



Tre patienters självmord vid psykiatriskt sjukhus i Södra Savolax hösten 2021



T2021-01

FÖRORD

Olycksutredningscentralen beslutade den 6 oktober 2021 att med stöd av 2 § i lagen om säkerhetsutredning av olyckor och vissa andra händelser (525/2011) utreda de allvarliga händelser som inträffade inom samkommunen för social- och hälsovårdstjänster i Södra Savolax (Essote) 9.9.2021–3.10.2021 och ledde till patientdödsfall. Beslutet om utredning föregicks av att Essote tog kontakt och begärde att en utredning ska inledas. Under en kort tid hade tre patienter i avdelningsvård avlidit som en följd av självmord vid en verksamhetsenhet inom hälsovården. Syftet med säkerhetsutredningar är att öka den allmänna säkerheten, förebygga olyckor och tillbud samt förhindra skador till följd av olyckor. Säkerhetsutredningar görs inte i syfte att peka ut det juridiska ansvaret.

Till chef för utredningskommissionen utsågs FM Ilona Hatakka och till medlemmar HvM Riitta Flinck, specialistläkare inom allmänmedicin, ML Jussi Laaksonen (förhindrad från och med 5.1.2022) och PM Kari Ylönen. Utredningsledare var ledande utredare, docent Hanna Tiirinki.

Till sakkunnig utsågs den 10 februari 2022 docent, MD, specialistläkare inom företagshälsovård Alpo Vuorio.

Professor i psykiatri, MD Jyrki Korkeila, gav ett utlåtande i form av en separat psykiatrisk utredning.

Vid en säkerhetsutredning ska händelseförloppet, orsakerna och följderna samt räddningsinsatserna och myndigheternas åtgärder klarläggas. Vid utredningen klarläggs särskilt om säkerheten i tillräcklig utsträckning har beaktats i den verksamhet som har lett till olyckan samt vid planeringen, tillverkningen, byggandet och användningen av de anläggningar och konstruktioner som har orsakat eller har drabbats av olyckan eller tillbudet. Dessutom utreds det om ledningen, övervakningen och inspektionen har ordnats och skötts som sig bör. Vid behov utreds också om det eventuellt finns brister i gällande bestämmelser och föreskrifter om säkerheten och myndigheterna.

Utredningsrapporten innehåller en redogörelse för olyckans förlopp, faktorer som har lett till olyckan och olyckans följder samt säkerhetsrekommendationer till behöriga myndigheter och andra aktörer om åtgärder som behövs för att öka den allmänna säkerheten, förebygga nya olyckor och tillbud, förhindra skador och för att effektivisera räddningsmyndigheters och andra myndigheters verksamhet.

De som har varit inblandade i olyckan och de myndigheter som svarar för övervakningen inom det område olyckan gäller har reserverats tillfälle att ge utlåtanden om rapportutkastet. Utlåtandena har beaktats i utarbetandet av utredningsrapporten. En sammanfattning av utlåtandena finns i slutet av utredningsrapporten. Enligt lagen om säkerhetsutredning av olyckor och vissa andra händelser publiceras inte enskilda personers utlåtanden.

Utredningsrapporten har översatts till svenska och engelska av Semantix Finland Oy.

Utredningsrapporten och sammanfattningen har publicerats 31.5.2022 på Olycksutredningscentralens webbplats på adressen www.turvallisuustutkinta.fi/sv/index.html.

Utredningsbeteckning: T2021-01
Utredningsrapport 4/2022
ISBN: 978-951-836-652-9 (PDF)

Omslagbild: OTKES

INNEHÅLL

FÖRORD	2
1 HÄNDELSER	5
1.1 Händelseförlopp	5
1.2 Larm och räddningsåtgärder	6
1.3 Konsekvenser	6
2 BAKGRUNDSINFORMATION	7
2.1 Operativ miljö, anordningar och system	7
2.2 Förhållanden	8
2.3 Upplagringar	8
2.4 Personer, organisationer och säkerhetshantering med anknytning till olyckan	8
2.4.1 Patienterna	8
2.4.2 Organisationer och säkerhetshantering	10
2.5 Myndigheternas förebyggande verksamhet	14
2.6 Organisationer som deltog i räddningsarbetet och deras aktionsberedskap	15
2.7 Författningar, föreskrifter och anvisningar	15
2.8 Övriga utredningar	18
2.8.1 Separat psykiatrisk utredning	18
2.8.2 Själv mord som fenomen	18
2.8.3 Bedömning och förebyggande av självmord inom den psykiatriska avdelningsvården	20
2.8.4 Utredning av självmord som inträffar inom den psykiatriska avdelningsvården	23
2.8.5 Förfarandena för tillsyn och utredning av självmord i Sverige	24
2.8.6 Intervjuer med erfarenhetsexperter	25
3 ANALYS	26
3.1 Analys av händelseförloppet	26
3.1.1 Behovet av psykiatrisk avdelningsvård	26
3.1.2 Förfaranden i samband med inskrivningssamtalet	27
3.1.3 Avdelningsvården	27
3.1.4 Själv morden	28
4 SLUTSATSER	30
5 SÄKERHETSREKOMMENDATIONER	32
5.1 Registrering av självmordsrisk som en riskuppgift i patientdatasystemen	32
5.2 Säkerställande av tillgång till specialkompetens inom psykiatri	32
5.3 Utredning av självmordsförsök och självmord som inträffar inom social- och hälsovården	33
5.4 Vidtagna åtgärder	33

KÄLLFÖRTECKNING	35
SAMMANFATTNING AV UTLÅTANDEN OM UTKASTET TILL UTREDNINGSRAPPORTEN.....	38

1 HÄNDELSE

1.1 Händelseförlopp

Hösten 2021 begick fyra patienter självmord under en period på 24 dagar vid Moisio psykiatriska sjukhus i S:t Michel, som tillhör samkommunen för social- och hälsovårdstjänster i Södra Savolax.

De avlidna var 50–75-åriga kvinnor. I samtliga fall var det fråga om drunkningar, av vilka två inträffade i en damm på sjukhusområdet och en på avdelningen. Av dessa tre fall skedde ett på morgonen, ett på dagen och ett på kvällen. En av patienterna lämnade efter sig ett självmordsbrev.

Två av patienterna togs in för avdelningsvård vid Moisio sjukhus på basis av en observationsremiss som skrivits av en läkare. Den ena av dessa patienter samtyckte till fortsatt vård efter observationsperioden och den andra blev intagen för vård oberoende av sin vilja. I ett av fallen uppsökte patienten vård på eget initiativ efter ett självmordsförsök.

Patienternas vårdperiod på Moisio sjukhus varade från en vecka till två månader innan de avled.



Bild 1. Moisio sjukhus finns i S:t Michel. De psykiatriska avdelningarna för vuxna finns i sjukhusets B-byggnad, som har markerats med grönt. På båda sidorna av sjukhuset finns en damm. Avståndet till fots från avdelningarna till den närmaste dammens strand är cirka 200 meter. (Bakgrundskarta: Lantmäteriverket, grundkartraster, öppet material, 11/21. Anmärkningar: OTKES.)

1.2 Larm och räddningsåtgärder

I samtliga fall befann sig patienten alldeles innan händelsen utom räckhåll för personalens omedelbara övervakning, vilket hade normala orsaker. På avdelningen fästes det uppmärksamhet vid respektive patients frånvaro inom rimlig tid, och därefter började man leta efter patienten.

I två av fallen hittades den avlidna av en person som tillhörde sjukhusets personal. I ett av fallen hittade en utomstående som rörde sig i närheten av dammen den avlidna. I det skedet hade personalen redan börjat leta efter den försvunna patienten, men eftersökningarna hade ännu inte framskridit till dammens strand. I samtliga fall ringdes ett samtal till det allmänna nödnumret genast efter att patienten hade hittats. I ett av fallen försökte man återuppliva den drunknade.

Alla nödsamtal togs emot av nödcentralen i Kuopio. I det ena fallet valde nödcentralen *räddning av människa i vatten* som uppdrag, i det andra *drunkning* och i det tredje *avliden person*. Räddningsverket alarmerades till ett av uppdragen, den prehospitalkvården till två och polisen till alla tre.

I två av fallen förmedlade en polispatrull dödsbudet till de anhöriga. I ett av dessa fall var den anhöriga inte hemma. Då ringde sjukhusets överläkare den anhöriga samtidigt som polispatrullen besökte hemmet, och den anhöriga fick informationen av läkaren. I ett av fallen underrättade sjukhusets överläkare de anhöriga om händelsen per telefon.

Sjukhuset kontaktade organisationer som tillhandahåller kristjänster i de hemkommuner som patienterna uppgett för sina anhöriga. Krisorganisationerna kontaktade i sin tur de anhöriga och erbjöd krishjälp. Sjukhuset erbjöd de anhöriga möjlighet att besöka sjukhuset och diskutera med personalen.

I samtliga fall ordnades debriefing-tillfällen för personalen vid den aktuella sjukhusavdelningen och 10–15 medlemmar av personalen deltog i respektive debriefing.

1.3 Konsekvenser

Tre patienter i psykiatrisk avdelningsvård avled som en följd av drunkning.

2 BAKGRUNDSINFORMATION

2.1 Operativ miljö, anordningar och system

Huvudbyggnaden vid Moisio sjukhus byggdes åren 1927–1930 som ett psykiatriskt sjukhus. Som mest har sjukhuset haft över 500 patientplatser. Antalet patientplatser har minskat under en lång tid, eftersom tyngdpunkten för vården har förflyttats till öppenvård sedan slutet av 1970-talet.

Problem med inneluften har förekommit i en del av byggnaden. En grundläggande renovering av byggnaden genomfördes på 1980-talet. År 2015 godkände samkommunen för Södra Savolax sjukvårdsdistrikt, som ansvarade för verksamheten, en omfattande projektplan för verksamhetslokalerna, enligt vilken funktionerna vid Moisio sjukhus ska flyttas till nya lokaler. År 2018 fattades beslut om att bygga nya verksamhetslokaler i anslutning till centralsjukhuset i centrum av S:t Michel. Funktionerna flyttades till det nya "Mielen ja kuntoutuksen talo" i början av 2023.

Det finns tre psykiatriska avdelningar för vuxna vid Moisio sjukhus och sammanlagt 51 patientplatser på dessa avdelningar. Avdelning 1 är en akutvårdsavdelning med 15 platser. På avdelningen vårdas patienter som lider av akuta psykossymtom eller löper risk att begå självmord. Avdelning 2 är en akutvårdsavdelning med 16 platser avsedd för vård av affektiva störningar såsom depression, ångest och bipolär sjukdom. Avdelning 7 är en sluten bäddavdelning med 20 platser för psykospatienter och rättspsykiatriska patienter som behöver krävande vård. Avdelningarna finns i byggnad B i sjukhusets västra del.

Under de senaste tio åren har säkerhetsförbättrande åtgärder genomförts på avdelningarna. Låsen i patientrummens dörrar har avlägsnats. Säkerhetsmembran har installerats på fönstren och fönstren har också fått nya öppningsmekanismer som fungerar med nyckel. På gångbron som leder in i B-husets trappuppgång utifrån har nät installerats ovanpå räcket för att förhindra att någon faller ned från bron över räcket.

Det finns patientrum för både en person och två personer. Inredningen i rummen är sparsmakad och sjukhussängar används i en del av rummen. Patienterna har möjlighet att inreda rummet med sina egna saker. Anställda som deltar i patientvården bär sjukhusets arbetskläder. Det är möjligt för patienterna att använda egna kläder under avdelningsvården och största delen av patienterna gör också det. Duschrummen och toaletterna används gemensamt av patienterna.

Avdelningarna nås via en trappuppgång i mitten av byggnaden. Det behövs nyckel för att öppna dörrarna mellan trappuppgången och avdelningarna i båda riktningarna. Varje avdelning har ett kameraövervakningssystem som filmar de allmänna utrymmena och vissa områden utomhus. Systemets monitorer finns i kansliet på den aktuella avdelningen.

Dammen Moisionlampi finns vid sjukhusområdets västra kant och dammen Karjalampi vid området östra kant. Avståndet mellan dammarna och huvudbyggnaden är cirka 200 meter. Under årens lopp har enstaka självmord genom drunkning inträffat vid sjukhuset.

Vid Moisionlampis strand mot sjukhuset finns en badplats där patienterna har möjlighet att simma på sommaren. På stranden finns en gräsmatta, ett tak, en räddningsbåt, en brygga och en livboj. Stranden har ingen belysning. Badplatsen tillhör sjukhusområdet.

I sjukhusets närmaste omgivning finns ett område för fria promenader. Patienter som rör sig utomhus på egen hand med tillstånd för utomhusvistelse har instruerats att hålla sig till de

rutter som märkts ut på kartan för fria promenader. Badplatsen vid Moisionlampi tillhör detta område.

2.2 Förhållanden

Det var ljusst vid tidpunkten för alla dessa händelser. Inget som avvek från det normala på gick vid avdelningarna och personalmängden var normal. Patientplatserna på avdelningarna var fyllda till 80–94 procent.

2.3 Upplagringar

För att utreda händelseförloppet användes inspelningarna från avdelningarnas kameraövervakning och nödcentralens samtalsinspelningar. Av inspelningarna från kameraövervakningen framgick bland annat hur patienterna rörde sig i avdelningarnas korridorer. Nödcentralens inspelningar klargjorde bland annat tidpunkterna då nödsamtalen inleddes och samtalens innehåll.

2.4 Personer, organisationer och säkerhetshantering med anknytning till olyckan

2.4.1 Patienterna

Patienterna som begick självmord hade olika bakgrund och vårdhistoria.

En av patienterna hade ett långvarigt rusmedelsbruk bakom sig och var multisjuk. Hon var sjukpensionär. Hon hade länge varit klient inom såväl socialtjänsterna som mentalvårds- och missbrukartjänsterna. Några år tidigare hade man försökt få henne inskriven för psykiatrisk vård, men hon ville inte. Enligt läkarens bedömning fanns det ingen grund för vård oberoende av patientens egen vilja.

I maj 2021 gjordes en orosanmälan¹ om patienten till socialservicen inom Essote. Socialarbetaren var aktiv och försökte få in klienten för vård i slutet av juni. Socialarbetaren hade redan kontaktat en läkare, men försöket misslyckades på grund av klientens kraftiga motstånd. I juli förvärrades situationen och åtskilliga orosanmälningar gjordes om klienten. I slutet av juli kontaktade socialarbetaren först en läkare vid ortens hälsostation. Läkaren var medicine kandidat. Enligt sin egen uppfattning hade läkaren inte behörighet att skriva en observationsremiss, vilket innebar att ärendet inte framskred. Därefter kontaktade socialarbetaren den psykiatriska akutgruppen, vars läkare åtog sig ärendet.

Patienten skickades till Moisio sjukhus med en observationsremiss. Efter observationsperioden ordinerades vård oberoende av patientens vilja. Målet med avdelningsvården var att stöda livskontrollen, resiliensen och den sociala funktionsförmågan samt förbinda patienten till vården. Patienten fick också vård för sina somatiska sjukdomar. Patienten medicinerades. Under avdelningsvården förbättrades patientens funktionsförmåga.

Patienten hade inte möjlighet att återvända till sin tidigare bostad, och därför söktes en plats på ett stödboende till patienten i samarbete mellan Essotes socialservice och sjukhusets socialarbetare. De arrangemang som patienten själv önskade var inte möjliga. En lämplig bostad hittades till patienten på en annan ort. Patienten motsatte sig till en början de

¹ Enligt socialvårdslagen (1301/2014) ska vissa myndigheter såsom hälsoväsendet, socialväsendet, undervisningsväsendet eller en anställd hos polisen utan dröjsmål göra en anmälan om behovet av socialvård trots sekretessbestämmelserna efter att ha fått kännedom om en person som har ett uppenbart behov av socialvård och är uppenbart oförmögen att svara för sin omsorg. Även någon annan person kan göra en anmälan trots sekretessbestämmelser som gäller honom eller henne.

planerade arrangemangen, men gick med på att titta på bostaden. Man kom överens om att patienten ska övergå från avdelningen till stödboende. Två dagar före den planerade flytten begick patienten självmord.

Det fanns inga anteckningar om självmordstankar i patientens journaler.

Den andra patienten hade ingen tidigare psykiatrisk vårdhistoria. Från och med sommaren 2021 hade patienten upprepade gånger använt hälsotjänster inom många sektorer. Orsaken till att patienten ordinerades psykiatrisk avdelningsvård var att funktionsförmågan hade försvagats så mycket att patienten inte längre klarade av de dagliga vardagsbestyren. I bakgrunden fanns en försämrad livslust på grund av ensamhet och åldersrelaterade somatiska² besvär. Inskrivningssamtalet inkluderade en bedömning av självmordsrisken som utfördes av en läkare under specialisering. Ingen akut självmordsrisk konstaterades. Som mål för avdelningsvården specificerades en förbättring av den fysiska och psykiska konditionen så att patienten kan skrivas ut och få hemvård. Patienten medicinerades i syfte att hjälpa till att trygga en regelbunden dygnsrytm.

Medicine kandidaten som var vårdande läkare under avdelningsperioden konstaterade att patienten har blivit mer nedstämd. Under avdelningsvården beskrevs ökad ångest och svårighet att acceptera fysiska förändringar samt nedsatt funktionsförmåga. I början av avdelningsvården bokades en tid till läkare för undersökning av patientens somatiska besvär, men ingen omedelbar lösning hittades. Patienten var uppenbarligen besvärad över att träffa en manlig skötare i sådant som gällde patientens besvär.

Eftersom patienten hade samtyckt till fortsatt avdelningsvård efter observationsperioden, hade patientens utomhusvistelse inte begränsats. På avdelningen förbättrades patientens funktionsförmåga så pass mycket att patienten orkade vistas utomhus korta stunder.

Ändamålsenlig medicinering hade planerats för patienten, och genomfördes också.

Den tredje patienten hade före avdelningsvården varit klient inom den psykiatriska öppenvården i över 20 år. Hon var multisjuk. En klar vändning mot det sämre inträffade i patientens situation våren 2020, när den vårdande läkaren började trappa ned patientens medicinering. Då konstaterades det att patienten var beroende av lugnande läkemedel. Patienten skulle själv ha velat fortsätta med sin tidigare medicinering, trots att läkaren motiverade varför medicineringen behöver trappas ned. Patienten förband sig inte till ersättande medicinering. Efter förändringen lyfte patienten upprepade gånger fram att hon ville återgå till sin tidigare medicinering, eftersom hon mådde betydligt sämre än förut. Ingen problematisk läkemedelsanvändning eller läkemedelstolerans hade utvecklats.

Under våren och försommaren 2021 berättade patienten för en sjukskötare om sina självdestruktiva tankar. Patienten berättade också att hon kände skuld och skam över sin sjukdom. I slutet av juli 2021 berättade patienten för en sjukskötare att hon drömde om att begå självmord. Hon beskrev också hur hon hade för avsikt att göra det. Informationen antecknades som en del av en synnerligen lång journal. Informationen registrerades inte som riskinformation. I mitten av augusti försökte patienten begå självmord på ett annat sätt genom att överdosera läkemedel som skrivits ut till henne. Patienten flyttades till centralsjukhusets jour, och därefter till frivillig vård vid Moisio sjukhus enligt remiss av läkare.

² Anknyter till kroppen.

Under inskrivningssamtalet vid Moisio sjukhus berättade patienten för amanuensen³ att hon tagit läkemedlen i självdestruktivt syfte och hade planerat det redan en längre tid. Som mål för avdelningsvården specificerades balansering av det psykiska tillståndet. Under avdelningsvården i slutet av augusti antecknade amanuensen i patientens journal att det inte finns någon akut risk för rymning eller självdestruktivitet, vilket gjorde det möjligt för patienten att åka hem på permission. I september konstaterade medicine kandidaten som var avdelningsläkare att patientens psykiska mående inte hade förbättrats. Hon hade fortfarande samma vanföreställningar.

Under avdelningsvården flyttades patienten mellan olika avdelningar, vilket patienten upplevde som ångestfyllt. Flyttningen grundade sig på patientens diagnos, vårdbehovet och avdelningens personalresurser. Patienten begärde att få återvända till den tidigare avdelningen, som patienten upplevde som lugnare. Medicine kandidaten som var avdelningsläkare lovade att patienten skulle få återvända, vilket gjorde patienten glad. Det var dock inte möjligt att genomföra flytten, och överläkaren informerade patienten om detta. Patienten var besviken, men tog ändå informationen med ro. Hon hade hellre fortsatt att vårdas på den föregående avdelningen.

Personalen på avdelningen var medveten om överdoseringen av läkemedel, men personalen hade inte upptäckt det som införts i journalen beträffande patientens dröm att begå självmord på ett annat sätt, som patienten berättade för sjukskötaren i juli. Patienten genomförde självmordet på det sätt hon hade beskrivit.

Alla självmord kom som en överraskning för personalen.

Inga andra läkemedel än de som användes i vården fanns i de avlidnas blod.

2.4.2 Organisationer och säkerhetshantering

Samkommunen för social- och hälsovårdstjänster i Södra Savolax (Essote) har till uppgift att för medlemskommunernas räkning anordna alla social- och hälsotjänster med undantag för miljöhälsovården, veterinärvården, företagshälsovården samt vissa specialtjänster för utvecklingsstörda. Samkommunen inledde sin verksamhet 2017 och omfattar nio kommuner. För två av dessa kommuner anordnar samkommunen endast tjänster inom den specialiserade sjukvården, medan de två kommunerna själva sköter de övriga social- och hälsotjänsterna. Samkommunens befolkningsbas är cirka 100 000 invånare.

Samkommunens verksamhet styrs av stadgor godkända av fullmäktige och anvisningar utfärdade av styrelsen. Essotes funktioner indelas i familje- och socialtjänster, tjänster för äldre och personer med funktionsnedsättning, hälsotjänster samt koncernförvaltning och koncerntjänster. Moisio sjukhus tillhör serviceområdet för mentalvårds- och missbrukartjänster inom hälsotjänsterna.

Vid **Moisio psykiatriska sjukhus** uppgörs en vårdplan för patienten. Vården är multiprofessionell, dvs. i vården deltar inte bara yrkesverksamma inom medicin och vårdarbete, utan också bland annat terapeuter och socialarbetare. Läkemedelsbehandling är en väsentlig del av vården. I vården ingår stöd för att klara av vardagen och stöd för den sociala funktionsförmågan samt vid behov handledning med anknytning till hälsobeteende. De typiska vårdperioderna på akutvårdsavdelningarna är mellan några dagar och några

³ En amanuens är en studerande som genomför den praktik som ingår i medicinstudierna. I egenskap av studerande fattar amanuenserna inga självständiga vårdrelaterade beslut, utan deras verksamhet övervakas av den övriga personalen.

veckor långa och på bäddavdelningen mellan några månader till några år långa. Efter avdelningsvården ordnas möjlighet till fortsatt vård inom öppenvården.

Läkarkåren vid Moisio sjukhus består av två överläkare som är verksamma som tjänsteläkare samt avdelningsläkare. Avdelningsläkarna är allmänläkare under specialisering och medicine kandidater, och därför byts avdelningsläkarna ut ganska ofta. När en kandidat är jourhavande läkare fungerar överläkarna som bakjour. Det finns inga separata tjänster eller uppgifter för amanuenser, utan de är alltid verksamma som läkarpraktikanter. För amanuenser inom psykiatri har det vid Moisio sjukhus i regel krävts tre års studier. I enskilda fall har det kunnat göras undantag för en medicinstuderande som visat särskilt intresse för psykiatri och varit särskilt insatt. Då har även en medicinstuderande som avlagt två års studier kunnat godkännas som amanuens för en kort tid.

Hösten 2021 var **avdelningsskötaren** samma person på alla tre avdelningarna av tillfälliga orsaker. Vanligtvis är skötarna 4–6 under morgonskiftet, 5–6 under kvällsskiftet och 2–4 under nattsiftet på varje avdelning.

En egen skötare utses för varje patient vid vårdperiodens början. I början av varje arbetsskift utses en ansvarig skötare till patienten. Den egna skötaren fungerar som ansvarig skötare för sina patienter under sitt arbetsskift. Den ansvariga skötaren ska åtminstone en gång i timmen kontrollera var de patienter skötaren ansvarar för befinner sig. Vid behov ska skötaren ringa till patienternas mobiltelefon.

En patient som har **tillstånd för utomhusvistelse** får vistas utomhus utan övervakning. Den egna skötaren går igenom rutterna i området för utomhusvistelse tillsammans med patienten i början av vårdperioden. Vistelsen på sjukhusområdet begränsas inte för patienter som uppsökt vård på eget initiativ. Den självständiga vistelsen utanför avdelningen för en patient som tagits in för vård oberoende av sin vilja kan begränsas i olika grad genom ett beslut av läkare och begränsningarna kan lättas upp enligt övervägande. Skötaren som öppnar dörren för en patient som går ut informerar muntligt patientens ansvariga skötare om utomhusvistelsen. Utomhusvistelser registreras i datasystemet om det har betydelse med tanke på patientens funktionsförmåga och vårdplan.

I avdelningskanslierna finns en informationstavla där man kan se patienternas dagliga situation. På tavlan finns en lista med alla patienter och för varje patient uppges bland annat egen skötare, ansvarig skötare, tillstånd för utomhusvistelse och alla andra uppgifter som är centrala för den dagliga verksamheten. Även samtal om döden eller andra iakttagelser om självdestruktivitet antecknas på tavlan.

I en nödsituation kan en skötare kalla på andra skötare med hjälp av den larmknapp som skötarna förfogar över. Larmet förmedlas också till de övriga avdelningarnas skötare, vilket säkerställer att tillräcklig hjälp snabbt är tillgänglig.

För bedömning och identifiering av självmordsrisken tillämpar sjukhuset anvisningarna enligt God medicinsk praxis-rekommendationen⁴. Vid sjukhuset används en säkerhetsplan enligt rekommendationen⁵. Patienten gör upp säkerhetsplanen tillsammans med sin egen

⁴ God medicinsk praxis-rekommendationerna är oberoende nationella vårdrekommendationer baserade på forskningsbevis. Förebyggande av självmord och vård av patient som försökt begå självmord, God medicinsk praxis-rekommendation. Publicerad 7.1.2000. Uppdaterad 18.2.2022.

⁵ Syftet med säkerhetsplanen (*Safety planning intervention, SPI*) är att göra upp en i förväg definierad lista över copingstrategier, personer som ger stöd, verksamhet som patienten kan kontakta eller åtgärder som patienten kan vidta för att undvika omedelbar risk för självdestruktivt beteende och i förväg förhindra tillgång till självmordsmetoder som leder till döden.

skötare i ett senare skede av vården eller i slutet av vårdperioden. Ingen plan hade gjorts upp för de patienter som är föremål för utredningen.

Bedömningen av risken för självdestruktivitet grundar sig på en klinisk undersökning. När patienten kommer till avdelningen bedömer läkaren och skötarna patientens tillstånd med hjälp av öppna och slutna frågor. Inget separat frågeformulär används.

Det finns inga skriftliga anvisningar för bedömning av självmordsbenägenheten under avdelningsvårdens gång, utan anvisningarna ges muntligt. Bedömningen grundar sig på bland annat den vårdande personalens kontinuerliga uppföljning av patienternas tillstånd, där den erfarenhet, intuition och känsla som yrkesskickligheten medför har en nyckelroll. Om självdestruktivitet upptäcks, ber personalen en läkare bedöma situationen.

Om ett självmord inträffar ska den läkare som har bakjour omedelbart komma till sjukhuset, om inte den jourhavande läkaren på sjukhuset är en specialistläkare inom psykiatri. Självmordet anmäls till polisen. Läkaren underrättar den anhöriga som patienten har uppgett om händelsen per telefon. Dessutom informerar läkaren en aktör som ger krishjälp på den anhörigas hemort om det inträffade. Målet är att säkerställa att den anhöriga får den hjälp som behövs. Den anhöriga erbjuds också aktivt ett personligt möte på sjukhuset. Efter mötet ges den anhöriga möjlighet att ta kontakt per telefon.

Behovet att vid självmordsfall och -försök diskutera med andra patienter som befunnit sig på avdelningen samtidigt bedöms från fall till fall. I bedömningen beaktas händelseplatsen samt de övriga patienternas observationer och reaktioner. Om patienten har återupplivats i avdelningens lokaler eller en annan patient har sett situationen där personen har begått eller försökt begå självmord, kan mer omfattande information vara nödvändig. Läkaren som har akutjour beslutar om informeringen tillsammans med läkaren som har bakjour och senare med avdelningsläkaren. Om patienter som befinner sig på avdelningen behöver diskutera det som hänt, sker samtalen med den egna skötaren och läkaren.

Essotes klient- och patientsäkerhetsplan hade uppdaterats våren 2021. Arbetsgruppen för klient- och patientsäkerhet bedömer aktualiteten hos planens innehåll och uppdaterar planen regelbundet som en del av årskalendern för kvalitetskontroll och ledning. Chefsöverläkaren är ordförande för arbetsgruppen. Planen godkänns av samkommunens direktör. Den inkluderar bland annat bedömning och hantering av säkerhetsrisker. Planen kan läsas i säkerhetsportalen på Essotes intranät.

Arbetsgruppen för klient- och patientsäkerhet behandlar uppföljningsinformation från olika källor samt åtgärder som genomförts och planerats av enheterna. Arbetsgruppen utarbetar utvecklingsförslag och ger vid behov åtgärdsrekommendationer för att förbättra säkerheten. Arbetsgruppen rapporterar om klient- och patientsäkerhetsläget i organisationen till samkommunens styrelse varje år i samband med verksamhetsberättelsen.

År 2021 hade de prioriterade områdena för säkerheten anknytning till uppföljning av liggsår, planer för läkemedelsbehandling, uppföljning av fallolyckor samt antalet vårdrelaterade fasthållningar på den barnpsykiatriska dagavdelningen.

I planen nämns inte identifiering av självmordsrisken eller förebyggande av självmord under avdelningsvård eller psykiatrisk öppenvård.

För rapportering av händelser som äventyrar klient- och patientsäkerheten använder Essote HaiPro-programmet⁶. Enligt anvisningen ska personalen i systemet registrera alla farliga händelser med anknytning till vården, vilka har orsakat eller hade kunnat orsaka skada för patienten. Anmälan tas emot av två personer som ansvarar för verksamheten vid enheten, till exempel avdelningssköterskan och ansvariga läkaren, som behandlar anmälan och utarbetar ett lösningsförslag för att korrigera de brister som upptäcktes i samband med händelsen.

HaiPro-anmälningar och patientrespons ska regelbundet gås igenom tillsammans med personalen under avdelningsmötena på ett öppet, konstruktivt och icke skuldbeläggande sätt. Då farliga och skadliga händelser behandlas tillsammans, lär man sig av dem och alla får kännedom om de korrigerande åtgärderna. Samtidigt är det möjligt att upptäcka olika utbildnings- och utvecklingsbehov. På basis av den erhållna informationen gör enheterna och organisationen upp utvecklingsplaner, med hjälp av vilka man kan förebygga att samma misstag upprepas.

Essotes anmälningar på koncernnivå sammanfattas och rapporteras i intranätet tre gånger per år. Syftet med rapporteringen är att fästa uppmärksamhet vid farliga händelser samt de händelsekedjor eller faktorer som ledde fram till dessa. Rapporteringen gör det möjligt att diskutera patientsäkerheten på olika nivåer i organisationen utan att skuldbelägga och ur ett perspektiv som betonar utveckling av patientsäkerhetskulturen. Regelbunden rapportering uppåt i förvaltningsstegen framhäver också patientsäkerhetens betydelse i beslutsfattandet inom hälsovården.

Åren 2015–2021 gjordes 17 **HaiPro-anmälningar om självmordsavsikt eller -försök** vid Moisio sjukhus, dvs. cirka två till tre per år. När det gäller de tre fall som är föremål för denna utredning gjordes en anmälan i ett av fallen.

I nio fall föreslog handläggaren av anmälan information och diskussion om händelsen för att förhindra att händelsen upprepas. I fyra av fallen föreslogs det att fallet ska behandlas på en högre nivå i organisationen. I det ena av dessa fall söndrade en patient ett fönster som bestod av vanligt glas utan säkerhetsmembran, i det andra fallet skadade en patient sig själv med en trasig skål, i det tredje fallet begick en patient självmord på avdelningen och i det fjärde fallet försökte en patient lämna avdelningen genom att söndra säkerhetsglaset i en dörr. I två av fallen föreslog handläggaren av anmälan en utvecklingsåtgärd. I det ena fallet hade åtgärden anknytning till effektivare säkerhetsgranskningar och i det andra fallet gällde åtgärden avlägsnande av persiennernas snören. I två av fallen framfördes inga utvecklingsförslag.

Förfarandena som hade specificerats i anvisningen genomfördes inte i praktiken och lösningsförslagen för att korrigera de skadliga händelserna var få. Det verkar som att vårdpersonalens motivation att göra anmälningar varierar. Många anser att anmälningarna är onödiga. Det finns en uppfattning om att anmälningarna inte leder till några konkreta förändringar.

Allvarliga tillbud ska enligt Essotes plan för klient- och patientsäkerhet omedelbart rapporteras till chefsöverläkaren när det gäller hälsotjänster och den ledande tjänsteinnehavaren inom socialvården när det gäller socialservice, så att utredningen av händelsen och planeringen av korrigerande åtgärder kan inledas utan dröjsmål.

Utredningen inleds och utredningsteamets sammansättning fastställs genom beslut av chefsöverläkaren eller den ledande tjänsteinnehavaren inom socialvården. Teamet samlar

⁶ HaiPro är ett förfarande och datatekniskt verktyg för rapportering av händelser som äventyrar klient- och patientsäkerheten.

information om alla faktorer som bidrog till händelsen och gör en händelseanalys. På basis av utredningen sammanställer teamet konkreta genomförbara förslag för att förebygga de upptäckta riskerna samt ger rekommendationer. Rekommendationerna verkställs som en del av sjukhusets normala operativa beslutsfattande och ledning.

En utredning av ett allvarligt tillbud genomfördes år 2019 i samband med ett av självmorden som inträffade på Moisio sjukhus.⁷

Inga **anmärkningar**⁸ från anhöriga har tagits emot av Essote i anslutning till de fall som är föremål för denna utredning.

2.5 Myndigheternas förebyggande verksamhet

Ansvar för tillsynen över verksamheten vid verksamhetsenheterna inom hälsovården ligger hos Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) på riksnivå och regionförvaltningsverken inom deras områden. Essote tillhör området som övervakas av regionförvaltningsverket i Östra Finland. Valvira och regionförvaltningsverken har sinsemellan kommit överens om arbetsfördelningen. Det är alltid Valvira som ansvarar för tillsynsåtgärder i samband med händelser som leder till patientdödsfall eller mycket allvarlig patientskada. Tillsynen kan genomföras enligt plan eller i efterhand.

Den planmässiga tillsynen genomförs i enlighet med tillsynsprogram och tillsynsplaner som utarbetats gemensamt av Valvira och regionförvaltningsverken. Tillsynen enligt plan grundar sig på insamling av information på basis av lagen eller i vissa fall på Valviras egna utredningar. Till exempel övervakningen av vårdgarantin är planmässig tillsyn. Temat för den planmässiga tillsynen kan tas från till exempel regeringsprogrammet eller en lagändring. Ett aktuellt tema är genomförandet av mentalvårds- och missbrukartjänster på grundnivå för barn och unga. Mentalvårdstjänster för vuxna har inte varit tema för den planmässiga tillsynen på många år.

Tillsynen i efterhand inleds till största delen som en följd av klagomål från patienter eller anhöriga, även om myndigheten också kan inleda tillsynen på basis av information som erhållits via andra källor. Från och med 2018 har 21 klagomål om verksamheten vid Moisio sjukhus tagits emot av regionförvaltningsverket i Östra Finland, av vilka sju har varit föremål för behandling. Dessa klagomål har inte gällt patienters självmord. Av klagomålen har 14 överförts till behandling inom ramarna för ett anmärkningsförfarande. Från och med 2019 har inga klagomål som lett till administrativ styrning förekommit i fråga om sjukhusets verksamhet.⁹

När det gäller dödsfallen som är föremål för utredning har tillsynsmyndigheterna inte tagit emot några anmälningar från verksamhetsenheter och inte heller några klagomål från anhöriga. Valvira beslutade att inleda tillsyn i efterhand av verksamheten vid Moisio sjukhus på grund av de uppgifter som förekommit i offentligheten. Tillsynsavgörandet har utfärdats i maj 2022.

Tillsynsmyndigheterna betonar i all sin verksamhet vikten av verksamhetsenheternas egenkontroll.

⁷ Utredningen behandlas i avsnitt 2.8.4.

⁸ Om en patient inte är nöjd med den service, vård eller behandling hen har fått, kan patienten göra en anmärkning till den ansvariga personen eller ledande tjänsteinnehavaren vid verksamhetsenheten.

⁹ Regionförvaltningsverket övervakar ständigt begränsningar av självbestämmanderätten vid psykiatriska sjukhus, såsom Moisio sjukhus. Enligt mentalvårdslagen (1116/1992) ska en anmälan om patienter som hållits isolerade eller fastspända lämnas till regionförvaltningsverket med två veckors intervall.

2.6 Organisationer som deltog i räddningsarbetet och deras aktionsberedskap

I S:t Michel ansvarar Essote för de prehospitala akutsjukvårdstjänsterna och Södra Savolax räddningsverk för räddningsverksamheten. S:t Michel tillhör området för polisinsättningen i Östra Finland.

Krishjälp för anhöriga till avlidna ordnas i Essotes område av kriscentret Mikkelin kriisikeskus, vars verksamhet leds av Mieli Etelä-Savon mielenterveys ry. De anhöriga till en av patienterna bor i Östra Savolax sjukvårdsdistrikts område, där Mieli Savonlinnan seudun mielenterveys ry ansvarar för kriscentrets verksamhet.

2.7 Författningar, föreskrifter och anvisningar

Enligt **mentalvårdslagen**¹⁰ ska kommunen inom sitt område sköta om att mentalvårdstjänster tillhandahålls som en del av folkhälsoarbetet och samkommunen för sjukvårdsdistriktet ska sköta de mentalvårdstjänster som tillhandahålls i form av specialiserad sjukvård. Mentalvårdstjänsterna ska i första hand ordnas i form av öppen vård och så att människor uppmuntras att själva söka vård och att klara sig på egen hand.

En läkare i tjänsteförhållande som arbetar vid en hälsovårdscentral ska skriva en observationsremiss¹¹ och förpassa patienten till sjukhus för undersökning, om läkaren på basis av sin undersökning konstaterar att förutsättningarna för beslut om vård oberoende av patientens vilja sannolikt finns.

För utredning av om det finns förutsättningar för beslut om vård oberoende av patientens vilja kan personen tas in på sjukhus för observation. Intagning för observation kräver att en läkare i tjänsteförhållande som arbetar vid det sjukhus där personen ska tas in för observation anser att det sannolikt finns förutsättningar för beslut om vård oberoende av patientens vilja. Senast den fjärde dagen efter intagningen för observation ska den för observationen ansvarige läkaren ge ett skriftligt observationsutlåtande om den som har tagits in¹². Observationsutlåtandet ska innehålla ett motiverat ställningstagande till om det finns förutsättningar för beslut om vård oberoende av patientens vilja.

Beslut om att den som har varit intagen för observation skall tas in för vård oberoende av sin vilja¹³ fattas av den överläkare som ansvarar för den psykiatriska vården vid sjukhuset. Innan beslut om vård fattas skall det klarläggas vad den som har tagits in för observation själv anser.

Enligt **hälso- och sjukvårdslagen**¹⁴ ska verksamheten inom hälso- och sjukvården vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ska göra upp en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses. I planen ska samarbetet med serviceproducenterna inom socialvården beaktas i syfte att främja patientsäkerheten.

Enligt **SHM:s förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses**¹⁵ ska i planen överenskommas om bland annat kartläggning av säkerhets- och kvalitetsproblem samt identifiering och hantering av säkerhetsrisker. Planen ska också behandla identifiering och rapportering av avvikelser och negativa

¹⁰ 1116/1990.

¹¹ M1-blankett.

¹² M2-blankett.

¹³ M3-blankett.

¹⁴ 1326/2010.

¹⁵ 341/2011.

händelser, anmälandet av negativa händelser till vårdanmälningsystemet samt rapportering som krävs enligt andra författningar och förfaranden vid korrigerande åtgärder.

Enligt **förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården**¹⁶ får en medicine studerande som genomfört minst de studier som hör till de fem första studieåren vara tillfälligt verksam i läkaruppgifter, inbegripet jourtjänstgöring, under ledning och tillsyn av en legitimerad läkare.

En medicine studerande som genomfört minst de studier som hör till de fyra första studieåren och de studieperioder som ingår i grundutbildningen för läkare inom det specialområde som den studerande ska vara verksam på får vara verksam i läkaruppgifter under ledning och tillsyn av en legitimerad läkare vid en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård. En förutsättning för att få vara verksam i uppgiften som jourhavande läkare är dessutom att den studerande står under omedelbar ledning och tillsyn av en legitimerad läkare.

Enligt **lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården**¹⁷ ska socialvårdshandlingar som innehåller uppgifter om socialvårdsklienter hållas hemliga. Uppgifter ur en sekretessbelagd handling får lämnas ut med klientens uttryckliga samtycke. Om klienten förbjuder att en uppgift utlämnas, får den som ordnar eller lämnar socialvård utan hinder av skyldigheten att iaktta sekretess ur handlingen lämna ut sådana uppgifter som är nödvändiga för att behovet av vård av klienten ska kunna utredas. Uppgifter får lämnas ut från socialvården till hälso- och sjukvården endast om klienten är i uppenbart behov av vård på grund av att hans eller hennes hälsa, utveckling eller säkerhet äventyras och det inte annars går att utreda behovet av vård eller att vidta vårdåtgärder.

Enligt **socialvårdslagen**¹⁸ ska övriga myndigheter, om bedömningen av en socialvårdsklients behov kräver service eller stödåtgärder av övriga myndigheter, på begäran av den arbetstagare som ansvarar för åtgärden delta i bedömningen av personens servicebehov och i utarbetandet av en klientplan.

I **hälso- och sjukvårdslagen**¹⁹ konstateras att om bedömningen av servicebehovet enligt socialvårdslagen kräver hälso- och sjukvårdstjänster, ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är anställd hos den samkommun som ansvarar för hälso- och sjukvården på begäran av den arbetstagare som ansvarar för socialvårdsåtgärden delta i bedömningen av personens servicebehov och i utarbetandet av en klientplan.

Enligt **social- och hälsovårdsministeriets förordning om förskrivning av läkemedel**²⁰ ska särskild omsorg och försiktighet iakttas vid förskrivning av ett läkemedel som kan missbrukas. Läkemedelsförskrivaren ska, om möjligt, följa upp den verkliga användningen av läkemedlet för att förhindra att läkemedelsberoende uppkommer. Vården av en patient med läkemedelsberoende ska i mån av möjlighet koncentreras till en läkare. Tillstånds- och tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården har utfärdat en anvisning om förskrivning av bensodiazepiner (lugnande läkemedel)²¹, och Essote utarbetade våren 2020 en egen anvisning utifrån denna anvisning. Syftet med anvisningen är att ge riktlinjer för förskrivning och upprepad användning av bensodiazepinläkemedel och därigenom förhindra att patienterna drabbas av nackdelar orsakade av denna läkemedelsgrupp.

¹⁶ 564/1994.

¹⁷ 812/2000.

¹⁸ 1301/2014.

¹⁹ 1326/2010.

²⁰ 1088/2010.

²¹ Förskrivning av bensodiazepiner. Uppdaterad 17.6.2020. <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/god-ar-betsutovning/specialsituationer-i-samband-med-lakemedelsbehandling/forskrivning-av-bensodiazepiner>

I verkställighetsplanen för patient- och klientsäkerhetsstrategin 2017–2021 framhävs vilken betydelse förebyggande riskhantering, säkerställande av kompetens i patient- och klientsäkerhet samt egenkontroll har för patient- och klientsäkerheten.

En handbok för utredning av allvarliga tillbud²² för organisationer inom social- och hälsovården har fogats till verkställighetsplanen som en bilaga. I handboken beskrivs i detalj på vilket sätt allvarliga tillbud kan utredas. Enligt handboken ska hela organisationen informeras om de rekommendationer som ges på basis av utredningen, så att organisationen kan lära sig av händelserna på ett bredare plan även vid andra enheter.

Enligt den nationella strategin för psykisk hälsa och det nationella programmet för suicidprevention behöver suicidpreventionen effektiviseras och kräver också nya metoder²³. Suiciddödligheten är förknippad med en tydlig ojämlikhet.

I publikationen om programmet presenteras 36 åtgärder för att uppnå målen i programmet. Åtgärderna har anknytning till påverkan av attityder, påverkan av självmordsmetoder, tillhandahållande av kamratstöd, stöd för riskgrupper, utveckling av vården, ökning av mediernas kompetens samt stärkande av kunskapsbaseringen och forskningen.

I strategin ges bland annat följande rekommendationer för utveckling av vården²⁴:

- Samarbetet med social- och hälsovårdsministeriet fortsätter med målet att ordna utbildningar i metoderna för suicidprevention för yrkespersoner som arbetar inom social- och hälsovården.
- Användningen av evidensbaserade vårdmetoder och i synnerhet nya elektroniska metoder effektiviseras i vården av suicidala patienter. I hälso- och sjukvården etableras praxis som följer rekommendationen för god medicinsk praxis i suicidförebyggandet och vården av personer som försökt ta sitt liv.
- För alla med akut suicidrisk ordnas utan dröjsmål en konsultation som baserar sig på psykiatrisk expertis så att vårdbehovet kan bedömas samt fortsatta planer och eventuella säkerhetsplaner göras upp.
- Samarbetet mellan erfarenhetsexperterna, organisationernas tidiga stöd och det övriga vårdssystemet stärks.
- Ledningssystemets stöd för en högkvalitativ och mänsklig vårdkultur möjliggörs.

För stärkandet av kunskapsbaseringen och forskningen ges bland annat följande rekommendationer²⁵:

- Forskning kring nya digitala metoder för suicidprevention finansieras.
- Olycksfallsutredningen med metoder för ”psykologisk obduktion” utsträcks till att omfatta även suicid, till en början bland unga och slutligen alla suicidfall som skett under vård eller inom en månad efter utskrivning från vård.
- Institutet för hälsa och välfärd upprättar ett nationellt suicidregister i syfte att följa upp och utvärdera kvaliteten på det förebyggande arbetet och möjliggöra suicidforskning.

²² Haavisto, E., Helovuoto, A., Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (2012) *Vakavien vaaratapahtumien tutkinta: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille*. Finlands patient- och klientsäkerhetsförening rf:s publikation. Åbo: Multiprint Oy.

²³ Olycksutredningscentralen utredde en olycka som inträffade i Högfors den 4 juli 2015 och ledde till en kollision mellan en personbil och en buss (Y2015-02). Enligt utredningen var det uppenbart att det var fråga om ett självmord. På basis av utredningen gav Olycksutredningscentralen en säkerhetsrekommendation, enligt vilken social- och hälsovårdsministeriet bör starta ett nytt program för förebyggande av självmord och fastställa ett folkhälsomål om att tydligt minska antalet självmord på samma sätt som i de övriga nordiska länderna.

²⁴ Åtgärdsförslag 19–20 och 22–24.

²⁵ Åtgärdsförslag 29–31.

God medicinsk praxis²⁶-rekommendationen *Förebyggande av självmord och vård av patient som försökt begå självmord* gäller, i fråga om förebyggande av självmord, verksamheten inom hälso- och sjukvården som del av vården av alla patienter och, i fråga om patienter som försökt begå självmord, den psykiatriska vård som ges av yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården.

Enligt rekommendationen är ett tidigare självmordsförsök den viktigaste prognostiska faktorn för att senare dö genom självmord. Med en patient som försökt begå självmord ska alltid hela händelsekedjan som lett till självmordsförsöket gås igenom. Frågor om självmordstankar leder inte till ökad suicidrisk. Vid bedömning av behovet av psykiatrisk sjukhusvård beaktas svårighetsgraden av den psykiatriska störningen, i synnerhet eventuella psykotiska tillstånd, djup hopplöshet eller okontrollerbar instabilitet, den akuta risken för självmord samt behovet av vård oberoende av patientens vilja enligt mentalvårdslagen²⁷.

Behandlingsinterventioner som riktas mot självdestruktivitet kan betydligt minska risken för ett nytt självmordsförsök. I rekommendationen presenteras forskningsbaserade interventioner, till exempel intervention med skyddsplan, samt strukturerade mätare som används för bedömning av patientens psykiatriska tillstånd. Enligt God medicinsk praxis-rekommendationen torde en strukturerad intervju öka tillförlitligheten i identifieringen av självdestruktiva tankar och självmordsförsök. Enligt rekommendationen lyfter självdestruktiva patienter som varit inlagda för psykiatrisk avdelningsvård baserat på sina erfarenheter fram att bemötandet, skyddandet och kontrollen förebygger självmord i avdelningsförhållandena.

2.8 Övriga utredningar

2.8.1 Separat psykiatrisk utredning

Som en del av denna utredning gjordes en separat utredning inom psykiatrisk medicin. I samband med den separata utredningen begärdes ett utlåtande av en expert inom psykiatrisk medicin om genomförandet av vården, genomförandet av medicineringen samt genomförandet av bedömningen av patientens självmordsrisk i de tre fall som är föremål för utredningen. Resultaten av den separata utredningen har inkluderats i avsnitt 2.4 av rapporten.

2.8.2 Självmord som fenomen

Självmord är ett allvarligt hälsoproblem på samhällsnivå. Enligt Världshälsoorganisationen WHO skulle självmord kunna förebyggas genom rättidiga, forskningsbaserade och kostnadseffektiva interventioner. En självmordshändelse är alltid sällsynt även bland personer med allvarliga mentala störningar.²⁸ Ett tidigare självmordsförsök är den största riskfaktorn för självmord.²⁹

²⁶ God medicinsk praxis-rekommendationerna utarbetas av de bästa experterna och är sammanfattningar av genomslagskraften hos diagnostiken och vården för enskilda sjukdomar. Rekommendationerna ersätter inte den bedömning av bästa möjliga diagnostik, vård och rehabilitering för en enskild patient som görs av en läkare eller en annan yrkesverksam person inom hälso- och sjukvården i samband med att vårdbeslut fattas. Rekommendationen *Förebyggande av självmord och vård av patient som försökt begå självmord* publicerades 17.1.2020 och uppdaterades 18.2.2022.

²⁷ 1116/1990.

²⁸ Tahvanainen, M., Riipinen, P., Jääskeläinen, E. & Halt, A.-H. (2021) Miten itsemurhariskiä arvioidaan? *Medicinska tidskriften 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.

Jämfört med de övriga nordiska länderna är Finland ett land med hög självmordsdödlighet.³⁰ Eftersom inte alla som försöker begå självmord tas in för vård på grund av försöket, är antalet personer som försökt begå självmord i Finland baserat enbart på uppskattningar. År 2020 begicks 717 självmord, vilket är 29 färre än år 2019. Självmordsdödligheten år 2020, dvs. antalet självmord per 100 000 invånare, var 13, för män 19 och för kvinnor 7.³¹ Enligt de försiktigaste uppskattningarna skulle antalet självmordsförsök per år i Finland vara cirka 10 000.³²

Antalet självmord är i själva verket högre än statistiken visar. På dödsattesten registreras ett dödsfall som självmord endast om självmordet säkert kan fastställas utifrån de uppgifter som författaren av dödsattesten har tillgång till. Om till exempel möjligheten att dödsfallet var en olycka inte helt kan uteslutas, registreras dödsfallet i kategorin *oklar*. Detta har uppmärksammats till exempel i samband med drunkningsdödsfall i en av Olycksutredningscentralens tidigare utredningar.³³

En positiv vändning i fråga om självmordsdödligheten inträffade för cirka 30 år sedan under det riksomfattande projektet för suicidprevention (1986–1996).³⁴ Självmordsdödligheten har under de senaste tio åren minskat med 30 procent. Minskningen har proportionellt sett varit större för kvinnor än för män.³⁵ Självmordsdödligheten är fortfarande större bland män än bland kvinnor. Även om Institutet för hälsa och välfärd statistikför självmord per ålderskategori och kön, finns det ingen tillgänglig statistik om till exempel självmord som inträffar under sjukhus- eller anstaltsvård. Covid-19-pandemin ledde inte till ökad självmordsdödlighet bland finländarna under 2020.³⁶

Självmordstankarna har inte ökat bland den vuxna befolkningen som helhet, men i synnerhet bland högutbildade kvinnor har dock självmordstankarna ökat. Då 4,2 procent av kvinnorna som tillhörde en grupp med hög utbildningsnivå hade haft självmordstankar år 2018, hade så mycket som 7,4 procent haft självmordstankar år 2020. Enligt den aktuella undersökningen är fenomenet oroväckande och kräver ytterligare utredning.³⁷

Ensamhet är ett väsentligt bakomliggande fenomen vid självmord. Ensamhet är framför allt en personlig upplevelse och därför är det svårt att ge en noggrann definition av ensamhet. Ensamhet är ett belastningstillstånd där en människa lättare gör livsval som är skadliga för hälsan. Bakgrunden till ensamheten är väldigt olika faktorer som är sammanflätade med varandra. Ensamheten beror ofta på förändringar i betydelsefulla sociala band, och dessutom påverkar ofta en försämring av handlingsmöjligheterna och delaktigheten till exempel på grund av en sjukdom.

Ensamhet bryter ned hälsan. När man blir äldre är riskfaktorer för hjärnhälsan och den mentala hälsan bland annat minskad aktivitet, förändringar i funktionsförmågan, förluster samt

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

³¹ Finlands officiella statistik över dödsorsaker 2021.

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

³³ Olycksutredningscentralen (2011) *Drunkningsolyckor i Finland 1.4.2010-31.3.2011*. Utredningsrapport S1/2010Y

³⁴ Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. (red.) (2020) *Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030*. SHM:s publikationer 2020: 6. Helsingfors. SHM.

³⁵ Finlands officiella statistik över dödsorsaker 2021.

³⁶ Partonen, T., Kiviruusu, 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.

³⁷ Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K., Solin, P., Partonen, T., Parikka, S., Koskela, T. & Ikonen, J. Aikuisväestön mielen-terveys ja avun hakeminen mielen-terveysongelmiin – FinSote 2020. *Tutkimuksesta tiiviisti* 42/2021. Helsingfors. Institutet för hälsa och välfärd.

upplevelser av att vara ensam och inte behövas. Hos äldre har ensamhet ett samband med dålig upplevd hälsa, försämrat minne, förhöjt blodtryck, hjärtsjukdomar och förtida död. Personer som känner sig ensamma har större sannolikhet än andra att använda psykofarmaka och hälsotjänster samt bli intagna för brådskande sjukhusvård.³⁸

Inom ramarna för ett projekt genomfört av **statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet** (VN TEAS) har det år 2021 framförts ett förslag till ett mätsystem för klient- och patientsäkerhet, där så kallade *never events* eller heta linjen-indikatorer beskrivs. I rapporteringen och uppföljningen av indikatorerna understryks omedelbar informering av ledningen om en allvarlig olägenhet samt inledande av korrigerande och förebyggande åtgärder. Det primära målet är att organisationen ska lära sig av farliga händelser. I rekommendationen föreslås att det nationella mätsystemet för klient- och patientsäkerhet ska inkludera indikatorn *Självmod under vård på psykiatrisk bäddavdelning*.³⁹

Werther-effekt⁴⁰ kallas inom självmordsforskningen en situation där en självdestruktiv person kopierar någon annans beteendemodell för att begå en självdestruktiv handling. Fenomenet innebär att en person kan genomföra ett självmord om hen får information om att någon annan person i närheten har begått självmord. I de utredda fallen befann sig de två övriga patienterna redan på Moisio sjukhus för avdelningsvård när det första självmordet begicks. De hade möjligen fått kännedom om händelsen.

För **vårdpersonalen** är en patients självmord en traumatisk händelse som kan ge upphov till ett så kallat *second victim*-fenomen.⁴¹ Fenomenet som följer en patients självmord kan leda till en stressreaktion och störningar i arbetsförmågan hos den vårdande personalen samt på arbetsgemenskapsnivå försämra förtroendet för arbetsgemenskapen och cheferna. En separat *second victim*-verksamhetsanvisning har utarbetats för sådana situationer.⁴²

2.8.3 Bedömning och förebyggande av självmord inom den psykiatriska avdelningsvården

Bedömning av självmordsrisken är en väsentlig del av läkarens yrkeskunskap. Bedömningen är ytterst krävande. I samband med bedömningen av självmordsrisken för en patient samlar och utvärderar läkaren information genom att intervjua patienten om hens mående, symtom och bakgrund i fråga om både riskfaktorer och skyddande faktorer.⁴³

När man bedömer självmordshistorien och dödsavsikten, dvs. strävan efter att dö, kan man ta hjälp av lämpliga strukturerade mätare och bedömningsverktyg, till exempel symtomkartläggningsblanketten *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS) och frågeformuläret *Suicide Intent Scale* (SIS), vilka ingår i vådrekommandationerna för psykiatrin.

³⁸ Läkareföreningen Duodecim (2020) *Aivot ja mieli – terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen*. Konkensusutlåtande publicerat vid konkensusseminarium.

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. & Ylitalo, P. *Patient- och klientsäkerhetens lägesbild och uppföljningsförfaranden: Förslag till lokal, regional och national uppföljning*. Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2021:68. Helsingfors. Statsrådets kansli.

⁴⁰ Fenomenet har fått sitt namn efter Goethes roman *Den unge Werthers lidanden*, i vilken en olycklig kärlekshistoria tar slut med en ung mans självmord.

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? *Läkartidningen* 74(18): 1108-1109.

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

Enligt God medicinsk praxis-rekommendationen kan behandlingsinterventioner som riktas mot självdestruktivitet betydligt minska risken för ett nytt självmordsförsök. Undersökta interventioner som presenteras i God medicinsk praxis-rekommendationen är kognitiv-behavioristiska psykoterapiformer, intervention med skyddsplan och dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning.

Förebyggandet av självmord har konstaterats kräva sektorsövergripande åtgärder på många nivåer inom social- och hälsovården.⁴⁴ De flesta självdestruktiva personerna har också haft kontakt med någon aktör inom hälso- och sjukvården före självmordet. Ofta blir det också så att dessa personer ändå inte får någon psykiatrisk diagnos. Därför vore det viktigt att identifiera särskilt mentala problem och självdestruktivitet vid primärvårdsmottagningarna.⁴⁵ Hjälp ska alltid ges aktivt till i synnerhet personer som har kommunicerat om självmord och försökt begå självmord samt till anhöriga och närstående till personer som avlidit som en följd av självmord.⁴⁶

Mentalvårdspatienter löper större risk att begå självmord än den övriga befolkningen och deras självmordsrisk är också betydligt högre jämfört med den allmänna självmordsrisken under de tre första månaderna omedelbart efter att de skrivits ut från psykiatrisk anstaltsvård. Sannolikheten är mångfaldig för patienter hos vilka självmordstankar eller beteende har identifieras.⁴⁷

När en patient vårdas på sjukhus bör man säkerställa att patienten känner sig trygg. Det borde inte heller finnas några tillgängliga metoder eller verktyg för att genomföra ett självmord.⁴⁸ Skillnader i patientsäkerhetskulturen har dock upptäckts mellan olika yrkesgrupper och sjukhus. De psykiatriska sjukhusen borde också fästa större vikt än idag vid patientsäkerhetskulturen och de faktorer som påverkar den.⁴⁹

Det av Essote administrerade projektet Apua Ajoissa!⁵⁰ (Hjälp i tid!) syftar till att minska självmorden genom att förbättra tjänsterna för människor som är självdestruktiva och har försökt begå självmord. I projektet försöker man också hitta nya sätt att förebygga självmord. Vårdpersonalens kunskap om identifiering och förebyggande av självmord ska ökas.

I början av projektet gjordes en inledande kartläggning där Essotes personal fick vittomfattande frågor om bland annat deras egen kompetens och vårdprocesserna. Enligt⁵¹ svaren

- möter cirka en tredjedel av personalen självdestruktiva personer varje vecka eller oftare
- har nästan 4/5 inte fått någon utbildning med anknytning till förebyggande av självmord

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

⁴⁵ Pajunen, K. (2020) *Itsetuhoisuuden henkilöiden hoidon kehittäminen julkisella sektorilla – Kuvaileva kirjallisuuskatsaus*. Examensarbete. Yrkeshögskolan Diakonia.

⁴⁶ Partonen, T., Kiviruu, O., Grainger, M., Suvisaari, J., Eklund, 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 psykiatrin hoito – Kysy, kuuntele ja hoida perussairaus. *Läkartidningen* 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 Det tidsbundna projektet som genomförs åren 2021–2022 administreras av Essote, som är huvudgenomförare, i samband med social- och hälsovårdsreformen i Södra Savolax. I projektet deltar också Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt samt polisen, kriscentren och branschorganisationerna på de nämnda landskapens områden. Projektet har beviljats finansiering av SHM. Enligt statistiken är självmordsdödligheten högre än genomsnittet i både Södra Savolax och Mellersta Finland.

⁵¹ n=282.

- bedömer mindre än en tredjedel att vårdhänvisningen av en självdestruktiv person är systematisk vid deras egen verksamhetsenhet
- känner drygt hälften helt eller delvis till riskbeskrivningarna enligt God medicinsk praxis-rekommendationen med anknytning till förebyggande av självmord.

Enligt svaren från personalen i serviceområdet för mentalvårds- och missbrukartjänster⁵²

- möter 70 % av personalen självdestruktiva personer varje vecka eller oftare
- har 2/3 inte fått någon utbildning med anknytning till förebyggande av självmord
- upplever nästan hälften att vårdhänvisningen av en självdestruktiv person inte är systematisk vid deras egen verksamhetsenhet
- uppger ¾ att de inte kan säga eller inte vet vilka verksamhetsmodeller för kamratstöd som är tillgängliga.

Enligt den inledande kartläggningen finns det utvecklingsbehov inom såväl personalens utbildning och användningen av metoder för att förebygga självmord som hänvisningen av klienterna.

Ett pilotprojekt med anknytning till bedömning av självmordsrisken för och behandling av en patient i avdelningsvård genomfördes vid HUS vid Jorvs sjukhus hösten 2021. Verksamhetsmodellen pilottestades på avdelning P2, där patienter med akuta affektiva störningar vårdas.

I samband med inskrivningssamtalet bedömde läkaren risken för självmord på basis av patientens aktuella situation. Det finns fyra riskkategorier på skalan *låg-lindrig-medelhög-ytterst hög*. När bedömningen görs används bland annat C-SSRS-blanketternas frågor, vilka utreder till exempel om patienten tidigare har haft självmordstankar och/eller försökt begå självmord.

Bedömningen av patientens självmordsrisk presenteras på anslagstavlan för daglig ledning i avdelningens kansli och förses med en färgkod som anger riskkategorin. Efter den inledande bedömningen har den ansvariga skötaren en nyckelroll när det gäller att uppdatera bedömningen, vilket görs efter behov. En förändring från lindrig till hög risk kan till exempel innebära att patienten inte får vistas utomhus utan övervakning eller att patienten flyttas från ett rum för en person till ett rum för två personer. Som ett resultat av bedömningen avlägsnas riskfyllda föremål och begränsas tillgången till olika saker. Avdelningens lokaler utvärderas kontinuerligt genom egenkontroll samt av en säkerhetsexpert i samband med säkerhetsrundvandringar som genomförs åtminstone en gång per år.

En säkerhetsplan görs upp genast när patientens hälsotillstånd tillåter det. Planen kan göras upp i flera etapper och förutsätter ingen ordination av läkare. Planen görs i Apotti-systemet och skrivs ut till patienten. Patienten kan ta en bild av utskriften med sin telefon och spara den. Det ska säkerställas att den personliga säkerhetsplanen är lättillgänglig för patienten. I pilotprojektet betonas dessutom planering i utskrivningsskedet som en del av förebyggandet av självmord, eftersom självmordsdödligheten har konstaterats öka särskilt i samband med utskrivning från en avdelning.

Digitala lösningar används i varierande grad på de psykiatriska sjukhusen för att ombesörja patientsäkerheten. Det är mest typiskt att övervakningsteknik används till exempel för passerkontroll på avdelningar och i byggnader. När det gäller intelligent teknik har till exempel Niuvanniemi rättspsykiatriska sjukhus testat smarta golv, vilka också används inom

⁵² n=87.

äldreomsorgen. Golvet reagerar på patienternas rörelse. Personalen följer informationen som förmedlas via det smarta golvet i kansliet.

Digitala lösningar utnyttjas i viss mån inom den psykiatriska vården i ordnandet av distansmottagningar och rehabiliteringsstödjande vård. Vid Moisio sjukhus ordnas distansmottagningar via en fjärranslutning. Vid HUS deltar långtidssjuka patienter inom den psykiatriska öppenvårdsrehabiliteringen på Jorvs sjukhus i vardagen på avdelningen via en fjärranslutning.

På basis av de undersökningar som gjorts i samband med utredningen är tekniken till nytta, men den kan inte ersätta personal som vårdar patienter fysiskt. Användningen av digitala lösningar är förknippad med etiska och lagstiftningsmässiga ramvillkor.

Det är brist på psykiatriker inom den offentliga hälso- och sjukvården. Enligt Psykiaterförbundet i Finland är cirka en tredjedel av tjänsterna inom psykiatrin otillsatta i södra Finland, dvs. i Helsingfors, Åbos och Tammerfors specialupptagningsområden. Längre österut i Kuopio-regionen och längre norrut i Uleåborgsregionen är andelen otillsatta tjänster cirka 40–60 procent. En stor del av de tillsatta tjänsterna sköts av läkare under specialisering, eller så sköts de endast på deltid. Ett av de grundläggande problemen är att alltför få unga läkare söker sig till yrkesområdet i förhållande till det behov som uppstår på grund av att läkare avslutar sin tjänstgöring. Även om något fler har sökt sig till yrkesområdet under de senaste decennierna, svarar inte de knappt 30 specialistläkare som utexamineras varje år på behovet, vilket vore cirka 45 specialistläkare per år.

2.8.4 Utredning av självmord som inträffar inom den psykiatriska avdelningsvården

Verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården har möjlighet att utreda självmord som inträffat inom avdelningsvården. Det finns inget etablerat förfaranden för att i någon större omfattning förmedla utredningsrapporter som utarbetats vid en verksamhetsenhet till andra motsvarande verksamhetsenheter. Därför är det ofta endast den aktuella verksamhetsenheten eller högst serviceproducentens egen organisation som får ta del av lärdomarna i rapporterna.

Vid **Moisio sjukhus** inträffade i slutet av 2019 ett självmord som begicks av en patient i avdelningsvård. En intern utredning av händelsen genomfördes på beslut av chefsöverläkaren. I utredningen identifierades avvikelser och bidragande faktorer.

Utredningsgruppen utfärdade fyra rekommendationer:

- En verksamhetsmodell för Moisio ska utarbetas för att säkerställa lägesmedvetenheten om sjukhusets patienter.
- I toalettutrymmena ska det installeras larm som utlöses till exempel i avdelningens kansli om toaletten är upptagen länge.
- Sjukhuset ska utarbeta en verksamhetsmodell som ger information om vilka patienter som befinner sig på avdelningen och vilka som är utomhus.
- En delegeringsmodell ska utarbetas för hur man i en brådskande situation överför ansvaret för vården av övriga patienter till annan personal som är i skift.

Efter den interna utredningen har rekommendationerna behandlats under avdelningsmötena, och dessutom fick en av avdelningarna separata anvisningar där rekommendationernas teman behandlades.

Valvira kan utreda självmord som inträffat inom den psykiatriska vården som ett tillsynsärende som gäller en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården främst på basis av klagomål som gjorts till Valvira. Valviras system för hantering av ärenden producerar inte

statistikinformation med en exakthet som skulle göra det möjligt att söka alla ärenden med anknytning till självmord som inträffat inom avdelningsvården. För att utreda antalet självmord som blivit tillsynsärenden skulle man behöva gå igenom alla tillsynsbeslut som gäller psykiatrisk vård.

Ett avgörande av tillsynsmyndigheten är inte offentligt. En offentlig sammanfattning görs för en del av avgörandena. **Sammanfattningar** publiceras sporadiskt på Valviras webbplats. En sammanfattning publicerad 2017 gäller självmord som begåtts av en patient i avdelningsvård. En ung kvinna hade fått diagnosen bipolär sjukdom och hon hade tidigare haft ett alkoholberoende. Patienten skrev frivilligt in sig för avdelningsvård. En vecka senare mårde patienten något bättre, även om hon i viss utsträckning hade självdestruktiva tankar. Två veckor efter att patienten hade påbörjat avdelningsvården lämnade hon avdelningen för en utomhusvistelse och begick självmord.

I sitt avgörande konstaterar Valvira att patienten inte hade fått någon diagnos för ett sådant aktuellt psykotiskt tillstånd som skulle ha gjort det möjligt att ordinera vård oberoende av patientens vilja. Medicineringen var lämplig på basis av de uppgifter som var tillgängliga vid tidpunkten, men vid en bedömning i efterhand hade det varit motiverat med mer omfattande medicinering. Patienten hade intensiva tvångshandlingar och på grund av detta kunde det ha varit motiverat att följa patienten mer noggrant.

Enligt Valviras uppfattning hade patientens vård planerats, genomförts och följts upp på vederbörligt sätt. Under patientens vårdperiod på avdelningen framkom inga sådana faktorer på basis av vilka patientens beklagliga självmord hade kunnat förutses och förhindras. Valvira konstaterade således inte att det skulle ha inträffat några felaktigheter eller försummelser i vården av patienten.

2.8.5 Förfarandena för tillsyn och utredning av självmord i Sverige

I Sverige⁵³ statistikfördes år 2020 sammanlagt 1 168 självmord, av vilka 72 procent begicks av män och 28 procent av kvinnor. Bland befolkningen som fyllt 15 år var självmordstalet⁵⁴ för hela befolkningen 14, för män 20 och för kvinnor 8. Flest självmord begicks av män i åldern 85 år eller äldre. I denna grupp var självmordstalet 44. Kvinnor i samma åldersgrupp hade det lägsta självmordstalet, knappt 4.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är en svensk statlig myndighet som övervakar och styr patient- och klientsäkerheten inom social- och hälsovårdstjänsterna. IVO utför riskbaserad tillsyn på basis av sin egen riskanalys. Analysen grundar sig på både egen övervakning och iakttagelser som gjorts av andra aktörer, till exempel patientförsäkringen, kommuner, regioner, patientkommittéer och patientorganisationer.

Lex Maria är ett anmälningsförfarande för allvarliga tillbud enligt Sveriges patientsäkerhetslag⁵⁵. Anmälningsförfarandet grundar sig på patientsäkerhetslagstiftningen. Enligt Lex Maria ska en producent av social- och hälsovårdstjänster göra en anmälan till IVO då en händelse inträffat där en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada. Även självmord som inträffar på en vårdanstalt räknas som sådana händelser. Anmälningsskyldigheten i fråga om självmord upphävdes dock den 1 september 2017, och därefter har antalet anmälningar minskat med cirka en fjärdedel. I Sverige mottogs år 2020

⁵³ Folkmängd 10,35 miljoner.

⁵⁴ Antal självmord/100 000 invånare.

⁵⁵ Patientsäkerhetslagen 659/2010.

sammanlagt 2 070 Lex Maria -anmälningar, inklusive anmälningar om självmord. Av dessa anmälningar ledde 51 till fortsatta åtgärder.

Utredning av allvarliga vårdskador är en handbok om utredning av allvarliga tillbud publicerad i Sverige, som riktar sig till enheter inom social- och hälsovården. Handboken innehåller anvisningar om genomförande av utredningar och användning av en metod för händelseanalys. Alla händelser med allvarliga följder inom social- och hälsovården ska utredas. Syftet med utredningen är att klarlägga händelseförloppet och de faktorer som har påverkat händelseförloppet samt skapa en grund för beslut om åtgärder som syftar till att förhindra att motsvarande händelser upprepas.

2.8.6 Intervjuer med erfarenhetsexperter

En erfarenhetsexpert är en person som har personlig erfarenhet av någon sjukdom eller skada och har genomgått en utbildning för erfarenhetsexperter. I samband med utvecklingen av tjänster har erfarenhetsexperter konstaterats bidra med viktig erfarenhetsbaserad information. De ger dessutom hopp till andra som har upplevt samma sak. En av åtgärdsrekommendationerna i programmet för suicidprevention är att samarbetet mellan erfarenhetsexperterna, organisationernas tidiga stöd och det övriga vårdsystemet ska stärkas.

I samband med denna utredning intervjuades två erfarenhetsexperter. De hade båda erfarenhet av psykiatrisk avdelningsvård och av att genomföra ett självmordsförsök.

Erfarenhetsexperterna underströk vikten av att känna sig trygg under en vårdperiod på ett psykiatriskt sjukhus. En fungerande relation till den egna vårdaren är en viktig faktor som ökar trygghetskänslan. Det är viktigt att vårdpersonalen tydligt kan urskiljas till exempel med hjälp av arbetskläder eller namnskyltar. Utöver detta ökar trygghetskänslan av en uppskattande växelverkan med personalen, skydd mot patientens egna destruktiva impulser samt kontroll. En självdestruktiv patient förlitar sig på att andra ska sätta gränser.

När det gäller avdelningens konstruktioner och inredning främjas återhämtningen av trivsel samt både möjlighet att dra sig undan och möjlighet att vara tillsammans med andra. En del patienter vill bo ensamma och andra vill dela rum med någon annan patient. Även patienternas möjlighet att använda sina egna kläder ökar trygghetskänslan.

Efter ett självmordsförsök har en patient i avdelningsvård inga resurser att hantera normala motgångar och patienten kan reagera väldigt kraftigt på besvikelser. I takt med att återhämtningen framskrider börjar även detta korrigeras. Det vore viktigt att diskutera självmordsrelaterade tankar med patienten, trots att temat är förknippat med rädsla från patientens och kanske också personalens sida. Självmord som begrepp kan kännas skuldbeläggande ur patientens synvinkel. I stället kan man använda uttrycket att skada sig själv. En blankett kan användas för bedömning av självmordsrisken om patienten inte annars förmår beskriva sitt mående med ord. Med hjälp av blanketten får personalen lättare en bild av hur pass dåligt patienten mår. Säkerhetsplanen uppfattades som en bra sak, eftersom den innehåller tydliga verksamhetsanvisningar för patienten när de självdestruktiva tankarna tar över.

Under avdelningsvården behöver patienten signaler som ger hopp om att patienten kan bli bättre och återvända hem som frisk. Patienter kan delta i aktiviteter och vistas utomhus enligt sin egen ork. Andra patienter betraktades som jämlingar, som man kan dela sina erfarenheter med. Å andra sidan kändes andra patienters upplevelser och symtom också skrämmande. Kontakterna till anhöriga och närstående är viktiga. Omsorgsfull planering och överenskommelse om fortsatt vård är en väsentlig del av vården, eftersom patienten annars lämnas vind för våg.

3 ANALYS

I analysen av olyckan har man använt Accimap-metoden⁵⁶ som Olycksutredningscentralen vidareutvecklat. Analysens struktur baserar sig på Accimap-schemat som utarbetats i samband med utredningen. Olyckan beskrivs som en händelsekedja i nedre delen av schemat. Faktorer som visar sig ligga bakom händelsekedjan behandlas på olika analysnivåer i schemat.

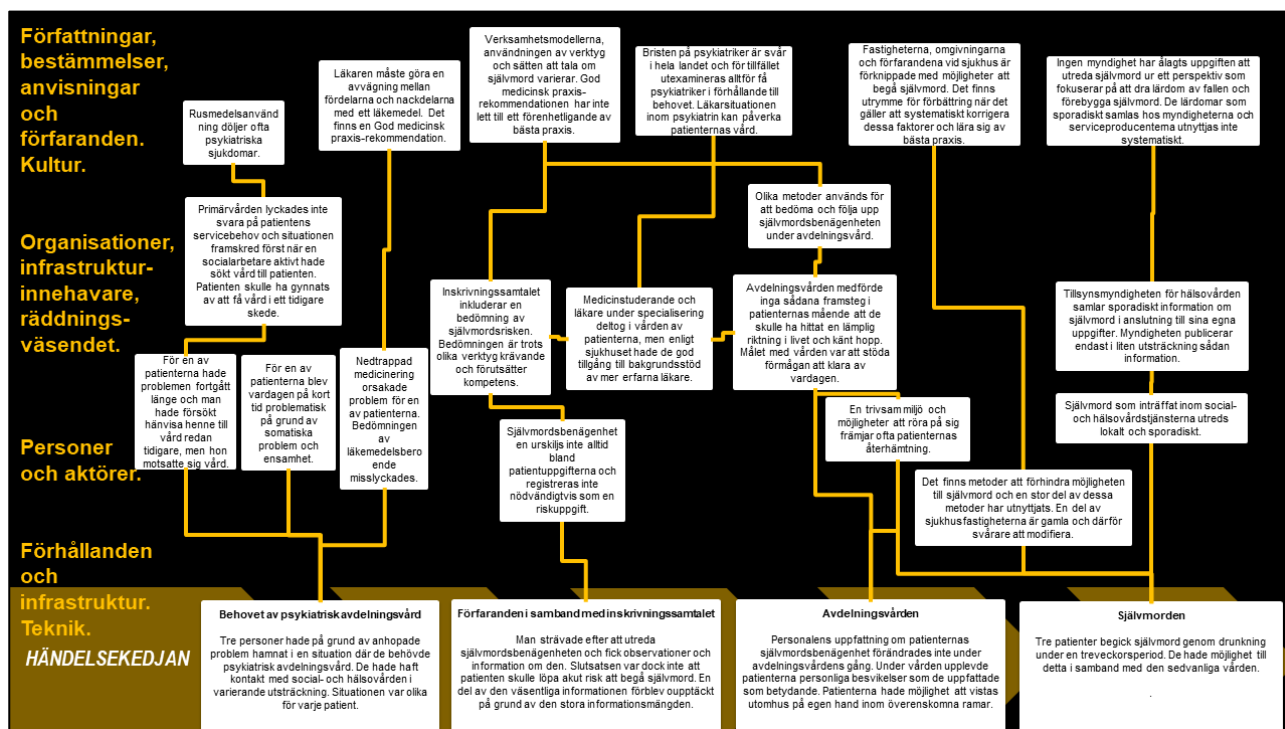


Bild 2. ACCIMAP-analyschema uppbyggt av utredningskommissionen (Bild: OTKES)

3.1 Analys av händelseförloppet

3.1.1 Behovet av psykiatrisk avdelningsvård

Tre personer hade efter att problemen anhopat sig hamnat i en situation som de inte hade resurser att hantera. De behövde psykiatrisk avdelningsvård. Situationen var olika för varje patient.

En av patienterna hade problematisk användning av rusmedel bakom sig och var en långvarig klient inom hälso- och sjukvården. Man hade försökt hänvisa patienten till vård redan tidigare, men patienten hade motsatt sig detta.

Primärvården lyckades inte svara på patientens servicebehov och situationen framskred först när en socialarbetare aktivt hade kontaktat hälsotjänsterna för att patienten skulle få vård. Patienten skulle ha gynnats av att få vård i ett tidigare skede. Det primära målet inom social- och hälsovården är att främja välbefinnande och hälsa i samförstånd med den som behöver tjänsterna. Det krävs alltid tungt vägande motiveringar för att ordinera vård oberoende av patientens vilja.

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

Patienten blev stämplad på grund av sitt rusmedelsberoende och störande beteende, vilket ledde till att diagnosen fördröjs. I patientens journal framhövdes rusmedelsanvändningen. På basis av journaltexterna hamnade identifieringen av patientens övriga psykiatriska sjukdomar i skymundan. Det är uppenbart att stigmatiseringen⁵⁷ i patientens situation har påverkat erhållandet av en vederbörlig klinisk bedömning.

Personer som försöker begå självmord lider ofta av mentala störningar eller rusmedelsproblem. De bör diagnostiseras och vårdas på lämpligt sätt. Rusmedelsanvändningen överskuggar ofta de psykiatriska sjukdomarna, vilket kan fördröja tillgången till vård.

För den andra patienten blev vardagen på ganska kort tid problematisk på grund av somatiska problem och ensamhet. Ensamhet är en personlig upplevelse som bryter ned hälsan. Bakgrunden till ensamheten är ofta olika faktorer som är sammanflätade med varandra, såsom förändringar i de sociala nätverken och nedsatt funktionsförmåga. Bekämpning av ensamhet är en viktig faktor som skyddar mot självmordsrisk.

Den tredje patienten hade fått sin medicinering nedtrappad 1,5 år före avdelningsvården. Trots ersättande medicinering började patienten må sämre, vilket ledde till ett självmordsförsök och därefter avdelningsvård. Bakgrunden till nedtrappningen var ett konstaterat läkemedelsberoende. Enbart användning av ett visst läkemedel i många år är dock inte en tillräcklig grund för att konstatera ett beroende. När medicineringen bedöms måste läkaren göra en avvägning mellan läkemedlets fördelar och nackdelar. God medicinsk praxis-rekommendationerna innehåller mer information om vårdpraxis med anknytning till användningen av läkemedlet.

3.1.2 Förfaranden i samband med inskrivningssamtalet

När patienterna kom till avdelningen genomfördes ett inskrivningssamtal där även självmordsbenägenheten bedömdes. Iakttagelser och information om deras självmordsbenägenhet erhöles. För ingen av patienterna var slutsatsen att patienten skulle löpa akut risk att begå självmord.

I uppgifterna för en av patienterna hade det antecknats att patienten tidigare hade berättat om en önskan att begå självmord på ett visst sätt. På grund av den stora mängden information upptäcktes inte denna uppgift. Självmordsbenägenhet registreras inte nödvändigtvis som en riskuppgift i klient- eller patientdatasystemet, och då är det svårt att upptäcka denna uppgift eftersom informationsmängden kan vara stor.

Olika verktyg är tillgängliga för bedömning av självmordsbenägenheten. De verktyg som har konstaterats fungera räknas upp i God medicinsk praxis-rekommendationen. Bedömningen av självmordsbenägenheten är krävande och kräver specialkunskap. Därför förutsätts det att personalens utbildning och kunnande upprätthålls samt att personalen känner till metoderna för att förebygga självmord. Frågor om självmordstankar leder inte till ökad suicidrisk.

3.1.3 Avdelningsvården

Personalens uppfattning om patienternas självmordsbenägenhet förändrades inte under avdelningsvårdens gång. Patienterna hade bland annat tillstånd att vistas utomhus på egen hand. Under vården upplevde patienterna personliga besvikelser som de uppfattade som betydande. Att befinna sig på ett sjukhus är en stor förändring jämfört med den vanliga

⁵⁷ Med stigma avses en icke önskvärd social stämpling, som orsakar bland annat skam, lidande och minskad självuppskattning.

vardagen och de grundläggande vanorna. Avdelningsvården medförde inga sådana framsteg i patienternas mående att de skulle ha hittat en lämplig riktning i livet och känt hopp.

En trivsamt omgivning och möjligheter att vistas utomhus främjar ofta patientens återhämtning, vilket innebär att tröskeln att begränsa dessa är hög. Målet med avdelningsvården är att patientens tillstånd ska förbättras, funktionsförmågan ska bibehållas och patienten ska klara sig med stöd av öppenvården efter utskrivningen, vilket innebär att man strävar efter att patienten ska ha ett så normalt liv som möjligt.

Medicinstuderande och läkare under specialisering deltog i vården av patienterna. Enligt sjukhuset var dock bakgrundsstöd av mer erfarna läkare lättillgängligt. I Finland utexamineras alltför få psykiatriker i förhållande till behovet och det är brist på psykiatriker i den offentliga sektorn. Läkarsituationen inom psykiatri kan påverka patienternas vård.

Självordsbenägenheten bedöms och följs upp kontinuerligt efter inskrivningssamtalet under avdelningsvårdens gång. Verksamhetsmodellerna, användningen av bedömningsverktyg och sätten att tala om självmord varierar.

Syftet med God medicinsk praxis-rekommendationen är att effektivisera förebyggandet av självmord inom hälsovården, men rekommendationen har inte lett till förenhetligande av bästa praxis. Genomförandet av rekommendationen följs inte upp nationellt som en del av förebyggandet av självmord.

3.1.4 Självmorden

Tre patienter i psykiatrisk avdelningsvård begick självmord genom drunkning inom loppet av tre veckor. De hade möjlighet till detta under den sedvanliga avdelningsvården.

Det finns metoder att förhindra möjligheten till självmord och en stor del av dessa metoder har utnyttjats både på de psykiatriska sjukhusen i allmänhet och vid Moisio sjukhus. En del av sjukhusfastigheterna är gamla och därför svårare att modifiera så att de är idealiska med tanke på den psykiatriska vården.

Fastigheterna, omgivningarna och förfarandena vid sjukhus är förknippade med möjligheter att begå självmord. Det finns utrymme för förbättring när det gäller att systematiskt korrigera dessa faktorer och lära sig av bästa praxis. I Finland pågår som bäst åtskilliga nybyggnadsprojekt där psykiatriska avdelningar görs till en del av centralsjukhus. Digitalisering och tekniska lösningar för att förbättra klient- och patientsäkerheten genomförs dock sektor-, projekt- eller aktörspecifikt. Information om nya lösningar och god praxis sprids inte i tillräcklig utsträckning och systematiskt mellan olika aktörer.

Självords som inträffat inom social- och hälsovårdstjänsterna kan utredas lokalt vid verksamhetsenheten, men det är inte obligatoriskt. Interna utredningar vid verksamhetsenheterna är baserade på enhetens eget övervägande och görs sporadiskt. Lärdomarna av utredningen förblir hos den egna organisationen och utnyttjas inte på ett bredare plan för att främja klient- och patientsäkerheten inom social- och hälsovårdstjänsterna.

Myndigheten som utövar tillsyn över hälso- och sjukvården utreder inte självmordsfall på ett heltäckande sätt, utan i praktiken enbart i fall där ett klagomål har inlämnats. Information om en del av fallen publiceras som sammanfattningar av avgörandena. Tillsynsmyndigheten förfogar över information som inte har publicerats och som skulle kunna vara till nytta.

Ingen myndighet har ålagts uppgiften att systematiskt utreda självmordsfall i syfte att på basis av fallen förbättra säkerheten och förebygga självmord. De lärdomar som sporadiskt samlas hos myndigheterna och serviceproducenterna utnyttjas inte systematiskt.

4 SLUTSATSER

Slutsatserna omfattar orsakerna till olyckan eller tillbudet. Med orsak avses olika slags faktorer bakom händelsen och direkta och indirekta omständigheter som har påverkat den.

1. En av patienterna hade under flera år varit föremål för åtskilliga orosanmälningar som behandlades av primärvården. Man hade försökt få patienten till vård redan tidigare. Patienten hade motsatt sig vård. Patienten skulle ha gynnats av att få vård i ett tidigare skede. Situationen framskred först efter en aktiv insats av en socialarbetare.

Slutsats: *Förfarandena inom primärvården svarar inte nödvändigtvis i tillräckligt god tid på servicebehovet för en patient som har flera olika problem. Samarbete mellan socialtjänsterna och hälso-tjänsterna möjliggör bästa möjliga slutresultat.*

2. För en av patienterna började situationen försämrans i samband med en nedtrappning av medicineringen 1,5 år innan patienten togs in för avdelningsvård. Den ersättande medicineringen fungerade inte. I journalerna nämns det inte att någon skulle ha övervägt att återgå till den ursprungliga medicineringen.

Slutsats: *En fungerande medicinerings är en väsentlig del av vården av en psykiatrisk patient och förändringar i medicineringen kan ha en betydande inverkan på patientens mående. Nedtrappningen av medicineringen bedöms inte nödvändigtvis på nytt trots att patientens situation inte förbättras.*

3. I en av patienternas journal hade det före avdelningsvården antecknats att patienten planerade att begå självmord på ett visst sätt. Denna information hade inte registrerats som en riskuppgift och förmedlades inte till sjukhusets personal. Patienten genomförde självmordet på det beskrivna sättet.

Slutsats: *Information med anknytning till beteende registreras inte nödvändigtvis som en riskuppgift, vilket innebär att det är möjligt att information som är kritisk med tanke på patientens vård försvinner bland klient- och patientuppgifterna.*

4. Patienternas självmordsbenägenhet identifierades inte i bedömningarna som gjordes under avdelningsvårdens gång. Verksamhetsmodellerna, användningen av verktyg och sätten att tala om självmord varierar. God medicinsk praxis-rekommendationen har inte lett till ett förenhetligande av bästa praxis. Bedömningen är krävande och förutsätter specialkunskap.

Slutsats: *De strukturerade metoderna som beskrivs i God medicinsk praxis-rekommendationen utnyttjas inte alltid systematiskt, utan man förlitar sig på samtal med och observation av patienten i bedömningarna.*

5. I patientvården på den psykiatriska avdelningen deltog blivande läkare som fortfarande studerade, läkare under specialisering och specialistläkare inom psykiatri. Enligt sjukhuset hade de mindre erfarna läkarna god tillgång till stöd av mer erfarna läkare.

Slutsats: *Det är brist på psykiatriker inom den offentliga hälsovården, vilket för sin del har påverkats av den knappa utbildningsmängden. Specialistläkarna inom psykiatri har en central roll i verkställandet av kvaliteten och säkerheten inom avdelningsvården. Även specialkunskapen hos andra som deltar i vården är viktig.*

6. På sjukhusens psykiatriska avdelningar har man strävat efter att avlägsna faktorer som gör det möjligt att begå självmord. Rörelsefriheten för en patient som får vård kan begränsas endast av vägande vårdrelaterade skäl. I sjukhusmiljön finns faktorer som gör

det möjligt att begå självmord och det finns utrymme för förbättring när det gäller att systematiskt korrigerade dessa faktorer och dra lärdomar av bästa praxis.

Slutsats: *Det finns ingen riskfri sjukhusmiljö, eftersom det inte är möjligt att avlägsna alla riskfaktorer. Målet med vården är att patienten ska klara av vardagen, och för att uppnå detta mål bör patienten ha en så omfattande frihet som möjligt. Betydelsen av en patientspecifik riskbedömning framhävs.*

7. En serviceproducent har möjlighet att utreda självmord som har begåtts av patienter, men de eventuella säkerhetsfrämjande lärdomarna som utredningen ger upphov till blir kvar endast hos serviceproducenten. Tillsynsmyndigheten har möjlighet att utreda självmord som begås av patienter inom social- och hälsovården. Myndigheten publicerar utredningsresultat sporadiskt.

Slutsats: *Ingen myndighet har ålagts uppgiften att systematiskt utreda självmord inom avdelningsvården ur ett perspektiv som fokuserar på att dra lärdom av fallen och förebygga självmord. De lärdomar som sporadiskt samlas hos myndigheterna och serviceproducenterna utnyttjas inte systematiskt.*

5 SÄKERHETSREKOMMENDATIONER

5.1 Registrering av självmordsrisk som en riskuppgift i patientdatasystemen

Det är svårt att upptäcka viktiga klient- och patientanteckningar i massan av patientdata om de inte tydligt registreras som en riskuppgift. Registrering av riskuppgifter är en viktig del av arbetet för yrkesverksamma inom social- och hälsovården för att både patient- och klientsäkerheten ska kunna säkerställas.

Olycksutredningscentralen rekommenderar att

Institutet för hälsa och välfärd ombesörjer att riskuppgifter som gäller självmord inkluderas som riskuppgifter i Kodtjänsten. Registrering av riskuppgifter som gäller självmord bör främjas som en del av välfärdsområdenas informationsproduktion samt i allmänhet som en del av utvecklingen av registreringen inom social- och hälsovården, så att riskuppgifter lätt kan hittas och användas som stöd för en säker vård. [2022-S15]

Kodtjänsten⁵⁸ som upprätthålls av Institutet för hälsa och välfärd möjliggör registrering av uppgifter så att självmordsrisken framgår bättre och mer logiskt än förut i vyn för riskuppgifter i patientdatasystemen. Kodtjänstens kodverk förnyas under 2022.

5.2 Säkerställande av tillgång till specialkompetens inom psykiatri

Vården av psykiatriska patienter kräver särskild kunskap. Utöver specialistläkare inom psykiatri deltar emellertid också blivande läkare som fortfarande studerar och läkare under specialisering i vården av psykiatriska patienter som är svårt sjuka och har många olika problem, eftersom det råder betydande brist på specialistläkare inom psykiatri. Specialistläkarna inom psykiatri har en central roll i genomförandet av en högklassig och säker vård, även om de mindre erfarna läkarna skulle ha tillgång till stöd av mer erfarna läkare.

Det finns olika metoder för att förebygga självmord hos psykiatriska patienter och identifiera självmordsbenägenhet, men dessa metoder kräver specialkompetens och de används i varierande grad. Verkställandet av God medicinsk praxis-rekommendationen följs inte upp.

Olycksutredningscentralen rekommenderar att

Social- och hälsovårdsministeriet ombesörjer att välfärdsområdena har specialkompetens om tjänster som motsvarar de sektorsövergripande psykiatriska servicebehoven hos klienterna och patienterna. Identifieringen av sektorsövergripande psykiatriska servicebehov och specialkompetensen inom förebyggande av självmord behöver stärkas i samarbete med utbildningsorganisationer och arbetslivsaktörer. Mängden specialistläkare inom psykiatri bör ökas inom den offentliga hälso- och sjukvården. [2022-S16]

⁵⁸ Kodtjänsten har till uppgift att dela de nationellt enhetliga datastrukturer som behövs för de elektroniska patient- och dokumentsystemen inom social- och hälsovården. Exempel på datastrukturer är kodverk, klassifikationer, terminologier och registeruppgifter. Kodtjänsten ombesörjer också datastrukturernas kvalitet samt utvecklar och underhåller datastrukturerna.

Det tar flera år att öka mängden specialistläkare inom psykiatri. Identifieringen av servicebehov i rätt tid och stärkandet av kompetensen kan också främjas genom grundutbildningar och fortbildningar med anknytning till identifiering av sektorsövergripande psykiatriska servicebehov och förebyggande av självmord samt genom god praxis och förankring av verktyg och modeller.

5.3 Utredning av självmordsförsök och självmord som inträffar inom social- och hälsovården

I Finland har vi ingen exakt bild av självmordsförsök och självmord som inträffar inom social- och hälsovården. Utredningen är inte systematisk och ingen heltäckande statistik sammanställs. En helhetsbild saknas. Tillsynsmyndigheten har ingen skyldighet att utreda självmordsfall. Myndigheten publicerar information om avgöranden i liten utsträckning, vilket innebär att de säkerhetsfrämjande lärdomarna inte sprids. Utredningen av allvarliga tillbud vilar i regel på serviceproducenternas eget övervägande och lärdomarna som erhålls delas inte.

Olycksutredningscentralen rekommenderar att

Social- och hälsovårdsministeriet säkerställer att en uppdaterad och avtalad verksamhetsmodell för utredning av patienters eller klienters självmordsförsök och självmord tas i bruk inom social- och hälsovården. De säkerhetsrelaterade lärdomarna som utredningen producerar ska delas inom och mellan välfärdsområdena som en del av den kontinuerliga utvecklingen av säkerhetsledningen och verkställandet av den nationella patient- och klientsäkerhetsstrategin. [2022-S17]

En modell för utredning av allvarliga tillbud bör vara beskriven till exempel i serviceproducentens plan för egenkontroll som en del av strukturerna för patient- och klientsäkerhetskulturen, informationsledningen och riskhanteringen. Även i den nationella verkställighetsplanen för klient- och patientsäkerhetsstrategin (2022–2026) betonas tydliga verksamhetsmodeller för behandling, rapportering och lärdomar av allvarliga tillbud vid varje arbetsenhet. I strategin har social- och hälsovårdsministeriet ålagts uppgiften att förnya beskrivningarna som gäller behandlingen av allvarliga tillbud.

I den nationella strategin för psykisk hälsa och det nationella programmet för suicidprevention (2020–2030) identifieras behovet att inrätta ett nationellt självmordsregister. Uppgiften har tilldelats Institutet för hälsa och välfärd i egenskap av registermyndighet för social- och hälsovården.

5.4 Vidtagna åtgärder

Under Essotes projekt Apua Ajoissa! har vårdkedjorna för personer som har försökt begå självmord, personer som löper risk att begå självmord och deras anhöriga bearbetats tillsammans med vårdpersonal, organisationer och erfarenhetsexperter. Målet är att verksamhetsmodellerna för förebyggande av självmord ska bli klara hösten 2022. I detta ingår även registrering av självmordsförsök i patientens riskuppgifter. Utvecklingsarbetet pågår i samarbete med Institutet för hälsa och välfärd.

Social- och hälsovårdsministeriet publicerade i februari 2022 en ny Klient- och patientsäkerhetsstrategi och verkställighetsplan för åren 2022–2026. Allvarliga tillbud och behandlingen av dem har beaktats i strategin. Dessutom kommer beskrivningarna av

behandlingen av allvarliga tillbud att förnyas på riksnivå under 2022 enligt anvisningar av SHM.

KÄLLFÖRTECKNING

Skriftliga källor

- 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. *Läkartidningen* 75 (38): 1926–1930.
- Haavisto, E., Helovuori, A., Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (2012) *Vakavien vaaratapahtumien tutkinta: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille*. Finlands patient- och klientsäkerhetsförening rf:s publikation. Åbo: 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. *Läkartidningen* 75 (38): 1920–1925.
- Leskinen, S. (2019) Mitä tapahtuu virheen tekijälle? *Läkartidningen* 74(18): 1108-1109.
- Läkarföreningen Duodecim (2020) *Aivot ja mieli – terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen*. Konkensusutlåtande publicerat vid koncensusseminarium.
- Olycksutredningscentralen (2011) *Drunkningsolyckor i Finland 1.4.2010-31.3.2011*. Utredningsrapport S1/2010Y.
- Olycksutredningscentralen (2015) *Kollision mellan en personbil och en buss i Högfors 4.7.2015*. Utredningsrapport Y2015-02.
- Pajunen, K. (2020) *Itsetuhoisuuden henkilöiden hoidon kehittäminen julkisella sektorilla – Kuvailuva kirjallisuuskatsaus*. Examensarbete. Yrkeshögskolan Diakonia.
- 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.
- Partonen, T. (2020) Yhdessä voimme estää itsemurhakuolemia. *Läkartidningen* 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". *Läkartidningen* 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. Helsingfors. Institutet för hälsa och välfärd.
- Tahvanainen, M., Riipinen, P., Jääskeläinen, E. & Halt, A.-H. (2021) Miten itsemurhariskiä arvioidaan? *Medicinska tidskriften Duodecim* 137(9): 952–932.
- Tiilikainen, E. (2016) *Yksinäisyys ja elämänkulku : Laadullinen seurantatutkimus ikääntyvien yksinäisyydestä*. Doktorsavhandling. Helsingfors universitet: Statsvetenskapliga fakultetens publikationer.
- 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. *Patient- och klientsäkerhetens lägesbild och uppföljningsförfaranden: Förslag till lokal, regional och national uppföljning*. Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2021:68. Helsingfors. Statsrådets kansli.
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. (red.) (2020) *Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030*. SHM:s publikationer 2020: 6. Helsingfors. SHM.

Utredningsmaterial

- 1) Fotografier, mått och annat material från platsundersökningen
- 2) Uppgifter om väder och förhållanden
- 3) Höranden
- 4) Patient- och klientuppgifter
- 5) Intervjuer med erfarenhetsexperter
- 6) Introduktion till förfarandena vid Jorvs sjukhus (HUS)
- 7) Frågor om de digitala lösningarna vid Niuvanniemi sjukhus
- 8) Konsultation med Psykiaterföreningen i Finland om möjligheterna att utnyttja digitalisering
- 9) Inspelningar av nödcentralens samtal
- 10) Polisens anmälningsmaterial samt flygfotografier och en videoinspelning av sjukhusområdet
- 11) Räddningsväsendets Pronto-material
- 12) Institutet för hälsa och välfärds dödsorsaksmaterial samt rättskemiska och rättsmedicinska resultat
- 13) Institutet för hälsa och välfärds uppgifter om självmordsdödsfall i Finland 2016–2021
- 14) Institutet för hälsa och välfärds statistikuppgifter om finländarnas hälsa och välbefinnande
- 15) Finlands officiella statistik över dödsorsaker 2021
- 16) OECD:s självmordsstatistik 2021
- 17) WHO:s uppgifter om självmord 2021
- 18) Självmordsstatistik från folkhälsomyndigheten i Sverige
- 19) IVO:s (Inspektionen för vård och omsorg) statistik
- 20) Socialstyrelsens statistik och uppgifter
- 21) Valviras tillsynsuppgifter
- 22) Regionförvaltningsverkets tillsynsuppgifter
- 23) Social- och hälsovårdsministeriets nationella kodserver
- 24) Separat psykiatrisk utredning
- 25) Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030
- 26) Nationell klient- och patientsäkerhetsstrategi 2022–2026

- 27) SHM:s patient- och klientsäkerhetsstrategi 2017–2021
- 28) Klient- och patientsäkerhetsplaner inom samkommunen för social- och hälsovårdstjänster i Södra Savolax samt anvisningen om bensodiazepiner
- 29) Kamerainspelningar från Moisio sjukhus
- 30) Moisio sjukhus Haipro-anmälningar om skadliga händelser samt anvisningar och planer för säkerhet och riskhantering
- 31) Uppgifter om området för utevistelse vid Moisio sjukhus och sjukhusets uppgifter om reparationer
- 32) Moisio sjukhus uppgifter om personaldimensionering och personalutfall samt dokument om introduktion av personal och uppgifter om personalens utbildningar
- 33) Material från enkätundersökningen i Apua ajoissa! -projektet i Södra Savolax
- 34) Finländska Läkarföreningen Duodecims God medicinsk praxis-rekommendationer.

SAMMANFATTNING AV UTLÅTANDEN OM UTKASTET TILL UTREDNINGSRAPPORTEN

Utkastet till utredningsrapport har varit på remiss hos social- och hälsovårdsministeriet, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira, regionförvaltningsverket i Östra Finland, samkommunen för social- och hälsovårdstjänster i Södra Savolax samt de avlidnas anhöriga. Enligt lagen om säkerhetsutredning av olyckor och vissa andra händelser publiceras inte enskilda personers utlåtanden.

Social och hälsovårdsministeriet (SHM) konstaterar i sitt utlåtande i fråga om den första rekommendationen som riktats till ministeriet att ministeriet följer upp utbildningsbehovet för läkare per specialisering samt prognoserna för utbildningsbehovet. Överlag kommer bristen på specialistläkare att förvärras i Finland under de närmaste åren på grund av pensioneringar. Det finns redan nu en oro över om i synnerhet läkarna inom psykiatri kommer att räcka till. I samband med programmet för social- och hälsovårdspersonalens tillräcklighet och tillgänglighet har SHM inlett tväradministrativa åtgärder för att trygga personalens tillräcklighet och tillgänglighet inom social- och hälsovårdssektorn. Samordningssektionen för specialistläkarutbildning och specialisttandläkarutbildning samt för den särskilda allmänläkarutbildningen, som lyder under SHM, ger varje år universiteten en rekommendation om antalet studierättsplatser till specialistläkarutbildningen per specialisering. I och med åtgärdsprogrammet för specialistläkar- och tandläkarutbildningen stärks också den nationella styrningen för olika specialiseringar.

Beträffande den andra rekommendationen som riktats till SHM, konstaterar ministeriet att allvarliga tillbud och behandlingen av dem har beaktats i klient- och patientsäkerhetsstrategin som publicerades i februari 2022. Beskrivningarna av behandlingen av allvarliga tillbud kommer att förnyas under ledning av SHM i slutet av 2022. I klient- och patientstrategin betonas det att processen för behandling, rapportering och lärdomar av allvarliga tillbud samt den ansvariga personen ska beskrivas tydligt i planen för egenkontroll. Dessutom ska serviceenheten ha en beskrivning av verksamhetsmodellerna för debriefing och defusing i krissituationer och vid allvarliga tillbud och handledning ska vara tillgänglig för alla serviceenheter. Uppfyllandet av målet kommer att följas upp av Klient- och patientsäkerhetscentret.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira påpekar i sitt utlåtande att avgörandena av tillsynsärenden innehåller sekretessbelagda patientuppgifter och att det inte är möjligt att publicera dem som sådana. Valvira strävar efter att publicera sammanfattningar av avgöranden som är av allmänt intresse på sin webbplats. Valvira använder i stor utsträckning information om tillsynsobservationer som fås från besluten i olika typer av styrning och i sin rapportering till bland annat social- och hälsovårdsfältet, Institutet för hälsa och välfärd (THL), social- och hälsovårdsministeriet (SHM) och intressentgrupper, trots att få beslutssammanfattningar har publicerats. Publiceringen kommer att utökas, men lärdomar har också spridits på andra sätt.

Valvira konstaterar på en allmän nivå att självmordsrisken kan minskas genom vederbörlig identifiering och god vård av störningar i den mentala hälsan. Dock kan inte ens den bästa möjliga vården förhindra alla självmord. Självmord inträffar också under vård som bedömts som god och lämplig. Det är i varje fall så att en patient som befinner sig i psykiatrisk sjukhusvård är föremål för den mest intensiva möjliga uppföljningen och vården, och patienten och hans anhöriga har rätt att förvänta sig (i synnerhet under vård oberoende av patientens vilja) att vårdplatsen bär ett särskilt ansvar för att identifiera självmordsrisken och förebygga självmord.

Under projektet Självmord i Finland 1987 undersöktes alla självmord som inträffat under ett år i vårt land (1 397 självmord). Cirka 5 procent av de som begått självmord hade befunnit sig i psykiatrisk sjukhusvård vid tidpunkten för självmordet. Enligt uppgift har detta inte undersökts därefter i Finland. Eftersom mängden psykiatrisk sjukhusvård och andelen sådan vård av all psykiatrisk vård har minskat samtidigt som antalet självmord har minskat avsevärt, är det sannolikt att antalet självmord på sjukhus åtminstone inte har ökat. Detta innebär alltså att cirka 95 procent av självmorden inte inträffar under psykiatrisk sjukhusvård och man kan inte enbart genom att undersöka självmorden som begås på sjukhus dra några tungt vägande slutsatser om självmord och förebyggandet av självmord.

Valvira konstaterar att självmordsrisken för en patient på ett psykiatriskt sjukhus inte är störst under sjukhusvården, utan efteråt. Risken är förhöjd i synnerhet under den första månaden efter sjukhusperiodens slut (post-discharge period). Då kan risken vara till och med 200 gånger så hög jämfört med risken under andra perioder av patientens liv.

I sitt utlåtande föreslår Valvira dessutom preciseringar av de termer som används i utkastet till utredningsrapport samt av avsnitt som gäller God medicinsk praxis-rekommendationerna och Valviras uppgifter.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) anser att det är ändamålsenligt att noggrant utreda självmorden som inträffar i anstaltsförhållanden samt att det är särskilt motiverat att Olycksutredningscentralen har utrett händelserna som ledde till tre personers död. THL betraktar utkastet till utredningsrapport som bra och tydligt. Enligt THL har bakgrundsarbetet utförts på ett heltäckande sätt och ur många olika perspektiv.

THL konstaterar att utredningen av dödsfall vanligtvis begränsas till en rättsmedicinsk undersökning och den interna utredningen som är sjukhusets ansvar, vilken för närvarande inte är förpliktande utan genomförs enligt prövning och i praktiken slumpmässigt. I jämförelse med sjukhusets interna utredning och den rättsmedicinska utredningen av dödsorsaken är en av fördelarna med en säkerhetsutredning att den på ett mer heltäckande sätt undersöker och åskådliggör händelseförloppet och de omständigheter som gjorde det möjligt att begå självmord.

THL konstaterar att utkastet till utredningsrapport inte innehåller någon närmare hänvisning till eller sammanfattning av polisutredningen och inte heller av den rättsmedicinska utredningen av dödsorsaken. I en utredningsrapport av den här typen vore det ändamålsenligt att i korthet sammanfatta dessa delutredningar under egna rubriker. THL konstaterar att de psykiatriska diagnoserna för personerna som begick självmord inte specificeras i rapporten, utan det hänvisas till multisjukdom samt rusmedelsproblem och läkemedelsberoende. Diagnosuppgifter hade kunnat användas med beaktande av anonymiteten. Den separata psykiatriska utredningen var inte tillgänglig när utlåtandet utarbetades. Det vore bra att komplettera utkastet till utredningsrapport med den anvisning enligt vilken läkaren agerade när självmordet inträffade. THL lyfter fram att det är viktigt att tillhandahålla utbildning och tillräckligt seniorstöd för vården av patienter med självdestruktiva symtom. På basis av observationerna från HaiPro-förfarandena har man under de senaste åren insett att anvisningarna om förändring av verksamhetssätten som utarbetats på basis av förfarandet i fråga inte har genomförts i praktiken.

Enligt THL:s uppfattning borde utredningsarbetet i samband med självmordsfall inte vara föremål för prövning, utan obligatoriskt. Förfarandet för anmälning av självmord till den myndighet som ansvarar för tillsynen borde vara systematiskt. Det vore lämpligt att Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) skulle inleda en utredning också av andra orsaker än klagomål som gjorts till verket. Inledandet av en utredningsprocess

borde ske automatiskt och det kunde främjas av sjukhusets eller sjukvårdsdistriktets/välfärdsområdets skyldighet att anmäla fall till Valvira eller regionförvaltningsverket på samma sätt som förfarandena i Sverige. THL föreslår att information om lärdomarna från säkerhetsutredningen kunde förmedlas till exempel via regionförvaltningsverken, eftersom dessa myndigheter på grund av sin tillsynsuppgift också annars har ett nära samarbete med de psykiatriska sjukhusen i sitt område. Dödsfall på grund av självmord i övervakade förhållanden på psykiatrisk anstalt urholkar förtroendet för en sådan del av det psykiatriska vårdssystemet som borde kunna erbjuda trygghet i alla situationer för en människa som lider av ett krisartat problem med den mentala hälsan.

THL lyfter fram att beslut om vård oberoende av patientens vilja och den föregående observationstiden baserad på observationsremissen grundar sig på en psykiatrisk nödsituation, där det har gjorts en bedömning att det är nödvändigt att begränsa personens grundlagsenliga rättigheter. I en sådan nödsituation ska patienten inte bara ges lämplig läkemedelsbehandling och vård baserad på växelverkan, utan också övervakas noggrant. Vistelse på sjukhusområdet utan ledsagande vårdpersonal kan sällan betraktas som ett patientsäkert förfarande. Tröskeln för omedelbar och kontinuerlig samvård som genomförs på avdelning ska vara låg, eftersom arrangemanget ger patienten en viktig känsla av andra människors närvaro och möjlighet till växelverkan alltid när patientens aktivitetstillstånd är lämpligt. Psykiatrisk avdelningsvård som genomförs på detta sätt förutsätter i allmänhet en tilläggsresurs omfattande en skötare i två arbetsskift. Med tanke på uppgiften är det också väsentligt att detta beaktas i dimensioneringen av vårdpersonalens arbete på avdelningen. Som stöd för begränsningsbeslut bör man vid sidan av den patientspecifika kliniska psykiatriska riskbedömningen baserad på patientintervjun och kunskapen om patienten även tillämpa de strukturerade förfarandena som beskrivs i God medicinsk praxis-rekommendationen. THL konstaterar vidare att man i planeringen och allokeringen av resurserna inom den psykiatriska vården ska fästa vikt vid att sjukhusen har tillgång till ett tillräckligt antal psykiatriska sjukhusplatser i förhållande till befolkningen, även i fråga om psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja.

Dessutom föreslår THL preciseringar av de använda termerna och av några avsnitt i utkastet till utredningsrapport.

Regionförvaltningsverket i Östra Finland fäster i sitt utlåtande uppmärksamhet vid nedtrappad medicinering. I utkastet till utredningsrapport övervägdes inte huruvida det eventuella bytet av vårdande läkare åtskilliga gånger inom ett och ett halvt år ledde till att effekten av förändringar i medicineringen inte följdes upp på ett konsekvent sätt och att man inte reagerade i tillräcklig utsträckning på situationen. Det klargjordes inte heller vilken roll en skötare inom öppenvården har när det gäller uppföljningen av medicineringen. I utkastet till utredningsrapport hade det kunnat fästas större vikt vid programmet för minskning av användningen av bensodiazepiner, som har genomförts inom Essotes mentalvårds- och missbrukartjänster under de senaste åren.

Regionförvaltningsverket i Östra Finland instämmer i synpunkten att det är svårt att upptäcka självmordsintentioner i den stora informationsmängden och att yrkesverksamma inom sektorn behöver ha tillgång till olika verktyg för bedömning av självmordsbenägenheten. Bedömningen av självmordsbenägenheten förutsätter att personalens utbildning och kunnande upprätthålls samt att personalen känner till metoderna för att förebygga självmord.

Regionförvaltningsverket i Östra Finland konstaterar att den egna skötarens roll i vården av varje patient och bedömningen av situationen inte framkom i utkastet till utredningsrapport. Regionförvaltningsverket i Östra Finland har via klagomål och andra informationskällor fått

kännedom om att patienter känner sig ensamma på avdelningarna vid Moisio sjukhus. En bedömning av skötarnas tidsanvändning och vårdarbetets kvalitet ur detta perspektiv hade också varit värdefull. Regionförvaltningsverket i Östra Finland konstaterar att inte ens bakgrundsstöd ersätter erfarna specialistläkares personliga insats i undersökningen och vården av en patient. Regionförvaltningsverket i Östra Finland lyfter fram att det i ett nyligen avslutat tillsynsärende inom Essotes mentalvårds- och missbrukartjänster (ISAVI/6645/2020) har konstaterats att det råder allvarlig brist på tjänsteläkare, men åtgärder och diskussion med anknytning till detta saknas på riksnivå.

Regionförvaltningsverket i Östra Finland instämmer i den slutsats som presenteras i utkastet till utredningsrapport, enligt vilken specialistläkarna inom psykiatri har en central roll i verkställandet av kvaliteten och säkerheten inom avdelningsvården och även specialkunskapen hos andra som deltar i vården är viktig. Regionförvaltningsverket i Östra Finland inställer också i uppfattningen att myndigheten som utövar tillsyn över hälso- och sjukvården inte utreder självmordsfall på ett heltäckande sätt, utan i praktiken enbart i fall där ett klagomål har inlämnats. Regionförvaltningsverket i Östra Finland konstaterar att regionförvaltningsverken under de senaste åren har utökat sin publicering av beslutssammanfattningar, men att fallen som publiceras väljs ut slumpmässigt. Tillsynsmyndigheten saknar resurser och tillsynen av mentalvårdstjänster för vuxna är slumpmässig, vilket förhindrar ett effektivare utnyttjande av tillsynen för att förbättra patientsäkerheten.

Regionförvaltningsverket i Östra Finland instämmer också i den slutsats i utkastet till utredningsrapport där det konstateras att förfarandena inom primärvården inte nödvändigtvis svarar i tillräckligt god tid på servicebehovet för en patient som har flera olika problem. Dessutom föreslog regionförvaltningsverket i Östra Finland preciseringar av texten som gäller verkets egen verksamhet samt avsnitten som gäller God medicinsk praxisrekommendationerna.

Samkommunen för social- och hälsovårdstjänster i Södra Savolax (Essote) föreslår i sitt utlåtande preciseringar av sju avsnitt i utkastet till utredningsrapport. Essote konstaterar att beslutet om utredning föregicks av att Essote tog kontakt och begärde att en utredning ska inledas. I sitt utlåtande tackar Essote utredarna för gott samarbete samt en planmässig och noggrann utredning. Essotes organisation kommer att utnyttja observationerna som erhållits i patient- och personsäkerhetsarbetet och i utvecklingen av detta arbete.