko väestön keskuudessa ja ikäryhmittäin arvioituna, 2012						Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2012	Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2000	Prosentuaalinen muutos ikävakioiduissa itsemurha-luvuissa, 2000–2012
			Kaikki ikä-ryhmät	5–14-vuotiaat	15–29-vuotiaat	30–49-vuotiaat	50–69-vuotiaat	Yli 70-vuotiaat			
Afganistan (4)	molemmat	1 205	4,0	0,8	7,5	6,1	8,3	12,6	5,7	6,1	-5,9 %
	naiset	643	4,4	0,9	9,8	5,4	5,4	8,5	5,3	4,7	14,4 %
	miehet	562	3,7	0,7	5,1	6,7	11,4	17,9	6,2	7,6	-17,6 %
Albania (2)	molemmat	205	6,5	0,8	5,3	7,0	9,1	19,3	5,9	7,0	-15,3 %
	naiset	93	5,9	1,0	4,9	5,8	8,3	17,4	5,2	5,6	-7,0 %
	miehet	112	7,1	0,6	5,7	8,3	9,9	21,4	6,6	8,5	-22,0 %
Algeria (4)	molemmat	677	1,8	0,3	2,2	2,1	2,5	6,1	1,9	2,2	-12,8 %
	naiset	277	1,5	0,3	2,0	1,6	1,8	5,1	1,5	1,9	-16,8 %
	miehet	400	2,1	0,4	2,3	2,6	3,2	7,3	2,3	2,6	-10,6 %
Angola (4)	molemmat	2 206	10,6	2,3	21,4	17,4	13,7	18,8	13,8	9,2	50,3 %
	naiset	612	5,8	1,9	11,7	8,2	7,9	10,7	7,3	4,4	64,8 %
	miehet	1 594	15,5	2,7	31,3	26,8	20,2	29,3	20,7	14,3	45,1 %
Argentiina (2)	molemmat	4 418	10,8	1,1	13,8	10,9	15,8	21,6	10,3	12,4	-17,1 %
	naiset	901	4,3	0,9	5,3	4,7	5,9	7,0	4,1	5,1	-20,4 %
	miehet	3 517	17,5	1,2	21,9	17,3	26,9	45,6	17,2	20,6	-16,5 %
Armenia (2)	molemmat	98	3,3	0,3	2,8	3,6	4,6	8,8	2,9	3,2	-8,1 %
	naiset	17	1,2	0,2	0,9	0,7	1,2	5,2	0,9	1,0	-5,2 %
	miehet	81	5,3	0,4	4,3	6,4	8,3	14,0	5,0	5,9	-14,8 %
Australia (1)	molemmat	2 679	11,6	0,6	12,2	17,2	13,2	12,9	10,6	11,9	-10,6 %
	naiset	649	5,6	0,8	6,5	7,9	6,2	5,4	5,2	5,0	4,6 %
	miehet	2 030	17,7	0,4	17,5	26,5	20,4	22,2	16,1	18,9	-15,1 %
Itävalta (1)	molemmat	1 319	15,6	1,0	9,5	14,3	21,5	32,9	11,5	16,3	-29,7 %
	naiset	330	7,6	0,7	3,3	6,5	12,2	14,0	5,4	7,4	-27,2 %
	miehet	989	23,9	1,3	15,5	22,1	31,3	61,2	18,2	26,7	-32,1 %
Azerbaidžan (2)	molemmat	154	1,7	0,2	1,6	1,8	2,6	5,2	1,7	1,7	-4,6 %
	naiset	48	1,0	0,2	1,2	0,8	1,3	4,3	1,0	0,9	17,6 %
	miehet	106	2,3	0,3	2,1	2,9	4,1	6,6	2,4	2,7	-12,8 %
Bahama (2)	molemmat	9	2,3	0,2	1,0	1,8	4,5	14,8	2,3	3,0	-23,6 %
	naiset	3	1,4	0,2	0,6	0,9	2,2	9,2	1,3	2,1	-39,7 %
	miehet	6	3,3	0,3	1,4	2,7	7,1	23,6	3,6	4,2	-13,2 %
Bahrain (2)	molemmat	95	7,3	1,1	8,7	8,2	8,9	36,4	8,1	8,0	0,1 %
	naiset	11	2,2	0,3	2,9	2,2	3,2	16,6	2,9	3,0	-3,4 %
	miehet	85	10,3	1,7	12,1	11,0	12,2	57,1	11,6	11,8	-1,8 %
Bangladesh (4)	molemmat	10 167	6,6	1,0	8,1	6,4	13,6	28,9	7,8	7,8	-0,1 %
	naiset	5 773	7,6	1,3	10,8	6,6	13,9	31,6	8,7	8,2	5,8 %
	miehet	4 394	5,6	0,7	5,5	6,1	13,4	26,4	6,8	7,3	-6,8 %
Barbados (2)	molemmat	7	2,6	0,2	2,2	2,2	4,0	8,1	2,3	3,4	-33,6 %
	naiset	1	0,7	0,1	0,5	0,6	0,8	2,5	0,6	1,0	-44,7 %
	miehet	6	4,6	0,3	3,7	3,7	7,4	16,7	4,1	6,0	-31,3 %
Valko-Venäjä (1)	molemmat	2 051	21,8	0,9	20,1	27,2	26,0	31,7	18,3	35,5	-48,4 %
	naiset	400	7,9	0,5	6,2	8,9	9,5	13,4	6,4	8,8	-27,9 %
	miehet	1 651	37,8	1,2	33,4	46,6	47,0	76,6	32,7	66,2	-50,6 %
Belgia (1)	molemmat	1 955	17,7	0,7	9,5	24,1	24,6	25,1	14,2	18,0	-21,1 %
	naiset	548	9,7	0,5	4,9	11,1	16,4	12,4	7,7	9,2	-16,4 %
	miehet	1 407	25,9	0,8	14,0	36,8	33,0	43,8	21,0	27,4	-23,1 %
Belize (1)	molemmat	6	2,0	0,3	1,6	2,7	2,5	21,9	2,6	3,9	-32,6 %
	naiset	1	0,6	0,0	1,2	0,8	0,0	0,0	0,5	0,6	-12,1 %
	miehet	6	3,5	0,5	1,9	4,7	5,0	48,6	4,9	7,3	-32,2 %
Benin (4)	molemmat	368	3,7	0,7	5,5	4,5	8,0	26,5	5,7	6,0	-5,5 %
	naiset	105	2,1	0,5	3,1	2,2	5,0	14,1	3,1	3,2	-2,2 %
	miehet	262	5,2	1,0	7,9	6,7	11,3	44,7	8,8	9,6	-7,7 %
Bhutan (4)	molemmat	119	16,0	1,9	15,7	24,6	28,8	37,9	17,8	23,8	-25,1 %
	naiset	35	10,2	1,4	13,1	14,2	16,7	19,1	11,2	16,1	-30,5 %
	miehet	83	20,9	2,4	18,0	32,4	38,2	53,0	23,1	30,6	-24,5 %
Bolivia (2)	molemmat	1 224	11,7	4,8	20,6	13,3	12,0	13,9	12,2	12,5	-2,2 %
	naiset	450	8,6	4,9	17,2	7,7	5,5	8,6	8,5	9,3	-9,4 %
	miehet	774	14,8	4,8	23,9	19,1	19,2	20,9	16,2	15,9	2,0 %
Bosnia ja Hertsegovina (2)	molemmat	532	13,9	0,4	6,8	13,2	23,8	29,0	10,8	12,0	-10,6 %
	naiset	114	5,8	0,3	1,4	4,4	10,3	15,1	4,1	4,9	-16,5 %
	miehet	418	22,3	0,5	12,0	22,1	38,8	48,2	18,0	20,2	-10,7 %

Maa (kuolleisuustietojen laatu**)	Sukupuoli	Itsemurhien lukumäärä (kaikki ikäryhmät), 2012	Karkea arvio itsemurhaluvuista (100 000:ta henkeä kohti) koko väestön keskuudessa ja ikäryhmittäin arvioituna, 2012						Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2012	Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2000	Prosentuaalinen muutos ikävakioiduissa itsemurha-luvuissa, 2000–2012
			Kaikki ikä-ryhmät	5–14-vuotiaat	15–29-vuotiaat	30–49-vuotiaat	50–69-vuotiaat	Yli 70-vuotiaat			
Botswana (4)	molemmat	64	3,2	0,6	4,5	3,8	5,2	12,6	3,8	4,1	-7,8 %
	naiset	17	1,7	0,3	2,2	1,4	3,4	8,7	2,0	2,3	-11,8 %
	miehet	48	4,7	0,8	6,9	5,9	7,4	19,4	5,7	6,2	-7,0 %
Brasilia (1)	molemmat	11 821	6,0	0,4	6,7	8,4	8,0	9,8	5,8	5,3	10,4 %
	naiset	2 623	2,6	0,3	2,6	3,7	3,8	3,3	2,5	2,1	17,8 %
	miehet	9 198	9,4	0,4	10,7	13,3	12,7	18,5	9,4	8,7	8,2 %
Brunei Darussalam (2)	molemmat	25	6,2	0,2	6,0	8,0	11,2	15,1	6,4	5,5	16,9 %
	naiset	10	4,9	0,2	4,5	6,1	9,3	13,7	5,2	4,2	24,2 %
	miehet	15	7,4	0,2	7,5	10,0	13,0	16,7	7,7	6,8	12,6 %
Bulgaria (2)	molemmat	1 054	14,5	0,8	8,0	14,4	21,2	24,1	10,8	15,5	-30,5 %
	naiset	288	7,7	0,5	3,2	6,9	10,6	14,9	5,3	8,0	-34,3 %
	miehet	766	21,6	1,1	12,5	21,5	33,1	38,6	16,6	23,5	-29,3 %
Burkina Faso (4)	molemmat	485	3,0	0,6	4,8	3,9	6,4	21,5	4,8	4,8	0,0 %
	naiset	151	1,8	0,4	2,9	1,9	4,5	12,7	2,8	2,6	8,1 %
	miehet	334	4,1	0,8	6,7	5,9	9,0	36,0	7,3	7,6	-3,8 %
Burundi (4)	molemmat	1 617	16,4	5,2	27,3	21,0	29,2	82,4	23,1	19,6	17,8 %
	naiset	401	8,0	4,2	11,4	7,0	16,7	70,8	12,5	10,3	21,7 %
	miehet	1 216	25,0	6,3	44,2	35,1	41,7	96,5	34,1	29,6	15,4 %
Kap Verde (4)	molemmat	19	3,9	0,3	2,5	2,7	7,2	38,7	4,8	5,4	-12,3 %
	naiset	4	1,5	0,1	0,6	0,8	2,8	14,2	1,6	2,0	-18,2 %
	miehet	16	6,4	0,6	4,3	4,5	12,8	77,7	9,1	10,0	-8,7 %
Kambodža (4)	molemmat	1 339	9,0	2,1	13,0	12,8	9,4	15,8	9,4	11,5	-18,0 %
	naiset	474	6,2	1,8	8,7	6,9	9,2	11,5	6,5	8,5	-24,2 %
	miehet	865	11,9	2,4	17,2	19,2	9,7	21,9	12,6	14,9	-15,2 %
Kamerun (4)	molemmat	1 070	4,9	1,2	7,9	6,0	8,6	30,5	7,0	6,8	3,1 %
	naiset	257	2,4	0,7	3,2	2,7	5,6	15,1	3,4	3,4	0,9 %
	miehet	814	7,5	1,7	12,5	9,2	11,8	49,6	10,9	10,5	3,6 %
Kanada (1)	molemmat	3 983	11,4	0,6	10,0	15,2	15,6	11,3	9,8	11,0	-11,1 %
	naiset	958	5,5	0,5	5,2	7,1	8,0	3,3	4,8	4,9	-2,8 %
	miehet	3 026	17,5	0,6	14,6	23,2	23,5	22,0	14,9	17,2	-13,5 %
Keski-Afrikan tasavalta (4)	molemmat	356	7,9	1,4	13,1	11,6	11,3	17,8	9,5	7,8	22,7 %
	naiset	100	4,4	1,3	6,7	5,6	7,5	11,8	5,3	4,5	18,4 %
	miehet	256	11,5	1,6	19,6	17,7	15,9	26,1	14,1	11,3	24,6 %
Tšad (4)	molemmat	336	2,7	0,5	4,1	4,0	7,4	21,4	4,7	4,5	4,2 %
	naiset	81	1,3	0,4	1,7	1,5	4,8	10,6	2,3	2,1	8,5 %
	miehet	255	4,1	0,7	6,4	6,5	10,3	34,5	7,4	7,2	2,4 %
Chile (1)	molemmat	2 262	13,0	1,0	16,5	16,0	16,2	16,8	12,2	10,7	14,3 %
	naiset	533	6,0	1,1	8,0	7,9	6,9	5,0	5,8	2,9	98,6 %
	miehet	1 729	20,0	0,9	24,8	24,2	26,1	33,9	19,0	19,1	-0,7 %
Kiina (3)	molemmat	120 730	8,7	0,5	4,2	5,1	15,7	51,5	7,8	19,4	-59,6 %
	naiset	67 542	10,1	0,5	5,9	7,1	17,0	47,7	8,7	21,7	-59,7 %
	miehet	53 188	7,4	0,4	2,7	3,2	14,4	55,8	7,1	17,4	-59,3 %
Kolumbia (1)	molemmat	2 517	5,3	1,1	8,0	6,4	6,6	7,1	5,4	7,0	-22,8 %
	naiset	471	1,9	1,2	3,6	1,6	2,2	0,4	1,9	3,0	-35,6 %
	miehet	2 046	8,7	0,9	12,4	11,4	11,5	16,3	9,1	11,3	-19,3 %
Komorit (4)	molemmat	75	10,5	1,9	12,9	13,0	28,6	82,1	16,9	15,6	8,6 %
	naiset	21	6,0	1,5	6,5	5,5	16,3	67,0	10,3	9,6	7,4 %
	miehet	54	14,9	2,2	19,2	20,5	41,4	101,6	24,0	21,9	9,7 %
Kongo (4)	molemmat	338	7,8	1,4	14,4	11,7	10,1	16,8	9,6	10,5	-8,7 %
	naiset	82	3,8	1,0	6,7	5,3	5,3	9,1	4,6	5,6	-17,6 %
	miehet	256	11,8	1,7	22,1	18,1	15,1	26,2	14,7	15,6	-5,6 %
Costa Rica (1)	molemmat	331	6,9	0,6	7,9	10,4	8,5	7,2	6,7	7,0	-3,7 %
	naiset	53	2,2	0,2	3,2	3,2	2,5	0,6	2,2	1,8	24,6 %
	miehet	278	11,4	1,0	12,3	17,4	14,5	15,1	11,2	12,1	-7,8 %
Norsunluurannikko (4)	molemmat	1 063	5,4	1,5	8,5	6,8	9,1	26,7	7,4	6,5	15,0 %
	naiset	279	2,9	1,0	4,1	3,7	6,2	13,7	4,1	3,5	16,3 %
	miehet	785	7,8	2,0	12,8	9,7	11,4	37,7	10,6	9,2	15,5 %
Kroatia (1)	molemmat	709	16,5	0,4	8,0	14,6	23,2	37,2	11,6	16,4	-29,1 %
	naiset	155	7,0	0,1	2,7	5,1	9,7	16,0	4,5	6,9	-35,5 %
	miehet	554	26,7	0,6	13,0	23,9	37,8	73,0	19,8	27,4	-27,8 %
Kuuba (1)	molemmat	1 648	14,6	0,8	6,0	14,8	24,4	36,1	11,4	14,6	-21,9 %
	naiset	334	6,0	1,5	1,5	4,2	13,4	12,0	4,5	8,7	-48,1 %
	miehet	1 315	23,2	0,1	10,2	25,0	35,7	65,1	18,5	20,8	-11,3 %
Kypros (1)	molemmat	58	5,2	0,0	5,9	7,8	5,0	4,7	4,7	1,3	269,8 %
	naiset	9	1,6	0,0	2,4	2,0	1,5	1,5	1,5	1,1	41,5 %
	miehet	49	8,6	0,0	9,0	13,1	8,6	8,7	7,7	1,5	416,9 %

Maa (kuolleisuustietojen laatu**)	Sukupuoli	Itsemurhien lukumäärä (kaikki ikäryhmät), 2012	Karkea arvio itsemurhaluvuista (100 000:ta henkeä kohti) koko väestön keskuudessa ja ikäryhmittäin arvioituna, 2012						Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2012	Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2000	Prosentuaalinen muutos ikävakioiduissa itsemurha-luvuissa, 2000–2012
			Kaikki ikä-ryhmät	5–14-vuotiaat	15–29-vuotiaat	30–49-vuotiaat	50–69-vuotiaat	Yli 70-vuotiaat			
Tšekki (1)	molemmat	1 663	15,6	0,2	10,6	17,8	23,8	19,4	12,5	13,7	-8,4 %
	naiset	269	5,0	0,0	3,6	5,5	6,8	7,3	3,9	5,2	-24,8 %
	miehet	1 394	26,6	0,3	17,1	29,5	42,0	39,0	21,5	23,0	-6,5 %
Pohjois-Korea (4)	molemmat	9 790	39,5	3,3	33,2	33,7	67,2	156,6	38,5	47,3	-18,6 %
	naiset	4 828	38,1	3,6	37,0	34,4	50,3	125,9	35,1	41,3	-15,2 %
	miehet	4 962	41,0	2,9	29,6	33,1	86,4	227,3	45,4	58,2	-21,9 %
Kongon demokraattinen tasavalta (4)	molemmat	5 248	8,0	1,9	14,9	12,5	11,0	15,2	10,1	8,0	26,3 %
	naiset	1 287	3,9	1,6	7,2	4,9	5,7	8,4	4,8	3,6	32,7 %
	miehet	3 961	12,1	2,3	22,6	20,3	16,8	24,3	15,8	12,8	23,6 %
Tanska (1)	molemmat	625	11,2	0,2	5,7	12,9	18,3	16,9	8,8	12,0	-27,0 %
	naiset	154	5,5	0,1	2,9	5,1	9,8	8,4	4,1	6,0	-31,6 %
	miehet	471	17,0	0,2	8,4	20,7	26,9	28,2	13,6	18,4	-26,2 %
Djibouti (4)	molemmat	92	10,7	1,8	12,5	9,8	22,7	85,3	15,1	14,7	2,9 %
	naiset	27	6,3	1,4	6,4	4,4	13,4	69,9	9,5	9,3	2,1 %
	miehet	65	15,0	2,2	18,5	15,1	32,4	103,9	20,9	20,2	3,4 %
Dominikaa ninen tasavalta	molemmat	375	3,7	0,4	3,3	4,7	7,1	13,8	4,1	5,9	-31,1 %
	naiset	95	1,9	0,4	1,4	2,1	4,0	7,9	2,1	3,1	-34,2 %
	miehet	280	5,4	0,3	5,2	7,3	10,3	20,3	6,1	8,6	-29,4 %
Ecuador (2)	molemmat	1 377	8,9	2,0	15,7	8,6	10,7	15,9	9,2	8,9	3,4 %
	naiset	410	5,3	1,8	10,9	4,0	4,4	9,4	5,3	5,7	-8,0 %
	miehet	967	12,5	2,2	20,4	13,4	17,4	23,4	13,2	12,1	9,0 %
Egypti (2)	molemmat	1 264	1,6	0,3	1,9	2,0	2,4	5,3	1,7	2,6	-33,6 %
	naiset	433	1,1	0,2	1,3	1,2	1,6	4,2	1,2	2,1	-45,3 %
	miehet	831	2,1	0,4	2,4	2,8	3,3	7,1	2,4	3,1	-24,1 %
El Salvador (2)	molemmat	806	12,8	1,6	17,6	18,1	17,5	20,6	13,6	13,7	-1,3 %
	naiset	191	5,8	1,8	9,6	5,9	6,5	6,9	5,7	7,5	-24,5 %
	miehet	615	20,6	1,5	25,8	34,0	32,1	39,3	23,5	21,3	10,1 %
Päiväntasaajan Guinea (4)	molemmat	102	13,9	2,7	24,8	18,3	19,5	30,1	16,6	13,8	20,4 %
	naiset	26	7,4	2,1	14,3	7,5	10,4	16,4	8,6	6,3	35,6 %
	miehet	76	20,1	3,2	35,2	28,1	27,2	44,8	24,1	20,8	15,9 %
Eritrea (4)	molemmat	510	8,3	1,0	8,3	11,6	35,0	79,0	16,3	16,4	-0,4 %
	naiset	124	4,0	0,6	3,0	4,1	18,0	57,8	8,7	9,2	-5,5 %
	miehet	386	12,6	1,3	13,6	19,4	55,1	116,6	25,8	25,3	2,0 %
Viro (1)	molemmat	226	17,5	1,6	13,3	15,6	25,1	33,6	13,6	25,0	-45,9 %
	naiset	46	6,6	0,0	3,7	3,1	7,3	19,5	3,8	9,5	-59,7 %
	miehet	181	30,2	3,0	22,6	28,3	47,8	65,5	24,9	43,6	-42,8 %
Etiopia (4)	molemmat	6 852	7,5	1,7	10,7	8,1	15,9	61,3	11,5	13,1	-12,7 %
	naiset	1 781	3,9	1,2	4,1	2,7	9,5	52,2	6,7	7,5	-11,1 %
	miehet	5 071	11,1	2,1	17,2	13,6	22,9	71,4	16,5	18,9	-13,0 %
Fidži (2)	molemmat	52	5,9	0,3	3,8	6,1	14,5	36,5	7,3	8,5	-13,7 %
	naiset	14	3,2	0,2	1,7	2,6	7,8	27,0	4,1	5,5	-25,4 %
	miehet	38	8,5	0,3	5,8	9,4	21,3	48,4	10,6	11,5	-8,4 %
Suomi (1)	molemmat	901	16,7	0,3	18,8	21,0	21,2	16,5	14,8	20,8	-28,9 %
	naiset	224	8,1	0,1	10,7	10,0	10,9	5,6	7,5	10,0	-25,3 %
	miehet	677	25,5	0,5	26,6	31,5	31,8	33,3	22,2	31,8	-30,2 %
Ranska (1)	molemmat	10 093	15,8	0,6	7,6	19,3	23,1	28,9	12,3	14,9	-17,2 %
	naiset	2 618	7,9	0,5	3,2	8,8	13,0	12,7	6,0	7,4	-19,5 %
	miehet	7 475	24,2	0,6	11,8	29,9	34,1	54,0	19,3	23,3	-17,4 %
Gabon (4)	molemmat	114	7,0	0,9	12,0	8,8	9,6	20,4	8,2	7,9	3,8 %
	naiset	31	3,8	0,8	6,2	4,5	5,7	12,1	4,5	4,3	3,0 %
	miehet	83	10,1	1,1	17,6	13,1	13,7	31,5	12,1	11,7	3,2 %
Gambia (4)	molemmat	58	3,2	0,8	5,4	4,3	6,3	20,9	5,0	5,2	-3,1 %
	naiset	15	1,6	0,5	2,3	2,2	4,3	9,9	2,6	2,7	-4,8 %
	miehet	43	4,9	1,2	8,7	6,6	8,3	31,7	7,6	7,7	-1,9 %
Georgia (2)	molemmat	165	3,8	0,4	2,9	4,4	4,7	8,1	3,2	4,3	-26,1 %
	naiset	32	1,4	0,1	1,4	0,8	1,3	4,4	1,0	1,4	-25,2 %
	miehet	132	6,4	0,6	4,5	8,4	8,8	14,3	5,7	7,6	-25,3 %
Saksa (1)	molemmat	10 745	13,0	0,3	7,7	12,7	16,9	23,7	9,2	11,1	-17,0 %
	naiset	2 621	6,2	0,2	3,1	5,6	8,0	11,6	4,1	5,2	-20,2 %
	miehet	8 124	20,0	0,3	12,0	19,4	26,0	40,7	14,5	17,5	-17,4 %
Ghana (4)	molemmat	577	2,3	0,5	3,4	2,4	4,1	13,7	3,1	2,6	18,0 %
	naiset	205	1,6	0,4	2,0	1,6	3,5	9,6	2,2	1,8	19,4 %
	miehet	372	3,0	0,6	4,7	3,3	4,8	19,7	4,2	3,4	23,4 %
Kreikka (2)	molemmat	548	4,9	0,1	3,0	5,9	6,4	7,6	3,8	3,4	10,5 %
	naiset	99	1,8	0,0	0,9	1,9	2,4	2,8	1,3	1,2	8,5 %
	miehet	449	8,2	0,1	5,0	9,7	10,6	14,1	6,3	5,7	10,3 %

Maa (kuolleisuustietojen laatu**)	Sukupuoli	Itsemurhien lukumäärä (kaikki ikäryhmät), 2012	Karkea arvio itsemurhaluvuista (100 000:ta henkeä kohti) koko väestön keskuudessa ja ikäryhmittäin arvioituna, 2012						Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2012	Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2000	Prosentuaalinen muutos ikävakioiduissa itsemurha-luvuissa, 2000–2012
			Kaikki ikä-ryhmät	5–14-vuotiaat	15–29-vuotiaat	30–49-vuotiaat	50–69-vuotiaat	Yli 70-vuotiaat			
Guatemala (2)	molemmat	1 101	7,3	1,5	12,8	10,3	9,9	15,0	8,7	7,2	20,6 %
	naiset	317	4,1	1,5	8,4	4,5	3,3	4,9	4,3	3,4	27,2 %
	miehet	784	10,7	1,6	17,2	17,5	17,4	26,7	13,7	11,4	20,1 %
Guinea (4)	molemmat	377	3,3	0,9	5,3	4,0	5,9	17,7	4,7	4,7	-1,3 %
	naiset	95	1,7	0,6	2,3	1,8	3,9	9,1	2,4	2,5	-3,7 %
	miehet	282	4,9	1,2	8,2	6,1	8,1	28,2	7,1	7,1	-0,7 %
Guinea-Bissau (4)	molemmat	51	3,1	0,6	4,8	3,0	6,7	23,1	4,7	4,3	7,9 %
	naiset	14	1,6	0,4	2,5	1,2	4,1	11,8	2,4	2,4	1,3 %
	miehet	38	4,5	0,8	7,2	4,8	9,4	36,9	7,2	6,6	9,5 %
Guyana (2)	molemmat	277	34,8	2,9	29,7	64,0	81,4	95,1	44,2	48,3	-8,5 %
	naiset	72	18,3	2,8	17,6	29,3	38,5	51,1	22,1	24,6	-10,0 %
	miehet	205	50,8	2,9	41,6	98,3	126,6	206,9	70,8	72,2	-1,9 %
Haiti (2)	molemmat	235	2,3	1,1	2,5	2,9	4,6	8,0	2,8	3,1	-9,7 %
	naiset	107	2,1	1,3	2,4	2,3	3,8	6,3	2,4	2,5	-5,6 %
	miehet	128	2,5	0,9	2,6	3,7	5,4	10,1	3,3	3,8	-13,0 %
Honduras (4)	molemmat	386	4,9	1,4	7,3	6,5	7,1	9,6	5,5	5,6	-2,1 %
	naiset	110	2,8	1,2	5,3	2,8	2,0	3,0	2,8	2,9	-4,5 %
	miehet	277	7,0	1,5	9,3	10,3	12,3	17,4	8,3	8,4	-0,8 %
Unkari (1)	molemmat	2 519	25,3	0,6	10,9	26,2	41,1	42,3	19,1	25,7	-25,8 %
	naiset	567	10,8	0,5	3,4	9,2	17,6	20,4	7,4	10,6	-29,7 %
	miehet	1 952	41,2	0,6	18,1	42,8	69,6	84,4	32,4	43,1	-24,7 %
Islanti (1)	molemmat	49	15,1	0,0	8,2	28,4	22,9	7,0	14,0	16,4	-14,5 %
	naiset	12	7,5	0,0	4,5	9,8	17,1	2,5	6,7	6,0	11,8 %
	miehet	37	22,5	0,0	11,9	46,4	28,6	12,5	21,0	26,5	-20,7 %
Intia (3)	molemmat	258 075	20,9	2,0	35,5	28,0	20,0	20,9	21,1	23,3	-9,2 %
	naiset	99 977	16,7	2,4	36,1	17,2	11,1	11,2	16,4	20,3	-19,1 %
	miehet	158 098	24,7	1,6	34,9	38,0	28,9	32,7	25,8	26,2	-1,6 %
Indonesia (4)	molemmat	9 105	3,7	0,3	3,6	3,9	7,4	18,4	4,3	5,4	-19,6 %
	naiset	5 206	4,2	0,4	3,6	4,2	9,0	22,1	4,9	5,9	-18,4 %
	miehet	3 900	3,1	0,2	3,6	3,6	5,8	13,5	3,7	4,7	-21,0 %
Iran (Iranin islamilainen tasavalta) (2)	molemmat	4 069	5,3	0,7	7,8	5,6	5,0	16,1	5,2	7,2	-28,0 %
	naiset	1 369	3,6	0,6	5,5	3,0	3,7	13,4	3,6	6,4	-43,7 %
	miehet	2 700	7,0	0,8	10,0	8,1	6,5	18,6	6,7	7,9	-15,5 %
Irak (2)	molemmat	376	1,2	0,3	1,4	1,7	2,5	7,1	1,7	1,4	16,0 %
	naiset	246	1,5	0,3	2,0	2,0	2,7	9,1	2,1	1,9	11,8 %
	miehet	130	0,8	0,2	0,7	1,4	2,1	4,3	1,2	1,0	22,2 %
Irlanti (1)	molemmat	524	11,5	0,8	14,5	15,7	15,4	7,1	11,0	12,1	-9,0 %
	naiset	126	5,5	0,5	6,2	7,4	8,3	3,4	5,2	4,2	23,0 %
	miehet	398	17,5	1,0	23,1	24,2	22,6	12,0	16,9	19,9	-15,3 %
Israel (1)	molemmat	470	6,2	0,2	4,7	7,8	11,5	14,7	5,9	6,5	-8,2 %
	naiset	94	2,4	0,1	1,8	3,3	5,0	3,4	2,3	2,6	-10,7 %
	miehet	377	10,0	0,2	7,4	12,5	18,5	30,3	9,8	10,6	-6,9 %
Italia (1)	molemmat	3 908	6,4	0,2	3,4	6,7	8,9	10,8	4,7	5,0	-7,4 %
	naiset	817	2,6	0,1	1,3	2,7	3,7	4,0	1,9	2,4	-22,4 %
	miehet	3 091	10,5	0,3	5,4	10,7	14,4	20,6	7,6	8,0	-4,3 %
Jamaika (2)	molemmat	33	1,2	0,2	1,2	1,4	1,5	4,6	1,2	1,1	4,4 %
	naiset	10	0,7	0,2	0,8	0,7	0,8	2,7	0,7	0,6	7,8 %
	miehet	23	1,7	0,3	1,5	2,2	2,3	7,0	1,8	1,7	4,2 %
Japani (1)	molemmat	29 442	23,1	0,5	18,4	26,8	31,8	25,5	18,5	18,8	-1,9 %
	naiset	8 554	13,1	0,3	10,8	14,3	16,2	17,1	10,1	9,9	2,1 %
	miehet	20 888	33,7	0,7	25,7	38,9	48,0	37,6	26,9	28,1	-4,0 %
Jordania (2)	molemmat	114	1,6	0,3	2,2	2,1	2,7	6,8	2,0	2,4	-15,0 %
	naiset	54	1,6	0,3	2,4	2,0	2,1	6,1	1,9	2,1	-10,8 %
	miehet	60	1,7	0,3	2,0	2,2	3,3	7,5	2,2	2,7	-18,0 %
Kazakstan (1)	molemmat	3 912	24,0	3,2	30,8	34,4	28,8	28,8	23,8	37,6	-36,7 %
	naiset	788	9,4	2,4	15,0	10,5	9,5	11,9	9,3	12,6	-26,1 %
	miehet	3 123	39,8	4,0	46,6	59,8	53,6	63,4	40,6	66,9	-39,3 %
Kenia (4)	molemmat	4 647	10,8	2,4	16,2	13,2	21,4	78,7	16,2	16,5	-1,6 %
	naiset	1 050	4,9	1,6	5,7	4,3	10,9	62,4	8,4	9,2	-8,8 %
	miehet	3 597	16,7	3,2	26,8	22,0	33,2	98,8	24,4	24,0	1,7 %
Kuwait (1)	molemmat	33	1,0	0,3	1,4	1,3	1,2	0,0	0,9	1,4	-35,0 %
	naiset	12	0,9	0,4	1,4	1,3	0,3	0,0	0,8	1,3	-39,4 %
	miehet	21	1,1	0,2	1,3	1,3	1,7	0,0	1,0	1,4	-33,6 %
Kirgisia (1)	molemmat	476	8,7	0,8	11,6	13,3	11,3	14,4	9,2	15,4	-40,2 %
	naiset	123	4,4	0,4	7,3	5,5	3,1	12,2	4,5	5,8	-22,2 %
	miehet	353	13,1	1,2	15,9	21,3	21,0	17,9	14,2	26,0	-45,1 %

Maa (kuolleisuustietojen laatu**)	Sukupuoli	Itsemurhien lukumäärä (kaikki ikäryhmät), 2012	Karkea arvio itsemurhaluvuista (100 000:ta henkeä kohti) koko väestön keskuudessa ja ikäryhmittäin arvioituna, 2012						Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2012	Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2000	Prosentuaalinen muutos ikävakioiduissa itsemurha-luvuissa, 2000–2012
			Kaikki ikä-ryhmät	5–14-vuotiaat	15–29-vuotiaat	30–49-vuotiaat	50–69-vuotiaat	Yli 70-vuotiaat			
Laosin demokraattinen kansantasavalta (4)	molemmat	422	6,4	0,4	6,9	8,4	15,6	36,4	8,8	14,4	-38,9 %
	naiset	161	4,8	0,3	4,7	5,6	13,3	29,2	6,6	11,8	-44,2 %
	miehet	261	7,9	0,5	9,1	11,5	18,1	45,9	11,2	17,2	-34,6 %
Latvia (1)	molemmat	419	20,4	0,3	13,8	23,9	30,4	26,2	16,2	29,0	-44,2 %
	naiset	68	6,1	0,3	2,8	4,9	9,4	10,7	4,3	9,3	-54,1 %
	miehet	351	37,3	0,3	24,5	43,5	58,2	62,4	30,7	52,8	-42,0 %
Libanon (4)	molemmat	43	0,9	0,1	0,6	0,6	1,5	5,6	0,9	1,7	-46,4 %
	naiset	14	0,6	0,1	0,7	0,4	0,6	3,4	0,6	1,2	-52,5 %
	miehet	29	1,2	0,1	0,6	0,8	2,3	7,9	1,2	2,2	-45,5 %
Lesotho (4)	molemmat	110	5,4	1,4	8,3	6,3	7,2	16,8	6,1	4,0	53,7 %
	naiset	32	3,1	1,1	4,6	3,0	4,5	10,1	3,4	2,3	49,8 %
	miehet	78	7,7	1,7	12,0	9,6	11,5	27,6	9,2	6,0	53,8 %
Liberia (4)	molemmat	109	2,6	0,5	3,7	2,9	6,7	21,3	4,3	5,0	-14,1 %
	naiset	26	1,2	0,3	1,5	1,1	4,0	10,1	2,0	2,2	-9,0 %
	miehet	84	4,0	0,6	5,8	4,6	9,6	34,6	6,8	7,9	-14,8 %
Libya (4)	molemmat	90	1,5	0,2	1,4	1,7	3,0	8,4	1,8	2,7	-33,7 %
	naiset	38	1,2	0,2	1,5	1,4	1,7	5,8	1,4	2,0	-31,8 %
	miehet	53	1,7	0,2	1,2	1,9	4,2	11,7	2,2	3,3	-32,9 %
Liettua (1)	molemmat	1 007	33,3	0,6	26,8	46,6	43,6	35,3	28,2	44,9	-37,2 %
	naiset	177	10,9	0,4	6,5	14,0	11,3	20,2	8,4	15,0	-44,4 %
	miehet	830	59,5	0,7	46,5	80,8	86,0	72,5	51,0	79,3	-35,6 %
Luxemburg (1)	molemmat	56	10,8	0,3	6,1	12,9	18,9	13,4	8,7	13,3	-34,7 %
	naiset	14	5,5	0,0	4,4	5,7	8,0	9,6	4,4	7,1	-38,5 %
	miehet	42	16,1	0,6	7,7	19,9	29,6	19,0	13,0	20,0	-35,0 %
Madagaskar (4)	molemmat	1 625	7,3	2,2	10,6	8,0	16,0	52,4	11,0	10,8	1,0 %
	naiset	474	4,2	1,5	5,6	3,2	10,3	44,3	6,9	7,2	-3,6 %
	miehet	1 151	10,4	2,9	15,6	12,9	22,2	61,8	15,2	14,6	3,8 %
Malawi (4)	molemmat	1 376	8,7	1,6	10,5	9,7	24,7	96,7	16,0	13,1	22,5 %
	naiset	370	4,7	1,4	5,0	2,8	12,4	70,0	8,9	7,1	26,0 %
	miehet	1 006	12,6	1,8	15,9	16,4	39,4	129,0	23,9	19,6	22,1 %
Malesia (2)	molemmat	772	2,6	0,1	2,3	2,8	5,5	13,3	3,0	4,0	-23,9 %
	naiset	183	1,2	0,1	1,0	1,1	2,9	7,7	1,5	2,3	-35,4 %
	miehet	588	4,2	0,2	3,8	4,7	8,1	18,6	4,7	5,7	-18,1 %
Malediivit (2)	molemmat	17	5,0	0,5	4,1	4,1	11,9	40,2	6,4	20,9	-69,4 %
	naiset	6	3,6	0,4	2,2	2,4	9,9	36,9	4,9	18,3	-73,0 %
	miehet	11	6,4	0,5	5,9	6,0	13,8	43,0	7,8	23,3	-66,4 %
Mali (4)	molemmat	410	2,8	0,6	4,3	3,5	6,3	25,8	4,8	5,2	-7,7 %
	naiset	129	1,7	0,5	2,9	1,8	4,0	12,6	2,7	2,8	-4,2 %
	miehet	282	3,8	0,6	5,5	5,3	9,2	42,1	7,2	7,8	-8,8 %
Malta (1)	molemmat	29	6,8	0,0	4,0	11,2	8,6	5,6	6,0	6,0	-0,3 %
	naiset	2	0,7	0,0	2,1	0,0	1,2	0,0	0,7	2,2	-68,8 %
	miehet	27	12,8	0,0	5,8	21,8	16,1	13,0	11,1	9,8	13,0 %
Mauritania (4)	molemmat	68	1,8	0,3	2,4	1,8	4,0	17,6	2,9	3,1	-5,6 %
	naiset	18	1,0	0,2	1,2	0,8	2,5	9,2	1,5	1,6	-5,6 %
	miehet	49	2,6	0,4	3,5	2,7	5,6	29,1	4,5	4,8	-5,0 %
Mauritius (1)	molemmat	105	8,5	0,8	10,7	12,1	8,8	7,4	8,0	9,8	-18,5 %
	naiset	19	3,0	1,4	4,5	3,0	3,4	2,8	2,9	5,0	-42,7 %
	miehet	86	14,1	0,2	16,8	21,1	14,5	14,4	13,2	14,8	-10,6 %
Meksiko (1)	molemmat	4 951	4,1	0,9	6,0	5,3	5,1	5,8	4,2	3,6	16,6 %
	naiset	1 055	1,7	0,8	3,1	2,0	1,3	0,5	1,7	1,1	55,1 %
	miehet	3 896	6,7	1,0	8,9	9,1	9,6	12,7	7,1	6,5	10,0 %
Mongolia (4)	molemmat	261	9,4	0,7	8,9	15,7	13,6	19,0	9,8	10,4	-6,3 %
	naiset	47	3,4	0,3	3,4	4,6	5,4	11,6	3,7	5,6	-34,9 %
	miehet	214	15,5	1,0	14,3	27,1	23,1	29,8	16,3	15,4	5,9 %
Montenegro (2)	molemmat	117	18,9	0,8	11,2	17,4	31,0	48,7	15,3	11,3	35,0 %
	naiset	28	9,0	0,3	3,2	5,8	15,0	30,1	6,4	5,0	28,8 %
	miehet	89	29,0	1,2	18,8	29,3	48,1	74,9	24,7	18,2	36,2 %
Marokko (2)	molemmat	1 628	5,0	0,9	5,9	6,4	7,2	14,4	5,3	2,7	97,8 %
	naiset	198	1,2	0,2	1,7	1,3	1,3	3,7	1,2	1,3	-6,1 %
	miehet	1 431	8,9	1,5	10,1	12,0	13,5	30,1	9,9	4,2	135,0 %
Mosambik (4)	molemmat	4 360	17,3	5,0	25,2	19,2	36,7	144,7	27,4	24,6	11,5 %
	naiset	1 639	12,7	4,5	14,2	10,5	29,4	147,9	21,1	19,1	11,0 %
	miehet	2 721	22,1	5,4	36,3	29,3	45,4	140,1	34,2	30,9	10,5 %
Myanmar (4)	molemmat	6 558	12,4	1,3	15,7	12,7	19,4	41,7	13,1	12,1	8,2 %
	naiset	2 704	10,0	1,1	11,8	10,3	15,7	31,6	10,3	10,3	-0,2 %
	miehet	3 854	15,0	1,5	19,8	15,2	23,8	55,8	16,5	14,3	15,5 %

Maa (kuolleisuustietojen laatu**)	Sukupuoli	Itsemurhien lukumäärä (kaikki ikäryhmät), 2012	Karkea arvio itsemurhaluvuista (100 000:ta henkeä kohti) koko väestön keskuudessa ja ikäryhmittäin arvioituna, 2012						Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2012	Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2000	Prosentuaalinen muutos ikävakioiduissa itsemurha-luvuissa, 2000–2012
			Kaikki ikä-ryhmät	5–14-vuotiaat	15–29-vuotiaat	30–49-vuotiaat	50–69-vuotiaat	Yli 70-vuotiaat			
Namibia (4)	molemmat	46	2,0	0,4	2,6	2,5	4,3	11,2	2,7	3,0	-7,5 %
	naiset	13	1,1	0,2	1,3	1,2	2,5	6,0	1,4	1,7	-13,9 %
	miehet	33	3,0	0,6	3,9	3,9	6,8	18,9	4,4	4,5	-2,0 %
Nepal (4)	molemmat	5 572	20,3	2,0	25,8	22,3	45,2	82,2	24,9	33,5	-25,7 %
	naiset	2 468	17,5	2,1	25,4	19,8	29,0	57,5	20,0	27,1	-26,2 %
	miehet	3 104	23,3	1,9	26,2	25,2	61,3	110,3	30,1	40,5	-25,5 %
Alankomaat (1)	molemmat	1 666	10,0	0,3	6,7	13,0	14,8	11,9	8,2	7,9	3,3 %
	naiset	496	5,9	0,1	3,6	7,9	8,4	7,4	4,8	5,1	-7,0 %
	miehet	1 171	14,1	0,5	9,7	18,0	21,1	18,2	11,7	10,9	6,9 %
Uusi-Seelanti (1)	molemmat	459	10,3	1,3	13,0	13,2	12,6	10,7	9,6	12,2	-21,4 %
	naiset	122	5,4	0,9	7,3	7,1	5,5	5,5	5,0	4,3	15,8 %
	miehet	337	15,4	1,7	18,5	19,8	20,1	17,1	14,4	20,6	-29,8 %
Nicaragua (2)	molemmat	547	9,1	1,4	13,4	13,9	11,5	13,2	10,0	11,5	-13,1 %
	naiset	146	4,8	1,8	8,1	5,5	4,8	5,5	4,9	6,2	-21,5 %
	miehet	401	13,5	1,0	18,7	22,9	18,8	22,4	15,4	17,0	-9,3 %
Nigeria (4)	molemmat	315	1,8	0,4	2,6	2,3	5,7	19,3	3,5	3,5	2,3 %
	naiset	87	1,0	0,3	1,4	1,0	3,8	9,9	1,9	1,9	0,5 %
	miehet	227	2,6	0,4	4,0	3,6	7,3	30,8	5,3	5,2	1,1 %
Nigeria (4)	molemmat	7 238	4,3	1,3	7,0	5,1	8,9	25,6	6,5	6,4	2,0 %
	naiset	1 584	1,9	0,8	2,8	1,8	5,0	11,3	2,9	2,6	8,7 %
	miehet	5 653	6,6	1,8	11,0	8,2	12,9	41,6	10,3	10,3	-0,7 %
Norja (1)	molemmat	508	10,2	0,3	10,2	12,9	14,6	10,8	9,1	11,5	-20,4 %
	naiset	145	5,8	0,3	5,5	7,6	8,6	5,2	5,2	5,5	-5,6 %
	miehet	364	14,6	0,3	14,7	18,0	20,4	18,5	13,0	17,5	-25,4 %
Oman (2)	molemmat	32	1,0	0,1	1,3	1,0	1,3	3,5	1,0	2,0	-50,3 %
	naiset	6	0,5	0,1	0,7	0,5	1,0	2,5	0,6	1,2	-52,0 %
	miehet	26	1,3	0,1	1,6	1,3	1,6	4,3	1,2	2,5	-51,4 %
Pakistan (4)	molemmat	13 377	7,5	1,1	9,1	8,5	16,3	33,7	9,3	9,1	2,6 %
	naiset	7 085	8,1	1,6	12,0	7,5	15,4	32,5	9,6	9,6	0,3 %
	miehet	6 291	6,8	0,7	6,3	9,4	17,2	34,8	9,1	8,7	5,0 %
Panama (1)	molemmat	170	4,5	0,7	5,8	5,2	8,0	7,6	4,7	6,2	-23,7 %
	naiset	25	1,3	0,6	3,0	0,4	2,0	0,9	1,3	1,6	-15,8 %
	miehet	146	7,6	0,8	8,4	9,8	14,1	15,2	8,1	10,8	-25,1 %
Papua-Uusi-Guinea (4)	molemmat	550	7,7	0,6	6,5	9,9	27,8	55,1	12,4	14,8	-15,9 %
	naiset	193	5,5	0,5	4,5	5,2	20,2	52,0	9,1	10,9	-16,8 %
	miehet	356	9,7	0,7	8,4	14,4	36,1	59,8	15,9	18,8	-15,4 %
Paraguay (2)	molemmat	357	5,3	0,5	6,3	7,9	9,9	12,2	6,1	6,2	-1,9 %
	naiset	94	2,8	0,6	3,8	3,4	5,1	6,3	3,2	3,5	-9,5 %
	miehet	262	7,8	0,5	8,7	12,3	14,6	19,0	9,1	9,0	0,9 %
Peru (2)	molemmat	942	3,1	0,6	4,9	3,7	3,8	5,2	3,2	4,4	-27,1 %
	naiset	311	2,1	0,6	4,0	1,9	2,0	3,1	2,1	2,9	-29,6 %
	miehet	631	4,2	0,6	5,8	5,6	5,8	7,7	4,4	6,0	-26,2 %
Filippiinit (1)	molemmat	2 558	2,7	0,3	4,3	3,8	3,3	4,6	2,9	2,6	13,5 %
	naiset	550	1,1	0,3	2,2	1,3	1,0	1,9	1,2	1,4	-13,0 %
	miehet	2 009	4,2	0,3	6,4	6,3	5,8	8,6	4,8	3,9	24,4 %
Puola (2)	molemmat	7 848	20,5	0,5	12,7	24,6	31,2	29,0	16,6	18,5	-10,5 %
	naiset	1 028	5,2	0,3	2,6	4,7	7,8	10,8	3,8	4,8	-20,1 %
	miehet	6 820	37,0	0,8	22,5	44,2	57,7	61,2	30,5	33,8	-9,8 %
Portugali (1)	molemmat	1 324	12,5	0,3	3,8	10,4	16,3	34,8	8,2	8,8	-7,0 %
	naiset	300	5,5	0,1	1,7	4,7	7,0	13,6	3,5	3,4	4,8 %
	miehet	1 024	19,9	0,6	5,9	16,2	26,6	66,3	13,6	15,1	-9,6 %
Qatar (2)	molemmat	95	4,7	0,2	4,6	5,6	6,2	16,1	4,6	4,1	12,6 %
	naiset	3	0,7	0,1	0,8	0,6	2,0	8,1	1,2	1,9	-34,9 %
	miehet	92	5,9	0,3	5,6	6,7	7,7	20,2	5,7	5,2	10,7 %
Etelä-Korea (1)	molemmat	17 908	36,6	1,2	18,2	35,7	50,4	116,2	28,9	13,8	109,4 %
	naiset	5 755	23,4	1,0	14,9	23,5	25,3	69,1	18,0	8,1	123,5 %
	miehet	12 153	49,9	1,3	21,3	47,6	76,7	192,1	41,7	20,4	104,6 %
Moldovan tasavalta (1)	molemmat	566	16,1	2,1	10,1	19,4	28,9	16,6	13,7	15,4	-11,1 %
	naiset	102	5,5	2,8	3,5	4,8	9,7	8,0	4,8	4,0	20,6 %
	miehet	463	27,8	1,4	16,8	35,0	51,9	33,4	24,1	28,9	-16,8 %
Romania (1)	molemmat	2 781	12,8	1,0	7,8	15,4	20,6	15,3	10,5	11,3	-7,3 %
	naiset	418	3,7	0,7	2,2	3,7	5,7	6,3	2,9	3,6	-19,5 %
	miehet	2 364	22,3	1,3	13,0	26,7	37,6	29,3	18,4	19,4	-5,2 %
Venäjän federaatio (1)	molemmat	31 997	22,4	1,7	27,3	26,5	22,6	32,1	19,5	35,0	-44,4 %
	naiset	5 781	7,5	1,3	8,0	7,5	6,9	15,4	6,2	9,6	-34,9 %
	miehet	26 216	39,7	2,2	46,1	46,8	43,7	72,3	35,1	64,3	-45,3 %

Maa (kuolleisuustietojen laatu**)	Sukupuoli	Itsemurhien lukumäärä (kaikki ikäryhmät), 2012	Karkea arvio itsemurhaluvuista (100 000:ta henkeä kohti) koko väestön keskuudessa ja ikäryhmittäin arvioituna, 2012						Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2012	Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2000	Prosentuaalinen muutos ikävakioiduissa itsemurha-luvuissa, 2000–2012
			Kaikki ikä-ryhmät	5–14-vuotiaat	15–29-vuotiaat	30–49-vuotiaat	50–69-vuotiaat	Yli 70-vuotiaat			
Ruanda (4)	molemmat	865	7,6	1,9	11,1	9,2	15,6	68,0	11,9	18,5	-35,7 %
	naiset	236	4,0	1,4	4,7	3,3	9,7	59,0	7,2	12,1	-40,3 %
	miehet	629	11,3	2,4	18,0	15,4	22,7	79,1	17,1	25,5	-32,7 %
Saudi-Arabia (2)	molemmat	98	0,3	0,1	0,6	0,3	0,5	1,8	0,4	0,6	-27,6 %
	naiset	19	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,9	0,2	0,3	-29,6 %
	miehet	78	0,5	0,1	0,8	0,4	0,7	2,6	0,6	0,9	-29,4 %
Senegal (4)	molemmat	438	3,2	0,5	4,3	3,8	7,8	30,6	5,4	5,3	0,8 %
	naiset	119	1,7	0,3	2,2	1,6	4,8	16,2	2,8	3,0	-6,4 %
	miehet	318	4,7	0,7	6,4	6,3	11,7	49,4	8,6	8,1	5,3 %
Serbia (1)	molemmat	1 600	16,8	0,1	5,7	15,2	26,8	47,3	12,4	18,5	-32,8 %
	naiset	411	8,4	0,1	2,8	5,9	12,9	25,6	5,8	9,9	-41,7 %
	miehet	1 189	25,5	0,1	8,5	24,6	41,9	79,8	19,9	28,2	-29,3 %
Sierra Leone (4)	molemmat	337	5,6	1,4	10,7	6,0	8,7	25,9	7,7	9,6	-20,1 %
	naiset	98	3,3	1,0	5,8	3,2	6,4	15,0	4,5	5,2	-13,8 %
	miehet	239	8,1	1,8	15,7	8,9	11,1	37,2	11,0	14,2	-22,6 %
Singapore (1)	molemmat	469	8,9	0,7	6,2	8,2	14,4	22,2	7,4	11,1	-32,9 %
	naiset	168	6,3	0,5	6,0	4,9	10,7	11,5	5,3	7,7	-30,5 %
	miehet	301	11,5	0,8	6,4	11,7	18,0	36,5	9,8	14,7	-33,3 %
Slovakia (1)	molemmat	687	12,6	0,3	7,6	13,7	21,6	17,5	10,1	12,6	-20,0 %
	naiset	90	3,2	0,1	1,7	3,0	5,5	5,4	2,5	4,3	-42,1 %
	miehet	597	22,5	0,4	13,3	24,1	39,7	40,0	18,5	21,8	-15,2 %
Slovenia (1)	molemmat	354	17,1	0,2	8,4	15,6	26,8	32,2	12,4	25,2	-51,0 %
	naiset	71	6,8	0,0	1,5	4,4	14,0	11,1	4,4	12,3	-64,6 %
	miehet	283	27,5	0,5	14,8	26,0	39,6	67,5	20,8	39,8	-47,8 %
Salomonsaaret (4)	molemmat	34	6,3	0,6	6,0	7,5	19,7	61,6	10,6	13,9	-24,0 %
	naiset	11	4,0	0,5	3,7	3,9	12,4	51,6	7,2	9,7	-26,0 %
	miehet	24	8,4	0,6	8,3	11,1	26,7	71,1	13,9	18,0	-22,9 %
Somalia (4)	molemmat	815	8,0	2,7	12,7	10,4	16,7	51,0	12,4	12,3	0,6 %
	naiset	208	4,1	2,3	4,8	3,2	10,2	43,9	6,8	6,7	1,5 %
	miehet	607	12,0	3,2	20,6	17,8	23,7	59,8	18,1	18,0	0,6 %
Etelä-Afrikka (2)	molemmat	1 398	2,7	0,4	2,8	2,8	5,6	10,5	3,0	3,3	-8,8 %
	naiset	280	1,0	0,2	1,0	0,9	2,2	4,3	1,1	1,0	7,7 %
	miehet	1 117	4,4	0,6	4,5	4,7	10,3	22,4	5,5	6,1	-10,5 %
Etelä-Sudan (4)	molemmat	1 470	13,6	4,1	19,6	15,7	27,3	85,2	19,8	20,8	-4,8 %
	naiset	443	8,2	3,5	9,5	7,1	18,4	76,8	12,8	12,9	-1,3 %
	miehet	1 027	18,9	4,6	29,6	24,4	36,8	95,4	27,1	28,9	-6,3 %
Espanja (1)	molemmat	3 296	7,1	0,1	3,0	7,8	9,6	13,9	5,1	6,4	-20,3 %
	naiset	730	3,1	0,0	1,1	3,5	4,5	5,2	2,2	2,9	-24,1 %
	miehet	2 566	11,1	0,1	4,9	11,9	15,0	26,6	8,2	10,4	-20,7 %
Sri Lanka (2)	molemmat	6 170	29,2	1,2	23,7	31,9	48,3	111,1	28,8	52,7	-45,4 %
	naiset	1 446	13,4	0,9	10,7	10,1	23,2	63,6	12,8	22,3	-42,5 %
	miehet	4 724	45,8	1,5	36,8	55,0	76,3	172,1	46,4	84,1	-44,8 %
Sudan (4)	molemmat	4 286	11,5	3,0	15,0	14,3	25,3	80,8	17,2	15,2	12,9 %
	naiset	1 340	7,2	2,6	8,1	6,2	18,2	72,8	11,5	10,6	8,4 %
	miehet	2 946	15,8	3,5	21,8	22,4	32,9	90,1	23,0	19,9	15,8 %
Suriname (1)	molemmat	145	27,2	2,9	28,2	37,9	46,6	47,9	27,8	19,8	40,4 %
	naiset	32	11,9	2,8	20,7	7,2	19,8	22,6	11,9	9,7	22,3 %
	miehet	114	42,4	3,1	35,5	67,4	75,2	84,4	44,5	29,7	50,0 %
Swazimaa (4)	molemmat	65	5,3	1,4	8,7	6,4	6,4	17,3	6,2	5,6	10,6 %
	naiset	22	3,5	1,0	5,6	3,9	5,1	10,6	4,1	3,6	11,5 %
	miehet	43	7,2	1,8	11,8	9,1	8,0	27,0	8,6	7,9	8,8 %
Ruotsi (1)	molemmat	1 255	13,2	0,5	11,9	14,1	21,0	15,2	11,1	11,5	-3,6 %
	naiset	341	7,1	0,8	5,3	8,2	12,1	6,8	6,1	7,0	-12,9 %
	miehet	914	19,3	0,2	18,2	19,8	29,8	26,2	16,2	16,3	-0,6 %
Sveitsi (1)	molemmat	972	12,2	0,2	7,6	11,5	19,6	20,1	9,2	15,6	-40,9 %
	naiset	269	6,6	0,1	4,4	5,9	11,7	8,8	5,1	8,4	-39,3 %
	miehet	703	17,8	0,4	10,8	17,1	27,5	36,2	13,6	23,5	-42,1 %
Syyrian arabitasavalta (4)	molemmat	77	0,4	0,1	0,4	0,4	0,6	1,7	0,4	0,5	-13,7 %
	naiset	22	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,8	0,2	0,3	-28,1 %
	miehet	55	0,5	0,1	0,5	0,7	1,0	2,8	0,7	0,7	-7,1 %
Tadžikistan (2)	molemmat	258	3,2	0,4	3,6	4,6	8,2	11,9	4,2	5,0	-15,2 %
	naiset	85	2,1	0,2	2,6	2,6	5,4	9,4	2,8	3,4	-17,6 %
	miehet	173	4,3	0,5	4,7	6,6	11,2	14,9	5,7	6,6	-13,4 %
Thaimaa (2)	molemmat	8 740	13,1	0,6	8,7	10,8	20,2	53,1	11,4	15,1	-24,6 %
	naiset	1 816	5,3	0,4	3,6	3,4	8,5	23,0	4,5	6,6	-32,0 %
	miehet	6 924	21,2	0,9	13,9	18,5	33,2	92,2	19,1	24,6	-22,4 %

Maa (kuolleisuustietojen laatu**)	Sukupuoli	Itsemurhien lukumäärä (kaikki ikäryhmät), 2012	Karkea arvio itsemurhaluvuista (100 000:ta henkeä kohti) koko väestön keskuudessa ja ikäryhmittäin arvioituna, 2012						Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2012	Ikävakioidut itsemurha-luvut*** (100 000:ta henkeä kohti), 2000	Prosentuaalinen muutos ikävakioiduissa itsemurha-luvuissa, 2000–2012
			Kaikki ikä-ryhmät	5–14-vuotiaat	15–29-vuotiaat	30–49-vuotiaat	50–69-vuotiaat	Yli 70-vuotiaat			
Entinen Jugoslavian tasavalta Makedonia (1)	molemmat	140	6,7	0,2	2,1	6,0	13,9	15,1	5,2	6,7	-22,0 %
	naiset	45	4,2	0,0	1,1	4,4	7,1	11,8	3,2	4,0	-20,0 %
	miehet	96	9,1	0,3	3,0	7,6	20,9	19,6	7,3	9,4	-22,5 %
Itä-Timor (4)	molemmat	60	5,4	0,7	9,0	7,4	11,9	27,8	8,0	12,1	-34,0 %
	naiset	23	4,2	0,6	7,3	4,0	10,3	22,0	5,8	8,3	-29,8 %
	miehet	37	6,6	0,8	10,7	10,6	13,6	34,5	10,2	15,8	-35,6 %
Togo (4)	molemmat	247	3,7	1,0	6,1	4,1	7,2	22,5	5,5	4,9	12,8 %
	naiset	64	1,9	0,6	2,8	1,9	4,7	11,3	2,8	2,6	8,0 %
	miehet	183	5,6	1,3	9,5	6,3	10,1	36,6	8,5	7,5	13,2 %
Trinidad ja Tobago (1)	molemmat	193	14,4	0,6	7,6	22,2	25,1	17,4	13,0	12,6	3,8 %
	naiset	46	6,9	0,2	4,2	13,3	7,5	6,8	6,2	4,5	36,4 %
	miehet	146	22,1	1,0	10,9	31,1	43,4	32,7	20,4	20,8	-2,0 %
Tunisia (4)	molemmat	262	2,4	0,3	2,7	2,8	3,0	7,3	2,4	2,5	-5,6 %
	naiset	76	1,4	0,2	1,5	1,4	1,7	5,6	1,4	1,6	-17,2 %
	miehet	186	3,5	0,4	3,9	4,4	4,3	9,3	3,4	3,4	0,9 %
Turkki (2)	molemmat	5 898	8,0	2,7	12,4	10,3	4,2	16,4	7,9	12,6	-37,8 %
	naiset	1 613	4,3	1,8	7,6	4,2	2,2	9,8	4,2	7,9	-47,0 %
	miehet	4 285	11,8	3,6	17,0	16,6	6,6	25,5	11,8	17,8	-33,4 %
Turkmenistan (2)	molemmat	1 003	19,4	2,1	25,7	30,3	22,8	18,4	19,6	15,2	28,9 %
	naiset	197	7,5	1,2	12,0	8,0	9,4	12,0	7,5	7,0	8,0 %
	miehet	806	31,7	2,9	39,3	53,5	38,5	28,6	32,5	24,0	35,1 %
Uganda (4)	molemmat	4 323	11,9	3,8	19,3	15,8	26,0	91,8	19,5	18,6	5,1 %
	naiset	1 278	7,1	3,0	10,0	6,9	16,4	80,7	12,3	11,2	10,0 %
	miehet	3 045	16,7	4,5	28,5	24,6	35,9	105,2	26,9	26,2	2,5 %
Ukraina (1)	molemmat	9 165	20,1	1,4	19,5	24,4	22,9	28,8	16,8	29,8	-43,6 %
	naiset	1 690	6,9	0,9	5,5	6,3	7,8	13,7	5,3	9,1	-41,2 %
	miehet	7 474	35,6	1,8	32,8	43,4	43,3	61,7	30,3	54,5	-44,4 %
Arabiemiirikunnat (4)	molemmat	274	3,0	0,4	3,8	3,1	3,4	13,7	3,2	3,7	-12,9 %
	naiset	31	1,1	0,2	1,8	1,0	1,9	10,9	1,7	2,5	-32,7 %
	miehet	243	3,8	0,5	4,7	3,7	4,1	15,3	3,9	4,3	-9,0 %
Yhdistynyt kuningaskunta (1)	molemmat	4 360	6,9	0,1	5,9	10,5	9,2	6,3	6,2	7,8	-21,1 %
	naiset	960	3,0	0,1	2,5	4,3	4,0	3,1	2,6	3,4	-23,6 %
	miehet	3 400	11,0	0,1	9,1	16,7	14,7	10,5	9,8	12,3	-20,9 %
Tansanian yhdistynyt tasavalta (4)	molemmat	7 228	15,1	3,5	20,7	17,7	36,8	133,2	24,9	23,8	4,6 %
	naiset	2 445	10,2	3,1	10,7	8,3	27,5	133,6	18,3	18,6	-1,5 %
	miehet	4 783	20,0	3,9	30,7	26,9	47,2	132,7	31,6	29,1	8,8 %
Yhdysvallat (1)	molemmat	43 361	13,7	0,8	12,7	17,4	20,1	16,5	12,1	9,8	24,2 %
	naiset	9 306	5,8	0,5	4,7	8,0	9,2	4,0	5,2	3,8	36,6 %
	miehet	34 055	21,8	1,0	20,4	26,9	31,7	33,8	19,4	16,2	19,9 %
Uruguay (1)	molemmat	469	13,8	0,3	12,1	14,6	19,5	34,4	12,1	14,7	-17,9 %
	naiset	108	6,2	0,1	3,8	7,4	7,4	16,0	5,2	4,9	4,5 %
	miehet	361	22,0	0,5	20,2	21,9	33,3	65,9	20,0	26,2	-23,9 %
Uzbekistan (1)	molemmat	2 184	7,7	1,0	8,6	10,0	14,4	19,1	8,5	10,4	-18,5 %
	naiset	538	3,8	0,5	4,9	4,0	6,1	11,8	4,1	4,9	-16,7 %
	miehet	1 646	11,6	1,4	12,2	16,3	23,5	29,5	13,2	16,3	-19,0 %
Venezuela (Venezuelan bolivariaaninen tasavalta) (1)	molemmat	748	2,5	0,4	3,2	3,5	3,1	5,7	2,6	6,8	-61,3 %
	naiset	141	1,0	0,6	1,2	1,0	1,4	1,4	1,0	1,9	-48,7 %
	miehet	607	4,0	0,3	5,2	6,0	4,8	10,9	4,3	11,8	-63,3 %
Vietnam (4)	molemmat	4 600	5,1	0,4	5,0	5,1	7,7	20,5	5,0	5,7	-12,2 %
	naiset	1 169	2,5	0,3	1,8	1,4	4,2	15,1	2,4	3,0	-20,7 %
	miehet	3 431	7,7	0,5	8,1	8,7	11,7	30,5	8,0	8,8	-9,2 %
Jemen (4)	molemmat	733	3,1	0,8	5,2	4,6	3,8	6,7	3,7	3,6	0,3 %
	naiset	320	2,7	0,7	5,1	3,3	2,7	5,3	3,0	3,0	1,0 %
	miehet	413	3,4	0,9	5,2	5,8	5,1	8,3	4,3	4,4	-0,2 %
Sambia (4)	molemmat	1 346	9,6	3,0	15,4	10,4	21,5	82,7	15,7	24,4	-35,4 %
	naiset	433	6,1	3,0	8,2	4,3	14,0	79,2	10,8	18,8	-42,8 %
	miehet	913	13,0	2,9	22,7	16,4	29,3	87,0	20,8	29,9	-30,3 %
Zimbabwe (4)	molemmat	2 281	16,6	4,1	30,9	18,5	16,4	41,6	18,1	19,2	-5,7 %
	naiset	619	8,9	3,8	15,3	7,7	9,8	28,9	9,7	10,1	-4,0 %
	miehet	1 663	24,6	4,4	46,7	29,0	25,1	58,5	27,2	28,8	-5,6 %

* 172:ssa WHO:n jäsenvaltiossa, joiden väkiluku on vähintään 300 000. Nämä arviot edustavat WHO:n parhaita arvioita, ja ne on laskettu standardiluokkia, -määritelmiä ja -menetelmiä käyttäen, jotta voitaisiin varmistaa eri maiden vertailukelpoisuus keskenään. Luvut eivät välttämättä vastaa virallisia kansallisia arvioita. Lukuja on pyöristetty tarpeen mukaan.

** 1. Kattavat väestörekisteritiedot vähintään viiden vuoden ajalta; 2. Väestörekisteritiedot, joiden kattavuus on heikko, joukossa suuri osa kuolemia, joiden syy on tuntematon tai viimeaikaisia tietoja ei ole; 3.Väestön näytteenomainen kirjaus; 4. Ei väestörekisteritietoja.

*** Standardoitu WHO:n maailman standardiväestön mukaisesti.

LIITTEET

Liite 2: **WHO:n jäsenvaltiot ryhmiteltyinä WHO-alueiden ja valtioiden keskimääräisen asukasta kohden lasketun tulotason mukaa**

Suurituloiset		Andorra, Antigua ja Barbuda, Australia, Itävalta, Bahama, Bahrain, Barbados, Belgia, Brunei Darussalam, Kanada, Chile, Kroatia, Kypros, Tšekki, Tanska, Viro, Suomi, Ranska, Saksa, Kreikka, Islanti, Irlanti, Israel, Italia, Japani, Kuwait, Latvia, Liettua, Luxemburg, Malta, Monaco, Alankomaat, Uusi-Seelanti, Norja, Oman, Puola, Portugali, Qatar, Etelä-Korea, Venäjän federaatio, Saint Kitts ja Nevis, San Marino, Saudi-Arabia, Singapore, Slovakia, Slovenia, Espanja, Ruotsi, Sveitsi, Trinidad ja Tobago, Arabiemiirikunnat, Yhdistynyt kuningaskunta, Yhdysvallat, Uruguay
Pieni- ja keskituloiset	WHO:n Afrikan alue	Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Kap Verde, Kamerun, Keski-Afrikan tasavalta, Tšad, Komorit, Kongo, Norsunluurannikko, Kongon demokraattinen tasavalta, Eritrea, Etiopia, Päiväntasaajan Guinea, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenia, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauritius, Mosambik, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, São Tomé ja Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Etelä-Afrikka, Swazimaa, Togo, Uganda, Tansanian yhdistynyt tasavalta, Sambia, Zimbabwe
	WHO:n Amerikan mantereen alue	Argentiina, Belize, Bolivia (Bolivian monikansainen valtio), Brasilia, Kolumbia, Costa Rica, Kuuba, Dominica, Dominikaaninen tasavalta, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaika, Meksiko, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Saint Lucia, Saint Vincent ja Grenadiinit, Suriname, Venezuela (Venezuelan bolivariaaninen tasavalta)
	WHO:n Kaakkois-Aasian alue	Bangladesh, Bhutan, Pohjois-Korea, Intia, Indonesia, Malediivit, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Thaimaa, Itä-Timor
	WHO:n Euroopan alue	Albania, Armenia, Azerbaidžan, Valko-Venäjä, Bosnia ja Hertsegovina, Bulgaria, Georgia, Unkari, Kazakstan, Kirgisia, Montenegro, Moldovan tasavalta, Romania, Serbia, Tadžikistan, entinen Jugoslavian tasavalta Makedonia, Turkki, Turkmenistan, Ukraina, Uzbekistan
	WHO:n itäisen Välimeren alue	Afganistan, Djibouti, Egypti, Iran (Iranin islamilainen tasavalta), Irak, Jordania, Libanon, Libya, Marokko, Pakistan, Somalia, Etelä-Sudan**, Sudan, Syyrian arabitasavalta, Tunisia, Jemen
	WHO:n läntisen Tyynenmeren alue	Kambodža, Kiina, Cookinsaaret, Fidži, Kiribati, Laosin demokraattinen kansantasavalta, Malesia, Marshallinsaaret, Mikronesia (Mikronesian liittovaltio), Mongolia, Nauru, Niue, Palau, Papua-Uusi-Guinea, Filippiinit, Samoa, Salomonsaaret, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam

*Tämä alueellinen jaottelu perustuu WHO:n jäsenvaltioiden vuoden 2012 alueelliseen jaotteluun sekä Maailmanpankin kansantalouksien tilivuoden 2014 arvioihin, joiden mittarina on bruttokansantuote henkeä kohti (World Bank list of economies, heinäkuu 2013).

**Etelä-Sudan laskettiin kuuluvaksi WHO:n Afrikan alueeseen toukokuussa 2013. Koska tämä esitys maailmanlaajuisista terveysarvioista liittyy tätä vuotta edeltäviin ajanjaksoihin, Etelä-Sudanin arvioidut luvut ovat mukana WHO:n itäisen Välimeren alueen luvuissa.