

## Yhteenvetosivu

### Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito

<b>Vastaajan tiedot</b>	Etunimet	Meri Maaria
	Sukunimi	Larivaara
	Ammattinimike	Johtava asiantuntija, asiantuntijalääkäri
	Erikoisala	Terveystieteiden tutkimus
	Paikkakunta	Helsinki
	Organisaatio, toimipaikka	MIELI Suomen Mielenterveys ry
	Sähköposti	meri.larivaara@mieli.fi

**1. Kappaletta "Suosituksen keskeinen sisältö (sivu 2)" koskevat kommenttinne:**

MIELI ry pitää erittäin tärkeänä, että tämä Käypä Hoito -suositus on laadittu. Tunnistamme siinä kuitenkin seuraavia, varsin isoja puutteita:

Luonnos ei käsittele lainkaan terveydenhuollon yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Ottaen huomioon kolmannen sektorin mittavan roolin itsemurhaa yrittäneen palveluvalikoimassa (mm kriisipuhelimet, kriisikeskukset, vertaistukiryhmät) tulisi lisätä osio, joka kuvaa terveydenhuollon ja kolmannen sektorin yhteistyötä, keskinäistä potilasohjausta, tiedonvaihtoa ja alueellista koordinaatiota. Kokemusasiantuntemus on suurelta osin sivuutettu luonnoksessa, Näistä kaikista on saatavilla D-tason näyttöä, joka on tarpeen ottaa huomioon.

Suositus ei käsittele lainkaan vapaaehtoisten, vertaisten ja kokemusasiantuntijoiden roolia itsemurhien ehkäisyssä ja itsemurhaa yrittäneen hoidossa. Tämä on suuri puute, sillä näillä on nykytilanteessa merkittävä rooli ja monitoimijaisista palveluista on erinomaisia kokemuksia myös Suomesta (esim. Etelä-Saimaan keskussairaalan päivystys jossa järjestöt ja terveydenhuolto yhdistävät voimansa). Tätä voisi käsitellä suosituksessa D-tason näyttönä.

Suositukseseen tulisi sisältyä erillinen osio toiminnasta päivystyspoliklinikalla. Kansainvälisesti on arvioitu, että julkisrahoitteisessa järjestelmässä noin neljässä prosentissa kaikista yleissairaalapäivystysten käynneissä syynä on mielenterveysongelma, ja näistä noin kolmasosa on itsemurhayrityksiä (Barratt ym. 2016). Suomessa enemmistö päivystyspoliklinikoilla hoidetuista itsemurhaa yrittäneistä potilaista on päihtyneitä, ja suuri osa jää vaille jatkohoitoa (Nurmi-Lüthje ym. 2011), vaikka heidän riskinsä kuolla itsemurhaan on 40-kertainen muuhun väestöön verrattuna. Sekä Suomessa (Sorri, 2002; Wahlbeck, 2012) että ulkomailla (esim. Care Quality Commission, 2015) on herännyt huoli mielenterveyspotilaiden hoidon laadusta päivystyspisteissä. Tähän suosituksella olisi mahdollisuus vaikuttaa kokoamalla päivystyspoliklikoita koskevat suositukset yhdeksi kokonaisuudeksi. Huomiota tulee myös kiinnittää hoitajien suorittamaan triageen, jossa itsemurhavaarassa olevia potilaita ei aina tunnisteta riittävän hyvin.

Ottaen huomioon itsemurhan tehneiden läheisten selvästi kohonnut itsemurhariski keskeiseen sanomaan tulee mahduttaa myös lause tai kaksi postventiosta.

**2. Kappaletta "Aiheen rajaus (sivu 2)" koskevat kommenttinne:**

Miksi ei ole sisällytetty alle 12-vuotiaiden itsetuhoisuutta? Esimerkiksi Yhdysvalloissa se on paikoin lisääntynyt, kun lasten kehitys on kiihtynyt ja monilla nuorilla käynnistyy murrosiän kehitys jo 12-vuoden iässä.

"Suositus käsittelee lyhyesti myös läheisten lääketieteellistä tukemista itsemurhayrityksen jälkeen". Miksi tuki on rajattu lääketieteelliseen tukeen? Terveystuon tulee tarjota myös muuta kuin lääketieteellistä tukea, esim. muun kuin lääketieteellisen henkilöstön tarjoama psykososiaalinen tuki. Suosituksessa tulisi käsitellä kaikkea terveydenhuollossa tarjottavaa tukea läheisille.

**3. Kappaletta "Tavoitteet (sivut 2–3)" koskevat kommenttinne:**

On myönteistä, että tavoitteena on myös yleisen tietouden lisääminen. Juuri tästä syystä olisi tarpeen nostaa esiin myös pääosin kolmannen sektorin tarjoamat kriisipalvelut, sillä ne ovat tärkeä tuki muoto itsetuhoisille henkilöille. Ylipäänsä suositukset eivät vastaa millään tavalla tähän tavoitteeseen. Suositusta on tarpeen täydentää tältä osin.

**4. Kappaletta "Kohderyhmä (sivu 3)" koskevat kommenttinne:**

On hyvä, että suositus on kohdistettu myös toimintaa ja päätöksentekoa ohjaaville tahoille. Toisaalta kohderyhmistä puuttuu väestö, vaikka tavoitteissa on mukana lisätä väestötasolla tietoa.

**5. Kappaletta "Määritelmät (sivu 3)" koskevat kommenttinne:**

Ei vastauksia

**6. Kappaletta "Esiintyvyys (sivut 4–5)" koskevat kommenttinne:**

On suuri puute, että eriarvoisuutta itsemurhakuolleisuudessa ei oteta esille tässä osiossa. Itsemurhakuolleisuus on voimakkaasti yhteydessä sosioekonomiseen asemaan, kuten riskitekijöiden kohdalla kerrotaan. Tieto on relevantti kuitenkin jo esiintyvyyden kohdalla. Itsemurhat selittävät merkittävän osan eri väestöryhmien eliniän odotteen eriarvoisuudesta. Tämä perustieto tulisi lisätä osioon.

Lause ” Itsemurhien ilmaantuvuus viimeisen vuoden aikana on tasoa 11,4/100 000 [R103]” on tulkinnanvarainen. Kun mainitaan viimeinen vuosi, tarkoitetaanko keskimääräistä tasoa eri vuosina vai jotain tiettyä vuotta. Lauseen muotoilu jättää epäselväksi myös sen, onko kaikista kuolemista 0,011 prosenttia itsemurhia vai tapahtuuko itsemurhakuolemia 11,4 kappaletta 100 000 asukasta kohden vuosittain.

Lause ” Itsemurhat ovat miehillä yleisempiä [R500]. Itsemurhakuolleisuuden lasku ajanjaksolla on ollut naisilla voimakkaampaa kuin miehillä” jättää epäselväksi mistä ajanjaksosta ja alueesta on kyse. Kontekstista voi päätellä, että kyse on globaalista trendistä. On kyseenalaista, miten relevantti tämä tieto on suomalaiselle lukijalle, kun rinnalle ei tuoda vertailukohtaksi Suomen tilannetta. Suomessahan nimenomaan miesten kohdalla lasku on ollut voimakkaampaa kuin naisten kohdalla, eli Suomen osalta lause ei pidä paikkansa.

Osassa länsimaita nuorten ja erityisesti tyttöjen itsemurhat ja itsemurhayritykset ovat merkittävästi lisääntyneet, mutta tätä ei tuoda esiin esiintyvyyden kohdalla.

**7. Kappaletta "Itsemurhien ehkäisy (sivut 5–9)" koskevat kommenttinne:**

Kappaleessa on nostettu yksittäisiä näkökulmia itsemurhien ehkäisyyn laajemmin kuin terveydenhuollossa, mutta aihetta ei ole käsitelty systemaattisesti. Lukijalle jää epäselväksi, miksi nämä näkökulmat on valittu. Miksi ei tuoda esiin esimerkiksi sitä, itsemurhien ehkäisyssä merkittävä asia on vaikuttaa lapsuuteen ja lapsiperheiden hyvinvointiin?

Toisaalta kappaleessa on mukana jonkin verran asioita itsemurhien ehkäisystä terveydenhuollossa, vaikka tälle aiheelle on myöhemmin kokonaan oma lukunsa.

Riski- ja suojaavat tekijät -osion rakenne on epälooginen. Ensin käsitellään riskitekijät, sitten suojaavat tekijät, jonka jälkeen palataan riskitekijöihin (päihdehäiriöt ja somaattiset häiriöt). Ehdotan että ensin käsiteltäisiin suojaavat tekijät (jotka koskevat koko väestöä), sen jälkeen riskitekijät (jotka usein koskevat vain osaväestöä) ja niiden yhteydessä sinänsä tärkeät päihdehäiriöt ja somaattiset sairaudet.



"Käytännössä perustason terveydenhuollon henkilöstön koulutus on kuitenkin keskeisellä sijalla itsetuhokäyttämisen tunnistamisessa." Tämä on erittäin tärkeä asia: asenteet erityisesti nuorten itsetuhokäyttämistä kohtaan tarvitsevat päivitystä ja työntekijät tarvitsevat koulutusta siinä, miten otetaan puheeksi itsemurha-ajatukset ja suunnitelmat. Lisäksi on tarpeen erityisesti nuorten kohdalla lisätä päivityksessä työskentelevien osaamista sen arvioimisessa, ketkä erityisesti nuorista ovat suuressa riskissä tehdä itsemurha, jotta jatkossa vältetään tapauksilta, joissa hyvin nuori on hakenut toistuvasti apua päivityksestä ja toistuvasti lähetetty pois.



ja skitsofrenia. Eikä tässä olisi syytä mainita myös päihdehäiriöt?

Rivit 264-265 ovat toistoa, ja voidaan tästä poistaa

Rivit 293-294 ovat toistoa, eivät oikeastaan kuvaa suojaavia tekijöitä ja sama asia on sanottu jo riveillä 190-192

**8. Kappaletta "Itsemurhien ehkäisy terveydenhuollossa (sivut 9–11)" koskevat kommenttinne:**

Ei vastauksia

**9. Kappaletta "Itsemurhaa yrittäneen hoito (sivut 11–16)" koskevat kommenttinne:**

Suositus tulisi olla ottaa käyttöön turvasuunnitelman teko jokaiselle itsemurhaa yrittäneelle. Suosituksessa tulisi lukea, kuka laatii ja miten turvasuunnitelma laaditaan. Turvasuunnitelman tekeminen edellyttää, että on syntynyt luottamus työntekijän ja potilaan välille, jotta se olisi vaikuttava. Mikäli siihen ei ole mahdollista käyttää riittävästi aikaa ja / tai ammattilainen ei ole pystynyt luomaan luottamuksellista suhdetta ko. potilaaseen on suuri vaara, että turvasuunnitelma on vain muodollisuus ilman vaikutusta potilaan itsetuhoisuuteen. Esim. New Yorkin osavaltiossa turvasuunnitelma on vakiintunut käytäntö, mutta siitä on tullut rutiini, jossa työntekijä täyttää lomakkeen. Mm. B. Stanley suosittelee kysymään ensin potilaalta, miten elämäntilanteesi päättyi siihen, että yritit itsemurhaa ja sitä kautta edetä turvasuunnitelman tekoon.

Riviltä 519 alkavan virkkeen muotoilu on outo. Syntyy vaikutelma, että ko intervention myötä itsemurhayrityksen uusiutumiskahden vuoden ajan, mutta sitten vähentävä vaikutus katoaa. Oikeasti kyse lienee siitä, että potilaita on seurattu 2 vuoden ajan. Vastaava erikoinen muotoilu esiintyi jo aikaisemmin tekstissä jossain muussa kohdassa. Nämä muotoilut tulisi korjata kautta linjan.

Hoitoa suunniteltaessa huomioitavaa -osion logiikka ei avaudu lukijalle. Ehdotan että tämä teksti sulautetaan muihin osioihin. Rivit 541-545 tulisi siirtää osion "Itsemurhaa yrittäneen hoito" alkuun (riville 410 tai 412).

Rory O'Connor on tutkimuksissaan nostanut esiin itsemurhan / itsemurhayrityksen keskeiseksi taustatekijäksi tunteen ansaan / loukkoon jäämisestä omassa elämässään (entrapment). Tästä on myös kotimaista laadullista tutkimusta jo vuosituhannen taitteesta (elämäntilanteen kokeminen umpikujamaiseksi edeltää usein itsemurhaa tai itsemurhayritystä). Näyttää siltä että tämä kokemus voi olla itsetuhoisen kokemuksessa merkittävä. Lisäksi itsemurhayritykseen tai itsemurhaan eteneminen edellyttää, että on käytössä itsemurhavälineet, rohkeus, impulsiivisuus ja aiempi itsetuhoisen käyttäytyminen. Olisi ehkä syytä ottaa huomioon itsemurhaa yrittäneen kokemus siitä, mikä on johtanut itsemurhayritykseen ja esimerkiksi turvasuunnitelmassa kohdistaa toimia ja suunnitella miten ko. tilannetta voitaisiin purkaa. (O'Connor 2011; O'Connor & Kirtley, 2018)

Steve Jobs tuo esille, että itsemurhaa yrittäneet eivät hyödy kaikki samanlaisesta hoidosta / interventiosta, vaan hoito tulisi voida varioida sen mukaan, mikä todennäköisesti toimii ko. potilaan kohdalla. Esim. työttömillä tukeminen/hoito voi vaatia erilaisia toimia kuin esim. kroonisesta kivusta kärsivän kohdalla.

Käypä hoito suositukselta toivoisi kannanottoa /kuvausta siitä, mikä on itsemurhaa yrittäneen henkilön kohdalla hyvä ja tavoiteltava prosessi (vrt. kohderyhmänä myös päättäjät ja suunnittelijat). Somaattinen sairaanhoito hoitaa oman osansa ja psykiatria tai psykiatriaan perehtynyt tekee konsultaation ja siihen liittyen turvasuunnitelman, ja tämän jälkeen itsemurhaa yrittänyt lähetetään. Mikäli ko. potilaan jatkohoito jää sen varaan, että hän itse hakeutuu tarvitsemaansa hoitoon, on vaarana, että se jää toteutumatta. Seurannasta esim. kirjeitse tai puhelimitse on saatu lupaavia tuloksia useammassa tutkimuksessa. Tässä yhteydessä voisi myös huomioida kolmannen sektorin mahdollisuudet tarjota tukea, mm. auttavat puhelimet ja netit jne.

**10. Kappaletta "Mikä on näyttöön perustuva tapa tukea läheisiä itsemurhayrityksen tai itsemurhakuoleman jälkeen? (sivut 16–17)" koskevat kommenttinne:**

Läheisten riski päätyä itsemurhaan on suurempi kuin väestön keskimäärin. Tässä olisi tarpeen tuoda esiin kriisipalvelut, joita tuottaa usein kolmassektori. Lisäksi voitaisiin mainita ammatillisesti ohjattu vertaistuki, joka näyttää olevan läheisten oman arvion mukaan heitä vahvistavaa. Näistä on saatavilla myönteistä D-tason näyttöä kotimaasta.

**11. Kappaletta "Ajoterveyden arviointi (sivu 17)" koskevat kommenttinne:**

Ei vastauksia

**12. Kappaletta "Hoidon porrastus (sivut 17–18)" koskevat kommenttinne:**

Suositus korostaa erittäin merkittävää asiaa eli, että päihtymystila ei saa estää hoitoa. Tämä on hyvä asia päihteiden käyttöön liittyvien asenteiden vuoksi.

Hoidon porrastusta koskevassa osiossa tulisi kiinnittää huomio myös tiedonkulun parantamiseen. Suomalaistutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon lääkärit ovat harvoin tietoisia potilaidensa erikoissairaanhoidosta, jota on annettu itsemurhayrityksen vuoksi (Riihimäki ym., 2014). On näyttöä siitä, että tiedonkulun parantamisella eri palvelutuottajien sekä päivystävän psykiatriin ja päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan välillä voidaan vähentää uusiutuvia käyntejä päivystyspoliklinikalla (Adams ja Nielson, 2012). Yhteistyön on oltava asiakaslähtöistä. Mutkikkaat tarpeet voidaan ratkaista käynnistämällä nopeasti sektorirajat ylittävä yhteistyö, joka voi toimia myös päivystyksellisesti.



**13. "Näytönastekatsaukset" koskevat kommenttinne:**

Ei vastauksia

**14. "Lisätietoa" koskevat kommenttinne:**

Ei vastauksia

**15. "Tiivistelmä" koskevat kommenttinne:**

Myös tiivistelmässä tulisi käsitellä lyhyesti kolmannen sektorin sekä vapaaehtoisten, vertaisten ja kokemusasiantuntijoiden roolia.

**16. "Vältä viisaasti" koskevat kommenttinne:**

Ei vastauksia

**17. "Kaaviot" koskevat kommenttinne:**

Ei vastauksia

**18. Onko jotain mitä haluaisitte lisätä suositukseen?**

Kyllä

**Mitä haluaisitte lisätä suositukseen?**

Yllä on nostettu eri osioiden kohdalla asioita, joita haluaisimme lisätä suositukseen. Tärkeimpinä nostaisimme esiin seuraavat seikat:

Luonnos ei käsittele lainkaan terveydenhuollon yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Ottaen huomioon kolmannen sektorin mittavan roolin itsemurhaa yrittäneen palveluvalikoimassa (mm. kriisipuhelimet, kriisikeskukset, vertaistukiryhmät) suositukseen tulisi lisätä osio, joka kuvaa terveydenhuollon ja kolmannen sektorin yhteistyötä, keskinäistä potilasohjausta, tiedonvaihtoa ja alueellista koordinaatiota. Kokemusasiantuntemus on suurelta osin sivuutettu luonnoksessa,

Suositus ei käsittele lainkaan vapaaehtoisten, vertaisten ja kokemusasiantuntijoiden roolia itsemurhien ehkäisyssä ja itsemurhaa yrittäneen hoidossa. Tämä on suuri puute, kun monitoimijaisista palveluista on erinomaisia kokemuksia myös Suomesta (esim. Etelä-Saimaan keskussairaalan päivystys, jossa järjestöt ja terveydenhuolto yhdistävät

voimansa).

Suositukseseen tulisi sisältyä erillinen osio toiminnasta päivystyspoliklinikalla. Kansainvälisesti on arvioitu, että julkisrahoitteisessa järjestelmässä noin neljässä prosentissa kaikista yleissairaalapäivystysten käynneissä syynä on mielenterveysongelma, ja näistä noin kolmasosa on itsemurhayrityksiä (Barratt ym. 2016). Suomessa enemmistö päivystyspoliklinikoilla hoidetuista itsemurhaa yrittäneistä potilaista on päihtyneitä, ja suuri osa jää vaille jatkohoitoa (Nurmi-Lüthje ym. 2011), vaikka heidän riskinsä kuolla itsemurhaan on 40-kertainen muuhun väestöön verrattuna. Sekä Suomessa (Sorri, 2002; Wahlbeck, 2012) että ulkomailla (esim. Care Quality Commission, 2015) on herännyt huoli mielenterveyspotilaiden hoidon laadusta päivystyspisteissä. Tähän suositukseen olisi mahdollisuus vaikuttaa kokoamalla päivystyspoliklinikoita koskevat suositukset yhdeksi kokonaisuudeksi. Huomiota tulee myös kiinnittää hoitajien suorittamaan triageen, jossa itsemurhavaarassa olevia potilaita ei aina tunnisteta riittävän hyvin.

**19. Onko jotain mitä haluaisitte poistaa suosituksesta?**

Ei

**Mitä haluaisitte poistaa suosituksesta?**

Ei vastauksia

**20. Vapaamuotoinen muu kommenttinne lausuntokierroksella olevasta suosituksesta:**

Ei vastauksia