

Timo Partonen, Marjut Grainger, Olli Kiviruusu ja Jaana Suvisaari

Käyntisyy jää usein kirjaamatta viimeiseltä vastaanotolta ennen itsemurhaa

Viimeinen terveydenhuollon käynti ennen itsemurhaa vuosina 2016–2018

TAUSTA: Itsemurhakuolleisuudessa on maassamme alueellisia eroja. Tutkimme, kuinka aktiivisen hoidon piirissä itsemurhaan kuolleet olivat olleet.

AINEISTO JA MENETELMÄT: Määritimme 2 400 itsemurhakuolemalle vuosilta 2016–2018 sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon käynnit ja hoitajaksot sekä diagnoosikoodit vuosille 1996–2018. Analysoimme viimeisen käynnin tai hoitajaksopäivän ajoittumisen itsemurhakuoleman suhteen.

TULOKSET: Itsemurhaan kuolleista 66 % oli käynyt terveydenhuollossa viimeisten 30 päivän aikana, 46 % viimeisen viikon kuluessa. Itsemurhapäivänään 21 % oli ollut terveydenhuollon vastaanotolla. He olivat viimeisellä viikolla, pois lukien itsemurhapäivä, olleet keskimäärin kahtena päivänä joko sairaalahoidossa tai avohoidon vastaanotolla. Yli puolelle heistä ei ollut kirjattu syytä viimeiselle käynnille. Itsemurhaa edeltänyt asiointi vaihteli huomattavasti sairaanhoitopiirin kesken.

PÄÄTELMÄT: Viimeinen terveydenhuollon käynti oli usein itsemurhakuolemaa edeltäneellä viikolla. Tiedot viimeisen käynnin ajoittumisesta voivat kertoa ongelmista itsemurhavaaran arvioimisessa tai hoitoon hakeutumisessa.

Suomessa itsemurhakuolemia on tilastoitu vuodesta 1751 alkaen (1). Tämä Ruotsin taulustolaitoksen aloittamaan tiedonkeruuseen perustuva koko väestön tilastointi muodostaa maailman pisimmän katkeamattoman itsemurhakuolemien aikasarjan. Itsemurhakuolemaan johtavia tapahtumaketjuja on tutkittu tieteellisesti 1800-luvun puolivälistä lähtien (2).

Itsemurhakuolleisuus on Suomessa pienentynyt huomattavasti vuoden 1990 jälkeen. Osassa Euroopan maista itsemurhakuolleisuus on samaan aikaan kuitenkin lisääntynyt (3), eikä myönteisen kehityksen voida olettaa jatkuvan maassamme ilman toimenpiteitä itsemurhakuolemien estämiseksi. Tämän takia itsemurhien ehkäisy vaatii jatkuvasti paitsi tehostamista myös lisää uusia keinoja.

Pelkät koko maata koskevat vuosittaiset tilastotiedot jättävät katveeseen eri alueiden välillä ilmenevät erot. Alueittain vertailtuna itsemur-

hakuolleisuus kertoo myös hoidon saavutettavuudesta ja saatavuudesta (4–7). Itsemurhavaaran tunnistaminen terveydenhuollossa on keskeinen osa itsemurhien ehkäisyä. Aiemman tiedon perusteella itsemurhaan kuolleista 40 % oli edeltäneen kuukauden aikana asioinut terveydenhuollossa, mutta itsemurha-ajatuksista oli vastaanotolla keskusteltu vain joka viiden kymmenen kanssa (8). Itsemurhavaaran tunnistaminen vaatii esitietojen selvittämistä ja potilaan tutkimista (9–11).

Selvitimme tällä tutkimuksella vuosien 2016–2018 itsemurhakuolemista, milloin henkilön viimeinen käynti terveydenhuollossa oli tapahtunut. Itsemurhan tapahtumapäivänä hoitosuhteessa olleiden henkilöiden osalta selvitimme heidän hoitopäivänsä viimeisen vuoden ajalta sekä viimeisen käyntisyyntä. Tutkimus valottaa, kuinka aktiivisen hoidon piirissä itsemurhaan kuolleet henkilöt olivat olleet ja millaisia alueellisia eroja heidän hoidossaan oli.

TAULUKKO 1. Vuosina 2016–2018 itsemurhaan kuolleilla vuosina 1996–2018 diagnosoidut mielenterveyden häiriöt (ICD-10).

	Yhteensä n = 2400	Miehet n = 1830	Naiset n = 570
Mielenterveyden häiriö	% (n)	% (n)	% (n)
Alkoholihäiriöt	29 (700)	29 (532)	30 (168)
Muut päihdehäiriöt	15 (365)	14 (259)	19 (106)
Psykoosit	17 (396)	15 (274)	21 (122)
Masennushäiriöt	45 (1075)	38 (697)	66 (378)
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	9 (219)	8 (145)	13 (74)
Muut mielialahäiriöt	8 (193)	7 (123)	12 (70)
Ahdistuneisuushäiriöt	28 (670)	23 (420)	44 (250)
Syömishäiriöt	11 (268)	9 (162)	19 (106)
Persoonallisuushäiriöt	11 (265)	8 (145)	21 (120)
Mielenterveyden häiriöiden komorbiditeetti ¹			
Diagnoosi yhdessä häiriöryhmässä	20 (475)	21 (376)	17 (99)
Diagnoosi kahdessa häiriöryhmässä	17 (403)	14 (262)	25 (141)
Diagnoosi kolmessa häiriöryhmässä	11 (269)	11 (203)	12 (66)
Diagnoosi neljässä tai useammassa häiriöryhmässä	17 (414)	14 (253)	28 (161)
Mikä tahansa mielenterveyden häiriö ²	71 (1700)	66 (1212)	86 (488)

¹Kuinka monessa yllä mainituissa yhdeksässä mielenterveyden häiriöiden ryhmässä henkilöllä on diagnoosi.

²Mikä tahansa ICD-10:n diagnoosikoodi F00–F99 (mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt).

Aineisto ja menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on oikeuslääkinnästä vastaava viranomainen Suomessa. Keräsimme vuosilta 2016–2018 THL:n oikeuslääkinnän tietojärjestelmästä jokaiselle henkilölle, jonka kuolintodistuksen kuolemanluokkana oli itsemurha, kuolintodistuksesta seuraavat tiedot: kuolinaika, viimeinen kotikunta, peruskuolemansyy, muut kuolemaan myötävaikuttaneet merkittävät sairaudet, vammat ja tilat sekä kuolinpaikka ja kunta, jossa kuolema tapahtui. Lisäksi keräsimme jokaiselle heistä oikeuslääketieteellisistä ruumiinavauspöytäkirjoista seuraavat tiedot: ikä ja sukupuoli. Tutkimus suoritettiin rekisteritutkimuksena rekisterinpitäjän luvalla (Dnro THL/2010/6.02.00/2018).

Näin muodostetun tutkimusaineiston jokaiselle tapaukselle tunnistimme vuosille 1996–2018 THL:n Hoitoilmoitusjärjestelmästä (Hilmo) sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon käynnit ja sairaalahoitajaksot alku- ja loppupäivämäärineen sekä Maailman terveysjärjestön (WHO) tautiluokituksen (ICD-10) tai perusterveydenhuollon kansainvälisen luokituksen (ICPC-2) mukaiset diagnoosikoodit.

Kullekin itsemurhaan kuolleelle laskettiin etäisyys (päiviä) itsemurhasta taaksepäin viimeiseen Hilmosta löytyvään käyntiin tai hoitajakson päivään. Itsemurhapäivänä tapahtuneet käynnit, jotka diagnoosikoodin perusteella viittasivat kuoleman toteamiseen, jätettiin aineistosta pois (**INTERNETOHEISAINIESTO**), ja näille henkilöille etsittiin sen sijaan sitä edeltänyt käynti. Itsemurhan etäisyys viimeisestä käynnistä tai hoitajaksosta luokiteltiin neljään luokkaan (0, 1–7, 8–30 ja 31 päivää tai enemmän), lisäksi sille laskettiin mediaani. Vaihtoehtoisesti käytettiin myös kuusiluokkaista muuttujaa (0, 1–7, 8–30, 31–90, 91–360 ja 361 päivää tai enemmän, **INTERNETOHEISAINIESTON TAULUKOT**).

Itsemurhapäivänä hoitokontaktissa olleille määriteltiin lisäksi hoitopäivien (päivä, jolloin ollut joko sairaalahoidossa tai käynyt terveydenhuollon avohoidossa) määrä ajanjaksoilla 1–7, 8–30 ja 31–360 päivää itsemurhasta taaksepäin

laskettuna, mikä vastaa läheteiden kiireellisyysluokitusta. Lisäksi viimeisen käynnin käyntisyys luokiteltiin seuraavasti: ”mielenterveys” (ICD-10 F-diagnosi tai ICPC-2 P-koodi), ”muu käyntisyys” ja ”ei kirjattua käyntisyysä”.

Tulokset esitämme prosentteina sukupuolen, ikäryhmän ja sairaanhoitopiiriin mukaan ristiintaulukoituina. Sukupuolten ja ikäryhmien väliset tilastolliset erot testasimme khiin neliö -testillä. Hoitopäivien määrien osalta raportoimme keskiarvot (keskihajonnat) sekä mediaanit (alakvartiilit ja yläkvartiilit) ja sukupuolten väliset erot testasimme ei-parametrisellä Mann–Whitneyn U-testillä muuttujien viannon tulosjakauman takia. Itsemurhakuolemien lukumäärän alueellista vertaamista varten lasimme ikä- ja sukupuolivakioidun itsemurhakuolleisuussuhteen sairaanhoitopiireissä koko Suomen väestöön verrattuna. Tilastollisessa analyysissä käytettiin epäsuoraa ikävakiointia, jossa lasketaan vakioväestön ikäryhmittäisillä kuolleisuusluvuilla, kuinka monta ihmistä kuolisi vakioitavassa väestössä. Tämän jälkeen odotettujen ja havaittujen kuolleiden lukumääriä verrataan toisiinsa. Tulokseksi saadaan epäsuorasti ikävakioitu kuolleisuussuhde (standardized mortality ratio). Sairaanhoitopiiriin kuolleisuussuhteen ja itsemurhaan kuolleiden viimeisen hoitokäynnin ajankohdan välille laskettiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin.

Tulokset

Aineistossamme on 2 400 itsemurhakuolemaa. Tässä käsittelemme niistä 2 371, koska 29 henkilöllä (1,2 %) ei ollut julkisissa terveydenhuollon palveluissa yhtään käyntiä vuosina 1996–2018. Hoidossa olleista 42 henkilöä (1,8 %) oli itsemurhapäivänään kirjoilla psykiatrisessa sairaalahoitossa. Itsemurhaan kuolleilla diagnosoidut elämän aikaiset mielenterveyden häiriöt olivat yleisiä (**TAULUKKO 1**). Mikä tahansa päihde-, mieliala- tai psykoottinen häiriö oli ollut 1 481 henkilöllä (62 %).

TAULUKOSSA 2 esitämme henkilön viimeisen terveydenhuollon käynnin ajallisen etäisyyden itsemurhasta ikäryhmittäin miehillä ja naisilla. Kahdella kolmasosalla (66 %) itsemurhaan kuolleista oli ollut käynti viimeisten 30 päi-

TAULUKKO 2. Viimeisen hoitokäynnin etäisyys itsemurhasta taaksepäin laskettuna miehillä ja naisilla ikäryhmittäin, prosenttia.

	n	0 pv	1–7 pv	8–30 pv	31–pv
Miehet yhteensä ¹	1 802	21	23	18	38
0–29 v	364	23	19	14	43
30–44 v	444	21	22	17	40
45–59 v	422	15	20	20	46
60–74 v	384	24	25	22	29
75–99 v	188	27	36	17	21
Naiset yhteensä ¹	569	22	32	22	24
0–29 v	147	18	33	22	27
30–44 v	98	21	36	17	26
45–59 v	149	24	28	26	23
60–74 v	121	22	38	17	23
75–99 v	54	26	22	32	20
Kaikki yhteensä ²	2 371	21	25	19	34
0–29 v	511	22	23	17	39
30–44 v	542	21	25	17	37
45–59 v	571	17	22	22	40
60–74 v	505	23	28	21	28
75–99 v	242	26	33	20	21

¹ Ero sukupuolten välillä (khiin neliö = 40,4; df = 3; p < 0,001).

² Ero ikäryhmien välillä (khiin neliö = 53,5; df = 12; p < 0,001).

vän aikana, vajaalla puolella (46 %) viimeisen viikon aikana ja joka viidennellä (21 %) itsemurhapäivänä. Viimeisistä käynneistä 61 % tapahtui avoterveydenhuollossa, 31 % erikoissairaanhoidossa ja 9 % oli sairaalahoitossa. Joka 12. itsemurhaan kuolleen (9 %) viimeisestä käynnistä oli kulunut yli vuosi (**INTERNET-OHEIS-AINEISTON TAULUKKO 1**).

Naisilla viimeinen käynti terveydenhuollossa ennen itsemurhaa oli toteutunut useammin viimeisen viikon tai viimeisen kuukauden aikana kuin miehillä (p < 0,001). Vanhemmissa ikäryhmissä (60-vuotiailla ja sitä vanhemmilla) viimeinen käynti oli ollut useammin viimeisen viikon aikana ja harvemmin yli kuukausi ennen itsemurhaa verrattuna nuorempiin ikäryhmiin. Erityisesti yli 74-vuotiailla miehillä (62 %) ja 60–74-vuotiailla naisilla (60 %) viimeinen

TAULUKKO 3. Viimeisen hoitokäynnin ajoittuminen ennen itsemurhaa luokiteltuna (prosenttiosuus) ja mediaanina (päiviä) sekä kuolleisuussuhde sairaanhoitopiireittäin.

	n	0 pv	1–7 pv	8–30 pv	31– pv	Mediaani	SMR
Koko maa	2 371	21	25	19	34	10,0	1,00
Ahvenanmaa	10	30	60	10	0	3,0	0,79
Etelä-Karjala	51	28	35	12	26	2,0	0,89
Etelä-Pohjanmaa	75	44	19	9	28	2,0	0,90
Etelä-Savo	57	23	26	18	33	9,0	1,27
Helsinki ja Uusimaa	595	16	28	20	36	12,0	0,86 ¹
Itä-Savo	25	8	20	40	32	14,0	1,34
Kainuu	49	33	12	31	25	9,0	1,50 ²
Kanta-Häme	75	24	13	21	41	17,0	1,01
Keski-Pohjanmaa	22	41	36	14	9	1,50	0,67 ³
Keski-Suomi	136	30	21	18	30	6,0	1,24 ⁴
Kymenlaakso	80	13	25	25	38	17,0	1,08
Lappi	53	40	8	11	42	13,0	1,02
Länsi-Pohja	45	18	36	13	33	6,0	1,68 ⁵
Pirkanmaa	203	17	23	18	43	18,0	0,89
Pohjois-Karjala	78	22	26	14	39	12,0	1,06
Pohjois-Pohjanmaa	199	35	16	18	32	7,00	1,17 ⁶
Pohjois-Savo	141	13	31	16	40	14,00	1,32 ⁷
Päijät-Häme	97	21	30	20	30	7,00	1,07
Satakunta	111	23	26	23	29	8,00	1,16
Vaasa	62	34	18	11	37	4,50	0,86
Varsinais-Suomi	198	9	32	27	33	14,00	0,95

SMR = standardized mortality ratio = ikä- ja sukupuolivakioitu kuolleisuussuhde koko maahan verrattuna.

¹95 %:n luottamusväli 0,79–0,92, $p < 0,001$.

²95 %:n luottamusväli 1,08–1,92, $p < 0,05$.

³95 %:n luottamusväli 0,39–0,96, $p < 0,05$.

⁴95 %:n luottamusväli 1,04–1,45, $p < 0,05$.

⁵95 %:n luottamusväli 1,19–2,17, $p < 0,01$.

⁶95 %:n luottamusväli 1,01–1,33, $p < 0,05$.

⁷95 %:n luottamusväli 1,10–1,54, $p < 0,05$.

käynti oli ollut joko itsemurhapäivänä tai sitä edeltäneen viikon aikana. Sitä vastoin se, että viimeinen käynti oli ollut yli vuosi ennen itsemurhaa, oli tavallisinta alle 30-vuotiailla miehillä (14 %) ja 45–59-vuotiailla naisilla (5 %). Koko aineiston tasolla ikäryhmien väliset erot olivat merkitseviä ($p < 0,001$).

TAULUKOSSA 3 esitämme sairaanhoitopiireittäin viimeisen käynnin ajallisen etäisyyden itsemurhasta. Se, että viimeinen käynti oli ollut itsemurhapäivänä, oli tavallisinta Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan, Lapin, Pohjois-Pohjanmaan, Vaasan sekä Kainuun sairaanhoitopiireissä. Harvinaisinta se oli Itä-Savon,

Varsinais-Suomen, Kymenlaakson, Pohjois-Savon sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä. Ahvenmaan maakunnassa (90 %) ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä suurin osa (77 %) itsemurhaan kuolleista oli käynyt terveydenhuollossa viimeisen viikon aikana ja heistä kaikki itsemurhaa edeltäneen vuoden aikana (**INTERNET-OHEISAINESTON TAULUKKO 2**). Lisäksi **TAULUKOSSA 3** esitämme koko maahan verrattuna lasketun ikä- ja sukupuolivakioitun itsemurhakuolleisuussuhteen. Kun viimeisen käynnin mediaani oli alle kuusi päivää, sairaanhoitopiirin itsemurhakuolleisuussuhde oli alle 1. Tästä oli kolme poikkeusta, joista vain

TAULUKKO 4. Itsemurhapäivänään hoitosuhteessa olleiden hoitopäivät¹ itsemurhaa edeltäneen vuoden aikana miehillä ja naisilla, päiviä.

Ajanjaksolla ennen itsemurhaa	n	keskiarvo (keskihajonta)	mediaani (ala–yläkvartiili)
Yhteensä	505		
1–7 pv		2,1 (2,6)	1,0 (0,0–3,0)
8–30 pv		5,5 (7,8)	2,0 (0,0–8,0)
31–360 pv		46,5 (69,9)	17,0 (4,0–60,5)
Miehet	381		
1–7 pv		1,9 (2,6)	1,0 (0,0–3,0)*
8–30 pv		4,9 (7,6)	1,0 (0,0–5,0)*
31–360 pv		43,3 (70,3)	13,0 (4,0–49,5)*
Naiset	124		
1–7 pv		2,6 (2,6)	2,0 (0,3–4,8)*
8–30 pv		7,3 (8,0)	4,0 (1,0–12,0)*
31–360 pv		56,2 (67,9)	30,5 (12,0–81,3)*

¹Päivä, jolloin ollut joko sairaalahoitossa tai käynyt terveydenhuollon avohoidossa.

*Sukupuolten välinen ero kyseisellä ajanjaksolla ($p < 0,001$).

TAULUKKO 5. Itsemurhapäivänään hoitosuhteessa olleiden viimeisen terveydenhuollon hoitokontaktin käynti-syy miehillä ja naisilla, prosenttia.

	Mielenterveys ¹	Muu käyntisyys	Ei kirjattua käyntisyytä	Yhteensä
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Yhteensä	17 (87)	32 (159)	51 (259)	100 (505)
Miehet ²	15 (56)	30 (116)	55 (209)	100 (381)
Naiset ²	25 (31)	35 (43)	40 (50)	100 (124)

¹ICD-10 F-diagnosi tai ICPC-2 P-koodi.

²Ero sukupuolten välillä (khiin neliö = 10,1; $df = 2$; $p = 0,006$).

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (mediaani 12 päivää) itsemurhakuolleisuus-suhde oli merkitsevästi koko maata pienempi. Mitä suurempi osuus sairaanhoitopiirissä itsemurhaan kuolleiden viimeisistä käynneistä oli aikavälillä 8–30 päivää ennen kuolemaa, sitä suurempi sairaanhoitopiirin ikä- ja sukupuoli-vakioitu itsemurhakuolleisuussuhde oli (Spearmanin korrelaatiokerroin = 0,43, $p < 0,05$).

Itsemurhaan kuolleista 505 (21 %) oli itsemurhapäivänään hoitosuhteessa terveydenhuoltoon (TAULUKKO 4). Pois lukien itsemurhapäivä he olivat viimeisen viikon aikana olleet keskimäärin kahtena päivänä joko sairaalahoitossa tai käyneet avohoidon vastaanotolla. Naisilla esiintyi näitä hoitopäiviä enemmän kuin miehillä, ja nämä erot olivat merkitseviä kaikille tarkastelujaksoille ($p < 0,001$).

Itsemurhapäivänään hoitosuhteessa olleista yli puolelle (51 %) ei ollut kirjattu syytä

viimeiselle käynnille (TAULUKKO 5). Tämä oli yleisempää miehille kuin naisille. Sitä vastoin naisille oli kirjattu miehiä useammin joko ”muu käyntisyys” tai erityisesti mielenterveyteen liittyvä käyntisyys. Luokiteltuina nämä kolme käyntisyytä (mielenterveys, muu, ei kirjausta) jakautuivat miesten ja naisten välillä eri lailla ($p = 0,006$).

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkastelimme, milloin itsemurhaan kuollut henkilö oli viimeisen kerran käynyt terveydenhuollon vastaanotolla. Heistä valtaosalla viimeinen käynti oli ollut itsemurhaa edeltäneen kuukauden ja lähes joka toisella edeltäneen viikon aikana. Joka viides oli asioinut terveydenhuollossa itsemurhapäivänään.

Koko maata tarkasteltaessa yleisintä oli se, että itsemurhaan kuollut oli käynyt vastaan-

Ydinasiat

- ▶ Itsemurhaan kuolleista terveydenhuollon viimeinen käynti oli 21 %:lla ollut kuolinpäivänä.
- ▶ Yli puolelle heistä ei ollut kirjattu syytä viimeiselle käynnille.
- ▶ Kuolinpäivää edeltäneen viikon kuluessa he olivat olleet hoidettavana keskimäärin kahtena päivänä.

otolla viimeisen kerran kuolemaansa edeltäneellä viikolla. Sairaanhoidopiireittäin tarkasteltuna Suomessa on aiemmin havaittu huomattavaa vaihtelua itsemurhakuolleisuudessa (12), ja nyt tämän tutkimuksemme perusteella myös itsemurhaa edeltäneen asioinnin ajankohdassa. Vain vajaalle puolelle itsemurhapäivänä hoitokontaktissa olleista oli kirjattu käynnin syy, mikä on selvästi vähemmän kuin perusterveydenhuollon avosairanhoidon vastaanotoilla keskimäärin (hoitajat 59 %, lääkärit 71 %) kirjataan (13). Aineistomme kattoi kuitenkin kaikki perusterveydenhuollon palvelumuodot. Viimeinen käynti itsemurhapäivänä saattaa kertoa ongelmista itsemurhavaaran arvioimisessa ja viimeinen käynti kauan ennen itsemurhakuolemaa hoitoon hakeutumisessa. Naiset hakevat hoitoa eri lailla kuin miehet, samoin ikäryhmien väliset erot ovat merkitseviä, ja nämä seikat ilmenivät myös tutkimuksemme aineistossa.

Suomessa vuosina 1987–1988 itsemurhaan kuolleista valtaosalla (yli 90 %:lla) oli diagnosoitavissa mielenterveyden häiriö, useimmiten masennushäiriö tai alkoholipäihdehäiriö eli alkoholin haitallinen käyttö tai alkoholiriippuvuus (14–16). Heistä lähes puolella oli ollut myös vähintään yksi kliinistä huomiota vaativa elimellinen sairaus ja vain 12 % pelkästään yksi mielenterveyden häiriö ilman samanaikaisia psykiatrisia tai muita sairauksia (14). Tutkimukssamme osoitimme, että itsemurhaan kuolleista 71 %:lle oli kirjattu psykiatrinen diagnoosi julkisessa terveydenhuollossa. Siten itsemurhaan kuolleet ovat usein sairastaneet mielenterveyden häiriötä, mutta myös saman-

aikaiset ja kliinistä huomiota vaativat elimelliset sairaudet ovat heillä olleet tavallisia.

Tutkimuksia viimeisen terveydenhuollon käynnin ajoittumisesta on vähän. Aikaisemmassa kotimaisessa tutkimuksessa viimeinen terveydenhuollon käynti 1980-luvulla itsemurhaan kuolleista oli tapahtunut 41 %:lla viimeisen kuukauden kuluessa, 7 %:lla kuolinpäivänä ja 19 %:lla 1–7 päivää ennen kuolemaa (8). Tutkimuksemme osoittaa, että 2010-luvun Suomessa itsemurhaan kuolleista terveydenhuollon viimeinen käynti oli vastaavasti ollut 65 %:lla viimeisen kuukauden aikana, 21 % kuolinpäivänä ja 25 %:lla 1–7 päivää ennen kuolemaa. Vaikka nämä osuudet olivat nyt suuremmat, on muistettava, että Suomessa itsemurhakuolleisuus oli 2,2-kertaisesti suurempi vuonna 1988 kuin vuonna 2019 ja että lääkärimäärä on kasvanut ja palvelujärjestelmä muuttunut 30 vuoden kuluessa.

Huolestuttavaa kuitenkin on, että viimeisen hoitokäynnin ajoittumisessa oli huomattavan suurta vaihtelua sairaanhoidopiireittäin. Viimeisen käynnin alle kuuden päivän mediaani osoitti koko maata pienempää itsemurhakuolleisuussuhdetta. Kun tarkastelimme erityisesti aikaväliä 8–30 päivää (vastaa lähetteen kiireellisyysluokkaa 2), mitä suurempi viimeisten käyntien osuus oli, sitä suurempi sairaanhoidopiiriin ikä- ja sukupuolivakioitu itsemurhakuolleisuussuhde oli. Tämä viittaa siihen, että itsemurhavaaran toteamisen jälkeen käyntejä terveydenhuoltoon tulisi tihentää viikoittaisiksi vaaran pienentämiseksi.

Tuloksemme voivat tarkoittaa sitä, että hoitoon hakeutuminen on yleistynyt mutta että vastaanotolla on itsemurhavaaran tunnistamisessa ja lievittämisessä edelleen ongelmia. Tämä näyttäisi korostuvan erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä. Aiemman tutkimuksen mukaan itsetuhoisuudesta oli keskusteltu joka viidennen potilaan kanssa, jotka olivat asioineet terveydenhuollon vastaanotolla itsemurhakuolemaansa edeltäneen kuukauden aikana (8). Tutkimuksemme ei anna uutta tietoa siitä, oliko vastaanotolla keskusteltu itsetuhoisuudesta ja jos tästä oli keskusteltu, niin mitä toimenpiteitä siitä oli seurannut. Tämä asia ei selviä tilastotiedoista käsin, vaan se vaatii edelleen

sairauskertomusmerkintöihin perehtymistä.

Tutkimustamme rajoittaa lisäksi se, että diagnoosien kirjaamisen kattavuus perusterveydenhuollon käynneillä oli pieni. Myöskään yksityisen terveydenhuollon avohoitokäynnit eivät sisällyneet tutkimusaineistoon, mikä on voinut vaikuttaa tuloksiin niissä sairaanhoitopiireissä, joissa on runsaasti yksityisiä työterveydenhuolto- ja psykoterapiapalveluita. Potilastietojärjestelmien kehittäminen muun muassa sisältöä analysoivan tekoälyn avulla voinee tulevaisuudessa nopeuttaa itsemurhavaaran tunnistamista ja mahdollistaa sairauskertomustietoihin perustuvan varoitusjärjestelmän luomisen.

Lopuksi

Monet länsimaat Suomi mukaan lukien ovat viime vuosina aloittaneet itsemurhien ehkäisyohjelmia, joissa tiedossa olevia ehkäisykeinoja otetaan suunnitellusti käyttöön. Tämän myötä on maassammekin kiinnitetty aiempaa enemmän huomiota itsemurhien ehkäisyyn (17). Itsemurhavaaran tunnistamisen tehostamista pidetään keskeisenä tavoitteena. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito Käypä hoito -suosituksen tarkoituksena on parantaa terveydenhuollon valmiuksia tunnistaa ja osata toimia itsetuhoisen henkilön auttamiseksi (18). Suositus myös ohjeistaa itsemurhaa

yrittäneen arviointia ja hoitoa sen perusteella, mitä tiedämme terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta. Tutkimustietoon perustuvaa näyttöä vaikuttavasta itsemurhien ehkäisytyöstä on kuitenkin vielä rajallisesti (19).

Perustason terveydenhuollon henkilöstön koulutus on käytännössä keskeistä, jotta itsetuhoikäyttytymisen tunnistamista voidaan tehostaa. Tätä työtä on Suomessa tehty laajamittaisesti paitsi osana valtakunnallista itsemurhien ehkäisyprojektia vuosina 1992–1996, myös viime vuosina osana kansallista itsemurhien ehkäisyohjelmaa (20,21). Erikoissairanhoidosakin tarvitaan edelleen uusia keinoja potilaan itsemurhavaaran arvioinnin kohentamiseksi. Esimerkiksi Tanskassa on luotu käytännöksi kotikäynti sairaalasta kotiutumista seuraavan viikon kuluessa (22). Tutkimustietoa terveydenhuollon ja ensihoidon henkilöstön kouluttamisesta itsemurhakuolemien estämiseen tarvitaan kuitenkin lisää.

Käypä hoito -suositus pyrkii myös lisäämään tietoa siitä, mitä jokainen meistä voi tehdä ja miten voimme ohjata henkilön saamaan asianmukaista hoitoa, kun hän kertoo itsemurha-ajatuksesta (18). Tätä päämäärää auttaa osaltaan myös THL:n verkkokoulu itsemurhien ehkäisystä, joka on maksutta avoin kaikille asiasta kiinnostuneille ja räätälöitävissä eri ammattiryhmille (23). ■

TIMO PARTONEN, LT, psykiatrian erikoislääkäri, psykiatrian dosentti, tutkimusprofessori

MARJUT GRAINGER, ATK-suunnittelija, erikoissuunnittelija

OLLI KIVIRUUSU, VTT (sosiaalipsykologia), mielenterveyden tutkimuksen dosentti, tutkimuspäällikkö

JAANA SUVISAARI, LT, psykiatrian erikoislääkäri, sosiaalipsykiatrian dosentti, tutkimusprofessori
THL, Hyvinvointivaikuttajat, Yhdenvertaisuus, Mielenterveys

VASTUUTOIMITTAJA
Annikka Kalliokoski

SIDONNAISUUDET

Timo Partonen: Luottamustoimet (Suomen Psykiatriyhdistyksen Lääkehoidon ja biologisen psykiatrian työryhmä), hankkeet (Kansallinen itsemurhien ehkäisytyötä koordinoiva verkosto), muut sidonnaisuudet (Oriola, Orion)

Marjut Grainger: Ei sidonnaisuuksia

Olli Kiviruusu: Apuraha (Juho Vainion säätiö)

Jaana Suvisaari: Apuraha (Suomen Akatemia, Sigrid Juseliuksen säätiö, Suomen Kulttuurirahasto, Gyllenbergin säätiö), hankkeet (Mielenterveysstrategian valmistelun ohjaus- ja asiantuntijaryhmien jäsen (STM))

KIRJALLISUUTTA

1. Holopainen J, Helama S, Björkenstam C, ym. Variation and seasonal patterns of suicide mortality in Finland and Sweden since the 1750s. *Environ Health Prev Med* 2013;18:494–501.
2. Saelan T. Om selfmordet i Finland i statistiskt och rättsmedicinskt afseende. *Academisk afhandling*. Helsinki: Kejsarliga Alexanders-Universitetet 1864.
3. Holopainen J, Helama S, Partonen T. Suomalainen itsemurhakuolleisuus 1950–2009 eurooppalaisessa vertailussa. *Duodecim* 2014;130:1536–44.
4. Tondo L, Albert MJ, Baldessarini RJ. Suicide rates in relation to health care access in the United States: an ecological study. *J Clin Psychiatry* 2006;67:517–23.
5. Pirkola S, Sund R, Sailas E, ym. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 2009;373:147–53.
6. Thibodeau L, Rahme E, Lachaud J, ym. Individual, programmatic and systemic indicators of the quality of mental health care using a large health administrative database: an avenue for preventing suicide mortality. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* 2018;38:295–304.
7. Roškar S, Sedlar N, Furman L, ym. Association of selected area-level indicators with suicide mortality in Slovenian municipalities. *Crisis* 2021;42:441–7.
8. Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, ym. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry* 1995;152:919–22.
9. Tahvanainen M, Riipinen P, Jääskeläinen E, ym. Miten itsemurhariskiä voidaan arvioida? *Duodecim* 2021;137:925–32.
10. Solin P, Partonen T. Tunnista itsemurhan vaara! *Duodecim* 2017;133:1405–10.
11. Suominen K, Valtonen H. Itsetuhoisen potilaan arviointi. *Duodecim* 2013;129:881–5.
12. Partonen T, Eklin A, Grainger M, ym. Itsemurhat Suomessa 2016–2018. Oikeuslääketieteellinen tutkimus. Raportti 3/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.
13. Hauhio N, Puroharju T, Mölläri K. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisytyt vuonna 2020: verenpainetauti, ylähengitystieinfektiot ja selkäsärky olivat edelleen yleisimmät käyntisytyt lääkärin vastaanotolla. Tilastoraportti 12/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021042820667>
14. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, ym. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993;150:935–40.
15. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, ym. Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:834–9.
16. Henriksson MM, Marttunen MJ, Isometsä ET, ym. Mental disorders in elderly suicide. *Int Psychogeriatr* 1995;7:275–86.
17. Vorma H, Rotko T, Larivaara M, ym, toim. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162053>.
18. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020 [julkaistu 7.1.2020]. www.kaypahoito.fi.
19. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *Am J Psychiatry* 2021;178:611–24.
20. Upanne M, Hakanen J, Rautava M. Voiko itsemurhan ehkäistä? Itsemurhien ehkäisyprojekti Suomessa 1992–96: toteutus ja arviointi. Raportteja 227. Helsinki: Stakes 1999.
21. Solin P, Tamminen N, Partonen T. Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals. *Scand J Prim Health Care* 2021;39:332–8.
22. Madsen T, Egilsdottir E, Damgaard C, ym. Assessment of suicide risks during the first week immediately after discharge from psychiatric inpatient facility. *Front Psychiatry* 2021;12:643303.
23. Itsemurhien ehkäisy. Verkkokoulu. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020. <https://thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/verkkokoulu>.