



Kolme potilaan itsemurhaa psykiatrisessa sairaalassa Etelä-Savossa syksyllä 2021



T2021-01

ALKUSANAT

Onnettomuustutkintakeskus päätti 6.10.2021 turvallisuustutkintalain (525/2011) 2 §:n nojalla tutkia Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän (Essote) alueella 9.9.2021–3.10.2021 tapahtuneet potilaiden kuolemaan johtaneet vakavat tapahtumat. Tutkintapäätöstä edelsi Essoten yhteydenotto, jossa se pyysi tutkinnan aloittamista. Terveystalouden toimintayksikössä oli lyhyellä aikajaksolla kuollut kolme osastohoidossa ollutta potilasta itsemurhan seurauksena. Turvallisuustutkinnan tarkoituksena on yleisen turvallisuuden lisääminen, onnettomuuksien ja vaaratilanteiden ehkäiseminen sekä onnettomuuksista aiheutuvien vahinkojen torjuminen. Turvallisuustutkintaa ei tehdä oikeudellisen vastuun kohdentamiseksi.

Tutkintaryhmän johtajaksi nimettiin FM Ilona Hatakka ja jäseniksi TtM Riitta Flinck, yleislääketieteen erikoislääkäri LL Jussi Laaksonen (estynyt 5.1.2022 alkaen) ja VTM Kari Ylönen. Tutkinnanjohtaja oli johtava tutkija, dosentti Hanna Tiirinki.

Erityisasiantuntijaksi nimitettiin 10.2.2022 dosentti, LT, työterveyshuollon erikoislääkäri Alpo Vuorio.

Psykiatrian professori, LT Jyrki Korkeila antoi lausunnon psykiatrian erillisselvityksenä.

Turvallisuustutkinnassa selvitetään tapahtumien kulku, syyt ja seuraukset sekä tehdyt pelastustoimet ja viranomaisien toiminta. Tutkinnassa selvitetään erityisesti, onko turvallisuus otettu riittävästi huomioon onnettomuuteen johtaneissa toiminnassa sekä onnettomuuden tai vaaran aiheuttajina taikka kohteina olleiden laitteiden ja rakenteiden suunnittelussa, valmistuksessa, rakentamisessa ja käytössä. Lisäksi selvitetään, onko johtamis-, valvonta- ja tarkastustoiminta asianmukaisesti järjestetty ja hoidettu. Tarvittaessa on myös selvittävää mahdolliset puutteet turvallisuutta ja viranomaisia koskevissa säännöksissä ja määräyksissä.

Tutkintaselostus sisältää selostuksen onnettomuuden kulusta, onnettomuuteen johtaneista tekijöistä ja onnettomuuden seurauksista sekä asianomaisille viranomaisille ja muille toimijoille osoitetut turvallisuussuositukset sellaisiksi toimenpiteiksi, jotka ovat tarpeen yleisen turvallisuuden lisäämiseksi, uusien onnettomuuksien ja vaaratilanteiden ehkäisemiseksi, vahinkojen torjumiseksi sekä pelastus- ja muiden viranomaisien toiminnan tehostamiseksi.

Onnettomuuteen osallisille sekä tutkittavan onnettomuuden alalla valvonnasta vastaaville viranomaisille on varattu tilaisuus antaa lausuntonsa tutkintaselostuksen luonnoksesta. Lausunnot on otettu huomioon tutkintaselostusta viimeisteltäessä. Yhteenvedo lausunnoista on tutkintaselostuksen lopussa. Yksityishenkilöiden antamia lausuntoja ei turvallisuustutkintalain mukaisesti julkaista.

Tutkintaselostuksen on käännetty ruotsin ja englannin kielelle Semantix Oy.

Tutkintaselostus ja sen tiivistelmä on julkaistu 31.5.2022 Onnettomuustutkintakeskuksen verkkosivuilla osoitteessa www.turvallisuustutkinta.fi.

Tutkinnan tunnus: T2021-01
Tutkintaselostus 4/2022
ISBN: 978-951-836-623-5 (PDF)

Kannen kuva: OTKES

SISÄLLYSLUETTELO

ALKUSANAT	2
1 TAPAHTUMAT	5
1.1 Tapahtumien kulku.....	5
1.2 Hälytykset ja pelastustoimet.....	6
1.3 Seuraukset.....	6
2 TAUSTATIEDOT	7
2.1 Toimintaympäristö, laitteet ja järjestelmät.....	7
2.2 Olosuhteet	8
2.3 Tallenteet.....	8
2.4 Onnettomuuteen liittyvät henkilöt, organisaatiot ja turvallisuudenhallinta	8
2.4.1 Potilaat.....	8
2.4.2 Organisaatiot ja turvallisuudenhallinta	10
2.5 Viranomaisten ennalta ehkäisevä toiminta.....	13
2.6 Pelastustoimiin osallistuneet organisaatiot ja niiden toimintavalmius.....	14
2.7 Säädökset, määräykset ja ohjeet.....	14
2.8 Muut selvitykset.....	17
2.8.1 Psykiatrian erillisselvitys.....	17
2.8.2 Itsemurhat ilmiönä.....	17
2.8.3 Itsemurhien arviointi ja ennaltaehkäisy psykiatrisessa osastohoidossa.....	19
2.8.4 Psykiatrisessa osastohoidossa tapahtuneiden itsemurhien tutkinta.....	22
2.8.5 Ruotsin käytännöt itsemurhien valvonnassa ja tutkinnassa	23
2.8.6 Kokemusasiantuntijoiden haastattelut	23
3 ANALYYSI	25
3.1 Tapahtuman analysointi	25
3.1.1 Psykiatrisen osastohoidon tarve.....	25
3.1.2 Tulohaastattelun käytännöt.....	26
3.1.3 Osastohoito.....	26
3.1.4 Itsemurhat	27
4 JOHTOPÄÄTÖKSET	28
5 TURVALLISUUSUOSITUKSET	30
5.1 Itsemurhavaaran kirjaaminen potilastietojärjestelmiin riskitiedoksi	30
5.2 Psykiatrian erityisosaamisen saatavuuden varmistaminen.....	30
5.3 Sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvien itsemurhayritysten ja itsemurhien tutkinta	31
5.4 Toteutetut toimenpiteet.....	31

LÄHDELUETTELO	32
YHTEENVETO TUTKINTASELOSTUSLUONNOKSESTA SAADUISTA LAUSUNNOISTA.....	35

1 TAPAHTUMAT

1.1 Tapahtumien kulku

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän Moision psykiatrisessa sairaalassa Mikkelissä kolme potilasta teki itsemurhan 24 päivän aikana syksyllä 2021.

Kuolleet olivat 50–75-vuotiaita naisia. Kaikissa tapauksissa kyse oli hukuttautumisista, joista kaksi tapahtui sairaala-alueella olevaan lampeen ja yksi osastolla. Näistä kolmesta tapauksesta yksi tapahtui aamulla, yksi päivällä ja yksi illalla. Yksi potilas jätti itsemurhaviestin.

Potilaista kaksi tuli osastohoitoon Moisioon lääkärin tarkkailulähetteen perusteella. Näistä toinen suostui jäämään omaehtoisesti hoitoon tarkkailujakson jälkeen ja toinen määrättiin tahdosta riippumattoman hoitoon. Yhdessä tapauksessa potilas suostui tulemaan hoitoon omaehtoisesti itsemurhayrityksen jälkeen.

Potilaat olivat hoidossa Moisiossa yhdestä viikosta kahteen kuukauteen ennen kuolemaa.



Kuva 1. Moision sairaala sijaitsee Mikkelissä. Aikuisten psykiatriset osastot ovat vihreällä merkityssä sairaalan B-rakennuksessa. Sairaala-alueen molemmin puolin on lampi. Kävelymatka osastoilta lähemmän lammen rantaan on noin 200 metriä. (Taustakartta: Maanmittauslaitos, peruskarttarasteri, avoin aineisto, 11/21. Merkinnät: OTKES.)

1.2 Hälytykset ja pelastustoimet

Kaikissa tapauksissa potilas oli juuri ennen tapahtumaa henkilökunnan välittömän valvonnan ulottumattomissa tavanomaisista syistä. Kunkin potilaan poissaoloon alettiin osastolla kiinnittää huomiota kohtuullisessa ajassa, minkä jälkeen potilasta alettiin etsiä.

Kahdessa tapauksessa kuolleen löysi sairaalan henkilökuntaan kuulunut. Yhdessä tapauksessa kuolleen löysi lammen rannan lähistöllä liikkunut sivullinen. Siinä vaiheessa henkilökunta oli jo aloittanut kateissa olevan potilaan etsinnän, mutta etsintä ei ollut edennyt vielä lammen rannalle. Kaikissa tapauksissa soitettiin heti potilaan löydyttyä yleiseen hätänumeroon. Yhdessä tapauksessa hukkunutta yritettiin elvyttää.

Kaikki hätäpuhelut otti vastaan Kuopion hätäkeskus. Yhdessä tapauksessa hätäkeskuksen tehtäväksi valittiin *ihmisen pelastaminen vedestä*, toisessa *hukuksiin joutuminen* ja kolmannessa *kuollut henkilö*. Pelastuslaitos hälytettiin yhteen tehtävään, ensihoito kahteen ja poliisi kaikkiin kolmeen.

Kuolinviestin omaiselle vei poliisin partio kahdessa tapauksessa. Toisessa näistä lähiomainen ei ollut kotona. Tässä tapauksessa sairaalan ylilääkäri soitti lähiomaiselle samaan aikaan poliisipartion vierailun kanssa, joten lähiomainen sai tiedon lääkäriltä. Yhdessä tapauksessa omaisille tapahtuneesta ilmoitti sairaalan ylilääkäri puhelimitse.

Sairaalasta oltiin yhteydessä potilaan ilmoittamien omaisten kotikuntien alueella kriisipalveluja tuottaviin organisaatioihin, jotka ottivat yhteyttä omaisiin tarjoten kriisiapua. Sairaala tarjosi omaisille mahdollisuutta vierailla sairaalassa keskustelemassa henkilökunnan kanssa.

Kaikissa tapauksissa sairaalan kyseisen osaston henkilökunnalle järjestettiin purkutilaisuudet, joihin kuhunkin osallistui 10–15 henkilökuntaan kuuluvaa.

1.3 Seuraukset

Kolme psykiatrisessa osastohoidossa ollutta potilasta kuoli hukkumalla.

2 TAUSTATIEDOT

2.1 Toimintaympäristö, laitteet ja järjestelmät

Moision sairaalan päärakennus on rakennettu vuosina 1927–1930 psykiatriseksi sairaalaksi. Enimmillään sairaalassa on ollut yli 500 potilaspaikkaa. Potilaspaikkojen määrä on ollut laskussa pitkään, koska hoidon painopiste on siirtynyt avohoitoon 1970-luvun lopulta alkaen.

Osassa rakennusta on ollut sisäilmaongelmia. Rakennusta on peruskorjattu 1980-luvulla. Vuonna 2015 sairaalan toiminnasta vastannut Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä hyväksyi laajan toimitiloja koskevan hankesuunnitelman, jonka mukaan Moision sairaalan toiminnot siirretään uusiin tiloihin. Vuonna 2018 tehtiin päätös rakentaa uudet toimitilat keskussairaalan yhteyteen Mikkelin keskustaan. Toiminnot siirtyvät uuteen Mielen ja kuntoutuksen taloon alkuvuonna 2023.

Aikuisten psykiatrisia osastoja Moisiossa on kolme, ja niillä on yhteensä 51 potilaspaikkaa. Osasto 1 on 15-paikkainen akuuttihoito-osasto. Osastolla hoidetaan akuutista psykoosioireistosta kärsivät tai itsemurhavaarassa olevat potilaat. Osasto 2 on 16-paikkainen mielialahäiriöiden, kuten masennuksen, ahdistuksen ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon tarkoitettu akuuttihoito-osasto. Osasto 7 on vaativahoitoisten psykoosipotilaiden ja oikeuspsykiatristen potilaiden 20-paikkainen suljettu vuodeosasto. Osastot ovat sairaalan länsiosassa B-rakennuksessa.

Kymmenen viime vuoden aikana osastoilla on tehty turvallisuutta parantavia korjauksia. Potilashuoneiden ovien lukot on poistettu. Ikkunoihin on asennettu turvakalvot ja uudet avaimella toimivat avausmekanismit. Ulkoa mäen rinteestä B-talon rappukäytävään johtavaan kulkusiltaan on asennettu kaiteen päälle verkkoseinät, jotka estävät kaiteen yli putoamisen.

Potilashuoneina on sekä yhden että kahden hengen huoneita. Huoneiden sisustus on pelkistetty ja osassa huoneita on käytössä sairaalasanjyvä. Potilailla on mahdollisuus sisustaa huonetta omilla tavaroillaan. Potilashoitoon osallistuvat työntekijät käyttävät sairaalan työasua. Potilailla on mahdollisuus käyttää omia vaatteita osastohoidon aikana ja suurin osa niitä käyttää. Suihku- ja wc-tilat ovat potilaiden yhteiskäytössä.

Osastoille kuljetaan rakennuksen keskellä olevan porraskäytävän kautta. Porraskäytävän ja osastojen välisten ovien avaamiseen tarvitaan avain kumpaankin suuntaan kuljettaessa. Kullakin osastolla on kameravalvontajärjestelmä, jonka kameroilla kuvataan yleisiä tiloja sekä tiettyjä ulkoalueita. Järjestelmän näytöt ovat kyseisen osaston kansliassa.

Sairaala-alueen länsireunalla on Moisionlampi ja itäreunalla Karjalampi. Lampien etäisyys päärakennuksesta on parisataa metriä. Vuosien saatossa sairaalassa on tapahtunut yksittäisiä itsemurhia hukuttautumalla.

Moisionlammen sairaalan puoleisella rannalla on uimapaikka, jossa potilailla on mahdollisuus käydä kesäisin uimassa. Rannalla on nurmikenttä, katos, pelastusvene, laituri ja pelastusrengas. Rannalla ei ole valaistusta. Uimapaikka on sairaala-aluetta.

Sairaalan lähiympäristössä on niin sanottu vapaakävelyalue. Ulkoiluluvalla omatoimisesti ulkoilevia potilaita on ohjeistettu pysymään vapaakävelykarttaan merkityillä reiteillä. Moisionlammen uimapaikka kuuluu vapaakävelyalueeseen.

2.2 Olosuhteet

Kaikkien tapahtumien aikaan oli valoisaa. Osastoilla ei ollut meneillään normaalista poikkeavaa ja henkilökunnan määrä oli normaali. Osastojen potilaspaikoista oli täytettynä 80–94 %.

2.3 Tallenteet

Tapahtumien kulun selvittämisessä hyödynnettiin osastojen kameravalvontatallenteita ja hätäkeskuksen puhelutallenteita. Kameravalvontatallenteista selvisi muun muassa potilaiden liikkumisia osastojen käytävillä. Hätäkeskustallenteista selvisi muun muassa hätäpuheluiden alkamisajat ja puhelujen sisällöt.

2.4 Onnettomuuteen liittyvät henkilöt, organisaatiot ja turvallisuudenhallinta

2.4.1 Potilaat

Itsemurhan tehneet olivat taustoiltaan ja hoitohistorialtaan erilaisia.

Yhdellä potilaalla oli taustalla pitkäaikaista päihteiden käyttöä, ja hän oli monisairas. Hän oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Hän oli ollut pitkään sekä sosiaalipalvelujen että mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakas. Häntä oli yritetty saada psykiatriseen hoitoon pari vuotta aiemmin, mutta potilas ei itse ollut ollut halukas. Lääkärin arvion mukaan perustetta tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiseen ei ollut.

Toukokuussa 2021 potilaasta tehtiin huoli-ilmoitus¹ Essoten sosiaalipalveluille. Sosiaalityöntekijä oli aktiivinen ja yritti saada asiakasta hoitoon kesäkuun lopussa. Hän oli jo yhteydessä lääkäriin, mutta asiakkaan voimakkaan vastustuksen johdosta asia raukesi. Heinäkuun aikana tilanne heikkeni ja asiakkaasta tehtiin useita uusia huoli-ilmoituksia. Heinäkuun loppupuolella sosiaalityöntekijä oli ensin yhteydessä paikkakunnan terveysaseman lääkäriin. Lääkäri oli lääketieteen kandidaatti. Hän kertoi käsityksensä, ettei hänellä ollut oikeutta kirjoittaa tarkkailulähetettä, ja asia ei edennyt. Sen jälkeen sosiaalityöntekijä oli yhteydessä psykiatrian akuuttiryhmään, jonka lääkäri otti asian hoitaakseen.

Potilas lähetettiin tarkkailulähetteellä Moisio sairaalaan. Tarkkailujakson jälkeen hänet määrättiin tahdon vastaiseen hoitoon. Osastohoidon tavoitteena oli elämän hallinnan, selviytymiskyvyn ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen sekä hoitoon sitoutuminen. Potilas sai hoitoa myös somaattisiin sairauksiinsa. Potilas sai lääkitystä. Osastojakson aikana potilaan toimintakyky parani.

Potilaan ei ollut mahdollista palata entiseen asuntoonsa, joten Essoten sosiaalipalvelujen ja sairaalan sosiaalityöntekijän yhteistyöllä hänelle etsittiin paikkaa tuetussa asumisessa. Potilaan itse toivomat järjestelyt eivät olleet mahdollisia. Potilaalle löydettiin sopiva asunto toiselta paikkakunnalta. Potilas vastusti aluksi suunniteltuja järjestelyjä, mutta suostui lähtemään tutustumiskäynnille. Osastolta tuettuun asumiseen siirtyminen sovittiin. Kaksi päivää ennen suunniteltua muuttoa potilas teki itsemurhan.

Potilaan potilasasiakirjoissa ei ollut kirjausta itsemurha-aikeista.

¹ Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan tiettyjen viranomaisen, kuten terveystoimen, sosiaalitoimen, opetustoimen tai poliisin palveluksessa olevan on tehtävä huoli-ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta salassapitosäännösten estämättä viipymättä saatuaan tietää henkilöstä, jonka sosiaalihuollon tarve on ilmeinen ja joka on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan. Myös muu henkilö voi tehdä ilmoituksen häntä koskevien salassapitosäännösten estämättä.

Toisella potilaista ei ollut aikaisempaa psykiatrista hoitohistoriaa. Kesästä 2021 alkaen hänellä oli toistuvaa monialaista terveystalvaelujen käyttöä. Psykiatriseen osastohoitoon määräämisen taustalla oli toimintakyvyn heikkeneminen siten, ettei hän enää suoriutunut päivittäisistä arkiaskareista. Taustalla oli elämänhalun heikkeneminen yksinäisyydestä ja ikääntymisen mukanaan tuomista somaattisista² vaivoista johtuen. Osaston tulohaastattelu sisälsi erikoistuvan lääkäriin tekemän itsemurhavaaran arvioinnin, jossa akuuttia itsemurhavaaraa ei todettu. Osastohoidon tavoitteeksi määriteltiin fyysisen ja psyykkisen kunnan nostamisen siten, että potilas voisi kotiutua kotihoidon turvin. Potilas sai lääkitystä, jonka tavoite oli auttaa turvaamaan säännöllinen vuorokausirytmii.

Osastojaksolla hoitavana lääkäriinä toiminut lääketieteen kandidaatti totesi potilaan mielialan laskeneen. Osastohoidon aikana kuvattiin ahdistuksen lisääntymistä ja hankaluutta hyväksyä fyysisiä muutoksia sekä toimintakyvyn laskua. Osastohoidon alussa potilaalle varattiin aika lääkäriin somaattisiin vaivoihin liittyen, mutta välitöntä ratkaisua niihin ei ollut. Potilaalle oli ilmeisesti kiusallista kohdata mieshoitaja vaivoihinsa liittyvissä asioissa.

Koska potilas oli suostunut jäämään osastohoitoon tarkkailujakson jälkeen omaehtoisesti, hänen ulkoiluun ei ollut rajoitettu. Osastolla hänen toimintakykynsä parani sen verran, että hän jaksoi tehdä lyhyitä ulkoiluja.

Potilaalle oli suunniteltu asianmukainen lääkehoito, jota myös toteutettiin.

Kolmas potilaista oli ollut ennen osastohoitoa yli 20 vuotta psykiatrian avohoidon asiakkaana. Hän oli monisairas. Potilaan tilanteessa tapahtui selkeä käänne huonompaan keväällä 2020, kun hoitava lääkäri alkoi purkamaan hänen lääkitystään. Tuolloin todettiin, että potilas oli riippuvainen rauhoittavista lääkkeistä. Potilas itse olisi halunnut jatkaa entisellä lääkityksellä, vaikka lääkäri perusteli lääkityksen purun. Potilas ei sitoutunut korvaavaan lääkitykseen. Muutoksen jälkeen potilas toi useasti esiin halunsa palata entiseen lääkitykseen, koska vointi oli selkeästi aiempaa huonompi. Lääkkeen ongelmallista käyttöä tai lääketoleranssia ei ollut kehittynyt.

Kevään ja alkukesän 2021 aikana potilas kertoi sairaanhoitajalle itsetuhoisista ajatuksistaan. Potilas kertoi myös kokeneensa sairauteen liittyen syyllisyyttä ja häpeää. Heinäkuun 2021 loppupuolella potilas kertoi sairaanhoitajalle itsemurhahaaveestaan. Hän kuvaili myös tapaa, jolla aikoi sen tehdä. Tieto kirjattiin osaksi varsin pitkää hoitokertomusta. Tietoa ei viety riskitiedoksi. Elokuun puolessa välissä potilas yritti tehdä itsemurhan toisella tavalla ottamalla yliannostuksen hänelle määrättyä lääkettä. Potilas siirrettiin keskussairaalan päivystykseen, josta hän siirtyi lääkäriin lähetteen mukaisesti Moision sairaalaan vapaaehtoiseen hoitoon.

Moision sairaalan tulohaastattelussa potilas kertoi amanuenssille³ ottaneensa lääkkeet itsetuhotarkoituksella ja suunnitelleensa tätä jo pidempään. Osastohoidon tavoitteeksi määriteltiin psyykkisen tilanteen tasaaminen. Osastohoidon aikana elokuun lopussa amanuenssi kirjasi potilaspapereihin, ettei akuuttia karkaus- tai itsetuhoisuusriskiä ole, mikä mahdollisti myös potilaan kotilomalla käynnin. Syyskuussa osastonlääkäriinä toiminut lääketieteen kandidaatti totesi, ettei potilaan psyykkinen vointi ollut kohentunut. Hänen harhansa olivat ennallaan.

Osastohoidon aikana potilas siirrettiin osastolta toiselle, minkä potilas koki ahdistavana. Siirto perustui potilaan diagnoosiin, hoidon tarpeeseen ja osaston henkilöresurssiin. Hän

² Elimistöön, kehoon, ruumiiseen liittyvä.

³ Amanuenssi on lääketieteen harjoittelua suorittava opiskelija. Opiskelijana amanuenssit eivät tee itsenäisiä hoidollisia ratkaisuja, vaan heidän toimintaansa valvoo muu henkilökunta.

pyysi päästä takaisin rauhallisemmaksi kokemalleen aikaisemmalle osastolle. Tämän hänelle osastonlääkärinä toiminut lääketieteen kandidaatti lupasi, mistä potilas ilahtui. Siirtoa ei kuitenkaan ollutkaan mahdollista toteuttaa, minkä ylilääkäri ilmoitti potilaalle. Potilas oli pettynyt, mutta suhtautui asiaan rauhallisesti. Hän olisi mielumminjatkanut hoitoaan edellisellä osastolla.

Osaston henkilökunnalla oli tiedossaan lääkkeiden yliannostus, mutta henkilökunta ei ollut havainnut potilasasiakirjoihin kirjattua, potilaan heinäkuussa sairaanhoitajalle kertomaa haavetta tehdä itsemurha toisella tavalla. Potilas toteutti itsemurhan kuvailemallaan tavalla.

Kaikki itsemurhat tulivat hoitohenkilökunnalle yllätyksenä.

Kuolleiden veressä ei ollut muita kuin hoidossa käytettyjä lääkkeitä.

2.4.2 Organisaatiot ja turvallisuudenhallinta

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän (Essote) tehtävänä on järjestää jäsenkuntien puolesta kaikki sosiaali- ja terveystalvelut lukuun ottamatta ympäristöterveydenhuoltoa, eläinlääkintähuoltoa, työterveyshuoltoa sekä eräitä kehitysvammaisten erityistalveluja. Vuonna 2017 toimintansa aloittaneeseen kuntayhtymään kuuluu yhdeksän kuntaa, joista kahdelle kuntayhtymä järjestää vain erikoissairaanhoidon talvelut näiden kahden kunnan huolehtiessa itse muista sosiaali- ja terveystalveluista. Kuntayhtymän väestöpohja on noin 100 000 asukasta.

Kuntayhtymän toimintaa ohjataan valtuuston hyväksymillä säännöillä ja hallituksen antamilla ohjeilla. Essoten toiminnot jakautuvat perhe- ja sosiaalitalveluihin, vanhus- ja vammaistalveluihin, terveystalveluihin sekä konsernihallintoon ja -talveluihin. Moision sairaala kuuluu terveystalvelujen mielenterveys- ja päihdetalvelujen talvelualueeseen.

Moisio psykiatrisessa sairaalassa potilaalle laaditaan hoitosuunnitelma. Hoito on moniammatillista eli siihen osallistuu lääketieteen ja hoitotyön ammattilaisten lisäksi muun muassa terapia- ja sosiaalityöntekijöitä. Lääkehoito on olennainen osa hoitoa. Hoitoon sisältyy arjesta selviytymisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemista sekä tarvittaessa terveystalveluun liittyvää ohjausta. Akuuttihoito-osastojen tyypilliset hoitoajat ovat muutamasta päivästä pariin viikkoon ja vuodeosaston muutamasta kuukaudesta vuosiin. Osastohoidon jälkeen järjestetään mahdollisuus jatkohoitoon avohoidossa.

Lääkärikunta Moisio sairaalassa koostuu kahdesta virkalääkärinä toimivasta ylilääkäristä ja osastonlääkäreistä. Osastonlääkäreinä on erikoistumassa olevia yleislääkäreitä ja lääketieteen kandidaatteja, mistä johtuen heidän vaihtuvuutensa on melko suurta. Kandidaattien toimiessa päivystävänä lääkärinä ylilääkärit toimivat takapäivystäjänä. Amanuensseille ei ole erillisiä virkoja tai toimia, vaan he toimivat aina lääkäriharjoittelijoina. Psykiatrian amanuensseilta on Moisiossa vaadittu pääsääntöisesti kolmannen vuoden opinnot. Yksittäistalveluissa on saatettu poiketa psykiatriaan erityistä mielenkiintoa ja perehtyneisyyttä omaavan lääketieteen opiskelijan kohdalla ja voitu hyväksyä lyhytaikaiseksi amanuenssiksi myös toisen vuoden opinnot suorittanut opiskelija.

Osastohoitajana toimi syksyllä 2021 sama henkilö kaikilla kolmella osastolla tilapäisistä syistä. Yleensä aamuvuorossa on 4–6 hoitajaa, iltavuorossa 5–6 hoitajaa ja yövuorossa 2–4 hoitajaa kullakin osastolla.

Omahoitaja kullekin potilaalle määritetään hoitajakson alkaessa. Kunkin työvuoron alussa potilaalle määritetään vastuuhoitaja. Omahoitaja toimii omien potilaidensa vastuuhoitajana työvuorossa ollessaan. Vastuuhoitajan pitää tarkistaa vähintään kerran tunnissa vastuullaan olevien potilaiden sijainti. Tarvittaessa soitetaan potilaiden matkapuhelimeen.

Ulkoiluluvalla potilas voi ulkoilla ilman valvontaa. Omahoitaja käy ulkoilualueen reitit läpi hoitajakson alussa potilaan kanssa. Omaehtoisesti hoitoon tulleiden liikkumista sairaala-alueella ei rajoiteta. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyn potilaan itsenäistä liikkumista osaston ulkopuolella voidaan rajoittaa lääkärin päätöksellä eriasteisesti ja rajoituksia vähentää harkinnan mukaan. Ulkoilemaan lähtevälle potilaalle oven avannut hoitaja ilmoittaa ulkoilusta suullisesti potilaan vastuuhoidajalle. Tietojärjestelmään ulkoilut kirjataan, mikäli tällä on merkitystä potilaan toimintakyvyn ja hoitosuunnitelman kannalta.

Osastojen kansliassa on infotaulu, josta nähdään potilaiden päivittäinen tilanne. Taulussa on lueteltu kaikki potilaat sekä kirjattu potilaiden kohdalle muun muassa omahoitajat, vastuuhoidajat, ulkoiluluvat ja kaikki muut päivittäiseen toimintaa liittyvät keskeiset asiat. Myös kuolemasta puhuminen tai muut havainnot itsetuhoisuudesta kirjataan taululle.

Hätätilanteessa hoitaja voi hälyttää toisia hoitajia apuun hoitajilla olevan hätäpainikkeen avulla. Hälytys menee myös muiden osastojen hoitajille, millä varmistetaan riittävän avun nopea saanti.

Itsemurhariskin arviointiin ja tunnistamiseen sairaalassa käytetään soveltaen Käypä hoito -suositusten⁴ mukaisia ohjeita. Sairaalassa on käytössä suosituksen mukainen turvasuunnitelma⁵, jonka potilas laatii yhdessä omahoitajan kanssa hoidon myöhäisemmässä vaiheessa tai hoitajakson loppuvaiheessa. Suunnitelmaa ei ollut tehty tutkinnan kohteena olleille potilaille.

Itsetuhoisuuden riskinarviointi perustuu kliiniseen tutkimukseen. Potilaan tullessa osastolle lääkäri ja hoitajat arvioivat potilaan tilannetta avoimilla ja suljetuilla kysymyksillä. Erillistä kyselyä ei ole käytössä.

Kirjallisia ohjeita itsemurha-alttiuden arvioimiseen osastohoidon kuluessa ei ole, vaan ohjeet annetaan suullisesti. Arviointi perustuu muun muassa hoitavan henkilöstön tekemään potilaiden tilan jatkuvaan seurantaan, jossa avainasemassa ovat ammattitaidon tuoma kokemus, intuitio ja tuntuma. Jos itsetuhoisuutta havaitaan, pyydetään lääkäriä arvioimaan tilannetta.

Itsemurhan tapahtuessa takapäivystäjän on lähdettävä paikalle välittömästi, jos päivystävänä lääkärinä sairaalassa ei ole psykiatrian erikoislääkäri. Itsemurhasta ilmoitetaan poliisille. Lääkäri ilmoittaa potilaan ilmoittamalle omaiselle tapahtuneesta puhelimitse. Lisäksi lääkäri ilmoittaa tapahtuneesta omaisen paikkakunnalla kriisiapua antavalle taholle. Tavoitteena on varmistaa, että omainen saa tarvitsemansa avun. Omaiselle myös tarjotaan aktiivisesti henkilökohtaista tapaamista sairaalassa. Tapaamisen jälkeen omaiselle tarjotaan mahdollisuutta ottaa puhelimitse yhteyttä.

Muiden samaan aikaan osastolla olevien potilaiden kanssa keskustelu itsemurhatapauksissa ja -yrityksissä arvioidaan tapauskohtaisesti. Arvioinnissa otetaan huomioon tapahtumapaikka, toisten potilaiden havainnot ja reagointi. Jos potilasta on elvytetty osaston tiloissa tai toinen potilas on nähnyt itsemurhan tehneen tai sitä yrittäneen potilaan tilanteen, saattaa laajempi tiedottaminen olla tarpeen. Tiedottamisesta päättää akuutisti päivystävä lääkäri yhdessä takapäivystäjän kanssa ja myöhemmin osastonlääkäri.

⁴ Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen henkilön hoito, Käypä hoito -suositus. Julkaistu 7.1.2000. Päivitetty 18.2.2022.

⁵ Turvasuunnitelman (*Safety planning intervention, SPI*) tarkoituksena on luoda ennalta määritelty lista selviytymisstrategioista, tukea antavista henkilöistä ja toiminnoista, joihin potilas voi olla yhteydessä tai joita potilas voi tehdä vähentääkseen välitöntä itsetuhoisen käyttäytymisen riskiään sekä etukäteen suojata itseään kuoleman aiheuttavien itsemurhamekaniikoiden saatavuudelta.

Jos osastolla olevilla potilailla on tarvetta keskustella asiasta, keskustelut käydään omahoitajan ja lääkärin kanssa.

Essoten asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma oli päivitetty keväällä 2021. Asiakas- ja potilasturvallisuustyöryhmä arvioi suunnitelman sisällön ajanmukaisuutta ja päivittää suunnitelmaa säännöllisesti osana laadunhallinnan ja johtamisen vuosikalenteria. Työryhmän puheenjohtajana toimii johtajaylilääkäri. Suunnitelman hyväksyy kuntayhtymän johtaja. Suunnitelma sisältää muun muassa turvallisuusriskien arvioinnin ja hallinnan. Suunnitelma on nähtävillä Essoten intranetin turvallisuusportaalisissa.

Asiakas- ja potilasturvallisuustyöryhmä käsittelee eri lähteistä saadun seurantatiedon sekä yksiköiden tekemät ja suunnittelemat toimenpiteet. Työryhmä laatii kehittämissuunnitelmia ja antaa tarvittaessa toimenpidesuosituksia turvallisuuden edistämiseksi. Työryhmä raportoi organisaation asiakas- ja potilasturvallisuustilanteesta kuntayhtymän hallitukselle vuosittain toimintakertomusta varten.

Vuonna 2021 turvallisuuden painopistealueet liittyivät painehaavojen seurantaan, lääkehoitosuunnitelmiin, kaatumistapausten seurantaan sekä hoidollisten kiinnipitojen määrään lastenpsykiatrian päiväosastolla.

Suunnitelmassa ei ole mainintaa itsemurhavaaran tunnistamisesta tai itsemurhien ehkäisystä osastohoidon tai psykiatrisen avohoidon aikana.

Asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointia varten Essotessa on käytössä HaiPro-ohjelma⁶. Ohjeen mukaan työntekijän tulee kirjata järjestelmään kaikki hoitoon liittyvät vaaratapahtumat, jotka aiheuttivat tai olisivat voineet aiheuttaa haittaa potilaalle. Ilmoitus saapuu kahdelle yksikön toiminnasta vastaavalle, esimerkiksi osastonhoitajalle ja vastaavalle lääkärille, jotka käsittelevät ilmoituksen ja tekevät ratkaisuehdotuksen tapahtumassa havaittujen puutteiden korjaamiseksi.

HaiPro-ilmoitukset ja potilaspalautteet tulee käydä säännöllisesti läpi henkilöstön kanssa osastokokouksissa avoimesti, rakentavasti ja syyllistämättä. Käsiteltäessä läheltä piti - ja haittatapahtumia yhdessä, niistä opitaan ja myös korjaavat toimenpiteet tulevat kaikkien tietoon. Samalla on mahdollista havaita erilaisia koulutus- ja kehittämistarpeita. Saadun tiedon perusteella yksiköissä ja organisaatiossa tehdään kehittämissuunnitelmia, joiden avulla pystytään ehkäisemään samojen virheiden toistuminen uudelleen.

Essoten konsernin tasolla ilmoituksista kootaan yhteenveto, joka raportoidaan intranetissä kolme kertaa vuodessa. Raportoinnin tarkoituksena on kiinnittää huomiota vaaratapahtumiin ja niihin johtaviin tapahtumaketjuihin tai tekijöihin. Raportointi luo organisaation eri tasoilla mahdollisuuden keskustella potilasturvallisuudesta syyllistämättä painottaen potilasturvallisuuskulttuurin kehittymisen näkökulmaa. Säännöllinen raportointi hallintoportaissa ylöspäin korostaa myös potilasturvallisuuden merkitystä terveydenhuollon päätöksenteossa.

Itsemurha-aikeisiin tai yrityksiin liittyviä HaiPro-ilmoituksia Moision sairaalassa vuosina 2015–2021 tehtiin 17 tapauksesta eli noin kahdesta kolmeen vuosittain. Tutkinnan kohteena olevista kolmesta tapauksesta ilmoitus tehtiin yhdestä.

Yhdeksässä tapauksessa ilmoituksen käsitelijä ehdotti tapahtuman toistumisen estämiseksi asiasta tiedottamista ja keskustelua. Ylemmälle organisaation tasolle ehdotettiin viетäväksi neljä tapausta. Yhdessä tapauksessa näistä potilas rikkoi ikkunalasin, joka oli tavallista lasia

⁶ HaiPro on asiakas ja potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu.

ilman turvakalvoa, toisessa potilas vahingoitti itseään rikkoutuneella kulholla, kolmannessa potilas teki itsemurhan osastolla ja neljännessä potilas yritti poistua osastolta rikkomalla oven turvalasin. Kahdessa ilmoituksen käsittelijä esitti kehittämistoimenpidettä. Näistä toinen liittyi turvatarkastusten tehostamiseen ja toinen säleverhojen narujen poistamiseen. Kahdessa ilmoituksessa ei ollut kehittämisehdotuksia.

Ohjeeseen kirjattuja toimintatapoja ei käytännössä toteutettu ja ratkaisuehdotuksia haittatapahtumien korjaamiseksi oli kirjattu niukasti. Näyttää siltä, että hoitohenkilöstön motivaatio tehdä ilmoituksia vaihtelee. Moni pitää ilmoitusten tekemistä turhana. Koetaan, ettei ilmoitusten teko johda konkreettisiin muutoksiin.

Vakavat vaaratilanteet on Essoten asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman mukaan raportoitava välittömästi terveystalossa johtajaylilääkärille ja sosiaalipalveluissa sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle, jotta tapahtuman tutkinta ja korjaavien toimenpiteiden etsiminen voidaan käynnistää viipymättä.

Johtajaylilääkärin tai sosiaalihuollon johtavan viranhaltijan päätöksellä käynnistetään selvitys ja nimetään kokoonpano selvitystiimiin. Tiimi kerää kaikki tapahtuneeseen johtaneet tiedot ja tekee tapahtuma-analyysin. Selvityksen perusteella tiimi kokoaa konkreettisia toteuttamiskelpoisia ehdotuksia havaittujen riskien ennalta ehkäisemiseksi ja antaa suosituksia. Suositukset toimeenpannaan osana sairaalan normaalia operatiivista päätöksentekoa ja johtamista.

Yhdestä Moisiossa tapahtuneesta itsemurhasta tehtiin vuonna 2019 vakavan vaaratapahtuman tutkinta.⁷

Muistutuksia⁸ omaisilta Essote ei ole saanut tutkittavana oleviin tapauksiin liittyen.

2.5 Viranomaisten ennalta ehkäisevä toiminta

Terveydenhuollon toimintayksiköiden toiminnan valvonnasta vastaavat Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto (Valvira) valtakunnallisesti sekä aluehallintovirastot alueillaan. Essote kuuluu Itä-Suomen aluehallintoviraston alueeseen. Valvira ja aluehallintovirastot ovat sopineet keskenään työnjaosta. Potilaan kuolemaan tai hyvin vakavaan loukkaantumiseen johtaneiden tapahtumien valvontatoimista vastaa aina Valvira. Valvonta voi olla suunnitelmallista tai jälkikäteistä.

Suunnitelmallista valvontaa toteutetaan Valviran ja aluehallintovirastojen yhdessä laatimien valvontaohjelmien ja -suunnitelmien mukaisesti. Suunnitelmallinen valvonta perustuu laissa määriteltyyn tiedonkeruuseen tai tietyissä tapauksissa Valviran omiin selvityksiin. Esimerkiksi hoitotakuun valvonta on suunnitelmallista valvontaa. Suunnitelmallisen valvonnan teema saattaa tulla esimerkiksi hallitusohjelmasta tai lakimuutoksesta. Yksi ajankohtainen teema on lasten ja nuorten perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteutuminen. Aikuisten mielenterveyspalvelut eivät ole olleet suunnitelmallisen valvonnan teemana vuosiin.

Jälkikäteinen valvonta käynnistyy suurimmalta osalta potilaiden tai omaisten tekemien kanteluiden perusteella, vaikka viranomaisen voi aloittaa valvonnan myös muuta kautta saamansa tiedon perusteella. Moisiossa sairaalan toimintaa koskevia kanteluita on Itä-Suomen aluehallintovirastoon saapunut vuodesta 2018 alkaen 21 kantelua, joista seitsemän on ollut

⁷ Tutkinta on käsitelty kohdassa 2.8.4.

⁸ Jos potilas ei ole tyytyväinen saamaansa palveluun, hoitoon tai kohteluun, hän voi tehdä muistutuksen toimintayksikön vastuuhenkilölle tai johtavalle viranhaltijalle.

kantelukäsittelyssä. Nämä eivät ole koskeneet potilaiden itsemurhia. Kanteluista 14 on siirretty käsiteltäväksi muistutusmenettelyssä. Hallinnolliseen ohjaukseen johtavia kanteluita ei ole ollut vuodesta 2019 alkaen koskien sairaalan toimintaa.⁹

Tutkittavana olevista kuolemista valvontaviranomaiset eivät saaneet ilmoituksia toimintayksiköltä eivätkä kanteluita omaisilta. Valvira päätti aloittaa Moision sairaalan toiminnan jälkikäteisen valvonnan julkisuudessa olleiden tietojen perusteella. Valvontaratkaisu on annettu toukokuussa 2022.

Valvontaviranomaiset korostavat kaikessa toiminnassaan toimintayksiköiden omavalvonnan tärkeyttä.

2.6 Pelastustoimiin osallistuneet organisaatiot ja niiden toimintavalmius

Ensihoidon palveluista Mikkelissä vastaa Essote ja pelastustoimesta Etelä-Savon pelastuslaitos. Mikkelin kuuluu Itä-Suomen poliisilaitoksen alueeseen.

Kriisiapua kuolleiden omaisille Essoten alueella järjestää Mikkelin kriisikeskus, jonka toiminnasta vastaa Mieli Etelä-Savon mielenterveys ry. Yhden potilaan lähiomaiset asuvat Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella, jossa kriisikeskuksen toiminnasta vastaa Mieli Savonlinnan seudun mielenterveys ry.

2.7 Säädökset, määräykset ja ohjeet

Mielenterveyslain¹⁰ mukaan kunnan tulee huolehtia alueellaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän erikoissairaanhoitona annettavia mielenterveyspalveluja. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan.

Terveyskeskuksessa tai päivystyksessä työskentelevän virkasuhteisen lääkärin on laadittava potilaasta tarkkailulähete¹¹ ja lähetettävä potilas tutkittavaksi sairaalaan todettuaan, että tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset ovat todennäköisesti olemassa.

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytysten olemassaolon selvittämiseksi henkilö voidaan ottaa tarkkailuun sairaalaan. Tarkkailuun otto edellyttää, että sairaalassa työskentelevä virkasuhteinen lääkäri katsoo tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytyksien todennäköisesti olevan olemassa. Viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamispäivän jälkeen tarkkailusta vastaavan lääkärin on annettava potilaasta kirjallinen tarkkailulausunto¹². Lausunnon tulee sisältää perusteltu kannanotto siitä, ovatko edellytykset hoitoon määräämiseen tahdosta riippumatta olemassa.

Päätöksen tarkkailuun otetun määräämisestä hoitoon hänen tahdostaan riippumatta¹³ tekee sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri. Ennen hoitoon määräämistä on selvitettävä tarkkailuun otetun oma mielipide.

⁹ Aluehallintovirasto valvoo jatkuvasti psykiatrisissa sairaaloissa, kuten Moisiossa, tehtyjä itsemääräämisoikeuden rajoituksia. Mielenterveyslain (1116/1992) mukaan aluehallintovirastolle on kahden viikon välein toimitettava ilmoitus potilaiden eristämistä ja sitomisista.

¹⁰ 1116/1990.

¹¹ M1-lomake.

¹² M2-lomake.

¹³ M3-lomake.

Terveydenhuoltolain¹⁴ mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa.

Laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta annetun STM:n asetuksen¹⁵ mukaan suunnitelmassa on sovittava muun muassa turvallisuus- ja laatuongelmien ennakoimisesta sekä turvallisuusriskien tunnistamisesta ja hallinnasta. Suunnitelmassa on käsiteltävä myös vaara- ja haittatapahtumien tunnistaminen ja raportointi, haittatapahtumien ilmoittaminen hoitoilmoitusjärjestelmään ja muiden säädösten edellyttämä raportointi sekä korjaavia toimenpiteitä koskevat menettelytavat.

Terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä annetun asetuksen¹⁶ mukaan vähintään viiteen ensimmäiseen opintovuoteen kuuluvat opinnot suorittanut lääketieteen opiskelija voi tilapäisesti toimia lääkärin tehtävässä sekä päivystää laillistetun lääkärin johdon ja valvonnan alaisena.

Vähintään neljään ensimmäiseen opintovuoteen ja erikoisalan peruskoulutukseen kuuluvat opinnot suorittanut lääketieteen opiskelija voi toimia lääkärin tehtävässä laillistetun lääkärin johdon ja valvonnan alaisena erikoissairaanhoidon toimintayksikössä. Päivystävän lääkärin tehtävässä toimimisen edellytyksenä on lisäksi, että hänellä on laillistetun lääkärin välitön johto ja valvonta.

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain¹⁷ mukaan sosiaalihuollon asiakkaasta tietoja sisältävät asiakirjat ovat salassa pidettäviä. Salassa pidettävästä asiakirjasta saa antaa tietoja asiakkaan nimenomaisella suostumuksella. Jos asiakas kieltää tiedon luovuttamisen, sosiaalihuollon toteuttaja saa antaa asiakirjasta salassapitovelvollisuuden estämättä tietoja, jotka ovat välttämättömiä asiakkaan hoidon tarpeen selvittämiseksi. Sosiaalihuollosta tietoja saa luovuttaa terveydenhuoltoon vain tilanteessa, jossa asiakas on hoidon ilmeisessä tarpeessa terveytensä, kehityksensä tai turvallisuutensa vaarantumisen vuoksi eikä hoidon tarvetta muutoin voida selvittää taikka hoidon toimenpiteitä toteuttaa.

Sosiaalihuoltolain¹⁸ mukaan sosiaalihuollon asiakkaan tarpeiden arvioinnin edellyttäessä muiden viranomaisten palveluja tai tukitoimia, on näiden tahojen osallistuttava toimenpiteestä vastaavan työntekijän pyynnöstä asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen.

Terveydenhuoltolaissa¹⁹ todetaan, että sosiaalihuoltolain mukaisen palvelutarpeen arvioinnin edellyttäessä terveydenhuollon palveluja, on terveydenhuollosta vastaavan kuntayhtymän palveluksessa olevan terveydenhuollon ammattihenkilön osallistuttava sosiaalihuollon toimenpiteestä vastaavan työntekijän pyynnöstä henkilön palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksen lääkkeiden määräämisestä²⁰ mukaan väärinkäyttöön soveltuvan lääkkeen määräämisessä on noudatettava erityistä huolellisuutta

¹⁴ 1326/2010.

¹⁵ 341/2011.

¹⁶ 564/1994.

¹⁷ 812/2000.

¹⁸ 1301/2014.

¹⁹ 1326/2010.

²⁰ 1088/2010.

ja varovaisuutta. Lääkkeen määräjän tulee seurata, mikäli mahdollista, lääkkeen todellista käyttöä lääkeriippuvuuden kehittymisen ehkäisemiseksi. Lääkeriippuvuutta sairastavan potilaan hoito tulee mahdollisuuksien mukaan keskittää yhdelle lääkärille. Valvira on antanut ohjeen bentsodiatsepiinien (rauhoittavat lääkkeet) määräämisestä²¹, ja sen perusteella Essote on laatinut keväällä 2020 oman ohjeen. Ohjeen tavoitteena on linjata bentsodiatsepiinilääkkeiden määräämistä sekä uusimista ja tätä kautta ehkäistä tästä lääkeryhmästä potilaille aiheutuvia haittoja.

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian 2017–2021 toimeenpanosuunnitelma korostaa ennakoivaa riskienhallintaa, potilas- ja asiakasturvallisuusosaamisen varmistamista sekä omavalvonnan merkitystä potilas- ja asiakasturvallisuudelle.

Vakavien vaaratapahtumien tutkinta -opas²² sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille on toimeenpanosuunnitelman liitteenä. Oppaassa kuvataan yksityiskohtaisesti, miten vakavia vaaratilanteita voisi tutkia. Oppaan mukaan koko organisaation tulee saada tieto tutkinnan perusteella annettavista suosituksista, jotta tapahtumasta voidaan oppia laajemmin myös muissa yksiköissä.

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelman mukaisesti itsemurhien ehkäisy vaatii tehostamista ja uusia keinoja²³. Itsemurhakuolleisuuteen liittyy vahva eriarvoisuus.

Ohjelman julkaisussa esitetään 36 toimenpidettä ohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi liittyen asenteisiin vaikuttamiseen, itsemurhakeinoihin vaikuttamiseen, vertaistuen tarjoamiseen, riskiryhmien tukemiseen, hoidon kehittämiseen, mediaosaamisen lisäämiseen sekä tietoperusteisuuden ja tutkimuksen vahvistamiseen.

Strategiassa annetaan hoidon kehittämiseen muun muassa seuraavia suosituksia²⁴:

- Jatketaan yhteistyötä koulutusten järjestämiseksi itsemurhien estämisen keinoista sosiaali- ja terveydenhuollossa työtä tekeville ammattilaisille.
- Tehostetaan edelleen näyttöön perustuvien hoitomenetelmien ja erityisesti uusien sähköisten menetelmien käyttöä itsemurhavaarassa olevien potilaiden hoidossa. Vakiinnutetaan terveydenhuoltoon toimintatavat, jotka noudattavat itsemurhien ehkäisyn ja itsemurhaa yrittäneen hoidon Käypä hoito -suositusta.
- Järjestetään viiveettä kaikille välittömässä itsemurhavaarassa oleville psykiatriseen asiantuntemukseen perustuva konsultaatio, jotta hoidon tarve voidaan arvioida ja tehdä jatkosuunnitelma mahdollisine turvasuunnitelmineen.
- Vahvistetaan yhteistyötä kokemusasiantuntijoiden, järjestöjen varhaisen tuen ja muun hoitojärjestelmän välillä.
- Mahdollistetaan johtamisjärjestelmän tuki laadukkaalle ja inhimilliselle hoitokulttuurille.

Tietoperusteisuuden ja tutkimuksen vahvistamiseksi annetaan muun muassa seuraavia suosituksia²⁵:

²¹ Bentsodiatsepiinien määrääminen. Päivitetty 17.6.2020. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoidon-erityistilanteita/bentsodiatsepiinien-maaraaminen>

²² Haavisto, E., Helovuori, A., Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (2012) *Vakavien vaaratapahtumien tutkinta: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille*. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry:n julkaisu. Turku: Multiprint Oy.

²³ Onnettomuustutkintakeskus tutki Karkkilassa 4.7.2015 tapahtuneen henkilöauton ja linja-auton törmäykseen johtaneen onnettomuuden (Y2015-02). Tutkinnan mukaan oli ilmeistä, että kyseessä oli itsemurha. Tutkinnan perusteella Onnettomuustutkintakeskus antoi turvallisuussuosituksen, jonka mukaan STM:n tulisi käynnistää uusi itsemurhien ehkäisyohjelma ja asettaa itsemurhien lukumäärän selkeä vähentäminen kansanterveystavoitteeksi muiden Pohjoismaiden tavoin.

²⁴ Toimenpide-ehdotukset 19–20 ja 22–24.

²⁵ Toimenpide-ehdotukset 29–31.

- Rahoitetaan tutkimusta uusista digitaalisista keinoista itsemurhien ehkäisemiseksi.
- Niin sanotun psykologisen ruumiinavauksen menetelmät sisältävä onnettomuustutkiminta ulotetaan myös itsemurhiin, aluksi nuorten ja lopulta kaikkiin itsemurhiin, jotka ovat tapahtuneet hoidon aikana tai kuukauden sisällä hoidosta kotiutumisen jälkeen.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) käynnistää kansallisen itsemurharekisterin itsemurhien ehkäisyn laadun seuraamiseksi ja arvioimiseksi sekä itsemurhatutkimuksen mahdollistamiseksi.

Käypä hoito²⁶ -suositus *Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito* koskee itsemurhien ehkäisyn osalta terveydenhuollon toimintaa osana kaikkien potilaiden hoitoa ja itsemurhaa yrittäneiden osalta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen antamaa psykiatrasta hoitoa.

Suosituksen mukaan aikaisempi itsemurhayritys on merkittävin myöhemmän itsemurhakuoleman ennustetekijä. Itsemurhaa yrittäneen kanssa on syytä käydä läpi koko itsemurhayritykseen johtanut tapahtumaketju. Itsemurha-ajatuksista kysyminen ei suurennakaan itsemurhan riskiä. Psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta arvioitaessa huomioidaan psykiatrisen häiriön vaikeusaste, erityisesti mahdollinen psykoottisuus, syvä toivottomuus tai tilan hallitsematon epävakaus, välitön itsemurhavaara sekä mielenterveyslain²⁷ mukaisen tahdosta riippumattoman hoidon tarve.

Itsetuhoisuuteen kohdennetut hoitointerventiot voivat merkittävästi pienentää itsemurhayrityksen uusimisen riskiä. Suosituksessa luetellaan tutkittuja interventioita, kuten turvasuunnitelmainterventio sekä potilaan psykiatrisen tilan arviointiin käytettäviä strukturoituja mittareita. Käypä hoito -suosituksen mukaan strukturoitu haastattelu lisää itsetuhoajatusten ja itsemurhayritysten tunnistamisen luotettavuutta. Suosituksen mukaan psykiatrisessa osastohoidossa olleet itsetuhoiset potilaat nostavat kokemustensa perusteella esille, että kohtaaminen, suojeleminen ja kontrolli ehkäisevät itsemurhia osasto-oloissa.

2.8 Muut selvitykset

2.8.1 Psykiatrian erilliselvitys

Osana tutkimusta tehtiin psykiatrisen lääketieteen erilliselvitys, jossa pyydettiin psykiatrisen lääketieteen asiantuntijan lausunto hoidon toteutumisesta, lääkityksen toteutumisesta sekä potilaan itsemurhariskin arvioinnin toteutumisesta tutkimuksen kohteena olevissa kolmessa tapauksessa. Erilliselvityksen tulokset on sisällytetty raportin kohtaan 2.4.

2.8.2 Itsemurhat ilmiönä

Itsemurhat ovat yhteiskunnallisesti vakava terveysongelma. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan ne olisivat ehkäistävissä oikea-aikaisilla, tutkimusperustaisilla ja kustannustehokkailla interventioilla. Itsemurhatapahtuma on aina harvinainen vakaviakin

²⁶ Käypä hoito -suositukset ovat parhaiden asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Ne eivät korvaa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta hoitopäätöksiä tehtäessä. Suositus Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito on julkaistu 17.1.2020 ja päivitetty 18.2.2022.

²⁷ 1116/1990.

mielenterveyshäiriöitä sairastavien joukossa.²⁸ Aiempi itsemurhayritys on merkittävin itsemurhan riskitekijä.²⁹

Suomi on muihin Pohjoismaihin verrattuna suuren itsemurhakuolleisuuden maa.³⁰ Koska kaikki itsemurhaa yrittäneet eivät päädy hoitoon yrityksen vuoksi, itsemurhaa yrittäneiden määrät Suomessa perustuvat vain arvioihin. Vuonna 2020 itsemurhia tehtiin 717, mikä on 29 vähemmän kuin vuonna 2019. Vuonna 2020 itsemurhakuolleisuus eli itsemurhien määrä 100 000 asukasta kohden oli 13, miehillä 19 ja naisilla 7.³¹ Varovaisimpien arvioiden mukaan itsemurhayrityksiä olisi Suomessa vuosittain noin 10 000.³²

Itsemurhien määrä on todellisuudessa tilastojen osoittamaa suurempi. Kuolintodistuksessa kuolema kirjataan itsemurhaksi vain tapauksissa, joissa itsemurha on kuolintodistuksen tekijän käytettävissä olevilla tiedoilla varmaa. Jos esimerkiksi tapaturman mahdollisuutta ei voida täysin sulkea pois, kuolema kirjataan kuolemanluokkaan *epäselvä*. Esimerkiksi hukkumiskuolemien yhteydessä tähän on kiinnitetty huomiota Onnettomuustutkintakeskuksen aikaisemmassa tutkinnassa.³³

Itsemurhakuolleisuudessa tapahtui myönteinen käänne noin 30 vuotta sitten valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin (1986–1996) aikana.³⁴ Itsemurhakuolleisuus on viimeisen kymmenen vuoden aikana pienentynyt 30 prosenttia, naisilla suhteellisesti enemmän kuin miehillä.³⁵ Miesten itsemurhakuolleisuus on edelleen suurempaa kuin naisten. Vaikka THL tilastoi itsemurhia ikäluokittain ja sukupuolittain, ei esimerkiksi sairaala- tai laitoshoidossa tapahtuneista itsemurhista ole tilastotietoa saatavilla. Covid-19-pandemia ei lisännyt vuoden 2020 aikana suomalaisten itsemurhakuolleisuutta.³⁶

Itsemurha-ajatukset koko aikuisväestössä eivät ole lisääntyneet, mutta erityisesti korkeasti koulutetuilla naisilla itsemurha-ajatukset ovat lisääntyneet. Kun vuonna 2018 korkean koulutustason ryhmään kuuluvista naisista 4,2 %:lla oli ollut itsemurha-ajatuksia, vuonna 2020 itsemurha-ajatuksia oli jopa 7,4 %:lla. Ilmiö on tutkimuksen mukaan huolestuttava ja vaatisi lisätutkimusta.³⁷

Yksinäisyys on olennainen itsemurhien taustalla vaikuttava ilmiö. Yksinäisyys on ennen kaikkea henkilökohtainen kokemus, ja siksi sitä on vaikea tarkkaan määritellä. Yksinäisyys on kuormitustila, jossa ihminen herkemmin tekee terveydelle haitallisia elämänvalintoja. Yksinäisyyden taustalla on hyvin erilaisia ja yhteen kietoutuneita tekijöitä. Yksinäisyyden taustalla ovat usein muutokset merkityksellisissä sosiaalisissa sidoksissa, jonka lisäksi taustalla on

²⁸ Tahvanainen, M., Riipinen, P., Jääskeläinen, E. & Halt, A.-H. (2021) Miten itsemurhariskiä arvioidaan? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 137(9): 952–932.

²⁹ Ribeiro, J., Franklin, J., Fox, K., Bentley, K. H. Kleiman, E. M., Chang, B. P. & Nock, M. K. (2016) Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine* 46 (2):225-236.

³⁰ Tahvanainen, M., Riipinen, P., Jääskeläinen, E. & Halt, A.-H. (2021) Miten itsemurhariskiä arvioidaan? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 137(9): 952–932.

³¹ Suomen virallinen tilasto kuolemansyistä 2021.

³² Gaily-Luoma S. (2020) Itsemurhaa yrittäneiden kokemukset ammattilaisen apuna. *Lääkärilehti* 75 (38): 1926–1930.

³³ Onnettomuustutkintakeskus (2011) *Hukkumiskuolemat Suomessa 1.4.2010–31.3.2011*. Tutkintaselostus S1/2010Y

³⁴ Vormo, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. (toim) (2020) *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030*. STM:n julkaisuja 2020: 6. Helsinki: STM.

³⁵ Suomen virallinen tilasto kuolemansyistä 2021.

³⁶ Partonen, T., Kiviruu, O., Grainger, M., Suvisaari, J., Eklin, A., Virtanen, A. & Kauppila, R. (2021) Suicides from 2016 to 2020 in Finland and the effect of the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry* 220(1): 38-40.

³⁷ Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K., Solin, P., Partonen, T., Parikka, S., Koskela, T. & Ikonen, J. Aikuisväestön mielenterveys ja avun hakeminen mielenterveysongelmiin – FinSote 2020. *Tutkimuksesta tiiviisti* 42/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

usein toimintamahdollisuuksien ja osallisuuden heikentyminen esimerkiksi sairastumisen myötä.

Yksinäisyys rapauttaa terveyttä. Ikääntyessä aivo- ja mielenterveyden riskitekijöitä ovat muun muassa aktiivisuuden väheneminen, toimintakyvyn muutokset, menetykset sekä yksinäisyyden ja tarpeettomuuden kokemukset. Ikääntyneillä yksinäisyys on yhteydessä huonoksi koettuun terveyteen, muistin heikentymiseen, kohonneeseen verenpaineeseen, sydänsairauksiin ja ennenaikaiseen kuolemaan. Yksinäisyyttä kokevalla on muita suurempi todennäköisyys käyttää psyykelääkkeitä ja terveystalvuuksia sekä joutua kiireellisesti sairaalahoitoon.³⁸

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan (VN TEAS) hanke on tehnyt vuonna 2021 ehdotuksen asiakas- ja potilasturvallisuuden mittaristosta, jossa on kuvattu niin sanotut *never events* eli kuuma linja -indikaattorit. Indikaattoreiden raportoinnissa ja seurannassa korostuu johdon välitön tiedonsaanti vakavasta haitasta sekä korjaavien ja ennalta ehkäisevien toimenpiteiden käynnistyminen. Ensisijainen tavoite on organisaation oppiminen vaaratapahtumista. Suosituksessa on ehdotettu kansalliseen asiakas- ja potilasturvallisuuden mittaristoon sisällytettäväksi *Itsemurha psykiatrisen vuodeosaston aikana* -indikaattori.³⁹

Werther-efektiksi⁴⁰ sanotaan itsemurhatutkimuksessa tilannetta, jossa itsetuhoisen henkilö kopioi muualta käyttäytymismallin itsetuhoiseen tekoonsa. Ilmiössä toisen henkilön itsemurha voi toteutua, jos hän saa tietoonsa jonkun toisen ihmisen läheisesti toteutuneen itsemurhan. Tutkittavissa tapauksissa ensimmäisen itsemurhan aikaan kaksi muuta potilasta olivat jo osastohoidossa Moisioin sairaalassa. He olivat mahdollisesti saaneet tapahtuman tietoonsa.

Hoitohenkilökunnalle potilaan itsemurha on traumaattinen tapahtuma, josta voi seurata niin sanottu *second victim* -ilmiö.⁴¹ Potilaan itsemurhasta seuraava ilmiö voi johtaa hoitavan henkilön stressireaktioon ja työkyvyn häiriöihin sekä yhteisötasolla murentaa luottamusta työyhteisöön ja esimiehiin. Tällaisia tilanteita varten on laadittu erillinen *second victim* -toimintaohje.⁴²

2.8.3 Itsemurhien arviointi ja ennaltaehkäisy psykiatrisessa osastohoidossa

Itsemurhariskin arviointi on olennainen osa lääkärin ammattitaitoa. Arviointi on erittäin vaativaa. Potilaan itsemurhariskiä arvioidessaan lääkäri kerää ja arvioi tietoa haastatteleamalla potilasta tämän voinnista, oireista ja taustasta niin riski- kuin suojaavienkin tekijöiden osalta.⁴³

Itsemurhayrityshistorian ja kuolemanintention eli pyrkimyksen kuolla arvioinnissa voidaan käyttää apuna tarkoitukseen soveltuvia strukturoituja mittareita ja arviointityökaluja, kuten

³⁸ Lääkäriseura Duodecim (2020) *Aivot ja mieli – terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen*. Konsensusseminaarissa julkaistu Konsensuslausuma.

³⁹ Virkki, M., Leskelä, R.-L., Ikonen, T., Haatainen, K., Welling, M., Rauhala, A., Tiirinki, H., Mustonen, P., Jormanainen, V., Rautava, P., Cansel, A., Heikkilä, K., Inkinen, V., Isotalo, J., Kalliokoski, J., Siimar, M., Sorsa, O., Syrjä, V. & Ylitälo, P. *Potilas- ja asiakasturvallisuuden tilannekuva ja seurantamenettelyt: Ehdotus seurannan mittaristoksi*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:68. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.

⁴⁰ Ilmiö on saanut nimensä Goethen romaanin *Die Leiden des jungen Werthers* mukaan, jossa onneton rakkaustarina päättyi nuoren miehen itsemurhaan.

⁴¹ Qinwen, S., Wang, Y., Hou, K., Zha, H. & Sun, X. (2021) The psychological experiences of nurses after inpatient suicide: A meta-synthesis of qualitative research studies. *Journal of Advanced Nursing* 77(10): 4005-4016..

⁴² Leskinen, S. (2019) Mitä tapahtuu virheen tekijälle? *Lääkärilehti* 74(18): 1108-1109.

⁴³ Tahvanainen, M., Riipinen, P., Jääskeläinen, E. & Halt, A.-H. (2021) Miten itsemurhariskiä arvioidaan? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 137(9): 952-932.

esimerkiksi *Columbia Suicide Severity Rating Scale* -oirekartoituslomaketta (C-SSRS) ja *Suicide Intent Scale* -kyselyä (SIS), jotka ovat saatavilla psykiatrian alan hoitosuosituksista.

Itsetuhoisuuteen kohdennetut hoitointerventiot voivat Käypä hoito -suositukseen mukaan merkittävästi pienentää itsemurhayrityksen uusimisen riskiä. Käypä hoito -suosituksessa esitettyjä tutkittuja interventioita ovat kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat, turvasuunnitelmainterventio ja dialektinen käyttäytymisterapia epävakään persoonallisuuden yhteydessä.

Itsemurhien ehkäisyn on todettu vaativan sosiaali- ja terveydenhuollolta monialaisia ja monitasoisia toimia.⁴⁴ Useimmilla itsetuhoisilla henkilöillä on myös todettu olevan ennen itsemurhaa yhteys johonkin terveydenhuollon toimijaan. Usein käy myös niin, etteivät nämä henkilöt kuitenkaan saa psykiatrista diagnoosia. Tästä syystä erityisesti mielenterveysongelmien ja itsetuhoisuuden tunnistaminen perusterveydenhuollon vastaanotolla olisi tärkeää.⁴⁵ Apua on aina annettava aktiivisesti etenkin itsemurhasta viestineille ja sitä yrittäneille sekä itsemurhaan kuolleiden omaisille ja läheisille.⁴⁶

Mielenterveyspotilaat ovat muuta väestöä suuremmassa itsemurhavaarassa, ja heillä itsemurhariski on merkittävästi suurempi yleiseen itsemurhariskiin verrattuna heti kolmen ensimmäisen kuukauden jälkeen psykiatrisesta laitoshoidosta kotiutumisen jälkeen. Niillä potilailla, joilla on tunnistettu itsemurha-ajatuksia tai -käyttäytymistä, todennäköisyys on moninkertainen.⁴⁷

Potilaan ollessa sairaalahoidossa tulee varmistua siitä, että potilaalla on turvallinen olo. Myöskään keinoja tai välineitä itsemurhan toteuttamiseen ei tulisi olla tarjolla.⁴⁸

Potilasturvallisuuskulttuurissa on kuitenkin havaittu eroja ammattiryhmien ja sairaaloiden välillä. Potilasturvallisuuskulttuuriin ja siihen vaikuttaviin tekijöihin tulisikin kiinnittää psykiatrisissa sairaaloissa nykyistä enemmän huomiota.⁴⁹

Essoten hallinnoiman Apua Ajoissa! -hankkeen⁵⁰ avulla pyritään vähentämään itsemurhia parantamalla itsetuhoisten ja itsemurhaa yrittäneiden ihmisten palveluja. Hankkeessa pyritään löytämään myös uusia keinoja ehkäistä itsemurhia. Hoitohenkilöstön osaamista itsemurhariskin tunnistamiseen ja ehkäisyyn on tarkoitus lisätä.

Hankkeen aluksi tehtiin alkukartoitus, jossa Essoten henkilöstöltä kysyttiin laajasti muun muassa heidän omasta osaamisestaan ja hoidon prosesseista. Vastausten⁵¹ mukaan

- noin kolmasosa henkilöistä kohtaa itsetuhoisia henkilöitä viikoittain tai useammin
- lähes 4/5 ei ole saanut koulutusta liittyen itsemurhien ehkäisyyn

⁴⁴ Laukkala T., Jylhä P., Isometsä E., Koponen, H., Marttunen, M. Wahlbeck, K., Laajasalo, T., Vuorio, A. & Pirkola, S. (2020) Itsemurhaa yrittäneen psykiatrinen hoito – Kysy, kuuntele ja hoida perussairaus. *Lääkärilehti* 75 (38): 1920–1925.

⁴⁵ Pajunen, K. (2020) *Itsetuhoisuuden henkilöiden hoidon kehittäminen julkisella sektorilla – Kuvailuva kirjallisuuskatsaus*. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu.

⁴⁶ Partonen, T., Kiviruuu, O., Grainger, M., Suvisaari, J., Eklun, A., Virtanen, A. & Kauppila, R. (2021) Suicides from 2016 to 2020 in Finland and the effect of the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry* 220(1): 38-40.

⁴⁷ Chung, D. T., Ryan C. J., Hadzi-Pavlovic D., Singh S. P., Stanton C. & Large M. M. (2017) Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 74(7): 694–702.

⁴⁸ Laukkala T., Jylhä P., Isometsä E., Koponen, H., Marttunen, M. Wahlbeck, K., Laajasalo, T., Vuorio, A. & Pirkola, S. (2020) Itsemurhaa yrittäneen psykiatrinen hoito – Kysy, kuuntele ja hoida perussairaus. *Lääkärilehti* 75 (38): 1920–1925.

⁴⁹ Kuosmanen, A. (2021) *Patient Safety Culture in Forensic Psychiatric Hospital Care. Health Care Staff Perceptions*. Dissertation in Health Science. Publications of The University of Eastern Finland. Joensuu: Punamusta Oy.

⁵⁰ Määräaikaisen, vuosina 2021–2022 toteutettavan hankkeen hallinnoija ja päätoteuttaja on Essote yhdessä Etelä-Savon sote-uudistuksen kanssa. Hankkeessa on mukana myös Keski-Suomen sairaanhoitopiiri sekä poliisi, kriisikeskukset ja alan järjestöt mainittujen maakuntien alueilla. Hanke on saanut rahoitusta STM:ltä. Tilastojen mukaan itsemurhakuolleisuus on sekä Etelä-Savossa että Keski-Suomessa keskimääräistä korkeampi.

⁵¹ n=282.

- alle kolmasosa arvioi itsetuhoisen hoitoonohjauksen olevan systemaattista omassa toimintayksikössään
- reilu puolet tuntee kokonaan tai osittain itsemurhien ehkäisyyn liittyvän Käypä hoito -suosituksen mukaiset riskikuvaukset.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen palvelualueen henkilöstön vastausten⁵² mukaan

- 70 % henkilöstöstä kohtaa itsetuhoisia henkilöitä viikoittain tai useammin
- 2/3 ei ole saanut koulutusta itsemurhien ehkäisyyn liittyen
- lähes puolet ei koe itsetuhoisen hoitoonohjauksen olevan systemaattista omassa toimintayksikössään
- lähes ¾ ei osaa sanoa tai ei tiedä, mitä vertaistukitoimintamalleja on tarjolla.

Alkukartoituksen mukaan kehittämistarpeita on sekä henkilökunnan koulutuksessa ja itsemurhien ehkäisymenetelmien käytössä että asiakkaiden ohjauksessa.

Osastohoidossa olevan potilaan itsemurhariskin arviointiin ja hoitoon liittyvä pilottihanke toteutettiin HUSin Jorvin sairaalassa syksyllä 2021. Toimintamallia pilotoitiin osastolla P2, jossa hoidetaan akuutteja mielialahäiriöpotilaita.

Tuloaastattelussa lääkäri arvioi potilaan ajankohtaisen tilanteen perusteella itsemurhavaaran riskin. Riskiluokkia on neljä asteikoilla *matala-lievä-keskisuuri-erittäin suuri*. Arvion tekemisessä käytetään muun muassa C-SSRS-kaavakkeiden kysymyksiä, kuten onko potilaalla ollut aiemmin itsemurha-ajatuksia ja/tai -yrityksiä.

Arvio potilaan itsemurhariskistä esitetään osaston kansliassa olevalla päivittäisjohtamisen osastotaululla riskiluokan osoittavalla värikoodilla. Ensiarvion jälkeen vastuuhoidtaja on avainasemassa arvion päivittämisestä, joka tehdään tarpeen mukaan. Muutos lievästä riskistä suureen voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että potilas ei ulkoile ilman valvontaa tai hänet siirretään yhden hengen huoneesta kahden hengen huoneeseen. Arvioinnin tuloksena osastolla poistetaan riskiesineitä ja rajoitetaan tavaroiden saatavuutta. Osaston tiloja arvioidaan jatkuvasti omavalvontana sekä turvallisuusasiantuntijan toimesta vähintään kerran vuodessa toteutettavilla turvallisuuskävelyillä.

Turvasuunnitelma tehdään heti, kun potilaan terveydentila sen sallii. Suunnitelman voi tehdä useammassa vaiheessa, eikä sen tekeminen edellytä lääkärin määräystä. Suunnitelma tehdään Apotti-tietojärjestelmään ja tulostetaan potilaalle. Potilas voi ottaa tulosteesta kuvan ja tallentaa sen puhelimeensa. On varmistettava, että henkilökohtainen turvasuunnitelma on potilaalla helposti saatavilla. Lisäksi pilotissa korostetaan kotiuttamisvaiheen suunnittelua osana itsemurhan ennaltaehkäisyä, koska itsemurhakuolleisuuden on todettu kohoavan erityisesti osastolta kotiuduttaessa.

Digitaalisia ratkaisuja käytetään potilasturvallisuuden varmistamisessa psykiatrisissa sairaaloissa vaihtelevasti. Tyypillisimmin valvontatekniikkaa hyödynnetään esimerkiksi osastojen ja rakennusten kulunvalvonnassa. Älyteknologian osalta esimerkiksi Niuvanniemen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa on kokeiltu älylattiaita, joita käytetään myös vanhustenhuollossa. Lattia reagoi potilaiden liikkeeseen. Henkilökunta seuraa älylattian kautta tulevaa tietoa kansliassa.

Digitaalisia ratkaisuja hyödynnetään jossain määrin psykiatrisessa hoidossa etävastaanottojen ja kuntoutumista tukevan hoidon järjestämisessä. Moisiossa osastonlääkärin vastaanottoja järjestetään etäyhteydellä. HUSin Jorvin etäsairaalassa

⁵² n=87.

psykiatrian avohoidon kuntoutuksen pitkäaikaispotilaat osallistuvat osaston arkeen etäyhteyden kautta.

Tutkinnassa tehtyjen selvittelyjen perusteella teknologia tuo hyötyjä, mutta fyysisesti potilaita hoitavaa henkilöstöä teknologialla ei voi korvata. Digitaalisten ratkaisujen käyttöön liittyy eettisiä ja lainsäädännöllisiä reunaehtoja.

Psykiatreista on pulaa julkisessa terveydenhuollossa. Suomen Psykiatriyhdistyksen mukaan eteläisessä Suomessa eli Helsingin, Turun ja Tampereen erityisvastuualueilla on noin kolmannes psykiatrian viroista täyttämättä. Idempänä Kuopion ja pohjoisempana Oulun alueilla tyhjiä virkoja on noin 40–60 %. Täytettynä olevista viroista suurta osaa hoitavat erikoistuvat lääkärit, tai niitä hoidetaan vain osa-aikaisesti. Yksi perusongelmista on, että alalle hakeutuu liian vähän nuoria lääkäreitä suhteessa poistuman luomaan tarpeeseen. Vaikka hakeutuminen on hieman kasvanut viime vuosikymmenellä, vuosittain valmistuvat vajaan 30 erikoislääkärinä eivät vastaa tarvetta, joka olisi noin 45 erikoislääkärinä vuodessa.

2.8.4 Psykiatrisessa osastohoidossa tapahtuneiden itsemurhien tutkinta

Terveydenhuollon toimintayksiköllä on mahdollisuus tutkia osastohoidossa tapahtuneita itsemurhia. Toimintayksikön tekemän tutkinnan raporttien jakamiselle laajasti muiden vastaavien toimintayksiköiden tietoon ei ole vakiintunutta menettelyä, joten niistä saatava oppi jää usein toimintayksikköön tai enintään palveluntuottajan oman organisaation sisälle.

Moision sairaalassa tapahtui loppuvuodesta 2019 osastohoidossa olleen potilaan itsemurha. Johtajaylilääkärin päätöksellä tapahtumasta tehtiin sisäinen tutkinta. Tutkinnassa tunnistettiin poikkeamia ja myötävaikuttavia tekijöitä. Tutkintaryhmä laati neljä suositusta:

- Moisioon on laadittava toimintamalli, jolla varmistetaan tilannetietoisuus omista potilaista.
- WC-tiloihin on asennettava hälyttimet, jotka hälyttävät esimerkiksi osaston kansliassa WC:n ollessa pitkään varattuna.
- On laadittava toimintamalli, jonka mukaan tiedetään, ketkä potilaista ovat osastolla ja ketkä ulkona.
- On laadittava delegointimalli, kuinka siirtää kiiretilanteessa toisten potilaiden hoito muun vuorossa olevan henkilökunnan vastuulle.

Sisäisen tutkinnan jälkeen suosituksia on käsitelty osastotunneilla, jonka lisäksi yhdelle osastolle kirjattiin erillinen ohjeistus, joka käsitteli suositusten teemoja.

Valvira voi selvittää psykiatrisessa hoidossa tapahtuneita itsemurhia terveydenhuollon toimintayksikön valvonta-asiana lähinnä sille tehtyjen kanteluiden perusteella. Valviran asianhallintajärjestelmä ei tuota tilastotietoa tarkkuudella, joka mahdollistaisi kaikkien osastohoidossa tapahtuneisiin itsemurhiin liittyvien asioiden hakemisen. Valvonta-asioiksi tulleiden itsemurhien määrän selvittämiseksi kaikki psykiatrasta hoitoa koskevat valvontapäätökset tulisi käydä läpi.

Valvontaviranomaisen ratkaisu ei ole julkinen. Osasta ratkaisuja tehdään julkinen lyhennelmä. Lyhennelmiä Valvira julkaisee verkkosivuillaan satunnaisesti. Yksi vuonna 2017 julkaistu lyhennelmä koskee osastohoidossa olleen potilaan itsemurhaa. Nuorella naisella oli diagnosoitu kaksisuuntainen mielialahäiriö, ja hänellä oli aiemmin ollut alkoholiriippuvuutta. Potilas tuli vapaaehtoisesti osastohoitoon. Viikkoa myöhemmin potilaan vointi oli lievästi kohentunut, vaikkakin potilaalla oli jonkin verran itsetuhoajatuksia. Kaksi viikkoa osastohoitoon tulemisen jälkeen hän lähti osastolta ulkoilemaan ja teki itsemurhan.

Ratkaisussaan Valvira toteaa, ettei potilaalla ollut diagnosoitu sellaista ajankohtaista psykoottista tilaa, jonka vuoksi hänet olisi voitu määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Lääkitys oli tuolloin käytettävissä olleiden tietojen perusteella asianmukainen, mutta jälkikäteen arvioituna sen olisi ollut perusteltua olla suurempi. Potilaalla oli intensiivisiä pakko-oireita, joiden perusteella hänen tiiviimpi seuraamisensa olisi saattanut olla perusteltua.

Valviran näkemyksen mukaan potilaan hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta oli asianmukaista. Potilaan osastohoitojakson aikana ei tullut esiin sellaisia seikkoja, joiden perusteella potilaan valitettava itsemurha olisi ollut ennakoitavissa ja estettävissä. Valvira ei siten todennut, että potilaan hoidossa olisi tapahtunut virheellisyyksiä tai laiminlyöntejä.

2.8.5 Ruotsin käytännöt itsemurhien valvonnassa ja tutkinnassa

Ruotsissa⁵³ itsemurhia tilastoitiin vuonna 2020 kaikkiaan 1 168, joista 72 %:ssa tekijänä oli mies ja 28 %:ssa nainen. 15 vuotta täyttäneessä väestössä itsemurhaluku⁵⁴ oli kaikki huomioiden 14, miehillä 20 ja naisilla 8. Eniten itsemurhia tekivät 85-vuotiaat tai sitä vanhemmat miehet, joiden ryhmässä itsemurhaluku oli 44. Alhaisin itsemurhaluku oli saman ikäryhmän naisilla, vajaa 4.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO, Hoidon ja hoivan tarkastuslaitos) on Ruotsin valtion viranomainen, joka valvoo ja ohjaa sosiaali- ja terveystalouden potilas- ja asiakasturvallisuuden toteutumista. IVO suorittaa riskiperusteista valvontaa oman riskianalyysinsä perusteella. Analyysi perustuu sekä oman valvonnan että muiden toimijoiden, kuten potilaskassien, kuntien, alueiden, potilastoimikuntien sekä potilasjärjestöjen havaintoihin.

Lex Maria on Ruotsin potilasturvallisuuslain⁵⁵ mukainen vakavien vaaratapahtumien ilmoituskäytäntö, joka perustuu potilasturvallisuuslainsäädäntöön. Sen mukaan sosiaali- ja terveystalouden tuottajan tulee ilmoittaa IVO:lle sellaiset tapahtumat, jotka ovat aiheuttaneet tai olisivat saattaneet aiheuttaa vakavan vahingon potilaalle. Tällaisiksi tapahtumiksi lukeutuvat myös hoitolaitoksessa tapahtuvat itsemurhat. Ilmoitusvelvollisuuden pakollisuus itsemurhasta kuitenkin poistui 1.9.2017, jonka jälkeen ilmoitusten määrä on laskenut noin neljänneksellä. Lex Maria -ilmoituksia vastaanotettiin Ruotsissa vuonna 2020 itsemurhat mukaan lukien kaikkiaan 2 070, joista jatkotoimenpiteisiin johti 51.

Utredning av allvarliga vårdskador (vakavien hoitovahinkojen tutkinta) on Ruotsissa julkaistu sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden käyttöön tarkoitettu vakavien vaaratapahtumien tutkintaopas. Se sisältää ohjeet tutkinnan toteuttamiseksi sekä tapahtuma-analyysimenetelmän käyttämiseksi. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon seurauksiltaan vakavat tapahtumat on tutkittava. Tutkinnan tarkoituksena on selvittää tapahtumien kulku ja siihen vaikuttaneet tekijät sekä muodostaa pohja päätöksille toimenpiteistä, joilla pyritään estämään vastaavien tapahtumien toistuminen.

2.8.6 Kokemusasiantuntijoiden haastattelut

Kokemusasiantuntija on henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta jostakin sairaudesta tai vammasta ja hän on käynyt kokemusasiantuntijakoulutuksen. Palveluita kehitettäessä koke-

⁵³ Väkiluku 10,35 miljoonaa.

⁵⁴ Itsemurhien määrä/100 000 asukasta.

⁵⁵ Patientsäkerhetslagen 659/2010.

musasiantuntijoiden on todettu tuovan tärkeää kokemukseräistä tietoa. Lisäksi he antavat toivoa muille saman kokeneille. Itsemurhien ehkäisyohjelmassa yksi toimenpidesuositus on, että vahvistetaan yhteistyötä kokemusasiantuntijoiden, järjestöjen varhaisen tuen ja muun hoitojärjestelmän välillä.

Tutkinnassa haastateltiin kahta kokemusasiantuntijaa. Heillä molemmilla oli kokemusta psykiatrisesta osastohoidosta ja omakohtaisesta itsemurhayrityksestä.

Kokemusasiantuntijat korostivat turvallisuuden tunteen tärkeyttä psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Toimiva omahoitajasuhde on tärkein tekijä, joka lisää turvallisuuden tunnetta. On hyvä, että hoitohenkilökunta erottuu selkeästi esimerkiksi työvaatteiden tai nimikilven perusteella. Tämän lisäksi henkilökunnan arvostava vuorovaikutus, suojele potilaan omilta tuhoavilta impulseilta sekä kontrolli lisäävät turvallisuuden tunnetta. Itsetuhoisen potilas odottaa toisten asettavan rajat.

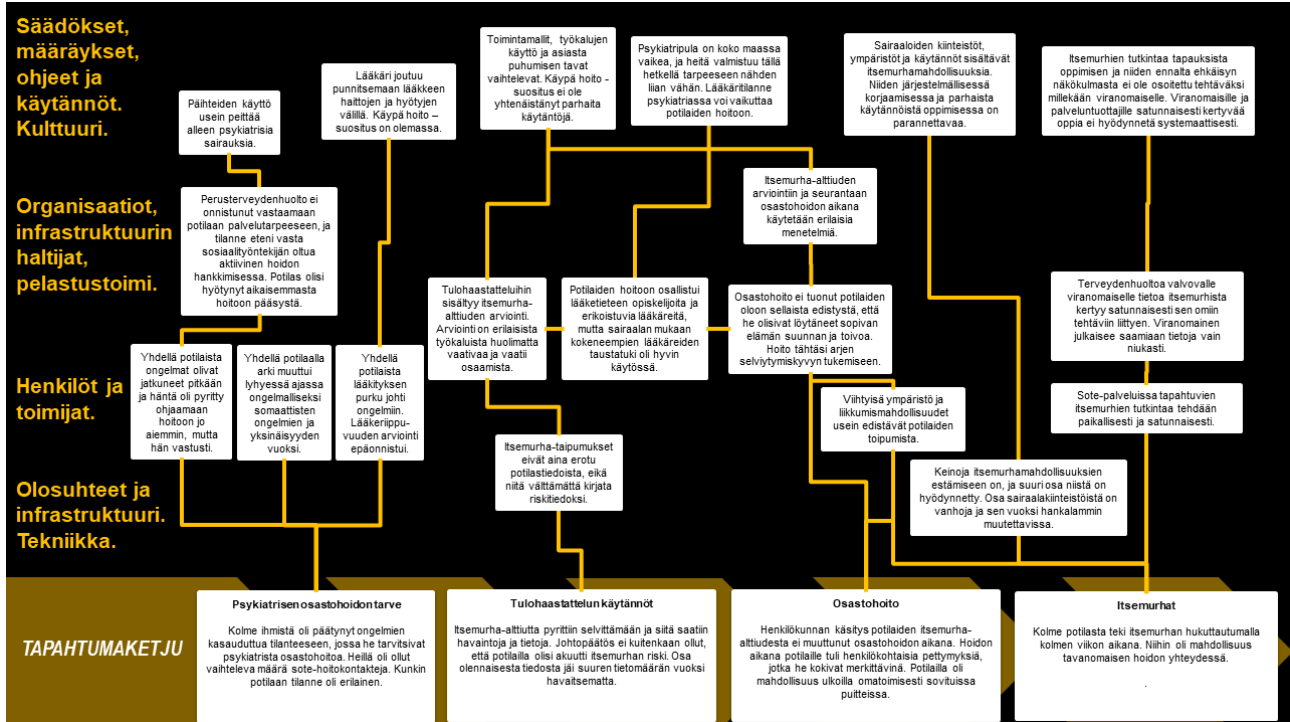
Osaston rakenteissa ja sisustuksessa toipumista edistää viihtyisyys, samoin toisaalta mahdollisuus vetäytyä ja toisaalta mahdollisuus olla muiden seurassa. Osa potilaista haluaa olla yhden hengen huoneessa, osa haluaa jakaa huoneen toisen potilaan kanssa. Myös potilaiden mahdollisuus käyttää omia vaatteita lisää turvallisuuden tunnetta.

Itsemurhayrityksen jälkeen osastohoidossa olevalla potilaalla ei ole voimavaroja tavanomaisten vastoinkäymisten käsittelyyn ja hän saattaa reagoida hyvin voimakkaasti pettymykseen. Toipumisen edetessä asia alkaa korjaantua. Potilaan kanssa olisi tärkeää keskustella itsemurhaan liittyvistä ajatuksista, vaikka teemaan liittyikin pelkoja potilaan ja mahdollisesti myös henkilökunnan puolelta. Itsemurha käsitteenä saattaa olla potilasta syyllistävä. Sen sijaan voi käyttää ilmaisua itsensä vahingoittaminen. Itsemurhavaaran arvioimiseen voidaan käyttää lomaketta, jos potilas ei kykene muuten oloaan sanallisesti kuvailemaan. Sen avulla työntekijälle välittyy helpommin kuva, miten paha olo potilaalla on. Turvasuunnitelma koettiin hyvänä, koska siihen kirjataan selkeät toimintaohjeet potilaalle, kun itsetuhoiset ajatukset valtaavat mielen.

Osastohoidon aikana potilas kaipaa signaaleja, jotka antavat toivoa paranemisesta ja terveenä kotiin palaamisesta. Potilas voi osallistua toimintaan ja ulkoilla voimiensa mukaan. Potilastovertit koettiin vertaisena, joiden kanssa voi jakaa kokemuksia. Toisaalta muiden potilaiden kokemukset ja oirehdinta myös pelottivat. Yhteydet omaisiin ja läheisiin ovat tärkeitä. Jatkohoidon huolellinen suunnittelu ja siitä sopiminen on olennainen osa hoitoa, koska ilman sitä potilas jää tyhjän päälle.

3 ANALYYSI

Tapahtuman analysoinnissa on käytetty Onnettomuustutkintakeskuksen edelleen kehittämää Accimap⁵⁶-menetelmää. Analyysitekstin jäsentely perustuu tutkinnassa laadittuun Accimap-kaavioon. Onnettomuus kuvataan kaavion alaosassa tapahtumaketjuna. Tapahtumaketjun taustalta paljastuvia tekijöitä puretaan kaaviossa eri analyysitasoilla.



Kuva 2. Tutkintaryhmän laatima ACCIMAP-analyysikaavio. (Kuva: OTKES)

3.1 Tapahtuman analysointi

3.1.1 Psykiatrisen osastohoidon tarve

Kolme henkilöä oli päätyneet ongelmien kasaututtua tilanteeseen, johon vastaamiseen heillä ei ollut voimavaroja. He tarvitsivat psykiatrista osastohoitoa. Kunkin potilaan tilanne oli erilainen.

Yhdellä potilaalla oli taustalla päihteiden ongelmakäyttöä, ja hän oli pitkäaikainen terveydenhuollon asiakas. Häntä oli pyritty ohjaamaan hoitoon jo aiemmin, mutta hän oli vastustanut.

Perusterveydenhuolto ei onnistunut vastaamaan potilaan palvelutarpeeseen, ja tilanne eteni vasta sosiaalityöntekijän oltua aktiivisesti yhteydessä terveystieteiden kanssa hoidon saamiseksi. Potilas olisi hyötynyt aikaisemmasta hoitotoiminnasta. Lähtökohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite on edistää hyvinvointia ja terveyttä yhteisymmärryksessä palveluja tarvitsevan kanssa. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiseen vaaditaan aina painavat perustelut.

Potilas joutui leimautuneeksi päihderiippuvuuden ja häiritsevän käytöksen takia, jonka vuoksi diagnosointi viivästyi. Potilaan kohdalla korostui sairauskertomuksissa päihteiden

⁵⁶ Rasmussen, J. & Svedung, I. (2000) *Proactive Risk Management in a Dynamic Society*. Karlstad, Sweden: Swedish Rescue Services Agency.

käyttö. Muiden psykiatristen sairauksien tunnistaminen jäi sairauskertomustekstien perusteella taka-alalle. On ilmeistä, että potilaan tilanteessa stigmatisoituminen⁵⁷ on vaikuttanut asianmukaiseen kliinisen arvion saamiseen.

Itsemurhaa yrittäneet kärsivät usein mielenterveyden häiriöistä tai päihdeongelmista. Ne tulee diagnosoida ja hoitaa asianmukaisesti. Päihteiden käyttö usein peittää alleen psykiatrisia sairauksia, mikä saattaa hidastaa hoitoon pääsyä.

Toisella potilaalla arki muodostui melko lyhyessä ajassa ongelmalliseksi somaattisten ongelmien ja yksinäisyyden takia. Yksinäisyys on henkilökohtainen kokemus, joka rapauttaa terveyttä. Yksinäisyyden taustalla on usein erilaisia ja yhteen kietoutuneita tekijöitä, kuten muutokset sosiaalisissa verkostoissa sekä toimintakyvyn lasku. Yksinäisyyden torjunta on tärkeä itsemurhariskiltä suojaava tekijä.

Kolmannella potilaalla oli tapahtunut 1,5 vuotta ennen osastohoitoon tuloa lääkityksen purku. Korvaavasta lääkityksestä huolimatta potilaan vointi alkoi heiketä, mikä johti itsemurhayritykseen ja sen jälkeen osastohoitoon. Purun taustalla oli todettu lääkeriippuvuus. Kuitenkaan yksinomaan vuosia jatkunut tietyn lääkkeen käyttö ei ole riittävä peruste riippuvuuden toteamiselle. Lääkitystä arvioidessaan lääkäri joutuu punnitsemaan lääkkeen hyötyjen ja haittojen välillä. Käypä hoito -suosituksissa on saatavilla lisätietoa lääkkeen käyttöön liittyvistä hoitokäytännöistä.

3.1.2 Tulohaastattelun käytännöt

Potilaiden tullessa osastolle heille tehtiin tulohaastattelu, jossa arvioitiin myös itsemurha-alttiutta. Heidän itsemurha-alttiudestaan saatiin havaintoja ja tietoja. Kenenkään osalta johtopäätöksenä ei ollut, että potilaalla olisi akuutti itsemurhan riski.

Yhden potilaan tietoihin oli kirjattu hänen aikaisemmin kertomansa halu tehdä itsemurha tietyllä tavalla. Tieto jäi suuren tietomäärän johdosta havaitsematta. Itsemurhataipumusta ei välttämättä kirjata asiakas- tai potilastietojärjestelmään riskitiedoksi, jolloin sen havaitseminen mahdollisesti suurestakin tietomäärästä on hankalaa.

Itsemurha-alttiuden arvioimiseen on käytettävissä erilaisia työkaluja, joista toimivaksi todetut on lueteltu Käypä hoito -suosituksessa. Itsemurha-alttiuden arviointi on vaativaa ja vaatii erityisosaamista, mikä edellyttää henkilökunnan koulutusta ja osaamisen ylläpitoa sekä itsemurhien ehkäisymenetelmien tuntemista. Itsemurha-ajatuksista kysyminen ei suurena itsemurhan riskiä.

3.1.3 Osastohoito

Henkilökunnan käsitys potilaiden itsemurha-alttiudesta ei muuttunut osastohoidon aikana. Potilailla oli muun muassa lupa omatoimiseen ulkoiluun. Hoidon aikana potilaat kohtasivat henkilökohtaisia pettymyksiä, jotka he kokivat merkittävinä. Sairaalassa oleminen tarkoittaa suurta muutosta tavalliseen arkeen ja perustottumukseen. Osastohoito ei tuonut potilaiden olon sellaista edistystä, että he olisivat löytäneet sopivan elämän suunnan ja toivoa.

Viihtyisä ympäristö ja ulkoilumahdollisuudet usein edistävät potilaan toipumista, joten kynnys niiden rajoittamiseen on korkea. Osastohoidon tavoitteena on potilaan tilan paraneminen, toimintakyvyn säilyminen ja potilaan pärjääminen avohoidon tukemana kotiutuksen jälkeen, mikä tarkoittaa pyrkimystä mahdollisimman normaaliin elämään.

⁵⁷ Stigmalla tarkoitetaan ei-toivottua sosiaalista leimautumista, joka aiheuttaa muun muassa häpeää, kärsimystä ja itsearvostuksen vähenemistä.

Potilaiden hoitoon osallistui lääketieteen opiskelijoita ja erikoistuvia lääkäreitä. Sairaalan mukaan kokeneimpien lääkäreiden taustatuki oli kuitenkin hyvin saatavilla. Suomessa psykiatreja valmistuu tarpeeseen verrattuna liian vähän ja heistä on julkisella sektorilla pulaa. Lääkäritilanne psykiatriassa voi vaikuttaa potilaiden hoitoon.

Itsemurha-alttiuden arviointi ja seuranta tulohaastattelun jälkeen osastohoidon aikana on jatkuvaa. Toimintamallit, arviointityökalujen käyttö ja asiasta puhumisen tavat vaihtelevat.

Käypä hoito -suosituksen tavoitteena on tehostaa itsemurhien ennaltaehkäisyä terveydenhuollossa, mutta se ei ole yhtenäistännyt parhaita käytäntöjä. Suosituksen toimeenpanoa ei seurata valtakunnallisesti osana itsemurhien ennaltaehkäisyä.

3.1.4 Itsemurhat

Kolme psykiatrisessa osastohoidossa ollutta potilasta teki itsemurhan kolmen viikon aikana hukuttautumalla. Niihin oli mahdollisuus tavanomaisen osastohoidon aikana.

Keinoja itsemurhamahdollisuuksien estämiseen on, ja suuri osa niistä on hyödynnetty sekä yleisesti psykiatrisissa sairaaloissa että Moisiossa. Osa sairaalakiinteistöistä on vanhoja ja sen vuoksi hankalammin muutettavissa psykiatrisen hoidon kannalta ideaalisiksi.

Sairaaloiden kiinteistöt, ympäristöt ja käytännöt sisältävät itsemurhamahdollisuuksia. Niiden järjestelmällisessä korjaamisessa ja parhaista käytännöistä oppimisessa on parannettavaa. Suomessa on parhaillaan menossa useita uudisrakennushankkeita, joissa psykiatriset osastot siirretään osaksi keskussairaaloita. Digitalisaatiota ja teknologisia ratkaisuja asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamisessa tehdään kuitenkin toimiala-, hanke- tai toimijakohtaisesti. Tieto uusista ratkaisuista ja hyvistä käytänteistä ei leviä toimijoiden välillä riittävästi ja systemaattisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tapahtuneen itsemurhan tutkinta voidaan tehdä toimintayksikössä paikallisesti, mutta tämä ei ole velvoittavaa. Toimintayksikön sisäinen tutkinta perustuu omaan harkinnanvaraisuuteen ja se on satunnaista. Tutkinnasta saatavat opit jäävät vain oman organisaation tietoon, eikä niistä hyödytä laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Terveydenhuoltoa valvova viranomainen ei selvitä itsemurhatapauksia kattavasti, vaan käytännössä vain tapauksissa, joista on tehty kantelu. Osasta tapauksia julkaistaan tietoja ratkaisupäätösten lyhennelminä. Valvovan viranomaisen haltuun jää julkaisematonta tietoa, josta saattaisi olla opittavaa.

Itsemurhien järjestelmällistä tutkintaa tapauksista turvallisuuden parantamisen ja itsemurhien ennaltaehkäisyn näkökulmasta ei ole säädetty tehtäväksi millekään viranomaiselle. Viranomaisille ja palveluntuottajille satunnaisesti kertyvää oppia ei hyödynnetä systemaattisesti.

4 JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtopäätökset sisältävät onnettomuuden tai vaaratilanteen syyt. Syyllä tarkoitetaan erilaisia tapahtuman taustalla olevia tekijöitä ja siihen vaikuttavia välittömiä ja välillisiä seikkoja.

1. Yhdestä potilaasta oli tehty vuosien aikana useita huoli-ilmoituksia, joita perusterveydenhuolto käsitteli. Potilasta oli yritetty saada hoitoon jo aikaisemmin. Potilas vastusti hoitoon määräämistä. Potilas olisi hyötynyt aikaisemmasta hoitoon pääsemisestä. Tilanne eteni vasta sosiaalityöntekijän oltua aktiivinen.

Johtopäätös: *Perusterveydenhuollon käytännöt eivät välttämättä vastaa moniongelmaisen potilaan palveluntarpeeseen riittävän ajoissa. Sosiaalipalvelujen ja terveyspalvelujen yhteistyö mahdollistaa parhaaseen lopputulokseen pääsemisen.*

2. Yhdellä potilaalla tilanne alkoi heiketä 1,5 vuotta ennen osastohoitoa lääkityksen purun yhteydessä. Korvaava lääkitys ei toiminut. Potilasasiakirjoissa ei ole mainintaa, että kukaan olisi pohtinut palaamista alkuperäiseen lääkitykseen.

Johtopäätös: *Toimiva lääkitys on oleellinen osa psykiatrisen potilaan hoitoa, ja muutokset lääkityksessä voivat vaikuttaa merkittävästi potilaan vointiin. Lääkityksen purkua ei välttämättä arvioida uudelleen, vaikka potilaan tilanne ei parane.*

3. Yhden potilaan potilastietoihin ennen osastohoitoa oli kirjattu hänen aikomuksensa tehdä itsemurha tietyllä tavalla. Tietoa ei ollut merkitty riskitiedoksi eikä se välittynyt sairaalan henkilöstölle. Potilas teki itsemurhan kuvailemallaan tavalla.

Johtopäätös: *Käyttäytymiseen liittyvää tietoa ei välttämättä kirjata riskitiedoksi, mikä mahdollistaa potilaan hoidon kannalta kriittisen tiedon häviämisen asiakas- ja potilastietoihin.*

4. Potilaiden itsemurha-alttiutta ei tunnistettu osastohoidon aikana tehdyssä arvioinnissa. Toimintamallit, työkalujen käyttö ja asiasta puhumisen tavat vaihtelevat. Käypä hoito -suositus ei ole yhtenäistänyt parhaita käytäntöjä. Arviointi on vaativaa ja siihen tarvitaan erityisosaamista.

Johtopäätös: *Käypä hoito -suosituksessa kuvattuja strukturoituja menetelmiä ei aina hyödynnetä systemaattisesti, vaan arvioinnissa luotetaan potilaan haastatteluun ja tarkkailuun.*

5. Potilaiden hoitoon psykiatrian osastolla osallistui opiskeluvaiheessa olevia tulevia lääkäreitä, erikoistuvia lääkäreitä ja psykiatrian erikoislääkäreitä. Sairaalan mukaan vähemmän kokeneilla lääkäreillä oli kokeneempien tuki hyvin saatavilla.

Johtopäätös: *Julkisessa terveydenhuollossa on psykiatripula, johon osaltaan on vaikuttanut pieni koulutusmäärä. Psykiatrian erikoislääkäreiden rooli sekä muiden hoitoon osallistuvien erityisosaaminen on keskeistä psykiatrisen osastohoidon laadun ja turvallisuuden toteutumiseksi.*

6. Sairaaloiden psykiatrisilla osastoilla keinot tehdä itsemurha on pyritty poistamaan. Hoidossa olevan potilaan liikkumisvapautta voidaan rajoittaa vain hoidollisesta painavasta syystä. Sairaalaympäristössä on keinoja tehdä itsemurha ja niiden järjestelmällisessä korjaamisessa sekä parhaista käytännöistä oppimisessa on parannettavaa.

Johtopäätös: Riskitöntä sairaalaympäristöä ei ole, koska kaikkien riskitekijöiden poistaminen ei ole mahdollista. Hoidon tavoite on arjessa selviytyminen, ja tavoitteeseen pääsemiseen sisältyy potilaan mahdollisimman laaja vapaus. Potilaskohtaisen riskinarvioinnin merkitys korostuu.

7. Palveluntuottajalla on mahdollisuus tutkia potilaiden itsemurhia, mutta tutkinnasta mahdollisesti saatavat turvallisuutta edistävät opit jäävät vain palveluntuottajalle. Valvovalla viranomaisella on mahdollisuus tutkia sosiaali- ja terveydenhuollon potilaiden itsemurhia. Viranomainen julkistaa tutkinnan tuloksia satunnaisesti.

Johtopäätös: Osastohoidossa tapahtuvien itsemurhien järjestelmällistä tutkintaa tapauksista oppimisen ja niiden ennalta ehkäisyn näkökulmasta ei ole osoitettu tehtäväksi millekään viranomaiselle. Viranomaisille ja palveluntuottajille satunnaisesti kertyvää oppia ei hyödynnetä systemaattisesti.

5 TURVALLISUUSSUOSITUKSET

5.1 Itsemurhavaaran kirjaaminen potilastietojärjestelmiin riskitiedoksi

Tärkeitä asiakas- ja potilastietomerkintöjä on hankala havaita potilastietojen tietomassasta, jos niitä ei merkitä selkeästi riskitiedoksi. Riskitietojen kirjaaminen on tärkeä osa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työtä sekä potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistamista.

Onnettomuustutkintakeskus suosittaa, että

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos huolehtii siitä, että itsemurhien riskitiedot liitetään riskitiedoksi Koodistopalveluun. Itsemurhien riskitietojen kirjaamista tulee edistää osana hyvinvointialueiden tietotuotantoa sekä yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamisen kehittämistä, jotta riskitiedot ovat helposti löydettävissä turvallisen hoidon tueksi. [2022-S15]

THL:n ylläpitämä Koodistopalvelu⁵⁸ mahdollistaa tiedon kirjaamisen siten, että itsemurhavaara ilmenee potilastietojärjestelmien riskitietonäkymässä aiempaa paremmin ja loogisemmin. Koodistopalvelun koodistoa uudistetaan vuoden 2022 aikana.

5.2 Psykiatrian erityisosaamisen saatavuuden varmistaminen

Psykiatristen potilaiden hoito vaatii erikoisosaamista. Kuitenkin vaikeasti sairaiden ja moniongelmaisten psykiatristen potilaiden hoitoon osallistuu psykiatrian erikoislääkärien lisäksi opiskeluvaiheessa olevia tulevia lääkäreitä ja erikoistuvia lääkäreitä, koska pula psykiatrian erikoislääkäreistä on merkittävä. Psykiatrian erikoislääkäreiden rooli laadukkaana ja turvallisen hoidon toteutumiseksi on keskeistä, vaikka vähemmän kokeneilla lääkäreillä olisi kokeneempien tuki käytössä.

Psykiatristen potilaiden itsemurhien ehkäisyyn ja itsemurha-alttiuden tunnistamiseen on erilaisia menetelmiä, mutta niiden käyttö vaatii erikoisosaamista ja niitä käytetään vaihtelevasti. Käypä hoito -suosituksen toimeenpanoa ei seurata.

Onnettomuustutkintakeskus suosittaa, että

Sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii, että hyvinvointialueilla on asiakkaiden ja potilaiden psykiatrisia monialaisia palvelutarpeita vastaavasti erityisosaamista ja palveluja. Tarvitaan psykiatrisen monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen ja itsemurhien ennaltaehkäisyyn erityisosaamisen vahvistamista, joka on tehtävä yhteistyössä koulutusorganisaatioiden ja työelämän toimijoiden kanssa. Psykiatristen erikoislääkärien määrää julkisessa terveydenhuollossa tulee lisätä. [2022-S16]

Psykiatrian erikoislääkäreiden määrän lisääminen kestää vuosia. Palvelutarpeiden oikea-aikaista tunnistamista ja osaamisen vahvistamista voidaan edistää myös psykiatrisen

⁵⁸ Koodistopalvelun tehtävänä on jakaa kansallisesti yhtenäiset tietorakenteet, joita sosiaali- ja terveydenhuollon sähköiset potilas- ja asiakirjajärjestelmät tarvitsevat. Tietorakenteita ovat esimerkiksi koodistot, luokitukset, sanastot ja rekisteritiedot. Koodistopalvelu huolehtii myös tietorakenteiden laadusta sekä kehittää ja ylläpitää tietorakenteita.

monialaisen palvelutarpeen tunnistamiseen ja itsemurhien ehkäisyyn liittyvillä perus- ja täydennyskoulutuksilla sekä hyvien käytänteiden, työkalujen ja mallien juurruttamisella.

5.3 Sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvien itsemurhayritysten ja itsemurhien tutkinta

Suomessa ei ole tarkkaa kuvaa sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuneista itsemurhayrityksistä ja itsemurhista. Niiden tutkinta ei ole systemaattista eikä niistä koota tilastotietoa kattavasti. Kokonaiskuva puuttuu. Valvovalla viranomaisella ei ole velvoitetta tutkia itsemurhatapauksia. Se julkaisee tietoa tehdyistä ratkaisupäätöksistä niukasti, jolloin turvallisuutta edistävät opit eivät leviä. Vakavien vaaratapahtumien tutkinta jää pääsääntöisesti palveluntuottajien oman harkinnan varaan, eikä niistä saatuja oppeja jaeta.

Onnettomuustutkintakeskus suosittaa, että

Sosiaali- ja terveysministeriö varmistaa, että sosiaali- ja terveydenhuollossa otetaan käyttöön potilaan tai asiakkaan itsemurhayritysten ja itsemurhien tutkintaan ajantasainen ja sovittu toimintamalli. Tutkinnan tuottamat turvallisuusopit jaetaan hyvinvointialueilla ja niiden välillä osana turvallisuusjohtamisen jatkuvaa kehittämistä sekä kansallista potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian toimeenpanoa. [2022-S17]

Vakavien vaaratapahtumien tutkinnan malli tulee olla kuvattuna esimerkiksi palveluntuottajan omavalvonnan suunnitelmassa osana potilas- ja asiakasturvallisuuskulttuurin, tietojohtamisen sekä riskienhallinnan rakenteita. Myös kansallinen Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma (2022–2026) painottaa selkeitä toimintamalleja vakavien vaaratapahtumien käsittelyyn, raportointiin ja oppimiseen jokaisessa työyksikössä. Strategiassa sosiaali- ja terveysministeriölle on osoitettu tehtäväksi uudistaa vakavien vaaratapahtumien käsittelyn kuvaukset.

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma (2020–2030) tunnistaa tarpeen perustaa kansallisen itsemurharekisterin. Tehtävä on annettu Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle sosiaali- ja terveydentoimen rekisteriviranomaisena.

5.4 Toteutetut toimenpiteet

Essoten Apua ajoissa! -hankkeen aikana on työstetty itsemurhaa yrittäneiden, itsemurhavaarassa olevien sekä heidän läheistensä palveluketjuja yhdessä hoitohenkilöstön, järjestöjen ja kokemusasiantuntijoiden kanssa. Tavoitteena on saada itsemurhien ehkäisyn toimintamallit valmiiksi syksyllä 2022. Tähän liittyy myös itsemurhayrityksen kirjaaminen potilaan riskitietoihin. Kehittämistyö on käynnissä yhdessä Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi helmikuussa 2022 uuden Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian ja toimeenpanosuunnitelman vuosille 2022–2026. Vakavat vaaratapahtumat ja niiden käsittely on huomioitu strategiassa. Lisäksi STM:n ohjaamana uudistetaan vuoden 2022 aikana kansallisesti vakavien vaaratapahtumien käsittelyn kuvaukset.

LÄHDELUETTELO

Kirjalliset lähteet

- Chung, D. T., Ryan C. J., Hadzi-Pavlovic D., Singh S. P., Stanton C. & Large M. M. (2017) Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 74(7): 694–702.
- Gaily-Luoma, S. (2020) Itsemurhaa yrittäneiden kokemukset ammattilaisen apuna. *Lääkärilehti* 75 (38): 1926–1930.
- Haavisto, E., Helovuori, A., Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (2012) *Vakavien vaaratapahtumien tutkinta: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille*. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry:n julkaisu. Turku: Multiprint Oy.
- Hawton, K., Casanas, C., Comabella C. H. & Saunders, K. (2013) Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 147: 17-28.
- Kosonen, H. (2020) *Gendered and Contagious Suicide: Taboo and Biopower in Contemporary Anglophone Cinematic Representations of Self-Willed Death*. JYU dissertations. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- Kuosmanen, A. (2021) *Patient Safety Culture in Forensic Psychiatric Hospital Care. Health Care Staff Perceptions*. Dissertation in Health Science. Publications of The University of Eastern Finland. Joensuu: Punamusta Oy.
- Laukkala T., Jylhä P., Isometsä E., Koponen, H., Marttunen, M. Wahlbeck, K., Laajasalo, T., Vuorio, A. & Pirkola, S. (2020) Itsemurhaa yrittäneen psykiatrinen hoito – Kysy, kuuntele ja hoida perussairaus. *Lääkärilehti* 75 (38): 1920–1925.
- Leskinen, S. (2019) Mitä tapahtuu virheen tekijälle? *Lääkärilehti* 74(18): 1108-1109.
- Lääkäriseura Duodecim (2020) *Aivot ja mieli – terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen*. Konsensusseminaarissa julkaistu Konsensuslausuma.
- Onnettomuustutkintakeskus (2011) *Hukkumiskuolemat Suomessa 1.4.2010-31.3.2011*. Tutkintaselostus S1/2010Y.
- Onnettomuustutkintakeskus (2015) *Henkilöauton ja linja-auton törmäys Karkkilassa 4.7.2015*. Tutkintaselostus Y2015-02.
- Pajunen, K. (2020) *Itsetuhoisuuden henkilöiden hoidon kehittäminen julkisella sektorilla – Kuvaileva kirjallisuuskatsaus*. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Partonen, T., Kiviruusu, O., Grainger, M., Suvisaari, J., Eklin, A., Virtanen, A. & Kauppila, R. (2021) Suicides from 2016 to 2020 in Finland and the effect of the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry* 220(1): 38-40.
- Partonen, T. (2020) Yhdessä voimme estää itsemurhakuolemia. *Lääkärilehti* 75(38): 1895.
- Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E. & Wahlbeck, K. (2009) Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 373:147–153.
- Qinwen, S., Wang, Y., Hou, K., Zha, H. & Sun, X. (2021) The psychological experiences of nurses after inpatient suicide: A meta-synthesis of qualitative research studies. *Journal of Advanced Nursing* 77(10): 4005-4016.
- Rasmussen, J. & Svedung, I. (2000) *Proactive Risk Management in a Dynamic Society*. Karlstad, Sweden: Swedish Rescue Services Agency.

- Ribeiro, J., Franklin, J., Fox, K., Bentley, K. H. Kleiman, E. M., Chang, B. P. & Nock, M. K. (2016) Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine* 46 (2):225-236.
- Roinisto-Dumell, A-L. (2020). Emotionaalinen dynamiikka itsemurhaan kuolleen omaisella: ”Isäni iski minuun kuin meteoriitti”. *Lääkärilehti* 75(38): 1931–1935.
- Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K., Solin, P., Partonen, T., Parikka, S., Koskela, T. & Ikonen, J. Aikuisväestön mielenterveys ja avun hakeminen mielenterveysongelmiin – FinSote 2020. *Tutkimuksesta tiiviisti* 42/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tahvanainen, M., Riipinen, P., Jääskeläinen, E. & Halt, A.-H. (2021) Miten itsemurhariskiä arvioidaan? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 137(9): 952–932.
- Tiilikainen, E. (2016) *Yksinäisyys ja elämänkulku : Laadullinen seurantatutkimus ikääntyvien yksinäisyydestä*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto: Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja.
- Virkki, M., Leskelä, R.-L., Ikonen, T., Haatainen, K., Welling, M., Rauhala, A., Tiirinki, H., Mustonen, P., Jormanainen, V., Rautava, P., Cansel, A., Heikkilä, K., Inkinen, V., Isotalo, J., Kalliokoski, J., Siimar, M., Sorsa, O., Syrjä, V. & Ylitalo, P. *Potilas- ja asiakasturvallisuuden tilannekuva ja seurantamenettelyt: Ehdotus seurannan mittaristoksi*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:68. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. (toim) (2020) *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030*. STM:n julkaisuja 2020: 6. Helsinki: STM.

Tutkinta-aineisto

- 1) Paikkatutkinnan valokuvat, mitat ja muu aineisto
- 2) Sää- ja olosuhdetiedot
- 3) Kuulemiset
- 4) Potilas- ja asiakastiedot
- 5) Kokemusasiantuntijoiden haastattelut
- 6) Tutustuminen Jorvin sairaalan (HUS) käytäntöihin
- 7) Tiedustelu Niuvanniemiä sairaalan digitaalisista ratkaisuista
- 8) Suomen psykiatriyhdistyksen konsultointi digitaalisuuden hyödyntämismahdollisuuksista
- 9) Häätäkeskuksen puheluiden tallenteet
- 10) Poliisin ilmoitusaineisto sekä ilmakuvat ja videotallenne sairaala-alueesta
- 11) Pelastustoimen Pronto-aineisto
- 12) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kuolinsyyaineistot, oikeuskemian ja -lääkinnän tulokset
- 13) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tiedot itsemurhakuolemista Suomessa 2016–2021
- 14) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista
- 15) Suomen virallinen tilasto kuolemansyistä 2021
- 16) OECD:n itsemurhatilastot 2021
- 17) WHO:n tietoja itsemurhasta 2021
- 18) Ruotsin kansanterveysviranomaisen itsemurhatilastot
- 19) IVO:n (Inspektionen för vård och omsorg) tilastot
- 20) Socialstyrelsen:in tilastoja ja tietoja
- 21) Valviran valvontatiedot
- 22) Aluehallintaviraston valvontatiedot
- 23) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen koodistopalvelin
- 24) Psykiatrian erillisselvitys
- 25) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030
- 26) Kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026
- 27) STM:n potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021
- 28) Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän asiakas- ja potilasturvallisuusunnitelmat sekä bentsodiatsepiini-ohje
- 29) Moisio sairaalan kameratallenteet

- 30) Moision sairaalan Haipro-haittatapahtumailmoitukset sekä turvallisuuteen ja riskienhallintaan liittyvät ohjeet ja suunnitelmat
- 31) Moision sairaalan ulkoilualan tiedot sekä sairaalan korjaustiedot
- 32) Moision sairaalan henkilöstömitoitus- ja toteumatiedot sekä henkilökunnan perehdytysasiakirjat ja tiedot henkilöstön koulutuksista
- 33) Etelä-Savon Apua ajoissa! -hankkeen kyselytutkimuksen aineisto
- 34) Suomalainen Lääkäriseura Duodecim Käypä hoito -suositukset.

YHTEENVETO TUTKINTASELOSTUSLUONNOKSESTA SAADUISTA LAUSUNNOISTA

Tutkintaselostusluonnos on ollut lausunnolla sosiaali- ja terveysministeriössä, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvirassa, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella, Itä-Suomen aluehallintovirastossa, Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymässä sekä kuolleiden lähimaisilla. Yksityishenkilöiden antamia lausuntoja ei turvallisuustutkintalain mukaisesti julkaista.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) toteaa lausunnossaan ensimmäiseen sille osoitettuun suositukseen liittyen, että se seuraa lääkäreiden erikoisalakohtaista koulutustarvetta ja sen ennusteita. Kaikkiaan erikoislääkäripula pahenee Suomessa lähivuosina eläköitymisen vuoksi. Huolta on jo tällä hetkellä erityisesti psykiatrian alan lääkäreiden riittävydestä. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys ja saatavuus -ohjelmassa STM on käynnistänyt poikkihallinnollisen ohjelman sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyuden ja saatavuuden turvaamiseksi. STM:n alainen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaosto antaa suosituksen yliopistoille vuosittain erikoislääkärikoulutuksen opinto-oikeuspaikkojen määrästä erikoisaloittain. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen toimenpideohjelman myötä vahvistetaan myös kansallista ohjausta eri erikoisaloille

Toiseen sille osoitettuun suositukseen liittyen STM toteaa, että vakavat vaaratapahtumat ja niiden käsittely on huomioitu helmikuussa 2022 julkaistussa Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiassa. STM:n ohjaamana tullaan uudistamaan vakavien vaaratapahtumien käsittelyn kuvaukset vuoden 2022 loppuun mennessä. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiassa korostetaan, että vakavien vaaratapahtumien käsittelyn, raportoinnin ja oppimisen prosessi sekä vastuuhenkilö on oltava selkeästi kuvattuna omavalvontasuunnitelmassa. Lisäksi palveluyksiköissä tulee olla kuvattu kriisitilanteiden ja vakavien vahinkojen debriefing ja defusing -toimintamallit ja ohjausta tulee olla tarjolla kaikkiin palveluyksiköihin. Tavoitteen toteutumista tullaan seuraamaan Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen toimesta.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira huomauttaa lausunnossaan, että valvonta-asioiden ratkaisut sisältävät salassa pidettäviä potilastietoja, eikä niiden julkaiseminen sellaisenaan ole mahdollista. Valvira pyrkii julkaisemaan yleisesti kiinnostavista ratkaisuista lyhennelmiä verkkosivuillaan. Valvira käyttää päätöksistä saatavaa valvontahavaintotietoa runsaasti erilaisessa ohjauksessa ja raportoinnissaan muun muassa sote-kentälle, Terveydenhuollon ja hyvinvoinnin laitokselle (THL), sosiaali- ja terveysministeriölle (STM) ja sidosryhmille, vaikka päätösluonnelmia ei ole julkaistu paljon. Julkaisemista lisätään, mutta oppeja on levitetty muillakin tavoin.

Valvira toteaa yleisellä tasolla, että mielenterveyden häiriöiden asianmukaisella tunnistamisella ja hyvällä hoidolla voidaan vähentää itsemurhariskiä. Paras mahdollinenkaan hoito ei kuitenkaan voi estää kaikkia itsemurhia. Itsemurhia tapahtuu myös hyväksi ja asianmukaiseksi arvioidun hoidon aikana. Joka tapauksessa on niin, että kun potilas on psykiatrisessa sairaalahoidossa, on hän intensiivisimmässä mahdollisessa seurannassa ja hoidossa, ja potilaalla ja hänen läheisillään on oikeus odottaa (varsinkin tahdosta riippumattoman hoidon aikana), että hoitopaikka kantaa erityistä vastuuta itsemurhariskin tunnistamisesta ja itsemurhan ehkäisystä.

Itsemurhat Suomessa 1987 -projektissa tutkittiin kaikki yhden vuoden aikana maassamme tapahtuneet itsemurhat (1397 itsemurhaa). Itsemurhahetkellä psykiatrisessa

sairaalahoidossa oli ollut noin 5 prosenttia itsemurhan tehneistä. Asiaa ei ole tiettävästi myöhemmin Suomessa tutkittu. Koska psykiatrisen sairaalahoidon määrä ja osuus kaikesta psykiatrisesta hoidosta on pienentynyt samanaikaisesti itsemurhien määrän merkittävästi vähetessä, on todennäköistä, että sairaalaitsemurhien määrä ei ole ainakaan lisääntynyt. Näin ollen siis noin 95 % itsemurhista ei tapahdu psykiatrisen sairaalahoidon aikana, eikä pelkästään sairaalaitsemurhia tutkimalla voida vetää laajakantoisia johtopäätöksiä itsemurhista ja niiden ehkäisystä.

Valvira toteaa, ettei psykiatrisen sairaalapotilaan itsemurhariski ole suurin sairaalahoidon aikana vaan sen jälkeen. Riski on kohonnut erityisesti ensimmäisen kuukauden aikana sairaalajakson päättymisestä (post-discharge period), jolloin riski voi olla jopa 200-kertainen muuhun potilaan elämän aikaiseen riskiin verrattuna.

Lisäksi Valvira esittää lausunnossaan täsmennyksiä tutkintaselostuksen luonnoksessa käytettyihin termeihin sekä Käypä hoito -suosituksia ja Valviran tehtäviä koskeviin kohtiin.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) pitää asianmukaisena, että laitososuhteissa tapahtuneet itsemurhat selvitetään tarkoin sekä pitää erityisen perusteltuna, että Onnettomuustutkintakeskus on tutkinut kolmen henkilön kuolemaan johtaneet tapahtumat. THL pitää tutkintaselostuksen luonnosta hyvänä ja selkeänä. Taustatyö on THL:n mukaan tehty kattavasti useista näkökulmista.

THL mukaan yleensä kuolemantapausten selvittely rajoittuu oikeuslääketieteelliseen tutkimukseen ja sairaalan vastuulle jäävään sisäiseen tutkintaan, joka ei tällä hetkellä ole velvoittavaa vaan harkinnanvaraista ja käytännössä satunnaista. Sairaalan sisäiseen tutkimukseen ja oikeuslääketieteelliseen kuolemansyynselvitykseen verrattuna turvallisuustutkinnan etu on, että se tutkii ja hahmottelee kattavammin tapahtumien kulkua sekä olosuhteita, joissa itsemurhan tekeminen oli mahdollista.

THL toteaa, että tutkintaselostuksen luonnoksessa ei ole tarkempaa mainintaa eikä referaattia poliisitutkinnasta eikä oikeuslääketieteellisestä kuolemansyyn selvittämisestä. Näitä osaselvityksiä olisi asianmukaista lyhyesti referoida omilla otsikoillaan tämän tyyppisessä tutkintaraportissa. THL toteaa, että raportissa ei täsmällisesti ilmaistu itsemurhan tehneiden henkilöiden psykiatrisia diagnooseja, vaan viitattiin monisairauteen sekä päihdeongelmaisuuteen ja lääkeriippuvuuteen. Diagnoositietoja olisi voitu käyttää huomioiden anonymiteettiä. Psykiatrinen erilliselvitys ei ollut lausuntoa laadittaessa käytettävissä. Tutkintaselostuksen luonnokseen olisi hyvä täydentää ohje, jonka mukaan lääkäri toimii itsemurhan tapahtuessa. THL tuo esille, että koulutuksen ja riittävän seniorituen tarjoaminen itsetuhoisesti oireilevien potilaiden hoitamiseksi on tärkeää. HaiPro-menettelyistä saatavien havaintojen pohjalta viime vuosina on havaittu, ettei kyseisen menettelyn perusteella muodostettuja ohjeita toimintatapojen muuttamisesta käytännössä ole toteutettu.

THL:n näkemyksen mukaan itsemurhatapausten selvittelytyöskentelyn ei tulisi olla harkinnanvaraista, vaan velvoitteista. Itsemurhista ilmoittamisen menettelyn valvonnasta vastaavalle viranomaiselle tulisi olla systemaattista. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston (Valvira) olisi asianmukaista käynnistää tutkinta muutoinkin kuin sille tehtyjen kantelujen perusteella. Tutkintaprosessin aloittamisen tulisi olla automaatio, ja sitä saattaisi edistää sairaalan tai sairaanhoitopiirin/hyvinvointialueen ilmoitusvelvollisuus tällaisessa asiassa Valviralle tai aluehallintovirastolle samaan tapaan kuin Ruotsin käytännöissä. THL esittää, että tiedon välittyminen turvallisuustutkinnan opeista voisi välittyä esimerkiksi aluehallintovirastojen kautta, koska nämä viranomaiset ovat valvontatehtävänsä puolesta muutoinkin läheisessä yhteistyössä oman alueensa psykiatristen sairaaloiden

kanssa. Itsemurhasta johtuvat kuolemat valvotuissa psykiatrisissa laitosolosuhteissa rapaattavat luottamusta sellaiseen psykiatrisen hoitojärjestelmän osaan, jonka tulisi kyetä turvaamaan kriisiytyneestä mielenterveysongelmasta kärsivä ihminen kaikissa tilanteissa.

THL tuo esiin, että tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen ja sitä edeltävä tarkkailulähetteen pohjautuva tarkkailuaika johtuvat psykiatrisesta hätätilanteesta, jossa on arvioitu, että on välttämätöntä rajoittaa henkilön perustuslaillisia oikeuksia. Tällaisessa hätätilanteessa häntä on asianmukaisen lääkehoidon ja vuorovaikutukseen perustuvan hoidon antamisen lisäksi valvottava tarkoin, eikä sairaala-alueella liikkumista ilman saattavaa hoitohenkilökuntaa voi useinkaan pitää potilasturvallisena menettelynä. Kynnyksen osastolla toteutettavaan välittömään ja jatkuvaan vierihoidon tulisi olla matala, sillä järjestely antaa potilaalle tärkeän tunteen toisen ihmisen läsnäolosta sekä mahdollisuuden vuorovaikutukseen aina silloin kun hänen vireystilansa on sopiva. Tällä tavoin tehostettu psykiatrisen osastohoito yleensä edellyttää yhden hoitajan lisäresurssin kahdessa työvuorossa, ja tehtävän kannalta on oleellista, että tämä huomioidaan osaston hoitohenkilökunnan työn mitoituksessa. Rajoittamispäätöksiä tukena on suositeltavaa käyttää potilaskohtaisen potilaan haastatteluun ja tuntemiseen perustuvan kliinisen psykiatrisen riskiarvion ohella Käypä hoito -suosituksessa kuvattuja strukturoituja menetelmiä. THL toteaa lisäksi, että psykiatrisen hoidon resursseja suunniteltaessa ja kohdennettaessa on kiinnitettävä huomiota siihen, että sairaaloilla on käytettävissä psykiatrisia sairaalapaikkoja riittävä määrä väestöön nähden, myös tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa varten.

Lisäksi THL esitti täsmennyksiä käytettyihin termeihin ja muutamiin tutkintaselostuksen luonnoksen kohtiin.

Itä-Suomen aluehallintovirasto (ISAVI) kiinnittää lausunnossaan huomioita lääkityksen purkuasiaan. Tutkintaselostuksen luonnoksessa ei pohdittu, johtiko hoitavien lääkäreiden mahdollinen vaihtuminen useasti puolentoista vuoden sisällä siihen, ettei lääkemuutoksen vaikutusta seurattu johdonmukaisesti eikä tilanteeseen reagoitu riittävästi. Samoin jäi selvittämättä, mikä rooli avohoidon hoitajalla oli lääkityksen seurannassa. Tutkintaselostuksen luonnoksessa olisi voinut kiinnittää enemmän huomiota Essoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa viime vuosina toteutettuun bentsodiatsepiinien käytön vähennysohjelmaan.

ISAVI yhtyy näkemykseen, että itsemurhaintention havaitseminen suuresta tietomäärästä on hankalaa ja että ammattihenkilöiden käytössä tulee olla itsemurha-alttiuden arvioimiseen erilaisia työkaluja. Itsemurha-alttiuden arviointi edellyttää henkilökunnan koulutusta ja osaamisen ylläpitoa sekä itsemurhien ehkäisymenetelmien tuntemista.

ISAVI toteaa, että tutkintaselostuksen luonnoksessa ei tullut esiin omahoitajan rooli kunkin potilaan hoidossa ja tilanteen arvioissa. Kanteluiden ja muiden tietolähteiden kautta on ISAVIn tietoon tullut potilaiden kokemaa yksinäisyyttä Moisio sairaalan osastoilla. Myös hoitajien ajankäytön ja hoitotyön laadun arviointi tästä näkökulmasta olisi ollut arvokasta. ISAVI toteaa, että taustatukikaan ei korvaa kokeneiden erikoislääkäreiden henkilökohtaista panosta potilaan tutkimisessa ja hoidossa. ISAVI tuo esille, että juuri päätetyssä Essoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen valvonta-asiassa (ISAVI/6645/2020) on todettu vakava pula virkalääkäreistä, mutta valtakunnan tason toimenpiteet ja keskustelu asiasta puuttuvat.

ISAVI yhtyy tutkintaselostuksen luonnoksessa esitettyyn johtopäätökseen siitä, että psykiatrian erikoislääkäreiden rooli sekä muiden hoitoon osallistuvien erityisosaaminen on keskeistä psykiatrisen osastohoidon laadun ja turvallisuuden toteutumiseksi. ISAVI yhtyy myös näkemykseen siitä, että terveydenhuoltoa valvova viranomainen ei selvitä

itsemurhatapauksia kattavasti, vaan käytännössä vain tapauksissa, joista on tehty kantelu. Se toteaa, että aluehallintovirastot ovat lisänneet viime vuosina ratkaisulyhennelmien julkaisua, mutta tapaukset valikoituvat julkaistavaksi sattumanvaraisesti. Valvovan viranomaisen puuttuvat voimavarat ja aikuisten mielenterveyspalvelujen valvonnan sattumanvaraisuus estävät valvonnan tehokkaamman hyödyntämisen potilasturvallisuuden parantamisessa.

ISAVI yhtyy myös tutkintaselostuksen luonnoksen johtopäätökseen siitä, että perusterveydenhuollon käytännöt eivät välttämättä vastaa moniongelmaisen potilaan palveluntarpeeseen riittävän ajoissa. Lisäksi ISAVI esitti täsmennyksiä sen omaa toimintaa koskevaan tekstin kohtaan ja Käypä hoito -suosituksia koskeviin kohtiin.

Etelä-Savon terveys- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä (Essote) esittää lausunnossaan tarkennuksia seitsemään tutkintaselostuksen luonnoksen kohtaan. Essote toteaa, että tutkintapäätöstä edelsi Essoten yhteydenotto, jossa se pyysi tutkinnan aloittamista. Essote kiittää lausunnossaan tutkijoita hyvästä yhteistyöstä sekä suunnitelmallisesta ja tarkasta tutkinnasta. Essoten organisaatiossa tullaan hyödyntämään saatuja havaintoja potilas- ja henkilöturvallisuustyössä sekä sen kehittämisessä.