

Pia Solin ja Timo Partonen

Itsemurhavaaran tunnistaminen ja sanallistaminen vastaanotolla

## Tunnista itsemurhan vaara!

Itsemurhakuolleisuuden vähenemisestä huolimatta itsemurhien ehkäisy on ajankohtaista. Perusterveydenhuolto on usein ollut itsemurhaan kuolleen viimeisin kontakti. Itsemurhan vaara jää kuitenkin liian usein huomaamatta. Kaikkien terveydenhuollossa työskentelevien on hyvä muistaa, että itsemurha-aikeista kysyminen ei lisää toteuttamisen riskiä. Asian puheeksi ottaminen edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja ja luottamussuhdetta. Itsemurhavaaran arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia standardoituja mittareita, mutta perusteellinen kliininen haastattelu on parempi kuin mikään mittari. Käsittelemme, miten itsemurhavaarassa oleva potilas tunnistetaan, kohdataan ja voidaan hoitaa vastaanotolla.

**S**uomessa 731 ihmistä teki itsemurhan vuonna 2015 (1). Itsemurhakuolleisuus oli tuolloin tilastojen mukaan 13,5 henkilöä 100 000 henkeä kohden, pienentynyt alle puoleen vuodesta 1990 ja pienimmillään maassamme vuoden 1953 jälkeen. Tästä myönteisestä kehityksestä huolimatta itsemurhien ehkäisy on yhä ajankohtaista. Vuonna 2014 itsemurhakuolleisuus oli Suomessa (14,55 henkilöä 100 000 henkeä kohden) 28 EU-maan keskiarvoa suurempi (11,25 henkilöä 100 000 henkeä kohden) ja suurempi kuin esimerkiksi Ruotsissa (12,12 henkilöä 100 000 henkeä kohden) (2).

Ehkäisyn kulmakivenä on itsemurhavaaran tunnistaminen, ja näitä tunnistamisen taitoja voi jokainen kehittää. Itsemurhaan kuolleista monet olivat olleet yhteydessä perusterveydenhuoltoon (20–75 % kuolleista) itsemurhaa edeltäneen kuukauden aikana (3–5). Isomet-sän ym. (6) mukaan itsetuhoisista ajatuksista on keskusteltu ainoastaan 22 %:ssa vastaanotoista, jonka jälkeen potilas on tehnyt itsemurhan. Yleislääkäreillä on näin ollen sekä suuri että vaikea rooli itsemurhien ehkäisyssä. Siihen, että itsemurhasta ei keskustella, on monia syitä. Potilas ei ehkä ole vielä tehnyt päätös-



Kuva: iStock

**TAULUKKO 1.** Itsemurhariskin seulonta.

Selvitä ja arvioi potilaan
Mahdollisten aiempien itsemurhayritysten historia
Ajankohtaisten itsetuhoisten ajatusten tiheys, kesto ja voima
Kyky hallita itsemurha-ajatuksia
Itsemurhasuunnitelma, suunniteltu menetelmä ja sen toteutettavuus, tarkkuus ja tappavuus
Valmistelut kuoleman varalle kuten jäähyväiskirjeet tai omaisuuden pois antaminen tms.
Ajankohtaiset stressaavat tekijät
Oma kokemus suojaavien tekijöiden puuttumisesta
Sosiaalinen eristäytyneisyys
Mahdollisen tukiverkoston olemassaolo
Mahdollinen ajankohtainen psykiatrinen hoito tai so- maattinen hoito

**TAULUKKO 2.** Väliön itsemurhavaara. Vaara on sitä suu- rempi, mitä useampi alla mainituista seikoista täyttyy.

Itsemurhavaara on suuri, kun potilas
Puhuu, kirjoittaa tai piirtää halustaan kuolla
Etsii keinoa tappaa itsensä
Tuntee itsensä epäonnistuneeksi, toivottomaksi tai mer- kityksettömäksi
Tuntee olevansa umpikujassa tai tuntevansa sietämätön- tä kipua tai syyllisyyttä
Kokee olevansa taakaksi tai häpeäksi muille
Lisää alkoholin, tupakan tai lääkkeiden käyttöään
Käyttäytyy ahdistuneesti, kiihtyneesti tai levottomasti
Nukkuu liian vähän tai liian paljon
Laininlyö omaa hyvinvointiaan tai ulkoista olemustaan
Vetäytyy omiin oloihinsa tai kokee itsensä etäännyneeksi muista ihmisistä
Osoittaa raivoa tai tuntee kostonhimoa
Liikkuu tunnetiloiltaan äärimmäisyydestä toiseen

tä itsemurhasta tai toivoo, ettei kukaan estäisi hänen suunnitelmiaan. Potilas voi kokea myös niin suurta toivottomuuden tunnetta, ettei hän usko kenenkään voivan auttaa häntä kyseises- sä tilanteessa (6). Mielenterveyden häiriöihin liittyvä leima tai kielteiset asenteet saattavat estää avunpyyntöä ja siten estää myös asian- mukaisen avun. Hoitavan henkilöstön keskei- siä valmiuksia on tunnistaa itsemurhavaarassa olevat potilaat, ja siinä auttavat kokemus, hyvät vuorovaikutustaidot ja tiedot mielenterveyteen

vaikuttavista tekijöistä. Ammattilaisen pelot- tomuus käsitellä leimaavaa ja arkaluontoista aihetta voi rohkaista myös potilasta tuomaan esiin ajatuksiaan. (5) On syytä muistaa, että henkilö voi harkita itsemurhaa, vaikka hän ei sitä oma-aloitteisesti sanoisikaan. Tämän takia itsemurha-aikeista on syytä kysyä suoraan.

**Riskitekijät itsetuhoisuuden taustalla**

Itsemurhassa on yleensä kyse kasaantuvista, suhteellisen pitkäkestoisista ongelmista ja ris- kitekijöiden yhteisvaikutuksesta (7,8) (**TAULUK- KO 1**). Yksittäinen riskitekijä tai sen puuttumi- nen ei vielä kerro potilaan todellisesta itsemur- havaarasta (8). Itsemurhien taustatekijöiden moninaisuuden ja moniulotteisuuden vuoksi hoitavan henkilön onkin viime kädessä luotet- tava omaan kokonaisarvioonsa. (8,9) Potilas saattaa puhua toivottomuudesta, avuttomuus- desta tai yksinäisyyden tunteesta, ja lääkärin on syytä huomioida tällaiset ilmaisut arvioissaan (8) (**TAULUKKO 2**).

Mikäli kuitenkin halutaan nostaa esiin yk- sittäisiä tekijöitä, mielenterveyden häiriöt ovat itsemurhan keskeisimpiä riskitekijöitä. Valta- osalla itsemurhan tehneistä ja sitä yrittäneistä on psykiatrinen sairaus (10). Tästä syystä eten- kin vakavan masennuksen ja päihdehäiriöiden tunnistaminen ja hoito ovat itsemurhien ehkäi- sissä avainasemassa (10). Toki on hyvä hu- mioida myös muut mielenterveyden häiriöt.

Itsemurhavaarasta kertoo selkeimmin se, että henkilö on yrittänyt itsemurhaa aiemmin. Jo edellä mainittujen riskitekijöiden lisäksi myös mahdollisen fyysisen kivun merkitys on arvioi- tava. Itsemurhariski on vähintään kaksinkertai- nen potilailla, jotka kärsivät kroonisesta kivusta esimerkiksi tiettyjen syöpätautien, MS-taudin, migreenin tai diabeteksen takia (11). Vakava masennus saattaa myös olla yksi fyysisen sai- rauden oire, kuten se on esimerkiksi kilpirauha- sen vajaatoiminnassa. Vastavuoroisesti vakava masennus saattaa näyttäytyä kipuina. Näin on etenkin vanhemmilla ihmisillä, joilla vakavaa masennusta esiintyy esimerkiksi aivohaverin, sydäninfarktin, syövän, nivelreuman, Parkinson- nin taudin tai Alzheimerin taudin yhteydessä.

## Puheeksiotto

Mikäli epäily itsemurhavaarasta herää, on asia syytä ottaa keskustelun kuluessa puheeksi (8). Toisin kuin usein virheellisesti ajatellaan, itsemurha-aikeista kysyminen ei lisää itsemurhan toteuttamisen riskiä, vaan se voi päinvastoin vähentää ahdistusta, kun potilas kokee tulleen ymmärretyksi. Jo empaattinen kuuntelu itsesään vähentää itsetuhoisen potilaan toivotonmuutta (12) ja voi estää itsemurha-aikeita.

Keskustelu itsetuhoisista ajatuksista edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja ja luottamussuhdetta. Voi olla vaikeaa arvioida, milloin ja miten asiasta tulisi keskustella. Mahdollisten edellä mainittujen riskitekijöiden arviointi on hyvä lähtökohta. Keskustelun aikana voi havainnoida mahdollisia itsemurhavaaran hälytysmerkkejä potilaan olemuksessa ja eleissä (TAULUKKO 3). Lääkärin oma arvio, intuitio, tilanteesta voi olla oikea, vaikka potilas ei täyttäisikään itsemurhavaarassa olevan kaikkia tunnusmerkkejä.

Helpoin tapa saattaa olla esittää kysymys suoraan, esimerkiksi ”Onko sinulla ollut itsetuhoisia ajatuksia?” tai ”Oletko ajatellut vahingoittavasi itseäsi?”. Mikäli vastaus on myönteinen, tärkeintä tämän jälkeen on selvittää, mitkä ovat itsetuhoisia aikeita laukaisseet tekijät. Keskustelussa on pyrittävä selvittämään nämä tekijät paitsi ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen tasolla, myös ulkoisten olosuhteiden osalta. (12) Nämä kysymykset ovat oleellisia, sillä sen jälkeen, kun potilaan riskitekijät ovat tiedossa, on helpompi analysoida tilanne ja tarjota potilalle yksilöityä hoitoa. Jos potilas välttelee vastaamista, voi lääkäri mahdollisuuksien mukaan kerätä tietoa muilta hoitotahoilta tai konsultoida kollegoita ja potilaan luvalla voi ottaa yhteyttä myös perheeseen tai muihin läheisiin.

On hyvä kannustaa potilasta kertomaan itsetuhoisiin aikeisiin johtanut tilanne alusta alkaen. Tähän on myös varattava riittävästi aikaa, siitähän huolimatta, että se tarkoittaisi aikataulun viivästyistä. Jo toiselle ihmiselle puhuminen saattaa helpottaa itsetuhoisen potilaan ahdistusta. (12) Keskustelun kuluessa on muistettava myönteisyys ja hienotunteisuus asettamalla täsmentäviä jatkokysymyksiä, kuten ”Millaista elämäsi on ollut viime aikoina?”

### TAULUKKO 3. Itsemurhan piilotetut varoitusmerkit.

#### Pidä silmällä keskustelun aikana

Välttelekö potilas katsekontaktia

Onko potilas haluton vastaamaan kysymyksiin

Vastaako potilas kysyessäsi toistuvasti ”en tiedä” tms.

Vaikuttaako potilas vihaiselta, hermostuneelta tai tunneilmaisultaan etäiseltä

Onko potilas näennäisen rauhallinen tai levollinen, mikä voi viitata jo tehtyyn päätökseen

### TAULUKKO 4. Kommunikointi itsemurhavaarassa olevan potilaan kanssa.

#### Pyri

Keskittymään kuunteluun ja olemaan rauhallinen

Näyttämään potilaille, että otat tilanteen vakavasti

Osoittamaan empaattisuutta, ymmärtämään potilaan tunteita ja keskittymään niihin

Rehellisyyteen ja aitouteen

Osoittamaan ilmein ja elein hyväksyntää ja kunnioitusta potilasta kohtaan

Tuomaan esiin, että kunnioitat potilaan mielipiteitä ja arvoja

#### Vältä

Asian sivuuttamista

Potilaan keskeyttämistä

Osoittamasta järkytystä tai muita voimakkaita tunteita

Kiireen tuntua

Holhoavaa asennetta

Tungettelevia tai epäselviä huomautuksia

Kysymystulvaa

tai ”Auttaisitko minua ymmärtämään, miksi ajattelet noin?”. Lääkärin kyky kohdata potilas avoimesti, huolehtivasti ja tuomitsematta edistää kommunikointia potilaan ja lääkärin välillä (12) (TAULUKKO 4).

Vältä kiirehtimistä tai johdattelua. Potilas voi kokea sinänsä hyvää tarkoittavat lausahdukset, kuten ”Monet käyvät läpi samoja asioita ja selviävät ihan hyvin”, ajatustensa vähättelynä (12). Myös potilaan omin sanoin kertoman tarinan virheettömyyden tai järkevyyden kyseenalaistamista tulisi välttää. Kun potilas saa kuvailla tapahtumat itse, samalla rakennetaan yhteisymmärrystä ja edellytyksiä hoidolle.

Itsemurhavaaran arvioinnin apuna voidaan toki käyttää erilaisia standardoituja mittareita,

**TAULUKKO 5.** Kuusi peruskysymystä itsemurhavaarassa olevan hoitosuunnitelman pohjaksi.

### Kerää potilaasta tiedot vastataksesi

Mitkä ovat hänen itsetuhoisuuttaan selittävät syyt ja tavoitteet

Mitä välittömiä tai pitkäkestoisia ongelmia hänellä on

Mikä mielenterveyshäiriö hänellä mahdollisesti on

Miten vakava ja uusiutuva on hänen pyrkimyksensä kuolla

Millainen apu olisi hänelle nyt asianmukaista

Onko hän valmis vastaanottamaan apua

kuten Beckin ym. laatimaa itsemurha-aikumuksia mittaavaa asteikkoa (13), mutta perusteellinen kliininen haastattelu on parempi kuin mikään standardoitu mittari. Vaaran kaavamainen arviointi ei saa olla ainoa pohja kliiniselle päätöksenteolle. Viime kädessä on luotettava potilaan tutkimiseen perustuvaan arvioon. Tämä sisältää sekä psyykkisen että fyysisen tilan (statuksen) tutkimisen. Itsemurhan vaarasta kertovat piilotetut varoitusmerkit on myös muistettava tarkistaa (**TAULUKKO 3**).

## Lääkärin omien tunnereaktioiden tiedostaminen ja ymmärtäminen

Itsemurha-aikeista kysyminen ei välttämättä ole lääkärille helppoa. Epävarmuus siitä, onko tulkinnut potilasta oikein, voi vähentää halukkuutta ottaa asia puheeksi. Erityisesti vasta valmistuneet lääkärit voivat joutua vastakkain heille tuntemattomien kysymysten kanssa. Tällaisia voivat olla kyvyttömyys asettua potilaan asemaan tai luottaminen potilaan sanoihin itsemurhavaaran todellisuudesta. Ammatillisesti nuoren lääkärin odotukset itseltään ja osaamiseltaan voivat olla suuret, jolloin voi olla vaikea tarttua aiheeseen, josta ei ole kokemusta. Mahdollinen epävarmuus siitä, onko voinut auttaa potilasta tai suru ja syyllisyys siitä, ettei ole voinut estää itsemurhaa, ovat myös luonnollisia. Lääkäri voi tuntea myös vihaa potilasta kohtaan, mikäli tämä on vaaraksi itsensä lisäksi muille. Nämä tuntemukset ovat inhimillisiä ja voivat ilmaantua missä tahansa hankalassa vastaanottotilanteessa (14).

On kuitenkin parempi huomioida itsemurhavaaran mahdollisuus kuin jättää se huomiotta. Jo se, että lääkäri tunnistaa omat tunteensa ja asenteensa on tärkeää. Mahdolliset omat pelot tai muut kielteiset tunteet on pyrittävä vuorovaikutustilanteessa jättämään huomiotta. Niitä voi kuitenkin käsitellä jälkikäteen esimerkiksi kollegoiden kanssa tai työnohjauksessa.

## Hoidon porrastus

Mikäli potilas on vakavasti masentunut ja välittömässä itsemurhavaarassa, on harkittava psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta. Tässä kohden lääkäri voi myös joutua arvioimaan, onko perusteita tahdosta riippumattomalle hoidolle, mikä ei ole helppo tehtävä. Jos henkilö on syvästi toivoton ja mielialaltaan masentunut, mutta kiistää itsetuhoaikeet, hänen käsityksensä omasta selviytymisestään on kuitenkin useimmiten jo epärealistinen. Tällaisen potilaan todellisuudentaju on arvioitava tarkasti ja psykiatrisen sairaalahoidon tarve tulee huolella harkita (8).

Potilaan toistuvat itsetuhoiset ajatukset tai itsemurhasuunnitelmat vaativat yleensä päivityksellistä psykiatrista arviota. Satunnaisissa kuolemantoiveissa potilaan voi lähettää psykiatriseen arvioon kiireellisellä läheteellä. Lähetteen lisäksi potilaalle on annettava tieto siitä, mihin ja keneen hän voi ottaa yhteyttä, jos vointi tällä välin huononee (8). Potilasta voi ohjata myös vertaistoiminnan pariin ja antaa hänelle nämä yhteystiedot.

## Hoitosuunnitelma

Potilaalle on annettava tieto siitä, että hänen auttamisekseen on olemassa erilaisia hoitokeinoja, mikä välittää hänelle myös toivoa. Kaikissa tapaamisissa on tärkeää viestittää sitä, että potilaan vointia voidaan hoitokeinoin parantaa. Lisäksi on tuettava päiheteettömyyttä, sillä päihitteiden käyttö altistaa itsetuhoiselle käyttäytymiselle (8). Kun itsetuhoisen potilaan hoidon suunnittelu alkaa, tulee huomioida muutama perusasia. Jokaisen itsetuhoisen potilaan itsemurhavaaraa arvioitaessa tulisi vastata kuuteen peruskysymykseen (**TAULUKKO 5**).

Potilaan hoitamiseksi on pyrittävä aktiivisesti yhdistämään psykososiaaliseen tukeen psykoterapia (8) ja tarvittaessa myös lääkehoito. Potilaan impulssikontrolli ja kyky hahmottaa tekojensa seuraamuksia saattaa olla hyvinkin heikko. Potilas saattaa myös reagoida kielteisellä tavalla ehdotettuun hoitoon. Tästä syystä on tärkeää ottaa yhdeksi hoidon tavoitteista potilaan voinnin tasoittaminen. Lääkäri muun hoitohenkilökunnan avustamana voi auttaa potilasta miettimään akuutissakin tilanteessa tulevaisuutta. Mikäli mahdollista, potilaan läheiset kannattaa huomioida hoitosuunnitelmassa.

Hoitosuunnitelmaan on tärkeää sisällyttää säännölliset tapaamiset, joissa lääkäri tai hoitaja voi seurata voinnin ja tilanteen muutoksia. Mikäli muutosta parempaan ei tapahdu, voidaan ajatella itsemurhavaaran olevan edelleen olemassa. Tapaamisten yhteydessä muokataan hoitosuunnitelmaa tarpeen mukaan. On myös pidettävä mielessä, että itsemurhavaaran taustalla vaikuttavat monitahoiset tekijät voivat myös vaatia monialaista osaamista. Terveystieteiden lisäksi voidaan siis tarvita esimerkiksi sosiaalihuollon palveluita, mikä korostaa toimivan tiimityksen merkitystä.

Yhtä tärkeää kuin on osata tunnistaa riskitekijät, on potilaan auttamisen kannalta olennaista tuntea itsemurhalta suojaavat tekijät sekä resilienssiä eli henkistä joustavuutta lisäävät tekijät, sillä niiden vahvistamisen kautta voidaan itsetuhoista henkilöä auttaa selviytymään kriisitilanteesta jatkossa. Myös muut kuin terveydenhuollon ammattilaiset voivat oppia tunnistamaan näitä tekijöitä ja toimimaan asianmukaisesti tilanteissa, joissa mielenterveyden ensiapu on tarpeen. Tässä voidaan hyödyntää mittareita, joissa kartoitetaan potilaan elämässä olevia myönteisiä asioita (15) ja syitä elää (16).

Suojaavia tekijöitä ovat myös perhe ja merkitykselliset ihmissuhteet, hyvä fyysinen terveys ja stressin sietokyky, hyvä itsetunto ja optimismi, hyvät ongelmanratkaisutaidot ja kypsät psyykkiset puolustusmekanismit, mielekäs työ ja vapaa-ajan käyttö sekä terveelliset elintavat, jotka sisältävät sopivasti liikuntaa, riittävän määrän unta, monipuolisen ravinnon ja päihteiden välttämisen. Potilaan elämässä olevien suojaavien tekijöiden kartoitus on myös olennais-

## Ydinasiat

- ▶ Vaikka itsemurhat ovat vähentyneet, niiden ehkäisy on ajankohtaista.
- ▶ Haasteena on erottaa potilaat, jotka ovat itsemurhavaarassa.
- ▶ Mielenterveyshäiriöt sekä päihdeongelmat liittyvät usein itsetuhoon, mutta riskitekijöiden joukko on monisyinen.

ta, jotta voidaan siirtää näkökulma ongelmista niiden ratkaisuun tai lievittämiseen.

Jatkohoitoa ajatellen myönteisten asioiden löytäminen potilaan elämässä ja kannustaminen niiden ylläpitämiseen toimii yhtenä mielenterveyttä tukevana ja samalla itsemurhan ehkäisyn keinona. Resilienssiä omaavilla henkilöillä itsetuhokäyttäytymisen riski on pienempi.

## Lopuksi

Itsemurha-ajatuksia on kysyttävä potilailta. Itsemurhan vaaraa voidaan pienentää hoitamalla potilaan masennusta, ahdistusta, kroonista kipua ja unettomuutta. Aktiivisen ja tiiviin hoidon ohella toivon välittäminen on kaikissa tapaamisissa olennaista. Oli kyse sitten itsemurhan yrityksestä, välittömästä vaarasta tai riskitekijöistä, potilaan voinnin säännöllinen seuranta, tarpeen mukainen hoito ja päihdeettömyyden tukeminen ovat avainasemassa. Nämä ovat hyvin usein toteutettavissa lääkärin vastaanotolla missä tahansa.

On syytä huomioida, etteivät kaikki mielenterveyshäiriöstä kärsivät ole itsetuhoisia ja etteivät kaikki itsetuhoisesti käyttäytyvät ole mielenterveyspotilaita. Itsetuhoisen käyttäytyminen kertoo psyykkisen pahoinvoinnin tunteesta ja toivottomuudesta.

Itsetuhoisen potilaan hoitaminen on lääkärille haaste pelkästään jo tilanteen vakavuuden vuoksi. Kliinikolla on lisäksi edessään keskustelu, jonka aikana hänen täytyy punnita myös omaa ahdistustaan, asenteitaan ja ennakkokäsityksiään. Esimerkiksi aggressiivinen tai yhteistyöhaluton potilas voi herättää turhautumista

tai muita asianmukaista hoitoa haittaavia tunteita. Erityisesti tällaisen potilaan kanssa on tärkeää pysyä asiallisena, ystävällisenä ja helpposti lähestyttävänä (17). Lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan onkin hyvä oppia tunnustamaan omat tunnereaktionsa ja käsitellä niitä jo etukäteen. Näin voidaan paremmin keskittyä potilaan arviointiin ja hoitamiseen.

**PIA SOLIN, YTM, FT, kehittämisspäälikkö**  
WHO

Mielenterveysalan yhteistyökeskuksen johtaja,  
Mielenterveysyksikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

**TIMO PARTONEN, LT, psykiatrian dosentti,  
tutkimusprofessori**

Mielenterveysyksikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Itsetuhoisen potilaan kohtaaminen vaatii lääkäriltä ensisijaisesti uskallusta kohdata haastava tilanne. Itsemurhan ehkäisy on kuitenkin täysin saavutettavissa oleva tavoite. Ensisijaisesti se tarkoittaa helppoa pääsyä laadukkaaseen terveydenhuoltoon sekä tarpeenmukaista psykiatrisen tai somaattisen sairauden hoitoa. ■

### SIDONNAISUUDET

**Pia Solin:** Ei sidonnaisuuksia

**Timo Partonen:** Luentopalkkio (Helsingin Messut, Helsingin yliopisto, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Psykiatriyhdistys)

### KIRJALLISUUTTA

1. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt. Helsinki: Tilastokeskus 2015 [päivitetty 30.12.2016]. [www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt\\_2015\\_2016-12-30\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt_2015_2016-12-30_tie_001_fi.html).
2. Death due to suicide, by sex (tps00122) [verkkotietokanta]. Luxemburg: Eurostat 2017 [päivitetty 18.5.2017]. <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00122&plugin=1>.
3. Lake CR. How academic psychiatry can better prepare students for their future patients. Part I: the failure to recognize depression and risk for suicide in primary care; problem identification, responsibility, and solutions. *Behav Med* 2008;34:95–100.
4. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909–16.
5. Pearson A, Saini P, Da Cruz D, ym. Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. *Br J Gen Pract* 2009;59:825–32.
6. Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, ym. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry* 1995;152:919–22.
7. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 2.0. Geneva: WHO 2016.
8. Suominen K, Valtonen H. Itsetuhoisen potilaan arviointi. *Duodecim* 2013;129:881–5.
9. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006;8:576–85.
10. World Health Organization. Itsemurhien ehkäisy: globaali velvollisuus. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura 2015.
11. Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behavior. Kirjassa: Wasserman D, Wasserman C, toim. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press 2009, s. 293–9.
12. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for primary health care workers. Geneva: WHO 2000.
13. Beck A, Schuyler D, Herman I. Development of suicide intent scales. Kirjassa: Beck A, Resnick H, Lettieri D, toim. *The prediction of suicide*. Bowie: Charles Press Publishers 1974, s. 45–55.
14. Høifødt TS, Talseth AG. Dealing with suicidal patients: a challenging task: a qualitative study of young physicians' experiences. *BMC Med Educ* 2006;6:44.
15. Vincent PJ, Boddana P, MacLeod AK. Positive life goals and plans in parasuicide. *Clin Psychol Psychother* 2004;11:90–9.
16. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, ym. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:276–86.
17. Cousin G, Schmid Mast M, Jaunin-Stalder N. Finding the right interactional temperature: do colder patients need more warmth in physician communication style? *Soc Sci Med* 2013;98:18–23.

### SUMMARY

#### Screening and communicating suicidal intent in primary health care

Despite the declining suicide mortality in Finland, suicide prevention is still a current issue. Primary health care is usually the last contact of a suicidal person. Accordingly, the warning signs are often left unnoticed. Employees in health care need to know that asking the patient about suicidal thoughts does not increase the risk for acting. Bringing up the concern requires good communicative skills and a trusting relationship with the patient. There are standardized questionnaires for the assessment of suicide risk, but a good clinical interview is better than any of them.