

Suomalainen itsemurhakuolleisuus 1950–2009 eurooppalaisessa vertailussa

TAUSTA. Kuvaamme itsemurhakuolleisuuden muutoksia Euroopassa vuosina 1950–2009.

AINEISTO JA MENETELMÄT. Maailman terveysjärjestön kuolleisuustietopankista koostettiin Euroopan maista vuosittaiset tiedot 4777113 itsemurhasta sekä väestöstä. Tämän jälkeen aineisto ikävakioidiin. Miesten ja naisten itsemurhakuolleisuutta tarkasteltiin erikseen.

TULOKSET. Itsemurhakuolleisuuden kehitykselle Euroopassa on luonteenomaista suhteellisen vähäinen vaihtelu ennen 1980-lukua, kuolleisuuden lisääntyminen 1980- ja 1990-luvuille tullessa sekä useissa eri maissa tapahtunut kuolleisuuden väheneminen viime vuosina. Suomalainen itsemurhakuolleisuus mukailee näitä muutoksia. Havainnot Euroopasta osoittavat, että suomalaisten miesten itsemurhakuolleisuus on vähentynyt: 1950-luvulla Suomessa tehtiin eniten itsemurhia, nyt yhdeksänneksi eniten. Suomalaisten naisten osalta maiden välinen vertailu osoitti sen sijaan päinvastaisen kehityskulun, sillä heidän itsemurhakuolleisuutensa on nyt Euroopan toiseksi suurinta.

PÄÄTELMÄT. Itsemurhien seurantaa ja ehkäisyä tulee jatkaa niin, että alueelliset riskitekijät otetaan huomioon ja suojatekijöitä vahvistetaan.

Itsemurhien määrä oli Suomessa suurimmillaan vuonna 1990, jolloin tehtiin yli 1 500 itsemurhaa (1). Sen jälkeen itsemurhakuolleisuus on pienentynyt yli 40 %. Myönteisestä kehityksestä huolimatta itsemurhat olivat työikäisten kuudenneksi yleisin kuolinsyy vuonna 2012 (2). Miten itsemurhakuolleisuus on kehittynyt muualla Euroopassa? Miltä Suomen itsemurhakuolleisuuden kehitys näyttäätyy

1536 eurooppalaisessa vertailussa?

La Vecchia ym. ovat tarkastelleet itsemurhakuolleisuuden suuntauksia niin Euroopassa kuin maailmanlaajuisestikin vuosina 1955–1989 (3, 4). Bertolote ja Fleischmann laajensivat tarkastelun aikajännettä vuosiin 1950–1995 (5). Levi ym. kuvasivat ikävakioidun itsemurhakuolleisuuden suuntauksia (47 maata, joista 32 Euroopasta) vuosina 1965–1999 (6). Samoihin aikoihin EUROSAVE-hanke selvitti viidentoista EU-maan ikävakioidun itsemurhakuolleisuutta vuosina 1984–1999 (7). Uusinta Euroopan käsittävää itsemurhatutkimusta edustavat maailmanlaajuisen talouskriisin vaikutuksia itsemurhiin käsittelevät analyysit sekä depressiolääkkeiden kulutuksen ja itsemurhakuolleisuuteen välillä vallitsevan ajallisen yhteyden jäljittäminen (8, 9).

Useimmissa edellä mainituissa tutkimuksissa on käytetty tutkimusaineistoina Maailman terveysjärjestön (WHO) kuolleisuustietopankkia, josta on saatavilla tietoja kuolinsyistä vuodesta 1950 lähtien. Laajennamme tarkastelun aikajännettä tietopankista saataviin aineistoihin ja sijoitamme suomalaisen itsemurhakuolleisuuden kehitysvaiheet osaksi Euroopassa tapahtunutta itsemurhakuolleisuuden kehityskaarta 60 viime vuoden aikana.

Aineisto

Tutkimusaineisto koostettiin WHO:n kuolleisuustietopankista, johon on kerätty eri maiden tilastoviranomaisten lähettämiä tietoja kuolinsyistä ja väestöstä (www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/index.html).

Tietopankin vahvuutena on tiedon keskitetty saatavuus, johon kuuluvat myös väestötiedot sukupuolijakaumineen. Tutkimusjakson aikana on ollut käytössä neljä kuolemansyyloittelua (ICD-7, ICD-8, ICD-9, ICD-10).

Tietojen käsittelyssä muutokset ovat havaittavissa koodauskäytäntöjen muutoksina, joskin muutokset eivät kaikissa maissa ajoitu samoihin vuosiin. Vuosina 1950–1967 itsemurhat ilmoitettiin koodilla A148, jonka jälkeen siirryttiin käyttämään koodia A147. Vuosina 1979–1994 itsemurhat ilmoitettiin koodilla B54 ja tekotavan mukaan ryhmiteltynä luokkiin X600–X849.

Tietopankin tiedot ovat myös rajallisia. Tarkastelun ulkopuolelle jäävät epäselvät kuolemantapaukset samoin kuin tilastojen tuottamiseen ja kuolinsyiden määrittelyyn liittyvät maakohtaiset eroavaisuudet (7, 10). Myöskään tiedot itsemurhasta ja väestöstä eivät ajallisesti ole kaikkien maiden osalta yhtenäiset. Entisen Neuvostoliiton alueelle syntyneistä valtioista osan tiedoissa on katkoksia, mutta puuttuvia vuosia löytyy myös Belgian, Italian, Puolan, Portugalin sekä Ison-Britannian pitkistä sarjoista. Väestötietoja puuttuu muun muassa Espanjasta (1970) ja Tanskasta (2007–2011), vaikka itsemurhat näiltä vuosilta ovatkin tiedossa. Edelleen kuolleisuus-tietopankin itsemurhatilastoissa ja väestötilastoissa ilmenee sisäistä erilaisuutta. Osassa maista yli 90-vuotiaiden tekemiä itsemurhia ei ole esitetty. Myös alle viisivuotiaiden lasten väestötiedot puuttuivat monen maan osalta. Lisäksi koostetussa aineistossa esiintyi kolme itsemurhaa, joista kaksi oli yksivuotiaiden ja yksi neljävuotiaiden ikäryhmässä. Tarkempaa tietoa kuolinsyiden kirjaustavoista ja tapauksista ei ollut saatavilla, joten näiden tapausten kohdalla oletamme, että kyse on mitä ilmeisimmin virheellisestä kirjauksesta (11). Nämä havainnot jätettiin tarkastelun ulkopuolelle. Näiden rajoitusten perusteella tarkasteluun rajautuivat 5–89-vuotiaiden tekemät itsemurhat Euroopassa.

Alueellisesti Eurooppa on mahdollista määrittellä monella eri tavalla. Rajauksia on mahdollista tehdä maantieteellisten, poliittisten, taloudellisten, kulttuuristen tai käytännöllisten näkökohtien perusteella. Tähän tutkimukseen valikoitui aineiston saatavuuden ja tietopankin sisäisen aluejaon perusteella 47 maata (TAULUKOT 1 ja 2).

Menetelmät

Aineiston käsittely aloitettiin laskemalla 5–89-vuotiaiden itsemurhakuolleisuus sukupuolen mukaan 100 000:ta asukasta kohti. On huomioitava, että 0–4-vuotiaiden väestötietojen rajaaminen pois suurentaa itsemurhakuolleisuutta. Esimerkiksi Suomessa vuonna 1990 itsemurhakuolleisuus oli 31,7/100 000 asukasta, mutta kun 0–4-vuotiaiden ikäryhmät lasketaan mukaan, lukemaksi saadaan 30,4.

Itsemurhakuolleisuus 100 000 asukasta kohti kussakin maassa kunakin vuonna ikävakiointiin käyttämällä WHO:n standardiväestön suhteellisia ikäluokkia (5–9-vuotiaat... 85–89-vuotiaat) tutkimuksen piiriin kuuluvien ikäluokkien kesken (12). Näin olleen ikävakiointi poistaa laskennallisesti vertailtavien väestöjen ikärakenteista johtuvat erot. Ikävakiointin jälkeen kunkin ikäluokan osuus kokonaiskuolleisuudesta kussakin maassa kunakin vuonna vastaa standardiväestön sille määräämää painoarvoa.

Suuntauksien tarkasteluun sovellamme samaa menetelmää kuin Levi ym. käyttivät koko maailman itsemurhakuolleisuuden suuntauksia vuosina 1969–1995 käsittelevässä tutkimuksessaan (6). Aineisto jaettiin viiden vuoden pituisiin jaksoihin (1950–1954... 2005–2009), ja jokaiselle jaksolle laskettiin ikävakiointujen vuosittaisten itsemurhakuolleisuuslukuarvojen keskiarvo. Vertailun tuloksena saatiin itsemurhakuolleisuuden muutosten lisääntyvä tai vähenevä suuntaus kunkin maan osalta.

Tulokset

Aineiston kokonaismääräksi muodostui 4 777 113 itsemurhaa, joista 3 634 990 oli miesten ja 1 142 123 naisten tekemiä. Pisimmät yhtenäiset aikasarjat ovat Itävallasta, Suomesta, Ranskasta, Unkarista, Islannista, Irlannista, Alankomaista, Norjasta, Ruotsista ja Sveitsistä.

Miesten itsemurhakuolleisuus oli suurimmillaan Liettuassa vuonna 1994 (88,2/100 000 asukasta) ja naisten Unkarissa vuonna 1981 (24,8). Naisten itsemurhia ei esiintynyt

1537

ALKUPERÄISTUTKIMUS

TAULUKKO 1. Miesten ikävakioitu itsemurhakuolleisuus Euroopassa 100 000 asukasta kohti vuosina 1950–2009.

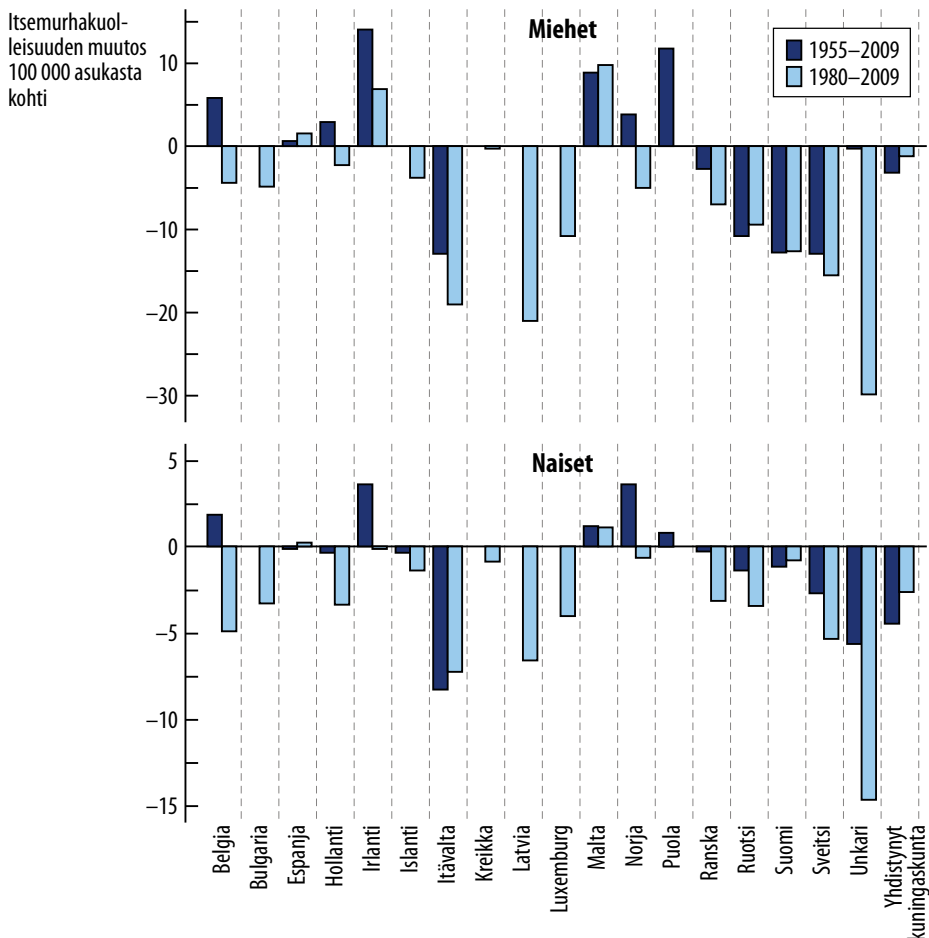
Maa	1950– 1954	1955– 1959	1960– 1964	1965– 1969	1970– 1974	1975– 1979	1980– 1984	1985– 1989	1990– 1994	1995– 1999	2000– 2004	2005– 2009
Albania										6,2	5,6	
Armenia								4,0	4,6	4,1		
Azerbaidžan								6,8	3,2	1,9	3,1	
Belgia		19,1	19,4	20,1	20,7	24,1	29,3	28,4	26,8	28,0		24,8
Bosnia ja Hertsegovina								18,2				
Bulgaria				14,7	17,1	19,4	20,0	22,0	22,2	22,7	19,8	15,2
Espanja		9,1	8,8	7,6		6,6	8,1	10,7	10,9	11,4	10,8	9,7
Georgia								7,3		6,3		
Hollanti	9,3	8,8	9,1	9,4	11,1	12,2	13,9	13,5	13,1	12,6	12,1	11,7
Irlanti	4,0	4,4	4,3	3,8	5,3	8,4	11,5	13,3	17,9	21,5	20,6	18,3
Islanti		17,2	17,0	25,7	19,0	20,2	21,0	21,1	21,3	19,4	20,2	17,1
Italia		10,2	8,4	8,1	8,2	8,7	10,2	10,7	10,7	10,6		
Itävalta		33,8	32,8	33,4	34,9	36,4	40,0	37,8	31,7	29,2	25,6	20,9
Kazakstan								37,4	41,5	59,4	58,2	48,3
Kirgisia								24,7	28,7	26,6	22,8	17,4
Kreikka			5,5	5,1	4,5	4,1	5,1	5,6	5,3	5,3	4,7	4,8
Kroatia								33,0	34,1	32,5	28,4	24,1
Latvia							57,4	40,8	59,7	61,7	47,5	36,5
Liettua								51,3	66,5	83,1	76,8	56,7
Luxemburg			20,4	19,8	22,2	27,1	24,0	23,8	23,6	21,3	16,3	
Makedonia										11,1	10,6	10,9
Malta		1,1	1,8	1,8	1,4	1,3	0,1	3,6	6,1	7,2	7,9	9,8
Moldova								31,8	30,5	32,5	30,8	30,5
Norja		12,0	11,7	12,0	14,0	17,1	20,9	22,8	21,4	18,7	17,4	15,8
Portugali		18,6	17,5	18,0	15,1	16,1	13,8	13,6	12,3	8,5		
Puola		13,9	17,6	20,3	22,0	23,2		23,4	25,9		26,4	25,4
Ranska		25,3	24,1	24,0	23,2	24,3	29,6	30,5	28,7	26,0	24,4	22,5
Romania									18,0	21,2	21,3	18,7
Ruotsi		27,5	26,1	29,6	29,0	26,9	26,1	24,9	21,0	18,6	16,8	16,6
Saksa									21,8	19,6	17,4	14,6
San Marino										16,5		
Serbia											24,1	22,2
Slovakia										22,6	22,5	
Slovenia								51,2	48,1	45,6	39,6	31,2
Suomi		40,9	38,7	38,8	40,6	43,6	40,8	44,2	46,5	39,3	32,6	28,2
Sveitsi		32,8	27,8	28,0	28,9	34,4	35,3	32,1	29,5	26,2	22,8	19,8
Tadžikistan								9,7	8,1	7,2	5,1	
Tanska		31,4	26,3	25,5	31,0	30,5	37,6	32,9	26,8	20,5	17,0	
Tšekki									28,1	24,4	23,9	20,9
Turkmenistan								16,4	13,9			
Ukraina								34,2	39,8	51,3	45,5	
Unkari		35,2	40,3	47,3	54,2	58,6	64,8	62,8	55,6	47,3	42,0	34,9
Uzbekistan								15,6	14,2	15,5	12,5	
Valko-Venäjä								36,3	45,1			
Venäjä								45,1	59,2	69,3	66,2	49,5
Viro								45,6	57,2	65,0	45,3	31,0
Iso-Britannia	12,7	13,5	13,4	11,5	9,5	10,1	11,7	12,2	12,4	11,5		10,4

tiettyinä vuosina lainkaan Bosnia ja Hertsegovinassa (2011), Islannissa (1958), San Marinossa (1999, 2000, 2002 ja 2005) eikä Maltalla (1967, 1969–1982, 1984–1985, 1987, 1999 ja 2011). Miesten itsemurhia ei esiintynyt lainkaan Maltalla vuosina 1972–1973, 1977, 1979–1981, 1983–1984 ja 1986.

TAULUKOISSA 1 ja 2 on esitetty itsemurhakuolleisuus ikäryhmittäin sukupuolen mukaan eri maiden välillä. Viimeisimmän jakson (2005–2009) aikana miesten itsemurhakuolleisuus on ollut suurinta Liettuassa, Venäjällä ja Kazakstanissa – naisten vastaavasti Kazakstanissa, Suomessa ja Liettuassa. Vastaavasti sekä naisten että miesten itsemurhakuolleisuus on ollut pienintä Kreikassa, Espanjassa ja Maltalla.

Viimeisin jakso osoittaa miesten ja naisten itsemurhakuolleisuuden selkeän vähenemisen useissa Euroopan maissa (TAULUKOT 1 ja 2). Poikkeuksen muodostaa Malta, jossa miesten itsemurhakuolleisuuden lisäys niin edelliseen kauteen verrattuna kuin 30 viime vuoden aikana on ollut huomattava.

Viimeisintä jaksoa lukuun ottamatta itsemurhakuolleisuus vaihtelee eri tahdissa ja jopa eri suuntiin. Kun verrataan itsemurhakuolleisuutta 18 Euroopan maassa vuosina 2005–2009 vuosiin 1980–1984, miesten itsemurhakuolleisuus väheni kaikissa maissa Irlantia, Maltaa ja Espanjaa lukuun ottamatta (KUVA 1). Myös naisten itsemurhakuolleisuus väheni Espanjaa ja Maltaa lukuun ottamatta.



KUVA 1. Miesten ja naisten itsemurhakuolleisuuden muutokset (100 000 asukasta kohti) maittain 1955–2009 ja 1980–2009.

ALKUPERÄISTUTKIMUS

TAULUKKO 2. Naisten ikävakioidu itsemurhakuolleisuus Euroopassa 100 000 asukasta kohti vuosina 1950–2009.

Maa	1950– 1954	1955– 1959	1960– 1964	1965– 1969	1970– 1974	1975– 1979	1980– 1984	1985– 1989	1990– 1994	1995– 1999	2000– 2004	2005– 2009
Albania										3,0	2,9	
Armenia								1,4	1,7	1,2		
Azerbaidžan								2,9	1,0	0,4	1,0	
Belgia		7,0	7,1	8,3	9,0	11,9	13,7	11,8	9,7	9,7		8,8
Bosnia ja Hertsegovina								5,2				
Bulgaria				6,5	6,9	7,5	7,5	8,0	7,6	7,6	6,0	4,2
Espanja		2,9	2,6	2,3		2,1	2,5	3,4	3,1	3,3	3,1	2,8
Georgia								2,4		1,4		
Hollanti	4,6	5,4	5,2	5,3	7,1	7,8	8,3	7,6	6,5	6,0	5,4	5,0
Irlanti	1,0	1,2	1,3	1,1	1,8	3,7	4,9	4,2	4,5	4,6	4,4	4,7
Islanti		6,1	5,4	6,6	5,7	5,0	7,2	7,8	5,0	4,9	5,8	5,8
Italia		3,9	3,4	3,2	3,4	3,5	3,9	3,7	3,3	3,1		
Itävalta		13,8	12,5	12,3	12,6	12,5	12,9	12,7	10,0	8,2	7,5	5,6
Kazakstan								10,1	10,2	10,4	9,6	9,2
Kirgisia								7,5	6,9	5,5	4,2	4,2
Kreikka			2,7	2,2	1,9	1,8	1,9	2,0	1,4	1,1	1,1	1,0
Kroatia								11,3	10,5	9,3	7,4	6,3
Latvia							12,7	11,1	11,9	11,6	8,5	6,1
Liettua								10,7	11,8	14,1	12,8	9,0
Luxemburg				7,1	7,2	9,7	9,3	8,9	9,2	8,2	6,4	5,3
Makedonia										4,8	4,3	3,8
Malta		0,0	0,4	0,3	0,0	0,0	0,1	0,8	1,7	1,9	3,2	1,2
Moldova								10,1	7,7	6,5	4,8	4,7
Norja		3,0	3,1	3,5	4,8	6,4	7,3	8,2	7,2	6,5	6,3	6,6
Portugali		4,2	4,3	4,4	3,9	4,5	5,0	4,3	3,6	2,5		
Puola		3,0	3,7	4,0	4,4	4,2		4,5	4,7		4,3	3,9
Ranska		7,7	7,1	7,6	8,1	8,9	10,5	11,0	9,7	8,7	8,1	7,4
Romania									4,6	4,0	3,8	3,4
Ruotsi		8,5	9,2	11,2	11,8	11,4	10,6	10,3	8,8	7,5	6,7	7,1
Saksa									7,4	6,1	5,2	4,3
San Marino										6,9		
Serbia											7,8	7,4
Slovakia										3,7	3,7	
Slovenia								14,4	12,0	11,3	10,3	7,5
Suomi		10,1	9,8	9,8	10,1	10,2	9,8	10,8	11,3	10,2	9,6	9,1
Sveitsi		10,8	10,3	9,6	11,0	13,5	13,5	12,1	10,2	8,9	8,9	8,1
Tadžikistan								5,1	3,3	2,5	2,0	
Tanska		14,3	13,2	13,5	17,0	17,6	19,8	17,8	12,2	7,7	5,7	
Tšekki									8,4	5,7	5,1	3,9
Turkmenistan								6,9	5,6			
Ukraina								7,7	7,8	8,5	7,0	
Unkari		13,9	15,7	17,2	18,8	21,4	22,9	20,9	15,7	12,0	9,8	8,2
Uzbekistan								6,0	4,6	4,0	3,8	
Valko-Venäjä								7,5	8,2			
Venäjä								10,2	10,8	11,3	10,0	8,1
Viro								11,5	12,6	11,1	8,3	5,2
Iso-Britannia	6,1	7,4	8,0	7,1	5,9	5,8	5,5	4,3	3,3	3,1		2,9

Vuosien 2005–2009 vertaaminen vuosiin 1955–1959 kertoo hieman toisenlaisesta tilanteesta. Tällainen vertailu oli mahdollista 15 maan osalta ja osoitti miesten itsemurhakuolleisuuden lisääntyneen Belgiassa, Irlannissa, Alankomaissa, Maltalla, Norjassa, Puolassa ja Espanjassa. Naisten kuolleisuus oli lisääntynyt Belgiassa, Irlannissa, Maltalla, Norjassa ja Puolassa. Sekä miesten että naisten kuolleisuus on lisääntynyt eniten Maltalla ja Irlannissa.

Itsemurhakuolleisuus on vähentynyt selkeästi voimakkaammin tultaessa 1980-luvulta nykyhetkeä kohti kuin 1950-luvun ja nykyhetken välillä (KUVA 1). Tämä johtunee osaltaan siitä, että itsemurhakuolleisuus lisääntyi useassa maassa juuri 1980- ja 1990-luvuilla (KUVA 2). Miesten itsemurhakuolleisuus oli suurimmillaan 13 maassa vuosina 1995–1999 (TAULUKKO 1), naisten taas vuosina 1985–1989 (TAULUKKO 2). Suomalainen itsemurhakuolleisuus mukailee näitä kehityssuuntauksia (KUVA 2), ja vain Unkarissa, Latviassa ja Virossa muutos miesten itsemurhakuolleisuudessa on ollut suurempi. Suomalaisten naisten itsemurhakuolleisuus on vertailun perusteella vähentynyt tultaessa kohti nykypäivää, mutta samaan aikaan kuolleisuus väheni 17 muussa Euroopan maassa tätäkin nopeammin.

Vertailtaessa Suomen itsemurhakuolleisuutta muiden Euroopan maiden kehitykseen voidaan miesten ja naisten kuolleisuudessa havaita vastakkainen kehityskulku. Miesten itsemurhakuolleisuus oli Suomessa Euroopan suurinta (sija 1) vuosina 1955–1959. Sen jälkeen suomalaisten miesten itsemurhakuolleisuus on vähentynyt (sijalle 9) vuosiin 2005–2009 tultaessa. Lyhytaikaisissa vaihteluissa suomalaisten miesten itsemurhakuolleisuus muistuttaa eniten Itävallassa ja Sveitsissä tapahtuneita vastaavia muutoksia (TAULUKKO 1). Naisten itsemurhakuolleisuus on vähentynyt (sijalta 5 sijalle 11) vuosien 1955–1959 ja 1985–1989 välillä. Sen jälkeen suomalaisten naisten itsemurhakuolleisuus on edelleen vähentynyt, mutta kehitys on muihin maihin verrattuna heikentynyt siten, että kuolleisuus oli Euroopan toiseksi suurinta (sija 2) vuosina 2005–2009 (TAULUKKO 2).

YDINASIA

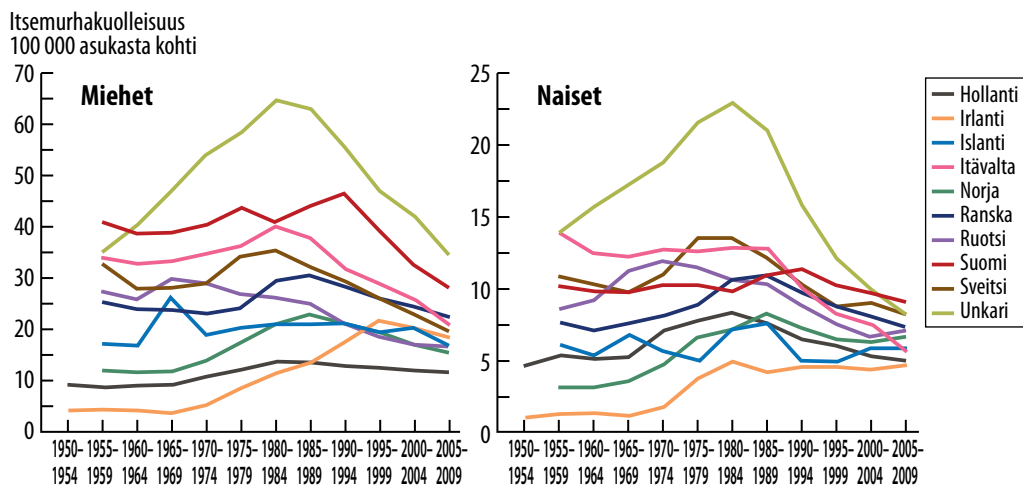
- ▶ Miesten ja naisten itsemurhakuolleisuus on vähentynyt useimmissa Euroopan maissa vuoden 1990 jälkeen.
- ▶ Vuosina 2005–2009 miesten itsemurhakuolleisuus oli suurinta Liettuassa, Valko-Venäjällä ja Kazakstanissa ja naisten Kazakstanissa, Suomessa ja Liettuassa.
- ▶ Itsemurhien ehkäisyn onnistuminen edellyttää jatkuvaa työtä ja riskitekijöiden tunnistamista.

Pohdinta

Tulostemme mukaan itsemurhakuolleisuudessa on Euroopassa havaittavissa huomattavia eroja eri maiden välillä ja pitkällä aikavälillä. Miesten itsemurhakuolleisuus on tällä hetkellä suurimmillaan Liettuassa, Valko-Venäjällä ja Kazakstanissa, naisten Kazakstanissa, Suomessa ja Liettuassa. Vähäisintä miesten ja naisten itsemurhakuolleisuus on Kreikassa, Espanjassa ja Maltalla.

Pitkällä aikavälillä tulosten tarkastelua ja vertailua keskenään vaikeuttaa aineiston saatuus eri maista. Maittain koostetuissa sarjoissa ei päästy ajallisesti täysin yhtenäisiin sarjoihin (TAULUKKO 1). Euroopan maiden itsemurhakuolleisuuden yleisenä piirteenä on suhteellisen vähäinen vaihtelu ennen 1980-lukua, kuolleisuuden lisääntyminen sen jälkeen sekä 20 viime vuoden aikana useissa eri maissa tapahtunut itsemurhakuolleisuuden väheneminen. Maiden välillä on kuitenkin eroja. Esimerkiksi vertailu Espanjan ja Suomen välillä vuosina 1955–1959 ja 2005–2009 osoittaa, että espanjalaisten miesten itsemurhakuolleisuus lisääntyi 7 % ja naisten vähentyi 3 %, kun Suomessa kuolleisuus vain väheni, miesten 31 % ja naisten 10 %.

Tutkimus rajautuu aineiston saatavuuden perusteella vuoden 1950 jälkeiseen aikaan. Suomi ja Ruotsi ovat Euroopan maita, joista on saatavilla pisimmät itsemurhista ja väestöstä kertovat aikasarjat (1). KUVAN 3 diag-



KUVA 2. Miesten ja naisten itsemurhakuolleisuuden ajalliset vaihtelut (100 000 asukasta kohti) niissä kymmenessä maassa, joista voitiin koota yhtenäiset sarjat tarkastelujaksolle 1955–2009.

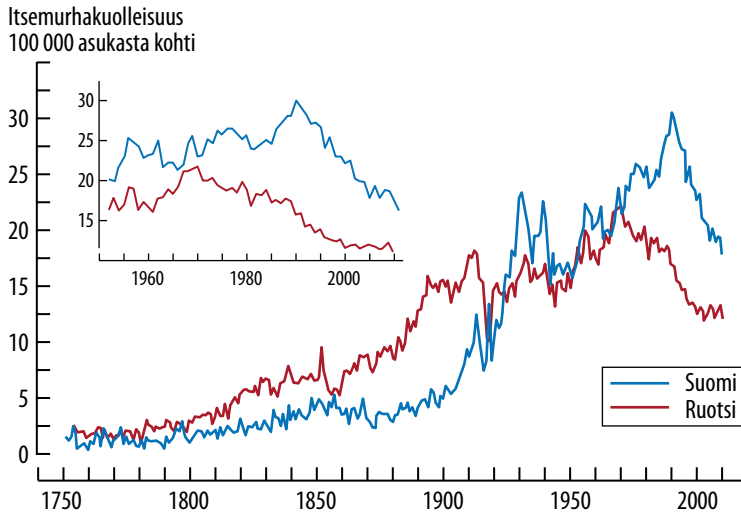
rammissa on esitetty itsemurhakuolleisuuden kehitys maiden välillä vuosina 1751–2010 ja 1952–2011. Pyrkimyksenä on havainnollistaa itsemurhakuolleisuuden vaihtelua mahdollisimman pitkällä aikavälillä ja antaa samalla viitteitä siitä, millainen tämänhetkinen itsemurhakuolleisuus on. Kuten tulokset osoittavat, kuolleisuuden kehityskulut voivat poiketa naapurimaiden välillä suurestikin, joskin myös samankaltaisia piirteitä on löydettävissä.

Tämä epidemiologinen tieto mahdollistaa eri maiden välisen vertailun. Itsemurhan taustatekijät saattavat juontua kaukaa henkilön historiasta (kohorttivaikutus), mutta sen lisäksi on usein löydettävissä myös ajankohtaisia laukaisevia tekijöitä (perioditekijät). Itsemurhien määrät muuttuvat, kun riski- tai suojatekijät muuttuvat paikallisesti, väestönsittain tai ajan myötä (3, 13, 14, 15). Kulloisenkin henkilökohtaisen elämäntilanteen lisäksi yhteen kietoutuvat kunkin maan vallitsevat moraaliset, uskonnolliset ja poliittiset olosuhteet. Itsemurhan keskeiset riskitekijät ovat mielenterveyden häiriöt, kipua aiheuttavat pitkäaikaiset sairaudet ja elämän kriisit silloin, kun niihin liittyy toivottomuutta tai impulsiivisuutta.

Aikaisemman tutkimuksen perusteella tiedetään, että hoitojärjestelmän toiminta vaikuttaa itsemurhakuolleisuuteen (16). Kult-

tuurin ilmapiirillä ja yhteiskunnan yleisillä olosuhteilla sekä hoitojärjestelmän toiminnalla voidaan vaikuttaa siihen, millaista suojaa itsemurhavaarassa olevalle voidaan tarjota. Syyllistämisen, leimaamisen ja rankaisevuuden sijaan olisi tarjottava keskinäistä tukea, ja kynnyksen päästä hoitoon tulisi olla matala. Keskeisiä vaikutuskeinoja ovat olleet välineiden, esimerkiksi myrkyllisten aineiden ja eräiden terapeuttiselta leveydeltään kapeiden lääkkeiden saatavuuden ja käytön rajoitukset. Myös alkoholipolitiikalla voidaan pyrkiä vaikuttamaan itsemurhien ehkäisyyn etenkin, jos näin pyritään estämään alkoholinkäytön kehittyminen ongelmien ratkaisukeinoksi. Maltillinen itsemurhien uutisointitapa johtaa itsemurhakuolleisuuden pienentymiseen, ja siten voidaan suojata etenkin masentuneita ja nuoria, jotka ovat herkkiä uutisvirran esimerkkien vaikutukselle (copycat effect) (17).

Suomessa toteutettiin vuosina 1986–1996 ensimmäisenä maana maailmassa kansallinen itsemurhien ehkäisyprojekti (18). Samoihin aikoihin itsemurhakuolleisuudessa tapahtui Suomessa käänne parempaan, kun ehkäisyprojektin antamat suositukset pantiin käytännössä toimeen. Suomessa itsemurhakuolleisuus on edelleen vähentynyt myös 2000-luvun lamavuosien aikana. Itsemurhien ehkäi-



KUVA 3. Miesten ja naisten itsemurhakuolleisuus (100 000 asukasta kohti) Suomessa ja Ruotsissa vuosina 1750–2010 sekä vuosina 1952–2011.

syohjelmien aikana itsemurhakuolleisuus on sittemmin pienentynyt myös muissa maissa (19, 20). Muutoksen on arvioitu olevan seurausta siitä, että ammattihenkilöstö tunnistaa itsemurhavaaran yhä paremmin ja että yhä useampi masennuspotilas saa asianmukaisen hoidon. Monessa Euroopan maassa esimerkiksi masennuslääkkeiden käyttö on yleistynyt samaan aikaan kuin itsemurhakuolleisuus on pienentynyt (9). Vastaavaa tietoa psykoterapioista ei ole saatavilla.

Itsemurhan ehkäisyn kulmakivenä voidaan pitää sitä, että a) henkilön masennustila havaitaan ajoissa, b) hänelle tarjotaan tarpeellinen tuki ja c) hän saa suunnitellusti tehokkaan hoidon. Psykologista ja sosiaalista tukea tulisi lisätä myös ruumiillisten sairauksien hoitokäytäntöihin. Nuorille suunnatuilla mielenterveyden ensiapukurssseilla ja sosiaalisessa mediassa tapahtuvalla tai kasvokkain toteutetulla etsivällä nuorisotyöllä tarjotaan keinoja auttaa masentunutta ja madaltaa avun hakemisen kynnystä. Myös erilaiset kriisipsykologiset keinot, kuten auttavat puhelimet ja kriisikeskukset, voivat tarjota hädän hetkellä tarpeellisen ja riittävän tuen.

Euroopan maiden väliset erot itsemurhakuolleisuudessa tuovat esiin tarpeen räätälöidyistä itsemurhien ehkäisytyön mene-

telmistä eri maissa ja niiden sisällä myös eri alueilla. Tähän sisältyy myös erilaisten ympäristömuutosten huomioiminen. Esimerkiksi omassa tutkimuksissamme totesimme, että ilmastonmuutoksen lisätessä lämpötilan vaihtelua etenkin keväisin, sen seurauksena osalle saattaa kehittyä ylivilkasta ruskeaa rasvaa, joka voi pahentaa masentuneiden oireita (21, 22). Suomessa ja maailmalla tarvitaan nyt itsemurhien ehkäisemiseksi tiedottamisen lisäksi muitakin keinoja. Itsemurhavaaran tunnistaminen on keskeinen vaikutuskeino. Tähän pyrkii myös EUREGENAS, joka kokoaa yhteen 14 toimijaa 11 maasta (www.euregenas.eu).

Lopuksi

Euroopan maiden välisten itsemurhakuolleisuuserojen syitä ei tunneta riittävästi. Vaikka itsemurhakuolleisuus on vähentynyt monessa Euroopan maassa, osassa maista se on samaan aikaan lisääntynyt. Hoitojärjestelmän parempi toimivuus sekä riskiryhmien saavuttaminen tiedotuksen avulla on saattanut johtaa itsemurhakuolleisuuden vähenemiseen useissa maissa. Itsemurhakuolleisuuden lisääntyminen osassa maista taas voi olla seurausta yhteiskunnan yleisten olosuhteiden sekä kulttuurin ilmapiin muutoksesta itsemurhia

sallivampaan suuntaan. On syytä jatkaa tutkimusta ja kehitystyötä uusien, tehokkaampien ja nykyajan tarpeisiin vastaavien ehkäisykei-

nojen löytämiseksi. Myös itsemurhalta suojaavien tekijöiden vahvistamisesta, kuten mielen-terveyden edistämisestä, tulee huolehtia. ■

JARI HOLOPAINEN, FT, tutkijatohtori

Helsingin yliopisto, geotieteiden ja maantieteen laitos

SAMULI HELAMA, FT, tutkija

Metsäntutkimuslaitos
Rovaniemi

TIMO PARTONEN, LT, psykiatrian dosentti, tutkimusprofessori

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), mielenterveys- ja päihdepalvelut
Helsinki

SIDONNAISUODET

Jari Holopainen: Apuraha (Koneen Säätiö)

Samuli Helama: Apuraha (Suomen Akatemia)

Timo Partonen: Luentopalkkio (MCD-Team Oy, MERCURIA Kauppiäitten Kauppaoppilaitos, Servier Finland, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö), lisenssitulo tai tekijänpalkkio (Kustannus Oy Duodecim, Oxford University Press, Sanoma News)

KIRJALLISUUTTA

- Holopainen J, Helama S, Björkenstam C, Partonen T. Variation and seasonal patterns of suicide mortality in Finland and Sweden since the 1750s. *Environ Health Prev Med* 2013;18:494–501.
- Suomen virallinen tilasto (SVT) Kuolemansytilasto: Kuolemansyyt vuonna 2012 [verkkodokumentti]. Helsinki: Tilastokeskus 2013. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2012/ksyyt_2012_2013-12-30_kat_001_fi.html.
- La Vecchia C, Lucchini F, Levi F, Negri E. Trends in suicide mortality in Europe, 1955–89. *Soz Praventivmed* 1993;38:379–97.
- La Vecchia C, Lucchini F, Levi F. Worldwide trends in suicide mortality, 1955–1989. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:53–64.
- Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 2002;7:6–8.
- Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, ym. Trends in mortality from suicide, 1965–99. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:341–9.
- Chishti P, Stone DH, Corcoran P, Williamson E, Petridou E; EUROSOLVE Working Group. Suicide mortality in the European Union. *Eur J Public Health* 2003;13:108–14.
- 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.
- Gusmão R, Quintão S, McDaid D, ym. Antidepressant utilization and suicide in Europe: an ecological multi-national study. *PLoS One* 2013;8:e66455.
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009;373:1372–81.
- Freuchen A, Kjelsberg E, Grøholt B. Suicide or accident? A psychological autopsy study of suicide in youths under the age of 16 compared to deaths labeled as accidents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012;6:30.
- Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJ, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series: No. 31. Geneva: WHO 2001.
- Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *Am J Psychiatry* 2003;160:765–72.
- Partonen T, Haukka J, Viilo K, ym. Cyclic time patterns of death from suicide in northern Finland. *J Affect Disord* 2004;78:11–9.
- Partonen T, Haukka J, Nevanlinna H, Lönnqvist J. Analysis of the seasonal pattern in suicide. *J Affect Disord* 2004;81:133–9.
- Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 2009;373:147–53.
- Pirkis J, Machlin A. Differing perspectives on what is important in media reporting of suicide. *Br J Psychiatry* 2013; 203:168–9.
- Lönnqvist J. Suicide prevention in Finland. Kirjassa: Wasserman D, Wasserman C, toim. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press 2009, s. 793–5.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, ym. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064–74.
- Szanto K, Kalmár S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ. A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:914–20.
- Helama S, Holopainen J, Partonen T. Temperature-associated suicide mortality: contrasting roles of climatic warming and the suicide prevention program in Finland. *Environ Health Prev Med* 2013;18:349–55.
- Holopainen J, Helama S, Partonen T. Does diurnal temperature range influence seasonal suicide mortality? Assessment of daily data of the Helsinki metropolitan area from 1973 to 2010. *Int J Biometeorol* 2013 Jun 18 [Epub ahead of print].

Summary

Finnish suicide mortality from 1950 to 2009 in an European comparison

BACKGROUND: Trends in suicide mortality in Europe from 1950 to 2009 were studied.

MATERIAL AND METHODS: Data on 4,777,113 suicides in addition to the data on population were extracted from the WHO Mortality Database.

RESULTS: In Europe, there was an increase in suicide mortality during the 1980s and the 1990s, followed by a decrease. The suicide mortality of Finnish men has decreased from the highest rate in the 1950s to the ninth place in the 2000s. In contrast, the suicide mortality of Finnish women is currently the second highest in Europe.

CONCLUSIONS: Continuous work and research are needed to enhance suicide prevention at the regional level.