

Jonna Levola ja Solja Niemelä

## Päihtyneen ja riippuvuusongelmanaisen henkilön itsemurhariskin arviointi

Riippuvuussairauksiin liittyvä itsemurhakuolleisuus on merkittävää, ja menetettyjen elinvuosien määrä on suuri. Tämä ei kuitenkaan näy terveydenhoitojärjestelmässämme, jossa riippuvuussairauksien hoito on räikeästi aliresursoitu. Riippuvuussairauksien hoito kuuluu terveydenhuoltoon, kuten muiden psykiatristen häiriöiden hoito.

Erilaiset päihdehäiriöt sekä toiminnalliset riippuvuudet kuten rahapeliriippuvuus luetaan riippuvuussairauksiin (1). Ne ovat masennuksen rinnalla tärkein itsemurhiin liittyvä yksittäinen mielenterveyshäiriöiden ryhmä (2,3). Suomalaisväestössä itsemurhaan päätyneistä noin kolmanneksella on jokin päihdehäiriö. Rahapeliriippuvuuteen liittyvää itsetuhoisuutta ei ole Suomessa toistaiseksi kattavasti kartoitettu.

Riippuvuussairauksissa, rahapeliriippuvuus mukaan lukien, itsemurhien sukupuoliero on selvästi pienempi verrattuna yleisväestöön, jossa miesten itsemurhariski on noin 2–3-kertainen naisiin verraten (1,2). Rahapeliriippuvuus luetaan toiminnallisiin riippuvuuksiin (3). Itsemurha on merkittävä syy sekä riippuvuushäiriöistä kärsivien naisten että miesten ennenaikaisiin kuolemiin Suomessa (4–6). Itsemurhat ovat suhteellisesti yleisimpiä nuoremmassa ikäryhmissä (2,3,6).

Päihtymystila lisää merkittävästi riskiä itsemurhan toteutumiselle (4,7). Oikeuskemiallisten tutkimusten mukaan itsemurhahetkellä 39 % miehistä ja 33 % naisista on alkoholin vaikutuksen alaisena. Vastaavasti huumausaineita verestä löytyy noin 10 %:lla miehistä ja 6 %:lla naisista (4). Päihtymystila heikentää arviointikykyä ja käyttäytymisen säätelyä ja usein myös vaikeuttaa tunteiden säätelyä ja lisää impulsiivi-

suutta. Päihtyneen itsemurha voi olla impulsiivisesti toteutettu, tai päihtymystila voi toimia myötävaikuttavana tekijänä sille, että itsetuhoisuus etenee tekojen asteelle.

### Alkoholi

Alkoholin käyttöhäiriö on vähintään yhtä yleinen itsemurhakuolemaan myötävaikuttava tekijä kuin masennus (4). Alkoholin käyttö lisää itsemurhariskiä sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Alkoholipäihtymys heikentää impulssikontrollia, mikä voi humalassa johtaa itsemurhayritykseen hetken mielijohteesta (7). Alkoholi voi vähentää ahdistuneisuutta ja siten madaltaa kynnystä itsemurhan toteutukseen. Suuriannoksinen alkoholin käyttö voi aiheuttaa hengityslamaa ja toimia myös itsemurhan tekotapana. Alkoholiriippuvuudesta kärsivien itsemurhakuolleisuus on 5–10-kertainen muuhun väestöön verrattuna (5,8,9). Pitkäaikaiseen alkoholiriippuvuuteen liittyy usein sosiaalisia ongelmia, kuten yksin asuminen, vähäinen sosiaalinen tuki ja työttömyys, jotka tutkitusti lisäävät myös itsemurhakuoleman vaaraa. Myös hiljattain tapahtuneet menetykset tai stressitekijät, kuten parisuhderistiriidat, liittyvät usein alkoholiriippuvuudesta kärsivien itsemurhakuolemiin (9).

## Huumeet ja monipäihdekäyttö

Huumeriippuvuuteen liittyy alkoholiriippuvuuttakin suurempi itsemurhakuoleman vaara. Huumeiden käyttö on merkittävästi myötävaikuttavana tekijänä noin joka kymmenessä itsemurhassa (4). Itsemurha on tahattomien yliannostusten ohella yleisin kuolinsyy huumeongelmansa takia hoidossa olevilla (10, 11). Itsemurhakuolemariski on erityisen suuri henkilöillä, joilla esiintyy monipäihdekäyttöä (12,13). Bentsodiatsepiinit heikentävät impulssikontrollia ja vaikeuttavat käyttäytymisen säätelyä erityisesti alkoholin kanssa käytettynä ja voivat siten altistaa itsemurhille. Bentsodiatsepiinien käyttöön liittyy suurentunut itsemurhariski niin yleisväestössä kuin esimerkiksi skitsofreniaa sairastavilla (14,15).

Itsemurhariski on erityisen suuri opioidi-riippuvaisilla (13). Mittavaan ylikuolleisuuteen muiden itsemurhariskitekijöiden kasautumisen lisäksi vaikuttaa myös opioideihin liittyvä yliannostusriski. Keskushermostoa ja hengitystä lamaavat päihheet, kuten opioidit, bentsodiatsepiinit, gammahydroksivoihappo (GHB, gamma) ja gammabutyrolaktoni (GBL, lakka) voivat toimia myös itsemurhan tekotapana (tahallinen yliannostus). Suonensisäisesti huumeita käyttäville käyttötapa tarjoaa tehokkaan itsemurhamenetelmän: suonensisäiseen huumeiden käyttöön liittyy suurentunut itsemurhariski käytetystä aineesta riippumatta (13). Yliannostusten osalta tahallisuuden arviointi voi kaoottisesti päihkeitä käyttävällä henkilöllä olla vaikeaa ja itsemurhakuolleisuus lienee tilastoituja itsemurhakuolemia yleisempää.

## Rahapeliongelmat

Itsemurhat, -yritykset ja itsemurha-ajatukset ovat rahapeliongelmissa kärsivillä yleisempiä kuin väestössä yleensä. Jopa joka toisella rahapeli-riippuvaisella on ollut itsemurha-ajatuksia, ja liki joka viides on joskus yrittänyt itsemurhaa (16). Rahapeli-riippuvuutta sairastavan riski tehdä itsemurha on peräti 15-kertainen muuhun väestöön verrattuna (17).

Häpeä ja salailu rahapeliongelmaan liittyen, taloudellinen ahdinko ja pelko rikosoikeudel-

lisista seuraamuksista saattavat provosoida itsetuhoisia ajatuksia ja tekoja (18). Kokemus umpikujassa olemisesta voi ajaa rahapeliongelmaisen epätoivoisiin tekoihin, ja toteutunut itsemurha tai itsemurhayritys voivat tulla täytenä yllätyksenä. Taustalta voi paljastua kaikilta salattu eskaloitua velkakierre, jossa elämiskustannuksiin tarkoitetut rahat tai perheen säästöt ovat menneet pelaamiseen tai rahapeliongelmainen on päätenyt kavaltamaan rahoja läheisiltään tai työpaikaltaan.

## Riippuvuushäiriöt, psykiatrinen oheissairastavuus ja itsemurhakuolleisuus

Riippuvuussairauksista kärsivillä psykiatrinen oheissairastavuus on huomattavan yleistä ja monihäiriöisyys lisää itsemurhariskiä (6–8,17, 19–23). Masennusta sairastavista alkoholiongelmaisista miehistä arviolta jopa joka kuudes päätyy itsemurhaan; riski on yli 25-kertainen verrattuna henkilöihin, joilla ei ole psykiatrisia häiriöitä (20). Masentuneilla, kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla sekä epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä henkilöillä riippuvuussairaudet on yksi merkittävimmistä itsemurhakuoleman riskitekijöistä (6,20–23). Psykoosia sairastavilla päihdehäiriöt lisäävät itsemurhakuolleisuuden riskiä arviolta 65 %:lla (24). Sen sijaan päihdehoitoon hakeutuneilla psykooseihin liittyvät sairaalahoitokaksot ovat yhteydessä pienempään kuolemanriskiin kuin henkilöillä, jotka eivät ole olleet psykiatrisessa sairaalahoidossa (6). Tämä voisi selittyä sillä, että päihdehäiriöihin itsessään liittyy niin merkittävästi suurentunut itsemurhariski ja toisaalta psykoosin vuoksi sairaalahoidossa olleet ovat usein psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä.

## Päihtynyt ja itsetuhoisen henkilön päivystyksessä

Päihtyneen ja itsetuhoisen henkilön hoidossa ensisijainen tavoite on potilaan hengissä pysyminen: akuuttihoitoon rinnalla varmistetaan riittävän turvallinen ympäristö, potilaan voinnin salliessa tehdään kattava tilannearvio, laa-

**TAULUKKO.** Itsemurhan yleiset riskitekijät, sekä varoitus- ja hälytysmerkit (American Association of Suicidology mukaillen).

Riskitekijät	Varoitusmerkit	Hälytysmerkit
Sukupuoli	Agitaatio	Päihteiden käytön lisääntyminen
Ikä	Ahdistus, paniikkikohtaukset	Ei syytä elää
Yksin asuminen	Päihteiden käyttö	Lisääntyvä ahdistuneisuus, agitaatio
Työttömyys	Sosiaalinen vetäytyminen	Nukkumattomuus tai jatkuva nukkuminen
Sairaudet	Unettomuus, painajaisunet	Tunne siitä, ettei ole ulospääsyä
Sukuanamneesi	Tarkoituksettomuuden kokemus	Toivottomuus
Aiemmat itsemurhayritykset	Tuoreet menetykset	Eristäytyminen lähisuhteista
Välineiden saatavuus	Suunnitelmat ja valmistelut	Viha, koston tarve
Merkittävien menetysten vuosipäivät	Epätoivon tunteet	Riskikäyttäytyminen seurauksista piittaamatta
		Rajut mielialan vaihtelut

ditaan turvasuunnitelma ja varmistetaan jatkohoidon toteutuminen. Hoidon turvaaminen on ensisijaisen tärkeää, kun päihtyneellä henkilöllä ilmenee samanaikaisesti useita itsemurhavaaraa lisääviä tekijöitä (**TAULUKKO**).

Päivystykseen tulleen päihtyneen itsemurhavaaraa tulisi arvioida rutiinimaisesti päihdeongelmiin liittyvän suuren itsemurhariskin takia, sillä päihtymys ennemminkin lisää kuin vähentää itsemurhan todennäköisyyttä (4,5,7). Päihdekäyttö itsemurhamenetelmänä tulee myös huomioida itsetuhoisuutta arvioitaessa. Hoidon tarpeen arvio tulee aina tehdä kokonaisvaltaisesti.

Päivystykseen hakeutuneesta päihtyneestä itsetuhoisesta tai itsemurhavaarassa olevasta henkilöstä konsultoidaan tarvittaessa psykiatrian erikoisalaa. Päihtymys ei voi olla este asianmukaisille tutkimuksille eikä hoidolle eikä siten ole este psykiatriselle arviolle eikä toimittamiselle psykiatriseen hoitoon (25). Promilerajoja ei voida asettaa psykiatrisen arvion tekemiselle, oleellisempaa on potilaan kyky olla haastateltavana. Koska merkittävä päihtymys vaikeuttaa psyykkisen tilan arvioimista, on suositeltavaa, että ennen tarkempaa psykiatrista arviota päihtymys väistyy valvotussa terveydenhuollon ympäristössä, kuten päivystyksen seurannassa tai päivystyksen yhteydessä olevalla selviämisasemalla.

Päihdeongelman itsemurhavaarassa olevan kohdalla akuuttihoiton yhteydessä tulee aina arvioida vieroitusoireiden hoidon tarve päivystyksellisesti. Päihdehoitoon ohjaamista

kannattaa suunnitella akuutin tilanteen selkiytyttyä. Akuutti kriisi voi toimia myös päihdehoidon käynnistymisen motivaattorina.

## Päihtynyt ja itsetuhoisen henkilö ja suostumus

Tilanteet, joissa itsemurhavaara on merkittävä ja päihtynyt henkilö kieltäytyy tarjotusta hoidosta, ovat kliinisesti ja eettisesti vaikeita. Terveystieteiden hakeutunut henkilö on potilas, jolloin häneen sovelletaan potilaslakia, jonka mukaan hoitoon tulee olla potilaan suostumus (26). Päihtyneen henkilön akuuttihoito-ohjeistuksessa linjataan, että mikäli päihtynyt pystyy selvittämään hoitoa koskevan tahtonsa ja kieltäytyy hoidosta, ei kiireellistäkään hoitoa voi antaa (25). Ohjeistus painottaa, että tilanteissa, joissa päihtynyt potilas on selvästi hoidon tarpeessa mutta siihen haluton, häntä pitää suostutella vakavasti ja perustella hoidon tarvetta päihtymyksestä riippumatta. Jos potilas kuitenkin päättää lääkärin ohjeesta huolimatta poistua, on tilanteesta tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin. Sen sijaan, jos täysi-ikäinen potilas ei pysty päättämään hoidostaan päihtymyksen aiheuttaman sekavuuden vuoksi, edellyttää hoitoa ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä hänen laillisen edustajansa, lähiomaisensa tai muun läheisen suostumusta (25).

Toisaalta potilaslain kahdeksas pykälä linjaa, että hengenvaarassa olevalle potilaalle on annettava tarpeellinen hoito ilman suostumusta akuuttitilanteessa (26). Mielestämme itsemur-

## Ydinasiat

- ▶ Riippuvuussairaudet ovat masennuksen rinnalla tärkein itsemurhiin liittyvä mielenterveyshäiriöiden ryhmä.
- ▶ Päihtymystila lisää itsemurhan toteutumisen riskiä, ja päihtynyt itsetuhoisen henkilö on välittömässä hengenvaarassa.
- ▶ Päihtymys ei voi olla este itsetuhoisen henkilön psykiatriselle arviolle, eikä psykiatriseen hoitoon toimittamiselle.
- ▶ Hoitavalta taholta vaaditaan aktiivista ja kokonaisvaltaista toimintaotetta hoidon tarpeen arvioissa ja jatkohoidon järjestämisessä.

havaarassa oleva päihtynyt henkilö on välittömässä hengenvaarassa, jolloin hoitoa on tarjottava, vaikka päihtynyt siitä kieltäytyisi. Mikäli hoitava lääkäri arvioi, että potilas todennäköisesti riistää itseltään hengen, on hänen velvollisuutensa suojella potilasta, eikä päihtymystila muuta tätä velvollisuutta. Terveysdenhuollossa voidaan vedota pakkotilaan (rikoslain 4 luvun 5 §), jolloin välittömän uhkaavan vaaran takia joudutaan loukkaamaan potilaan itsemääräämisoikeutta (27).

Päihtymys ei ole este M1-tarkkailulähetteen tekemiselle, jos lähettävä lääkäri pitää tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen arviointia välttämättömänä. Täysi-ikäisellä tällaisessa tilanteessa tulee olla vähintäänkin epäily todellisuudentajun horjumisesta eli psykoottisesta tilasta. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi päihdeiden käytön laukaisema psykoosi tai päihtyneen skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan henkilön psykoosirelaksi. Päihtyneellä voi olla myös vaikea masennus, jolloin on mahdollista, että päihtynyt hoidosta kieltäytyvä itsetuhoisen henkilö ei ole realiteeteissa ja psyykinen vointi vaatii tarkempaa selvittelyä tahdosta riippumattoman tarkkailujakson puitteissa. Tällöin päihtynyt itsemurhavaarassa oleva potilas lähetetään M1-lähetteellä psykiatrian päivytykseen.

Ohjeistukset vaikuttavat luettuina selkeiltä, mutta niitä on usein kliinisisä tilanteissa vaikea soveltaa. Milloin päihtynyt henkilö on kykenevä arvioimaan omaa vointiaan ja tilannettaan realistisesti ja missä määrin päihtyneen tilanearvio poikkeaa siitä, mitä se olisi selvin päin? Missä kulkee raja, että potilaan itsemääräämisen rajoittaminen on oikeutettua? Eettisesti kysymys olla noudattamatta päihtyneen potilaan tahtoa hoidosta kieltäytymisen yhteydessä on valinnasta autonomian väliaikaisen rajoittamisen ja heitteillejätön välillä tilanteissa, joissa itsemurhavaara on merkittävä (28).

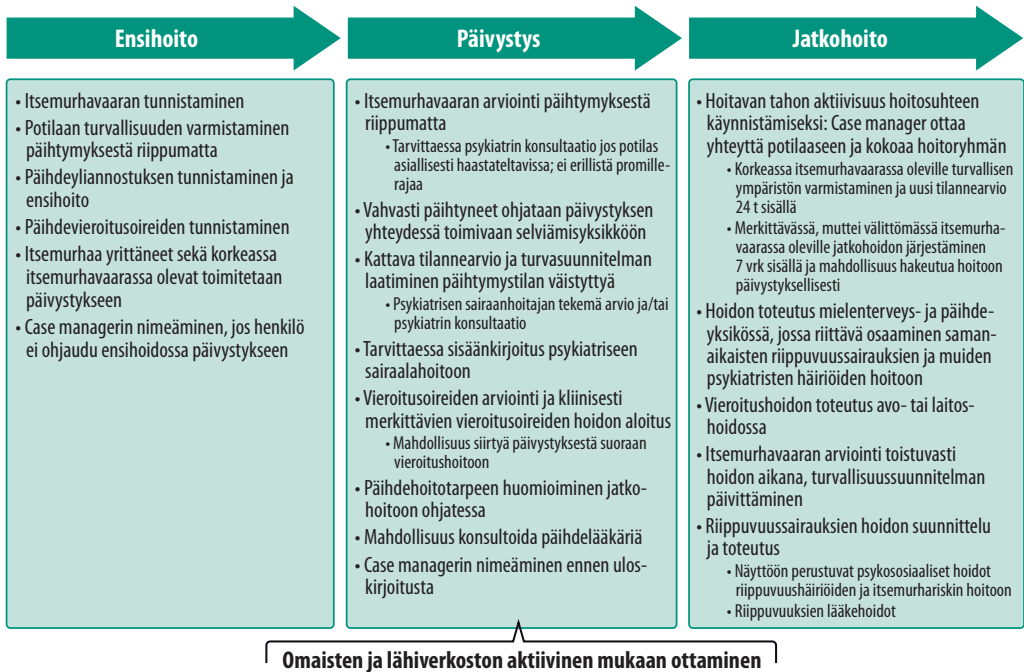
Omat negatiiviset tunteet ja asenteet päihdeongelmista kärsiviä kohtaan on hyvä tunnistaa: missä määrin päihtyneen henkilön olemus ja käytös sekä päihdeongelmiin liittyvä häpeäleima ohjaavat klinikon tekemiä päätöksiä? Psykiatrisen arvion tekeminen vaatii myös päihdepsykiatrista osaamista: selittykö päihtymykseen liittyvä sekavuus päihdekäytön laukaisemalla psykoosilla vai onko sekavuuden takana psykoottinen sairaus? Osa näistä kysymyksistä selvinnee seurannassa ja ajan kanssa, mutta monitahoisten ongelmien takia kokonaisvaltaisen arvion tekeminen päivytykselliestikin on hyvän hoidon lähtökohta – vaikka siihen kuluisi keskimääräistä enemmän aikaa. Sekä itsetuhoisuuden että päihdeongelman arviointi edellyttävät hoitohenkilökunnalta erityisosaamista, mikä tulisi huomioida paitsi koulutuksellisesti myös työnohjauksen muodossa.

## Hoitoketjut kuntoon

Koska riippuvuussairauksista kärsivillä sekä hoitoon hakeutuminen että hoitoon kiinnittyminen voi olla hankalaa, hoitotahon tulee olla aktiivinen jatkohoitokontaktin luomisessa. Hoidon järjestämisessä ongelmia tuottavat myös selviämisasemien puute sekä ongelmat jatkohoitoon ohjaamisessa. Mielenterveys- ja päihdepalvelukenttä on sekava, ja riippuvuushäiriöihin liittyviä hoitoketjuja ei useinkaan ole laadittu.

**KUVASSA** on kirjoittajien ehdotus hoitoprosessista päivytyksestä jatkohoitoon. Olisi erittäin tärkeää, että riippuvuushäiriöstä kärsivä

## ITSEMURHAVAARAN MINIMOINTI JA PÄIHDELÄÄKETIETEELLINEN OSAAMINEN VARMISTETAAN LÄPI HOITOKETJUN



**KUVA.** Kirjoittajien ehdotus riippuvuushäiriöstä kärsivän itsetuhoisen henkilön hoitoprosessista päivystyksestä jatkohoitoon.

henkilö, jolla esiintyy itsetuhoisuutta, pääsisi sujuvasti ja tuetusti asianmukaisen hoidon piiriin, eikä vastuu jatkohoidon järjestämisestä akuutin kriisitilanteen jälkeen jäisi hänelle itselleen. Hoitopolkua tulisi rakentaa potilaslähtöisesti siitä pisteestä, jolloin ihminen itse on apua hakemassa. Vieroitusoireiden hoitoa tulee toteuttaa päivystyksellisesti muun hoidon rinnalla. Päihtyneelle itsemurhavaarassa olevalle tulisi päivystyksellisesti osoittaa nimetty palveluohjaaja (case manager), joka on yhteydessä avun tarpeessa olevaan jatkohoitosuunnitelmasta tai sen puutteesta riippumatta. Optimaalisimmillaan liikkuvaa työtä tekevä palveluohjaaja tekee kattavan tilannekartoituksen ja arvioi itsemurhavaarassa olevan sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta ja kokoaa mielenterveys-, päihde- ja sosiaalityön osaajista koostuvan verkoston. Merkittävässä itsemurhavaarassa oleville jatkohoidon tulisi järjestyä vuorokauden sisällä päivystykseen hakeutumisesta.

Palveluohjaajamallin lisäksi tarvitsemme kipeästi hoitoyksiköitä, joissa on osaamista sa-

manaikaisten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitamisessa ja joihin on mahdollisuus siirtyä suoraan päivystyksestä. Itsetuhoisuuden ja itsemurhariskin arviointi (**TAULUKKO**) kuuluu olennaisesti riippuvuushäiriöiden hoitoon ja päihdepalveluiden psykiatrista osaamista tulee vahvistaa. Vaikeimpien riippuvuushäiriöiden hoito vaatii erityisosaamista, eikä riippuvuushäiriöitä hoitavilla tahoilla välttämättä ole tarvittavaa osaamista itsetuhoisuuden ja itsemurhariskin systemaattiseen arviointiin. Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota niihin henkilöihin, joilla on samanaikainen masennus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö. Päihde- ja psykiatrisen hoitojärjestelmän eriytyminen ei tue kokonaisvaltaisen, integroidun hoidon toteutumista henkilöillä, joilla on riippuvuushäiriö ja muita psykiatrisia häiriöitä, tai itsetuhoista käyttäytymistä.

Korkea-laatuista tutkittua tietoa itsemurhariskin vähentämisestä päihdehäiriöiden yhteydessä on niukalti ja lisätutkimusta tarvitaan (29). Näyttöön perustuvia itsemurhapreven-

tiomalleja on käsitelty tämän teemanumeron muissa artikkeleissa. Näitä tulee olla saatavilla myös riippuvuussairaudesta kärsivien kohdalla.

Rahapeliongelmiin tunnistaminen on hoitojärjestelmässämme puutteellista (30). Terveystieteiden rekistereihin kirjatut rahapeliriippuvuuden diagnoosit ovat merkittävästi harvinaisempia, kuin rahapeliriippuvuuden epidemiologiaa käsittelevät tutkimukset kertovat (30). Vaikka päihdehäiriöiden ehkäisy, varhaisen tunnistamisen ja hyvän hoidon merkitys itsemurhien ehkäisyssä on tunnistettu, toistaiseksi rahapeliriippuvuuteen on itsemurhien ehkäisyssä kiinnitetty vain vähän huomiota. Rahapeliriippuvuuden hoidossa lisäksi haasteena on, ettei kaikissa riippuvuushäiriöitä

hoitavissa yksiköissä ole riittävä osaamista rahapeliriippuvuuden hoitoon.

## Lopuksi

Itsemurha, kuten riippuvuushäiriötkin, kosketavat aina yksilön lisäksi hänen lähipiiriään ja ylisukupolvisuuden ketjun katkaisemiseen tulee pyrkiä. Riippuvuushäiriöiden hoidon lisäksi niiden yhteydessä ilmenevät muut psykiatriset häiriöt tulisi tunnistaa ja hoitaa nykyistä paremmin ja luoda puitteet aidosti integroidulle, kokonaisvaltaiselle ja näyttöön perustuvalla hoidolla ennenkaikaisten kuolemien ja inhimillisen kärsimyksen vähentämiseksi. ■

**JONNA LEVOLA, LT, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, kliininen opettaja, apulaisylilääkäri**

Psykiatrian osasto, Helsingin yliopisto ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

**SOLJA NIEMELÄ, apulaisprofessori, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, ylilääkäri**

Psykiatrian oppiaine, kliininen laitos, lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto  
Riippuvuuspsykiatrian vastuualue, Tyks Psykiatria

### TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJA

Timo Partonen

### VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

### SIDONNAISUUDET

**Jonna Levola:** Apuraha (Psykiatriyhdistys), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Lundbeck, Fioca Oy, Nordic Drugs), luottamustoimet (Päihdelääketieteen yhdistys ry: hallituksen sihteeri, erityispätevyystoimikunnan sihteeri)

**Solja Niemelä:** Apuraha (Alkoholitutkimussäätiö, TYKS VTR), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Shire-Takeda, Solo Health Oy, A-klinikka Oy, Addiktum Oy), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Shire-Takeda), luottamustoimet (Päihdelääketieteen yhdistys ry: hallituksen jäsen, päihdelääketieteen erityispätevyystoimikunnan puheenjohtaja, Alkoholitutkimussäätiö: hallituksen jäsen, Suomalainen lääkäriseura Duodecim: Käypä hoito/Psykiatrian alojen neuvottelukunnan jäsen, Sosiaali- ja terveysministeriö: Kansanterveyden neuvottelukunnan mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusasioiden jaoston jäsen, THL: Huumekuolemien ennaltaehkäisyn asiantuntijaryhmän (HEAR) jäsen, A-klinikkasäätiö: valtuuskunnan varajäsen)

## KIRJALLISUUTTA

1. Castrén S, Alho H. Toiminnalliset riippuvuudet. *Yleislääkäri* 2020;8:9–13.
2. Partonen T, Eklin A, Grainger M, ym. Itsemurhat Suomessa 2016–2018: oikeuslääketieteellinen tutkimus. Raportti 3/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-446-2>.
3. Lönnqvist J, Henriksson M, Isometsä E, ym. Itsetuhokäyttäytyminen. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, ym. toim. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim 2021, s. 672–705.
4. Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist K, ym. Drug abuse-associated mortality across the lifespan: a population-based longitudinal cohort and co-relative analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017;52:877–86.
5. Levola J, Laine R, Pitkänen T. Inpatient psychiatric care and non-substance related psychiatric diagnoses among individuals seeking treatment for alcohol and substance use disorders: associations with all-cause mortality and suicide. *Br J Psychiatry* 2022;221:386–93.
6. Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, ym. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med* 2017;47:949–57.
7. Roerecke M, Rehm J. Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2014;43:906–19.
8. Kolves K, Draper BM, Snowdon J, ym. Alcohol-use disorders and suicide: results from a psychological autopsy study in Australia. *Alcohol* 2017;64:29–35.
9. Onyeka IN, Beynon CM, Vohlonen I, ym. Potential years of life lost due to premature mortality among treatment-seeking illicit drug users in Finland. *J Community Health* 2015;40:1099–106.
10. Onyeka IN, Beynon CM, Hannila ML, ym. Patterns and 14-year trends in mortality among illicit drug users in Finland: the HUUTI study. *Int J Drug Policy* 2014;25:1047–53.
11. Culbreth R, Swahn MH, Osborne M, ym. Substance use and deaths by suicide: a latent class analysis of the National Violent Death Reporting System. *Prev Med* 2021;150:106682.
12. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2004;76:11–9.
13. Dodds TJ. Prescribed benzodiazepines and suicide risk: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord* 2017;2:19.
14. Tiihonen J, Suokas JT, Suvisaari JM, ym. Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:476–83.
15. Loo JMY, Kraus SW, Potenza MN. A systematic review of gambling-related findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Behav Addict* 2019;8:625–48.
16. Karlsson A, Håkansson A. Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: a longitudinal nationwide register study. *Behav Addict* 2018;7:1091–9.
17. Aalto M. Peliongelmaan liittyvät sairaudet: Itsemurhat ja rahapeliongelmat. Kirjassa: Alho H, Aalto M, Castrén S, ym. toim. *Peliriippuvuus*. Helsinki: Duodecim 2022, s. 152–60.
18. Fridell M, Bäckström M, Hesse M, ym. Prediction of psychiatric comorbidity on premature death in a cohort of patients with substance use disorders: a 42-year follow-up. *BMC Psychiatry* 2019;19:150.
19. Holmstrand C, Bogren M, Mattisson C, ym. Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947–1997. *Acta Psychiatr Scand* 2015;132:459–69.
20. 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.
21. Carra G, Bartoli F, Crocamo C, ym. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2014;67:125–35.
22. Kjaer JNR, Biskin R, Vestergaard C, ym. All-cause mortality of hospital-treated borderline personality disorder: a nationwide cohort study. *J Pers Disord* 2020;34:723–35.
23. Lähteenvuo M, Batalla A, Luykx JJ, ym. Morbidity and mortality in schizophrenia with comorbid substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2021;144:42–9.
24. Hermansson T. Päihtyneen henkilön akuuttihoito – sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226779>.
25. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista [17.8.1992/785]. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).
26. Rikoslaki [19.12.1889/39]. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).
27. Kattelus M, Sariola S, toim. *Lääkärin etiikka*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto 2021. [www.laakariliitto.fi/site/assets/files/29259/laakarin-etiikka-2021.pdf](http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/29259/laakarin-etiikka-2021.pdf).
28. Padmanathan P, Hall K, Moran P, ym. Prevention of suicide and reduction of self-harm among people with substance use disorder: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Compr Psychiatry* 2020;96:152135.
29. Salonen A, Castrén S, Latvala TA, ym. Gender- and age-stratified analyses of gambling disorder in Finland between 2011 and 2020 based on administrative registers. *NAD Nord Stud Alcohol Drugs*, julkaistu verkossa 19.8.2022. DOI:10.1177/14550725221108793.