

**HYVÄN HOIDON REUNA-ALUEILLA**  
Potilasvahinko lääketieteellisen toiminnan valossa

Anna Heinonen  
Sosiaalietiikan pro gradu -tutkielma  
Huhtikuu 2007



# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. Johdanto.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Tutkimuksen taustaa.....</b>	<b>9</b>
2.1. Esineellinen vahinko ja henkilövahinko.....	9
2.2. Potilaan oikeudet.....	10
2.3. Potilaslaki.....	12
2.4. Potilasvahinkolaki.....	13
2.5. Syy-yhteyden arviointi potilasvahinkotapauksissa.....	18
2.6. Lautakunnat.....	20
2.7. Itsemääräämisoikeus.....	21
2.8. Potilas, tieto ja suostumus.....	22
2.9. Potilasvahingot tilastoissa.....	26
<b>3. Lääketieteellistä toimintaa määrittävät kategoriat.....</b>	<b>28</b>
3.1. Hoitojärjestelmä.....	28
3.2. Lääkärin työhön vaikuttavat normit.....	30
3.3. Intentionaalisuus osana toimintaa.....	34
3.4. Toiminta, sen lopputulokset ja seurauk- set.....	38
3.5. Intentio ja toiminta potilastapahtumassa.....	39
<b>4. Lääketieteellinen toiminta esimerkkitapauksissa.....</b>	<b>43</b>
4.1. Huomautus erikoislääkärille.....	43
4.2. Lääkärin ammatinharjoittamisoikeuden poistaminen.....	46
4.3. Väliaikainen kielto lääkärille harjoittaa ammattia.....	52
4.4. Huomautus Terveystieteiden tutkimuskeskuksen pysyvälle asiantuntijalle.....	57
<b>5. Loppukatsaus.....</b>	<b>63</b>
5.1. Tutkimuksen kulku ja pääpiirteet.....	63
5.2. Tutkimustulokset.....	64
<b>6. Lähteet.....</b>	<b>69</b>



# 1. Johdanto

The purpose of health care is to prevent, to diagnose or to treat illness and to maintain and to promote the health of the population. The goal of quality review in health care is continuous improvement of the quality of services provided for patients and the population, and the ways and means of producing these services.

The obligation continuously to improve one's professional ability and to evaluate the methods used is included in the ethical codes of physicians. According to them a physician has to maintain and increase his/her knowledge and skills. He/she shall recommend only examinations and treatments that are known to be effective and appropriate according to the state of medical art.<sup>1</sup>

Maailman Lääkäriliiton Hampurissa vuonna 1997 hyväksymä julistus korostaa jatkuvan kehityksen tarvetta lääketieteessä. Kehitys edellyttää toiminnan arviointia niin hoitojärjestelmän kuin yksittäisen lääkärinkin kohdalla. Se vaatii lääkäriltä jatkuvaa kouluttautumista, taitojen pitämistä ajan tasolla sekä kykyä ja halua itsearviointiin. Näin voidaan lääketieteen avulla parhaalla mahdollisella tavalla palvella ihmiskunnan tarpeita, tarjota hyvää hoitoa.

Hampurin julistus on yksi monista lääketieteen etiikan kansainvälisistä julistuksista. Niiden esikuvana voidaan pitää Hippokrateen valaa, joka oli käytössä jo antiikissa. Kaikkien näiden julistusten ja valojen tarkoituksena on määritellä lääketieteellisen toiminnan rajat. Niiden avulla muodostetaan käsitys lääkärin ihanteesta ja hoitojärjestelmästä, joka takaa kaikille ihmisille parhaan mahdollisen hoidon. Ihanteet ovat läsnä kaikissa eettisissä julistuksissa. Käsitys lääkäristä ihmiskunnan parantajana elää voimakkaana. Julistuksia ei kuitenkaan olisi olemassa, ellei niiden tarkoituksena olisi samalla määritellä myös tämän ihanteen vastakohta.

Vaikka hyvään hoitoon pyrittäisiinkin, siihen ei aina pystytä. Vastään saattaa tulla esimerkiksi resursseihin liittyviä ongelmia, aina ei voida taloudellisista syistä tarjota potilaalle uusimpia hoitomenetelmiä. Joskus myös lääkäri voi epäonnistua. Hän voi esimerkiksi tehdä väärän diagnoosin tai käyttää instrumenttia virheellisesti. Tapahtuu potilasvahinko. Virheet kuuluvat myös lääkärin ammattiin, vaikka siihen liitetäänkin vahvoja ihanteita. Lääkärin toiminnan

---

<sup>1</sup> Peltomaa 2000, 149–150. World Medical Association Declaration with Guidelines for Continuous Quality Improvement in Health Care.

epäonnistuu liikutaan hyvän hoidon reuna-alueilla. Lääketiede ei ole onnistunut tehtävässään. Lääkärin toiminnalla on saattanut olla vakavia seurauksia. Pahimmassa tapauksessa potilas on menehtynyt lääkärin virheeseen.

Mielestäni potilasvahinkojen tutkiminen palvelee Hampurin julistuksen päämääriä. Erilaisia potilasvahinkotapauksia analysoimalla voidaan löytää syitä toiminnan epäonnistumiselle. Tilastoja tutkimalla voidaan kartoittaa terveydenhuollon osa-alueet, joilla potilasvahinkoja sattuu keskimääräistä enemmän. Jos kuitenkin keskitytään itse lääketieteellisen toiminnan arvioimiseen, voidaan päästä lähemmäs itse virheitä ja myös oppia niistä. Näin voidaan toteuttaa Hampurin julistuksen sanomaa jatkuvasta kehityksen ja itsearvioinnin vaatimuksesta mielekkäällä tavalla.

Vuonna 2006 Suomessa korvattiin 2331 potilasvahinkoa, joista lähes 90 prosenttia oli hoitovirheitä. Korvauksia maksettiin yhteensä noin 27 miljoonaa euroa.<sup>2</sup> Korvattavia potilasvahinkoja tapahtui keskimäärin hiukan yli kuusi tapaus joka päivä. Kyseessä on Suomen mittakaavassa varsin merkittävä ilmiö. Korvauksen ehtona on, että vahinko olisi ollut vältettävissä. Näissä 2331 tapauksessa toiminta on siis epäonnistunut jollakin tavalla.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella potilasvahinkoja lääketieteellistä toimintaa määrittävien kategorioiden avulla. Olen määritellyt neljä eri kategoriata, joiden avulla analysoin eri tyyppisiä potilasvahinkotapauksia. Tarkoitukseni on tutkia, millä eri tavoilla toiminta voi epäonnistua hoitotilanteessa. Koska potilasvahinkotapaukset vaihtelevat suuresti, pyrin lähestymään tapauksia erilaisista näkökulmista saadakseni syvällisen käsityksen toiminnan epäonnistumisesta lääketieteessä. Käsittelen tutkimuksessa lääkärin aiheuttamia potilasvahinkoja.

Olen valinnut kategorioiksi hoitojärjestelmän, lääkärin työhön vaikuttavat normit, intentionaalisuuden sekä toiminnan lopputulokset ja seuraukset. Hoitojärjestelmä muodostaa lääkärin toiminnan kontekstin. Vaikka lääkäri toimisi yksityisvastaanotolla, hän on aina osa jotakin hoitojärjestelmää. Intentio ohjaa hänen toimintaansa. Se on aikomus, joka tähtää tiettyyn lopputulokseen. Normit rajaavat lääkärin toimintaa. Ne määrittelevät oikean ja väärän. Normien rikkomisesta rangaistaan. Toiminnalla itsellään voi olla erilaisia seurauksia. Lopputulos ja seuraus eivät välttämättä ole sama asia. Näiden eri kategorioiden avulla olen

---

<sup>2</sup> Potilasvakuutuskeskus 2007.

analysoinut potilasvahinkotapauksia. Kategoriat eivät ole toisensa poissulkevia, vaan toiminta voi epäonnistua kaikissakin kategorioissa.

Metodini on systemaattinen analyysi. Olen pyrkinyt tutkimuksessa selkeyteen ja järjestelmällisyyteen. Olen määritellyt tutkimuksen perustaksi neljä kategoriaa. Analysoin neljä potilasvahinkotapausta näiden kategorioiden valossa. Tutkin miten kussakin tapauksessa toiminta on tai ei ole epäonnistunut hoitosysteemin, lääkärin työhön vaikuttavien normien, teon intention sekä toiminnan lopputuloksen ja seurausten näkökulmasta. Olen valinnut hyvin erilaisia tapauksia, jotta pääsisin monipuolisiin tutkimustuloksiin. Ensimmäinen tapaus on melko tyypillinen hoitovirhe, toinen käsittelee alkoholiriippuvuudesta kärsivän psyykkisesti sairaan lääkärin ammatinharjoittamisoikeuksia, kolmas ylilääkärin vakavia virheitä lääketutkimuksessa ja viimeinen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen pysyvän asiantuntijan ristiriitaisia lausuntoja.

Potilasvahinkoja on tutkittu pääasiassa oikeustieteen sekä lääketieteen näkökulmasta. Taustaluvussa olen hyödyntänyt erityisesti potilasvahinkolakiin ja sen sovelluksiin liittyviä teoksia. Näistä uusin ja kattavin on vuonna 2005 ilmestynyt *Potilas- ja lääkevahingot. Korvaaminen ja ennaltaehkäisy*. Koska potilasvahinkolaki uudistettiin 1999, tuoreita julkaisuja oli saatavilla suhteellisen vähän. Lakiin tehdyt muutokset olivat merkittäviä, joten selkeästi vanhan lain aikaisia tulkintoja en käyttänyt. Jonkin verran ajankohtaista tietoa hain Internet-sivuilta.

Lääketieteellisestä näkökulmasta tehtyjä teoksia oli myös melko vähän. Lääketieteen etiikka tuntuu painottuvan tällä hetkellä bioetiikkaa koskeviin kysymyksiin. Olemassa olevat julkaisut olivat lähinnä selvityksiä joistakin tietyistä tapaustyypeistä ja korvauskäytännöistä. Selkeätä eettistä näkökulmaa potilasvahinkoihin en löytänyt. Lääketieteen etiikan ydinkohdat oli kattavasti koottu Lääkäriliiton julkaisuun *Lääkärin etiikka*.

Neljässä kategoriassa päälähteeni ovat Georg Henrik von Wrightin *Norm and Action* ja G. E. M. Anscomben *Intention*. Teokset tarjosivat vahvan lähtökohdan kategorioiden muotoutumiselle. Sovelsin von Wrightin normiryhmien jakoa lääkärin työhön vaikuttaviin normeihin. Erotin von Wrightin teorian avulla myös toiminnan lopputuloksen ja seuraukset, joita pohdin yhdessä kategoriassa. Anscomben teoksen avulla analysoin intention merkitystä toiminnassa. Teos herätti ajatuksia erityisesti kolmannen potilasvahinkoesimerkin yhteydessä, koska siinä lääkärin toiminnan intentio oli kyseenalaistettava. Hoitosysteemiä koskevan

kategorioiden kokosin eri tietolähteistä. von Wrightin ja Anscomben teokset tarjosivat mielestäni onnistuneesti mielenkiintoisia näkökulmia määrittelemiini kategorioihin.

Työni kannalta ensiarvoisen tärkeä lähde oli *Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen kantelu- ja valvontaratkaisuja 2004*. Kirjaan oli koottu kymmeniä päätöksiä ja kannanottoja vuoden 2004 potilasvahingoista. Tapausten lukeminen auttoi hahmottamaan työn kokonaisuutta. Valitsin esimerkkitapaukseni niiden joukosta. Kirjaan oli koottu vain yhden vuoden tapauksia, mutta uskon niiden edustavan viime vuosien linjaa. Kolmas ja neljäs tapaus ovat melko harvinaisia, mutta koin niiden tarkastelun työni kannalta mielekkääksi. Ensimmäistä ja toista esimerkkitapausta vastaavia oli useita.

Tutkimukseni alkaa taustaluvusta, johon olen koonnut perustietoa muun muassa potilaan oikeuksista ja asemasta sekä potilasvahingoista ja niiden korvaamisesta. Luvun tarkoituksena on johdatella aiheeseen ja sen kielimaailmaan. Ensimmäisessä tutkimusluvussa olen määritellyt neljä kategoriata, joiden avulla voidaan arvioida lääketieteellistä toimintaa. Olen syventynyt melko paljon intentionaalisuuden pohdintaan, koska se mielestäni liittyy olennaisesti työni aiheeseen. Toisessa tutkimusluvussa arvioin esimerkkitapauksia näiden kategorioiden avulla. Lopuksi kokoan yhteen tutkimustulokset.



## 2. Tutkimuksen taustaa

### 2.1. Esineellinen vahinko ja henkilövahinko

Vahingonkorvaus käsittää hyvityksen henkilö- ja esinevahingosta. Milloin vahinko on aiheutettu rangaistavaksi säädetyllä teolla tai julkista valtaa käytettäessä taikka milloin muissa tapauksissa on erittäin painavia syitä, käsittää vahingonkorvaus hyvityksen myös sellaisesta taloudellisesta vahingosta, joka ei ole yhteydessä henkilö- tai esinevahinkoon.<sup>3</sup>

Vahingonkorvauksien maksaminen omaisuutta koskevissa rikkomuksissa on suhteellisen selkeää. Korvauksilla kompensoidaan henkilön kokema aineellinen menetys lainsäädännön ehtojen mukaan. Vahingoittunut tai menetetty omaisuus voidaan yleensä korjata tai korvata uudella. Ainakin menetyksen rahallinen arvo voidaan suhteellisen helposti määritellä. Henkilövahinkojen korvaaminen on sen sijaan ehkä yksi lainsäädännön vaikeimpia puolia, koska korvattavana on usein jotain itsessään korvaamatonta. Kivusta ja särystä tai kosmeettisesta haitasta voidaan maksaa korvauksia, mutta varsinainen vahinko ei silti poistu. Vahinkoa edeltänyttä tilaa ei voida saavuttaa. Myös henkilövahinkojen kohdalla on kuitenkin kyse kompensatiosta, joka maksetaan rahallisessa muodossa. Oikeuden tehtävänä on ikään kuin punnita, kuinka suuri rahasumma korvaa toisessa vaakakupissa painavan vahingon ja kärsimyksen.<sup>4</sup>

Vahinkojen määrittelemisen henkilövahinkotapauksissa edellyttää tiettyjen periaatteiden toteutumista. Ari Saarnilehdon mukaan korvausvelvollisuus edellyttää aina, että on syntynyt vahinkoa: ”Vahinko on sen kärsittävä, johon se on kohdistunut, ellei ole perustetta saada korvaus vahingon aiheuttajalta tai muulta henkilöltä.”<sup>5</sup> Edelleen vahinkoa aiheuttaneen teon tai laiminlyönnin on oltava sellainen, että sen perusteella voi ylipäätään syntyä korvausvelvollisuus. Vahingonkorvausoikeiden mukaan vahinkoa aiheuttanut teko on oikeudenvastainen, eli siihen ei olisi saanut ryhtyä.<sup>6</sup> Vaikka potilasvahingot ovat myös henkilövahinkoja, niihin ei päde aivan samat periaatteet. Lääketieteellisiin toimenpiteisiin ryhtyminen on usein välttämätöntä. Potilasvahinko syntyy yleensä hoitotilanteessa, johon potilas on itse hakeutunut.

---

<sup>3</sup> Saarnilehto 1996, 86.

<sup>4</sup> Munkman 1993, 2.

<sup>5</sup> Saarnilehto 1996, 139.

<sup>6</sup> Saarnilehto 1996, 139.

Saarnilehdon määrittelyn mukaan vahinko on syntynyt teosta, jonka tekijä on tuottanut. Vahingonkorvauslain mukainen korvausvelvollisuus edellyttää aina, että vahinko on aiheutettu tahallisesti tai tuottamuksellisesti. Vahingonkorvauslain mukaan korvausvelvollinen on yleensä tuottamuksellisen teon tekijä.<sup>7</sup> Vaikka potilasvahingoista maksetaan myös korvauksia, ne eroavat selkeästi vahingonkorvauslain määritelmästä. Potilasvahingoissa sanalla *vahinko* voidaan tarkoittaa niin tahattomuutta kuin aiheutunutta vahinkoakin. Muissa henkilövahingoissa viitataan aina aiheutuneeseen vahinkoon. Potilasvahinkotapauksissa tekijä, yleensä lääkäri, ei ole korvausvelvollinen, vaan tapaukset käsitellään ja korvataan keskitetysti.

Potilasvahingot muodostavat oman erityisen kategoriansa vahingonkorvaustyyppien joukossa. Ne määritellään potilaalle terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutuneiksi henkilövahingoiksi. Potilasvahinko korvataan, jos tietyt korvausperusteet täyttyvät. Termejä potilasvahinko ja korvattava potilasvahinko käytetään usein synonyymeinä.<sup>8</sup>

## 2.2. Potilaan oikeudet

Potilaana pidetään potilasvahinkolain mukaan henkilöä, joka käyttää tai on pyrkimässä käyttämään terveyden- ja sairaanhoidon palveluja.<sup>9</sup> Hoitoon hakeutunut ihminen on potilas terveydenhuollosta vastaavien henkilöiden näkökulmasta. Sanat potilas ja lääkäri kertovat hoitosuhteesta, terveydellisen tilan parantamiseen tähtäävästä vuorovaikutuksesta, jota yleensä sanelee pakko tai tarve. Potilaaksi katsominen ei kuitenkaan edellytä sairautta. Esimerkiksi verta luovuttava henkilö on potilas luovutuksensa ajan. Ihminen on yleensä potilas vain hänen terveyttään hoitavan henkilön tai instituution näkökulmasta. Henkilön omassa kontekstissa, työyhteisössä tai perhepiirissä, käsitettä potilas ei käytetä samassa merkityksessä.

Veikko Tähkän mukaan ikä, sosiaalinen kenttä ja persoonallisuuden erikoislaatu määrittävät pääasiassa ihmisen suhteen hänen sairauteensa tai sairastamiseen yleensä.<sup>10</sup> Usein myös aikaisemmat kokemukset sairastamisesta tai hoidettavana olemisesta vaikuttavat potilaan ajatuksiin. Sairauteen liittyvä heikkous ja menetyksen pelko tekevät potilaan tilasta normaalia herkemmän ja haavoittuvaisemman. Tämä asetelma on osa potilaan ja lääkärin välistä suhdetta.

---

<sup>7</sup> Saarnilehto 1996, 140.

<sup>8</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 22–23.

<sup>9</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 74.

<sup>10</sup> Tähkä 1979, 17.

Keskustelu potilaan oikeuksista on käynyt viime aikoina vilkkaana. Lääkärien ammatillinen kuva on muuttunut: heistäkin on omalla tavallaan tullut palveluyhteiskunnan asiakaspalvelijoita. Vuonna 1970 perustettu Suomen potilasliitto ry syntyi korjaamaan silloisia terveydenhuoltoon liittyviä epäkohtia.<sup>11</sup> Nykyään Potilasliitto ajaa aktiivisesti muun muassa potilaiden oikeusturvaan ja tasa-arvoon liittyviä asioita sekä ottaa osaa keskusteluun.

Potilasliitto määrittelee Internet-sivuillaan kahdeksan potilaan oikeuksia kuvaavaa kohtaa. Näistä kuusi ensimmäistä tähtäävät muun muassa potilaiden tasa-arvoiseen ja selkeään kohteluun sekä potilaan oikeuteen olla tietoinen omasta tilanteestaan. Ensimmäiseksi henkilöllä on oikeus päästä hoitoon, saada oikeata hoitoa oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan. Tämä on kaiketi terveydenhuollon yleinen päämäärä. Toisessa kohdassa otetaan kantaa potilas-lääkärisuhteeseen: potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja ystävälliseen kohteluun – kokemukseen siitä, että on tullut kuulluksi ja ymmärretyksi.<sup>12</sup>

Kolmanneksi korostetaan kokonaisvaltaista hoitamista, oikeiden asioiden tutkimista ja päällekkäisten toimintojen välttämistä. Samalla luonnehditaan lääkärin ja potilaan välistä yhteisymmärrystä. Tämä tulee esille myös neljännessä kohdassa, jonka mukaan potilaalla on oikeus saada riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla. Seuraavassa kohdassa halutaan korostaa potilaan oikeutta päättää henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttumisesta. Käytännössä tämä tarkoittaa itsemääräämisoikeutta, valinnanvapautta ja tietoista suostumista hoitoon liittyvissä kysymyksissä. Potilaalla on oikeus nähdä potilasasiakirjansa ja vaikuttaa niiden sisältöön. Samalla korostetaan oikeutta totuudenmukaisiin ja asiallisiin potilasasiakirjamerkintöihin.<sup>13</sup>

Seitsemäs ja kahdeksas kohta ovat työni kannalta mielenkiintoisia. Potilasliiton mukaan potilaalla on oikeus potilasasiamiehen palveluihin, rehelliseen tiedotukseen ja vastuunottoon asioista, jotka menivät pieleen. Tässä kohdassa ei tarkemmin yksilöidä, mitä tarkoitetaan asioilla, jotka menisivät pieleen. Viimeisessä kohdassa tuodaan esille myös termi potilasvahinko. Kahdeksannen kohdan mukaan potilaalla on oikeus tehdä muistutus hoidon ja kohtelun laadusta. Hänellä on myös oikeus avun saamiseen muistutus-, kantelu- ja potilasvahinko-asioissa.<sup>14</sup>

---

<sup>11</sup> Potilasliitto 2004.

<sup>12</sup> Potilasliitto 2004.

<sup>13</sup> Potilasliitto 2004.

<sup>14</sup> Potilasliitto 2004.

### 2.3. Potilaslaki

Suomi on ensimmäisenä maana maailmassa ottanut käyttöön erillisen potilaslain, joka astui voimaan 1.3.1993. Laki säädettiin, koska haluttiin selkiinnyttää ja vahvistaa potilaan oikeusturvaa sekä samalla edistää luottamuksellisen hoitosuhteen syntyä moniulotteisessa ja teknistyvässä terveydenhuollossa. Lain taustalla oli paljolti kansainvälinen keskustelu potilaan oikeuksista muun muassa Maailman terveysjärjestössä WHO:ssa. Kansainvälisen keskustelun lisäksi myös lääkintöhallituksen lakkauttaminen vaikutti lain syntymiseen. Lääkärikunta asettui aluksi vastustamaan lakia mutta antoi sille sittemmin tukensa.<sup>15</sup>

Potilaslain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Syrjintä hoidossa ei ole sallittua. Ikä tai diagnoosi ei saa oikeuttaa sulkemaan potilasta pois palveluista. Laissa on myös maininta resursseista. Yhteiskunnalla on lain mukaan velvollisuus hoitaa potilasta niillä voimavaroilla, jotka ovat kulloinkin terveydenhuollon käytettävissä. Tämä säädös kirjattiin, koska lama-aikana useat potilaat vaativat kanteissaan pääsyä ulkomaille hoitoon, koska Suomessa ei ollut resursseja tarjota kaikkia hoitomuotoja. Tällaiset vaatimukset oli pääsääntöisesti hylätty. Terveydenhuollon resurssien suuruus riippuu poliittisesta päätöksenteosta, jota toteutetaan niin valtakunnan tasolla, aluetasolla kuin paikallisellakin tasolla.<sup>16</sup>

Potilaslaissa vaaditaan kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, johon kuuluu myös asianmukainen puhuttelu sekä asianmukaiset kirjaukset sairauskertomuksiin. Esimerkiksi etunimeltä puhuttelu potilaskertomuksissa (nykyään yleistynyt tapa) on lain nojalla kiellettyä. Lain mukaan lääkärin tulee laatia potilaan hoidosta asianmukaiset merkinnät potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämiseksi sekä hoidon suunnittelun, toteuttamisen ja seuraamisen turvaamiseksi.<sup>17</sup>

Edelleen potilaslaissa vaaditaan potilaan yksityisyyden kunnioittamista. Tämä asettaa omat haasteensa sairaalarakennuksille ja potilastiloille. Esimerkiksi lääkärikerroksilla yksityisyyden suojaaminen monen hengen huoneissa on usein hankalaa. Toimitiloja saneeratessa ja rakennemuutoksia mietittäessä tulisikin kiinnittää huomiota siihen, että ihmisarvo ja yksityisyys otetaan tarvittavalla tavalla huomioon. Pääosa

---

<sup>15</sup> Kokkonen & Holi & Vasantola 2004, 26.

<sup>16</sup> Kokkonen & Holi & Vasantola 2004, 27.

<sup>17</sup> Kokkonen & Holi & Vasantola 2004, 28.

nykyisistä sairaaloista on kuitenkin rakennettu aikana, jolloin potilaslakia tai sen vaatimuksia ei vielä ollut voimassa.<sup>18</sup>

Lain kohdassa, jossa kehoitetaan henkilökohtaisen vakaumuksen kunnioittamiseen, korostetaan lähinnä hyviä tapoja ja kohteliaisuussääntöjä. Laki vaatii potilaan uskonnollisen, yhteiskunnallisen tai muuhun vakaumukseen pohjautuvan kannanoton huomioimista hoitotilanteissa. Laki ei kuitenkaan anna hyväksyntää suorittaa sellaisia uskontoon tai kulttuuriin perustuvia toimenpiteitä, jotka Suomessa katsotaan rangaistaviksi teoiksi. Tämän takia esimerkiksi tyttöjen ympärileikkausta ei sallita missään tilanteissa. Laki kuitenkin korostaa, että potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on otettava huomioon hänen kohtelussaan.<sup>19</sup>

Potilaslain mukaan terveydenhuollon toimintayksikölle on nimettävä potilasiamies, joka voi olla myös yhteinen kahdelle tai useammalle toimintayksikölle. Potilasiamiehen tehtäviin kuuluu potilaiden neuvominen heidän asemaansa ja oikeuksiinsa koskevan lain sovelluksissa sekä potilaiden avustaminen muistutuksen laatimisessa ja potilasvahinkolain mukaisen korvauksen hakemisessa sekä asian vireille paneminen toimivaltaisen viranomaisen luona. Lisäksi potilasiamiehen tulee tiedottaa potilaita heidän oikeuksistaan ja toimia yleisesti potilaiden oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi.<sup>20</sup>

Potilaslain vahvana taustatukena on Suomen perustuslaki. Vuonna 2000 voimaan astuneen perustuslain mukaan:

Jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Ketään ei saa tuomita kuolemaan, kiduttaa eikä muutoinkaan kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta. Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle tarvittavat sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä.<sup>21</sup>

#### **2.4. Potilasvahinkolaki**

Varsinainen potilasvahinkolaki astui voimaan 1.5.1987. Potilasvahinkolaille ei ole takanaan kovin pitkää historiaa, vaikka potilasvahinkoja on varmasti tapahtunut koko lääketieteen historian ajan. Suomessa aihe nousi esille 1970-luvulla, jolloin alettiin kiinnittää huomiota yksilön oikeuksia koskevan lainsäädännön kehittämi-

---

<sup>18</sup> Kokkonen & Holi & Vasantola 2004, 29.

<sup>19</sup> Kokkonen & Holi & Vasantola 2004, 29.

<sup>20</sup> Kokkonen & Holi & Vasantola 2004, 63.

<sup>21</sup> Kokkonen & Holi & Vasantola 2004, 40.

seen.<sup>22</sup> Suomessa haluttiin myös seurata Ruotsin esimerkkiä. Siellä oli otettu käyttöön potilasvakuutusjärjestelmä vuonna 1975. Suomessa osana samaa kehitystä olivat kuluttajansuojalaki (1978) sekä myöhemmin tuotevastuulaki (1991) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1993).<sup>23</sup>

Käytännön myötä huomattiin, että potilasvahinkolaki oli lainsäädännön soveltamista monimutkaisiin ja vaikeasti selitettävissä oleviin lääketieteellisiin asioihin. Erityisesti korvauskäytännöt oli lain sovelluksissa todettu ongelmallisiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön 30.5.1996 asettama työryhmä aloitti potilasvahinkolain uudistamistarpeen selvittämisen. Esillä olivat erityisesti kysymykset potilasvahinkolain soveltamisalasta, lain soveltamisesta erityisesti ulkomailla saatuun hoitoon, lain suhteesta tuotevastuulakiin, vakuuttamisvelvollisuuden laajuudesta sekä potilasvahinkolain korvauseriaatteista erityisesti infektio- ja tapaturmavahinkojen osalta. Lisäksi käsiteltiin korvausten suuruuden määrittelyä ja niiden suhdetta vahingonkorvaus- ja liikennevakuutusikäntöön, potilasvahinkolain vanhentumisaikoihin sekä potilasvahinkolautakunnan asemaan, organisaatioon, selvittämisvelvollisuuteen ja lausuntojenantotoimivaltaan. Uudistunut potilasvahinkolaki astui voimaan 1.5.1999, tasan 12 vuotta alkuperäisen lain voimaantulon jälkeen.<sup>24</sup>

Potilasvahinkolakia sovelletaan länsimaisessa lääketieteessä terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä tapahtuneissa potilasvahingoissa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee terveyden- ja sairaanhoidon potilaan terveydentilan määrittämiseksi, hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviksi toimenpiteiksi, jotka ovat terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimeenpanemia tai suoritettu terveydenhuollon toimintayksikössä. Rajatapauksia ovat muun muassa akupunktio ja esteettinen kirurgia. Akupunktiota voidaan nykyisin käyttää hyväksyttynä hoitomuotona länsimaisen lääketieteen tukena, minkä myötä se on tullut potilasvahinkolain piiriin. Ennen potilasvahinkolain muutosta esteettinen kirurgia ei ollut lain piirissä, mutta nykyisin sitä pidetään terveyden- ja sairaanhoitoon kuuluvana.<sup>25</sup>

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi esimerkiksi toimintayksikön kansliahenkilökunnan tai sairaankuljettajan virheestä sattuvat potilasvahingot voidaan korvata, samoin reseptilääkkeen toimittamisen yhteydessä tapahtuneet

---

<sup>22</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 11.

<sup>23</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 17–18.

<sup>24</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 13–14.

<sup>25</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 67–68.

vahingot. Reseptivapaat lääkkeet ovat kuitenkin lain ulkopuolella. Korvauksen kannalta ei ole merkitystä, onko kyseessä ollut esimerkiksi vapaaehtoistyö vai palkattu työ. Edellytyksenä kuitenkin on, henkilö tai instanssi on etukäteen ilmaissut esimerkiksi sopimuksella harjoittavansa terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa kyseisessä yhteydessä.<sup>26</sup>

Potilasvahinkolaki on voimassa ainoastaan Suomen maa- ja merialueilla. Rajojen ulkopuolella tapahtuneet potilasvahingot eivät ole lain piirissä, vaikka hoitosuhteen osapuolet olisivat suomalaisia tai potilas olisi hoitotakuun vuoksi lähetetty ulkomaille hoitoon. Esimerkiksi Lapin reuna-alueella asuva suomalainen potilas, joka on saanut hoitoa rajan toisella puolella, on Norjan tai Ruotsin potilasvahinkolain piirissä.<sup>27</sup> Lain soveltamisalueen rajaaminen ei kuitenkaan välttämättä merkitse potilaan oikeusturvan tosiasiallista kaventumista. Ulkomailla hyödynnetään lähinnä kalliita ja moderneja hoitomenetelmiä ja –instrumentteja, joita ei Suomessa välttämättä ole ollenkaan saatavissa. Tällaisen hoidon yhteydessä sattuneen vahingon korvattavuus on joka tapauksessa epätodennäköinen. Lisäksi potilaan oikeusaseman turvaa viime kädessä Suomen vahingonkorvauslaki.<sup>28</sup>

Potilasvahinkolain soveltamisalueen rajautuminen pelkästään Suomeen on ollut viime vuosina otsikoissa ulkomailla tehtyjen esteettisen kirurgian leikkausten yleistyessä. Niin kutsutuissa kauneusleikkauksissa epäonnistumisen riski saattaa olla suuri, eikä ulkomailla tehdyistä hoitovirheistä makseta Suomessa korvauksia. Leikkausten edullisempi hinta houkuttelee kuitenkin asiakkaita ulkomaille.

Potilasvahinkolaissa korvattavat vahingot jaetaan seitsemään kategoriaan. Hoitovahingoilla tarkoitetaan tutkimus- tai hoitotoimenpiteestä tai niiden laiminlyönnistä aiheutuvia vahinkoja. Tällaisia ovat esimerkiksi leikkauksiin liittyvät tai niitä seuraavat komplikaatiot tai taudinmäärityksessä tapahtuvat viiveet. Sairaanhoitolaitteen tai välineen viasta aiheutuvat vahingot muodostavat oman kategoriansa. Infektiovahingoilla tarkoitetaan erilaisten mikrobien potilaille aiheuttamia tartuntoja tai tulehduksia. Ne ovat todennäköisesti aiheutuneet tutkimuksen, hoidon tai vastaavan käsittelyn yhteydessä. Lainmuutoksen yhteydessä pelkästään infektoriskin suuruuteen perustuvasta korvauskriteeristä

---

<sup>26</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 68–69.

<sup>27</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 66.

<sup>28</sup> Potilasvahinkolakityöryhmän muistio 1997, 13–14.

luovuttiin. Uuden lain mukaan korvauseriaatteen vaihtui infektion siedettävyyden.<sup>29</sup>

Tapaturmavahingot tarkoittavat erilaisia tutkimuksen tai hoidon yhteydessä aiheutuvia tapaturmaisia loukkaantumisia. Kategoriaan kuuluvat myös sairaankuljetuksen aikana tapahtuvat loukkaantumiset. Varsin harvoja tapauksia koskee kategoria, jossa käsitellään hoituhuoneiston tai laitteiston palosta tai muusta vastaavasta vahingosta aiheutuvia vahinkoja. Suurempi kategoria sen sijaan koskee lääkkeen virheellisestä määräämisestä, toimittamisesta tai antamisesta aiheutuvia vahinkoja. Osa tapauksista käsitellään hoitovirheinä, osa apteekissa tapahtuneina virheellisinä lääkkeen luovutuksina.<sup>30</sup>

Viimeinen kategoria käsittelee kohtuuttomia vahinkoja. Potilasvahinkolain uudistus toi tähän kohtaan mukanaan merkittävän muutoksen. Vanhan lain mukaan hoitotoimenpiteestä aiheutuneita vakaviakaan komplikaatioita ei korvattu, jos kokenut ammattihenkilö ei olisi voinut niitä välttää. Poikkeuksena oli sairauden tai vamman määrittämiseksi suoritetuista tutkimuksista aiheutuneet komplikaatiot, jos niitä voitiin pitää kohtuuttomina laissa todettujen kriteerien perusteella. Uuden lain mukaan korvaus koskee kaikkia hoitovahinkoja. Tosin kohtuuttomaksi katsomisen kynnyks on nostettu uudessa laissa korkeammalle kuin aikaisemmin. Lakiuudistus on vahingon kärsineen kannalta merkittävästi parempi kuin aikaisemmin.<sup>31</sup>

Potilasvahinkolain mukaista korvaustoimintaa hoitaa Suomessa keskitetysti Potilasvakuutuskeskus. Lainuudistuksen myötä Potilasvakuutusyhdistyksen nimi muuttui Potilasvakuutuskeskukseksi. Kaikkien potilasvakuutustoimintaa Suomessa harjoittavien vakuutusyhtiöiden on kuuluttava jäsenenä Potilasvakuutuskeskukseen.<sup>32</sup> Potilasvakuutuskeskukseen kuuluu tällä hetkellä kymmenen jäsenyhtiötä. Potilasvakuutuskeskus on osa Liikennevakuutuskeskuksen ympärille muodostunut ryhmä, johon kuuluvat myös Lääkevahinkovakuutuspooli ja Ympäristövakuutuskeskus.<sup>33</sup>

Keskus korvaa terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä tapahtuneita henkilövahinkoja. Kaikkien potilasvahinkojen korvaustoimi on keskitetty Potilasvakuutuskeskukselle. Vakuutusvelvollisia ovat kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt, terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavat yritykset, joissa

---

<sup>29</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 33.

<sup>30</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 33.

<sup>31</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 33–34.

<sup>32</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 15.

<sup>33</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 29.



toimii rekisteriin merkittyjä terveydenhuollon ammattihenkilöitä, kaikki sairaankuljetuspalveluita tarjoavat yritykset, apteekit siellä myytävien reseptilääkkeiden osalta, sairaanhoitopiirit siellä tapahtuvan julkisen terveydenhuollon osalta sekä Suomen valtio sen laitoksissa tapahtuvan terveyden- ja sairaanhoidon osalta. Mikäli vakuutusvelvollinen ei ole ottanut vakuutusta, joutuu hän maksamaan potilasvahinkolain määräämää, jopa kymmenkertaista korotettua vakuutusmaksua.<sup>34</sup>

Potilasvakuutuskeskus ottaa käsiteltäväksi potilasvahingosta nostetun korvausvaatimuksen, mikäli vaadittavat kriteerit täyttyvät. Korvattavan potilasvahingon on täytynyt tapahtua Suomen maantieteellisellä alueella potilasvahinkolain voimassaoloaikana. Tapauksen on täytynyt tapahtua terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä, eli esimerkiksi sairaalassa, terveyskeskuksessa tai yksityisellä terveysasemalla. Myös terveydenhuollon laitosten ulkopuolinen toiminta voi olla lain alaista, jos hoitoa antanut henkilö määrittää terveydenhuollon ammattihenkilöksi. Tämän lisäksi muun muassa sairaankuljetusta, näytteenottoa, kuntoutusta tai fysikaalista hoitoa sekä reseptilääkkeiden toimittamista apteekista pidetään lain alaisena toimintana.<sup>35</sup>

Henkilön, joka on kärsinyt potilasvahingon, täytyy olla potilas eli hoidon tai tutkimuksen kohteena oleva henkilö. Potilaana pidetään myös tervettä henkilöä, joka on osallistunut lääketieteelliseen tutkimukseen tai toiminut veren- tai kudoksenluovuttajana. Lisäksi potilaalle on pitänyt aiheutua henkilövahinko, mikä tarkoittaa sairautta, vammaa tai muuta lääketieteellisesti todettavissa olevaa terveydentilan tilapäistä tai pysyvää heikentymistä tai kuolemaa.<sup>36</sup>

Potilasvahingon tapahduttua korvauksenhakija, hänen valtuuttamansa asiamies tai holhooja toimittaa keskuksen kirjallisen vahinkoilmoituksen. Keskuksessa sille annetaan käsittelynumero ja asiaan liittyvät selvitykset hankitaan. Tarvittaessa konsultoidaan asiantuntijalääkäreitä/-lääkäreitä, joiden erikoisalaan tapaus kuuluu. Tämän prosessin jälkeen tieto vahingon korvattavuudesta annetaan vahingon kärsineen lisäksi vakuutusentottajalle sekä asianomaiselle, jonka toiminnasta vahinkoilmoitus on tehty. Tästä edetään täyttämällä korvaushakulomake, minkä jälkeen tehdään jatkopäätökset. Kielteisestä korvauspäätöksestä voi tehdä oikaisupyynnön, joka voi edetä potilasvahinkolautakunnalta tuomioistuinmenettelyyn saakka.<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> Potilasvakuutuskeskus 2004.

<sup>35</sup> potilasvakuutuskeskus 2004.

<sup>36</sup> Potilasvakuutuskeskus 2004.

<sup>37</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 16.

## 2.5. Syy-yhteyden arviointi potilasvahinkotapauksissa

Korvausta suoritetaan henkilövahingosta, jos on todennäköistä, että se on aiheutunut: tutkimuksesta, hoidosta tai muusta vastaavasta käsittelystä taikka sellaisen laiminlyönnistä edellyttäen, että kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö olisi tutkinut, hoitanut tai muutoin käsitellyt potilasta toisin ja siten todennäköisesti välttänyt vahingon.<sup>38</sup>

Hoitovahingoissa keskeisessä asemassa on siis vahingon vältettävyyden. Jos vahinko olisi ollut asiantuntevan lääkärin vältettävissä, voidaan puhua hoitovahingosta. Vahingon suhde hoitoon tai sen laiminlyöntiin todetaan todennäköisellä syy-yhteydellä. Täyttää varmuutta syy-yhteydelle ei potilasvahinkolain mukaan tarvita, koska käsiteltävät lääketieteelliset tapaukset ovat syy-yhteyksiltään yleensä varsin monimutkaisia. Lain mukaan korvattavissa tapauksissa tulee kuitenkin ylittää 50 prosentin varmuusaste. Nollassa prosentissa hoidon suhde tapahtuneeseen vahinkoon on erittäin epätodennäköinen, 50 prosentissa todennäköinen ja sadassa prosentissa varma.<sup>39</sup>

Lääketieteellisen syy-yhteyden määrittelemineen on usein hankalaa. Sen katsotaan täyttyvän, kun jonkin ilmiön muutoksesta säännönmukaisesti seuraa toisen ilmiön todennäköinen muutos. Mekanismin, jolla syy muuttaa seurauksen todennäköisyyttä, on oltava lääketieteellisesti perusteltavissa, tai syyn ja seurauksen välillä on oltava todettavissa oleva tilastollinen syy-yhteys. Yksittäisen potilaan vammoihin tai sairauksiin voidaan kuitenkin löytää lukuisia erilaisia syitä. Yksittäistä syy-seurausparia ei voida käsitellä irrallaan ihmisen elimistön kokonaisuudesta. Jos syyn (toimenpide) ja seurauksen (potilaan vahingoittunut tila) välillä ehtii kulua pidempi aikaa varsinaisesti toimenpiteeseen liittymättömät yksilölliset seikat saattavat vaikuttaa potilaan tilaan. Tämän vuoksi syy-yhteyttä arvioitaessa tulee myös pohtia, mitkä muut seikat olisivat mahdollisesti lisänneet seurauksen todennäköisyyttä eli riskiä. On myös hyväksyttävä, että aina ei pystytä ollenkaan selittämään sairauksien mahdollisia syntyisiä lääketieteellisesti.<sup>40</sup>

Potilasvahinkolain sovellutuksissa käytetään erilaisia vältettävyydsarviointeja ja ratkaisemaan, olisiko vahinko ollut vältettävissä. Arviointeja tehdään neljän kategorian avulla. Ensimmäisen mukaan arvioidaan, onko hoito ollut virheellistä tai puutteellista ja onko ammatillinen vaatimustaso alitettu. Toisessa voidaan jälkikäteen todeta, että käytettävissä olisi ollut toinen käsittelymetodi tai -tekniikka, jolla vahinko

<sup>38</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 35.

<sup>39</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 36.

<sup>40</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 83.

olisi voitu välttää. Kolmannessa kategoriassa voidaan jälkikäteen arvioiden todeta, että käytettävissä ei olisi ollut toista käsittelymetodia tai -tekniikkaa, jolla vahinko oltaisiin voitu välttää. Neljännessä kategoriassa perustellusta hoidosta huolimatta perussairaus ei ole hoidettavissa, eli seurauksia ei olisi voitu välttää.<sup>41</sup>

Hoitovahinkoihin sovellettavan potilasvahinkolain mukaan tärkeään asemaan nousee lääkärin osaamistaso ammattihenkilönä. Lakipykälässä mainittu ”terveydenhuollon kokenut ammattihenkilö” ei ole aivan yksinkertainen ja selkeä määritelmä. Lakia tulkittaessa voidaan huomata, että se tavallaan asettaa juuri työtään aloittavat lääkärit eriarvoiseen asemaan verrattuna lääkäreihin, joilla on vuosien kokemus tai jotka ovat alansa huippuspecialisteja.

Potilasvahinkolautakunnan mukaan vertailukohdaksi otetaan kulloinkin kyseisyyksessä olevan alan kokeneen erikoislääkärin osaamistaso. Vastaavasti jos arvioidaan muun ammattihenkilön toimintaa, vertailukohdaksi otetaan kyseisen alan kokeneen ammattihenkilön osaamistaso. Jos mahdollinen potilasvahinko on tapahtunut taudinmäärityksessä tai erikoislääkärin tarpeen harkinnassa, mittapuuna käytetään kokeneen yleislääkärin ammattitaitoa. Näin ollaan haluttu varmistaa, että paikallisista olosuhteista riippumatta arviointikriteerit potilasvahinkotapauksissa ovat yhtäläiset. Kokeneen ammattihenkilön oletetaan pitävän ammattitaitoaan yllä sekä hankkivan valmiuksia hyödyntää myös uusia hoitomenetelmiä. Lisäksi hänen oletetaan kykenevän joka tilanteessa toimivan tämän korkean ammattitaidon mukaisesti. Hoitoa antaneen henkilön lisäksi arvioidaan myös terveydenhuoltoa antavaa järjestelmää kokonaisuutena.<sup>42</sup>

Abstraktin kokemustason mittaamiseen liittyy myös ongelmia, joista ehkä selkein on koulukuntaerojen esiintyminen lääketieteen kentällä. Kokeneilla ammattihenkilöillä voi olla esimerkiksi erilaisia käsityksiä siitä, mikä olisi ollut suositeltavin hoitomenetelmä. Potilasvahinkolaissa on kuitenkin päädytty ratkaisuun, jonka mukaan vaikka käytetty menetelmä olisikin sinänsä hyväksyttävää hoitoa, voi siitä aiheutuva vahinko olla korvattava, jos sille löytyy Suomessa yleisesti käytetty, yhtä vaikuttava ja riskeiltään pienempi vaihtoehto.<sup>43</sup>

Toinen ongelma, joka liittyy hoitovahingon vältettävyyteen, on eri sairaanhoitoyksiköiden resurssien vaihtelevuus. Resurssien vähyys saattaa näkyä esimerkiksi osastolle yöaikaan sijoitetun hoitohenkilökunnan määrässä tai lomakauden aikaisissa päivystysjärjestelyissä. Potilasvahinkolain sovelluksen mukaan todetusta resurssipulas-

---

<sup>41</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 38.

<sup>42</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 41.

<sup>43</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 42.

ta huolimatta on kuitenkin erikseen harkittava, olisiko kokenut ammattihenkilö arvioinut tilanteen toisin ja esimerkiksi lähettänyt potilaan toiseen terveydenhuollon yksikköön. Tilanteessa, jossa resurssit eivät ole parhaat mahdolliset, hoitohenkilökunta saattaa tehdä korvauksenalaisia virhearviointeja. Esimerkiksi jonkun hoitotoimenpiteen aloittamista olisi kannattanut lykätä ajankohtaan, joka olisi resursseiltaan vastannut paremmin toimenpiteen haastavuutta. Uuden lain perusteluissa on kuitenkin todettu, että resurssipula ei johda korvausvastuuseen, kun resurssien puutteellisuuden syynä voidaan pitää virheellistä määrärahojen budjetointia tai muuta virheellistä hallinnon suunnittelua. Yleinen peruseräite resurssikysymyksissä kuitenkin on, onko hoidon taso kokonaisuutena arvioiden vastannut sitä tasoa, jota Suomessa voidaan perustellusti edellyttää.<sup>44</sup>

## **2.6. Lautakunnat**

Potilasvahinkolaisissa säädetään potilasvahinkolautakunnan asemasta ja tehtävistä. Lautakunta on valtioneuvoston asettama potilasvahinkojen korvausasioiden asiantuntijaelin. Sen tehtävä on antaa ratkaisusuosituksia ja lausuntoja korvauksen hakijan, Potilasvakuutuskeskuksen, terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavan tai korvauksen erottelua vaativan vakuutuslaitoksen pyynnöstä. Lisäksi lautakunta voi antaa ratkaisusuosituksen tuomioistuimelle. Ratkaisusuosituksissa on pyritty korvauskäytäntöjen yhtenäistämiseen.<sup>45</sup>

Suomessa terveydenhuollon laadusta ja potilasturvallisuudesta vastaa Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. Se on sosiaali- ja terveysministeriön alainen virasto, jonka tehtävänä on valvoa terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Tämän tehtävän hoitamista varten terveydenhuollon oikeusturvakeskuksella on terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteri, jossa on yli 300 000 terveydenhuollon ammattihenkilön ammatinharjoittamisoikeutta koskevat tiedot. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus huolehtii myös raskauden keskeyttämistä, sterilisointia, oikeuspsykiatria, ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellistä käyttöä, lääketieteellistä tutkimusta ja kuolemansyyn selvittämistä koskevassa lainsäädännössä sille säädettyistä tehtävistä samoin kuin muista säädettyistä tai sosiaali- ja terveysministeriön määräämistä tehtävistä. Toiminnasta vastaa kolme lautakuntaa. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksella on myös käytössään noin

---

<sup>44</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 43.

<sup>45</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 363–364.

300 pysyvää asiantuntijaa, jotka edustavat viraston toiminnan kannalta tärkeää tieteellistä tai muuta asiantuntemusta.<sup>46</sup>

## 2.7. Itsemääräämisoikeus

Oikeustieteen termien mukaan itsemääräämisoikeus pitää sisällään oikeudet immunitettiin ja kompetenssiin. Kompetenssi tässä tapauksessa on yksilön kelpoisuus muuttaa omia oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan tahdonilmaisuuillaan. Immunitetti puolestaan tarkoittaa, ettei kenelläkään muulla ole kelpoisuutta saada aikaan muutoksia potilaan oikeusasemassa. Potilaslain kannalta itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaan oikeutta päättää itse henkilökohtaisesta koskemattomuudestaan. Itsemääräämisoikeuden toteutuessa potilas ymmärtää hoidon kannalta erilaiset vaihtoehdot, osaa arvioida niiden mahdolliset seuraukset ja kykenee päättämään asiassa tarvittavan ratkaisun.<sup>47</sup>

Potilasta on lain mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoidon luvallisuus siis edellyttää potilaan suostumusta. Täysi-ikäisellä potilaalla on halutessaan oikeus ottaa täysi vastuu itsestään, ellei laissa ole nimenomaan toisin säädetty. Mitä vakavammin itsemääräämisoikeuteen puututaan, sitä selkeämpi on suostumuksen oltava. Epäselvissä tapauksissa suostumus pitää aina tarkistaa. Potilaalla on myös oikeus halutessaan kieltäytyä jo aloitetusta hoidosta. Kieltäytyminen ei saa aiheuttaa potilaan hylkäämistä tai hoitosuhteen katkeamista. Potilasta on tarvittaessa hoidettava hänen halutessaan jollain vaihtoehdoisella lääketieteellisesti hyväksytyllä menetelmällä.<sup>48</sup>

Teoksessa *Lääkärin etiikka* potilaan itsemääräämisoikeuteen liitetään myös vallanjaon näkökulma. Teoksen mukaan jokaisessa hoitotapahtumassa toisensa kohtaa kaksi erilaista vallankäyttäjää. Potilaalla on täysi valta päättää omista asioistaan, lääkäri puolestaan käyttää asiantuntijavaltaansa. Lääkäri on siis asiantuntija, joka toimii parhaan kykynsä ja ymmärryksensä mukaan potilaan terveyden edistämiseksi yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Lääkärin tehtävä asiantuntijana on esittää potilaalle puolueeton arvio hoidon tarpeesta ja seurauksista, jota hoidon hylkääminen voi aiheuttaa. Itsemääräämisoikeuden toteuttamiseksi potilaalla on oltava käytettävissään kaikki olennaiset tiedot, esimerkiksi mahdollisuus tutustua lääkemääräyksiin, todistuksiin, lausuntoihin, lähetteisiin ja epikriiseihin. Tekstit on laadittava ymmärrettävällä ja selkeällä kielellä. Avoimuutta ja rehellisyyttä tulee noudattaa aina, myös virheiden tapahduttua.<sup>49</sup>

<sup>46</sup> Terveystieteiden tutkimuskeskus 2004.

<sup>47</sup> Kokkonen & Holi & Vasantola 2004, 31.

<sup>48</sup> Kokkonen & Holi & Vasantola 2004, 49–51.

<sup>49</sup> Peltomaa 2000, 26–27.

Kysymys vallaanjaosta potilas-lääkärisuhteessa on mielenkiintoinen. Onko vallaanjako selkeä ja ongelmaton? Vaatiiko potilas-lääkärisuhde ylipäätään toimiakseen vallaanjaon? Kummalla osapuolella on loppujen lopuksi enemmän valtaa? Nämä kysymykset nousevat usein esille myös potilasvahinkotapauksissa. Valta luo vastuuta, joka etsii kohdettaan erityisesti ongelmataapauksissa.

Potilaan hoitaminen yhteisymmärryksessä hänen kanssaan sekä jokaiselle ihmiselle perustuslaillisestikin kuuluva itsemääräämisoikeus ovat toisinaan lääketieteellisesti katsoen myös ongelmallisia kysymyksiä. Esimerkkinä tästä voidaan mainita erityisesti eutanasia ja pohdinta sen oikeutuksesta. Myös kysymykset lapsen oikeudesta päättää omasta hoidostaan sekä psykiatriseen (pakko)hoitoon joutuneiden henkilöiden itsemääräämisoikeudesta ovat mielenkiintoisia ja haastavia. Aihe sivuaa myös aborttikeskustelua, kysymystä sikiön oikeudesta olemassaoloon.

## **2.8. Potilas, tieto ja suostumus**

Yleinen käytäntö potilaan tietojen luovuttamisesta vaatii potilaan kirjallista suostumusta tietojen luovuttamiseen sivullisille. Sivullisiksi katsotaan myös kaikki terveydenhuollonyksikössä työskentelevät, jotka eivät osallistu potilaan varsinaiseen hoitoon tai hänen asioidensa käsittelyyn. Sama periaate pätee myös potilaan omaisiin. Toiselle terveydenhuoltoyksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle saa välittää tietoja myös potilaan suullisen suostumuksen myötä. Suostumuksen on kuitenkin oltava selkeä.<sup>50</sup>

Luottamuksellisen potilas-lääkärisuhteen syntymisen kannalta henkilötietojen käsittely nousee tärkeään asemaan. Nykyään terveydenhuollossa käytetään yhä laajemmin sähköisiä asiankäsittelyjärjestelmiä ja sähköistä tiedonsiirtoa. Tietosuojalainsäädäntö ei riipu käytetystä välineestä. Koska palvelut ovat teknistyneen terveydenhuollon myötä entistä riippuvaisempia tiedon saatavuudesta ja sen luotettavuudesta, rekisterinpitäjän velvoitteet tietojen suojaamisesta ja laadusta tahattomia muutoksia ja oikeudetonta käyttöä vastaan ovat lisääntyneet. Tietosuojan suojelusobjektina on ihmisen yksityisyyden suoja ja luottamuksellinen potilassuhde, joka on onnistuneen terveydenhuollon perusta. Henkilötietojen käsittelyssä voitaisiinkin Arto Ylipartasen mukaan noudattaa ohjetta: ”Käsittele potilaan tietoja siten kuin toivoisit itseäsi koskevia potilastietoja käsiteltävän.”<sup>51</sup>

Terveydenhuollon potilasrekisteritietojen salassapito ei ole kuitenkaan yhtä kuin potilaan tietosuoja. Potilaan tietosuoja henkilötietojen osalta on muutakin kuin

---

<sup>50</sup> Kokkonen & Holi & Vasantola 2004, 64.

<sup>51</sup> Ylipartanen 2000, 288.

salassapitovelvollisuuden noudattamista. Henkilötietojen käsittely pitää sisällään henkilötietojen keräämisen, tallettamisen, järjestämisen, käyttämisen, siirtämisen, luovuttamisen, säilyttämisen, muuttamisen, yhdistämisen, suojaamisen, poistamisen, tuhoamisen sekä muita henkilötietoihin kohdistuvia toimenpiteitä.<sup>52</sup>

Potilasvahinkolain kannalta tärkeää on potilaan suostumus häntä koskeviin toimenpiteisiin. Suostumus ainakin periaatteessa tarkoittaa myös sitä, että potilasta on myös informoitu toimenpiteestä sekä siihen liittyvistä riskeistä. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas ei hyväksy hänelle suunniteltua toimenpidettä tai hoitomuotoa, häntä on pyrittävä hoitamaan yhteisymmärryksessä jollakin muulla lääketieteessä hyväksytyllä tavalla. Suomessa potilaan suostumusta ei erikseen varmenneta esimerkiksi allekirjoituksella. Lähtökohtana onkin, että osallistuessaan esimerkiksi leikkaukseen potilas on "hiljaisesti hyväksynyt" hoidon. Jos potilas riitatilanteessa väittää, ettei ollut suostuvainen tehtyyn toimenpiteeseen, hän on velvollinen osoittamaan väitteensä todeksi. Kirjallinen suostumus näissä tapauksissa selventäisi tilannetta huomattavasti.<sup>53</sup> Riskejä koskevasta tiedosta pitää kuitenkin tehdä merkintä potilasasiakirjoihin.<sup>54</sup> Merkintä on tietysti lääkärin tekemä, eikä se vielä välttämättä kerro, onko potilas ymmärtänyt riskejä koskevan tiedon.

Suostumuksen kannalta olennaista on, että potilasta on selkeästi ja ymmärrettävästi informoitu hoitoon tai toimenpiteisiin liittyvistä riskeistä. Oikeustieteen kannalta olisi suotavaa, että etukäteisinformaatio annettaisiin myös kirjallisessa muodossa. Näin voitaisiin varmistaa, että potilas todellakin on saanut tietoa hoidostaan. Potilasvahinkojen kannalta on mielenkiintoista, voisiko ainakin joiltakin vahingoilta välttyä, jos potilas olisi tietoisempi hoitoon liittyvistä riskeistä ja näin alttiimpi kieltäytymään hoidosta.<sup>55</sup> Periaatteessa potilasvahinko voidaan korvata, jos pidetään todennäköisenä, että vahinko olisi vältetty kertomalla potilaalle asianmukaisesti hoidon riskeistä.<sup>56</sup>

Donna Dickenson on pohtinut lääketieteeseen liittyviä eettisiä näkökulmia teoksessaan *Risk and Luck in Medical Ethics*. Luvussa "Risk and Consent" käsitellään mielenkiintoisella tavalla potilaan suostumukseen liittyviä ongelmia. Niin Suomessa kuin Yhdysvalloissakin vaaditaan lain mukaan potilaan selkeää suostumusta annettavaan

---

<sup>52</sup> Ylipartanen 2000, 288.

<sup>53</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 50.

<sup>54</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 126.

<sup>55</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 51–52.

<sup>56</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 126.

hoitoon. Esille nouseekin kysymys, kenelle vastuu toimenpiteestä tai sen epäonnistumisesta oikeastaan kuuluu.

Potilaan suostumus voidaan nähdä puhtaasti lainopillisena kysymyksenä ilman viittauksia moraalisiin velvoitteisiin. Suostumus toimenpiteeseen on saatava, koska laki sitä velvoittaa. Saatuaan selvän suostumuksen lääkäri on täyttänyt laillisen vastuunsa ja voi turvautua siihen. Jos suostumusta ei ole, hänellä ei ole lain turvaa riippumatta siitä onnistuiko toimenpide vai ei.<sup>57</sup>

Dickenson kuitenkin kritisoi tätä näkemystä. Hänen mukaansa juuri suostumus<sup>58</sup> sulkee pois kysymykset moraalista onnesta (moral luck) sekä riskeistä lääkäriltä. Potilaan annettua suostumuksensa toimenpiteeseen eettiset ja lailliset vaatimukset on täytetty. Joskus hoidot kuitenkin epäonnistuvat. Kuka kantaa vastuun tällaisissa tilanteissa? Dickensonin mukaan juuri potilaan suostumus, oikeudenmukaisesti saavutettuna, siirtää vastuun lääkäriltä potilaalle.<sup>59</sup>

Esille nousee myös kysymys tiedon antamisesta potilaalle. Voisi pitää oletettavana, että lääkäri kertoisi potilaalle mahdollisimman paljon toimenpiteestä välttääkseen riskejä hoidon epäonnistumisessa. Dickenson esittelee kuitenkin joukon tutkimuksia, joihin osallistuneista brittilääläkäreistä merkittävä osa ei esimerkiksi kertoisi potilailleen, jos tämän sairastama syöpä osoittautuisi kuolemaan johtavaksi. Sairaanhoidattajien puolestaan arvioidaan antavan tietoa potilaalle avoimemmin. Dickenson pohdiskelee mahdolliseksi syyksi sitä, että tiedon antaminen uhkaa lääkärin valta-asemaa potilaaseen nähden. Lääkärin auktoriteetin voidaan ajatella perustuvan osittain tiedon tuomaan valtaan.<sup>60</sup>

Tämä kysymys potilasta koskevan tiedon antamisesta ja vallasta on tärkeä. *Lääkärin etiikka* - teoksen mukaanhan hoitotapahtumassa on esillä kaksi erilaista vallankäyttäjää. Dickensonin mukaan lääkäri saattaa käyttää valtaansa väärin, jos hän ei tietoisesti informoi potilasta tarpeeksi. Tässä tapauksessa en ole käsitellyt mahdollisuutta, jossa potilas itse on päättänyt olla haluamatta tietoa omasta tilastaan. Tämä on luonnollisesti myös mahdollista.

Mutta kuinka paljon tietoa potilas oikeastaan tarvitsee? Pitääkö hänelle esimerkiksi luetella kaikki mahdolliset toimenpiteeseen liittyvät riskit? Entä onko potilas oikeutettu arvioimaan omia riskejään, jos hän on esimerkiksi kovissa kivuissa informaatiota saadessaan? Dickensonin mukaan on kaksi hyvin selkeää ratkaisuvaihtoehtoa

---

<sup>57</sup> Dickenson 2003, 65.

<sup>58</sup> Dickenson käyttää nimitystä *informed consent*.

<sup>59</sup> Dickenson 2003, 65–66.

<sup>60</sup> Dickenson 2003, 72.



kysymykseen, onko jollakulla oikeutta ylipäättään asettaa toinen ihminen riskin alaiseksi. Toisaalta ihmisellä on täysi oikeus olla asettumatta toisen riskeerattavaksi oman tahtonsa vastaisesti. Tämä näkökanta osoittautuu useissa tapauksissa ongelmalliseksi. Aiheuttavathan ihmiset jatkuvasti toisilleen riskejä, esimerkiksi saastuttaessaan ilmaa autoilulla. Toisen näkökulman mukaan on täysin luvallista asettaa toinen ihminen riskin alaiseksi. Esille nousevat kuitenkin kysymykset siitä, missä kulkevat riskien rajat. Eihän venäläinen ruletti ilman henkilön suostumusta ole millään tavalla eettisesti hyväksyttävää.<sup>61</sup>

Dickensonin mukaan tulee kuitenkin erottaa jokapäiväiseen elämään liittyvä riskimaailma lääketieteeseen liittyvistä riskeistä. Hoitotapahtumassa on kyse tiedostetuista riskeistä, jotka vaikuttavat suoraan yhteen henkilöön, potilaaseen. Kyse on lääkärin ja potilaan välisestä vuorovaikutustilanteesta, jossa riskeistä keskustellaan. Keskustelutilanteessa on mahdollista saada potilaan selkeä suostumus hoitotoimenpiteelle. Arkipäivän tilanteet eivät ole verrattavissa tällaiseen kohtaamiseen.<sup>62</sup>

Dickenson kuitenkin korostaa näkemystä, jonka mukaan lääkäriellä on vastuu potilaan informoinnista ja tämän myötä potilaan suostumuksen saamisesta. Mikäli toimenpide epäonnistuu, lääkäri ei ole vastuussa seurauksista, jos riskeistä on todella asianmukaisesti keskusteltu. Toisin sanoen lääkäri ei ole varsinaisesti toiminut epäeettisesti, vaikka toimenpide olisi epäonnistunut.<sup>63</sup> Syvällisempää pohdintaa vaatii tietysti kysymys siitä, millainen on oikeutettu suostumus ja kuka sen voi antaa.

Suomessa kokeneen terveydenhuollon ammattihenkilön edellytetään informoivan potilasta vain merkityksellisistä eli yleisimmistä hoidon riskeistä. Kaikkiin hoitotapoihin liittyy ainakin teoriassa lukemattomia harvinaisia riskejä, joiden todennäköisyyttä yksittäisen potilaan kohdalla on mahdotonta arvioida. Harvinaisenkin riski voi tietysti joskus toteutua. Potilaalle ei ole pakko kertoa riskeistä, jos hän kieltäytyy niitä kuuntelemasta.<sup>64</sup>

Vaikka kysymys informoinnin merkityksestä on kiinnostava, käytännössä lääkärin ehdottaman hoitomenetelmän kyseenalaistaminen on varmasti harvinaista. Lääkäri edustaa hoitotilanteessa asiantuntijavaltaa. Jos lääkäri näkee jonkun hoitotoimenpiteen potilaan kannalta tärkeäksi tai välttämättömäksi, harva kieltäytyy siitä, vaikka siihen liittyisikin riskejä. Varsin usein hoidon epäonnistuessa potilas voi kyseenalaistaa valitun menetelmän ja väittää, ettei häntä oltu informoitu. Usein riskeistä tiedottaminen ja suostumuksen pyytäminen ovat muodollisuuksia, joihin potilas ei välttämättä edes

---

<sup>61</sup> Dickenson 2003, 74–75.

<sup>62</sup> Dickenson 2003, 76.

<sup>63</sup> Dickenson 2003, 76.

<sup>64</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 126–129.

kiinnitä huomiota. Tämä muodollisuus on lääkärin velvollisuus, mutta se ei mielestäni liity ratkaisevasti vastuuseen sattuneesta vahingosta.

## 2.9. Potilasvahingot tilastoissa

Esittelen seuraavassa joitakin tilastollisia lukuja potilasvahingoista 2001-2005. Olen antanut joitakin tarkempia esimerkkejä vuodelta 2005, koska ne edustavat tuoreinta tietoa. Vuonna 2005 tehtiin 7522 potilasvahinkoilmoitusta. Vuosina 2001-2005 ilmoitusten määrä pysytteli 7390:n (vuonna 2002) ja 8072:n (vuonna 2003) välillä. Potilasvahinkoilmoituksista korvattiin vuosittain noin 30 prosenttia, vähäisiksi potilasvahingoiksi katsottiin vuosittain noin 1,5 prosenttia ja korvaamatta jäi vuodesta vaihdellen 67,7 (2005) – 71,6, (2001) prosenttia. Vuosina 2001-2005 korvatuista potilasvahingoista suurin osa oli julkiselta sektorilta. Vahinkoja korvattiin eniten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä.<sup>65</sup>

Korvatuista potilasvahingoista selkeästi suurin osa oli hoitovahinkoja (2005: 89,3 prosenttia). Seuraavaksi eniten oli infektiovahinkoja (2005: 8,0 prosenttia). Tapaturmavahinkoja oli varsin vähän (2005: 1,7 prosenttia), samoin muihin kategorioihin kuuluvia vahinkoja (2005: 1,0 prosentti). Vuonna 2005 esimerkiksi kohtuuttomiksi katsottuja korvattuja vahinkoja oli 7522 tehdystä ilmoituksesta vain seitsemän kappaletta. Vuosina 2001-2005 korvattiin ainoastaan yksi palovahinko, vuonna 2001.<sup>66</sup>

Vuonna 2005 korvatuista 2319 tapauksesta 1235 oli tapahtunut leikkaus- ja anestesiatoimenpiteen aikana, 617 kliinisen tutkimuksen aikana, 203 liittyi hammashoidollisiin toimenpiteisiin ja 264 muihin toimenpiteisiin (muun muassa fysioterapia, radiologinen tutkimus). Vuosina 2003-2005 leikkaustoimenpiteistä korvattiin eniten lonkan tekonivelleikkauksia, polven tekonivelleikkauksia ja selkäytimen ja hermojuurien vapautuksia rappeuman yhteydessä. Perussairauksista korvauksia suoritettiin eniten kyynärvarren murtuman, polven ja/tai säären murtuman ja hampaiden ja tukikudosten sairauksien yhteydessä.<sup>67</sup>

Vuonna 2005 potilasvahinkokorvauksia maksettiin 22,7 miljoonaa euroa. Vuosina 2001-2005 korvaukset ovat vaihdelleet 20,4 miljoonan (2001) ja 23,4 miljoonan (2004) euron välillä. Vuonna 2005 maksetuista korvauksista prosentuaalisesti suurin määrä meni ansionmenetykskorvauksiin (32,3 prosenttia). Tilapäis-

---

<sup>65</sup> Potilasvakuutuskeskus 2006.

<sup>66</sup> Potilasvakuutuskeskus 2006.

<sup>67</sup> Potilasvakuutuskeskus 2006.

ten haittojen korvaamiseen meni 20,0 prosenttia ja pysyviin haittoihin 17,4 prosenttia. Sairaanhoidon ja -kuntoutukseen meni 12,1 prosenttia, kohonneisiin elinkustannuksiin 8,9 prosenttia, kosmeettisiin haittoihin 3,0 prosenttia, hautauskuluihin 1,6 prosenttia ja muihin kuluihin 4,7 prosenttia.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> Potilasvakuutuskeskus 2006.

### 3. Lääketieteellistä toimintaa määrittävät kategoriat

#### 3.1. Hoitojärjestelmä

Potilastapahtumasta voidaan eritellä eri toimijoita. Potilaana pidetään potilasvahinkolain mukaan henkilöä, joka käyttää tai on pyrkimässä käyttämään terveyden- ja sairaanhoidon palveluja.<sup>69</sup> Potilaan ei siis varsinaisesti tarvitse olla sairas henkilö. Terveydenhuoltoviranomaisten yleisten ohjeiden kohteena oleminen ei kuitenkaan vielä täytä potilaana olemisen edellytystä, vaan henkilön on tullut hakeutua hoitokontaktiin.<sup>70</sup> Esimerkiksi raskaana ollut naista, jonka miehen sterilisaatio oli epäonnistunut, ei pidetty vahinkotapauksessa potilaana, joka olisi voinut saada korvauksia. Hoitoon hakeutunut henkilö oli tässä tapauksessa mies.<sup>71</sup> Toisaalta vaikkapa onnettomuustapauksissa potilas ei varsinaisesti hakeudu hoitoon, vaan hänet voidaan hakea siihen. Hakeutumisesta ei myöskään voida puhua esimerkiksi psykiatriseen pakkohoitoon joutuvien potilaiden kohdalla. Potilas voi siis olla hoidon kohteena myös vastentahtoisesti. Potilasstatus oikeuttaa potilasvahinkotilanteessa mahdollisiin korvauksiin.

Potilastapahtumaan vaikuttaa aina tutkittava tai hoidettava sairaus sekä itse tutkimus, hoito tai lääke. Vaikuttavia syitä voi olla useita, esimerkiksi potilaan muut sairaudet.<sup>72</sup> Vaikka lääketiede on kehittynyt ja kehittyy valtavasti, kaikkia lääketieteellisiä lainalaisuuksia ei ehkä koskaan pystytä hallitsemaan. Kaikkiin hoitotoimenpiteisiin liittyy riskejä, joita ei välttämättä edes tunneta. Korvattavat hoitovirheet potilasvahinkotapauksina edellyttävät kuitenkin hoidon epäonnistumista siten, että lääketieteen kokenut ammattihenkilö olisi voinut välttää vahingon.<sup>73</sup> Toisin sanoen hoitotapahtumassa olisi voitu toimia olemassa olevan lääketieteellisen tiedon valossa paremmin.

Korvattava potilasvahinko edellyttää vältettävyyssarvioinnin ja syy-yhteyden täyttymistä. Vaikka ihmisen terveydentilaan vaikuttaa aina useita tekijöitä, korvattavassa hoitovirheessä terveyden vahingoittunut tila on todennäköisessä suhteessa hoitoon, joka olisi pitänyt korvata toisella. Hoidon epäonnistumisesta

---

<sup>69</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 74.

<sup>70</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 27.

<sup>71</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 75.

<sup>72</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 88.

<sup>73</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 102.

pitää siis olla näyttöä. Useissa tapauksissa potilasvahingon taustalla ei kuitenkaan ole ainoastaan yksittäisen lääkärin tai hoitajan virhe, vaan hoitojärjestelmän epäonnistuminen jossain kohtaa. Jokainen lääkäri toimii osana laajaa organisaatiota, jonka menestyksellinen toimiminen edellyttää yhteistyötä.

Terveystenhoito perustuu eri ammattihenkilöiden ja -ryhmien samanaikaiseen tai peräkkäiseen yhteistyöhön. Potilasvahinkoa arvioitaessa otetaan huomioon toiminnan kokonaisuus, vaikka ammatillinen vaatimustaso on laissa ilmaistu yksittäisen henkilön toiminnan kautta. Niin kutsuttu systeemivirhe voidaan korvata potilaalle, vaikka kukaan yksittäinen terveydenhuollon ammattihenkilö ei ole alittanut järjestelmän asettamaa henkilökohtaista vaatimustasoa.<sup>74</sup> Systeemivirheitä arvioitaessa vastuuta sattuneesta voi olla vaikea kohdistaa. Hoitojärjestelmän epäonnistumiset tulisikin käsitellä systeemin sisällä erityisen tarkasti niiden välttämiseksi jatkossa.

Lääkärin kollegiaalisuusohjeissa määritellään hyvän yhteistyön periaatteet, jotka ovat lääkärin ammatin harjoittamisen edellytys. Ohjeiden mukaan lääkärin tulee toimillaan, ratkaisuillaan ja esimerkillään ylläpitää ja edistää ammattietiikkaa ja kollegiaalisuutta muihin lääkäreihin. Jos kollega esimerkiksi sairauden, päihteiden käytön tai muun syyn vuoksi on kykenemätön hoitamaan potilaitaan ja mahdollisesti heille jopa vaaraksi, on jokaisen lääkärin velvollisuus puuttua asiaan keskustelemalla asianomaisen kanssa ja tarjoamalla apua hoidon järjestämiseen.<sup>75</sup> Ongelmat kollegoiden välisessä yhteistyössä saattavat aiheuttaa potilasvahingon riskin.

Konkreettisissa hoitotilanteissa myös resurssit saattavat vaikuttaa potilasvahingon syntymiseen. Kokenut ammattihenkilökään ei voi välttää vahinkoa, jonka tosiasiallisena syynä ovat puutteelliset resurssit.<sup>76</sup> Lääkäri on vastuussa valinnoistaan, jotka hän on tehnyt käytettävissä olleiden resurssien puitteissa. Vastuu terveydenhuollon käyttöön osoitetuista resursseista on kuitenkin kuntien poliittisilla päätöksentekijöillä. Lääkärien käsitys resurssien tarpeesta voi olla ristiriidassa kuntien päätöksentekijöiden linjausten kanssa.<sup>77</sup> Suomessa on käyty keskustelua terveydenhuollon resurssien alueellisista eroista. Myös lääkärin asiantunteudesta voidaan pitää resurssina. Pula pätevistä terveyskeskuslääkäreistä syrjäseu-

---

<sup>74</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 104.

<sup>75</sup> Peltomaa 2000, 12.

<sup>76</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 103.

<sup>77</sup> Peltomaa 2000, 75.

duilla on nostanut esille tämän resurssin puutteen ja sen mahdolliset vaikutukset potilaiden oikeuksiin.

Lääkärin tekemään hoitopäätökseen vaikuttaa olennaisesti potilaasta saadut tiedot tai niiden puute. Jälkikäteen saatuja tietoja ei oteta potilasvahingon arvioinnissa huomioon. Tämä kuitenkin edellyttää, että potilasta tutkittaessa tai hoidettaessa on hankittu tai pyritty hankkimaan käyttöön kaikki olennaiset potilastiedot sekä toimittu niiden perusteella asianmukaisesti. Tutkimus- tai hoitoajankohdan ja korvauksen arviointihetken välistä lääketieteellistä kehitystä ei oteta huomioon.<sup>78</sup>

Hoitotapahtuman ytimessä on potilaan ja lääkärin välinen suhde. Ongelmalinen potilas-lääkärisuhde saattaa vaikuttaa potilaan terveydentilaan kielteisesti. Lääkärin etiikan mukaan vaikeuksien taustalla saattaa olla potilaan persoonallisuudesta, psyykkisestä tilasta, epärealistisista odotuksista hoitosuhteesta tai sairauskäyttäytymisestä yleensä johtuvia tekijöitä. Myös potilas voi perustellusti kokea lääkärin ”vaikeaksi”. Tällaisissa tapauksissa potilaan ja lääkärin väliseen kommunikaatioon on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tarvittaessa potilas on ohjattava toisen lääkärin tai muun asiantuntijan hoitoon.<sup>79</sup>

Mahdolliseen potilasvahinkoon voi siis vaikuttaa hoitojärjestelmän tasolla useita erilaisia tekijöitä. Lähtökohtana vahinkojen arvioinnille on kuitenkin aina potilasstatus, jonka myötä henkilöstä tulee osa hoitosysteemin toimintaa. Potilasvahinkotapauksissa joudutaan arvioimaan myös tapauksia, joissa potilasstatus ei ole varma tai se on epäselvä. Suurimassa osassa korvattavia potilasvahinkotapauksia korvauksia maksetaan hoitovirheistä. Toiminnan ja sen seurauksen välinen syy-yhteys sekä vahingon vältettävyyden arvioidaan. Hoitovirhe saattaa olla yksittäisen lääkärin tai laajemmin hoitojärjestelmän aiheuttama. Se voi aiheutua lääkäreiden välisen yhteistyön epäonnistumisesta. Potilasvahinkoon saattavat vaikuttaa muun muassa käytettävissä olevat resurssit, potilaasta saatavien tietojen puute sekä ongelmallinen potilas-lääkärisuhde.

### **3.2. Lääkärin työhön vaikuttavat normit**

Lääkärin työn taustalla on erilaisia normeja. Georg Henrik von Wright on jakanut normit kolmeen päätyyppiin: sääntöihin, määräyksiin sekä ohjeisiin.<sup>80</sup> Sääntöjen prototyyppinä voidaan pitää pelin sääntöjä. Myös matematiikan ja logiikan lait

---

<sup>78</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 103.

<sup>79</sup> Lääkärin etiikka 2000, 29-30.

<sup>80</sup> rules, prescriptions and directives

voidaan määritellä säännöiksi. Määräyksiä ovat käskyt, luvat ja kiellot. Niillä ohjataan agenttien toimintaa esimerkiksi yhteiskunnassa. Ohjeita voidaan puolestaan kutsua myös teknisiksi normeiksi. Ne edellyttävät päämääriä toiminnalle sekä suhdetta toiminnan ja päämäärän välille. von Wright erottelee lisäksi kolme pienempää normien ryhmää: tottumukset, moraaliset periaatteet sekä ideaalit säännöt. Näillä pienillä ryhmillä voi olla samankaltaisuuksia normien eri pääryhmien kanssa. Ne sijoittuvat ikään kuin pääryhmien väliin.<sup>81</sup>

Pelin säännöt määrittelevät sen oikeat, sallitut, kielletyt ja pakolliset toiminnot. Myös kielioppi koostuu säännöistä. Jos sääntöjä ei noudata, puhuu väärin tai ei ollenkaan kyseessä olevaa kieltä. Kieliopin säännöt ovat kuitenkin joustavampia kuin pelin säännöt, koska kieli elää jatkuvana prosessina. Niin kieliopin kuin matematiikankin normeihin kuuluu symbolinen, semanttinen ulottuvuus, joka pelin normeilta puuttuu.<sup>82</sup> Sääntöjen noudattaminen antaa tekijälle mahdollisuuden tulla osaksi tiettyä systeemiä. Sääntöjen rikkominen erottaa tekijän systeemistä. Sääntöjä rikkonut on erehtynyt tai poistunut systeemistä kokonaan. Rikkomisen arviointiin vaikuttaa toiminnan tarkoituksellisuus.

Lääkärinä toimiminen edellyttää lukuisten sääntöjen noudattamista varsinkin työn käytännöllisellä tasolla. Lääketiede on luonnontiede, jonka lainalaisuudet ovat von Wrightin määritelmän mukaan sääntöjä. Harjoittaessaan lääketiedettä lääkäri noudattaa tieteenalan sääntöjä. Hän on sisällä lääketiedeenimisessä systeemissä. Sääntöjen rikkominen tarkoittaa, että lääkäri harjoittaa lääketiedettä virheellisesti tai hän ei noudata sitä ollenkaan. Koska lääketieteen kohteena on ihminen, säännöt eivät välttämättä ole absoluuttisia, vaan useammallakin eri ratkaisulla voidaan päästä haluttuun lopputulokseen.

Määräykset ovat normiauktoriteetin asettamia. Ne annetaan normisubjektille, jonka halutaan toimivan tietyllä tavalla. Tehdäkseen tahtonsa selväksi auktoriteetti julistaa normin subjektille. Jotta normia noudatettaisiin tehokkaasti, auktoriteetti voi asettaa rangaistuksen tai sen uhan normin noudattamatta jättämiselle. Yleisesti ottaen määräyksiä ovat käskyt ja luvat, joita auktoriteettiasemassa oleva antaa subjektiasemassa olevalle. Esimerkkinä määräyksistä von Wright mainitsee armeijassa annettavat käskyt.<sup>83</sup>

Lääkäri on omassa työssään sekä normiauktoriteetti että normisubjekti. Valittaessa potilaalle sopivaa hoitomuotoa lääkäri ammattitaitoineen on normi-

---

<sup>81</sup> von Wright 1963, 15–16.

<sup>82</sup> von Wright 1963, 6–7.

<sup>83</sup> von Wright 1963, 7.

auktoriteetin asemassa. Myös toinen lääkäri voi olla tässä asemassa, jos häntä konsultoidaan tapauksesta. Normiauktoriteettien välillä voi olla myös ristiriitoja, jos eri lääketieteen koulukuntien tai spesialiteettien edustajat ovat eri mieltä hoidosta. Lääkäriin antamat toimintaohjeet muille sairaalan työntekijöille ovat myös määräyksiä. Niihin ei sisälly suoranaista rangaistuksen uhkaa auktoriteetilta subjektille, mutta subjektilla on velvollisuus toimia normiauktoriteetin haluamalla tavalla.

Lääkäriin asema normisubjektina ei aktivoidu kuin virhetilanteissa. Näissä tapauksissa lääkäriin perimmäisenä auktoriteettina on Terveystieteiden tutkimuskeskus terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvojana sekä yhteiskunta. Valmistunut lääkäri sitoutuu valassaan lääkäriin etiikkaan, jonka rikkomisesta rangaistaan. Normiauktoriteetin antamien määräysten tietoisesta rikkomisesta voidaan rangaista aina ehdottomaan vankeusrangaistukseen asti. Lääkäri on siis myös normisubjekti, joka toimii normiauktoriteetin antamien määräysten mukaan.

Käyttöohjeet ovat von Wrightin esimerkki teknisistä normeista. Käyttöohjeiden oletuksena on, että niitä noudattava henkilö pyrkii ohjeiden osoittamaan lopputulokseen. von Wright pitää teknisen normin standardina muotoiluna konditionaalilauseetta, jossa mainitaan jokin haluttu asia, jonka seurauksena on maininta, että jotakin täytyy tai ei täydy tehdä. Esimerkiksi "Jos haluat mökistä asuttavan, lämmitä se." von Wright erottaa tekniset normit hypoteettisista normeista, joilla määritellään, mitä pitää, ehkä pitää tai ei pidä tehdä, jotta jotain mahdollisesti tapahtuu.<sup>84</sup>

Lääkäriin työssä teknisiä normeja ovat monet käytännön toimintaan liittyvät tekijät, esimerkiksi juuri erilaisten laitteiden käyttöohjeet. Teknisillä normeilla määritellään toiminta, joka tähtää johonkin lopputulokseen. Toiminnan ja lopputuloksen välillä pitää olla yhteys. Ihmisen hoitamiseen tai parantamiseen tähtäävän lääketieteen kohteena on monimutkainen ihmisruumis, jonka hoitamisessa ei voida aina toteuttaa toiminta-lopputuloksesta normeja. Haluttuun lopputulokseen voidaan päästä usealla eri toimintatavalla.

Normien pääryhmien lisäksi von Wright jaotteli pienemmät ryhmät, joilla voi olla yhtymäkohtia useampaankin pääryhmään. Tottumuksilla on esimerkiksi yhtymäkohtia sääntöjen ja määräysten kanssa. Tottumukset ovat tapojen luokkaa. Tavat ovat ihmisen käytöksen säännönmukaisuuksia, taipumus tehdä samoja asioita samoissa tilanteissa. Tottumukset ovat sosiaalisia tapoja. Ne ovat yhteisön

---

<sup>84</sup> von Wright 1963, 9–11.



jäsenten toimintamalleja, jotka on omaksuttu historian kuluessa. Yhteisön jäsen ei yksilönä omaksu tottumuksia, vaan yhteisö ikään kuin määrää ne kaikille. Niitä ei anna mikään yksittäinen auktoriteetti, vaan yhteisö kokonaisuutena, sen nykyiset ja menneet jäsenet. Ne eivät tarvitse kirjallista muotoa välittyäkseen. Tottumukset määrittelevät tietyn yhteisön tyypilliset elämäntavat. Näistä poikkeamisesta voidaan rangaista tai henkilö voidaan sulkea pois yhteisöstä.<sup>85</sup>

von Wrightin jaottelussa moraaliset normit muodostavat myös oman ryhmänsä. Niillä on yhtäläisyyksiä sääntöjen, yhteiskunnan tottumusten sekä määräysten kanssa. Moraalisia normeja voidaan kuitenkin pitää omana luokkana, *sui generis* -asemassa, eli niitä ei ole johdettavissa muista normeista. Näitä normeja tutkittaessa on von Wrightin mukaan kuitenkin otettava huomioon niiden suhde muihin normityyppeihin.<sup>86</sup> Käsittelen moraalisia normeja muiden normien yhteydessä. Osa esimerkiksi yhteiskunnan asettamista määräyksistä voidaan mielestäni jaotella moraaliksiksi normeiksi.

Kaikki edellä mainitut normien ryhmät käsittelevät *toimintaa*. von Wrightin mukaan ideaalit eli ihannetta koskevat säännöt käsittelevät toiminnan sijasta olemista. Ne liittyvät hyvän käsitteeseen. Ihminen, jolla on parhaat mahdolliset ominaisuudet olla hyvä opettaja, on ideaali opettaja. Näitä hyviä ominaisuuksia voidaan kutsua myös hyveiksi. von Wrightin mukaan olisi yksinkertaistamista määritellä hyviä tekoja tekevä ihminen hyväksi vain tekojen perusteella. Hyvien tekojen ja hyvän ihmisen välinen suhde on monimutkaisempi.<sup>87</sup>

Lääkäriin hyveitä voidaan määritellä eri näkökulmista. Potilaan mielestä hyvä lääkäri on varmasti selkeäsanainen, empaattinen, luotettava, ammattitaitoinen ja ystävällinen. Toisen lääkärin mielestä kollegan hyveitä voisivat olla ahkeruus, avuliaisuus sekä kyky kantaa ja jakaa vastuuta. Myös kunnalla työnantajana on ehkä omat määritelmänsä hyvästä lääkäristä työntekijänä. Lääkäriin omaan ammattikuvaan liittyy myös käsitys hyveistä. Lääkäriin etiikassa esitettyjen eettisten ohjeiden mukaan lääkäri saavuttaa toiminnassaan luottamusta persoonallisuutensa, tietojensa ja ammattitaitonsa perusteella.<sup>88</sup>

Lääkätieteen normien sijoittaminen johonkin von Wrightin normiluokkaan voi olla vaikeaa. Monet lääketieteeseen liittyvät normit voisivat kuulua useampaan eri ryhmään tai niiden välimaastoon. Esimerkiksi Lääkäriliiton hyväksymät

---

<sup>85</sup> von Wright 1963, 8–9.

<sup>86</sup> von Wright 1963, 11–13.

<sup>87</sup> von Wright 1963, 14–15.

<sup>88</sup> Peltomaa 2000, 11.

lääkärin eettiset ohjeet<sup>89</sup> eivät varsinaisesti ole normeja, koska ne ovat ainakin periaatteessa ohjeellisia. Lääkäriliittoon kuuluminen ei myöskään ole pakollista. Toisaalta ohjeet määrittelevät lääkärin etiikan säännöt, joista poikkeamisesta voidaan rangaista. Vaikka puheen tasolla irtisanoutuisi eettisistä ohjeista, käytännön tasolla niiden poikkeamisesta voidaan rangaista. Tässä merkityksessä ohjeet voisi luokitella säännöiksi. Eettiset ohjeet ovat Lääkäriliiton hyväksymät. Liitto on normiauktoriteetti, joka on julkistanut määräyksensä normisubjektille, lääkärille. Lääkärin eettiset ohjeet sisältävät myös vahvasti moraalisia normeja. Ne myös osaltaan määrittelevät ideaaleja sääntöjä lääkärin "hyvästä".

### 3.3. Intentionaalisuus osana toimintaa

G. E. M. Anscomben mukaan vastauksella kysymykseen "Miksi?" voidaan määritellä intentionaaliset teot.<sup>90</sup> Kysymyksen vastaus kertoo, että tekijällä on ollut tavoiteltu päämäärä, johon hän on teollaan yrittänyt pyrkiä. Päämäärätön, tekijälle itselleen merkityksetön toiminta ei ole intentionaalista. Anscomben mukaan vastaus kysymykseen viittaa yleensä tulevaisuuteen. Ihminen on intentionaalisella teollaan pyrkinyt saavuttamaan halutun lopputuloksen (lähi)tulevaisuudessa. Intentionaalisen teon ja halutun lopputuloksen välillä on oltava yhteys. Jos Q on tavoiteltava tila ja P edustaa toimintaa, ihminen tekee P, jotta Q tapahtuisi.<sup>91</sup> Anscombe pohtii intentionaalisuuden määrittelyn vaikeutta vesikaivon myrkyttämistä koskevalla esimerkillään.

Mies pumpppaa vettä vesisäiliöön, joka tuottaa tietyn talon juomaveden. Joku on keksinyt systemaattisen keinon myrkyttää vesilähde kuolettavalla kumulatiivisella myrkyllä, jota ei huomaa ennen sen vaikutusta. Myrkytettävää taloa asuttavat säännöllisesti eri puoluejohtajat perheineen. Heidän tarkoituksenaan on hävittää juutalaiset maan päältä sekä mahdollisesti aloittaa kolmas maailmansota. Vesivaraston myrkyttänyt henkilö on laskenut, että talossa olevien ihmisten tuhoaminen tarkoittaa, että hyvät poliitikot nousevat valtaan ja saattavat jopa rakentaa Taivaan valtakunnan maan päälle. Tämän laskelman sekä myrkyä koskevat faktat mies on paljastanut vettä pumppaavalle miehelle. Pumpusta vastaava mies siis pumpppaa myrkytettyä vettä säiliöön. Hän heittää varjon

---

<sup>89</sup> Peltomaa 2000, 11.

<sup>90</sup> Anscombe 1958, 28.

<sup>91</sup> Anscombe 1958, 35–36.

kivetykselle kaivon viereen. Pumpatessaan vettä mies alkaa toistaa tiettyä musiikillista rytmiä pumpun kolistessa.<sup>92</sup>

Jotta kaivon myrkyttäneen henkilön päämäärä toteutuisi, yhteistyön pumppaajan kanssa täytyy toimia. Myrkyttäjän täytyy luottaa veden pumppaajaan ja tämän uskollisuuteen. Jos pumppaaja tekee työssään virheen, koko suunnitelma saattaa kaatua ja pahimmassa tapauksessa myrkyttäjä joutuu vastuuseen aikomuksesta. Myrkyttäjän tarvitseekin varmistaa, että pumppaaja on ymmärtänyt tehtävän ja on siinä lojaali.

Jos tilannetta tarkastellaan vettä pumppaavan miehen kannalta, teon intentionaalisuutta voidaan Anscomben mukaan tarkastella useasta näkökulmasta esittämällä kysymys ”Miksi?”. Tekijä voi vastata monella eri tavalla. Hän voi sanoa tienaavansa palkkaansa, noudattavansa ohjeita, edesauttavansa hyvän toteutumista maailmassa, toistavansa musiikillista rytmiä.<sup>93</sup> Kysymykseen voi siis vastata lukemattomilla tavoilla. Ulkopuolisen näkökulmasta miehen teko johtaa talossa olevien myrkyttämiseen ja kuolemaan. Vettä pumppaava mies on siis myrkyttäjä. Voisi ajatella, että teosta tietoinen mies on moraalisisessa vastuussa tapahtumasta. Anscombe pohtii aiheellisesti kuitenkin kysymystä, missä vaiheessa pumppaaja oikeastaan myrkyttää talon asukkaat. Mistä konkreettisesta kuolemaan johtavasta teosta häntä voidaan syyttää? Pumppaaja ei itse laittanut myrkkyä veteen, eikä hänen tarkoituksenaan ollut olla läsnä vieraiden seurassa heidän juodessaan myrkytettyä vettä. Koska myrkky toimi kumulatiivisesti, yksittäinen pumppausliike ei vielä tarkoita koko talon asukkaiden myrkyttämistä.<sup>94</sup>

Onko kyseessä intentionaalinen myrkyttäminen vai vain myrkyttäminen tietoisesti? Jospa mies vähät välittää toimintansa lopputuloksesta, hän vain haluaa tehdä työtään ja ansaita rahaa. Työ on hänelle tuttua, eikä tieto myrkyn olemassaolosta liity siihen mitenkään.<sup>95</sup> Pumppaaja voisi määritellä tekonsa tarkoitukseksi (Q) rahan ansaitsemisen. Rahan ansaitsemiseen liittyvät vaikkapa tavoitteet elättää perhe, maksaa vuokra, säästää kesälomaa varten. Vettä pumppaava mies voi määritellä teokseen (P) veden pumppaamisen kaivosta lihasvoimaa käyttäen työnantajan ohjeiden mukaan. Periaatteessa tämä yhtälö, mies tekee P jotta Q, on totta. Veden pumppaaminen on intentionaalinen teko, jonka tarkoituksena on tuottaa miehelle rahaa tämän suunnittelemiin tarkoituksiin.

---

<sup>92</sup> Anscombe 1958, 37.

<sup>93</sup> Anscombe 1958, 37.

<sup>94</sup> Anscombe 1958, 41.

<sup>95</sup> Anscombe 1958, 42–44.

Tämä tilanne on kuitenkin erilainen. Miehen on palkannut tekemään töitä ihminen, joka on toimittanut myrkytysveteen. Pumppaaja on palkattu pumppaamaan myrkytettyä vettä, jonka tarkoituksena on saada aikaan talossa olevien ihmisten kuolema. Pumppaaja ei saa palkkaa veden pumppaamisesta, vaan *myrkytetyn* veden pumppaamisesta. Asiasta on sovittu työnantajan ja pumppaajan välillä. Pumppaaja ei voi kieltää tekonsa intentionaalisuutta, koska hän on tietoinen sen lopputuloksesta.<sup>96</sup> Myrkytyspäivä poikkeaa muista päivistä. Vaikka vettä pumppaava mies tekeekin samaa työtä joka ikinen päivä, myrkytyspäivänä hänen työnsä lopputulos poikkeaa totutusta. Mies pumppaa myrkytettyä vettä, eli tekee P, jotta talossa olevat ihmiset kuolisivat, eli saavutetaan haluttu lopputulos Q. Mies ei voi irrottaa vastuutaan tästä yhtälöstä.

Tieto myrkytetystä vedestä tekee pumppaajasta vastuullisen. Hän pumppaa nyt vettä, jonka tarkoituksena ei ole sammuttaa asukkaiden janoa, vaan tappaa heidät. Pumppaaminen on organisoitu uutta tarkoitusta varten. Veden myrkyttäjä teki valinnan kertoessaan suunnitelmastaan pumppaajalle. Ehkä hän olisi pystynyt toimimaan salassakin. Nyt veden pumppaaja on selkeästi mukana juonessa. Hänen asemansa muuttui hänen suostuessaan myrkyttäjän suunnitelmaan. Pumppaajan tulisi arvioida toimintaansa tästä uudesta näkökulmasta. Onko hänestä tullut osa vastarintaliikettä, joka tähtää vallan vaihtumiseen? Ainakin hän on hyväksynyt sen toiminnan, koska ei ole kieltäytynyt tehtävästä tai ilmiantanut myrkyttäjää.

Pelkkä myrkyttäjän työ ei riitä asukkaiden tappamiseen. Tarvitaan myös pumppaajan työpanosta. Hän on linkki myrkyttäjän ja asukkaiden kuoleman välissä. Vaikka hänen työnsä päämääränä olisikin rahan ansaitseminen, päämääränä on samalla talon asukkaiden vedensaannista huolehtiminen. Myrkyttäjän päämäärä on talon asukkaiden tappaminen. Pumpatessaan myrkytettyä vettä pumppaaja ei toteuta omaa tuttua päämääräänsä, vedensaannista huolehtimista, vaan myrkyttäjän päämäärää. Hänen toimintansa tulos on ihmisten kuoleminen talossa. Tiedon myrkytyksestä on vaikutettava hänen käsitykseensä toiminnan päämäärästä.

Anscomben mielenkiintoinen määritelmä intentionaaliselle teolle on ”Ihmisen tekee intentionaalisesti sen, mitä hän tekee.”<sup>97</sup> Toiminta määrittelee näin ollen myös intentiota. Se edellyttää ainakin tässä yhteydessä intentiota. Vettä pumppaavan miehen intentiota ei voi erottaa hänen tekemästään työstä, myrkyte-

---

<sup>96</sup> Anscombe 1958, 44.

<sup>97</sup> Anscombe 1958, 45. A man intends to do what he does.

tyn veden pumppaamisesta. Anscomben mukaan on olemassa kahdenlaista tietoa tapahtumasta, intentionaalista ja aistein havaittua.<sup>98</sup> Intentionaalisuus on sisäistä, ihminen pystyy määrittelemään mielessään tekonsa tarkoituksen. Aisteilla voidaan havaita varsinainen konkreettinen toiminta. Esimerkkitapausta ajateltaessa pumppaajan käsien liike pumpulla, hänen varjonsa kivetyksellä ja rytmikkään hyräilyn ääni ovat aistein havaittavaa tietoa tapahtumasta. Myrkyttämisestä tietämätön ohikulkija voisi pitää tapahtumaa täysin tavanomaisena. Miehen mielessä oleva intentionaalinen tieto tekee tapahtumasta kuitenkin erilaisen. Vettä pumppaava mies tietää myrkyttävänsä samalla lukuisia ihmisiä ja vaikuttavansa näiden läheisten elämään. Samalla hän tietää mahdollisesti edesauttavansa hyvien ihmisten valtaannousua sekä estävänsä juutalaisten joukkomurhan.

Intentionaalisiin tekoihin yhdistyy olennaisesti haluaminen, jonka primitiivinen muoto on pyrkimys (trying to get). Haluamiseen liittyy toiminnan kohdistaminen tavoiteltuun päämäärään sekä tieto tai vähintään uskomus, että halun kohde on olemassa. Jos halun kohteen olemassaolosta ei ole informaatiota, voidaan puhua ideasta. Jollakin tavalla haluamisen kohde tai päämäärä pitää kuitenkin pystyä määrittelemään intentionaaliossa teossa.<sup>99</sup> Onko haluamisen kohde aina jokin hyvä? Anscombe pohtii kysymystä käytännöllisen syllogismin valossa. Hänen mukaansa haluamisen kohde voi olla subjektin määrittelemä hyvä, ei välttämättä yleisesti tunnustettu hyvä.<sup>100</sup> Esimerkkitapauksena Anscombe pohtii erään natsin halua tappaa viimeisenä elinhetkenään mahdollisimman monta juutalaista. Hänen haluamisensa kohde oli siis juutalaisten tuhoutuminen. Natsin koko ura oli tähdännyt tähän päämäärään ja hänellä oli viimeisinä elinhetkinään mahdollisuus toteuttaa tämä pyrkimys. Hänen halunsa kohde oli ehkä hänelle itselleen sekä järjestelmälle, jossa hän toimi, hyvä. Anscombe kuitenkin huomauttaa, että käytännöllisen päättelyn mukaan haluttu lopputulos ja toiminta ovat toisistaan erilliset. Esimerkiksi veden pumppaus ja mahdollinen parempi hallitus ovat ajallisesti selkeästi erillään toisistaan.<sup>101</sup>

Monet tapahtumien kuvaukset ovat muodollisia kuvauksia toteutetuista aikomuksista.<sup>102</sup> Edelleen intentio ja tapahtuma liittyvät yhteen, koska tietyn teon tarkasteleminen tarkoittaa myös suoritettujen aikomusten tarkastelua. Anscombe kuitenkin muistuttaa, että aikomukset eivät aina toteudu tavoitellulla tavalla. On

---

<sup>98</sup> Anscombe 1958, 51–52.

<sup>99</sup> Anscombe 1958, 67–69.

<sup>100</sup> Anscombe 1958, 76.

<sup>101</sup> Anscombe 1958, 78.

<sup>102</sup> Anscombe 1958, 86.

varsin yleistä, että tavoitellaan päämäärää, joka syystä tai toisesta ei toteudu. Pyritään esimerkiksi ylläpitämään terveyttä siinä onnistumatta. Agentin tieto omasta toiminnastaan määrittelee toimintaa, jonka voidaan sanoa olevan toteutetuja aikomuksia. Agentin käsitys omasta toiminnastaan on tässä tapauksessa intentionaalisuuden kannalta ratkaiseva.<sup>103</sup>

Jeanette Kennett on pohtinut intention ja epäonnistuneen lopputuloksen suhdetta itsekontrollin näkökulmasta. Jos agentin käsitys teosta, jolla päästään tiettyyn lopputulokseen, on epäonnistunut tietyssä tilanteessa, kontrolli menetetään. Vaikka agentilla olisi hyvä syy olettaa jonkin teon tuottavan tietyn lopputuloksen, tämä ei välttämättä toteudukaan aina. Agentin väärä käsitys teon ja tapahtuman suhteesta saa hänet menettämään itsekontrollinsa kyseisessä tilanteessa. Korjatakseen tilanteen agentin täytyy muuttaa käsitystään maailmasta vastaamaan paremmin toteutunutta lopputulosta. Näin hän voi saavuttaa uudestaan kontrolliasemansa.<sup>104</sup>

### 3.4. Toiminta, sen lopputulos ja seuraukset

Georg Henrik von Wrightin mukaan toiminta on puuttumista luonnon kulkuun, jonkinlaiseen yleiseen järjestykseen. Usein toiminta saa aikaan muutosta. Tapahtuma sitä vastoin tarkoittaa siirtymistä yhdestä asioiden tilasta toiseen, prosessista tilaan tai tilasta prosessiin tai prosessien muutokseen. Toiminta edellyttää aina agentin, tekijän. Agentti voi olla luonnollinen tai yliluonnollinen, persoonallinen tai persoonaton. Tekijä voi toimia yksin tai kollektiivisesti. Teko on aina jonkun tekijän toimeenpanema. Tapahtuma taas tapahtuu jossakin tietyssä tilanteessa, joissakin olosuhteissa.<sup>105</sup>

Jokaista tekoa vastaa muutos tai tapahtuma maailmassa. Toiminnan ja muutoksen välillä on looginen yhteys. Jos teko ei johda lopputulokseen, voidaan puhua teon yrityksestä.<sup>106</sup> von Wright erottaa toisistaan toiminnasta seuraavan tapahtuman ja toiminnan seuraukset. Toiminnan lopputuloksella voi olla myös seurauksia. Teon ja seurauksien välinen suhde on kausaalinen. Joissain tapauksissa teon lopputulos (tapahtuma) ja seuraukset voivat näyttää samalta. Tekijän intentio sekä tilannesidonnaiset seikat voivat erottaa nämä asiat toisistaan.<sup>107</sup> Anscomben esimerkin veden pumppaajan teon lopputulos oli myrkytetyn veden

---

<sup>103</sup> Anscombe 1958, 86

<sup>104</sup> Kennett 2001, 122.

<sup>105</sup> von Wright 1963, 36–38.

<sup>106</sup> von Wright 1963, 39.

<sup>107</sup> von Wright 1963, 39–41.

pumppaus taloon. Teon seuraus oli talossa olleiden ihmisten kuoleminen myrkytettyyn veteen.

von Wright erottaa toisistaan myös teon ja toiminnan<sup>108</sup>. Teot liittyvät tapahtumiin, toiminta prosesseihin. Joissain tilanteissa aktiviteetit edellyttävät tekoja. Esimerkiksi juokseminen on toimintaa, juokseminen aloittaminen tai lopettaminen on teko. Myös teot usein edellyttävät toimintaa. Ruumiin toiminnot, esimerkiksi lihasten supistuminen, voivat olla aktiviteetteja, joita tarvitaan tekoihin.<sup>109</sup>

Joku tila voi olla eri tekojen lopputulos. von Wrightin esimerkin mukaan avonainen ikkuna voi olla seuraus ikkunan avaamisesta tai ikkunan avoinna pitämisestä samoissa olosuhteissa. Tekijä voi myös pidättäytyä avaamasta ikkunaa. Pidättäytyminen on kuitenkin eri asia kuin ei-tekeminen. Pidättäytyminen edellyttää mahdollisuutta tehdä kyseinen teko. Mahdottoman tehtävän tekemättä jättäminen ei ole pidättäytymistä.<sup>110</sup>

Teon suorittaminen vaatii kykyä toimia tehtävän edellyttämällä tavalla. Kyky on suorittamisen perusedellytys, taidosta puhuttaessa viitataan suorituksen laadulliseen arviointiin. Vaikka ihmisellä olisikin kyky tehdä joku asia, hän voi epäonnistua siinä. Syynä voi olla joku satunnainen este tai vaikkapa jonkun ulkopuolisen agentin puuttuminen toimintaan. Epäonnistunutta toimintaa voidaan kuvata yrittämisenä, joka ei onnistunut. Ihmisen kyvyt eivät siis ole absoluuttisia. Voidaan paremminkin sanoa, että ihmisellä on kyky johonkin suuressa osassa tapauksista.<sup>111</sup>

### **3.5. Intentio ja toiminta potilastapahtumassa**

Ajatellaan intentionaalisen toiminnan peruslähtökohdaksi mallia ”ihminen tekee P jotta Q”. Hoitotilanteessa lääkäri toimii harkitsemallaan tavalla P, jotta hän voisi toteuttaa kyseessä olevan potilaan kannalta suotuisimman hoitotuloksen Q. Voidaan ajatella, että muodollisena päämääränä on joko potilaan terveydentilan määrittäminen, hänen terveytensä palauttaminen tai ylläpitäminen ja sen edellyttämät toimenpiteet.<sup>112</sup> Jos toimenpidettä suorittavalta lääkäriltä kysyttäisiin ”Miksi?”, hän saattaisi kuitenkin vastata hyvin monilla eri tavoilla.

---

<sup>108</sup> act and activity

<sup>109</sup> von Wright 1963, 41–42.

<sup>110</sup> von Wright 1963, 44–45.

<sup>111</sup> von Wright 1963, 50–51.

<sup>112</sup> Palonen & Nio & Mustajoki 2005, 67–68.

Vaikka lääkärin työ nojaa vahvoihin eettisiin periaatteisiin, yksittäistä toimenpidettä on vaikeaa arvioida tästä näkökulmasta. Onko lääkärin työn päämääränä toteuttaa ammattia alan etiikan mukaisesti yksi potilas kerrallaan? Varsinaisessa lääkärin valassa korostetaan elämän kunnioitusta ja ihmisyyden vaalimista. Lääkärin työn päämääränä on valan mukaan terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen ammattitaitoisesti ja ketään syrjimättä. Valassa sitoudutaan myös potilaan tahdon kuuntelemiseen, salassapitovelvollisuuteen sekä kollegiaaliseen arvostukseen. Lisäksi luvataan tutkimuksia ja hoitoja suunniteltaessa ottaa tasapuolisesti huomioon niistä potilaille koituvat hyödyt ja mahdolliset haitat.<sup>113</sup>

Toisaalta lääkäri voi vastata kysymykseen ”Miksi?” myös paljon arkisemalla tasolla. Ehkä hänen päämääränään on vain suoriutua kaikkein vähimmillä mahdollisilla ponnistuksilla raskaasta työstä, jotta saisi nostettua palkkaa, eikä menettäisi työtä. Ehkä hänen päämääränään yksittäisen potilaan kohdalla on ”suoriutua” tästä mahdollisimman nopeasti, jotta jatkuvasti kasautuvista jonoista päästäisiin edes vähän eteenpäin. Lääkäri saattaa ajatella työtään kansanterveydelisestä näkökulmasta. Mitä tehokkaammin hän toimii, sitä useampia potilaita saadaan hoidettua nopeasti. Ehkä hänen päämääränään on saada potilastapauksista dokumentoitua tietoa oman tutkimuksen tueksi. Ehkä jokainen potilas on hänelle uusi henkilökohtainen haaste, jonka suoriutumisesta voi palkita itsensä hedonistisin keinoin. Lääkärin työn päämäärä on aina muodollisesti sairauden parantaminen tai terveyden edistäminen. Yksittäisessä tapauksessa lääkärin sisäinen intentio voi kuitenkin vaihdella.

Onko lääkärin työn lopullinen päämääränä oman työn (professionaalinen) onnistuminen vai potilaan subjektiivinen hyvä sikäli kun se voidaan määritellä? Parhaassa tapauksessa nämä molemmat onnistuvat. Toiminta P johtaa haluttuun lopputulokseen Q, joka on sekä lääkärin että potilaan tavoitteena. Lääkäri onnistuu leikkauksessa, joka parantaa potilaan ainakin toistaiseksi. Valittu toiminta on onnistunut, koska lopputulos on saavutettu. Koska potilaan kannalta myönteinen tulos on nähtävissä olotilan parantumisena, kysymystä ”Miksi?” lääkärin toiminnalle ei välttämättä tarvitse esittää. Ehkä lääkärin toiminnan lopputuloksena olikin mahdollisuus palkita itsensä hedonistisesti eikä toteuttaa ammattia kokeiden eettisten vaatimusten mukaan.

---

<sup>113</sup> Peltomaa 2000, 10.



Jos toiminta P ei johda haluttuun lopputulokseen Q, tilanne on kuitenkin erilainen. Potilasvahinkoa voidaan pitää tällaisena tapahtumana, saavutettu lopputulos ei ole haluttu. Anscomben mukaan tapahtumasta saatava tieto voi olla aistein havaittavaa tai sisäistä, intentioon perustuvaa. Potilasvahingossa voidaan yleensä ulkonaisesti havaita, ennemmin tai myöhemmin, lääkärin suorittaman toimenpiteen lopputulokset. Lääkärin valitsemaa toimintatapaa arvioidaan vertaamalla sitä kokeneen ammattihenkilön osaamistasoon.<sup>114</sup> Näin teko, valittu toimintamenetelmä, arvioidaan. Jos myös alan kokenut ammattihenkilö olisi voinut valita saman toimintamallin ja päätyä samaan lopputulokseen, varsinaista potilasvahinkoa ei katsota tapahtuneen. Jos lopputulos olisi kuitenkin ollut vältettävissä, on tapahtunut potilasvahinko, yleisimmin hoitovirhe. Näissä tapauksissa myös lääkärin sisäinen intentio voidaan punnita tarkemmin. Koska arvioidaan lääkärin toimintaa P, arvioidaan myös hänen intentiotaan, hänen haluamaansa lopputulosta Q.

Anscombe määritteli, että ihminen tekee intentionaalisesti sen, minkä hän tekee.<sup>115</sup> Pitäisikö tämän mallin mukaan ajatella, että lääkäri, joka aiheuttaa virheellään potilaan kuoleman, tekee sen intentionaalisesti, tarkoituksenmukaisesti? Ei tietenkään. Toiminnan intentionaalisuuden määrittelemisen vaatii agentin sisäistä tietoa tapahtumasta. Jos lääkäri on määritellyt toimintansa päämääräksi ammatin harjoittamisen korkeiden eettisten vaatimusten mukaan, hänen tekemänsä virhe voidaan nähdä toiminnan epäonnistumisena, ei intention puutteellisuutena. Anscomben esimerkin mukaan vettä pumpaava mies on voinut epäonnistua veden pumppaamisessa, hän on voinut vaikkapa satuttaa ranteensa ja joutunut keskeyttämään toimintansa (P). Näin ollen talon asukkaiden myrkyttäminen (Q) on epäonnistunut. Toiminta ei ole johtanut haluttuun lopputulokseen. Epäonnistuminen on potilasvahinkotapauksissa saattanut tapahtua myös systeemin tasolla, siihen on voinut vaikuttaa eri tekijöitä tai sattumia.

Kennettin teorian mukaan epäonnistumisessa agentin tieto lopputulokseen johtavasta teosta on virheellinen. Jos lääkäri intentionaalisesti ajattelee päätyvänsä haluttuun lopputulokseen Q tekemällä teon P, teko ei johdakaan haluttuun tapahtumaan. Lääkärin kontrolli tilanteesta katoaa, koska hänen päässään muodostunut toiminta-lopputulos -malli ei olekaan pitävä. Hänen tulee korjata käsityksensä tilanteesta ja muodostaa uusi, paikkansa pitävä, malli. Potilasvahin-

---

<sup>114</sup> Mikkola & Mikkonen 1999, 41.

<sup>115</sup> Anscombe 1958, 45.

goissa voi olla kyseessä juuri tällainen toiminta-lopputulos -mallin virheellisyys. Lääkäri on valinnut toimenpiteen, joka ei johdakaan haluttuun lopputulokseen.

Lääkärin suorittama hoitotoimenpide on von Wrightin määritelmän mukaan teko, jonka agentti on joko lääkäri yksin tai yhdessä muiden toimenpiteeseen osallistuvien kanssa. Toimintaa voi seurata tapahtuma tai seuraukset. Toiminnan lopputuloksella voi olla myös seurauksia. Joskus lopputulos ja seuraukset saattavat näyttää samalta. Hoitovirheissä hoidon lopputuloksena on toimenpiteen epäonnistuminen, potilaan tila ei ole parantunut tai se on huonontunut entisestään. Sen seuraukset voivat tulla esille vasta ajan kuluessa. Jollakin tapaa haluttuun lopputulokseen ei kuitenkaan ole päästy.

Potilasvahinkotapauksissa toiminta on epäonnistunut. von Wrightin mukaan tällaista toimintaa voidaan pitää yrittämisenä, joka ei kuitenkaan onnistunut. Teko edellyttää kykyä toimia. Lääkäriltä vaadittava ammattitaito edustaa tätä kykyä. Se on toiminnan perusedellytys, suoriutumisen jonkinlainen minimitaso. von Wright kuitenkin korostaa, että ihmisen kyvyt eivät ole absoluuttisia. Voidaan paremmin sanoa, että ihmisellä on kyky johonkin suuressa osassa tapauksia. Taidosta puhuttaessa viitataan suorituksen laadulliseen arviointiin. Potilasvahinkotapauksissa taitoa arvioidaan käyttämällä mittapuuna terveydenhuollon kokenutta ammattihenkilöä.

## 4. Lääketieteellinen toiminta esimerkitapauksissa

### 4.1. Huomautus erikoislääkärille

Ensimmäiseksi tarkastelen Terveysturvakeskuksen 30.11.2004 kirjattua päätöstä. Siinä annettiin huomautus erikoislääkärille synnytyksen hoidosta. Kyseessä oli selkeä hoitovirhe, joka olisi todennäköisesti välttävää. Lähes vastaavia synnytyksen komplikaatioihin liittyviä tapauksia oli vuonna 2004 muutamia.<sup>116</sup> TEO:n lausunnoissa annettiin lääkäri- tai hoitohenkilökunnalle tällaisissa tapauksissa yleensä huomautus virheellisestä toiminnasta.

Valitsin tämän tapauksen vuoden 2004 Terveysturvakeskuksen ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen kantelu- ja valvontaratkaisusta (TOLR) esimerkiksi, koska se edustaa selkeästi hoitovirhettä. Suurin osa korvatuista potilasvahingoista on juuri tällaisia tapauksia. Lääkäri valitsee väärän toimenpiteen, joka johtaa vahingon syntymiseen. Lääkärin tahaton virhe aiheuttaa potilaalle vahingon. Useimmiten sen seuraukset eivät kuitenkaan ole yhtä vakavia kuin tässä tapauksessa.

Esimerkin nainen oli terve 30-vuotias ensisynnyttäjä, joka hakeutui aluesairaalaan lapsiveden menon vuoksi. Synnytys ei vuorokauden sisällä käynnistynyt itsestään, joten se käynnistettiin misoprostolin avulla. Aktiivisen ponnistusvaiheen alkaessa kello 02.10 sikiön pää oli tasolla 0 synnyttäjän lantion istuinkyhyihin nähden, kun se normaalisti on tasolla +2 kohdunsuun ollessa täysin auki. Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri saapui paikalle kello 02.20. Tasan kello kolme hän päätti aloittaa imukuppisynnytyksen, vaikka sikiön pää oli edelleen 0-tasolla. Ensimmäisen koevedon aikana sikiön päähän kiinnitetty sydämen sykettä mittaava elektrodi irtosi. Sikiön syketasoa ei saatu luotettavasti mitattua äidin vatsanpeitteiden läpi. Erikoislääkäri teki vielä kolme imukuppiyritystä, mutta jokaisella kerralla kuppi irtosi. Kätilö leikkasi erikoislääkärin kehotuksesta synnyttäjän välilihan, mikä aiheutti voimakkaan verenvuodon.<sup>117</sup>

Kellon ollessa 03.38 kätilö kutsui oma-aloitteisesti leikkaussaliryhmän paikalle. Synnyttäjä oli huonovointinen, ja hänen verenpaineensa todettiin erittäin

---

<sup>116</sup> Hyvin samantyyppinen tapaus on esimerkiksi 23.8.2004 päivätty Dnro 401/48/100/03. Vauva menehtyi hapenpuutteen aiheuttamaan aivovaurioon. Kätilö ei ollut kutsunut synnytyslääkärää ja lastenlääkärää paikalle tarpeeksi nopeasti, jotta lapsen virvoittelu olisi voitu aloittaa ajoissa. TEO antoi kätilölle huomautuksen vastaisen toiminnan varalle laiminlyöntien takia.

<sup>117</sup> TOLR Dnro 909/48/100/04 31.11.2004

matalaksi. Erikoislääkäri ompeli välilihan leikkaushaavan, minkä jälkeen synnyttäjä siirrettiin leikkaussaliin kiireellistä keisarileikkausta varten. Leikkauksen avulla syntyi 3380 grammaa painanut eloton poikavauva, jota ei saatu elvytettyä. Synnyttäjä toipui verenmenetyksestään nesteytyksellä. Oikeustieteellisessä ruumiinavauksessa poikavauvalla todettiin merkkejä hapenpuutteesta sekä istukassa paikallinen sienitulehdus.<sup>118</sup>

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus pyysi tapauksesta asiantuntijalausunnon. Siihen yhtyen TEO totesi lausunnossaan, että erikoislääkärin toiminta ei ollut ollut asianmukaista. Aktiivista ponnistusvaihetta ei olisi saanut aloittaa sikiön pään ollessa korkealla. Myöskään imukuppi vetoa ei olisi saanut suorittaa. Se olisi pitänyt tehdä hätäkeisarileikkausvalmiudessa ja suunnitelmaa olisi pitänyt muuttaa yritysten epäonnistuessa. Väliliha leikattiin liian aikaisin, mistä aiheutui huomattava verenmenetys. Sikiön sykekäyrää ei seurattu ensimmäisen imukuppiyrityksen jälkeen. Erikoislääkäri ei neljänkään imukuppiyrityksen jälkeen määrännyt kutsuttavaksi leikkaussaliryhmää. Hän ei edes leikkaukseen ryhdyttäessä mieltänyt tilanteen vakavuutta ja kiireellisyyttä. TEO antoi erikoislääkärille huomautuksen vastaisen toiminnan varalle virheellisten menettelyjen johdosta.<sup>119</sup>

Koska kyseessä oli hektinen toimenpidetilanne, tässä tapauksessa on vaikea arvioida esimerkiksi potilas-lääkärisuhdetta. Hoitojärjestelmän tasolla voidaan kuitenkin tarkastella erikoislääkärin ja kättilön välistä yhteistyötä. Erikoislääkäri ehti yrittää imukuppi-synnytystä 38 minuuttia ennen kuin kättilö oma-aloitteisesti kutsui leikkaussaliryhmän paikalle. Hän ilmeisesti ymmärsi tilanteen vakavuuden erikoislääkärinä paremmin. Heidän näkemyksensä erosivat kuvauksen mukaan toisistaan vielä leikkauksen alkaessakin. Hoitotoimenpiteestä ei vallinnut yhteisymmärrystä. Resurssien puute ei vaikuttanut hoitovirheeseen, koska leikkaussaliryhmä olisi voitu kutsua aiemminkin apuun.

Normeista erikoislääkäri rikkoi selkeimmin lääketieteen sääntöjä. Hän teki synnytyksen aikana useita virheitä. Koska sikiön pää oli ongelmallisessa asennossa, aktiivista ponnistusvaihetta ei olisi saatu aloittaa. Leikkaussaliryhmän olisi pitänyt olla jatkuvassa valmiudessa ja imukuppiyrityksen epäonnistuttua olisi pitänyt muuttaa hoitosuunnitelmaa. Väliliha leikattiin liian nopeasti ja sikiön

---

<sup>118</sup> TOLR Dnro 909/48/100/04 31.11.2004

<sup>119</sup> TOLR Dnro 909/48/100/04 31.11.2004

sykekäyrää ei seurattu ensimmäisen imukuppiyrityksen jälkeen. Lääketieteen sääntöjen rikkominen alkoi päätöksestä aloittaa aktiivinen ponnistusvaihe. Koska lääkärin valitsema toimintamenetelmä oli jo lähtötilanteessa virheellinen, ongelmat kasaantuivat synnytyksen edetessä. Erikoislääkärin olisi kuitenkin pitänyt imukuppiyritysten jatkuvasti epäonnistuessa ymmärtää tilanteen vakavuus ja korjata virheellinen toimintansa. Imukupin käyttöä säätelevä tekninen normi ei toteutunut, toiminta ei johtanut haluttuun lopputulokseen.

Erikoislääkäri oli synnytyksessä kättilön normiauktoriteetti. Kättilö esimerkiksi leikkasi synnyttäjän välilihan erikoislääkärin määräyksestä, hän oli normisubjektin asemassa. Toiminta synnytyssalissa oli erikoislääkärin vastuulla. Tämä johti osittain tapahtuman epäonnistumiseen. Kättilöllä oli ilmeisesti selkeämpi kuva tilanteen vakavuudesta kuin erikoislääkärillä. Kutsuessaan leikkaussaliryhmän oma-aloitteisesti paikalle kättilö saattoi rikkoa normiauktoriteettinsa tahtoa. Erikoislääkäri ei leikkausta aloitettaessa mieltänyt sitä kiireelliseksi. Tässä tapauksessa normiauktoriteetti epäonnistui toiminnassaan. TEO:n näkökulmasta erikoislääkäri oli normisubjekti, jolle annettiin huomautus.

Arvioitaessa erikoislääkärin toiminnan intentionaalisuutta esille nousee myös kysymys moraalisten normien rikkomisesta. Tällaisissa hoitovirhetapauksissa kyseessä on mielestäni selkeä potilasvahinko. Toiminnan tarkoituksena on ollut edistää potilaan hyvää parhaalla mahdollisella tavalla. Erikoislääkärin toiminnan päämääränä oli ainakin todennäköisesti terveen lapsen syntymä ja hyvässä kunnossa oleva äiti. Tapauksen kuvaus ei viittaa vahingonaiheuttamisen intentionaalisuuteen. Koska teon intentiota voidaan pitää ammattietiikan mukaisena, mielestäni lääkäri ei rikkonut moraalisia normeja eli toiminut moraalin vastaisesti, vaikka hän toiminnallaan rikkoikin lääketieteen sääntöjä.

Erikoislääkärin intentio ei vastannut saavutettua lopputulosta. Kennettin teorian mukaan erikoislääkäri menetti tilanteessa itsekontrollin, koska teko ei johtanut hänen käsitykseensä lopputuloksesta.<sup>120</sup> Tässä tapauksessa imukupin käyttäminen ei johtanut lapsen syntymään, vaan yritykset epäonnistuivat kerta toisensa jälkeen. Kennettin mukaan agentin tulisi korjata käsitystään vastaamaan paremmin toteutunutta lopputulosta. Näin hän voi uudestaan saavuttaa kontrolliaseman. TEO:n huomautuksen tarkoituksena oli korjata erikoislääkärin käsitystä synnytyksen hoidosta paremmin vastaamaan lääketieteen sääntöjä. Erikoislääkärin toiminnan lopputuloksena vauva menehtyi todennäköisesti hapenpuutteeseen.

---

<sup>120</sup> Kennett 2001, 122.

Lopputuloksella oli erilaisia seurauksia, esimerkiksi erikoislääkärin saama huomautus TEO:lta sekä vanhempien suunnaton suru.

#### **4.2. Lääkärin ammatinharjoittamisoikeuden poistaminen**

Toiseksi käsittelen tapausta, jossa ei ole korvattu yksittäistä potilasvahinkoa, vaan lääkärin kykyyn harjoittaa ammattiaan on puututtu. Näin on pyritty ehkäisemään mahdollisia tulevia potilasvahinkoja sekä edistämään potilasturvallisuutta.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (TEO:n) ja lääninhallitusten ratkaisuihin vuosina 2002-2004 mainitaan yhteensä 63 tapausta, joissa TEO oli puuttunut lääkärin tai sairaanhoitajien ammatinharjoittamiskykyyn. Suurimmassa osassa näistä tapauksista ammatinharjoittamisoikeuksia oli rajoitettu. Osassa tapauksista oikeudet toimia ammatissa oli poistettu kokonaan ainakin väliaikaisesti. Muutamassa tapauksessa oikeudet oli palautettu takaisin.

Suurimmassa osassa tapauksista, joissa ammatinharjoittamisoikeuksia rajoitettiin tai oikeudet poistettiin, syynä oli lääkärin sairaus, päihteiden väärinkäyttö ja heikentynyt toimintakyky.<sup>121</sup> Nämä tekijät kietoutuivat selkeästi yhteen. Lääkärillä saattoi olla diagnosoitu masennus tai muu psyykkinen sairaus, johon liittyi lääkkeiden tai alkoholin väärinkäyttöä, mikä aiheutti toimintakyvyn heikkenemistä potilastyöskentelyssä. Erityisesti ongelmia oli lääkkeiden liiallisessa määräämisessä sekä lääkärin omaan käyttöön että mahdollisesti lääkeriippuvaisille potilaille. Valituksia toiminnasta tuli esimerkiksi apteekkeista, joissa lääkemääräyksiin oli kiinnitetty huomiota. Myös potilaat olivat valittaneet epäasianmukaisesta kohtelusta.

Valitsin tämän tapauksen esimerkiksi, koska lääkäreiden lääkkeiden tai alkoholin väärinkäyttöön liittyviä tapauksia oli silmiinpistävästi paljon. Vain osassa tapauksista ammatinharjoittamisoikeuksiin oli puututtu. Lukuisissa tapauksissa rajoitettiin lääkärin oikeutta määrätä keskushermostoon vaikuttavia PKV-lääkkeitä sekä alkoholia. Taustalla oli yleensä lääkärin oma riippuvuus tai esimerkiksi perheenjäsenen riippuvuuden ylläpitäminen. Joissakin tapauksissa lääkärit itse pyysivät lääkkeenmääräämisosoikeuksien rajoittamista.<sup>122</sup> Lääkäreiden

---

<sup>121</sup> Vuonna 2004 mainitaan 17 tapausta, joissa ammatinharjoittamisoikeutta on rajoitettu. Jokainen näistä tapauksista liittyi jollakin tavalla lääkkeiden väärinkäyttöön. Useissa tapauksissa esimerkiksi riippuvuuden lisäksi lääkäriellä oli psyykkisiä ongelmia.

<sup>122</sup> Tällainen tapaus on esimerkiksi 21.10.2004 päivätty Dnro 1489/47/100/04. TEO:n suorittaman reseptiselvityksen mukaan lääkäri oli hankkinut itselleen ja puolisolleen kirjoittamalla lääkemääräyksillä, pro auctore –määräyksillä sekä hoitavan lääkärinsä kirjoittamalla määräyksillä kuuden kuukauden aikana yhteensä 6785 Imovane-unilääketablettia eli noin 37 tablettia vuorokautta kohden. TEO:lle osoittamassaan kirjeessä lääkäri kertoi halukkuudestaan hoitoon. Hoidon

erilaiset lääkkeiden tai alkoholin väärinkäyttöön liittyvät ongelmat herättävät kysymyksiä työn henkisestä ja fyysisestä raskaudesta sekä ongelmista kärsivien lääkäreiden työkyvystä.<sup>123</sup>

Analysoin rajoitettuun ammatinharjoittamiskykyyn liittyvää tapausta TEO:n 16.6.2004 päivätyn esimerkin avulla. Tapauskuvauksen mukaan lääkäri oli ollut vuoden 1999 jälkeen kymmenen eri kertaa hoidettavana keskussairaalan psykiatrian osastoilla diagnoosina useimmiten toistuvan masennuksen vaikea masennusjakso ja alkoholiriippuvuus. Sairaalan ylilääkäriin mukaan kyseinen lääkäri oli jo vuosien ajan käyttänyt runsaasti alkoholia ja viime vuosien aikana hänen käyttäytymisessään oli tullut esiin kaksisuuntaisen mielialahäiriön piirteitä. Työssä ollessaan lääkäri oli antanut lähinnä keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä koskevia lääkemääräyksiä.<sup>124</sup>

Lääkärillä oli alkoholiriippuvuuden ja vaikean masennuksen lisäksi myös muita terveydellisiä ongelmia. Hänellä oli somaattisia sairauksia, alkoholin aiheuttama hermoston rappeutuminen ja hänellä epäiltiin olevan elvytyksen yhteydessä syntynyt hapenpuutteesta johtuva aivovaurio. Lisäksi lääkäriellä oli ollut useita epileptisiä kohtauksia. Lääkäriin sosiaalisen selviytymisen taso oli laskenut asteittain vuoden 2004 alun jälkeen. Muuttunut käytös oli tullut esille muun muassa kontrolloimattomina sanallisen aggression purkauksina, assosiaatioiden rönsyilemisinä sekä tunnetilojen heilahteluina. Lääkäri ei itse ollut kyennyt hahmottamaan käytöstään sopimattomaksi. Osastonylilääkäriin lausunnon mukaan lääkäri sairasti pitkäaikaista ja paranemisennusteeltaan pessimististä aivojen surkastumista ja siihen liittyvää laaja-alaista kognitiivisten kykyjen laskua. Tähän liittyi alentunut kyky itsekritiikkiin, havainnointikyvyn heikkouksia sekä ongelmia lukuarvojen hahmotuksessa. Psykologisissa testeissä kognitiivinen taso oli laskenut niin voimakkaasti, että lääkäri selviytyi matemaattista päättelyä ja visuaalista hahmottamista vaativista tehtävistä kehitysvammaisen tasoisesti, vaikka kokonaistaso oli muuten ollut keskitasoa. Lisäksi lääkärin alkoholinkäyttö oli jatkuvaa ja määrällisesti kohtuutonta. TEO poisti lääkärin ammatinharjoittamisoikeuden toistaiseksi.<sup>125</sup>

---

onnistumisen varmistamiseksi hän pyysi, että häntä kiellettäisiin määräämästä pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä. TEO kielsi lääkärin pyynnön mukaisesti häntä määräämästä kyseisiä lääkkeitä.

<sup>123</sup> Esimerkiksi edellisessä viitteessä mainitsemani lääkäri kertoi kirjeessään TEO:lle hoitaneensa työnsä moitteettomasti ja potilasturvallisuutta vaarantamatta. Tiedot hänen itselleen määräämiensä lääkkeiden määristä kertoisivat kuitenkin myös heikentyneestä ammatinharjoittamiskyvystä.

<sup>124</sup> TOLR Dnro 338/47/100/04 16.6.2004

<sup>125</sup> TOLR Dnro 338/47/100/04 16.6.2004

Koska kyseinen lääkäri oli selkeästi vaikeasti sairas, hänen työkykynsä lääkärinä oli hyvin rajoittunut. Lääkäristä itsestään tuli potilas. Hän ehti kuitenkin toimia ammatissaan useita vuosia psyykkisesti epävakana ja alkoholiriippuvuudesta kärsien. TEO:n lausunnossa ei ollut mainintaa varsinaisista hoitovirheistä, mutta lääkärin kerrottiin määränneen lähinnä keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Niiden määräämiseen liittyy aina suuri vastuu, koska lääkkeisiin voi helposti syntyä riippuvuus. Lääkeriippuvuuden ylläpitäminen tai sellaisen tahallinen aiheuttaminen voidaan katsoa hoitovirheeksi. En tarkastele tässä yhteydessä kuitenkaan varsinaisia hoitovirheitä, vaan lääkärin toimintaa laajemmin.

Lääkärin ammatinharjoittaminen ennen TEO:n päätöstä oli ongelmallista hoitojärjestelmän tasolla monesta eri näkökulmasta tarkasteltuna. Koska terveydenhuolto perustuu eri ammattihenkilöiden ja -ryhmien samanaikaiseen tai peräkkäiseen yhteistyöhön, yhden työntekijän epävakaa tai rajoittunut ammattitaito voi vaikuttaa ratkaisevasti koko järjestelmän toimintaan. Kaikilta vaaditaan tehokasta ja tarkkaa työtä, koska järjestelmän toimiminen on potilasturvallisuuden edellytys. Jos lääkäri itse joutuu tarkkailun kohteeksi, hoitojärjestelmän toimintakyky vaikeutuu ja työilmapiiri voi muuttua epävarmaksi. Sairas ja päihderiippuvainen työntekijä ei täytä Lääkäriliiton asettamia kollegiaalisuusohjeita<sup>126</sup>, jotka edellyttävät, että lääkärit tekevät yhteistyötä ja kunnioittavat toisiaan. Toisella lääkärillä on velvollisuus puuttua kollegan toimintaan, jos tämä on esimerkiksi sairauden, päihteiden käytön tai muun syyn vuoksi kykenemätön hoitamaan potilaitaan ja mahdollisesti jopa vaaraksi heille.

Lääkärin vaikeutunut terveydellinen tila aiheutti kontrolloimattomia sanallisen aggression purkauksia, assosiaatioiden rönsyilemistä sekä tunnetilojen heilahteluita. Lisäksi lääkäri oli pitkään kärsinyt alkoholiriippuvuudesta. Potilaslääkärisuhteen muodostaminen tällaisissa tapauksissa on hyvin ongelmallista, jopa mahdotonta. Potilas ei voi saada hakemaansa ja tarvitsemaansa tukea toiselta potilaalta. On yllättävää, että kyseinen lääkäri on pystynyt toimimaan työssään näinkin pitkään. Hänen rajoittanut ammatinharjoittamiskykynsä on saattanut aiheuttaa lukuisia vaaratilanteita. Useissa vastaavanlaisissa tapauksissa potilaat ovat valittaneet lääkärin epäasianmukaisesta ja epäkohteliaasta käytöksestä sekä kovaotteisesta hoidosta.

---

<sup>126</sup> Peltomaa 2000, 12.



Esimerkkitapauksen lääkäri rikkoi useita von Wrightin määrittelemiä normiryhmiä, jos niitä sovelletaan lääkärin ammatin harjoittamiseen. Vaikka varsinaisista hoitovirheistä ei raportoida, näyttää todennäköiseltä, että lääkäri määräsi tarpeettoman paljon PKV-lääkkeitä. Lääkkeiden määräämiselle ei luultavasti ollut lääketieteellistä perustetta. Näin lääkäri rikkoi lääketieteen sääntöjä. Koska lääketiede on luonnontiede, sen noudattaminen edellyttää von Wrightin määrittelemien sääntöjen noudattamista.<sup>127</sup> Kaikissa tapauksissa säännöt eivät ole absoluuttisia, mutta keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden mahdollisesti perusteeton määrääminen ei ole luettavissa lääketieteellisesti monitulkintaiseksi tapaukseksi. Lääkärin heikentynyt terveydentila on mahdollisesti vaikeuttanut myös teknisten normien<sup>128</sup> noudattamista. Toiminnan ja lopputuloksen välinen yhteys on saattanut hämärtyä esimerkiksi juuri lääkkeitä määrätessä.

Tapaus on mielenkiintoinen esimerkki lääkärin aseman muuttumisesta normiauktoriteetista normisubjektiksi<sup>129</sup>. Arkisessa työssään lääkäri on yleensä normiauktoriteetti, joka tekee päätöksen potilaan hoidosta sekä antaa määräyksiä muille työntekijöille. Kun lääkäri rikkoo ammattikuvaansa liittyviä normeja, hänen asemansa normiauktoriteettina joutuu kyseenalaiseksi. Tässä tapauksessa lääkärin psyykkisistä ongelmista johtuva holtiton käyttäytyminen sekä ammattitaidon kyseenalaistuminen asettivat hänet normisubjektiksi. Osastonylilääkäri arvioi lääkärin terveydellisen tilanteen sekä valmiudet toimia ammatissa. Lääkäri osallistui muun muassa psykologisiin testeihin. Terveystieteiden oikeusturvakeskus teki potilasasiakirjatietojen ja osastonylilääkärin lausunnon perusteella päätöksen, jonka mukaan lääkäri oli sairautensa, päihteiden väärinkäyttönsä ja heikentyneen toimintakykynsä perusteella kykenemätön harjoittamaan lääkärin ammattia. Terveystieteiden oikeusturvakeskus oli normiauktoriteetti, joka asetti lääkärille, normisubjektille, määräyksen.

Kyseinen tapaus on myös esimerkki ideaalien eli ihannetta koskevien sääntöjen<sup>130</sup> rikkoutumisesta. Sairas ja alkoholiriippuvuudesta kärsivä lääkäri ei edusta ammatin ihannetta, eikä hän toiminnallaan toteuta lääkärin ammattiin liitettyjä hyveitä. Vakavaa sairastumista ei voida pitää normien rikkomisena, mutta toimintakykyyn vaikuttava alkoholiriippuvuus rikkoo ihannetta koskevia sääntöjä. Ammattitaitoinen, vastuuntuntoinen ja luotettava lääkäri ei kärsi

---

<sup>127</sup> von Wright 1963, 6–7.

<sup>128</sup> von Wright 1963, 9–11.

<sup>129</sup> von Wright 1963, 7.

<sup>130</sup> von Wright 1963, 14–15

alkoholiongelma. Mielestäni tämä normi on erityisen vahva juuri lääkärien ammattiryhmällä. Toisaalta vaikea alkoholiriippuvuus voidaan myös laskea sairaudeksi, josta parantuminen vaatii hoitoa. Lääkärin ihannetta ajateltaessa kyseessä oleva ammattihenkilö oli ollut jo pitkään kykenemätön toimimaan ammatissaan.

Toimiko lääkäri intentionaalisesti työskennellessään vielä ammatissaan? Osastonylilääkärin lausunnon mukaan lääkäri ei itse ollut kyennyt hahmottamaan käytöstään sopimattomaksi. Vaikeista psyykkisistä ongelmista kärsivän ihmisen toiminnan intentionaalisuutta on vaikea arvioida. Anscomben mukaan on olemassa kahdenlaista tietoa tapahtumasta, intentionaalista ja aistein havaittua.<sup>131</sup> Intentionaalinen tieto on tekijän sisäinen määritelmä tekonsa tarkoitukseksi. Aistein havaittavaa tietoa on ulkopuolelle näkyvä teko itsessään. Esimerkkitapauksessa lääkärin toiminta on näyttäytynyt ulkopuolisille sopimattomana ja ongelmallisena. Lääkäri ei ole itse tunnistanut näitä piirteitä, eikä olisi luultavasti pystynyt analysoimaan toimintansa intentiota. PKV-lääkkeiden poikkeuksellisen runsas määrääminen voi kertoa osaltaan intention hämärtymisestä. Potilaan edun toteuttaminen ja lääkärin etiikan noudattaminen ei ehkä ollut enää selkeästi toiminnan päämääränä. Luultavasti lääkäri ei psyykkisestä tilastaan johtuen olisi pystynyt vastaamaan kysymykseen "Miksi?". Lääkäri on menettänyt Kennettin määrittelemän kontrolliaseman, käsitys teon ja tapahtuman suhteesta on saattanut olla väärä.<sup>132</sup> Sairaana lääkäri ei välttämättä ole pystynyt korjaamaan tilannetta.

Analysoitaessa esimerkkitapauksen lääkärin toimintaa ratkaisevin seikka on lääkäriltä puuttuva kyky toimia ammatissa. von Wrightin mukaan teko edellyttää kykyä toimia.<sup>133</sup> Se on toiminnan perusedellytys, suoriutumisen jonkinlainen minimitaso. Lääkäri ehti ehkä toimia ammatissaan joitakin vuosia minimitason rajamailla. Hän pystyi ehkä suoriutumaan osasta tehtäviä, mutta ei kaikista. Yksittäinen teko, hoitotapahtuma, saattoi onnistua ja johtaa haluttuun lopputulokseen, mutta toiminta kokonaisuudessaan oli ongelmallista muun muassa lääkärin sopimattoman käytöksen takia. Lopulta lääkäriellä ei enää ollut tarvittavaa kykyä toimia ammatissa. On yllättävää, että hänelle ei tapahtunut työskentelyaikana esimerkiksi pahoja hoitovirheitä, joiden arvioinnin mittapuuna on kuitenkin terveydenhuollon kokenut ammattihenkilö.

---

<sup>131</sup> Anscombe 1958, 51–52.

<sup>132</sup> Kennett 2001, 122.

<sup>133</sup> von Wright 1963, 50–51

Lääkärin toimintaa voidaan pohtia myös esimerkiksi osastonylilääkärin näkökulmasta. Vaikeasti käyttäytyvän lääkärin toiminnalla saattoi olla lopputuloksia, joilla olisi voinut olla osastonylilääkärin näkökulmasta epämieluisia seurauksia. Jos kyseinen lääkäri olisi esimerkiksi tullut työhön voimakkaasti humaltuneena, kyseinen osasto olisi voinut saada kielteistä julkisuutta, joka olisi kohdistunut myös osastonylilääkäriin. Lääkärin toiminta vaaransi selkeästi osaston potilasturvallisuutta. Lääkärin teoilla olisi saattanut olla erittäin vaarallisia seurauksia. TEO:n ratkaisu oli luonteeltaan myös ennaltaehkäisevä. Sen avulla haluttiin estää mahdolliset tulevat potilasvahingot.

#### **4.3. Väliaikainen kielto lääkärille harjoittaa ammattia**

Seuraavaksi käsittelen TEO:n 11.2.2004 päivättyä tapausta, joka koskee myös ammatinharjoittamisoikeuksien poistamista. Sairaalan neurokirurgian ylilääkärin toiminta oli esillä useissa tiedotusvälineissä 2000-luvun alussa. Tapaus sai paljon julkisuutta, koska se oli potilasvahinkona erityisen vakava lääkärin aseman ja tapausten runsaan lukumäärän vuoksi. Keskityn tämän tapauksen analysoinnissa erityisesti lääkärin intentionaalisuuden arviointiin sekä käsitteen ”potilasvahinko” ongelmallisuuteen.

Tämä tapaus ei millään tavalla edusta tyypillistä potilasvahinkoa tai sellaisten ryhmää. Kyseessä on epäilemättä yksi Suomen historian vakavimmista lääkärin ammatinharjoittamiseen liittyvistä rikoksista. Sekä lääkärin tekemien rikkomusten ajallinen kesto että niiden vakavuus ovat huolestuttavia esimerkkejä lääkärin vallan väärinkäytöstä. Valitsin tämän tapauksen esimerkiksi, koska siinä lääkärin toiminnan intentio ei ole vastannut lääkärin etiikkaa. Kyseessä ei ole potilasvahinkojen sarja, vaan tietoisesti tehdyt rikkomukset.

TEO:n selvityksen mukaan lääkäri oli laiminlyönyt potilaan asianmukaisen hoidon vuosien ajan vastatessaan Parkinsonin tautia sairastavien potilaiden hoidosta sairaalan neurologian poliklinikalla. Lääkärin tekemät sairauskertomusmerkinnät olivat lähes olemattomia, mikä TEO:n mukaan vaaransi potilasturvallisuutta. Lääkäri ja hänen tutkimusapulaisensa tekivät kyllä merkintöjä erilaisille lääketutkimukseen liittyville seurantalomakkeille, mutta lomakkeet eivät olleet muiden potilaita hoitaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden saatavilla eikä

lääketutkimuksen yhteydessä kerättyjä tietoja voitu muutoinkaan pitää riittävinä potilaan hoidon turvaamiseksi.<sup>134</sup>

Lääkärin katsottiin viivyttäneen lääkehoidon aloittamista useiden potilaiden kohdalla. Tämän katsottiin TEO:n mukaan liittyvän lääketutkimuksen ehtojen täyttämiseen, koska potilaan tullessa lääketutkimukseen hänellä ei saanut olla Parkinsonin taudin lääkitystä. Useissa tapauksissa lääkäri oli jatkanut hoitokokeilua, vaikka potilailla oli esiintynyt vaikeita sivuvaikutuksia tai tilan heikkenemistä. Esimerkiksi dementoituneita ja psyykkisesti oireilevia potilaita oli pidetty tutkimuspotilaina vuosien ajan. TEO:n mukaan ainakin osassa tapauksista kyseessä oli lääketutkimuksen tarkoituksellinen pitkittäminen. Joissakin tapauksissa lääkäri ei ollut aloittanut kokeilulääkkeen rinnalle tehokkaampia tai edes oireita lievittäviä Parkinsonin taudin lääkkeitä. Omaisten hädänilmaisut eivät aina olleet johtaneet toimenpiteisiin. TEO katsoi lääkärin asettaneen tutkimukselliset näkökohdat potilaiden edun ja parhaan mahdollisen hoidon edelle. Lääkäri oli rikkonut ammattieettisiä velvoitteitaan vaarantaen samalla potilaiden terveyden.<sup>135</sup>

Myös lääketutkimukseen tulleiden potilaiden informoinnissa oli ollut merkittäviä puutteita. Esimerkiksi eräässä tutkimuksessa potilaan allekirjoittama suostumusasiakirja oli ollut englanninkielinen. Toisessa tutkimuksessa oli ollut kaksi toisistaan poikkeavaa potilastiedotetta. Potilaalle annettussa tiedotteessa puhuttiin ainoastaan hoidosta, ei lääketieteellisestä tutkimuksesta. Muistakin tiedotteista puuttui potilaan kannalta tärkeää tietoa. Osa tutkimukseen osallistuneista potilaista ei enää ollut terveydellisen tilansa puolesta kykeneväinen tekemään päätöstä osallistumisesta. TEO piti toimintaa potilaan itsemääräämisoikeutta loukkaavana.<sup>136</sup>

Potilailla oli useissa tapauksissa esiintynyt kontrollikäynneillä erittäin korkeita verenpaine-arvoja, joista ei oltu tehty merkintöjä potilaiden sairauskertomuksiin eikä lääkäri epävirallistenkaan merkintöjen perusteella ollut kiinnittänyt niihin huomiota tai ryhtynyt asianmukaisiin toimenpiteisiin potilaiden hoitamiseksi. Osa näistä potilaista oli myöhemmin menehtynyt aivoverenvuodon sairauksiin tai sydänsairauksiin, joiden tunnettu riskitekijä on hoitamaton verenpainetauti. TEO piti menettelyä potilasturvallisuutta vaarantavana.<sup>137</sup>

---

<sup>134</sup> TOLR Dnrot 1069/47/100/01 ja 588/47/100/03 11.2.2004

<sup>135</sup> TOLR Dnrot 1069/47/100/01 ja 588/47/100/03 11.2.2004

<sup>136</sup> TOLR Dnrot 1069/47/100/01 ja 588/47/100/03 11.2.2004

<sup>137</sup> TOLR Dnrot 1069/47/100/01 ja 588/47/100/03 11.2.2004

TEO:n päätöksen mukaan oli ilmeistä, että kyseinen lääkäri oli laiminlyönyt pitkäaikaisesti lääkärin ammattieettisiä ja yleisesti hyväksytyjä menettelytapoja. Hän oli vaarantanut hoitovastuullaan olleiden potilaiden hoidon turvallisuuden. TEO kielsi lääkäriä toimimasta ammatissaan väliaikaisesti, koska käsiteltävänä oli vielä useita lääkärin potilastapauksia, eikä lopullista päätöstä vielä voitu tehdä. Vuoden päästä tästä lausunnosta (27.1.2005) TEO teki uuden päätöksen tapauksesta. Sen mukaan kyseinen lääkäri sai harjoittaa ammittiaan enää toisen lääkärin johdon ja valvonnan alaisena julkisen terveydenhuollon toimintayksikössä.<sup>138</sup>

Lääkärin asema ylilääkärinä teki tilanteesta hoitojärjestelmän kannalta erityisen ongelmallisen. Lääkäri ja hänen tutkimusapulaisensa muodostivat tutkimusryhmän, joka ei esimerkiksi antanut potilaiden seurantalomakkeita muiden hoitohenkilökuntaan kuuluvien käyttöön. Koska hoitojärjestelmä on luonteeltaan hierarkkinen, ylilääkärin toimintaan puuttuminen tai sen kyseenalaistaminen on saattanut olla vaikeaa. Toimimalla ammattietiikan vastaisesti ylilääkäri on pakottanut myös muut mukaan toimintaansa. Tutkimusavustajat ovat ainakin osasyllisiä toimintaan, koska on todennäköistä, että he ovat ymmärtäneet toiminnan virheellisyyden. Heidän rangaistustaan ei ole eritelty TEO:n lausunnossa tarkemmin.

Lääkärin suhdetta potilaisiin ja kollegoihin on vaikeaa arvioida, koska hänen käytöksestään ei varsinaisesti kerrota. Koska lääkäri ehti toteuttaa ammittiaan väärin useiden vuosien ajan, kollegat eivät ilmeisesti olleet tietoisia tilanteesta tai ainakaan puuttuneet siihen. Lääkäri-potilassuhteissa on ollut jälkikäteen arvioitaessa pahoja puutteita, koska esimerkiksi potilaiden informointi on ollut riittämätöntä. Toisaalta potilaat eivät luultavasti olleet tietoisia puutteista, eikä osa heistä olisi ollut edes kykeneväinen tekemään päätöstä tutkimukseen osallistumisesta. On mahdollista, että potilaat kuitenkin luottivat lääkäriin ja saamaansa hoitoon kyseenalaistamatta niitä.

Lääkäri rikkoi lääketieteen sääntöjä<sup>139</sup> useiden vuosien ajan. Hän ei esimerkiksi käyttänyt sopivia lääkkeitä potilaan oireisiin, vaan tutkimuksen kannalta edullisia. Hän ei noudattanut lääketieteen sääntöjä parantaakseen potilaita. Lääkäri ei ollut enää sisällä lääketiede nimisessä systeemissä, vaan loi uuden systeemin, jolla oli omat sääntönsä. Niiden tarkoituksena oli muun muassa ylläpitää tutkimusta, jolla olisi halutut lopputulokset.

---

<sup>138</sup> Terveystieteiden tutkimuskeskus 2007.

<sup>139</sup> von Wright 1963, 6–7.

Esimerkin lääkäri oli selkeästi sekä normiauktoriteetti että normisubjekti<sup>140</sup>. Auktoriteettiasema oli vahva, koska kyseessä oli ylilääkäri sekä tutkimuksen johtaja. Hän antoi määräyksiä lukuisille eri hierarkiatason työntekijöille. Totuuden paljastuttua pikku hiljaa lääkäristä tuli myös normisubjekti, joka oli rikkonut ammattietiikkaansa hyvin vakavasti. Aseman muuttuminen normiauktoriteetista normisubjektiksi oli jyrkkä. Lääkärinoikeuksien menettäminen on Suomessa hyvin harvinaista, jos lääkärin ammatinharjoittamiskyky ei ole puutteellinen.

On mahdollista, että lääkäri toteutti ammatissaan useita lääkärin hyveitä<sup>141</sup>. Korkeasta asemastaan päätellen hän ainakin oli ollut ammatissaan teknisesti taitava. Hän saattoi esiintyä empaattisesti potilaitaan kohtaan sekä kunnioittaa työtovereitaan. Ulospäin hän saattoi vaikuttaa hyvin ammattitaitoiselta lääkäriltä. Hän kuitenkin rikkoi vakavasti moraalisia sääntöjä. Tässä tapauksessa moraalisten sääntöjen rikkominen liittyy kaikkien muidenkin normiryhmien rikkomiseen. Lääkäri toimi *tietoisesti* vastoin lääkärin etiikkaa. Hän aiheutti toiminnallaan turhaa kärsimystä. Tutkimuksen motiivina ei ollut lääketieteen tai ihmiskunnan palveleminen, vaan lääkärin oma etu. Hän asetti oman parhaansa kymmenien potilaiden hyvinvoinnin edelle. Tällainen toiminta on moraalisten sääntöjen vastaista.

Lääkärin tekojen intentionaalisuus näyttäytyy tässä tapauksessa hyvin eri tavalla kuin aikaisemmassa esimerkissä, jonka kohteena oli psyykkisesti sairas ja alkoholiriippuvuudesta kärsivä lääkäri. Tässä tapauksessa lääkärin toimintaa voidaan pitää selkeästi intentionaalisenä. Hänen tekojensa tarkoituksena oli saada aikaan haluttuja tutkimustuloksia. Potilaiden puutteellinen informointi, lääkityksen aloittamisen viivyttely sekä sivuvaikutusten vähättely ovat esimerkkejä toiminnasta, jonka motiivina oli lääketutkimuksen onnistuminen lääkärin toivomalla tavalla. Kysymys "Miksi?" on tässä tapauksessa mielestäni merkityksellinen. Vastaus näyttää pelkästään tunnettujen tosiasioiden valossa selkeältä. Lääkäri halusi tutkimukselleen tiettyjä tuloksia. Myös TEO:n lausunnossa lääkärin toimintaa pidettiin tarkoituksellisena.

Lausunnon mukaan lääkäri ei ollut kiinnittänyt huomiota joidenkin potilaiden erittäin korkeisiin verenpainearvoihin. Osa näistä potilaista oli myöhemmin kuollut sairauksiin, joiden tunnettu riskitekijä on hoitamaton verenpainetauti. TEO piti toimintaa potilasturvallisuutta vaarantavana. Oliko

---

<sup>140</sup> von Wright 1963, 7.

<sup>141</sup> von Wright 1963, 14–15.

lääkäri vastuussa potilaiden kuolemasta? Syy-yhteyden arviointi on ollut luultavasti lähes mahdotonta, koska tapauksista oli jo niitä arvioitaessa kulunut aikaa ja potilaiden menehtymiseen oli saattanut vaikuttaa lukuisia eri tekijöitä.

Tapausta pohdittaessa on mielestäni oletettava, että lääkäri tiedosti korkeat verenpainearvot, jotka mitattiin kontrollikäynneillä. Voidaan myös olettaa, että hän ymmärsi niihin liittyvät riskitekijät. Kyseessä oli kuitenkin ylilääkäri, jonka asiantuntemusta ei tällaisessa kysymyksessä tarvitse kyseenalaistaa. Hänellä on siis ollut sisäistä tietoa tapahtumasta ja sen seurauksista. Kyseessä ei ole epäonnistunut aikomus-lopputulokset tai puhdas vahinko. Kuten edellä mainitsin, Anscomben mukaan monet tapahtumien kuvaukset ovat muodollisia kuvauksia toteutetuista aikomuksista.<sup>142</sup> Tässä tapauksessa lääkärin aikomuksena oli saada toivottuja tuloksia tutkimukselle. Jättäessään verenpainearvot huomioimatta lääkäri toteutti aikomustaan. Tämä tapaus on mielestäni hyvä esimerkki intention ja tapahtuman liittymisestä toisiinsa. Lääkärin toimintaa ei voi arvioida ottamatta huomioon hänen intentiotaan. Koska intentio on ollut lähtökohtaisesti etiikan vastainen, myös toimintaa ei voida hyväksyä.

Vaikka TEO:n lausunnossa ei mainitakaan tarkemmin lääkärin tutkimusapulaisten osallisuudesta tapahtuneisiin virheisiin, heidän asemansa on mielestäni mielenkiintoinen, koska siinä on yhtymäkohtia Anscomben esimerkin vedenpumppajaan. Tässäkin tapauksessa on mielestäni oletettava, että tutkimusryhmän jäsenet terveydenhuollon ammattihenkilöinä ymmärsivät toiminnan virheellisyyden. Pitäisin jopa todennäköisenä, että lääkäri oli informoinut tutkimusryhmälleen tutkimuksen sisäiset säännöt, joihin viittasin aiemmin. Nämä säännöt eivät olleet lääketieteen yleisesti hyväksytyjä sääntöjä, vaan niiden tarkoituksena oli saada aikaan halutut tutkimustulokset. Lääkäri tarvitsi tutkimusryhmän jäsenet "omalle puolelleen" aivan kuten veden myrkyttäjät tarvitsi veden pumppajaan lojaalisuuden toiminnan onnistumiseksi.

Jos oletetaan, että tutkimusryhmän jäsenillä oli sisäistä tietoa tapahtumista ja sen seurauksista, he olivat lähes samanlaisessa tilanteessa kuin vedenpumppaja. Tässä esimerkkitapauksessa he luultavasti tiesivät, että tutkimuksesta koitui useille potilaille turhaa kärsimystä ja se saattoi välillisesti aiheuttaa joidenkin potilaiden kuoleman. Konkreettisissa hoitotilanteissa he saattoivat olla lenkki lääkärin aikomuksen ja potilaiden kärsimyksen välillä. He olisivat voineet vastata kysymykseen "Miksi?" sanomalla, että tekivät vain työtään, ansaitsivat rahaa ja

---

<sup>142</sup> Anscombe 1958, 86.

niin edelleen. Tieto on tässäkin tapauksessa ratkaisevassa asemassa. He hyväksyivät lääkärin toiminnan, koska eivät puuttuneet siihen, vaikka tiesivätkin sen ongelmallisuudesta. He eivät vain tehneet työtään, vaan tekivät sitä tutkimusprosessissa, joka ei täyttänyt eettisiä vaatimuksia. Mielestäni kaikki tutkimusryhmän jäsenet olivat vastuussa tapahtumista, jos heillä oli tietoa lääkärin aikomuksista.

Ennen tapauksen herättämää kohua lääkärin toiminnan lopputulos oli ehkä hänen omasta näkökulmastaan tutkimusprosessin onnistuminen. Sillä oli erilaisia seurauksia, esimerkiksi rahoitusta sekä ammatillista arvostusta saatiin mahdollisesti lisää. Potilaat todennäköisesti kokivat lääkärin toiminnan eri tavalla. Jotkut joutuivat kärsimään useita vuosia lääkkeiden sivuvaikutuksista, koska lääkemerkkin vaihtaminen olisi ollut lääkärin päämäärän vastaista. Lääkärin toiminnan lopputulos oli potilaiden terveyden huononeminen, ei parantuminen. Tästä saattoi seurata esimerkiksi masentuneisuutta ja turhautumista. Potilaiden omaiset kokivat tilanteessa epätoivoa. Heitä ei todennäköisesti kiinnostanut lääketutkimuksella saavutetut tulokset tai lääkärin saama rahoitus. Käsitys toiminnan lopputuloksesta ja sen seurauksista vaihteli eri osapuolilla.

Toisin kuin edellisessä esimerkissä, tässä tapauksessa lääkäriltä ja tutkimusryhmän jäseniltä ei puuttunut toimintaan vaadittavaa kykyä. Lääkärin asemasta päätellen hän on ollut varsin ammattitaitoinen, eikä suoriutumisen minimitasoa tarvitse kyseenalaistaa kuten sairaan lääkärin kohdalla. Tässä tapauksessa ammattitaitoa on käytetty väärin. Lääkärin päämääränä ei ole ollut auttaa toiminnallaan potilaita, vaan saavuttaa tutkimustuloksia, joista olisi etua hänen elämässään.

#### **4.4. Huomautus Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen pysyvälle asiantuntijalle**

Neljäs esimerkkitapaukseni on päivätty 26.5.2004. Se poikkeaa aiemmista esimerkeistäni, koska kyseessä on TEO:n antama huomautus Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen pysyvälle asiantuntijalle virheellisestä menettelystä. TEO siis huomauttaa omaa työntekijäänsä ammatillisesti väärästä toiminnasta. TEO:n tehtävänä on valvoa terveydenhuollon työntekijöitä, joten mielestäni tämä tapaus on erityisen mielenkiintoinen. Siinä valvojasta tulee valvottu.

Valitsin tämän tapauksen esimerkiksi, koska se tuo esille erilaisen näkökulman potilasvahinkoihin. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen pysyvä



asiantuntija on epäilemättä erittäin ammattitaitoinen. Hänen ristiriitaisilla lausunnoillaan saattoi kuitenkin olla välillisesti ikäviä seurauksia, jopa vakavia potilasvahinkoja. On siis mahdollista, että hän vaikutti potilasvahinkoihin edes olematta läsnä hoitotilanteissa. Tapaus on tietysti luonteeltaan varsin ainutlaatuisen.

Lausunnon antamishetkenä TEO:n pysyvä jäsen oli toiminut asiantuntija-tehtävissä reilut kymmenen vuotta ja hänen meneillään ollut toimikautensa oli alkanut vuonna 2001. Asiantuntijoille tarkoitetut ohjeet lausuntojen laatimisesta oli toimitettu hänelle elokuussa 2003. Ohjeissa on kiinnitetty erityisesti huomiota asiantuntijan esteettömyyteen ja puolueettomuuteen, asiantuntijalausunnon perustana käytettäviin tietoihin sekä niiden mahdolliseen täydentämiseen. Asiantuntija oli antanut lausunnon kahden potilaan tutkimuksesta ja hoidosta erään lääkärin ammatinharjoittamista koskevassa asiassa. Asiantuntija oli toisen potilaan lausunnon taustatietoja varten haastatellut potilaan sisarta puhelimitse.<sup>143</sup>

TEO antoi päätöksen, jonka mukaan lääkärin ammatinharjoittamisoikeutta rajoitettiin. Lääkäri otti yhteyttä Suomen Lääkäriliiton edunvalvontaosastoon ja toimitti sinne hallussaan olleet tapaustaan koskevat asiakirjat. Lääkäri pyysi edunvalvontaosastolta arviota asiakirjoista. Osasto toimitti ne lääkärin suostumuksella TEO:n pysyvänä asiantuntijana toimivalle lääkärille. Tämä teki lausunnon, jonka lääkäri liitti TEO:n päätöksestä korkeimpaan hallinto-oikeuteen tekemäänsä muutoshakemukseen.<sup>144</sup>

Pysyvä asiantuntija oli arvioinut TEO:n päätöstä kaikkien siinä kuvattujen potilastapausten perusteella. Asiantuntijan lausunto oli selvästi ja systemaattisesti lääkärin toimintaa puolusteleva. Hän muun muassa piti TEO:n puuttumista ammatinharjoittamisoikeuteen selvänä hätävarjelun liioitteluna. Lääkärin toimintaa kuvatessaan asiantuntija oli tehnyt erilaisia oletuksia tapahtumista. Esimerkiksi hoitotahdon selvittämättä jättämisessä ”lienee” pysyvän asiantuntijan mukaan ollut kysymys kirjaamisen puutteista. Hän totesi hoitohenkilökunnan toimineen ”poikkipuolisesti”, kun arvioitava lääkäri puolestaan näytti ”vilpittömästi pyrkineen hoitamaan potilaitaan hyvin”. Erään potilaan hoidon ja tutkimuksen osalta asiantuntija arvioi lääkärin toimintaa selkeästi eri tavalla kuin TEO:lle antamassaan lausunnossa. Siinä asiantuntija oli katsonut lääkärin syyllistyneen huolimattomaan menettelyyn, mutta lääkärille itselleen annetussa

---

<sup>143</sup> TOLR Dnro 324/47/100/04 26.5.2004

<sup>144</sup> TOLR Dnro 324/47/100/04 26.5.2004

lausunnossa asiantuntija ei nähnyt tämän toiminnassa moitittavaa. Lääkärille annetun lausunnon asiantuntija oli laatinut hänelle toimitettujen asiakirjojen perusteella ilman, että alkuperäiset potilasasiakirjat olisivat missään vaiheessa olleet hänen käytössään. Tästä oli poikkeuksena kahden potilastapauksen asiakirjat, joista hän oli antanut aiemmin TEO:lle lausunnon. Asiantuntija perusteli kykyään arvioida tapausta koulutuksellaan, kokemuksellaan sekä asemallaan TEO:n asiantuntijana. TEO:lle antamassaan selityksessä pysyvä asiantuntija kuitenkin kertoi, että oli antanut Lääkäriliiton arvion omana itsenään eikä TEO:n asiantuntijana.<sup>145</sup>

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus totesi, että sen tehtävä terveydenhuollon ammattihenkilöitä valvovana viranomaisena edellyttää, että luottamus siihen sekä sen asiantuntijoiden puolueettomuuteen ei missään tilanteessa vaarannu. Työntekijän esiintyminen saman asian eri käsittelyvaiheissa eri ominaisuuksissa on vastoin pysyville asiantuntijoille annettuja ohjeita. Tällainen toiminta on omiaan heikentämään luottamusta sekä TEO:a että sen pysyviä asiantuntijoita kohtaan. Pysyvän asiantuntijan kannanotot erään potilaan hoidosta olivat muuttuneet oleellisesti ilman perustelua. Asiantuntija oli ensin arvioinut tapausta TEO:n puolueettomana asiantuntijana ja myöhemmin kyseisen lääkärin toimintaa puolustelevana kollegana perustellen asemaansa tapauksen arvioijana muun muassa roolillaan TEO:n asiantuntijalääkärinä.<sup>146</sup>

TEO:n mukaan luottamus asiantuntijan puolueettomuuteen ja uskottavuuteen sekä hänen arviointikykyynsä vaarantuvat, jos hänen arvionsa muuttuvat asian käsittelyn aikana sen mukaan, mikä taho lausuntoa pyytää ja esiintyykö hän asiantuntijana vai ”omana itsenään”. Pysyvän asiantuntijan tulee aina arvioida tilannetta mahdollisimman objektiivisesti. Hänen ei pidä esittää lausunnossaan arvailuja, oletuksia tai tulkintoja tapahtumien kulusta, jos tarvittavaa tietoa ei ole saatavissa. Asiantuntijan tulee lausuntoa antaessaan kääntyä TEO:n puoleen tarvitessaan lisäselvitystä, eikä hankkia sitä itse esimerkiksi ottamalla yhteyttä potilaan omaisiin. Pysyvä asiantuntija sai TEO:lta huomautuksen toiminnastaan.<sup>147</sup>

Aiemmista esimerkeistä poiketen tässä tapauksessa ei voida analysoida asiantuntijalääkärin toimintaa varsinaisessa hoitojärjestelmässä. Asiantuntija arvioi lääkärin toimintaa hoitojärjestelmän ulkopuolelta, ensin TEO:n edustajana

---

<sup>145</sup> TOLR Dnro 324/47/100/04 26.5.2004

<sup>146</sup> TOLR Dnro 324/47/100/04 26.5.2004

<sup>147</sup> TOLR Dnro 324/47/100/04 26.5.2004

ja myöhemmin omana itsenään Lääkäriliiton pyynnöstä. Koska huomautuksen saanut henkilö oli TEO:n pysyvä asiantuntija, hän oli osa oikeusturvakeskuksen järjestelmää. Asiantuntija petti tämän järjestelmän vaihtamalla kantaansa lausuntoja antaessaan. Hän aiheutti vahinkoa niin itselleen kuin koko järjestelmälkin, jonka auktoriteetin pitäisi perustua tasapuolisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Mielestäni asiantuntija oli epäreilu myös lääkärille, jonka tapausta hän arvioi. Jos lääkäri oli toiminut ammattietiikan vastaisesti, hänen toimintaansa olisi pitänyt puuttua, eikä peittää sitä erilaisilla oletuksilla. Kollegoiden välisen yhteistyön tulisi perustua rehellisyydelle ja keskinäiselle kunnioitukselle.

Asiantuntija toimi selkeästi asemaansa liittyvien sääntöjen vastaisesti. TEO:n lausunnon mukaan asiantuntija oli saanut kirjalliset ohjeet lausuntojen laatimisesta. Nämä ohjeet voidaan mielestäni määritellä jopa säännöiksi, koska asiantuntijana toimiminen edellyttää näiden sääntöjen noudattamista. Jos sääntöjä rikkoo, ei enää toimi asiantuntija-aseman vaatimalla tavalla. Kuten aiemmin kirjoitin, von Wrightin mukaan säännöt määrittelevät oikeat, sallitut, kielletyt ja pakolliset toiminnot tietyssä järjestelmässä.<sup>148</sup> Asiantuntija teki hyvin selkeästi kielletyn teon antaessaan eri rooleissa erilaiset lausunnot samasta tapauksesta. Kirjoitettujen sääntöjen lisäksi asiantuntijan asemaan liittyy varmasti myös kirjoittamattomia sääntöjä, joita asiantuntija toiminnallaan rikkoi.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen pysyvä asiantuntija on varsin korkea normiauktoriteetti. Hänen tehtävänä on toimia terveydenhuollon organisaation ja ammattihenkilöiden valvojana ja ohjaajana muiden TEO:n työntekijöiden kanssa. Jokainen lääkäri on työssään normiauktoriteetti, mutta TEO:n näkökulmasta hän on myös normisubjekti. Asema subjektina aktivoituu erilaisissa virhetapauksissa, yleisimmin potilasvahinkojen yhteydessä. Asiantuntijan kaltaisessa korkeassa asemassa olevalta normiauktoriteetilta mielestäni myös pitää vaatia paljon. On vaikeaa luottaa auktoriteettiin, joka itse toimii sääntöjen vastaisesti. Tässä tapauksessa normiauktoriteetista tuli normisubjekti. Asiantuntija sai huomautuksen Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselta, jonka palveluksessa hän itsekkin toimi. Hänen toimintansa kyseenalaistettiin järjestelmän sisällä. Potilasvahinkojen ratkaisut tulevat yleensä hoitojärjestelmän ulkopuolelta.

Tässä esimerkkitapauksessa asiantuntija rikkoi varmasti myös yhteisönsä tapoja<sup>149</sup>, jotka ovat yhteisön jäsenten toimintamalleja, jotka on omaksuttu

---

<sup>148</sup> von Wright 1963, 6–7.

<sup>149</sup> von Wright 1963, 8–9.

historian kuluessa. Tällainen toimintamalli voi olla esimerkiksi ainoastaan yhdessä "roolissa" pysyttelemisen. Pysyvät asiantuntijat eivät saa antaa lausuntoja omana itsenään. Tässä tapauksessa asiantuntija esimerkiksi antoi lausunnon, joka päätyi TEO:n, asiantuntijan työnantajan, toimintaa koskevaan muutoshakemuksen korkeimpaan hallinto-oikeuteen. Tavoilla on yhtymäkohtia sääntöjen ja määräysten kanssa. Tässä tapauksessa ne menevät melko lomittain. Asiantuntija rikkoi myös moraalisia sääntöjä toimiessaan ammattikuvansa vastaisesti. Hän oli epäoikeudenmukainen niin kollegoitaan TEO:ssa kuin arvioitavan tapauksen lääkäriäkin kohtaan. Hänen toimintansa ei kuitenkaan ollut samalla tavalla moraalista vastaista kuin esimerkiksi Parkinsonin taudin potilaita hoitaneen lääkärin. Asiantuntijan toiminnan intentio ei välttämättä ollut lähtökohtaisesti väärä.

Koska asiantuntijan lausunnot vaihtelivat hänen roolinsa mukaan, on perusteltua kysyä, vaihtelivatko myös hänen intentionsa niiden mukaan. Miksi asiantuntija halusi olla lääkärin "puolella" antaessaan lausunnon lääkärille itselleen? Aiempi kriittisyys lääkärin toimintaa kohtaan vaihtui selkeäksi puolusteluksi. Halu miellyttää ei mielestäni voi olla vaihtoehto asiantuntijatasolla toimivalle henkilölle. TEO:n lausunnosta ei myöskään käy ilmi, että asiantuntija olisi saanut jotain uutta ja aiemmasta selkeästi poikkeavaa tietoa lääkärin toiminnasta. Asiantuntija antoi lääkärille lausunnon edes käyttämättä alkuperäisiä potilasasiakirjoja. On tietysti mahdollista, että asiantuntija oli saanut jotakin henkilökohtaista tai yksityiselämään liittyvää tietoa lääkäristä, mikä olisi vaikuttanut hänen lausuntoonsa. Voidaan myös pohtia, hyötyikö asiantuntija jollakin tapaa lääkärille annetusta puolusteleavasta lausunnosta. Tämäkin mahdollisuus vaikuttaa epätodennäköiseltä.

Ehkä asiantuntijalla vain oli erilaiset intentiot eri rooleissa. Terveysturvakeskuksen pysyvänä asiantuntijana hän koki toimintansa tarkoituksiksi olla kriittinen ja ohjata lääkäreitä oikeaan. Ehkä asiantuntijan kollegat TEO:ssa suhtautuivat juuri tämän lääkärin tapaukseen kielteisesti, mikä vaikutti asiantuntijan lausuntoon. Jos samalle asiantuntijalle esittäisi kysymyksen "Miksi?" hänen toimiessaan Lääkäriliiton pyynnöstä, vastaus saattaisi olla erilainen. Ehkä hän koki tehtävänsä tarkoituksiksi toisen lääkärin ymmärtämisen vaikeassa tilanteessa, olihan asiantuntija itsekkin lääkäri. Ehkä hänen toimintansa päämäärä oli auttaa toista lääkärää ongelmallisessa tilanteessa. Toimiessaan omana

itsenään asiantuntija koki lääkärin kollegana, mutta TEO:n edustajana hän näki lääkärin ohjausta tarvitsevana normisubjektina.

Vaikka lääkäri selkeästi toimi ammattinsa sääntöjen vastaisesti, hänen tarkoituksenaan oli ehkä molemmissa rooleissa toimia tehtävän vaatimalla tavalla, olla hyvä työntekijä ja lausunnonantaja. Hän ei ehkä ollut täysin ymmärtänyt objektiivisuuden merkitystä kaikkia lausuntoja annettaessa. On mahdollisesti, että hänen toimintansa päämäärä on ollut hyväksyttävä, mutta toiminta tämän päämäärän saavuttamiseksi ei ole. Eri rooleissa annetut lausunnot olivat keskenään ristiriitaisia. TEO:n antaman huomautuksen tarkoituksena oli selkeyttää erilaisten roolien käytön mahdottomuus asiantuntijatehtävissä. Pohjimmiltaan asiantuntijan toiminnan intentioiden arvioiminen on kuitenkin vaikeaa, koska TEO:n lausunto oli tässä mielessä varsin suppea.

Arvioitaessa tilannetta tekojen ja toiminnan näkökulmasta voidaan ajatella, että TEO:n asiantuntijana ja lääkärinä työskenteleminen ovat toimintaa, eräänlainen jatkuva prosessi. Kahden eri lausunnon antaminen ovat tekoja, jotka ovat osa tätä prosessia. Näillä teoilla on kuitenkin erilaiset päämäärät ja lopputulokset, vaikka ne ovat saman henkilön suorittamia. Tekojen intentiot ovat keskenään ristiriitaisia. TEO:n lausunnon lopputuloksena oli lääkärin ammatinharjoittamisoikeuksien rajoittaminen, koska hänen toimintansa katsottiin potilasturvallisuutta vaarantavaksi. Asiantuntijan lausunto lääkärille mahdollisesti vaikutti lääkärin ammatinharjoittamisoikeuksien käsittelyyn oikeudessa. Jälkimmäisellä lausunnot la saattoi olla varsin paljon seurauksia. Jos lääkäri sai takaisin oikeutensa toimia ammatissa, hän saattoi jatkaa laiminlyöntejään ja aiheuttaa vakavia potilasvahinkoja myös tulevaisuudessa. Asiantuntijan rooliin liittyi valtava vastuu molempien lausuntojen yhteydessä. Hänen olisi pitänyt tiedostaa vastuuasemansa erityisesti antaessaan lääkärin toimintaa puolustelevala lausunnon.

## 5. Loppukatsaus

### 5.1. Tutkimuksen kulku ja pääpiirteet

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin potilasvahinkoja lääketieteellisen toiminnan valossa. Tarkoituksena oli vastata tutkimuskysymykseen: Millä eri tavoilla toiminta voi epäonnistua potilasvahinkotapauksissa? Määrittelin neljä kategoriaa, joiden avulla analysoin esimerkkitapauksia. Kategoriat käsittelivät hoitojärjestelmää, lääkärin toimintaan vaikuttavia normeja, toiminnan intentiota sekä toiminnan lopputuloksia ja seurauksin. Niiden avulla halusin lähestyä ilmiötä monipuolisesti erilaisista näkökulmista. Potilasvahinkoja arvioidaan yleensä hyvin teknisesti niiden vältettävyyden kannalta. Halusin tässä tutkimuksessa tuoda syvällisemmän näkökulman potilasvahinkojen ja samalla lääketieteellisen toiminnan arviointiin.

Johdannossa asetin tutkimuskysymyksen sekä arvioin tutkimuksen lähtökohtia ja siinä käytettyä kirjallisuutta. Taustalukuun kokosin tietoa potilaan oikeuksista ja asemasta. Kerroin myös potilasvahinkoihin liittyvästä lainsäädännöstä sekä potilasvahinkotapausten käsittelystä. Tiedot ovat tärkeitä aiheen ymmärtämiseksi. Koska potilasvahinkolain uudistus astui voimaan 1999, uuden lain ajalta ei vielä ole tarjolla kovinkaan runsaasti kirjallisuutta.

Ensimmäisessä tutkimusluvussa määrittelin neljä kategoriaa, joiden avulla lääketieteellistä toimintaa voi arvioida. Ensimmäiseksi käsittelin hoitojärjestelmää, lääkärin toiminnan kontekstia. Hoitojärjestelmästä nostin esille potilaslääkärisuhteen, lääkärin välisen yhteistyön, potilaasta saatavat tiedot, toiminnan mahdollistavat resurssit sekä niin kutsutun systeemivirheen. Hoitojärjestelmän toimiminen on hyvän hoidon ensimmäinen edellytys. Se vaatii eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden saumatonta yhteistyötä.

Toinen kategoria käsitteli lääkärin toimintaan vaikuttavia normeja. Sovelsin Georg Henrik von Wrightin teoksessa *Norm and Action* esitettyä normien jaottelua lääkärin toimintaan. Normien pääryhmään kuuluu säännöt, määräykset ja ohjeet. Lisäksi voidaan määritellä pienempiä normiryhmiä, jotka sijaitsevat pääryhmien välimaastossa. Näihin pienempiin ryhmiin sijoittuvat tottumukset, moraaliset periaatteet sekä ideaalit säännöt.

Kolmannessa kategoriassa käsittelin intentionaalisuutta osana toimintaa. Teorian päälähteenä käytin G. E. M. Anscomben teosta *Intention*. Käsittelin toiminnan intentionaalisuutta Anscomben tunnetun, vesikaivon myrkytystä koskevan, esimerkin

avulla. Siinä tekoon liittyvä sisäinen tieto on keskeinen intentiota määrittävä tekijä. Työni kannalta juuri tämä oivallus oli tärkeä. Anscomben teoriaa täydensi Jeannette Kennettin teoria itsekontrollin menetyksestä tilanteissa, joissa aikomus ei vastaa lopputulosta.

Viimeisessä kategoriassa arvioin toimintaa von Wrightin mukaan. Esille nousivat erityisesti kyky toiminnan perusedellytyksenä sekä toiminnan lopputulos ja seuraukset. Työssäni oli tärkeää arvioida myös potilasvahingon seurauksia, ei vain epäonnistuneen toimenpiteen lopputulosta. Toimintaa analysoitaessa oli myös otettava huomioon kenen näkökulmasta seurauksia arvioitiin, Potilas, lääkäri ja esimerkiksi osastonylilääkäri saattavat nähdä potilasvahingon seuraukset hyvin eri tavoilla.

Toisessa tutkimusluvussa arvioin neljää *Terveysturvakeskuksen ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen kantelu- ja valvontaratkaisuihin* valitsemani esimerkkitapausta. Ensimmäinen käsitteli lääkärin toiminnan epäonnistumista synnytyksessä, toinen psyykkisistä ongelmista ja alkoholiriippuvuudesta kärsivän lääkärin ammatinharjoittamisoikeuksien rajoittamista, kolmas lääketutkimuksen johtajan vakavia virheitä ja neljäs Terveysturvakeskuksen pysyvän asiantuntijan ristiriitaisia asiantuntijalausuntoja. Analysoin jokaista tapausta neljän kategorioiden valossa.

## **5.2. Tutkimustulokset**

Analysoin tutkimukseni tuloksia arvioimalla, miten lääketieteellinen toiminta epäonnistui kussakin määrittelemässäni kategoriassa. Kokoan näin yhteen toisen tutkimuslukuni esimerkkitapausten tulokset. Esimerkeistä ensimmäinen ja toinen edustavat melko tyypillisiä tapauksia, kolmas ja neljäs harvinaisempia.

Koska hoitojärjestelmä muodostaa lääkärin toiminnan kontekstin, myös suuri osa ongelmista tapahtuu hoitojärjestelmän tasolla erilaisina vahinkoina. Esimerkkitapaustani nousi selkeästi esille, kuinka lääkärin epäonnistunut toiminta vaikuttaa koko järjestelmään. Sairas lääkäri häiritsi toiminnallaan osastoa vaarantaen sen potilasturvallisuuden. Myös lääkärin suhde kollegoihin oli yhteistyön kannalta ongelmallinen. Lääketutkimuksen johtaja teki lukuisia hoitohenkilökuntaan kuuluvia työntekijöitä osallisiksi etiikan vastaisesta toiminnasta. Lääkärin auktoriteettiasema vaikutti selkeästi hoitojärjestelmässä. Synnytyksen hoitamisessa epäonnistuneella lääkäriellä ei ollut aivan realistista käsitystä tilanteen vakavuudesta, mutta häntä avustavalla kättilöllä oli. Koska lääkäri oli toimenpiteessä vastuuasemassa, hänen näkemyksensä oli etusijalla. Koska hoitojärjestelmä on luonteeltaan hierarkkinen, lääkärin asema korkealla hierarkiassa vaikuttaa helposti koko järjestelmään. Myös mahdollisiin väärinkäytöksiin voi olla

vaikea puuttua, koska lääkärin toiminnan kyseenalaistaminen ei ole helppoa. Tästä kertoi huolestuttavalla tavalla lääketutkimuksen johtajan tapaus.

Esimerkkitapauksissani lääketieteellinen toiminta ei varsinaisesti epäonnistunut hoitojärjestelmän takia, mutta epäonnistuminen vaikutti sen toimintaan. Erityisesti toisessa ja kolmannessa esimerkissä lääkärin toiminta vaikeutti järjestelmän toimintaa olennaisesti. Tähän vaikutti selkeästi lääkärin asema hoitojärjestelmän hierarkiassa. Johdannon alussa siteeraamani julistus jatkuvasta kehityksen ja itsearvioinnin tarpeesta lääketieteessä osoittautui tutkimuksessani hyvin perustelluksi julistukseksi. Koska lääkäri on järjestelmässä korkeassa asemassa, hänen tulisi arvioida omaa toimintaansa erityisen tarkasti. Näin voidaan välttyä vahingoilta hoitojärjestelmässä.

Soveltaessani von Wrightin normeja lääketieteeseen määrittelin säännöt lääketieteen säännöiksi. Koska lääketiede on luonnontiede, sen noudattaminen vaatii tarkkojen sääntöjen noudattamista. Suurin osa potilasvahingoista on hoitovirheitä. Niissä toiminta on epäonnistunut, koska lääketieteen sääntöjä on rikottu. Esimerkkitapauksistani synnytyksen hoidossa epäonnistunut lääkäri rikkoi hyvin selvästi lääketieteen sääntöjä. Hänen olisi pitänyt valita toinen hoitomenetelmä, jotta synnytys olisi voinut onnistua. Myös sairas lääkäri oletettavasti rikkoi sääntöjä määrätessään poikkeuksellisen paljon PKV-lääkkeitä. Lääketutkimuksen johtaja rikkoi useita lääketieteen sääntöjä jättäessään esimerkiksi kohonneet verenpaine-arvot huomioimatta. Myös TEO:n pysyvä asiantuntija rikkoi asemansa sääntöjä antaessaan kaksi erilaista lausuntoa samasta tapauksesta.

Määräyksiä analysoidessani esille nousi lääkärin asema niin normiauktoriteettina kuin normisubjektinakin. Työssään lääkäri on perinteisesti normiauktoriteetti, joka antaa määräyksiä muille hoitojärjestelmän työntekijöille. Lääkäri on hoitojärjestelmän hierarkiassa korkealla. Toiminnan epäonnistuessa lääkäristä tulee normisubjekti. Hänen toimintaansa arvioidaan ja siitä voidaan huomauttaa tai jopa rangaista. Erityisen selkeä vaihdos normiauktoriteetista normisubjektiksi tapahtui lääketutkimusta johtaneelle ylilääkärille. Hän joutui ylilääkärin asemasta viranomaisten arvioitavaksi ja julkisuuden riepottelemaksi. Sittemmin TEO rajoitti hänen oikeuksiaan harjoittaa ammattia. Paluuentiseen asemaan on mahdotonta.

Muista normien ryhmistä tutkimuksessani nousi esille erityisesti moraaliset periaatteet ja ideaalit säännöt. Jos potilasvahinko on selkeästi *vahinko*, moraalisia periaatteita ei varsinaisesti rikota. Tämä edellyttää, että toiminta on epäonnistunut niin, että aikomus ei vastaa lopputulosta. Esimerkiksi potilaan polvileikkaus on epäonnistunut, vaikka sen tarkoituksena oli parantaa potilaan liikuntakyky. Epäonnistumiseen voi olla monia syitä, mutta moraalisia periaatteita ei ole rikottu. Esimerkeistäni ainoastaan lääketutkimuksen



johtaja selkeästi rikkoi moraalisia periaatteita. Sairas lääkäri ei varsinaisesti rikkonut niitä, mutta hänen käytöksensä oli tässä mielessä rajamailla. Moraalisten periaatteiden rikkominen liittyy selkeästi myös ideaaleihin eli ihannetta koskeviin sääntöihin. Ideaalit säännöt määrittelevät lääkärin hyveet. Esimerkeistäni erityisesti sairastunut ja alkoholi-riippuvuudesta kärsivä lääkäri rikkoi vielä ammatissa toimiessaan lääkärin hyveitä. Hän ei enää pystynyt toimimaan ammatin vaatimalla tavalla, mikä heijastui myös käytökseen. Selkeimmin lääkärin ideaalia rikkoi lääketutkimuksen johtaja, mutta myös TEO:n pysyvä asiantuntija toimi vastoin ideaalia. Ristiriitaiset lausunnot eivät olleet oikeudenmukaisia. Synnytyksen hoidossa epäonnistunut lääkäri ei mielestäni varsinaisesti rikkonut lääkärin ideaaleja sääntöjä. Tai ainakin todennäköisesti rikkominen oli hetkellistä ja tahatonta toisin kuin muissa esimerkeissä. Hän kyllä osoitti ammattitaidottomuutta hoitotilanteessa, mutta kyseessä saattoi olla yksittäinen erehdys.

Moraaliset periaatteet ja ideaalit säännöt ovat lääkärin etiikan peruspilareita. Erilaiset kansainväliset julistukset ja valat luovat kuvan ihanteellisesta lääkäristä, jolla on korkea moraalinen ja luja ammattietiikka. Potilasvahinkotapauksissa saatetaan rikkoa lääketieteen etiikkaa ja näitä ihanteita vastaan. Kaikissa potilasvahingoissa ei selkeästi ole kyse *vahingoista*. Näissä tapauksissa lääkärin ihannetta rikotaan voimakkaimmin. Yksittäiset virheet tai erehtymiset eivät kuitenkaan mielestäni tarkoita lääkärin etiikan rikkomista.

Toiminnan epäonnistumista tarkasteltaessa keskeiseen asemaan nousi teon tarkoituksellisuus, intentio. Intentio määrittelee halutun lopputuloksen, johon ei kuitenkaan välttämättä päästä. Lopputulos ei aina vastaa aikomusta. Potilasvahinkotapauksissa on yleensä kyse juuri tällaisista tilanteista, lopputulos ei vastaa lääkärin intentiota. Hoito on epäonnistunut. Lähtökohtana voidaan pitää, että lääkärin toiminnan intentio on jollakin tavalla auttaa potilasta. Tämä intentio on määritelty myös lääketieteen eettisissä julistuksissa. Arkisella tasolla toiminnan intentio voi tietysti vaihdella. Osa lääkäreistä voi kokea toimintansa tarkoituksena hoitaa mahdollisimman monta potilasta päivän aikana, toisen lääkärin intentio saattaa liittyä esimerkiksi palkan nostamiseen. Potilaiden hyvä hoitaminen tarkoittaa työn ja samalla palkan jatkumista. Tarkoituksena on siis hoitaa potilaita hyvin. Jos hoidon lopputulos vastaa lääketieteen sääntöjen mukaan oletettua lopputulosta, lääkärin sisäistä intentiota ei yleensä kyseenalaisteta.

Kaikissa tapauksissa lääkärin intentio ei ole potilaan terveyden edistäminen tai sairauden välttäminen. Joka vuosi tapahtuu myös potilasvahinkoja, jotka eivät täysin selkeästi ole *vahinkoja*. Juuri nämä tapaukset ovat eettisesti haastavia. Esimerkkitapauksistani lääketutkimuksen johtajan intentio liittyy puhtaasti lääkärin omien etujen saavut-

tamiseen, muun muassa haluttuihin tutkimustuloksiin pääsemiseen. Monet tutkimuspotilaat kärsivät vuosia lääkärin toiminnan takia. Koska on todennäköistä, että lääkärin tutkimusryhmän jäsenet tiesivät toiminnan virheellisyydestä, myös heidän toimintansa oli etiikan vastaista. Heidän asemallaan on yhtymäkohtia Anscomben esimerkin vedenpumppaajan kanssa. Tieto toiminnan virheellisyydestä teki heistä vastuullisia. TEO:n pysyvän asiantuntijan intentio on saattanut olla hyvä, esimerkiksi työn tekeminen oikein, mutta hänen toimintansa on epäonnistunut, koska kahden eri teon intentiot ovat keskenään ristiriitaisia.

Toiminta edellyttää kykyä toimia. Joissakin tapauksissa lääkärin ammatinharjoittamiskykyä on jouduttu rajoittamaan, koska hänellä ei ole enää ollut ammatin harjoittamiseen vaadittuja kykyjä. Nämä tapaukset liittyvät yleensä alkoholi- tai lääkeriippuvuuksiin ja psyykkisiin ongelmiin. Yksi tapauskuvaukseni oli esimerkki tällaisesta tapauksesta.

Teko voi johtaa lopputulokseen, joka ei ole intention mukainen. Toiminta on epäonnistunut. Potilasvahinkotapauksissa hoito ei ole johtanut potilaan tilan parantamiseen. Teon lopputuloksella voi olla erilaisia seurauksia. Lääkärin asema saattaa muuttua normiauktoriteetista normisubjektiksi, hoitojärjestelmän toimivuutta ehkä arvioidaan uudelleen. Raskaimpia potilasvahingon seuraukset ovat kuitenkin vahingon kärsineelle ja hänen omaisilleen. Potilasvahinkoja tulisikin arvioida myös tästä näkökulmasta, ei ainoastaan lääkärin toiminnan perusteella.

Potilasvahinkojen tutkiminen lääketieteellisen toiminnan valossa herätti myös uusia kysymyksiä ja näkökulmia. Tässä tutkimuksessa käytettyjen kategorioiden avulla voisi analysoida laajemmin erilaisia potilasvahinkotyyppisiä. Koska TEO on julkaissut kuvauksia potilasvahinkotapauksista, niistä voisi muodostaa erilaisia ryhmiä valittujen muuttujien mukaan ja analysoida ja vertailla toiminnan epäonnistumista näissä tapausryhmissä.

Toiminnan epäonnistumista potilasvahinkotapauksissa voisi tutkia myös lääkärin näkökulmasta. Miten he kokevat potilasvahingot, lääkärin toimintaan vaikuttavat normit tai esimerkiksi teon intentionaalisuuden? Koska potilasvahingoilla voi olla vakaviakin seurauksia, lääkärin täytyy jollakin tavalla käsitellä niiden mahdollisuus myös omassa työssään. Samalla tavalla mielenkiintoisen näkökulman tarjoaisi myös potilasvahingon kärsineiden potilaiden näkemykset samoista kysymyksistä.

Koska toiminnan arvioinnilla potilasvahinkotapauksissa voi mielestäni olla myös tärkeitä lääketieteen ja hoitojärjestelmän kehittämiseen liittyviä tehtäviä,

olisi tärkeää luoda suoraan terveydenhuollon ammattihenkilöille suunnattua tietoa potilasvahingoista. Tilastojen ja tapauskuvausten lisäksi tarvittaisiin syvällisempiä ja monipuolisempia menetelmiä potilasvahingoista oppimiseen. Näin myös lääketieteen etiikkaan liittyvät kysymykset konkretisoituisivat.

## 6. Lähteet

### Internet-sivut:

#### Potilasliitto

2004 Potilasliitto. <http://www.potilasliitto.net> (7.10.2004).

#### Potilasvakuutuskeskus

2004 Potilasvakuutuskeskus. <http://www.vakes.fi/pvk/suomi/index.jsp> (8.10.2004).

2006 Potilasvakuutuskeskus.  
<http://www.pvk.fi/asp/system/empty.asp?P=512&VID=default&SID=877935030272776&S=0&C=24817> (27.10.2006).

2007 Potilasvakuutuskeskus.  
[http://www.pvk.fi/asp/system/empty.asp?P=296&VID=default&SID=577669873889722&A=open:news:item\\_www:2924&S=1&C=32540](http://www.pvk.fi/asp/system/empty.asp?P=296&VID=default&SID=577669873889722&A=open:news:item_www:2924&S=1&C=32540) (11.4.2007).

#### Terveydenhuollon oikeusturvakeskus

2004 Terveydenhuollon oikeusturvakeskus.  
[http://www.teo.fi/uusi/suomi\\_1.htm](http://www.teo.fi/uusi/suomi_1.htm) (3.11.2004).

2007 Terveydenhuollon oikeusturvakeskus.  
[http://www.teo.fi/uusi/14\\_c.htm](http://www.teo.fi/uusi/14_c.htm) (12.4.2007)

### Painetut lähteet:

#### *Anscombe, G. E. M.*

1958 Intention. Oxford: Blackwell.

#### *Dickenson, Donna*

2003 Risk and luck in medical ethics. Cambridge: Polity.

*Kennett, Jeannette*

2001 Agency and responsibility. A common-sense moral psychology. Oxford: Clarendon press.

*Kokkonen, Paula & Holi, Tarja & Vasantola, Satu*

2004 Hoitotahto. Potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet. Terveystieteiden tutkimuskeskus 4. Helsinki: Talentum.

*Mikkola, Juha & Mikkonen, Martti*

1999 Uudistunut potilasvahinkolaki. Helsinki: Suomen vakuutusalan koulutus ja kustannus.

*Munkman, John*

1993 Damages for personal injuries and death. London: Butterworths.

*Palonen, Reima & Nio, Asko & Mustajoki, Pertti*

2005 Potilas- ja lääkevahingot. Korvaaminen ja ennaltaehkäisy. Terveystieteiden tutkimuskeskus 4. Helsinki: Talentum.

*Peltomaa, Miikka (toim.)*

2000 Lääkärin etiikka. Suomen lääkäriliiton kirjasarja. 4.p. Helsinki: Suomen lääkäriliitto.

1997 Potilasvahinkolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

*Saarnilehto, Ari*

1996 Vahingonkorvauslaki oikeuskäytännön valossa. Turun yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisuja. Yksityisoikeuden sarja. A 88. Turku: Turun yliopiston oikeustieteellinen tiedekunta.

2005 Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen kantelu- ja valvontaratkaisuja 2004. Helsinki: Edita.

*Tähkä, Veikko*

1979 Potilas-lääkärisuhde. Helsinki: Suomen lääkäriliitto.

*Wright, Georg Henrik von*

1963 Norm and action. A logical enquiry. London: Routledge.