

Timo Partonen, Marjut Grainger, Teemu Vauhkonen, Olli Kiviruu, Tiina Talaslahti ja Jaana Suvisaari

Ikääntyneiden itsetuhoisuus tunnistetaan harvoin perusterveydenhuollossa

Ikääntyneiden itsemurhakuolemia edeltäneet hoitokäynnit Suomessa vuosina 2016–2021

TAUSTA. Suomessa vuosina 2016–2021 itsemurhakuolemien lukumäärä suureni iäkkäiden osalta. Tämä antoi aiheen selvittää hyvinvointialueittain 65 vuotta täyttäneiden itsemurhakuolemaan liittyviä tekijöitä. **AINEISTO JA MENETELMÄT.** Analysoimme vuosien 2016–2021 itsemurhakuolemista THL:n oikeuslääkintäyksikön tietojärjestelmästä kuolemaan myötävaikuttaneet sairaudet ja hoitoilmoitusrekisteristä viimeisen hoitokäynnin ajankohdan käyntisyineen sekä näistä sukupuolen ja hyvinvointialueen mukaan ilmenevät erot 65 vuotta täyttäneiden osalta verrattuna heitä nuorempiin.

TULOKSET. Itsemurhakuolemaansa edeltäneen kuukauden aikana 65 vuotta täyttäneet olivat asuinpaikastaan riippumatta käyttäneet terveyspalveluita mielenterveyssyistä tilastollisesti merkitsevästi harvemmin mutta muista syistä useammin kuin heitä nuoremmat. Naiset olivat käyttäneet terveyspalveluja miehiä useammin. Terveystenhuollon hoitokontaktit viimeisen kuukauden aikana yleistyivät seuranta-aikana. Palvelujen käytössä todettiin merkitseviä eroja hyvinvointialueiden välillä.

PÄÄTELMÄT. Iäkkäiden hoitokäynnit mielenterveyssyistä ennen itsemurhakuolemaa olivat perusterveydenhuollossa harvinaisia. Iäkkäiden itsetuhoisuutta on seulottava nykyistä aktiivisemmin.

Itsemurhakuolemat vähenivät Suomessa tilastollisesti merkitsevästi vuodesta 2016 vuoteen 2021 (1). Tästä huolimatta itsemurhakuolleisuus on pysynyt suhteellisen suurena, kun sitä verrataan EU:n jäsenmaiden keskiarvoon (2). Luotettavaa vertailua tosin haittaa maiden toisistaan poikkeava menettely kuolemansyyn selvittämiseksi. Vuosina 2016–2018 Suomessa itsemurhaan kuolleista kaksi kolmesta oli asioinut terveydenhuollon vastaanotolla itsemurhakuolemaansa edeltäneen kuukauden aikana (3). Tämä luo vastaanotoille hoitopaikasta riippumatta mahdollisuuden tunnistaa itsemurhavaara ja tarjota siihen apua.

Vastaanotolla olisi vältettävä kiireen tuntua ja kysymystulvaa. Silti lyhyessäkin ajassa olisi voitava arvioida itsetuhoisuutta. Etenkin iäkkäiden itsetuhoisuuden arvioiminen voi olla vaikeaa, mutta osaamista voidaan tässäkin asiassa lisätä (4). Arvioinnin jälkeen on huolehdittava tur-

vasuunnitelmasta ja tarvittavan hoidon järjestämisestä. Hoidon saavutettavuudessa ja saataavuudessa saattaa kuitenkin maamme eri alueilla olla huomattavia eroja. Nykyistä täsmällisempi tieto mahdollisista merkittävistä eroista alueittain on avuksi hoidon suunnittelussa ja sen toteutumista seurattaessa.

Tutkimuksellamme selvitimme, miten suuri osa itsemurhaan vuosina 2016–2021 kuolleista oli käynyt terveydenhuollossa viimeksi kuluksen kuukauden ja vuoden aikana joko mielenterveyssyistä tai muista syistä. Tarkastelimme myös kuolintodistukseen kirjattuja kuolemaan myötävaikuttaneita merkittäviä sairauksia. Kiinnitimme erityistä huomiota 65 vuotta täyttäneisiin, koska vuosina 2016–2021 iäkkäimpien henkilöiden itsemurhakuolemien lukumäärä suureni, mikä oli vastoin yleistä itsemurhakuolemien lukumäärän tilastollisesti merkitsevää pienenemistä (1).

Tutkimuksemme valottaa myös itsemurhien ehkäisytyön mahdollisuuksia maassamme. Tutkimme, olivatko itsemurhaan kuolleet olleet mielenterveysperusteisesti hoitokontaktissa kuolemaa edeltäneen kuukauden aikana ja oliko heidän hoitoon hakeutumisessaan eroa hyvinvointialueittain tarkasteltuna.

Aineisto ja menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on oikeuslääkinnästä vastaava viranomaisena Suomessa. Keräsimme vuosilta 2016–2021 THL:n oikeuslääkinnän tietojärjestelmästä jokaiselle henkilölle, jonka kuolintodistuksen kuolemanluokkana oli itsemurha, kuolintodistuksesta seuraavat tiedot: kuolintaika, viimeinen kotikunta, peruskuolemansyy, muut kuolemaan myötävaikuttaneet merkittävät sairaudet, vammat ja tilat sekä kuolinpaikka ja kunta, jossa kuolema tapahtui. Keräsimme jokaiselle heistä lisäksi oikeuslääketieteellisistä ruumiinavauspöytäkirjoista tiedon henkilön sukupuolesta ja iästä sekä itsemurhan tekotavasta. Tilastokeskuksen väestötietoihin perustuen laskimme itsemurhakuolemien ilmaantuvuuden 100 000 henkilöä kohden sukupuolen mukaan alle 65-vuotiaille ja vähintään 65-vuotiaille sekä paikansimme tämän tiedon nykyisiä hyvinvointialueita vastaaville alueille.

Näin muodostetun tutkimusaineiston jokaiselle tapaukselle tunnistimme vuosille 1996–2021 THL:n Hoitoilmoitusjärjestelmästä (Hilmo) perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käynnit ja hoitokäynnit alkuperäis- ja loppupäivämäärineen sekä niiden WHO:n tautiluokituksen (ICD-10) tai perusterveydenhuollon kansainvälisen luokituksen (ICPC-2) mukaiset päädiagnoosin ja sivudiagnoosien koodit. Laskimme jokaisen itsemurhaan kuolleen osalta, montako päivää oli kulunut itsemurhakuolemaa edeltäneestä hoitokäynnistä tai hoitokäynnistä. Havainnollistamme asiaa esittämällä **INTERNETTAULUKOISSA 1** ja **2** itsemurhakuolemaa edeltäneen hoitokäynnin viisi yleisintä diagnoosia ajalle 1–7 päivää (vastaa kiireellisyysluokkaa 1) ja 8–30 päivää (vastaa kiireellisyysluokkaa 2) ennen kuolemaa.

Itsemurhakuolemaa edeltänyttä hoitokäyntiä selittävään mallinnukseen käytimme lineaarista

regressiota, jota tässä tutkimuksessa käytettävien dikotomisten vasteiden tapauksessa kutsutaan lineaariseksi todennäköisyysmalliksi (5). Se soveltuu hyvin tilanteisiin, joissa selittävät muuttujat eivät ole jatkuvia (6). Tällöin mallinetaan diskreettejä todennäköisyyksiä, jotka liittyvät selittävän muuttujan kahteen luokkaan, ja mallinnus voidaan toteuttaa yhtä hyvin kuin dikotomisten vasteiden tapauksessa useimmiten käytetyllä logistisella regressiolla (7).

Vasteina käytimme tietoa siitä, oliko itsemurhaan kuolleella ollut mielenterveysperusteinen tai mikä tahansa terveydenhuollon hoitokäynti itsemurhakuolemaansa edeltäneen kuukauden aikana. Selittävinä muuttujina olivat sukupuoli, ikä, kuolinvuosi ja viimeinen kotikunta. Iän mukaan luokittelimme henkilöt joko alle 65-vuotiaisiin (mukaan lukien alaikäiset henkilöt) tai 65 vuotta täyttäneisiin. Kotikunnat paikannettiin hyvinvointialueisiin, joten selittävänä muuttujana oli hyvinvointialue. Hyvinvointialueiden välisessä tilastollisessa tarkastelussa vertailukohdaksi otimme Päijät-Hämeen hyvinvointialueen.

Tulokset

Kuvailemme aineistomme **TAULUKOSSA 1**. Itsemurhakuolemien ilmaantuvuudessa ja itsemurhakuolemien prosentiosuuksissa vuosina 2016–2021 ositettuna sukupuolen mukaan alle 65-vuotiailla ja vähintään 65-vuotiailla oli hyvinvointialueittain huomattavia eroja (**INTERNETKUVAT 1** ja **2**). Tästä huolimatta itsemurhaan kuolleista vähintään 65-vuotiaat olivat asuinpaikastaan riippumatta käyttäneet terveyspalveluita mielenterveyssyistä kahdeksan prosenttiyksikköä epätodennäköisemmin (**TAULUKON 2** malli 2, $p < 0,001$) mutta mistä tahansa syystä yhdeksän prosenttiyksikköä todennäköisemmin kuin alle 65-vuotiaat (**TAULUKON 2** malli 4, $p < 0,001$) itsemurhaansa edeltäneen kuukauden aikana. Itsemurhaan alle 65-vuotiaana kuolleilla oli terveydenhuollon käyntisyyntään viimeksi kuluneen elinvuotensa aikana ollut diagnosoitu mielenterveyshäiriö useammin kuin heitä vanhemmilla (**INTERNETTAULUKOT 3** ja **4**).

Itsemurhaansa edeltäneen kuukauden aikana naiset olivat asuinpaikastaan riippumatta olleet

TAULUKKO 1. Mielenterveyshäiriön takia toteutunut tai mikä tahansa hoitokontakti terveydenhuoltoon itsemurhakuolemaa edeltäneen kuukauden aikana sukupuolen, iän, kuolinvuoden ja hyvinvointialueen mukaan vuosina 2016–2021.

Taustatekijät		n	Mielenterveys	Kaikki hoitokontaktit
Sukupuoli	Mies	3 407	24 %	50 %
	Nainen	1 149	38 %	65 %
	Yhteensä	4 556	28 %	54 %
Ikä	< 65 vuotta	3 507	30 %	52 %
	≥ 65 vuotta	1 049	22 %	60 %
	Yhteensä	4 556	28 %	54 %
Kuolinvuosi	2016	776	25 %	50 %
	2017	821	30 %	54 %
	2018	795	24 %	53 %
	2019	729	25 %	51 %
	2020	711	30 %	57 %
	2021	724	32 %	61 %
	Yhteensä	4 556	28 %	54 %
Hyvinvointialue	Ahvenanmaa	14	36 %	43 %
	Etelä-Karjala	109	32 %	59 %
	Etelä-Pohjanmaa	152	30 %	45 %
	Etelä-Savo	160	25 %	61 %
	Helsingin kaupunki	469	32 %	61 %
	Itä-Uusimaa	63	24 %	51 %
	Kainuu	91	28 %	52 %
	Kanta-Häme	153	20 %	44 %
	Keski-Pohjanmaa	41	32 %	73 %
	Keski-Suomi	258	32 %	61 %
	Keski-Uusimaa	162	32 %	57 %
	Kymenlaakso	147	20 %	52 %
	Länsi-Uusimaa	310	32 %	54 %
	Lappi	185	21 %	46 %
	Päijät-Häme	186	34 %	60 %
	Pirkanmaa	394	24 %	49 %
	Pohjanmaa	118	23 %	37 %
	Pohjois-Karjala	145	28 %	51 %
	Pohjois-Pohjanmaa	395	22 %	43 %
	Pohjois-Savo	243	27 %	59 %
	Satakunta	197	31 %	56 %
	Vantaan ja Kerava	174	30 %	59 %
	Varsinais-Suomi	390	27 %	61 %
Yhteensä	4 556	28 %	54 %	

Ydinasiat

- ▶ Vähintään 65-vuotiaat olivat itsemurhakuolemaansa edeltäneen kuukauden aikana käyttäneet terveyspalveluita mielenterveysyryistä harvemmin mutta muista syistä useammin kuin heitä nuoremat.
- ▶ Asuinpaikka ei selittänyt tätä eroa 65 vuotta täyttäneiden ja heitä nuorempien välillä.
- ▶ Itsetuhoisuutta ei ilmeisesti tunnista tai rutiinimaisesti arvioida 65 vuotta täyttäneiden hoidossa.

miehiä 13 prosenttiyksikköä todennäköisemmin hoitokontaktissa mielenterveyshäiriönsä takia (TAULUKON 2 malli 2, $p < 0,001$) ja 14 % todennäköisemmin mistä tahansa syystä (TAULUKON 2 malli 4, $p < 0,001$). Alle 65-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden naisten välillä ei havaittu merkitsevää eroa siinä, miten usein he olivat olleet hoitokontaktissa (INTERNETTAULUKOT 5–8). Yleisimmät syyt käyntiin erikoissairaanhoidon vastaanotoilla 8–30 päivää ennen itsemurhakuolemaa olivat naisten osalta alle 65-vuotiaana depressio, 65–79-vuotiaana dyslipidemia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä 80 vuotta täyttäneillä huonovointisuus ja väsymys, vatsa- ja lantiokipu sekä lonkan nivelrikko (INTERNETTAULUKKO 1).

Itsemurhaan alle 65-vuotiaana kuolleet miehet olivat viimeisen elinkuukautensa aikana olleet hoidettavina mielenterveyshäiriönsä takia useammin mutta mistä tahansa syystä harvemmin kuin 65 vuotta täyttäneet miehet (INTERNETTAULUKOT 5–8). Yleisimmät syyt käyntiin erikoissairaanhoidon vastaanotoilla 8–30 päivää ennen itsemurhakuolemaa olivat miesten osalta alle 65-vuotiaana psykoosi, depressio ja opioidiriippuvuus, 65–79-vuotiaana dementia, diabetes ja depressio sekä 80 vuotta täyttäneillä dementia, hengenahdistus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö (INTERNETTAULUKKO 1).

Yleisimmät syyt käyntiin erikoissairaanhoidon vastaanotoilla 1–7 päivää ennen itsemurhakuolemaa olivat sekä naisilla että mie-

hillä depressio, psykoosi, diabetes ja dementia (INTERNETTAULUKKO 1). Poikkeuksena olivat 65–79-vuotiaat naiset, sillä yleisimmät heille merkityt käyntisyistä olivat dyslipidemia, pitkäaikainen kipuoireyhtymä ja kaksisuuntainen mielialahäiriö.

Ennen itsemurhakuolemaa kaksi yleisintä viimeiselle käynnille merkittyä käyntisyistä perusterveydenhuollon vastaanotoilla, paria poikkeusta lukuun ottamatta, olivat määrittämätön toiminnanvajaus ja terveyden ylläpito tai sairauden ehkäisy (INTERNETTAULUKKO 2).

Verrattuna vuoteen 2016 itsemurhaan kuolleet olivat asuinpaikastaan riippumatta olleet vuonna 2021 mielenterveysyryistä 6 % todennäköisemmin (TAULUKON 2 malli 2, $p < 0,01$) ja mistä tahansa syystä 10 % todennäköisemmin (TAULUKON 2 malli 4, $p < 0,001$) hoitokontaktissa itsemurhaansa edeltäneen kuukauden aikana. Sekä mielenterveysperustaisissa hoitokäynneissä että mistä tahansa syystä toteutuneissa hoitokäynneissä oli hyvinvointialueiden välillä kuitenkin tilastollisesti merkitseviä eroja, eikä sukupuolen, iän ja kuolinvuoden vakiointi vaikuttanut näihin tuloksiin (TAULUKKO 3).

Pohdinta

Itsemurhaan kuolleiden hoitokäynneissä havaittiin eroja ikäryhmän, sukupuolen ja kuolinvuoden mukaan. Itsemurhaan kuolleista 65 vuotta täyttäneet olivat käyttäneet terveyspalveluita mielenterveysyryistä epätodennäköisemmin mutta mistä tahansa syystä todennäköisemmin kuin alle 65-vuotiaat. Itsemurhaansa edeltäneen kuukauden aikana naiset olivat asuinpaikastaan riippumatta olleet miehiä todennäköisemmin hoitokontaktissa sekä mielenterveyshäiriönsä vuoksi että mistä tahansa syystä. Vuonna 2021 itsemurhaan kuolleet kokonaisuudessaan olivat asuinpaikastaan riippumatta olleet niin mielenterveysyryistä kuin mistä tahansa syystä todennäköisemmin hoitokontaktissa kuolemaansa edeltäneen kuukauden aikana verrattuna vuonna 2016 itsemurhaan kuolleisiin.

Erityistasolla ilmeisesti tunnistetaan alle 65-vuotiaiden mielenterveyshäiriöt ongelmitta itsemurhakuolemaa edeltäneen kuukauden ku-

TAULUKKO 2. Itsemurhaan kuolleiden sukupuolen, iän ja kuolinvuoden sekä kaksiluokkaisten selitettävien muuttujien mallinnus, onko henkilöllä ollut mielenterveyshäiriön takia toteutunut tai mikä tahansa hoitokontakti terveydenhuoltoon itsemurhakuolemaansa edeltäneen kuukauden aikana vuosina 2016–2021.

Taustatekijät	Malli 1 Mielenterveys	Malli 2 ¹ Mielenterveys	Malli 3 Kaikki kontaktit	Malli 4 ¹ Kaikki kontaktit
Sukupuoli				
Nainen	0,131 ⁴ (0,015)	0,130 ⁴ (0,015)	0,146 ⁴ (0,017)	0,140 ⁴ (0,017)
Ikä				
≥ 65 vuotta	-0,075 ⁴ (0,016)	-0,077 ⁴ (0,016)	0,089 ⁴ (0,017)	0,086 ⁴ (0,017)
Kuolinvuosi				
2017	0,044 (0,022)	0,044 ² (0,022)	0,031 (0,025)	0,031 (0,025)
2018	-0,013 (0,022)	-0,013 (0,022)	0,023 (0,025)	0,019 (0,025)
2019	-0,005 (0,023)	-0,005 (0,023)	0,004 (0,025)	0,004 (0,025)
2020	0,039 (0,023)	0,040 (0,023)	0,071 ³ (0,026)	0,071 ³ (0,026)
2021	0,063 ³ (0,023)	0,063 ³ (0,023)	0,097 ⁴ (0,025)	0,096 ⁴ (0,025)
n	4 556	4 556	4 556	4 556

¹Hyvinvointialue vakioitu. Keskivirheet suluissa. Vertailuryhminä mies, ikä < 65 vuotta ja kuolinvuosi 2016. Tilastollinen merkitsevyys: ²p < 0,05; ³p < 0,01; ⁴p < 0,001.

luessa, sillä sekä naisten että miesten jokaisen viiden yleisimmän käyntisyyn koodi oli psykiatrinen, joten tarve itsemurhien ehkäisyyn tehostamiselle liittyy heillä jo tunnistettujen mielenterveyshäiriöiden hoitoon. Sitä vastoin 65 vuotta täyttäneiden viimeisen käynnin syynä ennen itsemurhakuolemaa oli usein heikkous tai väsymys. Näistä syistä hoitoon hakeutuneilta iäkkäiltä potilailta olisi suositeltavaa seuloa depressiota, joka usein selittää näitä oireita (8). Samalla on kuitenkin muistettava, että pelkkä seulonta ei riitä, vaan myös hoitoa on seulonnan jälkeen oltava tarjolla.

Mielenterveyshäiriöiden ohella on diagnosoitava myös elimelliset sairaudet, sillä niiden tiedetään lisäävän itsemurhariskiä: kolme sairautta kolminkertaistaa, viisi viisinkertaistaa itsemurhariskin (9). Muistisairauksissa itsemurhavaara on huomattavan suuri etenkin tuoreen diagnoosin jälkeen (10). Positiiviseksi osoittautuneesta seulontatuloksesta huolimatta iäkkäiden hoidontarvetta on arvioitu jopa itse-

murhayrityksen jälkeen harvemmin kuin heitä nuorempien (11). Keinoja iäkkäiden auttamiseksi on kuitenkin runsaasti (12–15). Esimerkiksi ehkäisevien ja hoitopalveluiden saatavuutta olisi lisättävä perusterveydenhuollossa, ja hyvinvointialueilla olisi otettava käyttöön tähän tarvittava yhteistyörakenne.

Mielenterveyshäiriöiden yleisyyttä 65 vuotta täyttäneiden itsemurhakuolemissa on arvioitu sekä kuolintodistuksien että kuolemansyyn selvittämiseen käytössä olleiden viranomaistietojen perusteella. Yhdysvaltalaisen väestötutkimuksen perusteella itsemurhaan kuolleista miehistä kolmasosalla ja naisista puolella oli ollut todettavissa mielenterveyshäiriö mutta vanhimmissa ikäryhmissä mielenterveyshäiriöt olivat erityisen harvinaisia (16). Siten todetut mielenterveysongelmat olivat kyseisessä väestötutkimuksessa harvinaisempia kuin omassa aineistossamme.

Toisaalta psykologisen ruumiinavauksen menetelmä paljasti Suomen vuosien 1987–1988

TAULUKKO 3. Itsemurhaan kuolleiden hyvinvointialueen ja itsemurhakuolemaa edeltäneen kuukauden aikana toteutuneiden terveydenhuollon hoitokontaktien väliset estimaatit vuosina 2016–2021.

Hyvinvointialue	Malli 5 Mielenterveys	Malli 6 ¹ Mielenterveys	Malli 7 Kaikki kontaktit	Malli 8 ¹ Kaikki kontaktit
Etelä-Karjala	-0,015	-0,018	-0,018	-0,015
	(0,060)	(0,059)	(0,054)	(0,053)
Etelä-Pohjanmaa	-0,155**	-0,147**	-0,036	-0,040
	(0,054)	(0,053)	(0,049)	(0,048)
Etelä-Savo	0,010	0,026	-0,089	-0,080
	(0,053)	(0,053)	(0,048)	(0,047)
Helsingin kaupunki	0,006	0,007	-0,015	-0,032
	(0,043)	(0,042)	(0,039)	(0,038)
Itä-Uusimaa	-0,094	-0,084	-0,101	-0,093
	(0,072)	(0,071)	(0,065)	(0,064)
Kainuu	-0,086	-0,060	-0,064	-0,060
	(0,063)	(0,062)	(0,057)	(0,056)
Kanta-Häme	-0,164**	-0,140**	-0,136**	-0,137**
	(0,054)	(0,053)	(0,049)	(0,048)
Keski-Pohjanmaa	0,130	0,141	-0,022	-0,017
	(0,085)	(0,084)	(0,077)	(0,076)
Keski-Suomi	0,003	0,020	-0,021	-0,019
	(0,047)	(0,047)	(0,043)	(0,042)
Keski-Uusimaa	-0,034	-0,018	-0,018	-0,019
	(0,053)	(0,052)	(0,048)	(0,047)
Kymenlaakso	-0,078	-0,074	-0,135**	-0,134
	(0,054)	(0,054)	(0,049)	(0,048)
Länsi-Uusimaa	-0,060	-0,052	-0,019	-0,029
	(0,046)	(0,045)	(0,041)	(0,041)
Lappi	-0,143**	-0,113*	-0,133	-0,121
	(0,051)	(0,051)	(0,046)	(0,046)
Pirkanmaa	-0,112*	-0,103	-0,098*	-0,099*
	(0,044)	(0,043)	(0,040)	(0,039)
Pohjanmaa	-0,229***	-0,212***	-0,110*	-0,104
	(0,058)	(0,057)	(0,052)	(0,052)
Pohjois-Karjala	-0,092	-0,081	-0,063	-0,057
	(0,055)	(0,054)	(0,049)	(0,049)
Pohjois-Pohjanmaa	-0,169***	-0,153***	-0,118**	-0,123**
	(0,044)	(0,043)	(0,040)	(0,039)
Pohjois-Savo	-0,014	0,001	-0,071	-0,066
	(0,048)	(0,047)	(0,043)	(0,043)
Satakunta	-0,044	-0,034	-0,029	-0,017
	(0,050)	(0,050)	(0,046)	(0,045)
Vantaa ja Kerava	-0,016	0,002	-0,040	-0,049
	(0,052)	(0,051)	(0,047)	(0,046)
Varsinais-Suomi	0,006	0,008	-0,067	-0,076
	(0,044)	0,043	(0,040)	(0,039)

¹Sukupuoli, ikä ja kuolinvuosi vakioitu. Keskivirheet suluissa. Vertailuryhmänä Päijät-Hämeen hyvinvointialue; Ahvenanmaata ei raportoida.

Tilastollinen merkitsevyys: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

itsemurhakuolemista, että 60 vuotta täyttä-neistä itsemurhaan kuolleista 91 %:lla oli ollut ainakin yksi mielenterveyshäiriö: heistä kahdella kolmasosalla se oli depressio (17). Sama aineisto osoitti myös sen, että itsemurhakuolemaansa edeltäneen kuukauden aikana 69 %:lla ja edeltäneen viikon aikana 48 %:lla vähintään 65-vuotiaista oli hoitokontakti terveydenhuoltoon (18). Näistä hoitokäynneistä suurin osa oli toteutunut elimellisten vaivojen vuoksi, kolmasosa mielenterveysongelmien takia ja neljäsosa sovittuina seurantakäynteinä joko perusterveydenhuollossa (43 %), psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa (34 %) tai sairaalassa muiden erikoisalojen kuin psykiatrian piirissä (11 %). Myös kansainvälisissä tutkimuksissa löydökset ovat hoitokontaktien osalta olleet samankaltaisia kuin oman aineistomme tulokset (19–21).

Vähintään 65-vuotiaiden mielenterveysongelmia tunnustetaan ja hoidetaan valtaosin perustasolla niin Suomessa kuin kansainvälistikin. Hoitokeinojen painotuksesta kertoo se, että tässä ikäryhmässä psykenlääkkeiden käyttö on huomattavasti yleisempää kuin mielenterveyshäiriöiden diagnoosit tai hoitokäynnit perustason tai erityistason mielenterveyspalveluihin. Esimerkiksi vuonna 2019 suomalaisilla 65 vuotta täyttäneillä diagnosoitujen mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys oli naisilla 7 % ja miehillä 6 %, mielenterveys- tai päihdepalveluissa asioi naisista 3,4 % ja miehistä 2,7 % ja psykenlääkkeitä käytti naisista 28 % ja miehistä 19 % (22). Vähintään 65-vuotiaiden henkilöiden mielenterveysongelmien hoito näyttääkin usein jäävän oireenmukaiseksi siten, että diagnostista arviota ei joko tehdä lainkaan tai sitä ei kirjata potilastietojärjestelmään. Mielenterveyspalvelujen vähäinen käyttö heijastanee suoraan niiden ikääntyneiden kannalta niukkaa saatavuutta.

Aiemman suomalaistutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö oli kysynyt itsemurha-ajatuksista joka neljänneltä 65 vuotta täyttäneeltä itsemurhaan kuolleelta edeltäneen vuoden kuluessa (18). Tuolloin puolet heistä oli puhunut asiasta läheisilleen, mutta itsemurhakuolemaa edeltäneen viikon aikana vain joka kuudennen kanssa itsemurhavaaraa oli viimeisellä vastaanotolla myös arvioitu. It-

semurhavaaran arviointi ja sitä seuraavat toimenpiteet on nykyisin mahdollista kirjata potilastietojärjestelmiin toimenpideluokituksen koodein (23). Yhdeltä vastaanottokäynniltä on mahdollista kirjata paitsi useampi kuin yksi diagnoosikoodi myös useampi kuin yksi toimenpidekoodi. Kaikki nämä koodit ovat löydettävissä esimerkiksi Terveysportista (www.terveysportti.fi/terveysportti/toimenpideluokitus.koti).

Lopuksi

Havaitsimme, että vuodesta 2016 vuoteen 2021 itsemurhakuolemaa edeltäneen kuukauden aikana toteutuneiden hoitokäyntien todennäköisyys suureni tilastollisesti merkitsevästi asuinpaikasta riippumatta. Toisin sanoen terveyspalveluita haetaan aiempaa useammin myös ennen itsemurhakuolemaa. Käyntisyiden tarkastelu osoitti kuitenkin, että 65 vuotta täyttäneet olivat heitä nuorempiin verrattuna harvemmin hoitokontaktissa mielenterveyssyistä. Itsetuhoisuuden tunnistaminen ja hoitosuunnitelma turvasuunnitelmineen myös toteutunevat tällöin harvemmin kuin heitä nuoremmilla.

Itsemurhakuolemia on ainakin aiemmin voitu vähentää kansallisten itsemurhien ehkäisyohjelmien toimenpiteillä (24). Linjaukset ikääntyneiden itsemurhakuolemien estämiseksi painottavat hoidon jatkuvuutta perustasolla, mikä korostaa hoidon järjestämisvastuuta (25,26). Tämän lisäksi iäkkäillä tulisi nuorempien ikäryhmien tavoin olla mahdollisuus erityistason avopalveluihin tarvittaessa joko vanhuspsykiatrian tai psykiatrian poliklinikassa tai vähintään psykiatrin konsultaatioon. Maamme itsemurhien ehkäisyohjelma yhdessä itsemurhien ehkäisyn ja itsemurhaa yrittäneen hoidon Käypä hoito -suosituksen kanssa vahvistaa yhteistyötä hoitotahojen kesken, jotta itsetuhoista potilasta hoitavat osaavat arvioida itsemurhavaaran ja saavat konsultaatioin riittävän tuen saumattoman hoidon järjestämiseksi (27,28). Alueilla, joilla hoitoon hakeutumattomien osuus on suuri, olisi kiinnitettävä huomiota paitsi mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveyden ensiaputaitojen vahvistamiseen myös hoitoon pääsyn varmistamiseen.

Itsetuhoisuuden tunnistamisen ongelmat puolestaan viittaavat tarpeeseen vahvistaa sosi- aali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamis- ta. Mielenterveyshäiriöiden takia hoidettavien osalta olisi elintärkeää selvittää, pystytäänkö alueella tarvittaessa vastaamaan itsetuhoisuu-

den lisääntymiseen. Alueiden kannattaisikin toistuvasti arvioida palvelujärjestelmänsä täs- tä näkökulmasta ja vahvistaa hyviä käytäntöjä, kuten laadukkaita hoitopolkuja ja tehostettuja avohoidon palveluja, sekä varmistaa sairaala- hoidon saatavuus riittävin vuodepaikoin. ■

TIMO PARTONEN, LT, psykiatrian erikoislääkäri, psykiatrian dosentti, tutkimusprofessori
MARJUT GRAINGER, ATK-suunnittelija, erikoissuunnittelija

TEEMU VAUHKONEN, VTM (sosiologia), erikoistutkija
OLLI KIVIRUUSU, VTT (sosiaalipsykologia), mielenterveyden tutkimuksen dosentti, tutkimuspäällikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, mielenterveys

TIINA TALASLAHTI, LT, psykiatrian erikoislääkäri, vanhuspsykiatrian lisäkoulutus, ylilääkäri, vanhuspsykiatrian kliininen opettaja
Helsingin yliopisto ja Helsingin yliopistollinen sairaala

JAANA SUVISAARI, LT, psykiatrian erikoislääkäri, sosiaalipsykiatrian dosentti, tutkimusprofessori,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, mielenterveys
Päätöimittäjä
Aikakauskirja Duodecim

VASTUUTOIMITTAJA
Merja Laine

KIRJALLISUUTTA

- Partonen T, Kiviruusu O, Grainger M, ym. Itsemurhakuolemat Suomessa vuosina 2016–2021. Tutkimuksesta tiiviisti 47/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-941-2>.
- Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_ASDR2/.
- Partonen T, Grainger M, Kiviruusu O, ym. Viimeinen terveydenhuollon käynti ennen itsemurhaa vuosina 2016–2018. Duodecim 2022;138:345–52.
- Talasilahti T, Jämsen E. Vanhuspsykiatrinen potilas hyötyy monialaisesta osaamisesta. Duodecim 2024;140:317–9.
- Wooldridge JM. Econometric analysis of cross section and panel data. Cambridge, MA: The MIT Press 2002.
- Deke J. Using the linear probability model to estimate impacts on binary outcomes in randomized controlled trials. Mathematica Policy Research Reports. Washington, D.C.: HHS Office of Adolescent Health 2014.
- von Hippel PT. When can you fit a linear probability model? More often than you think. Ardmore, PA: Statistical Horizons 2017.
- Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, ym. Screening for depression and suicide risk in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA 2023;329:2057–67.
- Juurink DN, Herrmann N, Szalai JP, ym. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. Arch Intern Med 2004;164:1179–84.
- Schmutte T, Olsson M, Maust DT, ym. Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults. Alzheimers Dement 2022;18:262–71.
- Arias SA, Boudreaux ED, Segal DL, ym. Disparities in treatment of older adults with suicide risk in the emergency department. J Am Geriatr Soc 2017;65:2272–7.
- Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, ym. A systematic review of elderly suicide prevention programs. Crisis 2011;32:88–98.
- Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. Curr Psychiatry Rep 2014;16:466.
- Morgan C, Webb RT, Carr MJ, ym. Self-harm in a primary care cohort of older people: incidence, clinical management, and risk of suicide and other causes of death. Lancet Psychiatry 2018;5:905–12.
- Lafamme L, Vaez M, Lundin K, ym. Prevention of suicidal behavior in older people: a systematic review of reviews. PLoS One, julkaistu verkossa 25.1.2022. DOI:10.1371/journal.pone.0262889.
- Schmutte TJ, Wilkinson ST. Suicide in older adults with and without known mental illness: results from the National Violent Death Reporting System, 2003–2016. Am

SIDONNAISUUDET

Timo Partonen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Oy H. Lundbeck Ab), luottamustoimet (Suomen Psykiatriyhdistyksen Lääkehoidon ja biologisen psykiatrian työryhmä, puheenjohtaja), hankkeet (Kansallinen itsemurhien ehkäisytyötä koordinoiva verkosto, puheenjohtaja), Muut sidonnaisuudet (osakeomistus: Oriola, Orion)

Marjut Grainger: Ei sidonnaisuuksia

Teemu Vauhkonen: Ei sidonnaisuuksia

Olli Kiviruusu: Luottamustoimet (Korkeakoulupiskelijöiden opis- luterveydenhuollon neuvottelukunta, varajäsen), muut sidonnaisu- udet (Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, toimituskunnan jäsen)

Tiina Talasilahti: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Orion), luottamustoimet (Suomen Psykiatriin Yhdistys ry, hallituksen puheenjohtaja; Suomen Psykiatriyhdistys ry, koulutustoimikunnan jäsen; Gerontologia-lehti, toimituskunnan jäsen), hankkeet (Gero- Metro, ikäihmistien palvelujen kehittämisyhteistyö, ohjausryhmän jäsen 2022 asti), muut sidonnaisuudet (Kustannus Oy Duodecim, tekijänpalkkioita)

Jaana Suvisaari: Apuraha (Suomen Akatemia, NordForsk), luotta- mustoimet (EU, Public Health Expert Group sub-group on mental health, jäsen 2023–), hankkeet (Mielenterveysstrategian valmistelun ohjaus- ja asiantuntijaryhmien jäsen (STM))

J Prev Med 2020;58:584–90.

- Henriksson MM, Marttunen MJ, Isometsä ET, ym. Mental disorders in elderly suicide. Int Psychogeriatr 1995;7:275–86.
- Pitkälä K, Isometsä ET, Henriksson MM, ym. Elderly suicide in Finland. Int Psycho- geriatri 2000;12:209–20.
- Laanani M, Imbaud C, Tuppin P, ym. Contacts with health services during the year prior to suicide death and prevalent conditions: a nationwide study. J Affect Disord 2020;274:174–82.
- Bergqvist E, Probert-Lindström S, Fröding E, ym. Health care utilisation two years prior to suicide in Sweden: a retrospective explorative study based on medical records. BMC Health Serv Res 2022;22:664.
- Bondesson E, Alpar T, Petersson IF, ym. Health care utilization among individuals who die by suicide as compared to the general population: a population-based register study in Sweden. BMC Public Health 2022;22:1616.
- Haula T, Laukkonen M-L, Holster T, ym. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen alueellisen käytön ja tarpeen arviointi. Työpäpöri 24/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-121-4>.
- Partonen T. Itsetuhoisuuden kirjaaminen sote-tietojärjestelmään. Tiedä ja toimi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi->

fe2022083056753.

24. Lewitzka U, Sauer C, Bauer M, ym. Are national suicide prevention programs effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years. *BMC Psychiatry* 2019;19:158.
25. Wand A, McKay R, Pond D. Towards Zero Suicide: need and opportunities to improve implementation of clinical elements for older adults. *Australas Psychiatry* 2022;30:290–3.
26. McKay R, Pond D, Wand A. Towards Zero Suicide for older adults: implications of healthcare service use for implementation. *Australas Psychiatry* 2022;30:294–7.
27. Vormaa H, Rotko T, Larivaara M, Kosloff A, toim. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>.
28. 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 [päivitetty 18.2.2022]. www.kaypahoito.fi.