

MARINA KINNUNEN
JOUKO LÖNNQVIST
JESPER EKELUND
RISTO P. ROINE
LEENA-MAIJA AALTONEN
PERTTI MUSTAJOKI

Potilaan itsemurha hoitosuhteen aikana on aina haittatapahtuma

- Itsemurhavaaraa on vaikea ennakoida. Potilas voi tehdä itsemurhan osastohoidon aikana tai kotilomallaan, vaikka olisi sairaalan tai omaisen valvonnassa.
- Ongelmallisia tilanteita tulee erityisesti silloin, kun hoidon kokonaisvastuu on hajautettu, henkilökunnan vaihtuvuus on suurta ja erityisesti loma-aikoina, kun henkilökuntaa on liian vähän.
- Tapahtunutta itsemurhaa tulee tarkastella henkilökunnan kanssa systemaattisesti ja tarjota työnohjausta ja tarvittaessa hoitoa. Tapahtuman kieltäminen ja kapselointi on kaikille osapuolille haitallista.

Tapaus 1.

Potilas tuli terveyskeskuslääkärin M1-lähetteellä osastolle hoitoon. Hoitoon tullessaan hän oli psykoottinen, mutta tunnisti äänet harhoiksi ja kiisti itsetuhoisuuden. Seuraavana päivänä tilanne kuitenkin huononi, eikä potilas enää ollut orientoitunut paikkaan, aikaan eikä itseensä. Hänet jouduttiin eristämään ja tekemään pidättävä hoitopäätös hoidon jatkumisen turvaamiseksi.

Useasta psykoosilääkkeestä huolimatta potilaan oireet jatkuivat ja hänen liikkumisvapautaan ja yhteydenpitoaan piti rajoittaa. Lisäksi hänen painonsa laski voimakkaasti koko osastohoidon ajan, ja potilaalla todettiin sinusbradykardia. Se ei kardiologin mukaan kuitenkaan ollut este antipsykoottisen hoidon jatkamiselle. Sähköhoidosta (ECT) ja klotsapiinilääkityksen aloittamisesta huolimatta potilas oli viimeisen lääkäritapaaminen aikana edelleen psykoottinen, mutta ei vaikuttanut itsetuhoiselta. Muutama päivän päästä hän ei kuitenkaan palannut vapaakävelyltään, ja parin tunnin kuluttua poliisi ilmoitti löytäneensä potilaan kuolleen. Potilas oli tehnyt itsemurhan vapaakävelynsä aikana.

Tapaus 2.

Potilas tuli perjantaina päivystykseen huonontuneen voinnin, uniongelmien ja vapinan takia. Tyttären mukaan potilas oli myös ollut masentunut ja esittänyt itsetuhoisia ajatuksia kertoen, ettei jaksa enää. Päivystyksessä tehdyssä, masentuneisuutta kartoittavassa BDI-testissä potilas sai korkean pistemäärän, joka sopi vakavasteiseen masennukseen. Koska potilaalla oli aika varattuna psykiatrin vastaanotolle jo maa-

nantaina, päätettiin hänet kotiuttaa tematsepami- ja propranololilääkityksen turvin. Maanantaina tilanne oli kuitenkin edelleen niin hankala, että potilas ohjattiin M1-lähetteellä osastohoitoon.

Sisäänkirjaamisen yhteydessä tehdyssä haastattelussa päädyttiin vapaaehtoiseen hoitoon siitä huolimatta, että potilas ilmoitti jättäneensä haittavaikutusten takia SSRI-lääkityksen kokonaan pois viisi päivää aikaisemmin. Lääkityksen tarve arvioitiin kuitenkin osastolla ilmeiseksi, ja potilaille aloitettiin toinen masennuslääke. Hoidon edetessä hän kävi ensin yhden yön lomalla, jonka jälkeen tehtiin pääsiäislomasuunnitelmia. Siinä todettiin, että jos vointi sallii, potilas saa mennä kotiin useammaksi päiväksi, koska tiedossa oli, että tytär viettää pääsiäistä hänen kanssaan. Ennen lomaa masennuslääkitystä vielä lisättiin. Loman toisena päivänä, potilas teki kotona itsemurhan.

Tapausten jatkokäsittely

Esimerkkitapausten tarkemman selvittelyn pohjalta ilmeni mm. seuraavanlaisia myötävaikuttavia asioita: hoitohenkilöstön vaihtuminen, tarkoituksenmukaisen hoitopaikan puuttuminen, hoitomuodon ja lääkityksen uudelleenarvioinnin tarve, kokonaisvastuun hajautuminen usealle taholle sekä riittämätön työvoima kesällä loma-aikoina, jolloin alan asiantuntijoita oli vähemmän sairaalan käytössä.

Pohdinta

Potilaan itsemurha, itsemurhan yritys tai itsensä vakavasti vahingoittaminen laitoshoidon aikana on Yhdysvaltain potilasturvallisuutta edistävän Agency for healthcare research and

KIRJALLISUUTTA

- 1 <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/3/never-events>
- 2 Walsh G, Sara G, Ryan CJ ym. Meta-analysis of suicide rates among psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 2015;131:174–84.
- 3 Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2014;168:476–83.
- 4 Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: a systematic review of inpatients suicides. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:315–28.

quality (AHRQ) -järjestön mukaan ”never event” eli sellainen tapahtuma, joka ei saisi koskaan toteutua (1).

Itsemurhan todennäköisyys psykiatrisessa sairaalahoidossa on nykyään 1–3 itsemurhaa tuhatta potilasvuotta kohden (2). Yksiköissä, joihin kertyy runsaasti riskipotilaita, itsemurhan vaara on vielä suurempi.

Merkittävin itsemurhavaaraa ennakoiva riskitekijä on aiempi itsemurhayritys (3). Jos itsemurhayritys tai itsemurhavaara on hoitoon tulon keskeinen syy, on erityisesti muistettava itsemurhariski erillisenä seurattavana asiana. Usein se jää muiden hoitotavoitteiden varjoon. Tyypillisesti potilaan psykoosin tai masennuksen vaikeusaste tulee hoidon keskeiseksi kohteeksi, ja itsemurha potilaan sisäistämänä strategiavaihtoehtona sekä itsenäisenä käyttäytymismallina jää liian vähälle huomiolle. Myös-

Kaikki hoitoketjussa tapahtuvat vastuun siirrot lisäävät itsemurhan todennäköisyyttä.

kään potilaan itsetuhoisuuden psykologinen ymmärtäminen ei sinällään vähennä itsemurhavaaraa, vaan voi joskus päinvastoin luoda petollisen tunteen tilanteen hallinnasta.

Sairaalaolosuhteet eivät sinällään estä itsemurhia, mutta antavat kyllä mahdollisuuden jatkuvalla havainnoinnille, suojalle ja myös intensiiviselle hoidolle. Suurin riski ajoittuu aivan hoidon alkuun, hoidossa tapahtuvien muutosten ajankohtaan ja erityisesti muutaman viikon jaksoon sairaalahoidon jälkeen (4). Myös kaikki hoitoketjussa tapahtuvat vastuun siirrot lisäävät itsemurhan todennäköisyyttä. Valtaosa itsemurhista liittyy erityisesti masennustiloihin, psykooseihin, päihdeongelmiin, persoonallisuushäiriöihin ja sekavuustiloihin sekä näiden erillisiin yhdistelmiin.

Sairaalasunnittelussa tulisi kiinnittää vielä nykyistä enemmän huomiota siihen, että sairaala ei tarjoaisi tilaisuuksia korkealta hyppäämiseen, hirttäytymiseen tai hukuttautumiseen. Hoitotilanteissa tulisi varmistaa, ettei potilaalla ole käytössään letaaleja lääkeannoksia tai muita vaarallisia itsemurhavälineitä, kuten aseita tai myöskään autoa.

Itsemurhien vähentäminen

Lähiomaisten kanssa tehtävä yhteistyö on tärkeää jo hoidon alkuvaiheessa. Omaisten hoitoon osallistumisen toimintamallista on tehtävä riittävän selkeä ja omaisia tulee ohjeistaa sen suhteen, miten potilaan vointia voi lomien aikana seurata.

Potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta on pyrittävä ennakoimaan omahoitajan ja lääkärien vaihtuminen. Vaihtumisesta aiheutuvat riskit on minimoitava. Kesäloma-ajan resurssien vähyys on huomioitava osastoilla ja työntekijöiden riittävä perehdytys on varmistettava. Potilaan hoidon kokonaisvastuu tulisi selkeyttää kaikille osapuolille epäselvyyksien välttämiseksi.

Kun itsemurha on tapahtunut, se tulisi ottaa systemaattisesti tarkastelun kohteeksi. Myös hoitohenkilökunnalle tulee tarjota yhteisen ammatillisen keskustelun lisäksi tarvittaessa myös yksilöllistä työnohjausta, ja traumaattisimmista tilanteista myös hoitoa. Tapahtuman kieltäminen ja kapselointi on kaikille osapuolille haitallista. Omaisten tuen tarve tulisi myös aina selvittää.

Potilaat voivat joutua myös potilastoverin itsemurhan silminnäkijöiksi tai se voi muutoin tulla heidän tietoonsa. Näissä tilanteissa on tapauskohtaisesti ratkaistava melko nopeasti, mikä on eri osapuolten kannalta paras tapa toimia. Asiallinen avoimuus ei uhkaa ketään, mutta dramatisoiva julkisuus voi aiheuttaa tarpeetonta sekundaarista traumatisoitumista. Tapah-tuman vuoto iltapäivälehtien lööppeihin ei edistä kenenkään mielenterveyttä. ●

Mitä viisas oppii?

- **Kaikki hoitosuhteessa olevien potilaiden itsemurhat tulee tutkia vakavina vaaratapahtumina, jotta vastaavalliset tapahtumat opitaan jatkossa ehkäisemään.**

- **Potilaan hoitosuunnitelmaa on jatkuvasti täsmennettävä ja itsemurhariski ja lääkähoidon asiallisuus tulee arvioida toistuvasti uudelleen. Toimintamalleja on tarvittaessa muutettava joustavasti, jos potilaan tila muuttuu hoidon aikana.**