

Marketta Tahvanainen, Pirkko Riipinen, Erika Jääskeläinen ja Anu-Helmi Halt

Itsemurhan riskitekijät ja niiden huomioiminen yleislääkärin työssä

Miten itsemurhariskiä voidaan arvioida?

Suomi on muihin Pohjoismaihin verrattuna suuren itsemurhakuolleisuuden maa. Yksilöllistä itsemurhariskiä ei nykyisillä menetelmillä pystytä luotettavasti määrittämään, mutta suhteellista riskin suurenemista voidaan arvioida selvittämällä riskitekijöiden kasautumista ja potilaan elämäntilannetta kokonaisuutena. Merkittävin yksittäinen itsemurhan riskitekijä on aiempi itsemurhayritys. Muita merkittäviä itsemurhan riskitekijöitä ovat muun muassa mielenterveyden häiriöt, kuten mielialahäiriöt, psykoosit, persoonallisuushäiriöt ja päihdehäiriöt, sekä tietyt sosiodemografiset tekijät kuten työttömyys. Toivoton oirekuvassa on diagnoosista riippumatta suuren riskin merkki. Riskiä arvioitaessa tulee itsemurha-ajatuksista kysyä potilaalta suoraan. Myös strukturoituja kyselyjä voidaan käyttää riskinarvion tukena. Arviossa tulee pyrkiä kokonaisvaltaiseen ymmärrykseen potilaan psyykkisestä voinnista ja ajankohtaisista kuormitustekijöistä. Myös suojaavien tekijöiden kartoittaminen on osa onnistunutta kokonaisarviota.

Itsemurhien määrä on Suomessa pääasiassa vähentynyt 1990-luvulta lähtien (1). Myönteisestä kehityksestä huolimatta Suomi on edelleen suhteellisen suuren itsemurhakuolleisuuden maa. Vuonna 2016 Suomessa oli Pohjoismaiden suurin itsemurhakuolleisuus, 14,3/100 000 henkeä. Ruotsissa vastaava luku oli 11,7/100 000 henkeä. Erityisesti miesten itsemurhakuolleisuus on Suomessa muita Pohjoismaita suurempi (2).

Suomessa tehtiin 810 itsemurhaa vuonna 2018. Kolme neljästä itsemurhasta oli miesten tekemiä. Itsemurhan tehneiden naisten keski-ikä oli 50 vuotta ja miesten 48 vuotta. Itsemurhan tehneistä alle 25-vuotiaita oli 12 % (1). Etelä- ja Keski-Euroopassa havaittua ikäihmisten itsemurhien määrän lisääntymistä ei ole todettu Suomessa viime vuosikymmenien aikana (3).

Itsemurha-ajatukset ovat väestössä suhteellisen yleisiä. Poikittaiskyselytutkimuksen mukaan itsetuhoisten ajatusten esiintyvyys Suomessa on noin 10 % (4). Yksilön itsemurhariskin arviointi on vaikeaa, sillä tunnetut itsemurhan riskitekijät ovat väestössä yleisiä,

kun taas itsemurhatapahtuma on harvinainen vakaviakin mielenterveyshäiriöitä sairastavien joukossa. Tavanomaisilla arviointimenetelmillä tunnistetaan siten iso määrä suuren riskin potilaita, joista harva kuitenkin päätyy itsemurhaan (5). Tilastotieteellisesti katsottuna riskin arvioinnin ongelma on yhteinen kaikille harvinaisille päätetapahtumille.

Suuri osa itsemurhan tehneistä henkilöistä on ollut yhteydessä terveydenhuollon yksikköön vuoden kuluessa ennen itsemurhaa (6). Noin joka neljäs itsemurhan tehneistä oli yhteydessä terveydenhuoltoon alle kaksi viikkoa ennen kuolemaansa (7). Olennaista itsemurhariskin arvioinnissa on kysyä potilaalta suoraan, onko hänellä itsemurha-ajatuksia tai -suunnitelmia (8). Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, ettei itsemurha-ajatuksista kysyminen ja itsemurhariskin kliininen arviointi lisää itsemurhakuolleisuutta (9). Suurentuneen itsemurhariskin moninaisia taustasyitä tunnistamalla ja ymmärtämällä voidaan mahdollisesti parantaa suuren itsemurhariskin potilaiden tunnistamista ja hoitoon ohjausta (6).

Tunnetut itsemurhan riskitekijät

Aiempi itsemurhayritys on todettu aiemmissa tutkimuksissa merkittävimmäksi itsemurhakuoleman riskitekijäksi (4,5,10). Vastikään julkaistussa kotimaisessa masennuspotilaiden itsemurhan riskitekijöitä kartoittaneessa pitkätaistutkimuksessa todettiin, että masennustilan vuoksi psykiatriseen osastohoitoon päätyneistä potilaista suurin itsemurhakuolleisuus oli niillä, joilla oli taustallaan aiempi itsemurhayritys. Viiden vuoden kuluessa lähes 10 % aiemmin itsemurhaa yrittäneistä miespotilaista ja 5 % naispotilaista toteutti itsemurhan (11). Aiempi itsemurhayritys on myös merkittävä psykoosipotilaiden ja epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien itsemurhakuoleman riskitekijä (12,13).

Psykiatriset häiriöt ja päihteiden käyttö. Kuudella kymmenestä Suomessa itsemurhan tehneestä on diagnosoitavissa oleva masennustila. Samassa tutkimuksessa todettiin, että yli 90 %:lla Suomessa itsemurhan tehneistä oli todettavissa ainakin jokin psykiatrinen häiriö (14). Ruotsalaisessa 7 140 589 hengen kohorttitutkimuksessa, jossa selvitettiin toteutuneen itsemurhan riskitekijöitä, todettiin diagnosoitun masennustilan 19-kertaistavan naisten ja 16-kertaistavan miesten itsemurhariskin (7).

Masennustilojen, joita esiintyi noin 60 %:lla, jälkeen yleisimpiä diagnooseja itsemurhan tehneillä olivat alkoholihäiriö (noin 40 %:lla), ahdistuneisuushäiriöt (noin 10 %:lla) ja skitsofrenia (7 %:lla). Persoonallisuushäiriö oli diagnosoitavissa lähes joka kolmannella itsemurhan tehneistä (määrittämätön persoonallisuushäiriö 14 %:lla, epävakaasta persoonallisuushäiriö 7 %:lla ja muu persoonallisuushäiriö 10 %:lla). Psykoottistasoista oireilua oli todettavissa joka neljännellä itsemurhan toteuttaneista (14). Itsemurhan psykiatrisia riskitekijöitä esitetään **TAULUKOSSA 1** (10,15–17).

Skitsofreniaa sairastavien potilaiden elinikäisen itsemurhakuolemariskin on arvioitu olevan noin 5 % (18). Vuonna 2018 julkaistussa pitkätaistutkimusten meta-analyysissä todettiin psykoosioireista erityisesti positiivisten oireiden lisäävän itsemurhakuoleman riskiä. Sen sijaan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä negatiivisil-

le psykoosioireille ja itsemurhakuolemille ei löytynyt (15). Skitsofreniapotilaiden itsemurhariskitekijöitä käsitelleessä meta-analyysissä muiksi itsemurhakuoleman riskitekijöiksi todettiin muun muassa miessukupuoli, alkoholin käyttö sekä huono hoitoon sitoutuminen (12). Klotsapiinihoito pienentää psykoosipotilaiden itsemurhariskiä (4).

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy naisilla 5 %:n ja miehillä 8 %:n elinikäinen itsemurhariski (19). Tämän riskin tiedetään olevan erityisen suuri sekamuotoisen jakson aikana. Myös vaikea masennusjakso on suuren itsemurhariskin aikaa (6). Lääkehoidoista litiumin tiedetään pienentävän itsemurhariskiä (4,6,19).

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivistä potilaista arviolta joka kymmenes tekee itsemurhan. Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyy usein alttiutta vahingoittaa itseään ilman vakavaa aietta kuolla. Krooninen itsetuhoisuus ja impulsiivisuus hallitsevat usein oirekuvaa ja vaikeuttavat tämän potilasryhmän itsemurhariskin arviointia (13).

Tuoreessa brittitutkimuksessa selvitettiin yhden vuoden aikana itsemurhaan kuolleiden persoonallisuushäiriödiagnoosin saaneiden potilaiden erityispiirteitä. He olivat ottaneet toistuvasti yhteyttä mielenterveyspalveluihin, keskimäärin 27 kertaa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Yli 90 %:lla oli todettu epävakaasta persoonallisuushäiriö. Hieman yli puolet itsemurhan tehneistä oli naisia, mikä on merkittävästi suurempi osuus kuin naisten osuus kaikista itsemurhan tehneistä. Haitallista alkoholin käyttöä kolmen viime kuukauden aikana todettiin kuudella kymmenestä ja huumeiden käyttöä lähes puolella itsemurhan tehneistä. Aiempaa itsetuhoista käyttäytymistä oli taustalla 95 %:lla. Toistuvaa itsetuhoista käyttäytymistä tavattiin viimeisen elinvuoden aikana noin 70 %:lla itsemurhaan kuolleista. Eniten käytetyt itsemurhamenetelmät olivat hirttäytyminen ja yliannostus, yleisimmin opioidimyrkytys (20).

Ahdistuneisuushäiriöpotilaiden itsetuhoisuutta käsittelevässä meta-analyysissä ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä diagnosoitujen ahdistuneisuushäiriöiden ja itsemurhakuoleman välillä. Ahdistuneisuushäiriöpotilailla oli kuitenkin tilastollisesti merkit-

TAULUKKO 1. Itsemurhan psykiatrisia riskitekijöitä

Riskitekijä	Kerroinsuhde ¹ (95 %:n luottamusväli)	Aineiston kuvaus	Viite
Aiempi itsemurhayritys	2,2 (1,7–3,0)	Meta-analyysi (365 tutkimusta). Tapausmäärää ei ilmoitettu. Yleisväestö 41 %, potilasaineisto 39 %, potilasaineisto, jossa aiempaa itsetuhoista käyttäytymistä tai itsetuhoajatuksia 20 %.	(17)
Masennuspotilaan aiempi itsemurhayritys	4,8 (3,3–7,2)	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi (28 tutkimusta). Potilasaineisto. 250 itsemurhaa, 364 verrokkia.	(10)
Aiempi psykiatrinen sairaalahoito	3,6 (2,8–4,5)	Meta-analyysi (365 tutkimusta). Tapausmäärää ei ilmoitettu. Yleisväestö 41 %, potilasaineisto 39 %, potilasaineisto, jossa aiempaa itsetuhoista käyttäytymistä tai itsetuhoajatuksia 20 %.	(17)
Vakava masennustila	1,5 (1,0–2,2)	Meta-analyysi (166 tutkimusta). Tarkkaa tapausmäärää ei ilmoitettu.	(16)
Määrittämätön mielialahäiriö	1,6 (1,1–2,4)	Yleisväestö 18 %, 61 % potilasaineisto, 22 % potilasaineisto, jossa aiempaa itsetuhoista käyttäytymistä tai itsetuhoajatuksia.	
Psykoottinen häiriö (mukaan lukien skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö, määrittämätön psykoottinen häiriö)	1,7 (1,3–2,2)	Meta-analyysi (50 tutkimusta). Tarkkaa tapausmäärää ei ilmoitettu. Yleisväestö 13 %, potilasaineisto 69 %, potilasaineisto, jossa aiempaa itsetuhoista käyttäytymistä 18 %.	(15)
Masennuspotilaan persoonallisuushäiriö	5,0 (2,0–12,3)	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi (28 tutkimusta). Potilasaineisto. 291 itsemurhaa, 186 verrokkia.	(10)
Masennuspotilaan päihdehäiriö	2,2 (1,8–2,7)	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi (28 tutkimusta). Potilasaineisto. 4996 itsemurhaa, 860278 verrokkia.	(10)
Toivottomuus oirekuvassa	2,0 (1,5–1,7)	Meta-analyysi (166 tutkimusta). Tarkkaa tapausmäärää ei ilmoitettu. 18 % yleisväestö, 61 % potilasaineisto, 22 % potilasaineisto, jossa aiempaa itsetuhoista käyttäytymistä tai itsetuhoajatuksia.	(16)
Toivottomuus masennuspotilaan oirekuvassa	2,2 (1,5–3,2)	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi (28 tutkimusta). Potilasaineisto. 176 itsemurhaa, 4184 verrokkia.	(10)

¹Odds ratio (OR). Luvut ovat eri tutkimuksista, eivätkä siten suoraan vertailukelpoisia keskenään. Aineistojen eroja on kuvailtu taulukossa.

sevästi enemmän itsemurha-ajatuksia ja itsemurhayrityksiä kuin verrokeilla. Meta-analyysiin sisällytetyissä 65 tutkimuksessa oli tutkittu muun muassa yleistyneen ahdistuneisuushäiriön, paniikkihäiriön, julkisten paikkojen pelon, pakko-oireisen häiriön, sosiaalisten tilanteiden pelon, traumaperäisen stressihäiriön, sopeutumishäiriön ja määrittämättömien ahdistuneisuushäiriöiden vaikutusta itsemurhariskiin. Kaikista tutkituista ahdistuneisuushäiriöistä traumaperäisen stressihäiriön yhteys itsemurhayrityksiin oli selkein (21).

Ruotsalaisessa kohorttitutkimuksessa alkoholin haitallinen käyttö nelinkertaisti itsemurhariskin, kun huomioitiin muu psykiatrinen

sairastavuus (7). Mikäli potilaalla oli taustalla sairaalahoitoa vaatinut alkoholiriippuvuushäiriö, itsemurhariski oli kymmenkertainen (22).

Suomen kansallisessa itsemurhien ehkäisyprojektissa alkoholin väärinkäyttöä tai alkoholi-riippuvuutta todettiin yli 40 %:lla itsemurhan tehneistä. Alkoholihäiriötä pidettiin päädiagnoosina joka kuudennella itsemurhan tehneistä. Alkoholin väärinkäyttäjistä yli 40 %:lla oli todettavissa persoonallisuushäiriö ja lähes puolella jonkinasteinen masennustila. Itsemurhan tehneistä alkoholiriippuvaisista vain 8 %:lla ei esiintynyt oheissairautena muuta mielenterveyden häiriötä tai somaattista sairautta (14). Suomessa noin 40 %:iin miesten tekemistä it-

TAULUKKO 2. Itsemurhan sosiodemografisia riskitekijöitä

Riskitekijä	Kerroinsuhde ¹ (95 %:n luottamusväli)	Aineiston kuvaus	Viite
Itsemurha perheessä	Sisarpuoli 1,7 (1,1–2,7) Sisarus 3,1(2,8–3,5)	Rekisteritutkimus. Yleisväestö. 83 951 itsemurhaa, koko tutkimusväestö 11,4 miljoonaa henkilöä.	(26)
Huono sosioekonominen asema, mm. työttömyys ja matala koulutusaste	2,2 (1,3–3,7)	Meta-analyysi (365 tutkimusta). Tarkkaa tapausmäärää ei ilmoitettu. Yleisväestö 41 %, potilasaineisto 39 %, potilasaineisto, jossa aiempaa itsetuhoista käyttäytymistä tai itsetuhoajatuksia 20 %.	(17)
	2,7 (1,5–4,6)	Meta-analyysi (159 tutkimusta). Tarkkaa tapausmäärää ei ilmoitettu. Yleisväestö 55 %, potilasaineisto 30 %, potilasaineisto, jossa aiempaa itsetuhoista käyttäytymistä 16 %.	(27)
Miessukupuoli	1,5 (1,2–1,8)		
Naimattomuus	2,2 (1,8–2,8)		
Kuormittavat elämäntapahtumat, mm. ero, oikeusprosessi, epäonnistumiset työelämässä	2,2 (1,6–2,9)	Meta-analyysi (365 tutkimusta). Tarkkaa tapausmäärää ei ilmoitettu. Yleisväestö 41 %, potilasaineisto 39 %, potilasaineisto, jossa aiempaa itsetuhoista käyttäytymistä tai itsetuhoajatuksia 20 %.	(17)

¹Odds ratio (OR). Luvut ovat eri tutkimuksista, eivätkä siten suoraan vertailukelpoisia keskenään. Aineistojen eroja on kuvailtu taulukossa.

semurhista liittyi humalatile (4). Muiden päiheteiden, esimerkiksi opioidien, kannabinoidien, sedatiivien, kokaiinin tai hallusinogeenien käyttö lähes kahdeksankertaisti naisten ja yli nelinkertaisti miesten itsemurhariskin, kun muu psykiatrinen sairastavuus huomioitiin (7).

Psykiatristen sairauksien samanaikaissairastavuuden tiedetään itsessään lisäävän itsemurhan riskiä (10). Kotimaisessa itsemurhien ehkäisyprojektiin liittyneessä takautuvassa tutkimuksessa lähes puolelle itsemurhan tehneistä oli asetettavissa ainakin kaksi mielenterveyden häiriön diagnoosia. Miehillä esiintyi enemmän samanaikaissairastavuutta kuin naisilla (14). Psykiatrisen samanaikaissairastavuuden on todettu liittyvän nuorempaan ikään itsemurhan tekohetkellä, erityisesti päihdehäiriötä sairastavien ja persoonaltaan epävakaiden potilaiden osalta. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien itsemurhakuolleisuutta lisää erityisesti samanaikainen vaikea masennus tai päihdehäiriö (6,20). Samanaikainen masennustila lisäsi myös kroonisesta kivusta kärsivien itsemurhariskiä (23).

Toivottomuutta oirekuvassa on jo vuosikymmenien ajan pidetty itsemurhan riskitekijänä (24). Parin vuoden takaisessa meta-analyysissä todettiin, että se on niin itsetuhoisten

ajatuksien, itsemurhayrityksien kuin itsemurhakuolemienkin riskitekijä (16). Tulokset ovat samansuuntaisia myös tutkimuksissa, joissa on tutkittu masennustilojen, skitsofrenian, kroonisen kivun ja epävakaan persoonallisuushäiriön itsemurhariskitekijöitä (10,12,13,23,25). Toivottomuutta voidaan siis pitää merkittävänä transdiagnostisena riskitekijänä, mikä kannattaa huomioida muidenkin kuin masennuksesta kärsivien potilaiden riskinarvioinnissa.

Somaattiset sairaudet. Krooninen kipu on itsenäinen itsemurhakuoleman riskitekijä. Riski todettiin brittiläisessä katsausartikkelissa noin kaksinkertaiseksi verrokkeihin nähden. Itsemurha-ajatuksia esiintyi noin joka viidennellä pitkäaikaisesta kivusta kärsivällä (23). Myös epilepsia ja unihäiriöt tiedetään itsenäisiksi itsemurhan riskitekijöiksi (4). Ruotsalaisessa kohorttitutkimuksessa todettiin itsemurhakuoleman itsenäisiksi riskitekijöiksi lisäksi syöpäsairaudet, selkäsairaudet, astma, keuhkohtaumatauti ja aivoverenkiertohäiriöt, kun psykiatrinen samanaikaissairastavuus huomioitiin. Lisäksi diabetes ja iskeeminen sydänsairaus lisäsivät miesten itsemurhakuoleman riskiä. Somaattisten sairauksien vaikutusta itsemurhariskiin pidettiin kuitenkin merkittävästi pienempänä kuin psykiatristen häiriöiden aiheuttamaa itsemurhariskiä (7).

Sosiodemografiset tekijät. Useiden sosiodemografisten tekijöiden tiedetään vaikuttavan itsemurhariskiin. Suomessa muun muassa matala koulutustaso ja työttömyys liittyvät suurentuneeseen itsemurhariskiin (4). Suomalaisaineiston perusteella on ajateltu, että muun muassa väkivaltaisemmat itsemurhamenetelmät ovat miesten suuremman itsemurhakuolleisuuden taustalla (11). Itsemurhan sosiodemografisia riskitekijöitä esitetään **TAULUKOSSA 2** (17,26,27).

Itsemurhalta suojaavat tekijät

Potilaan tilanteen kokonaisvaltaiseksi ymmärtämiseksi on keskeistä selvittää ajankohtaisten kuormitustekijöiden lisäksi myös suojaavia tekijöitä, jotka vähentävät itsemurha-alttiutta mahdollisista riskitekijöistä huolimatta. Potilaan oma kokemus suojaavien tekijöiden olemassaolosta tai puuttumisesta on olennainen anamnestinen tieto (8). Suojaavia tekijöitä, joita on potilasta haastateltaessa syytä selvittää, ovat esimerkiksi hyvä fyysinen terveys, terve itsetunto, kypsät psyykkiset puolustusmekanismit ja hyvät ongelmanratkaisutaidot sekä kokemus elämän merkityksellisyydestä ja hyvästä sosiaalisesta turvaverkosta (6,8).

Resilienssiä pidetään merkittävänä itsemurhalta suojaavana tekijänä. Sillä tarkoitetaan kykyä mukautua kuormittaviin tilanteisiin sekä

selviytyä vastoinkäymisistä niin, että psyykkinen ja fyysinen toimintakyky säilyvät hyvinä. Vähäinen resilienssi liittyy itsemurhariskin lisääntymiseen. Resilienssin vahvistaminen osana mielenterveyshäiriöiden hoitoa pienentää itsemurhariskiä (28).

Itsemurhariskin arvioinnin aikajänne

Merkittävä ongelma itsemurhariskin arvioinnissa on riskinarvion aikajänne. Kliinisessä työssään lääkäri arvioi potilaan itsemurhariskiä suhteellisen lyhyellä aikavälillä. Esimerkiksi itsetuhoiseksi arvelun päivystyspotilaan tai psykiatriselta osastolta kotiutettavan potilaan tapauksessa riskiä pyritään usein arvioimaan tunneiksi, päiviksi tai viikoiksi eteenpäin. Itsemurhariskiä koskevien pitkittäistutkimusten seuranta-aika kuitenkin vaihtelee tuoreiden meta-analyyssien mukaan useimmiten kuukausista vuosikymmeneen (15–17).

Aiemmissä tutkimuksissa on arvioitu, että psykiatrisen osastohoidon uloskirjauksen jälkeiset päivät lienevät erityisen riskialttiita, ja siksi itsemurhariskin arvioinnin kannalta erityisen merkittäviä. Yhdysvaltalaisessa meta-analyyssissä todettiin itsemurhakuolleisuuden olleen merkittävästi suurempi kolmen kuukauden kuluessa uloskirjauksesta verrattuna tätä myöhäisempään uloskirjauksen jälkeiseen ajankohtaan (29).

TAULUKKO 3. Itsemurhariskin arvioinnissa käytettyjä strukturoituja kyselyjä.

Menetelmän nimi	Kysymysten määrä ja arvioinnin kesto	Kuka tekee	Saatavuus (tutkimusviite)
Columbia – Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) Alkutilanteen kartoituslomake Seurantalomake	Enintään noin 30 kysymystä, noin 10 min	Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattilainen	Saatavilla mm. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen verkkosivustolla. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito -Käypä hoito -suosituksesta sekä Mielenterveystalon ¹ ammattilaisosion (30)
Scale for suicide ideation (SSI)	19 kysymystä, kolme vaihtoehtoa per kysymys, noin 10 min	Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattilainen	Maksullinen (34)
Beck Hopelessness Scale (BHS)	20 kysymystä, kaksi vaihtoehtoa per kysymys, alle 5 min	Arvioitava täyttää	Maksullinen (24)
Suicide Intent Scale (SIS) Itseään vahingoittaneen potilaan arviointiin	15 itsetuhoisuuteen liittyvää kysymystä, kolme vaihtoehtoa per kysymys, noin 10 min	Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattilainen	Saatavilla Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito -Käypä hoito -suosituksesta sekä Mielenterveystalon ¹ ammattilaisosion (32)

¹www.mielenterveystalo.fi

Itsemurhariskin arviointimenetelmät

Itsemurhariskin kliinisen arvioinnin tueksi ja tutkimuskäyttöön on kehitetty useita strukturoituja kyselykaavakkeita. Kultastandardina pidetty Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) on mainittu mahdollisena apuvälineenä itsetuhoisuuden arviointiin uudessa itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen Käypä hoito -suosituksessa (näytönaste C) (4,30). C-SSRS on mainittu myös depression ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön Käypä hoito -suosituksissa itsetuhoisuuden arvioinnin apuvälineenä (25,31). C-SSRS:n lähtötilanteen kartoituslomake on tarkoitettu alkukartoitukseen, ja jatkoa varten on luotu lyhyempi seurantalomake (4).

TAULUKKO 4. Itsemurhariskin kartoittaminen vastaanottotilanteessa.

Selvitä potilaan perussairaudet ja niiden hoito sekä nykyinen vointi ajankohtaisine oireineen (erityisesti mahdollinen psykoottisuus, esimerkiksi itsetuhoisuuteen kehottavat harhat).

Millainen potilaan elämäntilanne on ja millaisia ajankoh-
taisia kuormitustekijöitä siihen liittyy?

Miten potilas on pyrkinyt ratkaisemaan nykyisen elämän-
tilanteensa ongelmia?

Mitä päihiteitä ja minkä verran potilas käyttää? Onko päih-
teiden käyttö lisääntynyt lähimenneisydessä?

Millainen sosiaalinen tukiverkosto potilaalla on?

Mitkä asiat tekevät hänen elämästään merkityksellistä?

Millainen on potilaan näkemys omasta tulevaisuudestaan?
Liittyykö potilaan nykyiseen oirekuvaan voimakkaita syyli-
syyden tai toivottomuuden tunteita?

Onko joku potilaan läheisistä joskus tehnyt tai yrittänyt
tehdä itsemurhan?

Onko potilas koskaan aiemmin yrittänyt itsemurhaa?
Milloin? Miten?

Onko potilaalla kuolemantouheita?

Kuinka intensiivisiä potilaan ajatukset kuolemasta ovat?
Kuinka usein ne toistuvat ja kuinka pitkäkestoisia ne ovat?

Tunteeko potilas kykenevänsä hallitsemaan itsemurha-
ajatuksensa? Kokeeko potilas hallitsevansa itsetuhoiset
impulssinsa?

Kokeeko potilas olevansa turvassa itsemurha-ajatustensa
kanssa? Onko potilaan toive kuolla suurempi kuin halu
elää?

Onko potilas tehnyt kuolemaan liittyviä valmisteluja tai
suunnitelmia? Millaisia?

Onko itsemurhasuunnitelma realistinen? Mikä on itse-
murhavälineiden saatavuus ja niiden letaliteetti?

Tuoreehkossa meta-analyyseissa tunnetut strukturoidut kyselysarjat Suicide Intent Scale ja Beck Hopelessness Scale eivät yksinään saavuttaneet kliiniseen päätöksentekoon riittävää tarkkuutta, kun arvioitiin potilaita, joilla oli aiempaa itsetuhoista käytöstä (32,33). Niiden käyttöä kokonaisvaltaisen psyykkisen voimien arvion tukena voidaan kuitenkin edelleen perustella. Menetelmät on koottu **TAULUKKON 3** (24,30,32,34). Myös masennusoireita kartoit-
tavissa Beckin masennuskyselyssä ja Montgo-
mery-Åsbergin masennusasteikossa on itsetu-
hoisuutta kartoittavia kysymyksiä.

Itsemurhariskin arviointi edellyttää kokonaisvaltaisuutta

Potilaan itsemurhariskiä arvioidessaan lääkäri kerää ja arvioi tietoa haastatteleamalla potilas-
ta tämän voinnista, oireista ja taustasta niin riski- kuin suojaavienkin tekijöiden osalta. Ar-
vion tukena voidaan käyttää itsemurhariskin
strukturoituja arviointityökaluja (4,8,31,35).
Itsemurhariskin arvioinnissa huomioitavia tekijöitä on koottu **TAULUKKON 4**. Täydentävää tietoa voidaan potilasasiakirjojen lisäksi saada potilaan luvalla myös hänen läheisiltään. Saatu-
jen tietojen pohjalta ammattilainen koostaa ar-
vionsa siitä, onko potilaan itsemurhariski suu-
rentunut sekä arvioi jatkohoidon kiireellisyyttä ja toteutusta.

Itsemurhaa yrittäneen henkilön psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarve on arvioitava ensi-
tilassa. Ensihoidon jälkeen potilaalle tulee tar-
jota hänen sairastamansa psykiatrisen häiriön mukaisen hoitomallin suosittelu ja jatkohoito erityis- tai perustasolla. Itsemurhaa yrittäneen potilaan hoidon jatkuvuus on erittäin tärkeää (4). Käytännöllisiä arviointivinkkejä on esitelty Aikakauskirjassa aiemmin (8,35).

Lääkärin tulisi potilaan itsemurhariskiä arvioidessaan pyrkiä laaja-alaiseen ymmärrykseen potilaan elämäntilanteesta ja psyykkisestä voinnista. Todetut mielenterveyden häiriöt ja niiden hoito, aiempi itsetuhoisen käytös sekä nykyisten itsetuhoajatusten olemassaolo, kesto ja intensiivisyys ovat olennaisia tietoja. Mahdollinen itsemurhasuunnitelman olemassaolo ja kuolemaan liittyvien valmistelujen tekemi-

nen sekä mahdollisten itsemurhavälineiden saatavuus kannattaa selvittää (8,35). Potilaan kykyä hallita itsetuhoisia ajatuksiaan ja impulsejaan tulee arvioida (35).

Itsemurhariskiä arvioitaessa on hyvä kiinnittää huomiota statuslöydöksiin. Haastattelun aikana arvioija havainnoi potilaan olemusta, käytöstä ja kerrontaa. Havainnoitavia seikkoja ovat esimerkiksi potilaan kehonkieli ja ilmaisu. Esimerkiksi vetäytyminen, katsekontaktin tai vastaamisen välttely ja psykomotorinen levottomuus antavat lisätietoa potilaan psyykkisestä tilasta (8).

Arvioinnissa huomioidaan myös potilaan toivottomuuden, arvottomuuden tai syyllisyyden tuntemuksiin viittaavia ilmaisuja. Toivottomuuden tunnetta voidaan selvittää esimerkiksi kysymällä potilaalta hänen ajatuksistaan tulevaisuudestaan (24). Potilaan itsemurhariskiä arvioivan lääkärin kannattaa havainnoida myös syntyviä omia vastatunteitaan, sillä ne antavat arvokasta tietoa potilaan psyykkisestä voinnista (8).

Lopuksi

Nykytiedon valossa itsemurhan ennustaminen yksilötasolla ei ole mahdollista (17,36). Vuonna 2018 julkaistussa meta-analyysissä, jossa tutkittiin psykiatrisen osaston potilaiden itsemurhariskin arviointia, suositettiin, ettei interventioita suunnattaisi pelkän itsemurha-

MARKETTA TAHVANAINEN, LL, terveyskeskuslääkäri

Oulun yliopisto
Hyvinvointipalvelut, Oulun kaupunki

PIRKKO RIIPINEN, psykiatrian professori

Oulun yliopisto

ERIKA JÄÄSKELÄINEN, dosentti, akatemiutkija, psykiatrian erikoislääkäri

Elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto
Psykiatrian klinikka, OYS

ANU-HELMI HALT, LT, psykiatrian erikoislääkäri, kliininen opettaja

Neurotieteen tutkimusyksikkö, psykiatria, Oulun yliopisto
Psykiatrian klinikka, OYS

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

Ydinasiat

- ▶ Itsemurha-ajatuksien olemassaoloa tulee aktiivisesti tiedustella potilailta, joilla on mielenterveyden häiriö tai psyykkistä oireilua.
- ▶ Yksittäiset riskitekijät tai niiden puuttuminen eivät anna riittävästi tietoa itsemurhariskistä, mutta riskitekijöiden kasautuminen on syytä huomioida.
- ▶ Strukturoituja kyselyjä voidaan käyttää itsemurhariskin arvioinnin tukena.

riskinarvion vaan potilaan kokonaisvaltaisen psyykkisen voinnin perusteella. Tutkimuksen tuloksissa kiteytyy itsemurhariskin arvioinnin poikkeuksellinen vaativuus: suureksi arvioidun itsemurhariskin potilasryhmässäkin enemmistö potilaista ei päätenyt itsemurhaan, ja toisaalta lähes puolet itsemurhasta tapahtui potilasryhmässä, jossa itsemurhariski oli arvioitu pieneksi (37).

Itsemurhariskin arviointi on vaativuudestaan huolimatta olennainen osa lääkärin ammattitaitoa. Tarpeenmukaisen psykiatrisen hoidon järjestämiseksi ja itsemurhien ehkäisemiseksi on tärkeää tunnistaa itsemurhariskin suureneamiseen vaikuttavat tekijät. ■

SIDONNAISUUDET

Marketta Tahvanainen: Ei sidonnaisuuksia

Pirkko Riipinen: Apuraha (Onnettomuustietoinstituutti (liikenneonnettomuuksien tutkijalautakunta, käyttäytymistiedejäsen)), Luontopalkkio/asiantuntijapalkkio (Oulun diakonissalaitoksen säätiö (hallituksen jäsen), ODH Hoiva (hallituksen puheenjohtaja)), Luottamustoimet (OYS, eettinen toimikunta (varapuheenjohtaja), Oulun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta, dosenttitoimikunta, (puheenjohtaja), Pohjois-Suomen hallinto-oikeus (mielenterveysasiantuntija))

Erika Jääskeläinen: Luontopalkkio/asiantuntijapalkkio (Lundbeck, Tervemediä, Lääkärin työkalut), Luottamustoimet (Kelan sosiaalilääketieteellinen neuvottelukunta (jäsen), Suomen Lääketieteen Säätiö (stipendivaliokunnan jäsen), (aiemmin: aluekoulutuspäällikkö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim)), Muut sidonnaisuudet (tutkimusrahoitus: Suomen Akatemia, Brain & Behavior Research Foundation, Euroopan Unioni)

Anu-Helmi Halt: Apuraha (Pohjois-Suomen terveydenhuollon tukisäätiö (hankeapuraha aikuisiän ADHD-tutkimukseen)), Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Shire, Oy H. Lundbeck Ab, Otsuka), Luottamustoimet (Suomen Psykiatriyhdistys (koulutustoimikunnan jäsen))

KIRJALLISUUTTA

1. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt. Helsinki: Tilastokeskus 2019. www.stat.fi/til/ksyyt/index.html.
2. Death due to suicide, by sex 2016. Luxembourg: Eurostat 2017 [päivitetty 2.6.2020]. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=tps00122>.
3. Holopainen J, Helama S, Partonen T. Itsemurhakuolleisuuden muutokset ikääntyvässä Euroopassa. *Suom Lääkäril* 2015;70:1983–9.
4. 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.
5. Ribeiro J, Franklin J, Fox K, ym. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med* 2016;46:225–36.
6. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behavior. *Lancet* 2016;387:1227–39.
7. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychol Med* 2014;44:279–89.
8. Solin P, Partonen T. Tunnista itsemurhan vaara! Itsemurhavaaran tunnistaminen ja sanallistaminen vastaantotolla. *Duodecim* 2017;133:1405–10.
9. Law MK, Furr RM, Arnold EM, ym. Does assessing suicidality frequently and repeatedly cause harm? A randomized control study. *Psychol Assess* 2015;27:1171–81.
10. Hawton K, Casanas i Comabella C, Haw C, ym. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2013;147:17–28.
11. Aaltonen KI, Isometsä E, Sund R, ym. Risk factors for suicide in depression in Finland: first-hospitalized patients followed up to 24 years. *Acta Psychiatr Scand* 2019;139:154–63.
12. Cassidy R, Yang F, Kapezinski F, ym. Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophr Bull* 2018;44:787–97.
13. Black D, Blum N, Phohl B, ym. Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord* 2004;18:226–39.
14. Henriksson M, Aro H, Marttunen M, ym. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psych* 1993;150:935–40.
15. Huang X, Fox KR, Ribeiro JD, ym. Psychosis as a risk factor for suicidal thoughts and behavior: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med* 2018;48:765–76.
16. Ribeiro J, Huang X, Fox K, ym. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry* 2018;212:279–86.
17. Franklin J, Ribeiro J, Fox K, ym. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull* 2017;143:187–232.
18. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in Schizophrenia: A reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:247–53.
19. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistyksen ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013 [päivitetty 19.6.2013]. www.kaypahoito.fi.
20. Flynn S, Graney J, Nyathi T, ym. Clinical characteristics and care pathways of patients with personality disorder who died by suicide. *BJPsych Open* 2020;6:1–6.
21. Bentley K, Franklin J, Ribeiro J, ym. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2016;43:30–46.
22. Westman J, Walhbeck K, Laursen TM, ym. Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 2015;131:297–306.
23. Tang N, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med* 2006;36:575–86.
24. Beck AT, Weissman A, Lester D, ym. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974;42:861–5.
25. Berardelli I, Sarubbi S, Rogante F, ym. The role of demoralization and hopelessness in suicide risk in schizophrenia: A review of the literature. *Medicina* 2019;55:200.
26. Tidemalm D, Runeson B, Waern M, ym. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychol Med* 2011;41:2527–34.
27. Huang X, Ribeiro JD, Musacchio KM, ym. Demographics as predictors of suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. *PLoS ONE* 2017;12:e0180793.
28. Sher L. Resilience as a focus on suicide research and prevention. *Acta Psychiatr Scand* 2019;140:169–80.
29. Chung D, Ryan C, Hadzi-Pavlovic D, ym. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities - a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:694–702.
30. Posner K, Brown GK, Stanley B, ym. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011;168:1266–77.
31. Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020 [päivitetty 8.1.2020]. www.kaypahoito.fi.
32. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. Kirjassa: Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ, toim. The prediction of suicide. Philadelphia: Charles Press 1974, s. 45–56.
33. Chan MK, Bhatti H, Meader N, ym. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry* 2016;209:277–83.
34. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979;47:343–52.
35. Suominen K, Valtonen H. Itsetuhoisen potilaan arviointi. *Duodecim* 2013;129:881–5.
36. Melhem N, Porta G, Oquendo M, ym. Severity and variability of depression symptoms predicting suicide attempt in high-risk individuals. *JAMA Psychiatry* 2019;76:603–13.
37. Large M, Myles N, Myles H, ym. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high risk categories. *Psychol Med* 2018;48:1119–27.