

# Juristit ja lääkärit potilasasiakirjojen tulkitsijoina potilasvahinkotilanteissa

– Totuuden jälkikoirat syy-yhteyttä etsimässä

Suvi Mäntymäki  
Lapin yliopisto  
Oikeustieteiden tiedekunta  
Syksy 2011

## SISÄLLYSLUETTELO

LÄHTEET .....	III
LYHENTEET .....	XVI
1. JOHDANTO .....	1
1.1. Tutkielman teeman esittely.....	3
1.2. Aiempi tutkimus .....	5
1.3. Taustaa aiheelle .....	7
1.3.1. Vahingonkorvausoikeus .....	7
1.3.2. Potilasoikeus.....	9
1.3.3. Prosessioikeuden merkitys .....	10
1.4. Tutkimusaiheen mielekkyys ja lyhyt katsaus historiaan .....	14
2. AINEELLINEN OIKEUS TERVEYDENHUOLLOSSA .....	16
2.1. Terveysturvolaiki, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaiki ja laki yksityisestä terveydenhuollosta .....	16
2.2. Potilasvahinkolaiki .....	23
2.3. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.....	24
2.4. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä .....	26
3. POTILASVAHINKO-OIKEUDELLINEN SYY-YHTEYS.....	28
3.1. Lääketieteellinen syy-yhteys.....	30
3.1.1. Epidemiologia ja etiologia .....	32
3.1.2. Vakuutuslääketiede.....	34
3.1.3. Syy-yhteys lääkärintalautunnoissa .....	37
3.2. Oikeudellinen syy-yhteys erityisesti potilasvahinkolain mukaan .....	39
3.3. Lääketieteellisen ja oikeudellisen syy-yhteyden eroavaisuuksista.....	43
3.4. Todistustaakan vaikutus näyttökynnyksen ylittymiseksi syy-yhteyden osalta .....	45
4. POTILASASIAKIRJOISTA JA LÄÄKÄRINTALAUTUNNOISTA .....	47
4.1. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista .....	47
4.2. Lääkärintalautunnot oikeudellisessa kontekstissa.....	49
4.3. Potilasasiakirjat ja lääkärintalautunnot todisteena potilasvahinkotilanteessa .....	52
5. POTILASVAHINKOLAIN SOVELTAMISKÄYTÄNTÖ .....	53
5.1. Potilasvahinkotilautakunnan tehtävät ja menettely asian käsittelyssä .....	55
5.2. Potilasvahinkotilautakunnan ratkaisukäytäntö.....	56
5.3. Korkein oikeus ja lääketieteellinen syy-yhteyden arviointi .....	72
6. POTILAAN OIKEUSTURVAN LISÄÄMINEN VAHINKOTILANTEISSA .....	80
6.1. Johtopäätökset potilasvahinkolain soveltamiskäytännöstä .....	80
6.2. <i>De lege ferenda</i> -mietinnät – Tulisiko asioiden muuttua ja millä tavalla? .....	86

## LÄHTEET

## KIRJALLISUUS:

Achté, Kalle - Hoppu, Esko: Lääkäriin taitovirhe ja vahingonkorvausvastuu, Econlaw – Kustannusyhtiö Ky, Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 1983

Ahlgrén, Anja: Kokemuksia potilasasiamiestyöstä teoksessa Sundman, Eila (toim.): Potilaan asema ja oikeudet, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tammer-Paino Oy, Tampere 2000, s. 159-167

Alhafaji, F. Y. - Frederiks, B. J. M. - Legemaate, J.: The Dutch System of Handling Complaints in Health Care in Medicine and Law, Volume 28, Number 2, March 2009, International Center for Health, Law and Ethics, University of Haifa, Law Faculty, p. 241-255

Aro, Timo: Vakuutuslääketiede teoksessa Koskenvuo, Kimmo (toim.): Lääkärintyo ja laki, Kirjapaino Oy West Point, Rauma 2000, s. 266-275

Aro, Timo - Tola, Sakari - Klockars, Matti: Vakuutuslääketiede teoksessa Aro, Timo - Huunan-Seppälä, Antti - Kivekäs, Jukka - Tola, Sakari - Torstila, Ilkka (toim.): Vakuutuslääketiede, 2., uudistettu painos, Kustannus Oy Duodecim, Saarijärven Offset, Saarijärvi 2004, s. 14-18

Fletcher, Robert H. - Fletcher, Suzanne W.: Clinical Epidemiology – The Essentials, Fourth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Printed in United States of America 2005

Harpwood, Vivienne: The Manipulation of Medical Practice in Freeman, Michael - Lewis, Andrew D. E.: Law and Medicine – Current Legal Issues 2000, Volume 3, Oxford University Press 2000, p. 47-66

Havu, Timo: Etuuslääketieteellinen asiantuntemus vakuutusoikeudessa julkaisussa Lakimies 6/2010, s. 1079-1088

Heiliö, Pia-Liisa - Kattelus, Mervi - Kaukonen, Olavi - Narikka, Jouko (toim.) - Palonen, Anne - Sintonen, Harri - Ylipartanen, Arto: Sosiaali- ja terveystalvelujen lainsäädäntö käytännössä, Tietosanoma, RT-Print Oy, Pieksämäki 2001

Heliövaara, Markku - Tola, Sakari: Syysuhteet vakuutuslääketieteessä teoksessa Aro, Timo - Huunan-Seppälä, Antti - Kivekäs, Jukka - Tola, Sakari - Torstila, Ilkka (toim.): Vakuutuslääketiede, 2., uudistettu painos Kustannus Oy Duodecim, Saarijärven Offset, Saarijärvi 2004, s 150-153

Hemmo, Mika: Vahingonkorvausoikeus, WSOYpro, WS Bookwell Oy, Porvoo 2005

Hemmo, Mika: Vahingonkorvausoikeuden oppikirja, 2. painos, WSOY Lakitieto, Dark Oy, Vantaa 2002

Huittinen, Veli Matti: Syy-yhteyden arviointi vahingoissa teoksessa Koskenvuo, Kimmo (toim.): Lääkärintyo ja laki, Kirjapaino Oy West Point, Rauma 2000, s. 369-373

Huovila, Mika: Periaatteet ja perustelut – Tutkimus käräjäoikeuden tuomion faktaperusteluista prosessuaalisten periaatteiden valossa arvioituna, Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja, A-sarja N:o 242, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2003

Ilmolahti, Oona: Lääkärit ja lääketaidon kokemus teoksessa Nyström, Samu (toim.): Vapaus, Terveys, Toveruus – Lääkärit Suomessa 1910-2010, Fennomed Oy, Kariston Kirjapaino, Hämeenlinna 2010, s. 330-425

Isokoski, Harri: Henkilövahinkojen lääketieteelliset syy-yhteyksymykset teoksessa Sisula-Tulokas, Lena - Luukkonen, Irene - Saario, Marja (toim.): Kuluttajien vakuutustoimisto & Vakuutuslautakunta 30 vuotta, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2001, s. 120-150

Jones, Michael A.: Medical Negligence, Sweet & Maxwell Limited, London 1991

Juntunen, Juhani - Havu, Timo: Onko vakuutuslääkäri viisaampi kuin hoitava lääkäri? julkaisussa Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 22/2000, s. 2453-2455

Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Sikiön raskauden tai synnytyksen aikainen hapenpuute potilasvahinkona julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 36/2000 vsk 55, s. 3591-3597

Karttunen, Tuomo - Soini, Ylermi - Vuopala, Katri: Tautioppi, 1. painos, Edita Publishing Oy, Edita Prima Oy, Helsinki 2005

Ketokivi, Mikko: Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi, Palmenia-sarja 67, Gaudeamus Helsinki University Press, Oy Yliopistokustannus, Hakapaino, Helsinki 2009

Klami, Hannu Tapani - Rahikainen, Marja - Sorvettula, Johanna: Todistusharkinta ja todistustaakka – Johdatus todistusoikeuden perusteisiin, Lakimiesliiton kustannus, Mäntän Kirjapaino Oy, 1987

Kunnamo, Ilkka: Potilaan neuvominen teoksessa Koskenvuo, Kimmo (toim.): Lääkärintyo ja laki, Kirjapaino Oy West Point, Rauma 2000, s. 161-166

Lappalainen, Juha: Siviiliprosessioikeus II, Kauppakaari / Talentum Media Oy, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2001

Lappalainen, Juha - Frände, Dan - Havansi, Erkki - Koulu, Risto - Niemi, Johanna - Nylund, Anna - Rautio, Jaakko - Sihto, Juha - Virolainen, Jyrki: Prosessioikeus, sarjassa Oikeuden perusteokset, WSOYpro Oy, WSOYpro.fi, Juridiikkaonlineen jatkuvasti päivitettävä Internet-versio

Lavonius, Herman: Laki ja lääkärintoimi, Kustannusosakeyhtiö Otavan kirjapaino, Helsinki 1956

Lohiniva-Kerkelä, Mirva: Terveystieteiden juridiikka, 4., uudistettu painos, Talentum Media Oy, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2007

Machin, David - Cambell, Michael J. - Walters, Stephen J.: Medical Statistics – A Textbook for the Health Sciences, Fourth Edition, John Wiley & Sons Ltd., Anthony Rowe Ltd., Chippenham, Wilts 2008

Mikkola, Juha: Potilasvahinkolaki teoksessa Sundman, Eila (toim.): Potilaan asema ja oikeudet, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tammer-Paino Oy, Tampere 2000, s. 255-286

Mikkola, Juha - Mikkonen, Martti: Uudistunut potilasvahinkolaki, Suomen vakuutusalan koulutus ja kustannus Oy, Tummavuoren Kirjapaino Oy, Vantaa 1999

Mikkola, Juha - Mikkonen, Martti - Suhonen, Iisa - Kallio, Pentti: Potilasvahinko – Lain sisältö ja soveltamiskäytäntö, Suomen vakuutusalan koulutus ja kustannus Oy, Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 2004

Mikkola, Tuulikki: Oikeudellisen tiedon yhtenevyys ja sen esteet – Jäämistöoikeudellisen informaation vertailtavuus, Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisu, A-sarja N:o 223, Suomalainen Lakimiesyhdistys, Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 1999

Mikkonen, Martti - Hirvensalo, Eero - Paakkari, Ilari: Potilasvahingot ja korvaushakemukset sekä lääkevahingot teoksessa Koskenvuo, Kimmo (toim.): Lääkärityö ja laki, Kirjapaino Oy West Point, Rauma 2000, s. 351-364

Mäenpää, Olli: Oikeus hyvään hallintoon, Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisut, Yliopistopaino, Helsinki 2008

Oesch, Rainer: Lääkärin vahingonkorvausvastuusta ja sen kattamisesta vakuutuksin, Helsingin yliopiston yksityisoikeuden laitoksen julkaisu B 20, Helsinki 1979

Ojala, Mikael: Aivovammat teoksessa Aro, Timo - Huunan-Seppälä, Antti - Kivekäs, Jukka - Tola, Sakari - Torstila, Ilkka (toim.): Vakuutuslääketiede, 2., uudistettu painos Kustannus Oy Duodecim, Saarijärven Offset, Saarijärvi 2004, s. 173-175

- Paaso, Ilpo: Vahingonkorvausvastuun normiperusta lääkarintoimessa, Tutkimus erityisesti julkisen vallankäytön vahingonkorvausvastuuta sääntelevien säännösten sovellettavuudesta lääkarintoimesta aiheutuviin vahinkoihin, Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisuja, A-sarja N:o 190, Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 1992
- Paaso, Ilpo: Lääkärin oikeusasemasta hallinto-oikeuden kannalta, Tampereen yliopiston hallintotieteiden laitos, Julkisoikeuden julkaisusarja A 3/1986, Tampereen yliopisto, Jäljennepalvelu, Tampere 1986
- Palmén, A. J.: Lääkärintodistuksista – Ohjeita lääkärintodistusten laatimiseen, Werner Söderström osakeyhtiö, Porvoo 1944
- Palonen, Reima - Nio, Asko - Mustajoki, Pertti: Potilas- ja lääkevahingot – Korvaaminen ja ennaltaehkäisy, Talentum Media Oy, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2005
- Pelkonen, Risto: Lääkärin eettiset ohjeet teoksessa Koskenvuo, Kimmo (toim.): Lääkärintyö ja laki, Kirjapaino Oy West Point, Rauma 2000, s. 52-60
- Pelkonen, Risto - Pelkonen, Lauri: Hyvän hoitokäytännön soveltaminen ja oikeudellinen vastuu teoksessa Koskenvuo, Kimmo (toim.): Lääkärintyö ja laki, Kirjapaino Oy West Point, Rauma 2000, s. 148-156
- Ponteva, Matti - Ropponen, Tapio: Psykkiset häiriöt tapaturmiin liittyvinä teoksessa Aro, Timo - Huunan-Seppälä, Antti - Kivekäs, Jukka - Tola, Sakari - Torstila, Ilkka (toim.): Vakuutuslääketiede, 2., uudistettu painos Kustannus Oy Duodecim, Saarijärven Offset, Saarijärvi 2004, s. 176-181
- Rautava, Päivi - Mäkinen, Juha - Strandberg, Timo: Kliinisen tutkijan tausta, motiivit ja tehtävät teoksessa Voipio-Pulkki, Liisa-Maria - Grénman, Reidar - Haapamäki, Markku - Lenander-Lumikari, Marianne - Mäkinen, Juha - Rautava, Päivi - Scheinin, Mika - Vainikainen, Tuula (toim.): Kliinisen tutkijan opas, 1. painos, Kustannus Oy Duodecim, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2000, s. 11-19
- Routamo, Eero - Ståhlberg, Pauli - Karhu, Juha: Suomen vahingonkorvausoikeus, 5. uudistettu painos, Juridica-kirjasarjan 14. teos, Talentum Media Oy, Gummerus Kirjapaino Oy 2006
- Saarenpää, Ahti: Potilas – oikeus – potilasoikeus teoksessa Sundman, Eila (toim.): Potilaan asema ja oikeudet, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tammer-Paino Oy, Tampere 2000, s. 21-39
- Saarnilehto, Ari: Todistustaakka syy-yhteydestä henkilövahingon yhteydessä julkaisussa Hoffrén, Mia - Salminen, Sakari - Vahtera, Veikko - Virtanen, Jenny (toim.): Oikeustieto 3/2007

– Kommentoituja oikeustapauksia, Turun yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisuja, 2007, s. 3-4

Saarnilehto, Ari: Syy-yhteys henkilövahingossa julkaisussa Hoffrén, Mia - Salminen, Sakari - Vahtera, Veikko - Virtanen, Jenny (toim.): Oikeustieto 2/2007 – Kommentoituja oikeustapauksia, Turun yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisuja, 2007, s. 2-4

Saranpää, Timo: Näyttöenemmyysperiaate riita-asiassa, Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisuja, A-sarja N:o 299, Oy Nord Print Ab, Helsinki 2010

Saranpää, Timo: Whiplash-vammat vahingonkorvaus- ja todistusoikeudellisena ongelmana julkaisussa Savela, Ari (päätoimittaja) - Ala-Uotila, Mika - Huhtala, Jouko - Lautjärvi, Kari - Manner, Matti - Ryyänen, Juha - Varviala, Jukka - Ylönen, Markku (toimi.): Defensor Legis N:o 5/2006, Suomen Asianajajaliiton julkaisuja, 87. vuosikerta, Vammalan Kirjapaino Oy 2006, s. 811-830

Stauch, Marc: The Law of Medical Negligence in England and Germany – A comparative Analysis, Hart Publishing, TJ International Ltd., Padstow, Cornwall 2008

Sundman, Eila: Potilaiden hoitokokemuksia somaattisessa sairaanhoidossa teoksessa Sundman, Eila (toim.): Potilaan asema ja oikeudet, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tammer-Paino Oy, Tampere 2000, s. 187-203

Timonen, Pekka: Johdatus lainopin metodiin ja lainopilliseen kirjoittamiseen, Helsingin yliopiston oikeustieteellinen tiedekunta, Helsinki 1998

Tuori, Kaarlo: Oikeuden ratio ja voluntas, WSOYpro, Dark Oy, Vantaa 2007

Tuori, Kaarlo: Oikeusjärjestys ja oikeudelliset käytännöt, Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisut, Hakapaino Oy, Helsinki 2003

Tuori, Kaarlo - Kotkas, Toomas: Sosiaalioikeus, 4., uudistettu painos, WSOYpro, WS Bookwell Oy, Juva 2008

Uhari, Matti - Nieminen, Pentti: Epidemiologia ja biostatistiikka, 1. painos, Kustannus Oy Duodecim, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2001

Viljanen, Mika: Aiheutuuko liuotushoidon myöhästyneestä aloittamisesta potilasvahinkolaissa tarkoitettua vahinkoa? julkaisussa Mäkinen, Anne-Mari - Salminen, Sakari - Virtanen, Jenny - Weckström, Katja (toim.): Oikeustieto 5/2004 – Kommentoituja oikeustapauksia, Turun yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisuja 2004, s. 13-16

Virolainen, Jyrki - Martikainen, Petri: Tuomion perusteleminen, Talentum Media Oy, Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna 2010

Wahlberg, Lena: Legal Questions and Scientific Answers – Ontological Differences and Epistemic Gaps in the Assessment of Causal Relations, Media-Tryck, Lund 2010

Wassertheil-Smoller, Sylvia: Biostatistics and Epidemiology – A Primer for Health and Biomedical Professionals, Third Edition, Department of Epidemiology and Population Health, Division of Epidemiology, Albert Einstein College of Medicine, Springer-Verlag New York Inc. 2004

Ylipartanen, Arto: Tietosuoja osana terveydenhuoltopalvelujen laatua teoksessa Sundman, Eila (toim.): Potilaan asema ja oikeudet, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tammer-Paino Oy, Tampere 2000, s. 287-316



## VIRALLISLÄHTEET:

HE 90/2010 vp: Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi

HE 191/2009 vp: Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain ja sairausvakuutuslain muuttamisesta

HE 124/2008 vp: Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta

HE 54/2000 vp: Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi potilasvahinkolain 10 a ja 11 §:n muuttamisesta

HE 91/1998 vp: Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi potilasvahinkolain muuttamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi

HE 33/1994 vp: Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaksi lainsäädännöksi

## OIKEUSTAPAUKSET:

KKO:2010:67: Potilaalle oli tekonivelen asentamisen yhteydessä syntynyt reisiluun murtuma, joka korjattiin myöhemmin suoritettussa leikkauksessa. Kysymys murtuman korvattavuudesta potilasvahinkona potilasvahinkolain 2 §:n 1 momentin 1, 4 tai 7 kohdan nojalla. (Ään.) PotilasvahinkoL 2 §.

KKO:2010:65: A oli saanut työtapaturman seurauksena oikean polven ruhjevamman. A:n oikean polven vaivat olivat pitkittyneet ja hänelle oli suoritettu niiden syyn selvittämiseksi sanottuun polveen tähytys, jonka jälkeen polvikivut olivat entisestään vaikeutuneet. A:n polvivaivoissa oli katsottu olevan kysymys CRPS-oireyhtymästä. Kysymys siitä, oliko A:lla todettu CRPS-oireyhtymä seurausta tapaturman aiheuttamasta oikean polven ruhjevammasta ja mikä merkitys tähytyksellä oli syy-yhteyden oikeudellisessa arvioinnissa. Ks. KKO:2010:15 KKO:2004:99 KKO:1991:59

KKO:2010:55: G hade opererats för åderbräck i vartdera benet. Operationssåret på det ena benet hade infekterats men läkts inom cirka två månader, under vilken tid G genomgått antibiotikabehandling och varit sjukskriven. G hade sedermera upplevt värk, svullnad och kraftlöshet i benet. Fråga om G:s rätt till ersättning på grund av patientskadlagen. PatientskadeL 2 § 1 mom 3 punkten.

KKO:2010:15: Kysymys siitä, oliko A:lla todettu RSD-oireyhtymä seurausta tapaturman aiheuttamista oikean käden puremavammasta ja oikean ranteen nyrjähdyksestä.

KKO:2004:99: A oli hypännyt traktorin istuimelta maahan loukaten vasemman jalkansa. Sittemmin jalassa oli todettu veneluun murtuma ja pirstoutuminen sekä Charcot'n nivelkehitys. Kysymys tapaturman, A:n sokeritaudin sekä diagnoosin viivästymisen osuudesta jalan vammautumisessa sekä siitä, oliko A:lla oikeus korvaukseen vammoistaan tapaturmavakuutuslain nojalla.

KKO:2003:116: Potilasvakuutusyhdistys katsoi vuonna 1991 antamassaan päätöksessä, että A:lle oli aiheutunut potilasvahinkona korvattava henkilövahinko. A:lle oli sen jälkeen ryhdytty maksamaan kuukausittaista korvausta työkyvyttömyyden aiheuttamasta ansionmenetyksestä. Vuonna 1999 Potilasvakuutuskeskus (entinen Potilasvakuutusyhdistys) päätti lakkauttaa korvauksen maksamisen, koska uuden lääketieteellisen arvion mukaan potilasvahinkoa ei ollut tapahtunut. Pelkästään tällaisella perusteella korvauksen maksamista ei voitu lakkauttaa.

KKO:1997:95: Umpilisäkkeen poistoleikkauksen jälkitilana potilaalle oli syntynyt haavaneuralgia. Sen korjaamiseksi oli suoritettu kolme leikkausta, joiden seurauksena vamma oli pahentunut. Koska kahta viimeistä korjausleikkausta ei voitu pitää lääketieteellisesti perusteltuina, potilaalle aiheutunut vahinko oli korvattava potilasvahinkona. PotilasvahinkoL 2 §.

KKO:1997:94: Potilaalle tehty jalkaterän korjausleikkaukset eivät olleet johtaneet toivottuun tulokseen vaan hänen vaivansa olivat leikkauksista pahentuneet. Korvausvaatimus potilasvahinkolain perusteella hylättiin, kun leikkaushoitoon ryhtyminen ja hoitomenetelmien valinta oli ollut lääketieteellisesti perusteltua ottaen huomioon myös komplikaatiomahdollisuudet. PotilasvahinkoL 2 § 2 mom.

KKO:1997:93: Leikkaus oli ollut lääketieteellisesti perusteltu ja suoritettu hyväksyttävällä tavalla. Hoidosta aiheutunutta komplikaatiota ei pidetty potilasvahinkona yksin sillä perusteella, että vastaavilta komplikaatioilta oli vältytty sittemmin toisella menetelmällä suoritettussa korjausleikkauksessa. Ään. PotilasvahinkoL 2 §.

KKO:1997:92: Potilaan sappi- ja haimatiehyitä oli tutkittu sisätähystimen avulla (ERCP-tutkimus), koska oli epäilty, että tiehyissä oli kasvain tai kivi. Toimenpiteen jälkeen potilaalle oli kehittynyt haimatulehdus. Kun tutkimuksen yhteydessä ei ollut tehty varsinaista hoitotoimenpidettä ja kun todennäköisesti tutkimuksesta aiheutunut haimatulehdus oli ollut määritettävän sairauden laatu ja vaikeusaste sekä potilaan muu terveydentila huomioon ottaen kohtuuton seuraus, vahinko oli korvattava potilasvahinkona. PotilasvahinkoL 2 § 2 mom.

KKO:1995:53: Valtion viranomaiset olivat uhkaavan polioepidemian torjumiseksi järjestäneet niin sanotun massarokotuksen. Rokotuksen saatuaan A oli sairastunut. Vaikka rokotuksen ja sairauden syy-yhteyttä ei voitu pitää lääketieteellisesti selvitettyinä, A:n katsottiin riittävästi näyttäneen syy-yhteyden rokotuksen ja sairastumisen välillä. Ään.

VaKo 12.5.2009/5308:2008: Henkilö oli lyönyt päälakensa matalan oven yläkarmiin. Hänellä todetun oikean nikamavaltimon repeämän sekä siitä aiheutuneen pikkuaivoinfarktin katsottiin olevan syy-yhteydessä mainittuun tapaturmaan ja oikeuttavan tapaturmavakuutuslain mukaisiin korvauksiin.

VaKo 10.11.2006/4996:2004: Vakuutusosikeus katsoi, että aivovamman korvaaminen työtapaturman seurauksena edellyttää riittävän luotettavaa selvitystä siitä, että korvauksenhakija on todennäköisesti saanut korvaushakemuksen perusteena olevan työtapaturman johdosta aivovamman. Pelkkä aivovamman mahdollisuus ei riitä sen korvaamiseen.

Vakuutusosikeus totesi, että aivovammaa ei useinkaan voida todeta millään yksittäisellä tutkimuksella. Korvauskäytännön taustalla vallitsevan neurologisen näkemyksen mukaan aivovamman korvaaminen edellyttää ensisijaisesti luotettavaa objektiivista näyttöä sen olemassaolosta. Aivovammojen korvauskäytännössä suurin painoarvo on konetutkimusten tuloksilla, tapaturmamekanismia ja sen voimakkuutta koskevilla selvityksillä sekä ensivaiheen hoidon aikana hoitoasiakirjoihin tehdyillä merkinnöillä. Näitä tietoja voidaan täydentää neuropsykologisilla tutkimuksilla ja henkilön itsensä kertoman perusteella. Kuitenkaan ilman objektiivista näyttöä aivovammaa ei yleensä hyväksytä korvattavaksi.

Vakuutusosikeus katsoi edellä kerrottuun viitaten, ettei asiassa ollut esitettyä riittävää selvitystä siitä, että A:lla olisi aivovamma eikä etenkään siitä, että A olisi todennäköisesti saanut

aivovamman 25.2.2002 sattuneen tapaturman seurauksena. Vakuutusosikeus katsoi, että A oli saanut 25.2.2002 sattuneen tapaturman seurauksena enintään aivotärähdyksen.

VaKo 25.11.2003/8350:2002: Vakuutusosikeus totesi, ettei pelkästään ajallinen syy-yhteys tapaturman ja todettujen vammojen välillä ole riittävä korvausperuste, vaan asiaa on arvioitava myös lääketieteellisen tietämyksen perusteella. Vakuutusosikeus katsoi, että lääketieteellisen tietämyksen perusteella pääasiallisena syynä A:n vasemman isovarpaan luutulehdukseen ja alkavaan kuduskuolioon on pidettävä hänen sairastamaansa sokeritautiin liittyvää verenkiertosairautta. A:lla ei ollut oikeutta korvaukseen 27.5.2001 sattuneen tapaturman johdosta, eikä tapaturman myöskään voitu katsoa olennaisesti pahentaneen A:n sairautta. Vakuutusosikeus katsoi myös, ettei suullisen käsittelyn toimittaminen asiassa ollut tarpeen.

POTILASVAHINKOLAUTAKUNNAN REFEROIDUT RATKAISUSUOSITUKSET  
SELLAISINA, KUIN NE OVAT LUETTAVISSA SUOMEN LÄÄKÄRILEHDEN NUMEROISTA:

Dnro 1042/2008: Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Nielemisvaikeudet refluksitaudin leikkaushoidon komplikaationa julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 14/2009 vsk 64, s. 1369-1373

Dnro 0650/2003: Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Antikoagulanttihoidon seuranta julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 51-52/2004 vsk 59, s. 5025-5027

Dnro 0894/2002: Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Kipuoireyhtymän korvaaminen potilasvahinkona julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 22/2005 vsk 60, s. 2493-2496

Dnro 755/2001: Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Kiertäjäkalvosimen repeämän hoito julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 4/2004 vsk 59, s. 305-309

Dnro 559/2001: Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Kortisoni-injektioon liittyvän infektion korvaaminen julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Terveystieteiden tutkimusartikkeli 5/2006 vsk 61, s. 473-476 sekä tekstin sisällön osalta erilainen versio osoitteessa <URL: [http://www.edilex.fi/login.ezproxy.ulapland.fi/oikeuskaytanto/pvltk/sll2006\\_5.html](http://www.edilex.fi/login.ezproxy.ulapland.fi/oikeuskaytanto/pvltk/sll2006_5.html)>, viitattu 28.7.2011

Dnro 0007/2001: Kaivola, Juhani - Lehtonen Lasse: Kohdunpoistoon liittyvät potilasvahingot julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 43/2003 vsk 58, s. 4379-4384

Dnro 699/2000: Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Lapsen syvän bakteeri-infektio viivästynyt diagnoosi terveyskeskuksessa julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 22/2002 vsk 57, s. 2441-2445

Dnro 0219/1999: Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Diabeetikon leikkauskomplikaatio potilasvahinkona julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 20/2003 vsk 58, s. 2217-2220

Dnro 0218/1999: Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Hoidon viive potilasvahinkona julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 34/2001 vsk 56, s. 3363-3368

Dnro 0202/1998: Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Synnytystavan valinta potilasvahinkona julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 1/2002 vsk 57, s. 76-82

Dnro 0444/1997: Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Virheellinen endoproteesi potilasvahinkona julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 15-16/2001 vsk 56, s. 1779-1783

Dnro 1181/1996: Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Puutteellinen potilasinformaatio ja suostumus sterilisaatioon julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 25-26/2001 vsk 56, s. 2813-2818

Dnro 1169/1996: Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Lapsen syvän bakteeri-infektio viivästynyt diagnoosi terveyskeskuksessa julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 22/2002 vsk 57, s. 2441-2445

Dnro 1370/1995: Kaivola, Juhani - Lehtonen, Lasse: Puutteellinen jälkiseuranta potilasvahinkona julkaisussa Suomen Lääkärilehti, artikkelisarja Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja 48/2000 vsk 55, s. 4979-4983

## MUUT LÄHTEET:

FINLEX: Listaus potilasvahinkoja koskevista oikeustapauksista, <URL:[http://www.finlex.fi/fi/oikeus/kko/kko/haku.php?search\[type\]=pika&search\[pika\]=potilasvahinko&submit=Hae](http://www.finlex.fi/fi/oikeus/kko/kko/haku.php?search[type]=pika&search[pika]=potilasvahinko&submit=Hae)>, viitattu 13.12.2010

Hjelt, Yrjö: Tuntematon potilas, YLE Ajankohtaisjournalismi, tuottaja Hannele Valkeeniemi, YLE TV2, esitetty ensimmäisen kerran 1.11.2010 TV2-kanavalla, viitattu 23.11.2010

Jalanko, Hannu: Aivokalvontulehdus lapsella 10.9.2010 teoksessa Lääkärikirja Duodecim, <URL:[http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=&p\\_artikkeli=dlk00105](http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00105)>, viitattu 24.7.2011

Lumio, Jukka: Aivokalvontulehdus (meningiitti) 9.2.2010 teoksessa Lääkärikirja Duodecim, <URL:[http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00558](http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00558)>, viitattu 24.7.2011

National Health Service (UK): <URL:<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>>, viitattu 7.7.2011

Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Valvira)  
<URL:[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/ammattihenkiloiden\\_valvonta/pysyvät\\_asiantuntijat/ohjeita\\_asiantuntijoille](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/ammattihenkiloiden_valvonta/pysyvät_asiantuntijat/ohjeita_asiantuntijoille)>, viitattu 9.9.2011

Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Valvira),  
<URL:[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat)>, viitattu 25.1.2011

Suomen Lääkäriliitto: <URL:[http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton\\_ohjeet/laakarintodistus.html](http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/laakarintodistus.html)>, viitattu 9.9.2011

## LYHENTEET

Ammattihenkilölaki = Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559)

Asiakirja-asetus = Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298) sekä sitä edeltänyt sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (19.1.2001/99)

HE = Hallituksen esitys

Julkisuuslaki = Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (21.5.1999/621)

KKO = Korkein oikeus

PeL = Suomen perustuslaki (11.6.1999/731)

Potilasasiakirja-asetus = Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298)

Potilaslaki = Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785)

TEO = Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (nykyisin Valvira)

THL = Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (Laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta 31.10.2008/668)

VaKo = Vakuutusoiikeus

Valvira = Sosiaali- ja terveystalalan lupa- ja valvontavirasto (entinen TEO)



## 1. JOHDANTO

Timosen mukaan oikeustiede ei kilpaile tuomioistuinlaitoksen tai lainvalmistelukoneiston kanssa siitä, mikä järjestelmä tuottaa hyväksyttävimmät tulokset lain tulkinnan ja soveltamisen osalta. Sen sijaan oikeustieteen tehtävänä on tarkastella muiden järjestelmien tuotoksia kriittisesti ja ulkoapäin. Vain tällä tavoin voi syntyä perusteltuja käsityksiä sen suhteen, mikä olisi paras tai perustelluin tulkinta kulloinkin kyseessä olevan asian suhteen.<sup>1</sup>

Tämän tutkielman tarkoituksena on suomalaisen potilasvahinkojärjestelmän kriittinen arviointi ulkoapäin. Koska kyseinen korvausjärjestelmä on ominaispiirteiltään verraten erikoinen, tulen kiinnittämään erityistä huomiota potilasvahinkolain soveltamiskäytäntöön. Tämä johtuu siitä, että Potilasvakuutuskeskuksen antamaan korvauspäätökseen tyytymätön voi pyytää asiassa hallintolakia soveltavan potilasvahinkolautakunnan ratkaisusuositukseen koskien sekä korvauserustetta että -määriä. Toisaalta potilas voi nostaa suoraan kanteen Potilasvakuutuskeskusta vastaan ja saattaa sen tavanomaisena riita-asiana yleisen alioikeuden ratkaistavaksi, jossa noudatetaan oikeudenkäymiskaaren säännöksiä.<sup>2</sup> Kun prosessilajit ovat näinkin erilaiset riippuen valitusreitistä, voi samanlaisena näyttäytyvä aineellinen oikeus toteutua hyvinkin eri tavalla ja eri keinoin.

Potilasvahinkolakia (25.7.1986/585) sovelletaan 1 §:n mukaan kaikkeen Suomessa annettuun terveyden- tai sairaanhoitoon. Koska korvauserusteet on lueteltu tyhjentävästi lain 2 §:ssä ja niihin on löydettävissä tulkinta-apua myös lain esitöistä, en aio systematisoida potilasvahinkotilanteita lainkaan saati vertailla vahinkotyyppien eroavaisuuksia keskenään. Sen sijaan rajaan tutkielman koskemaan pääpiirteittäin potilasvahinkolain mukaista näyttökynnystä, jolloin potilaalle tehtyjen tutkimusten ja annetun hoidon tai näiden laiminlyönnin sekä hoitohenkilökunnan toiminnan välillä on oltava todennäköinen syy-yhteys, jotta oikeus vahingonkorvaukseen ylimääräisestä henkilövahingosta syntyisi. Tämä syy-yhteysongelma ratkaistaan pitkälti

---

<sup>1</sup> Timonen, Johdatus lainopin metodiin ja lainopilliseen kirjoittamiseen (1998), s. 16

<sup>2</sup> Palonen - Nio - Mustajoki, Potilas- ja lääkevahingot - Korvaaminen ja ennaltaehkäisy (2005), s. 364-369 sekä Tuori - Kotkas, Sosiaalioikeus (2008), s. 361

potilaasta laadittujen potilasasiakirjojen sekä niiden pohjalta annettujen asiantuntijalausuntojen perusteella. Usein ongelmaksi muodostuukin juuri potilasasiakirjamerkintöjen laatu ja laajuus, vaikka yleisesti tiedostetaan se, että potilasasiakirjojen tiedot ovat keskeisessä asemassa potilasvahinkotapauksia ratkaistaessa.<sup>3</sup> Täten potilasasiakirjoissa käytetyt termit saattavat olla hyvinkin merkityksellisiä oikeudellisia johtopäätöksiä tehtäessä, eikä ole lainkaan yhdentekevää, millaista kieltä lääkärit käyttävät merkintöjä laatiessaan vaikkapa todennäköisyyden asteesta.

Tarkoitukseni on selvittää sitä, millaiset mahdollisuudet potilaalla on esittää näyttöä hänelle sattuneen henkilövahingon ja terveydenhuollon ammattilaisten toiminnan tai laiminlyönnin välisestä syy-yhteydestä, jotta vaadittu näyttökynnys tulisi ylitetyksi. Tästä syystä on mielekästä arvioida, mikä merkitys potilasasiakirjoilla sekä asiantuntijoiden antamalla lääkärinlausunnoilla on, kun potilasvahinko-oikeudellista<sup>4</sup> syy-yhteyttä määritetään, sillä nämä kaikki eri osatekijät liittyvät kiinteästi asiassa esitetyn näyttöön ja todisteluun. Toisaalta pyrin huomioimaan myös sen, miten virallisperiaate vaikuttaa asian selvittämiseen sekä todistelun laajuuteen potilasvahinkolautakunnan työskentelyssä. Koska oikeudella on lisäksi erottamaton yhteys kieleen,<sup>5</sup> tulen huomioimaan laintulkinnan merkityksen juuri potilaan näkökulmasta liittyen lääketieteelliseen todennäköisyysarvioon.

Näytön arviointi liittyy myös potilasvahinkotilanteissa olennaisesti asiassa sovellettaviin menettelysäännöksiin. Prosessuaaliselta katsantokannalta olisi mielekästä tehdä vertailuja eri prosessilajien välillä, sillä potilasvahinkolautakunta ja tuomioistuimet noudattavat erilaisia menettelysäännöksiä. Tutkielman rajallisuuden vuoksi nämä vertailut jäävät kuitenkin sivurooliin ja pääpaino kiinnittyy nimenomaan siihen, millaisia velvollisuuksia lainsäädännössä on asetettu potilasasiakirjojen laatimiselle. Mitä tulee itse vahinkoarvioon syy-yhteyden määrittämisen jälkeen, tulen vain sivuamaan mahdollista vahingon vältettävyyttä taikka ammattistandardin-

<sup>3</sup> Mikkola - Mikkonen - Suhonen - Kallio, Potilasvahinko – Lain sisältö ja soveltamiskäytäntö (2004), s. 14

<sup>4</sup> Oikeudenaloittain ajateltuna tutkielma rakentuu kolmen eri osa-alueen varaan: potilasoikeuteen, vahingonkorvausoikeuteen ja prosessioikeuteen. Tulen kutsumaan tätä oikeudenalojen muodostamaa kolminaisuutta jatkossa potilasvahinko-oikeudeksi, jolloin termissä yhdistyvät potilasoikeuden aineellinen lainsäädäntö, vahingonkorvausoikeudelliset periaatteet eri ulottuvuuksineen kuin myös prosessuaalisten säännösten vaikutus asiassa tehtävään päätökseen.

<sup>5</sup> Tuori, Oikeusjärjestys ja oikeudelliset käytännöt (2003), s. 14

mukaisuutta tutkielmassa soveltuvien osin, mutta en aio keskittyä niihin tarkemmin, elleivät ne liity kiinteästi syy-yhteyden problematiikkaan.

## 1.1. Tutkielman teeman esittely

Suomalainen yhteiskunta ja oikeusjärjestys ovat olleet edelläkävijöitä koko maailman mittakaavassa mitä tulee potilaan oikeusaseman turvaamiseen. Keskeisenä lähtökohtana on ollut alisteisessa asemassa olevan sairaan henkilön oikeuksien tunnustaminen lainsäädännössä tavalla, joka on mahdollistanut potilaan hoidossa kokeman epäkohdan arvioinnin riippumattomassa tuomioistuimessa. Tämä oikeus saattaa asia käsitellyksi terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuoliseen elimeen toteutuu erityisesti potilasvahinkojen kohdalla. Tuomioistuinkäsittely on kuitenkin koettu potilasvahinkotilanteissa raskaaksi ja hitaaksi menetelmäksi puuttua terveydenhuollon piirissä sattuneisiin vahinkoihin. Tästä syystä Suomeen on kehitetty korvausjärjestelmä, jossa vahinkoilmoitukset ohjautuvat keskitetysti ensin Potilasvakuutuskeskuksen käsiteltäväksi.<sup>6</sup> Annetusta korvauspäätöksestä on mahdollista valittaa edellä kuvatulla tavalla potilasvahinkolautakuntaan. Tämä järjestelmä on saanut aikaan sen, ettei oikeuskäytäntöä potilasvahingoista ole juurikaan ehtinyt muodostua muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta.

Potilasvahinkoja koskevan korvausjärjestelmän erityispiirteiden takia aion lähestyä tätä ongelmakeskeistä aihetta tutustumalla niin potilasvahinkolautakunnan soveltamiskäytäntöön kuin henkilövahinkoja koskevaan oikeuskäytäntöön. Koska näkökulmani on kuitenkin juuri potilaan oikeusasema, ja mahdollisuudet esittää näyttöä vahinkoperusteena olevasta syy-yhteydestä, painotan tutkielmassa potilaan kannalta merkityksellisiä säännöksiä. Näin ollen terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskeva osuus keskittyy vain heidän rooliinsa asiantuntijoina sekä potilasasiakirjamerkintöjen laatijoina. Tästä syystä en myöskään aio lähestyä aihetta lainkaan terveydenhuollossa toimivien henkilöiden oikeusturvan suunnasta tutkielman rajalli-

---

<sup>6</sup> Palonen - Nio - Mustajoki, Potilas- ja lääkevahingot – Korvaaminen ja ennaltaehkäisy (2005), s. 31

suuden vuoksi. Rajaus on harkittu ja osittain puolueellinen,<sup>7</sup> mutta silti mielestäni perusteltu ottaen huomioon suomalaisen potilasvahinkojärjestelmän erikoisuudet mitä tulee terveydenhuollon ammattihenkilöiden henkilökohtaisen vastuun puutteeseen<sup>8</sup> tyypillisissä vahinkotilanteissa.

Tutkielmani rakentuu niin, että valotan ensin potilasoikeuden kehitystä sekä vahinkojärjestelmän systematiikkaa. Tämän jälkeen siirryn tähän päivään ja käyn läpi aineellisoikeudelliset säännökset sekä niiden esityöt olennaisilta osilta, sillä terveydenhuollossa lainvalmistelutöiden merkitys oikeuslähteenä on keskeinen lainsäädännön tuoreudesta johtuen.<sup>9</sup> Syy-yhteyden ongelmia käsitellään kattavasti omassa kappaleessaan, ennen kuin kiinnitän tutkielman tosielämään ja käyn läpi niin lautakunnan kuin korkeimman oikeuden soveltamiskäytäntöä sekä potilas- että henkilövahinkoasioissa laadullisen tutkimuksen menetelmin. Kun potilasvahinkolain soveltamiskäytäntö on kartoitettu tutkielman teeman mukaisesti, poimin muutamia mainintoja muiden maiden potilasvahinkojärjestelmistä tai niihin rinnastuvista oikeusturvakeinoista. Tarkoituksena on kuitenkin vain herätellä ajatuksia sen suhteen, olisiko muiden maiden järjestelmissä jotain oppimisen arvoista.

Lopuksi tutkielman johtopäätösosiossa tulen esittämään perusteltuja kannanottoja, tulkintasuosituksia<sup>10</sup>, sen suhteen, miten lakia olisi tulkittava tulevaisuudessa, jotta potilaan oikeusturva tulisi taattua entistäkin paremmin syy-yhteyden määrittämisen osalta. Nämä tulkintasuositukset rajoittuvat sekä systemaattisen tulkinnan että teleologisen tulkinnan välimaastoon, jossa potilasoikeuden systematiikalle sekä tosiasiallisille seurauksille annetaan merkittävä painoarvo.<sup>11</sup> Samalla otan kantaa siihen, onko järjestelmässä varaa uusille kehittämisideoille, jotta

---

<sup>7</sup> Ks. Tuori, *Oikeuden ratio ja voluntas* (2007), s. 35-38, jossa hän toteaa, että oikeus on ennen muuta instrumentaalinen intressien toteuttamisen väline. Tällöin oikeudellisilla toimijoilla ja oikeudellisen diskurssin osanottajilla on oikeuteen ja muihin oikeudellisiin toimijoihin strateginen asenne, joka leimaa heidän tulkintakannanottojaan: he puoltavat tulkintoja, joiden katsovat parhaiten edistävän toimintaansa ja oikeudellisia puheenvuorojaan kulloinkin ohjaavia intressejä. Itse tunnustan nämä seikat tutkielmani lähtökohdiksi.

<sup>8</sup> Palonen - Nio - Mustajoki, *Potilas- ja lääkevahingot - Korvaaminen ja ennaltaehkäisy* (2005), s. 26

<sup>9</sup> Tuori - Kotkas, *Sosiaalioikeus* (2008), s. 117

<sup>10</sup> Ks. Tuori, *Oikeusjärjestys ja oikeudelliset käytännöt* (2003), s. 22

<sup>11</sup> Ks. mt., s. 52 ja s. 54-55

vahinkoarviossa päästäisiin mahdollisimman lähelle oikeuden- ja ennen kaikkea totuudenmukaista ratkaisua. Tällöin teeman käsittely sisältää sekä aineellisen oikeuden säännökset että niiden käytännön toteuttamisen hankaluudet soveltamiskäytännön valossa.

Tutkielman kirjoittamista varten hankittu aineisto kattaa 117 Suomen Lääkärilehdessä julkaistua potilasvahinkolautakunnan ratkaisusuositusta sekä 10 korkeimmassa oikeudessa käsiteltyä potilasvahinkotapausta,<sup>12</sup> jolloin sitä voidaan pitää melko suppeana. Aineiston rajallisuudesta johtuen johtopäätösosioissa kerrottaviin kannanottoihin tuleekin suhtautua varauksella. Ne ovat korkeintaan esimerkkejä siitä, millaisia ongelmia potilasvahinkolain soveltamiskäytännössä saattaa olla, ja mihin seikkoihin jatkotutkimuksessa tulisi kiinnittää tarkempaa huomiota. Pienestä ja rajatusta aineistosta huolimatta pyrin kiinnittämään huomiota siihen, että yhteys teorian ja aineiston välillä säilyy, mitä seikkaa Ketokivi pitää empiirisen tutkimuksen kriittisimpänä kohtana.<sup>13</sup> Tämä pätee mielestäni myös laadullisen tutkimuksen menetelmin tehtävään oikeustieteelliseen tutkimukseen.

## 1.2. Aiempi tutkimus

Suomessa on tehty jonkin verran oikeudellista tutkimusta potilas- ja lääkevahingoista sekä potilasvahinkolain soveltamiskäytännöstä yleisellä tasolla. Juuri näihin teemoihin keskittyviä uusimpia teoksia edustavat Palosen, Nion ja Mustajoen kirjoittama *Potilas- ja lääkevahingot – Korvaaminen ja ennaltaehkäisy*, jossa käydään Potilasvakuutuskeskuksessa työskentelevien henkilöiden näkökulmasta läpi, millainen suomalainen potilasvahinkojärjestelmä kokonaisuudessaan on. Lisäksi teoksessa on käytetty esimerkkeinä potilasvahinkolautakunnan ratkaisusuosituksia sen suhteen, millaiset vahinkotapahtumat on katsottu potilasvahinkolain mukaan korvattaviksi. Potilasvahinkolautakunnan asiantuntemusta on osoitettu Mikkolan, Mikkosen, Suhosen sekä Kallion laatimassa teoksessa *Potilasvahinko – Lain sisältö ja soveltamiskäytäntö*, sillä kirjoitta-

<sup>12</sup> Lisäksi esittelen muutaman muun korkeimman oikeuden tapauksen sekä VaKo:n ratkaisun koskien henkilövahinkoja. Tapaukset käsitellään soveltuvissa kohdin tutkielmaa.

<sup>13</sup> Ketokivi, Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi (2009), s. 43-44

jina on niin potilasvahinkolakia valmistelemassa ollut Mikkola kuin myös potilasvahinkolautakunnassa työskentelevä Suhonen. Tämän lisäksi Mikkola ja Mikkonen ovat jo aiemmin kirjoittaneet yhteistyössä teoksen *Uudistunut potilasvahinkolaki*, kun alkuperäiseen potilasvahinkolakiin tehdyt merkittävimmät muutokset tulivat voimaan 1.5.1999.

Yleisemmällä tasolla terveydenhuollon lainsäädäntökokonaisuutta on käsitellyt Lohiniva-Kerkele teoksessaan *Terveydenhuollon juridiikka*. Kirjassa on osuuksia niin potilastietojen kirjaamisvelvoitteesta, potilasvahinkojen korvaamisesta kuin terveydenhuollon ammattihenkilöiden todistamiskiellosta sekä ammattieettisistä velvollisuuksista. Toisenlaista näkökulmaa potilaan oikeusasemaan tarjotaan Sundmanin toimittamassa teoksessa *Potilaan asema ja oikeudet*, jossa niin juristit kuin terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat kuvanneet suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää peilaten sitä omiin käytännön kokemuksiinsa. Lääkärien näkökulma terveyden- ja sairaanhoitoon on puolestaan esitelty kattavasti Koskenvuon toimittamassa teoksessa *Lääkärintyö ja laki*, jossa käydään läpi mm. terveydenhuoltohenkilöstön ammattieettisiä velvollisuuksia, lääkärintodistusten ja -lausuntojen kirjoittamista sekä terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutuneita vahinkoja. Myös Aron, Huunan-Seppälän, Kivekkään, Tolan ja Torstilan toimittamassa teoksessa *Vakuutuslääketiede* korostuu lääkärien näkökulma osana vahinkoarvion tekemistä vakuutuslääketieteellisen päätöksenteon yhteydessä. Koska toimittajakunta koostuu vain lääkäreistä ja suurin osa kirjoittajistakin on lääkäreitä, on teoksessa havaittavissa jonkinlaista hapuilua sen suhteen, miten vakuutuslääketieteen juridista puolta on ymmärrettävä. Myös osuus syy-yhteyden osoittamisesta vahingon ja tosiasiallisen tapahtumankulun välillä on lyhyehkö. Siinä pääpaino on kiinnittynyt lääketieteellisen syy-yhteyden arviointiin kriteerien *erittäin todennäköinen, jokseenkin todennäköinen, mahdollinen, jokseenkin epätodennäköinen, ja erittäin epätodennäköinen* avulla. Sen sijaan tapauksen oikeudellinen arviointi syy-yhteys mukaan lukien vaikuttaa jääneen pienemmälle huomiolle vakuutuslääketieteessä.<sup>14</sup> Näin ollen varsinainen potilasvahinko-oikeudellinen<sup>15</sup> tutkimus syy-yhteydestä sekä potilasasiakirjamerkintöjen painoarvosta todisteena on jokseenkin

<sup>14</sup> Ks. mainitun teoksen kappale ”III Syy-yhteys”, s. 149-181

<sup>15</sup> So. oikeudenaloja yhdistävä poikkitieteellinen tutkimus, jossa potilasvahinkotilanne arvioitaisiin sen kaikki osatekijät huomioiden sen sijaan, että tutkimuksessa keskitytään vain aineellisen oikeuden sisältöön.

olematonta sekä oikeus- että lääketieteen parissa.

Prosessioikeudellista näkökulmaa edustaa mm. varatuomari Saranpään väitöskirja *Näyttöenemmysperiaate riita-asiassa*. Tämän lisäksi Saranpää on kirjoittanut artikkelin, joka käsittelee ns. whiplash-vammoja todistus- ja vahingonkorvausoikeudellisena ongelmana. Vastavanhaisia muita tutkimuksia ei liene tehty todistusoikeudelliselta näkökannalta. Tämän lisäksi puhtaasti potilaan oikeusturvan huomioiva tutkimus ei nähdäkseni ole saavuttanut suurta kiinnostusta oikeustieteen piirissä. Satunnaisia artikkeleita on kirjoitettu muutamia, mutta aihetta tarkemmin käsitteleviä väitöskirjoja ei tietääkseni ole lainkaan ja myös Saranpään väitöskirja käsittelee näyttöenemmyyden teemaa vain yleisellä tasolla. Tästä huolimatta prosessioikeudella on tarjota hyödyllistä näkökulmaa tuomion perustelemisen tärkeydestä sekä oikeudellisten periaatteiden merkityksestä lainkäytössä. Tällaisia teoksia ovat mm. Huovilan laatima väitöskirja *Periaatteet ja perustelut – Tutkimus käräjäoikeuden tuomion faktaperusteluista prosessuaalisten periaatteiden valossa arvioituna* sekä Virolaisen ja Martikaisen kirjoittama *Tuomion perustelevminen*. Niissä on paneuduttu siihen, millaisia tuomion perustelemisen funktiot ovat sekä siihen, miten juuri näyttökysymys, näyttökynnys sekä näytön arviointi on otettava tuomion perusteluissa huomioon, jotta tuomio täyttäisi siltä vaadittavat tehtävät. Myös Lappalaisen teoksessa *Siviiliprosessioikeus II* on paneuduttu todistusoikeudellisiin ongelmiin, kuten vapaaseen todistusteoriaan, kirjallisiin todisteisiin, asiantuntijoiden käyttämiseen, todistustakkaan ja näyttökynnyksen määrittämiseen.

### 1.3. Taustaa aiheelle

#### 1.3.1. Vahingonkorvausoikeus

Vahingonkorvausoikeuden eräs pääongelmista on kaksiosainen kysymys syy-yhteydestä. Ensimmäinen vaihe liittyy siihen, voidaanko luonnonlaeista tai ihmisyhteisön toiminnasta olevan tiedon nojalla ottaa myönteinen kanta siihen, että vastuun perusteena oleva teko, toiminta tai

laiminlyönti on vahingon syy. Toisessa vaiheessa määritetään, täyttyvätkö kyseiseltä syy–seuraus-suhteelta vaadittavat laadulliset seikat, joihin kuuluu oikeustieteessä adekvaattisuuden eli tietynlaisen riittävyden vaatimus. Tästä huolimatta syy-yhteyden olemassaolo ei automaattisesti tarkoita sitä, että vahingonkärsineellä olisi oikeus korvaukseen. Adekvaattisuuden vaatimus rajaakin juuri sitä seikkaa, milloin syy-yhteyden katsotaan olevan katkeamattomana olemassa ja milloin aiheutunut vahingollinen seuraus on niin kaukainen tai ennalta arvaamaton, ettei sen voida katsoa soveltuvan korvausvastuun perusteeksi. Mikäli adekvaattinen syy-yhteys löytyy, pyritään määrittämään se, onko odotetun ja todellisen tapahtumankulun välillä oikeudellisesti merkittävä differenssi, jollainen muodostaa korvattavan vahingon.<sup>16</sup>

Tätä adekvaatin syy-yhteyden ongelmaa tulen jäljempänä käsittelemään potilasvahinko-oikeudelliselta näkökannalta, joskin täsmällisemmät vertailut itse vahingonkorvausoikeuteen jäävät vähäisiksi tutkielman rajatun pituuden vuoksi. Mainittakoon kuitenkin se, että vahingonkorvauslakiin perustuva korvaus edellyttää tuottamusta. Terveys- ja sairaanhoidossa tuottamus voi käytännössä olla huolimattomuutta, varomattomuutta, ammattitaidottomuutta tai muuta moitittavaa menettelyä. Yleensä tuottamusta arvioidaan henkilöstölle asetettavien yleisten vaatimusten sekä tilannekohtaisten erityistekijöiden perusteella. Tällöin apuna voidaan käyttää niin asiantuntijalausuntoja kuin yleisempiä ohjeita sekä yleisesti käytettävissä olevia hoidon laatusuosituksia. Potilasvahinkolaissa vastuun edellytykset ovat kuitenkin erilaiset, jolloin ratkaisu perustuu niiden säännösten tulkintaan ja saattaa johtaa erilaiseen vahinkoarvioon kuin vahingonkorvauslain osalta.<sup>17</sup> Omassa tutkielmassani keskityn nimenomaan potilasvahinkolaissa asetettuihin aineellisiin vaatimuksiin, jotka koskevat korvausperusteena olevan terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnan sekä potilaalle aiheutuneen vahingon välistä syy-yhteyttä.

---

<sup>16</sup> Routamo - Ståhlberg - Karhu, Suomen vahingonkorvausoikeus (2006), s. 33-34 sekä s. 318 sekä Hemmo, Vahingonkorvausoikeus (2005), s. 109-112

<sup>17</sup> Narikka, Sosiaali- ja terveystalouden lainsäädäntö käytännössä (2001), s. 515-516



### 1.3.2. Potilasoikeus

Varsinaista potilasoikeutta säännellään lukuisissa erityislaeissa. Saarenpään mukaan tämän oikeudenalan systemaattisena lähtökohtana voidaan pitää potilaan oikeutta hyvään, yksilön itsemääräämisoikeutta kunnioittavaan hoitoon ja hoitotapahtumiin, joiden tulee olla potilasvahinkolaisissa edellytetyllä tavalla kokeneen ammattihenkilön taitotason mukaisia. Potilaan oikeusaseman kestävä ytimenä onkin ajatus siitä, että hän on enemmän kuin pelkkä asiakas, jonka perusoikeuksia jokainen terveydenhuollon piirissä työskentelevä välittömästi toteuttaa. Täten potilas ei ole vain kohde, eikä asiakas, vaan pikemminkin terveydenhuollon päämies.<sup>18</sup> Näin ollen Suomen perustuslain (11.6.1999/731, PeL) 6 §:n 1-2 momenteissa turvattu yhdenvertaisuus lain edessä sekä muunlainen syrjimättömyys tulee huomioida ylimpänä oikeusohjeena myös potilaita kohdellaessa. Samalla on syytä muistaa PeL:n 19 §:ssä kaikille taattu oikeus riittäviin terveyspalveluihin (PeL 19.3 §) sekä PeL 22 §:ssä julkiselle vallalle asetettu velvollisuus turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen.

Potilaan oikeusaseman näkökulmasta tarkasteltuna, ja myös tutkielman teeman mukaisesti, tärkeimpinä lakeina voidaan pitää mm. 1.5.1987 voimaan tullutta potilasvahinkolakia (25.7.1986/585), jonka päivämäärän jälkeen sattuneisiin vahinkoihin sitä on sovellettu. Merkittävä säädös on myös 1.3.1993 voimaan tullut laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, potilaslaki), jolla kumottiin aiemmassa lainsäädännössä hajanaisesti sijainneet yksittäiset potilaan oikeutta turvaavat säännökset. Sen sijaan tarkemmat säännökset potilasasiakirjamerkinnöistä annetaan sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella potilasasiakirjoista (30.3.2009/298, potilasasiakirja-asetus). Kyseinen asetus tuli voimaan 1.8.2009/1.5.2011 ja sillä kumottiin potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 19.1.2001 annettu sosiaali- ja terveysministeriön asetus (19.1.2001/99). Tämän lisäksi potilaan oikeuksien kannalta merkittävä laki on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki (28.6.1994/559, ammattihenkilölaki), jossa asetetaan terveydenhuollossa toimiville henkilöille mm. velvollisuus noudattaa potilaslain säännöksiä (15 §) sekä laatia potilasasiakirjat

---

<sup>18</sup> Saarenpään, Potilas – oikeus – potilasoikeus (2000), s. 26, s. 29 sekä s. 34-35

asiamukaisesti (16 §).

Potilaan oikeusturva ei kuitenkaan rajoitu vain edellä kuvattuun lainsäädäntöön. Täsmennyksiä potilaan oikeuksien sisällölle löytyy mm. terveydenhuoltolaista (30.12.2010/1326), kansanterveyslaista (28.1.1972/66, KTL), erikoissairaanhoidolaista (1.12.1989/1062, ESHL), mielenterveyslaista (14.12.1990/1116, MTL), yksityisestä terveydenhuollosta annetusta laista (9.2.1990/152), steriloimislaista (24.4.1970/283), lääketieteellisestä tutkimuksesta annetusta laista (9.4.1999/488), yms. laeista. Koska tutkimukseni rajoittuu potilasasiakirjamerkintöjen relevanssiin potilasvahinkotapauksissa, jää suurin osa tässä kappaleessa kuvatusta lainsäädännöstä luonnollisesti tutkimuksen ulkopuolelle. Sen sijaan tulen painottamaan potilasasiakirjoja sääntelevää lainsäädäntöä sekä niitä koskevia esitöitä tutkimuksessani.

### 1.3.3. Prosessioikeuden merkitys

Prosessioikeudellisista käsitteistä tämän tutkielman kannalta ehdottomasti tärkein on näyttökynnys<sup>19</sup>. En kuitenkaan aio syventyä käsittelemään sitä, mitä termillä tarkoitetaan oikeustieteessä, sillä sille on jo annettu kattava määritelmä aiemmin mm. Klamin teoksissa<sup>20</sup> sekä kirjassa Prosessioikeus, eikä sitä ole syytä kyseenalaistaa ainakaan tämän tutkielman puitteissa. Sen sijaan aion käydä läpi sitä, miten näyttökynnys ja siihen liittyvät todistusoikeudelliset ongelmat konkretisoituvat potilasvahinkotilanteissa erityisesti liittyen syy-yhteyden määrittämiseen. Tässäkin kohtaa huomio kiinnittyy erityisesti potilasasiakirjamerkintöjen laatuun ja lainmukaisuuteen.

---

<sup>19</sup> Ks. Lappalainen - Frände - Havansi - Koulu - Niemi - Nylund - Rautio - Sihto - Virolainen, Prosessioikeus (kirjailija päivittänyt tekstin 2007), I Johdatus prosessioikeuteen, 3. Prosessioikeuden oikeuslähteet, normit ja peruskäsitteet, kohta "Fakta- ja normiperustelut": *Näyttökynnöksellä tarkoitetaan sitä, kuinka vahvaa näyttöä todistustaakasta selviytyminen edellyttää. Näyttökynnöksen täytyminen on toinen osa näyttökysymyksen ratkaisua, josta tuomioistuimen on lausuttava perustellusti tuomiossaan. Näyttökynnöksen arvioimista edeltää vaihe, jossa tuomioistuin ottaa kantaa siihen, kummalla oikeudenkäynnin osapuolista on todistustaakka eli näyttövelvollisuus. Näyttökysymyksen ratkaiseminen tapahtuu siis tuomion faktaperusteluissa eli todistusharkinnassa, jolloin tuomioistuin lausuu siitä, miten tietty riitainen oikeus- tai todistustositseikka on tullut näytetyksi tai jäänyt näyttämättä.*

<sup>20</sup> Ks. mm. Klami - Rahikainen - Sorvettula, Todistusharkinta ja todistustaakka – Johdatus todistusoikeuden perusteisiin (1987), ss. 17

Näyttökynnyksestä on erikseen säädetty potilasvahinkolaissa, sillä hoidon tai laiminlyönnin ja vahingon välisen syy-yhteyden todentaminen on havaittu hankalaksi.<sup>21</sup> Näin ollen näyttökynnystä on madallettu aineellisoikeudellisin säännöksin. Sen sijaan oikeudenkäynnissä väittämistaakkaa ja todistusteemaa koskevat puhtaasti prosessioikeuden omat säännökset. Oikeuskirjallisuudessa todistusteeman käsitettä pidetään vakiintuneena mutta monimerkityksellisenä. Sillä voidaan tarkoittaa niin oikeustositseikan asemassa olevaa faktaväitettä kuin muuta todistelun kohdetta riippumatta sen prosessioikeudellisesta statuksesta.<sup>22</sup> Todistusteema liittyy läheisesti sekä näyttökynnykseen, näyttökysymykseen että näytön riittävyden arviointiin. Näytön riittävyden osalta onkin käytössä todistustaakkaa, *onus probandi*, koskevat prosessuaaliset normit, jotka määrittävät sen, kumpi osapuoli kärsii siitä, ettei tietty oikeustositseikka tai sen negaatio ole tullut näytetyksi riittävän korkealla todennäköisyydellä. Näin taataan se, että ratkaisupakon velvoittaman tuomioistuimen on mahdollista päästä aina lopulliseen ratkaisuun.<sup>23</sup>

Tuomioistuimessa tapahtuva näytön arviointi osana ratkaisuun päätymistä on kaksijakoinen ongelma. Lappalaisen mukaan tuomioistuimen on ensinnäkin arvioitava jutussa esitetyn näytön todistusvoima todistusharkinnan keinoin, ts. harkittava sitä, kuinka vakuuttuneeksi se tulee asianosaisten tekemien faktaväitteiden todenperäisyydestä. Toiseksi tuomioistuimen on ratkaistava myös näytön riittävyttä koskeva kysymys, jolloin arvioinnin kohteena on faktaväitteiden tueksi esitetty näyttö ja sen tietynasteinen vakuuttavuus, mikä on edellytyksenä sille, että kyseiset faktat voidaan asettaa ratkaisun perustaksi. Näin näyttökysymyksestä tehtävä ratkaisu sisältää sekä todennäköisyysarvioinnin että riittävyysratkaisun, jossa tuomioistuin on verrannut todistusharkinnassa saavutettua teeman, eli asianosaisten tekemää väitettä jonkin seikan olemassaolosta, todennäköisyysastetta siihen, millaisia riittävyyskriteerejä todistustaakkasäännöt näytöltä vaativat. Kyse on siis faktaväitteen tueksi esitetyn ja sitä näyttävän todistustositseikan näyttöarvosta. Tällöin tuomioistuin hyödyntää yleisiä tietoja tosiseikkojen välisistä syysuhteista, joita nimitetään kokemussäännöiksi. Mikäli tuollainen kokemussääntö ei kuulu yleisen elämän-

<sup>21</sup> HE 91/1998 vp, Yleisperustelut, 2. Nykytila, 2.1. Lainsäädäntö ja käytäntö sekä niiden arviointi

<sup>22</sup> Saranpään, Näyttöenemmyysperiaate riita-asiassa (2010), s. 99

<sup>23</sup> Lappalainen - Frände - Havansi - Koulu - Niemi - Nylund - Rautio - Sihto - Virolainen, Prosessioikeus (kirjailija päivittänyt tekstin 2007), V Todistelu, 3. Näytön arviointi, kohta "Yleistä todistustaakasta"

kokemuksen tai yleissivistyksen piiriin, tulee se kokemussääntökysymyksenä todistelun kohteeksi. Tällöin todistelu kokemussäännöstä tapahtuu kuulemalla asiaomaisen alan asiantuntijoita.<sup>24</sup> Potilasvahinkolakia sovellettaessa asiantuntijoina toimivat kyseisen erikoisalan lääkärit, jotka selventävät tuomioistuimelle lääketieteellisiä kokemussääntöjä siitä, mitä kyseisessä tapauksessa on faktojen perusteella voinut tapahtua.

Ennen potilasvahinkolain säätämistä potilasvahinkoja koskeviin oikeusriitoihin on sovellettu yleisiä (vahingonkorvaus-)oikeudellisia periaatteita todistustaakasta. Potilasvahinkoa koskevan vahingonkorvausvaateen osalta tämä on merkinnyt sitä, että vahinkoa kärsineen potilaan on tullut näyttää vahingonkorvausvelvollisuuden edellytysten olevan olemassa. Tällöin arvioinnin lähtökohtana ovat olleet sairaalan tai hoitohenkilökunnan virhe ja/tai laiminlyönti, aiheutuneen vahingon syy-yhteys edelliseen sekä vahingon määrä.<sup>25</sup> Todistustaakan jääminen potilaalla on tarkoittanut myös sitä, että hän on kantanut riskin asian selvittämättä jäämisestä eli siitä, ettei tietystä hänelle edullisesta oikeustosituksesta ole saatu riittävää näyttöä.<sup>26</sup> Lääkärin siviilioikeudellinen korvausvastuu on siis tarkoittanut tilannetta, jossa potilaalle aiheutunut vahinko ei ole syntynyt rangaistavalla teolla, vaan sen takia, että hoito ei ole ollut lääketieteen tai taatun kokemuksen mukaista.<sup>27</sup> Jotta vahingonkorvausvastuu olisi voinut syntyä, on vahingonkärsineen tullut näyttää kyseisen taitovirheen ja vahingon välinen syy-yhteys vahingonkorvausoikeudellisten periaatteiden mukaisesti.

Käytännössä tästä todistustaakan jaosta on kuitenkin joustettu, sillä asiaa ratkaistaessa on annettu merkitystä sille, kuka voi parhaiten esittää näyttöä epäselvästä asiasta. Näin ollen todistustaakkaa koskeville periaatteille ei aiemmin ole annettu ratkaisevaa merkitystä vahinkotapausta arvioitaessa, sillä molemmat osapuolet ovat yleensä pyrkineet mahdollisuuksiensa mukaan esittämään näyttöä tapahtumien tosiasiallisesta kulusta. Sen sijaan tilanteissa, joissa on jäänyt epäselvyyttä siitä, millaiseksi potilaan sairaus olisi kehittynyt ilman virheellistä toimenpidettä

---

<sup>24</sup> Lappalainen, Siviiliprosessioikeus II (2001), s. 128, 130-132 ja 294

<sup>25</sup> Achté - Hoppu, Lääkärin taitovirhe ja vahingonkorvausvastuu (1983), s. 88-89

<sup>26</sup> Lappalainen, Siviiliprosessioikeus II (2001), s. 307

<sup>27</sup> Lavonius, Laki ja lääkärintoimi (1956), s. 65

taikka laiminlyöntiä, on vahingonkorvausvastuuta ratkaistaessa kiinnitetty huomiota myös todistustaakan jakoa koskeviin periaatteisiin.<sup>28</sup>

Lääkintöhallitus on aikanaan antanut pyynnöstä lausuntoja tuomioistuimelle siellä vireillä olevien vahingonkorvaus- ja rangaistusvastuuta koskevien kysymysten ratkaisemiseksi ja täten osallistunut tuottamusarviointiin. Tällöin kyse on ollut tuomioistuimen määräämästä, oikeudenkäymiskaaren (1.1.1734/4, OK) 17:44 §:n mukaisesta lausunnonantajasta, jolloin kyseinen lausunto ollut prosessioikeudellisessa merkityksessä ns. varsinaisen asiantuntijan antama lausunto. Koska lääkintöhallituksen on toimialansa takia katsottu edustavan asiantuntemusta terveydenhuollon henkilöstön vastuutapauksia arvioitaessa, on viraston edustamaan kantaa pidetty useimmiten kiistattomana.<sup>29</sup> Lääkintöhallituksen lausunto on siis edustanut sitä lääketieteellistä asiantuntemusta, jota on tarvittu ratkaistaessa sitä, onko hoidon epäedullinen lopputulos seurausta virheellisestä menettelystä vai olosuhteista, joihin lääkäri ei ole voinut vaikuttaa. Tämän lausunnon antamiseen ovat lääkintöhallituksessa osallistuneet niin lääkärijäsenet kuin lakimiehet.<sup>30</sup>

Tällainen aiempi lähtökohta vahingonkorvausvaateen asianmukaisuuden arviointiin, jossa todistustaakkaa koskeville periaatteille ei ole annettu suurta merkitystä kuin vain epäselvissä tilanteissa, vaikuttaa mielestäni hyvin erikoiselta, kun asiaa ajatellaan potilaan oikeusturvan kannalta. Nykyisessä lainsäädännössä on kuitenkin edelleen säilytetty periaate, jossa vahingonkäräjän tulee näyttää toteen vahingonkorvausoikeuden perusteet, mikä sinällään on täysin perusteltua. Vahingonkorvauslain osalta tämä tarkoittaa sitä, että korvausta hakevan on esitettävä näyttöä hänelle aiheutuneesta vahingosta ja siitä, että vahingonaiheuttaja on menetellyt vähintäänkin tuottamuksellisesti. Samalla näyttöä on esitettävä siitä, että vahingon ja vahingon aiheuttajan tuottamuksellisen menettelyn tai laiminlyönnin välillä on syy-yhteys.<sup>31</sup> Oikeus vahingonkorvaukseen on siis perinteisesti edellyttänyt täyden näytön esittämistä korvausvas-

---

<sup>28</sup> Achté - Hoppu, Lääkärin taitovirhe ja vahingonkorvausvastuu (1983), s. 88-89

<sup>29</sup> Oesch, Lääkärin vahingonkorvausvastuusta ja sen kattamisesta vakuutusin (1979), s. 106-108

<sup>30</sup> Lavonius, Laki ja lääkärintoimi (1956), s. 66

<sup>31</sup> Narikka, Sosiaali- ja terveystalvelujen lainsäädäntö käytännössä (2001), s. 515

tuun syntymisedellytyksenä prosessuaalisten säännösten takia.<sup>32</sup>

Potilasvahinkolaissa näyttötaakka on alennettu, jolloin korvaukseen oikeuttavien perusteiden esittäminen kulminoituu juuri tosiasiallisiin näyttömahdollisuuksiin. Potilasvahinkoasioissa tämä tarkoittaa käytännön tasolla sitä, että potilaan ainoa keino näyttää kärsimänsä vahinko toteen, on hyödyntää itsestään laadittuja potilasasiakirjoja sekä ennen että jälkeen vahinkota-  
pahtuman. Kun aineellisessa oikeudessa määritelty näyttökynnys on aina sama, sovellettiinpa potilasvahinkolakia lautakunnassa tai tuomioistuimessa, kääntyy syy-yhteyden määrittämisen ongelmallisuuksien tarkastelu nimenomaan potilasasiakirjojen laatuun sekä osin myös menet-  
telyä koskeviin säännöksiin.

#### 1.4. Tutkimusaiheen mielekkyys ja lyhyt katsaus historiaan

Potilaan oikeusasema on huomioitu suomalaisessa oikeusjärjestelmässä jo varsin aikaisin, ja sitä koskeva aineellinen lainsäädäntö on erityisen kattavaa. Tästä huolimatta koen mielekkääksi paneutua siihen, miten oikeusturvaa käytännössä toteutetaan. Siksi olen päätenyt tutkimaan potilasvahinkolain soveltamiskäytäntöä, josta parhaiten käy ilmi, miten potilaan oikeusasema on kehittynyt mainitun lain säätämisen jälkeen. Samalla on aiheellista tutustua suomalaisen poti-  
lasvahinkojärjestelmän historiaan sen verran, että syyt oikeuskäytännön vähyydelle selviävät. Näin on myös helpompi hahmottaa sitä, miksi potilasvahinkojen korvausjärjestelmä on niinkin erikoislaatuinen kuin se Suomessa on.

Achté ja Hoppu ovat vuonna 1983 todenneet, ettei lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan va-  
hingin korvausvastuuta koskevia asioita ole jouduttu ratkaisemaan korkeimmassa oikeudessa kovinkaan usein, sillä kanteet hoitohenkilökuntaa vastaan eivät ole olleet yleisiä. Toinen seikka, joka on ohjannut vastuukysymysten ratkaisun tuomioistuinkäsittelyn ulkopuolelle, on liittynyt lääkärintoimen harjoittamiseen liittyvään vastuuvakuutukseen, joka on useimmiten kattanut

---

<sup>32</sup> Lappalainen, Siviiliprosessioikeus II (2001), s. 342

lääkäreihin kohdistuvat korvausvaatimukset. Tällöin lääkärin vahingonkorvausvastuu on ratkaistu vakuutusyhtiössä, jolloin keskeisenä päätöksentekuelimenä on ollut vakuutusyhtiöiden ja Suomen Lääkäriliiton muodostama nk. lääkärihaustautakunta. Lääkärihaustautakunnan tehtävänä on ollut antaa lausuntoja hoitohenkilökunnan tuottamuksesta ja huolellisuudesta suhteessa annetun hoidon asianmukaisuuteen.<sup>33</sup>

Sen sijaan kurinpitovastuu terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnasta on potilasoikeuden muotoutumisen alkuaikoina kuulunut lääkintöhallitukselle, joka ei kuitenkaan ole voinut käsitellä vahingonkorvausvaateita. Läkintöhallituksen lausunnoilla on kuitenkin ollut merkitystä myös vahingonkorvausvastuun kannalta, sillä kurinpitovastuun saamiseen johtanut hoitotoimi on usein katsottu myös tuottamukselliseksi ja siten vahingonkorvausoikeudellisten normien nojalla korvattavaksi.<sup>34</sup> Oesch onkin pitänyt kurinpitopäätöstä eräänlaisena tosiasiallisena tuottamusratkaisuna, jolla on arvioitu kyseisessä tapauksessa asetetun huolellisuusnormin noudattamista.<sup>35</sup> Myös lääkintöhallituksessa työskennellyt Lavonius on pitänyt tärkeänä sitä, että lääkäreihin kohdistettujen epäasiallista toimintaa koskevien syytösten aiheellisuus tutkitaan niin kurinpidolliselta kuin vahingonkorvausoikeudelliselta näkökannalta. Hänen mukaansa on ollut tähdellistä, että kurinpitovastuussa oleva lääkintöhallitus saattaa edesvastuuseen virheellisesti tai jopa rikollisesti toimivat lääkärit. Kolikon käänköpuolena on ollut potilaan ja lääkärin välisen luottamuksellisen suhteen turvaaminen, jonka ei pitäisi järkkyyä asiattomien ja väärin kohdistuneiden syytösten takia.<sup>36</sup>

Syy-yhteyden problematiikka on ollut lähestulkoon muuttumaton sekä ennen että jälkeen potilasvahinkolain säätämistä. Lavonius on todennut vuonna 1956, että Suomessa on käytetty mittapuuna lääketieteen yleistä käsityskantaa arvioitaessa objektiivisesti sitä, mitä ihmisen tulee tehdä tai jättää tekemättä eri tilanteissa, kun arvioidaan lääketieteellisiä taitovirheitä.<sup>37</sup> Syy-

<sup>33</sup> Achte - Hoppu, Lääkärin taitovirhe ja vahingonkorvausvastuu (1983), s. 4-5

<sup>34</sup> Mt., s. 5-6

<sup>35</sup> Oesch, Lääkärin vahingonkorvausvastuusta ja sen kattamisesta vakuutuksin (1979), s. 102-104

<sup>36</sup> Lavonius, Laki ja lääkärintoimi (1956), s. 67-68

<sup>37</sup> Mt., s. 64

yhteyskysymysten ratkaiseminen hoitovahinkojen osalta on kuitenkin erittäin vaikeaa, sillä vahingonkorvausvastuu voi realisoitua vain, mikäli vahinko on teon tai laiminlyönnin oikeudellisesti merkittävä seuraus. Tämä tarkoittaa potilovahinkojen kohdalla sitä, että vahingon täytyy olla syntynyt hoitohenkilökunnan hoitotoimenpiteen, diagnoosin tai koetoiminnan seurauksena, jotta vastuu vahingosta voisi syntyä.<sup>38</sup> Lääketieteellisten taitovirheiden arviointia on kuitenkin hankaloittanut se, että tautien kehitys ja sairauksien aiheuttamat oireet ovat jo lääketieteen sääntöjen valossa tarkasteltuna eri tilanteissa erilaiset.<sup>39</sup> Hoitovahinkojen syy-yhteysarviointia on monimutkaistanut lisäksi se, että hoidon kohteena ollut potilas on useimmiten ollut sairas jo ennen tilannetta, jota jälkikäteen arvioidaan potilovahinkona. Vahingonkorvausoikeudellinen lähtökohta on joka tapauksessa ollut se, että potilas on oikeutettu saamaan korvausta vain sellaisesta virheellisestä toiminnasta, jonka johdosta on syntynyt lisävahinkoa. Tällöin arviointi on kohdistunut todellisen ja kuvitellun tapahtumankulun väliseen eroon, jolloin korvattavaksi vahingoksi on muodostunut näiden kahden keskinäinen erotus.<sup>40</sup>

## 2. AINEELLINEN OIKEUS TERVEYDENHUOLLOSSA

### 2.1. Terveydenhuoltolaki, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki ja laki yksityisestä terveydenhuollosta

Julkisen terveyden- ja sairaanhoidon lainsäädännöllinen kehikko rajoittuu pääpiirteittäin<sup>41</sup> terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326), kansanterveyslain (28.1.1972/66) ja erikoissairaanhoitolain (1.12.1989/1062) muodostaman kokonaisuuden varaan nyt, kun terveydenhuoltolaki tuli voimaan 1.5.2011. Sen sijaan yksityisesti terveydenhuollon palveluja tarjoavia toimijoita varten on säädetty oma lakinsa yksityisestä terveydenhuollosta (9.2.1990/152).

---

<sup>38</sup> Oesch, Lääkärin vahingonkorvausvastuusta ja sen kattamisesta vakuutuksin (1979), s. 109-110

<sup>39</sup> Lavonius, Laki ja lääkärintoimi (1956), s. 62

<sup>40</sup> Oesch, Lääkärin vahingonkorvausvastuusta ja sen kattamisesta vakuutuksin (1979), s. 112

<sup>41</sup> Jätän kokonaan huomiotta mm. tartuntatautilain sekä mielenterveyslain säännökset, sillä niiden läpi käyminen tässä tutkielmassa ei ole mielekästä aihearajauksen takia.



Vaikka terveydenhuoltolain säätämällä tehtiin terveyden- ja sairaanhoitoa koskevia suuriakin kokonaisuudistuksia<sup>42</sup>, on tällä hetkellä epäselvää, tuleeko laki vaikuttamaan potilasvahinkolain mukaisen vahinkoarvion tekemiseen lainkaan. Itse pidän kuitenkin selvänä sitä, että terveydenhuollon toimintayksiköille kyseisessä laissa asetetut velvollisuudet, jotka käydään läpi tarkemmin alempana, tulevat vaikuttamaan ainakin välillisesti myös potilasturvallisuuteen ja tätä kautta mahdollisesti myös potilasvahinkolain mukaisen ammattistandardin määrittelyyn. Varsinaiseen syy-yhteyskysymykseen ja sen ongelmatilanteisiin, jota tässä tutkielmassa käsitellään, terveydenhuoltolailla tuskin on vaikutusta.

Potilasoikeuden näkökulmasta yleisesti merkityksellisiä säännöksiä uudessa terveydenhuoltolaissa on sen 2 §:n 1 momentin 3 kohta, jonka mukaan lain tarkoituksena on mm. potilasturvallisuuden toteuttaminen. Hallituksen esityksessä todetaan, että potilasturvallisuuden edistäminen on keskeinen osa terveydenhuollon päivittäistä laadunhallintaa. Terveydenhuollon henkilöstö onkin vastuussa potilaiden turvallisesta hoidosta, jonka tulee olla oikeanlaista, oikea-aikaista ja vaikuttavaa.<sup>43</sup> Tähän linkittyy mielestäni selvästi myös 4 §:ssä kunnille asetettu velvollisuus osoittaa riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena oleviin terveydenhuollon palveluihin. Samalla mainitussa pykälässä sanotaan, että kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä terveydenhuollon tehtävien toteuttamiseksi. Myös toimitilojen ja toimintavälineiden on oltava asianmukaisia. Lisäksi hallituksen esityksessä todetaan, että potilaiden laadukas ja turvallinen hoito vaatii näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämistä ja levittämistä alueellisesti sekä potilasturvallisuuden edellyttämää henkilöstön ohjausta ja osaamisen varmistamista. Jotta näiden tehtävien asianmukainen hoitaminen onnistuu, pitää erityisesti terveydenhuollon henkilöstörakenteen ja henkilöstön määrän vastata kunnassa, yhteistoiminta-alueella tai kun-

---

<sup>42</sup> Mm. terveydenhuoltolain 47 §:ssä taattu potilaan oikeus valita kotikuntansa sisältä se perusterveydenhuollon yksikkö, jossa hän haluaa asioida; sekä 33 §:n mukainen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän velvollisuus tehdä yhteistyötä kuntayhtymään kuuluvien perusterveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa, jotta ne muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden.

<sup>43</sup> HE 90/2010 vp, Yksityiskohtaiset perustelut, 1. Lakiehdotusten perustelut, 1.1 Terveydenhuoltolaki, 1 Luku Yleiset säännökset, kohta "2 §"

tayhtymässä olevaa palveluntarvetta.<sup>44</sup>

Painoarvoa voidaan mielestäni antaa myös terveydenhuoltolain 7 §:n mukaisille hoidon yhtenäisille perusteille, jotka sosiaali- ja terveysministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Erityisesti hallituksen esityksessä on korostettu sitä, että hoitokäytännöissä on aiemmin ollut suuria vaihteluja eri puolilla maata ja päätöksiä kiireettömän hoidon antamisesta on tehty erilaisin perustein. Kun ns. hoitotakuulainsäädännön kehittäminen toi erikoissairaanhoidolakiin säännöksen siitä, että kiireetön hoito tulisi järjestää kaikkialla Suomessa yhtenäisin kriteerein, alettiin luoda yhtenäisiä hoidon perusteita. Lääkärit käyttävätkin nykyään näitä suosituksia apuna päättäessään potilaan hoidosta, mutta niiden ohella lääkärin tulee ottaa huomioon myös potilaan yksilöllinen hoidon tarve ja elämäntilanne.<sup>45</sup> Potilasvahinkotilanteita ajatellen juuri nämä yhtenäiset hoidon kriteerit sekä ammattistandardin peilaaminen niitä vasten ovat mielestäni merkityksellisiä tulkintalähteitä. Tällöin johtoa siihen, onko terveydenhuollon ammattihenkilö toiminut arvioinnin kohteena olevassa tilanteessa hyväksyttävällä tavalla, voidaan hakea nimenomaan yhtenäisistä hoidon perusteista sekä myös Käypä hoito -suosituksista. Syy-yhteyden arvioimisessa niistä saatava apu lienee kuitenkin vähäistä.

Erityisen tärkeä on potilasturvallisuutta erikseen käsittelevä 8 §, sillä siinä säädetään, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Samalla pykälässä veloitetaan, että terveydenhuollon toimintayksiköiden on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta sekä potilasturvallisuuden edistämisestä ja täytäntöönpanosta. Hallituksen esityksessä kyseisestä pykälästä todetaan, että potilasturvallisuuden edistämiseksi on jo kehitetty erilaisia menetelmiä ja järjestelmiä, kuten lääkehoitosuunnitelma, malli turvallisesta hoitoyksiköstä, lääkehoidon kokonaisarviointi ja hoitoilmoitusrekisteri HILMO. Mainintaa siitä, ovatko nämä keinot oikeasti vaikuttaneet potilaiden saamaan terveyden- ja sairaanhoidon turvallisuuteen sekä ennaltaehkäisseet potilasvahinkoja ja muita vaaratilanteita, ei kuitenkaan

---

<sup>44</sup> Mt., kohta "4 §"

<sup>45</sup> Mt., kohta "7 §"

ole, vaikka esitys korostaa sitä, että potilasturvallisuuden edistäminen on yleistynyt maailmanlaajuisesti liikkeeksi 2000-luvulla. Toisaalta tällaisen maininnan puuttuminen on ymmärrettävää, sillä suurin osa esimerkkeinä käytetyistä konkreettisista työkaluista, kuten lääkehoitosuunnitelma sekä malli hoitoyksiköiden riskienhallinnasta, joita on luotu terveydenhuollon toimintayksiköiden käytettäväksi, on kehitetty vasta aivan viime vuosien aikana.<sup>46</sup>

Mielenkiintoisempi huomio hallituksen esityksessä on kuitenkin maininta hoitokäytäntöjä ohjaavista ja arvioituun tutkimustietoon perustuvista kansallisista hoitosuosituksista eli ns. käypä hoito -suosituksista. Näiden osalta esityksessä todetaan, että *”[m]onista terveydenhuollon menetelmistä ei ole saatavilla, eikä aina edes mahdollista saada tieteellistä näyttöä, mikä ei lähtökohtaisesti voi estää esimerkiksi harvinaisten sairauksien hoitoa”*. Samalla korostetaan sitä, että kliinisessä päätöksenteossa, olipa kyse taudinmäärittämisestä, hoidosta tai kuntoutuksesta, käytetään kussakin tilanteessa parhaiten saatavissa olevaa näyttöä.<sup>47</sup> Terveystieteellisen tutkimuksen vahvistaa sen käytännön, että terveyden- ja sairaanhoidon on perustuttava lääketieteellisesti hyväksytyille käytännöille. Se, että tämä seikka tunnustetaan lainsäädännössä, saattaa entisestään vahvistaa Käypä hoito -suositusten asemaa myös potilasvahinko-oikeudellisissa tulkintatilanteissa.

Pykälän 2 momentin kohdalla huomionarvoista on lainsäätäjän arvio siitä, että potilaiden hoidossa tapahtuvien poikkeamien ja virheiden taustalla on usein järjestelmään ja toimintaprosesseihin liittyviä heikkouksia.<sup>48</sup> Tämän epäkohdan havaitseminen ja tunnustaminen virheiden merkittäväksi taustavaikuttajaksi on osin erikoista peilattaessa lausumaa potilasvahinkolakiin, sillä se ei tunne korvausperusteena terveydenhuollon resurssipulaa.<sup>49</sup> Selvää toki on se, että terveyden- ja sairaanhoidon virheellisyys ei ole sama asia kuin korvattava potilasvahinko. Tilanteissa, joissa nämä käsitteet kuitenkin tosiasiallisesti yhtenevät, ei potilaan oikeusturva ole mielestäni asianmukaisella tavalla turvattu. Tämä johtuu siitä, että jos resurssipula on terveydenhuollon

---

<sup>46</sup> Mt., kohta ”8 §”

<sup>47</sup> *Ibid.* Mielestäni tällaista tulkintaa tulisi hyödyntää myös potilasvahinkolakia sovellettaessa, kun kysymys on sellaisen sairauden tai vamman vahinkoarvioista, josta saatava näyttö on lääketieteestä johtuen vähäistä.

<sup>48</sup> *Ibid.*

<sup>49</sup> HE 91/1998 vp, Yksityiskohtaiset perustelut, 1. Lakiehdotukset, 1.1. Potilasvahinkolaki, kohta ”2 §”

toimintayksikön tai kunnan omaa syytä mm. alibudjetoinnin takia, eikä tällaista uuden terveydenhuoltolain 8 §:n mukaisten velvollisuuksien laiminlyöntiä ole sanktioitu, jää potilas virheellisen hoidon johdosta vaille kompensatiota, vaikka tilanne muutoin täyttäisi potilasvahingon tunnusmerkistön. Tällöin hallituksen esityksessä pykälän 3 momentin osalta mainitsemat velvoitteet potilasturvallisuussuunnitelman laatimisesta ja sen ottamisesta osaksi laadunhallinta- ja seurantajärjestelmää<sup>50</sup> jäävät mielestäni osin tyhjiksi. Tulevaisuuden tehtäväksi jääkin näyttää se, voivatko nämä terveydenhuoltolain 8 §:ssä mainitut uudet velvoitteet potilasturvallisuuden parantamiseksi vaikuttaa myös potilasvahinkolain mukaiseen arvioon, mikäli mainittujen velvoitteiden toteuttaminen on karkeasti laiminlyöty.

Jonkinlainen epäkohta terveydenhuoltolaissa lienee se, että sen 1 §:n mukaan lain soveltamisalan piiriin kuuluu vain julkinen terveydenhuolto, jota annetaan kansanterveys- tai erikoissairaanhoidon mukaisesti. Näin ollen lakia sovelletaan vain kunnallisissa ja sairaanhoitopiireihin kuuluvissa terveydenhuollon toimintayksiköissä. Yksityisten palveluntarjoajien ja ammatinharjoittajien toimintaa säädellään sen sijaan vuodesta 1991 voimassa olleessa laissa yksityisestä terveydenhuollosta (9.2.1990/152). Tällöin potilasturvallisuutta voidaan kontrolloida mm. 4 §:n mukaisten lupaehtojen avulla. Epäselvää on kuitenkin se, voidaanko terveydenhuoltolakia kaikesta huolimatta soveltaa myös yksityiseen terveydenhuoltoon viimeksi mainitun lain 1 §:n 2 momentin mukaan, jossa todetaan, että *”[s]en lisäksi, mitä tässä laissa säädetään, noudatetaan, mitä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa<sup>51</sup> (559/1994) taikka muualla säädetään tai määrätään terveydenhuollon palvelujen antamisesta<sup>52</sup>”*. Mitään konkreettista neuvoa tällaisen tulkinnan puolesta tai vastaan ei löydy mainittua pykälää koskevasta hallituksen esityksestä, vaikka soveltamisalaa koskeva lainkohta on uudistettu vuoden 2009 aikana lainsäädännössä tapahtuneiden muutosten vuoksi.<sup>53</sup> Sen sijaan terveydenhuoltolakia koskeva hallituksen esitys ei tue soveltamisalaa laajentavaa tulkintaa, sillä siinä todetaan yksiselitteisesti,

<sup>50</sup> HE 90/2010 vp, Yksityiskohtaiset perustelut, 1. Lakiehdotusten perustelut, 1.1 Terveydenhuoltolaki, 1 Luku Yleiset säännökset, kohta ”8 §”

<sup>51</sup> Jäljempänä ammattihenkilölaki

<sup>52</sup> Alleviivattu tässä

<sup>53</sup> HE 191/2009 vp, Yksityiskohtaiset perustelut, 1. Lakiehdotusten perustelut, 1.1 Laki yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta, kohta ”1 §”

että lain soveltamisalaan sisältyy kunnallinen terveydenhuolto, jota täydentää laissa yksityisestä terveydenhuollosta tarkoitettu toiminta.<sup>54</sup> Kun kuitenkin yksityinen terveydenhuolto on omalla erillislailla säännelty ja annetun palvelun tasolle voidaan asettaa toimiluvassa tietyt kriteerit, ei sillä liene käytännössä merkitystä, että terveydenhuoltolaki on rajattu koskemaan vain julkista terveydenhuoltoa. Lisäksi potilasvahinkolaki kattaa 1 §:n mukaisesti kaiken Suomessa annetun terveyden- tai sairaanhoidon, jolloin myös yksityisen palvelutarjoajan toiminnassa tapahtuneet vahingot korvataan samoin perustein kuin julkisessa terveydenhuollon toimintayksikössä tapahtuneet.<sup>55</sup>

Kansanterveyslaissa tämän tutkielman kannalta maininnan arvoinen on sen 43 §:n 1 momentti, jonka mukaan Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolla (Valvira) sekä aluehallintovirastoilla on mahdollisuus antaa määräys puutteiden korjaamiseksi ja epäkohtien poistamiseksi koskien kansanterveystyön järjestämistä tai toteuttamista. Tällainen määräys voidaan antaa, mikäli jompikumpi näistä tahoista havaitsee potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia taikka toimintaa, joka on vastoin kansanterveyslain tai terveydenhuoltolain säännöksiä. Lisäksi jos potilasturvallisuus edellyttää tietynlaisen toiminnan taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käytön kieltämistä, on em. viranomaisilla toimivalta kieltää käyttö välittömästi. Potilasoikeudellisesta näkökulmasta katsottuna tällä lainkohdalla saattaa olla merkitystä silloin, jos Valvira tai aluehallintovirasto saa toistuvasti käsiteltäväkseen esim. kanteluita tietyn toimintayksikön toiminnasta. Sen sijaan varsinaista potilasvahinko-oikeudellista funktiota säännöksellä ei nähdäkseni ole, joskin näyttö tietyn laitteen tai toimintayksikön potilasturvallisuutta vaarantavasta toiminnasta ja sen johdosta annetusta kiellosta voi antaa aiheen epäillä, onko kyseisessä paikassa tutkittua tai hoidettua potilasta kohdannut potilasvahinko.

Myös erikoissairaanhoitolaissa on tutkielman teeman kannalta mielenkiintoisia säännöksiä. Sellaisina voidaan mainita ainakin 5 §:n 5 momentti, jossa erikoissairaanhoidon ylimmäksi asiantuntijavirastoksi on tunnustettu Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), sekä 52 §:n 1 mo-

---

<sup>54</sup> HE 90/2010 vp, Yksityiskohtaiset perustelut, 1. Lakiehdotusten perustelut, 1.1 Terveydenhuoltolaki, 1 Luku Yleiset säännökset, kohta "1 §"

<sup>55</sup> Ks. HE 91/1998 vp, Yksityiskohtaiset perustelut, 1. Lakiehdotukset, 1.1. Potilasvahinkolaki, kohta "1 §"

mentti koskien potilasturvallisuudessa havaittuja puutteellisuuksia sekä muita mahdollisia epäkohtia, joka on hyvin samansisältöinen edellä kuvatun kansanterveyslain 43 §:n 1 momentin kanssa. Potilasvahinko-oikeudellisesti merkitystä voisi olla juuri THL:n aseman tunnustavalla säännöksellä, sillä hoidon asianmukaisuutta koskevia asiantuntijalausuntoja olisi joissain tapauksissa<sup>56</sup> mahdollisesti mielekkäämpää pyytää juuri THL:lta, eikä esim. Valviralta. Näin potilasvahinkoarvion tekemisessä voitaisiin hyödyntää erikoissairaanhoidon osalta suurinta asiantuntemusta omaavan viranomaistahon mielipidettä, mikä mielestäni palvelisi parhaiten ai-neellisen oikeuden toteutumista potilasvahinkolakia sovellettaessa. Eri asia kuitenkin on se, voitaisiinko tällaista toimintaa pitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (31.10.2008/668) 2 §:n vastaisena ja siten sen tehtävien laajuutta liiaksi laventavana. Hallituksen esityksestä ei löydy tukea kummallekaan tulkinnalle. Maininta tehtävästä tuottaa uutta koti-maista lääketieteellistä tietoa, välittää kansainvälistä osaamista käyttäjätasolle sekä ottaa sovel-taen käytäntöön uusia terveysalan innovaatioita<sup>57</sup> voisi eräissä tapauksissa puoltaa myös potilasvahinkoarvion pyytämistä Valviran sijaan THL:lta. Myöskään oikeudenkäymiskaaren 17 luvun 44 § ei nähdäkseni estäisi THL:n asiantuntemuksen käyttämistä.

Yleisesti huomionarvioista on se, että niin kansanterveys- kuin erikoissairaanhoidolakia on osin päivitetty terveydenhuoltolain säätämisen yhteydessä laatimalla mm. asianmukaiset viittaus-säännökset juuri terveydenhuoltolakiin ja siinä säädettyihin velvollisuuksiin. Näitä kolmea lakia onkin nähdäkseni luettava yhtenä kokonaisuutena, jotta kuva julkista terveydenhuolto-a sääntelevästä peruskehikosta muodostuu selkeäksi. Kun otetaan huomioon vielä laki yksityisestä terveydenhuollosta, avautuu samalla se, minkälaisessa toimintaympäristössä potilasvahinkolakia sovelletaan, ja mitkä kaikki muut seikat vaikuttavat terveydenhuoltoon kohdistettuihin velvollisuuksiin.

---

<sup>56</sup> Mielestäni tällaisia erityistapauksia voisivat olla harvinaisten sairauksien hoidossa tapahtuneet epäillyt potilasvahinkotilanteet, jolloin suomalaista kliinistä käytäntöä tai tutkimustuloksia ei juurikaan ole ja ammattistandardin mukainen erikoislääkärin riittävä osaamisen taso tulisi kuitenkin kyetä määrittelemään. Tällöin ammattistandardin määrittämisessä tulisi nähdäkseni voida hyödyntää myös kansainvälistä kliinistä käytäntöä sekä tutkimustuloksia, joita joka tapauksessa jo hyödynnetään potilaiden hoidossa.

<sup>57</sup> HE 124/2008 vp, Yksityiskohtaiset perustelut, 1. Lakiehdotuksen perustelut, kohta ”2 §”

## 2.2. Potilasvahinkolaki

Potilasvahinkolaki (25.7.1986/585) tuli voimaan 1.5.1987, jonka jälkeen sattuneisiin vahinkoihin sitä on sovellettu 16 §:n mukaisesti. Tämän jälkeen lakiin on tehty lukuisia muutoksia vuosien varrella, mutta aineellisesti kyse on ollut pikemminkin korvausjärjestelmän osittaisesta muutoksesta kuin sen kokonaisuudistamisesta.<sup>58</sup> Uudistuksista tärkein tuli voimaan 1.5.1999, jolloin potilasvahinkolain mukaisia korvausperusteita uudistettiin ja lain sanamuotoa täsmennettiin.<sup>59</sup>

Potilasvahinkolakia sovelletaan sen 1 §:n mukaisesti Suomessa annetun terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneisiin vahinkoihin ja niiden korvaamiseen potilasvakuutuksesta. Myös lääkkeen toimittamista lääkemääräyksen perusteella pidetään terveyden- ja sairaanhoitona. Lisäksi potilaiksi katsotaan myös sellaiset henkilöt, jotka luovuttavat verta, kudosta tai elimen tai taikka osallistuvat terveenä tutkittavana lääketieteelliseen tutkimukseen.

Korvausperusteet on lueteltu tyhjentävästi potilasvahinkolain 2 §:ssä (27.11.1998/879). Sen mukaan:

Korvausta suoritetaan henkilövahingosta, jos on todennäköistä, että se on aiheutunut:

- 1) 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;
- 2) tutkimuksessa, hoidossa tai muussa vastaavassa käsittelyssä käytetyn sairaanhoitolaitteen tai -välineen viasta;
- 3) tutkimuksen, hoidon tai muun vastaavan käsittelyn yhteydessä alkaneesta infektiosta, jollei potilaan ole siedettävä vahinkoa ottaen huomioon infektion ennakoitavuus, aiheutuneen vahingon vakavuus, käsiteltävänä olleen sairauden tai vamman laatu ja vaikeusaste sekä potilaan muu terveydentila;
- 4) tapaturmasta tutkimus- tai hoitotoimenpiteen taikka muun vastaavan toimenpiteen yhteydessä

<sup>58</sup> Mikkola - Mikkonen, Uudistunut potilasvahinkolaki (1999), s. 32

<sup>59</sup> Palonen - Nio - Mustajoki, Potilas- ja lääkevahingot - Korvaaminen ja ennaltaehkäisy (2005), 65-66

tai tapaturmasta sairaankuljetuksen aikana;

5) hoitahuoneiston tai -laitteiston palosta taikka muusta vastaavasta hoitahuoneiston tai -laitteiston vahingosta;

6) lääkkeen toimittamisesta lain tai asetuksen tai niiden perusteella annettujen määräysten vastaisesti;

7) tutkimuksesta, hoidosta tai muusta vastaavasta käsittelystä edellyttäen, että siitä on seurannut pysyvä vaikea sairaus tai vamma taikka kuolema ja seurausta voidaan pitää kohtuuttomana ottaen huomioon vahingon vakavuus, käsiteltävänä olleen sairauden tai vamman laatu ja vaikeusaste, potilaan muu terveydentila, vahingon harvinaisuus sekä vahingonvaaran suuruus yksittäistapauksessa.

Korvausta ei suoriteta lääkkeen aiheuttamasta vahingosta muissa kuin 1 momentin 6 kohdassa tarkoitetuissa tapauksissa.

Muut tämän tutkielman kannalta tärkeät potilasvahinkolain kohdat ovat Potilasvakuutuskeskusta koskeva 5 §, jonka 3 ja 4 momenttien (19.12.2008/903) mukaan *”[k]aikkien potilasvakuustointia Suomessa harjoittavien vakuutusyhtiöiden on kuuluttava jäsenenä Potilasvakuutuskeskukseen. Potilasvakuutuskeskus hoitaa tämän lain mukaisen korvaustoiminnan ja voi myöntää vakuutuksia jäsenyhtiöidensä lukuun. – – Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö vahvistaa Potilasvakuutuskeskuksen säännöt. Potilasvakuutuskeskuksen korvaus- ja vakuuttamistoiminnassa noudatettavien menettelytapojen ja vakuutusmatemaattisten seikkojen valvonta kuuluu Finanssivalvonnalle.”* Erityistä huomiota on syytä kiinnittää myös potilasvahinkolautakuntaa koskeviin 11, 11 a sekä 11 b §:t, joissa säädetään lautakunnasta itsestään, sen tehtävistä sekä asian käsittelystä lautakunnassa. Näiden lainkohtien tarkempi sisältö käydään kuitenkin läpi potilasvahinkolautakuntaa täsmällisemmin käsittelevässä 5.1. kappaleessa.

### 2.3. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Potilaan oikeusaseman kannalta merkittävä hetki suomalaisessa lainsäädäntöhistoriassa oli 1.3.1993, jolloin voimaan tuli laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, potilaslaki). Kyseiseen lakiin kerättiin hajanaisesti muussa lainsäädännössä olleet säännökset siitä, millaisia



oikeuksia potilaalla on siitä hetkestä lähtien, kun hän hakeutuu terveydenhuollon asiakkaaksi. Soveltamisalaa koskevan 1 §:n mukaisesti potilaslakia noudatetaan kaikessa terveyden- ja sairaanhoidossa, jollei muualla lainsäädännössä toisin mainita. Näin ollen mm. lain 2 luvussa mainitut potilaan oikeudet tulee huomioida sekä julkisella että yksityisellä puolella.

Potilaslain 3 §:n 1 momentin mukaan *”[j]okaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä”*. Mainitussa momentissa on huomioitu myös uusi terveydenhuoltolaki niin, että kuntien ja valtion on järjestettävä terveydenhuolto siinä asetettujen velvollisuuksien mukaisesti. Tämän tutkielman kannalta pidän tärkeämpänä kuitenkin potilaslain 12 §:ää, jossa säädetään potilasasiakirjoista ja hoitoon liittyvästä muusta materiaalista. Sen 1 momentin mukaan: *”[t]erveystieteiden ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Terveystieteiden toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee säilyttää potilasasiakirjat sekä tutkimuksessa ja hoidossa syntyvät biologista materiaalia sisältävät näytteet ja elinmallit potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen, hoitoon liittyvien mahdollisten korvausvaatimusten ja tieteellisen tutkimuksen edellyttämä aika. Potilasasiakirjat, näytteet ja mallit tulee hävittää välittömästi sen jälkeen, kun niiden säilyttämiselle ei ole edellä tarkoitettua perustetta”*. Potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilytysajoista ynnä muista sellaisista seikoista säädetään tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella, jota koskee oma viittaussäännöksensä mainitun pykälän 2 momentissa.

Huomionarvoista potilaslain 12 §:n 1 momentissa on käytetty sanamuoto *”tulee merkitä”* sekä *”tarpeelliset tiedot”*. Ne tarkoittavat käytännössä sitä, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on aina velvollisuus tehdä riittävän yksityiskohtaiset potilasasiakirjamerkinnot, jotta potilaan hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja hoidon seuranta eivät vaarannu. Hallituksen esityksessä pykälän sanamuotoon ei silti vaikuteta kiinnitetyn suurempaa huomiota, sillä näitä sanavalintoja ei ole lainkaan perusteltu, kun pykälää on uudistettu vuonna 2000. Myöskään

siitä ei ole mainintaa, mitkä kaikki seikat katsotaan tarpeellisiksi tiedoiksi.<sup>60</sup> Asia selittynee kuitenkin sillä, että yksityiskohtaiset ohjeet potilasasiakirjojen laatimisesta ja niiden laajuudesta on annettu nimenomaan niitä koskevassa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa. Asetuksen tarkempaa sisältöä ja tärkeimpiä pykälä juuri potilasvahinkotilanteiden selvittämisen kannalta käydään läpi myöhemmin 4.1. kohdassa.

## 2.4. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

Potilasvahinkotilanteita ajatellen ammattihenkilölaista löytyy muutama varsin olennainen säännös, jotka nähdäkseni tulisi ottaa huomioon erityisesti potilaan todistelumahdollisuuksia ja näyttökysymystä arvioitaessa. Ammattihenkilölain 15 §:ssä säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattieettisistä velvollisuuksista, joihin kuuluvat mm. velvollisuus huomioida, mitä potilaan oikeuksista säädetään. Lisäksi pykälä asettaa terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääräksi terveyden ylläpitämisen ja edistämisen, sairauksien ehkäisemisen sekä sairaiden parantamisen ja heidän kärsimystensä lievittämisen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat.

Lohiniva-Kerkelä täsmentää, että ammattieettisillä velvollisuuksilla on keskeinen merkitys toteutettaessa potilaan oikeutta hyvään hoitoon. Lisäksi korkeaan lääkinnälliseen ja hoidolliseen asiantuntemukseen perustuva ammattipätevyyden mukainen toiminta on terveydenhuollon ammattihenkilö oikeudellinen velvollisuus. Täten ammattihenkilön tulee hoitaa potilasta parhaan kykynsä ja ammattitaitonsa mukaan.<sup>61</sup> Lääkärit eivät kuitenkaan aina tunnu ymmärtävän näitä lainsäädännössä heille asetettuja velvollisuuksia. Eritoten potilaan oikeuksien kunnioitta-

<sup>60</sup> HE 181/1999 vp, Yksityiskohtaiset perustelut, 1. Lakiehdotusten perustelut, 1.2. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta, kohta "12 §"

<sup>61</sup> Lohiniva-Kerkelä, Terveydenhuollon juridiikka (2007), s. 65-66

mista pidetään asiana, josta voinee lääkärin näkemyksen perusteella poiketa, sillä esimerkiksi hoitotahdon Pelkonen on esitellyt asiaksi, jota on noudatettava *aina, kun se suinkin on mahdollista*. Samalla hän toteaa, että eettiset valinnat, joita lääkäri joutuu tekemään potilastyössä, saattavat olla ristiriidassa lain kirjaimen kanssa.<sup>62</sup> Näillä toteamuksilla on kaiku, joka vaikuttaa vähättelevän lainsäädännön merkitystä lääketieteen harjoittamisen kohdalla.

Ammattihenkilölain 16 § velvoittaa laatimaan ja säilyttämään potilasasiakirjat kuten potilaslaissa on säädetty. Lohiniva-Kerkelän mukaan olennaista on arvioida, mitä tietoja kussakin yksittäisessä hoitotilanteessa tarvitaan. Mitä vaikeammasta hoitopäätöksestä on kyse, sitä yksityiskohtaisempia merkintöjen tulisi olla.<sup>63</sup> Näiden laissa säädettyjen velvollisuuksien laiminlyöminen ei mielestäni saisi potilasvahinkotilanteissa koitua potilaan haitaksi, vaan säännökset tulisi integroida osaksi syy-yhteyttä koskevaa näyttökynnystä sekä näytön arviointia.

Kolmas potilasvahinkojen kannalta tärkeä ammattihenkilölain pykälä linkittyy myös mahdollisuuksiin esittää näyttöä syy-yhteydestä. Kyse on ammattihenkilölain 23 §:n 1 momentista, jonka mukaan laillistetun lääkärin tai hammaslääkärin on tuomioistuimelle tai muulle julkiselle viranomaiselle lääkintölaillista todistusta tai lausuntoa antaessaan vahvistettava se sanoilla *"minkä kunniani ja omantuntoni kautta vakuutan"*. Tällöin todistus tai lausunto on pätevä ilman valallista vakuutusta, ellei tuomioistuin tai muu julkinen viranomainen määrää, että lausunto on vahvistettava suullisella valalla tai vakuutuksella. Tällä tavoin vahvistetusta lääkärinlausunnosta voidaan mielestäni ajatella, ettei lääkäri esitä siinä sellaisia kannanottoja, joista hän ei ole itse vakuuttunut, ja joita hän ei pidä mahdollisina lääketieteellisten kokemussääntöjen perusteella.<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> Pelkonen, Lääkärin eettiset ohjeet (2000), s. 52-53 sekä 58. Ks. tarkemmin koko kyseinen artikkeli, jossa arkkiaatrikirjoittaja korostaa nimenomaan lääkärin eettisten ohjeiden hoidollista näkökulmaa ja niiden tärkeyttä. Lainsäädännön velvoittavuuden osalta kirjoittaja vaikuttaa ajattelevan, että lääketiede saattaa viime kädessä käydä lain yli.

<sup>63</sup> Mt., s. 143-144

<sup>64</sup> Mielestäni näin vahvistetun lääkärinlausunnon näyttöarvoa tulisi pitää korkeana siitäkin huolimatta, että kyse olisi potilasta hoitaneen lääkärin laatimasta kannanotosta. Tämä johtuu siitä, että lausuntoja koskeva ammattieettinen velvollisuus on lain tasolla säädetty, jonka lisäksi lääkärinlausuntojen laatimisesta on annettu valvontaviranomaisten yksityiskohtaisia ohjeistuksia. Täten väite siitä, että potilasta hoitavat lääkärit kirjoittavat helposti heille edullisia lausuntoja, voidaan perustellusti kyseenalaistaa, mikäli lausunto on em. tavalla vahvistettu. Ks. tarkemmin tutkielman kappale 3.1.3.

Mainitun pykälän 2 momentin mukaan sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö voi lisäksi antaa tarkempia määräyksiä ja ohjeita siitä, mitä laillistetun lääkärin ja hammaslääkärin tulee ottaa huomioon antaessaan todistuksia ja lausuntoja sekä muutoinkin harjoittaessaan ammattiaan.

Ammattihenkilölakia koskevassa hallituksen esityksessä mainittuja säännöksiä, jotka ovat edelleen alkuperäisessä muodossaan, on täsmennetty vain hyvin niukasti. Ammattieettisistä velvollisuuksista on todettu lisänä se, että potilaan oikeuksista säädetään mm. potilaslaissa. Tämän voidaan tulkita tarkoittavan sitä, että myös muualla lainsäädännössä tunnustetut potilaan oikeudet tulisi olla ammattihenkilöiden tiedossa. Sen sijaan potilasasiakirjojen laatimisesta ja salassa pitämisestä sekä lääkintölaillisten todistuksien ja lausuntojen kirjoittamisesta ei ole annettu mitään merkityksellistä lisäinformaatiota.<sup>65</sup>

### 3. POTILASVAHINKO-OIKEUDELLINEN SYY-YHTEYS

Vahingonkorvausoikeudellisen korvausvelvollisuuden syntyminen kulminoituu syy-yhteyskäsityksen ratkaisemiseen myös nykypäivänä. Isokoski on sanonut, että oikeudellisen syy-yhteyden toteamisen perustana on luonnontieteellinen syy-yhteys, jolla tarkoitetaan luonnontieteelliseen tutkimustietoon perustuvaa käsitystä eri ilmiöiden välisistä syy- ja seuraussuhteista. Henkilövahingoissa syy-yhteyden lääketieteellinen toteaminen kuuluu nimenomaan luonnontieteellisen syy-yhteyden selvittämisen piiriin, jolloin lääketieteellinen syy-yhteysajattelu on korvattavuuden perusta. Huomionarvoista on kuitenkin se, etteivät lääketieteen ja klassisen luonnontieteen käsitteet syy-yhteydestä ole yhteneviä, sillä lääketieteeseen liittyy aina epävarmuustekijöitä. Tästä syystä lääketieteellinen syy-yhteys käsite on luonnontieteellistä väljempi perustuen pitkälti ilmiöiden välisiin todennäköisyysuhteisiin.<sup>66</sup> Näin ollen sekä syyn että seurauksen spesifisyysvaatimuksesta on luovuttu. Käytännössä lääketieteellinen syy-yhteys on pelkistettävissä toteamukseen siitä, että *”[m]ikäli jonkin ilmiön muutosta seuraa säännönmukaisesti*

<sup>65</sup> HE 33/1994 vp, Yksityiskohtaiset perustelut, 1. Lakiehdotusten perustelut, 1.1. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, kohdat ”15 §”, ”16 §” sekä ”23 §”

<sup>66</sup> Isokoski, Henkilövahinkojen lääketieteelliset syy-yhteyskäsitykset (2001), s. 120-122

*toisen ilmiön todennäköisyyden muutos, edellinen on jälkimmäisen syy*”. Tämä ei kuitenkaan ole tyhjentävä määrittely lääketieteelliselle syy-yhteydelle, sillä sellaisen lyhyt tekeminen on mahdotonta käsitteellisistä ja teoreettisista ongelmista johtuen.<sup>67</sup>

Syy-yhteyksysymyksen ratkaisemista hankaloittaa entisestään se Hemmon toteama seikka, että oikeudellinen syy-yhteyksivaatimus sekä muita käyttötarkoituksia varten muodostetut kausali-teettikäsitykset eivät aina vastaa aukottomasti toisiaan.<sup>68</sup> Wahlberg on huomannut tämän saman asian ja todennut, että todisteiden tai tiedon standardit eroavat sen mukaan, onko kyse oikeudellisesta vai (luonnon-)tieteellisestä kontekstista. Tätä eroavuutta selittää se, että sallitut tavat tehdä yleistyksiä erilaisten tietojen pohjalta vaihtelevat eri tieteenaloilla tutkittavana olevan tiedon käyttötarkoituksen ja tavoitteen mukaisesti. Tällöin tietyt seikat, jotka ovat tärkeitä (luonnon-)tieteellisen näyttökynnyksen ylittämiseksi ja vaikuttavat syy-yhteyksiarvioon olennaisesti, eivät välttämättä olekaan samoja, kuin ne seikat, jotka ovat merkityksellisiä näyttökynnystä oikeudelliselta näkökannalta tarkasteltuna ja päinvastoin. Wahlberg nimittääkin näitä eroja oikeudellisen ja tieteellisen näyttökynnyksen välillä epistemologisiksi eli tietoteoreettisiksi eroiksi. Hänen mukaansa juuri epistemologiset erot heijastavat tiedon erilaisia tarkoituksia, joihin johtopäätöksiä tullaan soveltamaan ja sitä harkintaa, joka on relevanttia oikeudellisessa kontekstissa suhteessa tieteelliseen kontekstiin. Wahlberg sanookin, että tieteellisen tiedon standardin korkeus ei määritä oikeudellista näyttökynnystä. Näin ollen seikka, joka on jäänyt tieteellisesti näyttämättä toteen tieteen omien standardien mukaisesti, saattaa silti olla tullut näytetyksi oikeudellisessa kontekstissa oikeuden omien standardin mukaan.<sup>69</sup>

Tieteenalojen epistemologiset erot heijastuvat myös Saarenpään jo aiemmin esittämässä oivallisessa toteamuksessa, jonka mukaan ei ole lainkaan ihme, että oikeuden on joskus koettu tulevan sille vieraille alueelle, kun toimintakulttuuriltaan erilaista lääke- ja hoitotiedettä arvioidaan oikeudellisesti. Kaikkien potilasoikeuden toimintakehikossa työskentelevien tulisi kuitenkin

---

<sup>67</sup> Heliövaara - Tola, *Syysuhteet vakuutuslääketieteessä* (2004), s. 151

<sup>68</sup> Hemmo, *Vahingonkorvausoikeus* (2005), s. 109-110 sekä Hemmo, *Vahingonkorvausoikeuden oppikirja* (2002), s. 95

<sup>69</sup> Wahlberg, *Legal Questions and Scientific Answers - Ontological Differences and Epistemic Gaps in the Assessment of Causal Relations* (2010), s. 19-20

muistaa, että viime kädessä tavoitteet ovat yhteiset.<sup>70</sup> Tällöin lainkäytön hermeneuttinen kehä<sup>71</sup> sekä lääke- ja oikeustieteen epistemologiset erot näyttäytyvät mielestäni selkeänä nimenomaan potilasvahinkotilanteiden syy-yhteyskysymystä ratkaistaessa. Tämä johtuu siitä, että vahinkoarvion tekemisessä tavoitteena on selvittää, millainen tapahtumankulku todella on ollut ja mitä siitä on potilaalle seurannut. Tosiasioita onkin ensin tarkasteltava lääketieteellisestä näkökulmasta, ennen kuin voidaan arvioida, mitä kyseisistä seikoista voi oikeudellisesti seurata sekä toisaalta sitä, millainen oikeusnormi, ts. potilasvahinkolain mukainen korvausperuste, kyseiseen tapaukseen parhaiten soveltuu.<sup>72</sup> Näin ollen potilasvahinkotilanteiden arvioiminen palvelee molempia osapuolia, sekä potilasta että terveydenhuollon ammattihenkilöä, jolloin yhteiseksi tavoitteeksi muodostuu tapahtumankulun täsmällinen selvittäminen.

### 3.1. Lääketieteellinen syy-yhteys

Palonen, Nio ja Mustajoki kertovat, että lääketieteellisen syy-yhteyden arvioinnissa tukeudutaan sekä kyseistä sairautta tai vammaa koskevaan yleiseen lääketieteelliseen tietoon syy-yhteyksistä että kyseistä potilasta koskeviin havaintoihin ja tutkimustuloksiin. Yleisen tason syy-yhteydestä puhutaan silloin, mikäli jonkin ilmiön muutoksesta säännönmukaisesti seuraa jonkin toisen ilmiön todennäköisyyden muutos. Seurauksen todennäköisyyttä muuttavan syyn ja sen mekanismin tulee kuitenkin olla lääketieteellisesti selitettävissä tai sitten syyn ja seurauksen välillä on oltava tilastollinen yhteys, ennen kuin lääketieteellinen syy-yhteys on olemassa. Ajatusketju lääketieteellisen syy-yhteyden löytämiseksi voi silti edetä sekä syistä seurauksiin että toisinpäin. Sen sijaan ilmiöiden pelkästä ajallisesta yhteydestä puhuu se, jos niiden välille ei ole löydettävissä kumpaakaan ajatusketjua soveltaen mitään lääketieteellistä näyttöä.<sup>73</sup>

<sup>70</sup> Saarenpää, Potilas – oikeus – potilasoikeus (2000), s. 38

<sup>71</sup> Tuori, Oikeusjärjestys ja oikeudelliset käytännöt (2003), s. 20-21 ja 96-97

<sup>72</sup> Ks. Tuori, Oikeuden ratio ja voluntas (2007), s. 27-28, jossa hän puhuu ”oikeudellisesta totuudesta” tosiasioina, joilla on merkitystä tapaukseen sovellettavan aineellisen normin sisältämän tunnusmerkistön kannalta.

<sup>73</sup> Palonen - Nio - Mustajoki, Potilas- ja lääkevahingot – Korvaaminen ja ennaltaehkäisy (2005), s. 83

Lääketieteellisen syy-yhteyden määrittämiseen liittyy olennaisesti myös todennäköisyyden käsite. Kun syy-yhteyttä arvioidaan nimenomaan vahinkotapahtumiin liittyvänä ilmiönä, jota tutkitaan lääketieteen keinoin, tulee todennäköisyys hahmottaa tilastotieteellisen määritelmän sijasta subjektiivisena. Tällöin se voidaan silti määrittää tilastollista todennäköisyyttä muistuttavaksi, jolloin otetaan käyttöön myös eri todennäköisyyden asteet: 1) erittäin todennäköinen, 2) todennäköinen, 3) mahdollinen, 4) epätodennäköinen, ja 5) erittäin epätodennäköinen. Subjektiivinen todennäköisyys on siis enemmän kuin pelkkä mielipide asioiden välisestä syy-yhteydestä, sillä sen saavuttamiseen liittyvät kokemus, tieto, havainnointi sekä lääkärin hyvä ammattitaito.<sup>74</sup> Tällöin myös välittömästi kirjattujen kliinisten havaintojen merkitys kasvaa, sillä ne ovat myöhemmin tapahtuvassa vahinkoarvioinnissa korvaamattomia niin potilaan kuin myös hoitohenkilökunnan oikeusturvan takia. Syy-yhteyttä ei ole mahdollista arvioida luotettavasti, mikäli tutkimushavaintoja ei ole kirjattu ylös.

Kun lääketieteellisen syy-yhteyden määrittämiseen lisätään vielä yksittäistä ihmistä koskeva ulottuvuus, vaikeutuu syy-seuraus-parin tarkastelu. Tämä johtuu siitä, että yksittäisen ihmisen vammaan tai sairauteen on tyypillisesti löydettävissä useita mahdollisia syitä, eikä yhtäkään niistä voida tarkastella irrallaan ihmisen elimistön kokonaisuudesta. Tästä syystä on huomiotava myös se, kuinka paljon kukin yksittäinen tekijä on vaikuttanut seurauksen todennäköisyyteen kyseisen potilaan kohdalla, minkä arvioiminen tapahtuu kuitenkin juuri yleisen lääketieteellisen tiedon pohjalta. Mitä suuremmaksi todennäköisyys voidaan havaita, sitä todennäköisemmin seuraus johtuu juuri tutkitusta tekijästä. Lääketieteellisen syy-yhteyden tarkastelun puutteena on silti se, ettei kaikkien sairauksien mahdollisista syntytaivoista tai syistä ole olemassa luotettavaa lääketieteellistä tietoa. Todennäköisyyksien vallitseminen syyn ja seurauksen välillä on olennaisen merkityksellinen seikka siirryttäessä oikeudellisen syy-yhteysarvion tekemiseen.<sup>75</sup> Siitä kuitenkin lisää vasta myöhemmin 3.2. kappaleessa.

---

<sup>74</sup> Huittinen, Syy-yhteyden arviointi vahingoissa (2000), s. 370 ja 372-373

<sup>75</sup> Palonen - Nio - Mustajoki, Potilas- ja lääkevahingot - Korvaaminen ja ennaltaehkäisy (2005), s. 83-85

### 3.1.1. Epidemiologia ja etiologia

Lääketieteellinen määritelmä syy-yhteydelle ei ole yksinkertainen, eikä millään tavoin täysin absoluuttinen, vaan se vaihtelee jossain määrin riippuen siitä, minkä lääketieteen alan yhteydessä termiä syy-yhteys tarkastellaan. Lääketieteellinen tilastotiede asettaa syy-yhteydelle vaatimuksen ensinnäkin siitä, että riskitekijän ja sairauden välillä todella vallitsee yhteys.<sup>76</sup> Jotta tuo yhteys olisi myös kausaalinen eli sairaus olisi ainakin osaksi seurausta riskitekijän olemassaolosta, tulee *Bradford Hill* -kriteerien täyttyä. Tämä tarkoittaa sitä, että riskitekijän ja sairauden välisen yhteyden tulee olla yhtä aikaa:

- ✓ Johdonmukainen/yhteneväinen;
- ✓ Vakuuttava/uskottava biologiselta ja lääketieteelliseltä näkökannalta;
- ✓ Annos-vaste -suhteinen/-riippuvainen;
- ✓ Ajallisesti riippuvainen toinen toisistaan / oikea aikajärjestys;
- ✓ Seuraussuhteeltaan voimakas;
- ✓ Ennustettava sekä peruutettavissa/poistettavissa oleva;
- ✓ Muita uskottavia selityksiä ei ole löydettävissä.<sup>77</sup>

Tällainen epidemiologinen määritelmä lääketieteelliselle syy-yhteydelle perustuu tilastotieteen hyödyntämiseen. Epidemiologia ei kuitenkaan ole yksittäisten sairauksien syiden etsimiseen paneutuva lääketieteen ala, vaan epidemiologisen tutkimuksen pääpaino on niiden tekijöiden erittelemisessä, jotka vaikuttavat terveydelliseen jakaumaan eri ihmisryhmien välillä.<sup>78</sup> Epidemiologinen syy-yhteyden määritelmä on nähdäkseni tutkimusnäkökulmansa takia silti hedelmällinen vertauspohja juuri oikeudelliselle syy-yhteydelle, sillä näkökulma epidemiologiassa on tautioppiin ja etiologiaan verrattuna huomattavasti laajempi. Tämä johtuu siitä, että epidemiologia tutkii terveyttä yleisesti sekä tarjoaa tietoa sairauksien esiintyvyydestä ja

---

<sup>76</sup> Fletcher - Fletcher, *Clinical Epidemiology - The Essentials* (2005), s. 195

<sup>77</sup> Machin - Cambell - Walters, *Medical Statistics - A Textbook for the Health Sciences* (2008), s. 237-238 ja Fletcher - Fletcher, *Clinical Epidemiology - The Essentials* (2005) s. 195-199, sekä Heliövaara - Tola, *Syysuhteet vakuutuslääketieteessä* (2004), s. 151

<sup>78</sup> Wessertheil-Smoller, *Biostatistics and Epidemiology - A Primer for Health and Biomedical Professionals* (2004), s. 87



esiintymistiheydestä. Sen avulla tehdyn tutkimuksen kohdejoukko on otoksena edustava ja otettu valikoimattomasta yleisöstä, jolloin saadut tulokset ovat yleistettävissä koko väestöön.<sup>79</sup> Epidemiologialla on kuitenkin myös tiivis yhteys etiologiaan, sillä tilastitiikan avulla saadut tiedot voivat paljastaa myös etiologisia kytköksiä erilaisten syiden ja seurausten välillä.

Edellä kuvatun riskitekijöiden erottelun lisäksi epidemiologia jakaa syyn kahteen eri luokkaan klassisella tavalla: riittävä ja välttämätön. Riittäväksi syyksi lääketieteessä määritellään tilanne, jossa syyn läsnäoloa seuraa aina tauti. Sen sijaan välttämätön syy lääketieteessä tarkoittaa tilannetta, jossa syy on ehdoton edellytys taudin ilmaantumiselle, mutta pelkkä syyn läsnäolo ei aina riitä aiheuttamaan tautia. Riskitekijöihin osalta täsmennetään sitä, että niiden olemassaolo lisää sairauden todennäköisyyttä henkilöillä, joilla riskitekijä on verrattuna sellaiseen yksilöihin, joilla ei kyseistä riskitekijää ole. Riskitekijä ei kuitenkaan ole välttämätön, eikä edes riittävä syy taudin ilmenemiselle.<sup>80</sup>

Etiologia sen sijaan määritellään yksittäisen taudin syyksi, joka käynnistää sairausmuutokset ihmiskehossa. Tuo syy voi olla puhtaasti ulkoinen, geeneistä riippuvainen tai näiden tekijöiden yhdistelmä. Riskitekijät erotellaan omaksi osa-alueekseen, jotka lisäävät taudin ilmentymisen todennäköisyyttä, mutta eivät aina yksistään aiheuta tautia. Etiologinen syy on siis yhtä aikaa toisaalta *välttämätön* ja toisaalta *riittävä* aiheuttaakseen taudin.<sup>81</sup> Näin tarkasteltuna huomataan suuri yhtäläisyys sekä epidemiologisella (yleistävä katsantokanta) että etiologisella (yksittäinen katsantokanta) syy-yhteyden määritelmällä.

---

<sup>79</sup> Rautava - Mäkinen - Strandberg, Kliinisen tutkijan tausta, motiivit ja tehtävät (2000), s. 11-12 ja Uhari - Nieminen, Epidemiologia ja biostatistiikka (2001), s. 17 sekä Fletcher - Fletcher, Clinical Epidemiology - The Essentials (2005), s. 3

<sup>80</sup> Uhari - Nieminen, Epidemiologia ja biostatistiikka (2001), s. 29 vrt. Hemmo, Vahingonkorvausoikeus (2005), s. 112-117 ja Hemmo, Vahingonkorvausoikeuden oppikirja (2002), s. 98 sekä Routamo - Ståhlberg - Karhu, Suomen vahingonkorvausoikeus (2006), s. 321-324, jossa näiden teoksien kirjoittajat esittelevät vahingonkorvausoikeudellisen *conditio sine qua non* -postulaatin. Ks. myös Saranpää, Whiplash-vammat vahingonkorvaus- ja todistus oikeudellisena ongelmana (2006), s. 817

<sup>81</sup> Karttunen - Soini - Vuopala, Tautioppi (2005), s. 21-22

### 3.1.2. Vakuutuslääketiede

Sekä epidemiologian että etiologian alueella on tärkeää erottaa syy-seuraus-suhteen riittävä sekä välttämätön tekijä kuin myös riskitekijät, jotka lisäävät taudin ilmentymistä. Kun siirrytään astetta ”oikeudellisempaan” lääketieteeseen, vakuutuslääketieteen piiriin, huomataan, että syy-seuraus-suhte on tälläkin kertaa tarkastelun keskipisteenä. Sen merkityksen arviointi korostuu erityisesti silloin, kun korvausratkaisuja tehdään tapaturma-, liikenne-, ja potilasvakuutusten parissa.<sup>82</sup> Kyse on siis vakuutuslääketieteellisen riskianalyysin jälkikäteisesti tekemisestä tilanteissa, joissa vahinkotapahtuman syy-yhteys vammaan tai sairauteen ei ole yksiselitteinen. Tällöin joudutaan pohtimaan sitä, mikä on vahinkotapahtuman osuus todetun vamman tai sairauden syntymisessä, ja mitkä tekijät ovat vahinkotapahtumasta riippumattomia, mutta voivat silti vaikuttaa sattuneen vamman tai sairauden laatuun tai laajuuteen. Tällaisina tekijöinä pidetään mm. vahinkoa kärsineen ikää, aiempaa terveydentilaa tai perussairauksia sekä tekijän omaa myötävaikutusta.<sup>83</sup> Tutkittavan omat henkilökohtaiset ominaisuudet ovat siis osa jälkikäteistä vakuutuslääketieteellistä riskianalyysiiä, jolloin niiden merkitys pyritään yksilöimään itse vahinkotapahtuman aiheuttamien seurausten kannalta.

Vakuutuslääketiede eroaa kuitenkin muista lääketieteen muodoista siinä, että kyse on yleensä ihmisen työkyvyn arvioimisesta joko lakisääteisen taikka vapaaehtoisen vakuutuksen näkökulmasta (korvausperusteet). Tällöin vakuutuslääkärin tehtävänä on päätellä lääketieteellisen näytön pohjalta, mikä on ihmisen mahdollinen haitta-aste sekä jäljelle jäänyt työkyky joko normitai vakuutuslääkärin argumentoinnilla on enemmän juridinen kuin lääketieteellinen sävy, sillä hän on sosiaalivakuutuslakien soveltaja, joka pyrkii vakuutettujen

<sup>82</sup> Heliövaara - Tola, Syysuhteet vakuutuslääketieteessä (2004), s. 150

<sup>83</sup> Aro - Tola - Klockars, Vakuutuslääketiede (2004), s. 15-16 sekä Aro, Vakuutuslääketiede (2000), s. 268. Ks. myös vakuutuslääkärin ratkaisu 12.5.2009/5308:2008, jossa VaKo on mielestäni melko selkeästi tehnyt edellä kuvatun erottelun osana syy-yhteyksien ratkaisemista. Kyseisessä tapauksessa VaKo huomioi mm. tapaturmamekanismin, vahingonkärsineen iän ja siten myös sen hetkisen ja aiemman terveytilanteen todetun lopulta tapaturman ja aiheutuneen vahingon olleen todennäköisessä syy-yhteydessä keskenään. Sama koskee myös VaKo:n ratkaisua 25.11.2003/8350:2002, jossa perustelut tosin ovat niukat.

kannalta kohtuullisiin ratkaisuihin työkyvyn, syy-yhteyden sekä riskin ja haitan arvioinnin erityisen asiantuntemuksensa avulla.<sup>84</sup>

Syy-yhteydskysymykseen liittyvien ongelmien takia ei ole ihme, että myös vakuutuslääketieteen parissa korostetaan potilaasta käytettävissä olevien tietojen perusteellisuutta, johdonmukaisuutta ja luotettavuutta, sillä ne vaikuttavat olennaisesti siihen, miten oikeudenmukaisia potilaita koskevat päätökset ovat.<sup>85</sup> Erityisesti tämä korostuu tilanteissa, joissa vamman tai sairauden diagnosoiminen lääketieteellisin keinoin on epävarmaa nykyteknologian avulla. Kuvantamistutkimukset saattavat tällöin jäädä normaalin rajoille, vaikka kliinisten havaintojen perusteella vamma on selvä kuten usein aivovammatapauksissa. Tällaisissa tilanteissa kliiniset tiedot tajuttomuudesta, amnesiaa ja mahdollisesta posttraumaattisesta sekavuudesta ovat ensiarvoisen tärkeitä. Näiden dokumentoinnin parantaminen vähentäisikin Ojalan mukaan monia vakuutuskorvausräiioja.<sup>86</sup>

Vakuutuslääketieteen parissa syy-yhteydskysymysten ratkaisemisen ongelmat korostuvat siinä sellaisissa tilanteissa, joissa lääketieteellinen tietämys tietyn vamman tai sairauden syntymekanismista on jollain tavalla epäselvä tai selittäviä tekijöitä voidaan löytää useita. Tällaisen käsityksen sai Hjeltin toimittamasta ohjelmasta, jossa haastateltiin neurologian erikoislääkäri Olli Tenovuota. Neurologi Tenovuoto esittääkin käsityksensä sen, ettei vakuutuslääketieteellisen

---

<sup>84</sup> Juntunen - Havu, Onko vakuutuslääkäri viisaampi kuin hoitava lääkäri? (2000), s. 2453-2455

<sup>85</sup> Ponteva - Ropponen, Psykkiset häiriöt tapaturmiin liittyvinä (2004), s. 181

<sup>86</sup> Ojala, Aivovammat (2004), s. 174. Ks. myös VaKo:n ratkaisu 10.11.2006/4996:2004, jossa se katsoi lääketieteellisten arvioiden sekä potilasasiakirjoihin tehtyjen primaarihavaintojen perusteella, ettei potilas kyennyt osoittamaan todennäköistä syy-yhteyttä tapaturman ja lievän aivovamman välillä, sillä sellaista ei katsottu lainkaan aiheutuneen. Huomionarvoista ratkaisun perusteluissa on erityisesti toteamus siitä, että *"aivovamman korvaamista ei voida perustaa juurikaan siihen, että myöhemmin kuin välittömästi tapaturman jälkeen useat korvauksenhakijaa tutkineet lääkärit ja psykologit ovat yksimielisesti katsoneet korvauksenhakijan saaneen aivovamman tietyn tapaturman seurauksena."* VaKo ei myöskään pidä riittävänä sitä, että *"hakijalla on todettu aivovammaan sopivat neuropsykologiset oireet ja että hänelle on sattunut tähän ajallisesti sopien päähän kohdistunut työtapaturma, joka on omiaan selittämään oireet. Ei edes silloin, kun perusteellisissa tutkimuksissa ei ole löydetty tapaturmasta riippumatonta sairautta tai muuta selittävää tekijää."* Lisäksi VaKo pitää konetutkimuksissa havaittuja löydöksiä edellytyksenä sille, että aivovamma voidaan korvata tapaturman seurauksena.

Nämä VaKo:n asettamat kriteerit aivovamman korvaamiselle vaikuttavat hyvin ankarilta ja korostavat nimenomaan potilasasiakirjoihin tehtyjä merkintöjä, jotka eivät aina ole riittävän täsmällisiä. Ratkaisun perustelut ovat kuitenkin kattavat sisältäen pro&contra -näkökohtia, jolloin argumentoinnin ja lopputuloksen hyväksyttävyyden aste mielestäni nousee, vaikka kriteerien ankaruus voidaan silti perustellusti kyseenalaistaa.

syy-yhteyden määrittämiseksi ole riittävää se, että arviointiprosessissa potilaalla todetaan (aivo-) vammoille tyypilliset kliiniset oireet sekä ajallinen yhteys onnettomuuteen tai tapaturmaan.<sup>87</sup> Sen sijaan vakuutuslääketieteellisissä arvioissa on esitetty kannanottoja, joiden mukaan potilaan vammautumisen taustalta saattaa löytyä jokin muu sairaus, joka ei liity kyseiseen onnettomuuteen tai tapaturmaan, ja tuo sairaus on jäänyt vielä löytymättä perusteellisissa tutkimuksissa. Tällaisilla perusteluilla vakavasti vammautuneilta potilailta on evätty mm. työkyvyttömyyseläkkeitä niin vakuutusyhtiöiden päätöksenteossa, muutoksenhakulautakunnissa kuin viime kädessä myös vakuutusosoikeudessa.<sup>88</sup>

Tenovuo pitää tällaista argumentointia mielestäni perustellusti epäkohtana, joka ei täytä objektiivisuuden vaatimusta lääketieteellisesti tai oikeudellisesti arvioiden. Vakuutuslääkärien yllä esitetty tulkinta potilaan vammautumisen taustalla olevista muista syistä vaikuttaakin mielestäni hyvin erikoiselta etenkin, kun sitä verrataan vakuutuslääketieteen<sup>89</sup> omaan todennäköisyyskaalaan. Tällöin kyse on nähdäkseni vain todennäköisyyden tasosta ”*mahdollinen*”, kun kerran vammautumisen taustalta saattaa löytyä jokin toinen tekijä, mutta sitä ei tosiasiassa ole kyetty osoittamaan.<sup>90</sup> Lisäksi Tenovuo kiinnittää kannanotossaan huomiota siihen, että yleinen lääketiede sekä vakiintunut tutkimuskäytäntö on jäljessä käytännön kliinisestä lääketieteellisestä asiantuntemuksesta 15-20 vuotta riippuen lääketieteen erikoisalasta. Tällainen eroavaisuus vakuutuslääketieteen ja käytännön kliinisen työn välillä on johtanut ja tulee jatkossakin johtamaan jatkuviin kiistoihin hoitavien lääkäreiden ja vakuutuslääkäreiden mielipiteiden välillä.<sup>91</sup>

---

<sup>87</sup> Ks. yllä olevassa alaviitteessä läpikäyty VaKo:n ratkaisu, joka vahvistaa neurologi Tenovuon käsityksen.

<sup>88</sup> Hjelt, *Tuntematon potilas* (2010), jossa Tenovuo yksilöi vakuutuslääketieteellisen syy-yhteysongelman koskemaan koko järjestelmää ensiasteen päätöksenteosta aina viimeiseen muutoksenhakuasteeseen saakka. Ks. myös Havu, *Etuuslääketieteellinen asiantuntemus vakuutusosoikeudessa* (2010), s. 1080, jossa kirjoittaja toteaa VaKo:n ratkaisevan vuositasolla n. 6000 asiaa, joista vain n. 1000 päättyy muutoksenhakijan eduksi. Näin ollen neurologi Tenovuon käsitys vakuutuslääketieteellisen syy-yhteyden tiukoista kriteereistä lienee oikeansuuntainen ja perusteltu.

<sup>89</sup> Sama pätee mielestäni myös potilasvahinkolain mukaiseen todennäköisyysasteeseen.

<sup>90</sup> Tällöin ei mielestäni ole kyse riittävästä todennäköisyyden asteesta, jonka perusteella vakuutuskorvauksen epääminen olisi oikeudenmukaista.

<sup>91</sup> Hjelt, *Tuntematon potilas* (2010)

Pelkonen ja Pelkonen muistuttavat kuitenkin siitä, ettei ole olemassa mitään virallista sääntöä, joka määrittäisi tutkimusten ja hoitojen lääketieteelliset perusteet, minkä lisäksi ne on esitetty laissa vain hyvin väljästi. Sen sijaan laissa tarkoitettavat menettelytavat määrittelee lääketieteellistä asiantuntemusta edustava tiedeyhteisö, jonka ajatus ilmenee myös potilasvahinkolain ammatti-standardia koskevasta korvausperusteesta. Varmimmaksi tiedon pohjaksi Pelkonen ja Pelkonen mainitsevatkin näyttöön perustuvan lääketieteen, siihen pohjautuvat kansainväliset tietokannat ja sen suomalaiset sovellutukset, kuten mm. Käypä hoito -suositukset. Tästä huolimatta näyttöön perustuvan lääketieteen soveltaminen konkreettisesti yksittäistapauksessa ei ole ongelmattonta, sillä kliinisessä tutkimuksessa saavutetut tulokset eivät sellaisenaan ole sovellettavissa yksilötasolla potilaan ainutkertaisuudesta johtuen.<sup>92</sup>

### 3.1.3. Syy-yhteys lääkärinlausunnoissa

Lääkärinlausunto on Aron mukaan lääketieteellisesti perusteltu arvio potilaan terveystilanteesta. Siinä pyritään esittämään tosiasioiden tueksi sellaisia seikkoja, jotka myös ratkaisija voi arvioida todellisiksi. Täten lääkärinlausunto on yksi keino, jolla jonkin lääketieteellisen tosiasian olemassaolo saatetaan ratkaisijan tietoon.<sup>93</sup> Pätevän lääkärintodistuksen edellytyksinä on jo kauan pidetty objektiivisesti havaittavissa olevia tietoja ja toteamuksia potilaan terveydentilasta. Huolellisesti laadittuun lääkärintodistukseen kuuluvatkin yleensä seuraavat kolme osaa: 1) *anamnestiset tiedot*, ts. lääkärille kerrotut tai muutoin käytettävissä olevat esitiedot; 2) *objektiiviset toteamukset*, ts. ne havainnot, jotka lääkäri on potilasta tutkiessaan tai hoitaessaan tehnyt; sekä 3) *johtopäätökset*, ts. lääkärin näkemys siitä, ovatko esitiedot ja tutkimustulokset sopuosinussa keskenään, sekä muut mahdolliset todistusta koskevat johtopäätökset. Edellä kerrotun lisäksi lääkärin tulisi pitäytyä lausunnossaan vain pätevyyttään vastaavien lääketieteellisten kannanottojen tekemiseen, sekä jättää mahdollisten oikeudellisten yms. johtopäätösten tekemi-

<sup>92</sup> Pelkonen - Pelkonen, Hyvän hoitokäytännön soveltaminen ja oikeudellinen vastuu (2000), s. 150

<sup>93</sup> Aro, Vakuutuslääketiede (2000), s. 270

nen muilla tahoille.<sup>94</sup>

Lääketieteessä lääkärinlausunto on tärkeässä asemassa, kun ajatellaan syy-yhteyksysymyksiä ratkaisemista. *Suomen Lääkäriliitto* on antanut oman ohjeistuksensa lääkäreille, jotka joutuvat laatimaan lääkärintodistuksia oikeus- tai hallintoviranomaisen käytettäväksi. Kyseinen ohjeistus on yhteneväinen Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira, entinen Terveystieteiden tutkimuskeskus TEO) antamien suositusten<sup>95</sup> kanssa. Ohjeistuksessa todetaan, että lääkärintodistuksesta tulee voida tutkia esitetyn todennäköisyyspäätelmän painavuus todisteena, kun se toimii ratkaisun eräänä perusteena. Senpä takia *Suomen Lääkäriliitto* on laatinut syy-yhteyden varmuuden ilmaiseiseksi viisi eri todennäköisyyden astetta:

- ✓ *Erittäin todennäköinen* on suurin varmuus, minkä lääkäri voi esittää. Tällöin muita mahdollisia syitä ei ole tai ne ovat erittäin epätodennäköisiä.
- ✓ *Jokseenkin todennäköinen* tarkoittaa, että tapahtumalle on useita mahdollisia syitä, mutta kyseinen syy on kaikki syyt kokonaisuutena huomioiden todennäköisin.
- ✓ *Mahdollinen* tarkoittaa, että tapahtumalle on monta mahdollista syytä, eikä kyseinen syy ole niistä muita todennäköisempi.<sup>96</sup>
- ✓ *Jokseenkin epätodennäköinen* tarkoittaa, että tapahtumalle on olemassa muita todennäköisempiä syitä.
- ✓ *Erittäin epätodennäköinen* tarkoittaa, että syy-yhteyttä ei suurimmalla mahdollisella varmuudella ole olemassa.<sup>97</sup>

Valvira on edellä kerrotun lisäksi ohjeistanut, että lääkärinlausunnossa tulisi ottaa kantaa myös siihen, miksi lausunnon antavan vakuutuslääkärin mielipide eroaa hoitaneen lääkärin mielipiteestä, jos tällaisia mielipide-eroja on havaittavissa. Lausunnonantaja ei siis saa tyytyä vain to-

---

<sup>94</sup> Palmén, Lääkärintodistuksista – Ohjeita lääkärintodistusten laatimiseen (1944), s. 12-14

<sup>95</sup> Valvira, <URL:[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/ammattihenkiloiden\\_valvonta/pysyvät\\_asiantuntijat/ohjeita\\_asiantuntijoille](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/ammattihenkiloiden_valvonta/pysyvät_asiantuntijat/ohjeita_asiantuntijoille)>

<sup>96</sup> Ks. mt., jossa Valvira täsmentää, että ”mahdollinen” todennäköisyyden asteena tarkoittaa ainoastaan sitä, ettei syy-yhteyttä ole voitu sulkea pois.

<sup>97</sup> Suomen Lääkäriliitto, <URL:[http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton\\_ohjeet/laakarintodistus.html](http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/laakarintodistus.html)>, josta voidaan havaita, että lääkärinlausunnoissa käytettävä todennäköisyysasteikko on siis täysin yhteneväinen vakuutuslääketieteellisen ja potilasvahinkolain mukaisten todennäköisyysasteikkojen kanssa.

teamaan omaa kantaansa, vaan hänen tulee perustella se huomioiden myös mahdolliset vastanäkemykset. Tällainen perusteluvollisuus korostuu mielestäni eritoten tilanteissa, joissa lääketieteellinen syy-yhteysarviointi tai todennäköisyysarviointi jää asteelle *mahdollinen*.

Kun syy-yhteyden todennäköisyysarviota ajattelee potilaan oikeusturvan näkökulmasta, on vaatimus vakuutuslääkärille asetetusta velvollisuudesta vastasyiden asianmukaiseksi perustelemiseksi erittäin olennainen ja tärkeä edellä kuvatun kaltaisissa tilanteissa, sillä syy-yhteyttä ei ole voitu luotettavasti sulkea pois, joskaan ei myös vahvistaa. Perusteluvollisuudella taataan siis se, että näytön arviointi on myös oikeudellisesti mahdollista, ja muun näytön tukiessa syy-yhteyden olemassaoloa, voidaan lääketieteellisesti epävarmoissa tilanteissa todeta syy-yhteyden tulleen oikeudellisesti todennäköisesti näytetyksi. Näin ollen on ajateltavissa, että lääketieteellinen arvio syy-yhteyden olemassaolosta ei ole missään tilanteessa ehdoton ja lopputuloksen aukottomasti määräävä, sillä yksittäisten tapausten muuttujat ovat niin monilukuisia.

### 3.2. Oikeudellinen syy-yhteys erityisesti potilasvahinkolain mukaan

Potilasvahinkolakia koskevassa hallituksen esityksessä todetaan, että vahingon korvattavuuden edellytykseksi asetetaan syy-yhteys hoitoon tai siihen, ettei hoito ole ollut lääketieteellisesti perusteltua, taikka että vahinko olisi ollut vältettävissä muulla hoidon kannalta yhtä vaikuttavalla menettelyllä.<sup>98</sup> Koska vanhan lain sanamuoto<sup>99</sup> aiheutti tulkinnanvaraisuuksia korvauskäy-

<sup>98</sup> Tässä näkyy mielestäni selkeästi yleisestä vahingonkorvausoikeudesta otettu ajattelumalli riittävän syy-yhteyden olemassaolosta, joka on edellytyksenä vahingonkorvausvelvollisuuden syntymiselle. Ks. mm. Hemmo, Vahingonkorvausoikeus (2005), s. 114-117 ja Hemmo, Vakuutuslain oppikirja (2002), s. 98-101

<sup>99</sup> Alkuperäisen potilasvahinkolain 2 §:n (25.7.1986/585) "[p]otilasvahinkona korvataan henkilövahinko:

1) jonka potilaan tutkimus, hoito tai muu vastaava käsittely taikka sellaisen laiminlyönti on todennäköisesti aiheuttanut; 2) jonka on aiheuttanut tartunta tai tulehdus, joka on todennäköisesti saanut alkunsa potilaan tutkimukseen, hoitoon tai muuhun vastaavaan käsittelyyn liittyvistä olosuhteista; taikka 3) jonka on aiheuttanut tapaturma: a) joka liittyy potilaan tutkimukseen, hoitoon tai muuhun vastaavaan käsittelyyn; b) joka on sattunut sairaankuljetuksen aikana, hoituhuoneiston tai -laitteiston palon taikka muun vahingon yhteydessä; tai c) joka johtuu sairaanhoitolaitteiston tai -välineen viasta.

Edellä 1 momentin 1 ja 2 kohdassa tarkoitetuiksi potilasvahingoiksi ei katsota sellaisen lääketieteellisesti perustellun käsittelyn seurausta, joka ei olisi ollut vältettävissä muulla, potilaan hoidon kannalta yhtä vaikuttavalla menettelyllä. Potilaan sairauden tai vamman määrittämiseksi suoritettujen tutkimusten

tännössä, on uudella vahinkotyyppien lajittelulla pyritty yhdenmukaistamaan potilaiden asemaa. Lisäksi hoidon ja vahingon välisen syy-yhteyden todentamisen ongelmallisuus oli tiedossa lakia päivitettäessä. Kyseiseen seikkaan onkin varauduttu siten, että laissa edellytetään ainoastaan todennäköistä näyttöä syy-yhteydestä, kuten yllä olevasta säännöksestä on luettavissa.<sup>100</sup>

Korvausoikeuden edellytyksiä potilasvahinkotilanteissa on käsitelty tarkemmin hallituksen esityksen yksityiskohtaisissa perusteluissa. Lähtökohtana korvauksen saamiselle on se, että vahinko on aiheutunut tutkimuksesta, hoidosta tai muusta vastaavasta käsittelystä. Oikeudellisesti merkitsevä syy-yhteyshetki voi saada alkunsa myös näiden toimintojen negatiivista, eli tutkimuksen tai hoidon toteutumatta jäämisestä, silloin kun tästä aiheutuu henkilövahinkoa perussairauden etenemisen tai vaikeutumisen muodossa. Selvittämismääräys vahingon ja sen seurausten välisestä syy-yhteydestä jää vakuutuslakien ja hyvän vakuutustavan sekä hallintolain *ex officio* -periaatteen nojalla mukaisesti Potilasvakuutuskeskukselle sen saatua potilaan vahinkoilmoituksen. Sen sijaan oikeudenkäynnissä todistustaakanjaosta on voimassa normaalit siviiliprosessuaaliset periaatteet, mikä tarkoittaa sitä, että kantajan on näytettävä toteen kaikki kanteensa perusteena olevat seikat.<sup>101</sup>

Potilasvahinkolain mukainen syy-yhteyden määrittäminen ja näytön vakuuttavuuden taso poikkeavat kuitenkin siitä, mitä perinteisesti edellytetään vahingonkorvausoikeudessa. Hallituksen esityksessä on tunnustettu se merkittävä seikka, että potilasvahinkoasioissa on kysymys monimutkaisista syy-seuraus-suhteista, joita ei aina voida parhaallakaan lääketieteellisellä asiantuntemuksella täysin selvittää. Näin ollen täyden näytön vaatimus, jota noudatetaan mm. vahingonkorvauslakia sovellettaessa, ei tule kyseeseen potilasvahinkolain soveltamisalueella, vaan syy-yhteyden toteamiseksi on riittävää, että vahingon osoitetaan *todennäköisesti* aiheutuneen tutkimuksesta, hoidosta tai muusta vastaavasta käsittelystä taikka niiden laiminlyönnistä. Tä-

---

seurauksena aiheutunut vahinko korvataan kuitenkin potilasvahinkona, jos seuraus on määritettävän sairauden tai vamman laatu ja vaikeusaste sekä potilaan muu terveydentila huomioon ottaen kohtuuton.” Vrt. nykyinen lain sanamuoto, joka ilmenee 2.2. kappaleen alussa.

<sup>100</sup> HE 91/1998 vp, Yleisperustelut, 2. Nykytila, 2.1. Lainsäädäntö ja käytäntö sekä niiden arviointi ja Mikkola - Mikkonen, Uudistunut potilasvahinkolaki (1999), s. 13

<sup>101</sup> HE 91/1998 vp, Yksityiskohtaiset perustelut, 1. Lakiehdotukset, 1.1. Potilasvahinkolaki, kohta ”2 §” sekä Mikkola - Mikkonen - Suhonen - Kallio, Potilasvahinko - Lain sisältö ja soveltamiskäytäntö (2004), s. 31



män lisäksi vahinkotilanteen arvioinnissa joudutaan ottamaan huomioon mm. vahingon tilastollinen todennäköisyys asianomaisen toimenpiteen yhteydessä. Ratkaisun on kuitenkin aina perustuttava kaikki olosuhteet ja todisteet käsittävään kokonaisharkintaan kussakin konkreettisessa tapauksessa. Kun hoidon tai laiminlyönnin ja vahingon välistä syy-yhteyttä voidaan kaikki vahingon mahdolliset syyt huomioon ottaen pitää todennäköisempänä kuin sitä, että syy-yhteyttä ei ole, on vahinko seurausta hoidosta tai laiminlyönnistä. Matemaattisesti ilmaistuna tämä tarkoittaa yli 50 % todennäköisyyttä, ts. tilannetta, jossa hoito tai sen laiminlyönti on vahingon todennäköinen aiheuttaja myös kaikki mahdolliset syyt kokonaisuutena tarkasteltuna.<sup>102</sup>

Hallituksen esityksessä on täsmennetty sitä, miten esitetyn näytön vakuuttavuutta voidaan arvioida. Lähtökohdaksi on otettu potilasvahinkolautakunnan käyttämä viisiportainen asteikko, jossa käytetään ilmaisuja: 1) erittäin todennäköinen, 2) todennäköinen, 2) mahdollinen, 4) epätodennäköinen sekä 5) erittäin epätodennäköinen. Korvattavan potilasvahingon edellytykseksi on asetettu sellainen näytön vakuuttavuuden taso, jonka perusteella syy-yhteyden katsotaan olevan *erittäin todennäköinen* tai *todennäköinen*. Milloin syy-yhteys on kuvattavissa enintään mahdolliseksi, ei vahinko voi olla korvattava.<sup>103</sup> Hallituksen esityksessä korostetaan kuitenkin kokonaisharkintaa, jolloin vaaditusta syy-yhteyden tasosta ja sitä kuvaavasta näytön vakuuttavuudesta voidaan tehdä sellainen johtopäätös, että potilasvahinkolain mukainen syy-yhteys arvio on nimenomaan oikeudellinen. Näin ollen syy-yhteyden täytyy olla oikeudellisesti todennäköinen tai erittäin todennäköinen, jotta vahinko on korvattavissa. Tällöin on nähdäkseni mahdollista hyväksyä korvattavaksi potilasvahingoksi myös sellainen tilanne, jossa syy-yhteyden arvioidaan lääketieteellisesti olevan vain tasolla mahdollinen, mikäli syy-yhteys kaikki asianhaarat<sup>104</sup> arvioiden on silti erittäin todennäköinen tai todennäköinen.

Viljasen mukaan potilasvahinkojen oikeudellinen erityispiirre on se, että tuomioistuimen te-

<sup>102</sup> HE 91/1998 vp, Yksityiskohtaiset perustelut, 1. Lakiehdotukset, 1.1. Potilasvahinkolaki, kohta "2 §", Mikkola - Mikkonen - Suhonen - Kallio, Potilasvahinko - Lain sisältö ja soveltamiskäytäntö (2004), s. 29-30, Narikka, Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä (2001), s. 331 sekä Mikkonen - Hirvensalo - Paakkari (2000), Potilasvahingot ja korvaushakemukset sekä lääkevahingot, s. 355

<sup>103</sup> HE 91/1998 vp, Yksityiskohtaiset perustelut, 1. Lakiehdotukset, 1.1. Potilasvahinkolaki, kohta "2 §"

<sup>104</sup> Ajallinen yhteys on tällöin selkeä, eikä muita vahingon selittäviä tekijöitä voida riittävällä tarkkuudella yksilöidä.

kemä ratkaisu kietoutuu suoraan lääketieteelliseen tietoon. Jotta syy-yhteyksymys voitaisiin ratkaista, tulee tuomioistuimen saada tietoa tietystä hoidosta ja sen seurauksista sekä muodostaa käsitys siitä, mitkä olivat hoidon tai sen laiminlyönnin seuraukset sen käsiteltävänä olevassa konkreettisesti tapauksessa.<sup>105</sup> Näin ollen Routamon, Ståhlbergin ja Karhun toteamus siitä, ettei syy-yhteyden olemassaolon selvittäminen ole varsinaisesti oikeudellinen ongelma, vaikuttaa perustellulta. Oikeudellisia keinoja joudutaankin käyttämään lähinnä silloin, kun selvitystä tapahtumien tarkasta kulusta ei voida saada. Erityisesti hitaasti syntyvien vahinkojen, kuten (joidenkin) potilasvahinkojen kohdalla, syy-yhteyden luotettava todistaminen voi olla kantajalle kohtuuttoman vaikeaa, josta syystä se voidaan katsoa näytetyksi pienemmällä todennäköisyydellä tai vakuuttavuuden asteella kuin normaalisti.<sup>106</sup> Hemmon mukaan syy-yhteysproblematiikan ytimenä ovat tällöin todisteluongelmat, joihin liittyvät olennaisena osana mm. se, ettei teellistä tietoa vaikkapa biologisesta aiheuttamissuhteesta ole lainkaan saatavilla tai se, että kausaliteettisuhteet eriävät yleisellä ja yksilötasolla.<sup>107</sup>

Syy-yhteyksymyksen ratkaiseminen hankaloituu potilasvahinkotilanteissa silloin, kun asiantuntijoina toimivat lääkärit ovat tapauksen lääketieteellisestä puolesta erimielisiä, eikä lääketieteellisellä selvityksellä kyetä perustelemaan sen paremmin vaatimuksen hylkäämistä kuin sen hyväksymistään.<sup>108</sup> Viljasen mukaan asiantuntijaerimielisyyksiä pyritään ratkaisemaan tuomioistuimessa auktoriteettiperusteella mm. niin, että monijäsenistä elintä uskotaan helpommin kuin yksittäistä lääkäriä.<sup>109</sup> Hemmo sen sijaan pitää perusteltuna juuri auktoriteettiaseman korostamista koulukuntaerimielisyyksien ratkaisemisessa ja toteaa, että julkisen asiantuntijaedustajaa pidetään lähtökohtaisesti kaikkein luotettavimpana todistajana. Hän muistuttaa myös siitä, että itse korkein oikeus näyttää omaksuneen kannan, jonka mukaan TEO:n (nyk.

---

<sup>105</sup> Viljanen, Aiheutuuko liuotushoidon myöhästyneestä aloittamisesta potilasvahinkolaisissa tarkoitettua vahinkoa? (2004), s. 14-15

<sup>106</sup> Routamo - Ståhlberg - Karhu, Suomen vahingonkorvausoikeus (2006), s. 331-332

<sup>107</sup> Hemmo, Vahingonkorvausoikeus (2005), s. 123 sekä Hemmo, Vahingonkorvausoikeuden oppikirja (2002), s. 107

<sup>108</sup> Saranpää, Whiplash-vammat vahingonkorvaus- ja todistus oikeudellisena ongelmana (2006), s. 813

<sup>109</sup> Viljanen, Aiheutuuko liuotushoidon myöhästyneestä aloittamisesta potilasvahinkolaisissa tarkoitettua vahinkoa? (2004), s. 14-15 sekä ks. myös Saranpää, Whiplash-vammat vahingonkorvaus- ja todistus oikeudellisena ongelmana (2006), s. 811, jossa hän on todennut saman asian osin Hemmon jo vuonna 2002 esittämien huomioiden pohjalta.

Valvira) edustama asiantuntemus ja julkinen asema antavat sen lausunnoille eräänlaisen presumptioaseman syy-yhteysarvioinnissa.<sup>110</sup> Itse muistuttaisin kuitenkin OK:17.2 mukaisesta vapaan todistusharkinnan mahdollisuudesta, jonka mukaan ratkaisijalla on varsin suuri harkintavalta näytön arvioinnin suhteen riippumatta säännöksessä käytetystä näyttövelvollisuudesta. Tämä johtuu siitä, että yksittäisen tapahtumaketjun osalta ei voida tieteellisestikään aina osoittaa, kuinka todennäköinen syy- ja seuraussuhde vahingon ja vastuuperusteen välillä vallitsee.<sup>111</sup> Tämä mahdollistaa nähdäkseni myös monijäsenisen asiantuntijaelimen näkökannan sivuuttamisen, mikäli yksittäinen lääkäri on etevämmin ja uskottavammin perustellut kannanottonsa syy-yhteydestä. Tällaisesta saa viitteitä myös ennakkotapauksesta KKO:2010:65, jossa korkein oikeus vaikuttaa antaneen enemmän painoarvoa Valviran asiantuntijoiden henkilökohtaisille lausunnoille kuin viraston omalle näkökannalle.<sup>112</sup>

### 3.3. Lääketieteellisen ja oikeudellisen syy-yhteyden eroavaisuuksista

Oikeuskirjallisuudessa on todettu se yksiselitteinen seikka, ettei oikeudellinen ja luonnontieteellinen syy-yhteys ole sama asia, vaikkakin juridinen arviointi rakentuu väistämättä luonnontieteelliselle perustalle.<sup>113</sup> Saarnilehto vahvistaa tämän ja toteaa lisäksi, että lääketieteessä (luonnontieteiden yhtenä osa-alueena<sup>114</sup>) syy-yhteys perustuu tilastoituun tietoon eli ns. kokemussääntöihin siitä, voiko tapahtumasta  $x$  seurata  $y$ . Jos tällaista yhteyttä ei voida tilastollisesti osoittaa, ei lääketieteellistä syy-yhteyttä ole. Tästä olisi helppo vetää se johtopäätös, ettei myöskään oikeudellista syy-yhteyttä voida havaita. Lääketieteelliset tilastot ovat kuitenkin yleensä sellaisia, että niissä tyypillisesti tutkittu tapaus on perusterve henkilö. Henkilövahinkoarviota tehtäessä vahingonkärsinyt sen sijaan harvoin on sellainen, ettei hänellä ole muita saira-

<sup>110</sup> Hemmo, Vahingonkorvausoikeus (2005), s. 131 sekä Hemmo, Vahingonkorvausoikeuden oppikirja (2002), s. 111

<sup>111</sup> Routamo - Ståhlberg - Karhu, Suomen vahingonkorvausoikeus (2006), s. 332-333

<sup>112</sup> Ks. tapausta koskeva tarkempi analyysi alempana olevassa kappaleessa 5.3.

<sup>113</sup> Routamo - Ståhlberg - Karhu, Suomen vahingonkorvausoikeus (2006), s. 318 sekä Hemmo, Vahingonkorvausoikeuden oppikirja (2002), s. 95

<sup>114</sup> Tutkielman laatijan lisäys.

uksia tai vammoja, jotka voivat myötävaikuttaa tai vaikeuttaa syy-yhteyksymyksen ratkaisemista.<sup>115</sup>

Oikeudellisissa ja lääketieteellisissä syy-yhteyskriteereissä on kuitenkin myös yhteneväisyyksiä. Hemmo onkin esitellyt syy-yhteyden vaativan oikeustieteessä sitä, että tarkasteltavan seikan tulee olla ajallisessa yhteydessä vahinkoon. Lisäksi oletetun syyn pitää olla riittävän aiheuttamisvoimainen, eikä muita kilpailevia, selittäviä tekijöitä tulisi löytyä.<sup>116</sup> Nämä oletetulle syyille asetetut oikeudelliset laatuvaatimukset ovat osittain samankaltaisia yllä esitettyjen lääketieteellisten *Bradford Hill* -kriteerien kanssa. Huolimatta näiden vaatimusten osittaisesta yhtenevyydestä, tulee luonnontieteellisin perustein tehtävän syy-yhteyсарvion olla aina tapauskohtainen, joskin yleisenä sääntönä on pidetty mahdollisimman lyhyttä tapahtumaketjua vahinkoa aiheuttaneen teon ja itse vahingon välillä. Pelkkä epidemiologinen syy-yhteys ei kuitenkaan ole ollut riittävä näyttö syy-yhteyden olemassa olosta silloin, kun arviointi on perustunut vahingonkorvauslakiin.<sup>117</sup> Tässä kohtaa on syytä muistaa se, että potilasvahinkolaissa näyttökynnystä on perustellusti alennettu. Täten vaikuttaa siltä, että syy-yhteydestä esitettävän näytön riittävyys voi vaihdella myös oikeudenaloittain.

Oikeudellisen ja lääketieteellisen syy-yhteyden eroavaisuuksia on käsitelty myös korkeimmassa oikeudessa. Tapauksessa KKO:1995:53 korkein oikeus on tullut siihen johtopäätökseen, että kantaja on näyttänyt syy-yhteyden olevan olemassa, vaikka sen lääketieteellinen puoli on ollut epäselvä.<sup>118</sup> Korvausperusteena on kuitenkin ollut kirjoitetun lain ulkopuolinen tuottamuksesta riippumaton vahingonkorvausvastuu, ns. ankara vastuu, josta syystä mm. potilaan todistelumahdollisuudet huomioiden, syy-yhteys on katsottu oikeudellisesti näytetyksi, vaikka siitä ei ole saatu lääketieteellisesti aukotonta tietoa. Ankara vastuu eroaa kuitenkin potilasvahinkolain mukaisesta vastuusta, joten kyseisen oikeusohjeen hyödyntämiseen potilasvahinkotilanteiden syy-yhteyttä arvioitaessa on suhtauduttava varauksellisesti. Korkeimman oi-

<sup>115</sup> Saarnilehto, *Syy-yhteys henkilövahingossa* (2007), s. 3-4

<sup>116</sup> Hemmo, *Vahingonkorvausoikeuden oppikirja* (2002), s. 107-108

<sup>117</sup> Narikka, *Sosiaali- ja terveystalvelujen lainsäädäntö käytännössä* (2001), s. 515-516

<sup>118</sup> Ks. mm. KKO:1995:53 (ään.), jossa todettiin, että "[v]aikka rokotuksen ja sairauden syy-yhteyttä ei voitu pitää lääketieteellisesti selvitettyinä, A:n katsottiin riittävästi näyttäneen syy-yhteyden rokotuksen ja sairastumisen välillä."

keuden argumentointi syy-yhteyden näyttämisestä selittyy kuitenkin sillä seikalla, että oikeudellisessa ratkaisunteossa on luonteenomaista päähuomion kiinnittäminen vain normeista ilmeneviin syihin, joiden nojalla vastuu joko syntyy tai jää syntymättä. Näin ollen tietyn vahingon yhteydessä ei edes pyritä selvittämään sen kaikkia syitä, koska osa niistä on väistämättä ratkaisun tekemisen kannalta epäoleellisia.<sup>119</sup>

Itse pidän yllä mainitun oikeusohjeen hyödyntämismahdollisuuksia kaikesta huolimatta realistisina, sillä myös potilasvahinkotilanteiden ratkaisemiseen liittyy olennaisesti lääketieteellinen puoli, jonka osalta potilaan todistelumahdollisuudet ovat ratkaisevasti heikommat kuin vaikkapa toisena osapuolena olevan Potilasvakuutuskeskuksen saati oikeudessakin asiantuntijoina toimivien potilasvahinkolautakunnan tai Valviran. Samalla tukeudun Isokosken esittämään kannanottoon, jossa hän on pitänyt huomionarvoisena em. oikeustapausta siksi, että korkein oikeus on katsonut kantajan esittäneen juridisesti riittävän selvityksen syy-yhteyden olemassaolosta, vaikka lääketieteellinen tietämys asiasta on ollut epäselvää. Isokosken mukaan korkein oikeus onkin siis kiinnittänyt huomiota sekä asian laatuun että kantajan käytettävissä oleviin todistelumahdollisuuksiin.<sup>120</sup> Itse näen, että korkein oikeus on lisäksi erottanut irrelevantin tähdelli-  
sestä aineksesta, kuten yleisemminkin pyritään oikeudellisessa päätöksenteossa, kun taas lääketieteessä on tärkeää nimenomaisesti kaikkien muuttujien huomioiminen ja niiden vaikutusten arvioiminen käsillä olevan tapauksen arvioinnissa. Tästä huolimatta muussa oikeuskirjallisuudessa on suhtauduttu varauksellisesti kyseiseen oikeustapaukseen muistuttaen siitä, että kyse on ollut terveydenhoidon erityistilanteesta.<sup>121</sup>

### 3.4. Todistustaakan vaikutus näyttökynnyksen ylittymiseksi syy-yhteyden osalta

Saranpään mukaan oikeuskäytännöstä on löydettävissä ennakkotapauksia, joissa korkein oikeus on halunnut osoittaa, miten todistustaakkanormisto kytkeytyy aineellisoikeudellisten tavoittei-

<sup>119</sup> Routamo - Ståhlberg - Karhu, Suomen vahingonkorvausoikeus (2006), s. 321

<sup>120</sup> Isokoski, Henkilövahinkojen lääketieteelliset syy-yhteyksysymykset (2001), s. 123-124

<sup>121</sup> Narikka, Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö käytännössä (2001), s. 520

den toteuttamiseen. Tällöin oikeuskysymyksen jäsentäminen tietyllä, tuomioistuimen hahmottamalla tavalla on vaikuttanut välittömästi myös todistustaakan jakautumiseen. Kyse onkin Saranpään mukaan perustellusta riskinjaosta vahingonkorvaus- ja todistusoikeuden välillä, mitä tulee lainsäädännöstä ilmenevän huolellisuusvelvoitteen noudattamiseen sekä laiminlyönnin ja vahingon välisen syy-yhteyden osoittamiseen. Muussa tapauksessa huolellisuusvelvollisuus jäisi vaille merkitystä, mikäli vahingonkärsijä joutuisi osoittamaan, että vahinko on johtunut huolellisuusvelvollisen laiminlyönnistä.<sup>122</sup>

Todistustaakka liittyy mielestäni myös potilasvahingoissa läheisesti syy-yhteyden määrittämiseen, sillä sen rasittaman osapuolen tulee näyttää väitteensä toteen sen riskin nojalla, että muutoin kyseistä seikkaa ei voida asettaa tuomion perustaksi<sup>123</sup>. Lisäksi Saranpään yllä esitelty näkökanta soveltuu eritoten potilasvahinkolain mukaisen ammattistandardin arvioimiseen ja sitä edeltävään syy-yhteyksykysymykseen, silloin kun kyse on terveydenhuollon ammattihenkilön laiminlyönnin johdosta aiheutuneesta seurauksesta. Myös Saarnilehto on oikeustapauskommentissaan todennut, että henkilövahinkojen kohdalla todistustaakka saattaa kääntyä silloin, kun vahingonkärsijä on esittänyt itselleen edullista näyttöä syy-yhteyden olemassaolosta. Hänen mielestään todistustaakan tulisi tällöin kääntyä vakuutusenantajalle, koska vakuutusyhtiön on helpompi hankkia mm. asiantuntijalausuntoja vakuutuslääkäreiltä kuin yksittäisen vahingonkärsineen. Tämän lisäksi todistustaakka olisi aina sillä osapuolella, joka väittää tapahtumien sattuneen tavallisuudesta poikkeavalla tavalla. Näin todistustaakkanormit eivät muodostuisi oikeutetun vahingonkorvauksen saamisen esteeksi ja mahdollisimman suuri osa vahinkoa tulisi näin korvatuksi.<sup>124</sup>

Vaikka potilasvahinkotapauksia on mahdollista arvioida kahdessa täysin erilaisessa prosessilajissa, ovat näyttökynnystä koskevat normit silti samat, sillä näyttökynnyksestä säädellään aineellisen lainsäädännön puolella potilasvahinkolaissa. Sen sijaan näyttötaakkaa ja näytön arvi-

<sup>122</sup> Saranpää, Näyttöenemmysperiaate riita-asiassa (2010), s. 36

<sup>123</sup> Klami - Rahikainen - Sorvettula, Todistusharkinta ja todistustaakka - Johdatus todistusoikeuden perusteisiin (1987), s. 71

<sup>124</sup> Saarnilehto, Todistustaakka syy-yhteydestä henkilövahingon yhteydessä, s. 4

ointia koskevat säännökset eroavat merkittävästi toisistaan. Todistusoikeuden perussäädöstä eli OK 17 lukua sovelletaan potilasvahinkotapauksissa vain siviiliprosessin puolella. Näytön arviointiin luetaan tällöin Saranpään mukaan sekä todistusharkinnan, näytön riittävydestä päättämisen sekä todistustaakan jaon ongelmat. Huomionarvoista on lisäksi se, että todistustaakanormien merkitys ei rajoitu pelkkään oikeudenkäyntiin, vaan niiden vaikutus on suurimmillaan nimenomaan oikeudenkäynnin ulkopuolella, sillä ne ohjaavat asianosaisia varautumaan todisteluun ja harkitsemaan, kannattaako oikeusriitaa viedä tuomioistuimen ratkaistavaksi.<sup>125</sup> Potilasvahinkotapauksissa tällainen syy-yhteyden näyttämiseen liittyvä todistusongelma kiteytyy nimenomaan potilasasiakirjojen luotettavuuden sekä asiassa käytettyjen ja/tai pyydettyjen asiantuntijalausuntojen ympärille, ts. näytön riittävyden sekä todistustaakan jaon ongelmiin osana vapaata todistusharkintaa. Lisäksi tämä asetelma on nähdäkseni vaikuttanut myös siihen, miksei oikeuskäytäntöä potilasvahingoista juuri ole kehittynyt.

## 4. POTILASASIAKIRJOISTA JA LÄÄKÄRINLAUSUNNOISTA

### 4.1. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista

Potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä koskeva sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298, asiakirja-asetus) on uudistettu 1.8.2009 ja sillä kumottiin vuonna 2001 laadittu vastaava säädös asiakirja-asetuksen 26 §:n mukaisesti. Päivittämisen tarkoituksena oli täsmentää niitä vaatimuksia, jotka kohdistuva potilasasiakirjojen laadintaan, säilyttämiseen, eheyteen yms. seikkoihin. Myös määräaikoja asiakirjojen laatimisen osalta lyhettiin ja terminologisia uudistuksia tehtiin.<sup>126</sup>

Kun asiakirja-asetusta arvio puhtaasti potilasvahinkojen ja tutkielman teeman näkökulmasta, on ehdottomasti tärkein kohta 13 §:n 4 momentti, jonka mukaan ”[e]päillyistä potilas-, laite- ja

<sup>125</sup> Saranpää, Näyttöenemmysperiaate riita-asiassa (2010), s. 23

<sup>126</sup> Valvira, <URL: [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ ja\\_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat](http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat)>

*lääkevahingoista tulee tehdä potilaskertomukseen yksityiskohtaiset merkinnät, joista käy ilmi kuvaus vahingosta, selvitys hoidossa mukana olleista terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä laite- ja lääkevahinkojen osalta kuvaus vahingon epäilyistä syystä. Lääkkeiden ja laitteiden tunnistetiedot tulee merkitä yksilöidysti. Merkinnät tulee tehdä välittömästi sen jälkeen, kun vahinkoepäily on syntynyt.*” Toki myös muut asiakirja-asetuksen pykälät, jotka koskevat riittävien ja täsmällisten merkintöjen tekemistä potilaan saamasta hoidosta ja sen kulusta, ovat ensiarvoisen tärkeässä asemassa. Tämä johtuu siitä, että potilasvahingoksi voidaan katsoa myös mm. hoidossa tapahtunut diagnosoiviive, joka ei ole yhteen täsmälliseen hetkeen rajoittuva tapahtuma, vaan usean viikon tai jopa kuukauden mittainen yhtäkestoinen ajanjakso. Näin ollen tällaisesta potilasvahingosta ei luonnollisesti ole tehty em. kohdan mukaisia merkintöjä, sillä asiaa ei välttämättä ylipäätään hahmoteta mahdolliseksi potilasvahingoksi.

Asiakirja-asetuksen 2 §:n 1 momentissa määritellään potilasasiakirjoihin kuuluviksi niin potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat kuin lääketieteelliseen kuolemansyyntä selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat sekä muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. Asetuksen 7 §:n 1 momentissa säädetään mm., että *”[p]otilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä.*” Lisäksi potilasasiakirjat tulee laatia viivytyksettä kuitenkin viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun asiakas poistuu vastaanotolta tai palvelutapahtuma muutoin päättyy asetuksen 8 §:n 1 momentin mukaisesti. Potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta, joita koskevista tiedoista tulee tarpeellisessa laajuudessa käydä ilmi tulokset, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystarve, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto asetuksen 11 §:n mukaisesti.

Sairauden kulkua koskevista merkinnöistä tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmi mm. taudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet. Vaikutuksiltaan ja riskeil-



tään erilaisten tutkimus- ja hoitomenetelmien valinnasta tulee tehdä merkinnät, joista ilmenee, millaisin perustein valittuun menetelmään on päädytty. Jokaisen toimenpiteen peruste tulee määrittellä selkeästi potilasasiakirjoissa asetuksen 12 §:n 1 momentin mukaisesti. Pykälän 2 momentissa veloitetaan tekemään merkinnät hoidon kulusta niin, että niistä käy ilmi, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia ratkaisuja sen kuluessa on tehty. Hoitoon osallistuneet on tarvittaessa kyettävä selvittämään. Myös osastohoidosta, konsultaatioista ja hoitoneuvotteluista, sairaankuljetuksesta ja ensihoidosta sekä hoidon loppumisesta on tehtävä riittävät ja tarvittavat asiakirjamerkinnät 14-17 §:ien mukaisesti.

Kokonaisuutena arvioiden asiakirja-asetuksessa on erityisen huomionarvoista siinä käytetyt imperatiivi-muotoiset verbit. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että potilasasiakirjojen laatiminen asetuksen mukaisesti on yksiselitteinen velvollisuus terveydenhuollon ammattihenkilöille. Näin ollen harkintavaltaa sen suhteen, mitä potilasasiakirjoihin tulee tai ei tule kirjata, on äärimmäisen vähäinen. Ainoa seikka, joka aiheuttanee tulkintavaikeuksia, on se, millaiset merkinnät tulee katsoa riittäviksi, täsmälliseksi tai tarpeellisiksi. Potilasvahinkojen osalta velvoite on kuitenkin täsmällinen, sillä niistä on laadittava ”*yksityiskohtaiset merkinnät*”. Tämä on nähdäkseni tulkittavissa niin, ettei tavanomainen täsmällisyys riitä, vaan tapaustietojen tulee olla poikkeuksellisen tarkat.

#### 4.2. Lääkärintodistukset oikeudellisessa kontekstissa

Paaso on väitöskirjassaan sivunnut lääkärintodistuksien ja -lausuntojen oikeudellisen sitovuu-den teemaa. Hänen mielestään lääkärin tekemä asiantuntijatoiminta ei tavallisesti ulotu lääkärintodistusmenettelyssä oikeusseuraamusten vahvistamiseen, vaan sen sijaan kyse on oikeustoisuuden toteamisesta. Samalla hän korostaa sitä, että *kaikkea todistelua* koskee OK 17:2 mukainen vapaan todistusharkinnan periaate, jolloin tuomioistuimella on valta ratkaista, mitä asiassa on pidettävä totena, ellei jonkin todisteen vaikutuksesta ole laissa nimenomaista säännöstä.

Tämän lisäksi Paaso täsmentää, että säännös lääkärintodistuksen pätevydestä ilman valallista vahvistusta ei tarkoita sitä, että kyseinen todistus tai lausunto olisi sitova myös todisteena.<sup>127</sup>

Lääkärintodistusten sitovuudesta tai todistusvoimasta ei yleisesti ottaen ole olemassa säännöksiä, joskin kuolintodistusta on poikkeuksellisesti pidetty auktoritatiivisena lääkärintodistuksena. Myös abortointia ja steriloinnista koskevaa lääkärintodistusmenettelyä on pidetty tosiasiallisesti asian lopullisena käsittelynä ja ratkaisemistoimintana, jossa lausunnon todistusarvo poikkeaa lääkärinlausuntojen normaalista todisteluvaikutuksesta.<sup>128</sup> Paaso on lisäksi todennut lisensiaattityössään, että (silloisen) lääkärilain mukaisen lääkärintodistuksen todistusvoima, joka on vahvistettu sanoilla *”minkä kunniani ja omantuntoni kautta vakuutan”*, lähenee julkisten asiakirjain todistusvoimaan rinnastettavaa julkista luotettavuutta (*bona fides publica*).<sup>129</sup>

Myös Palmén on aikoinaan lausunut lääkärintodistuksesta ja lääkäristä asiantuntijatodistajana oivallisesti. Vaikka hänen määritelmistään on vierähtänyt jo vuosikymmeniä, voidaan niitä edelleen pitää ajankohtaisina ja lääkärin asemaa hyvin kuvaavina. Palménin mukaan *”lääkärintodistus on virallinen asiakirja, jossa lääkäri virkansa tai ammattinsa puolesta varmistaa jonkun henkilön terveydentilan tai muuten lääketieteen alaa koskevia tosiasioita”*. Täsmennyksenä Palmén on todennut, että kyseisen todistuksen tarkoituksena on selvittää asianosaisen tai hänen oikeudenomistajiensa oikeudellisiin, taloudellisiin tai yhteiskunnalliseen oloihin vaikuttavia asianhaaroja. Todistuksenantajan yksinomainen tehtävä on puolueettoman ja objektiivisen totuuden selvittäminen. Jotta kaikki tämä onnistuisi tarkoituksenmukaisesti, lääkärin on lääketieteellisten faktojen lisäksi tunnettava myös asiaa koskeva lainsäädäntö. Vaikka lääkäri onkin asiantunteva todistaja, jonka esittämille tiedoille tulisi antaa erikoisasema todistuskappeleina, korostaa Palmén sitä, että lopullisen ratkaisun tekeminen kuuluu kuitenkin viranomaiselle (tai taloudelliselle yhtymälle).<sup>130</sup>

---

<sup>127</sup> Paaso, Vahingonkorvausvastuun normiperusta lääkärintoimessa (1992), s. 290-291

<sup>128</sup> Mt., s. 293-295

<sup>129</sup> Paaso, Lääkärin oikeusasemasta hallinto-oikeuden kannalta (1986), s. 141, ks. myös oma kannanottoni lääkärinlausunnon painoarvosta todisteena kappaleessa 2.4.

<sup>130</sup> Palmén, Lääkärintodistuksista – Ohjeita lääkärintodistusten laatimiseen (1944), s. 5

Nykypäivänä Kunnamo on huomionnut saman asian kuin Palmén ja Paaso koskien lääkärinlausunnon laatimista ja sen tehtävää asiakirjana. Kunnamo toteaaakin ansiokkaasti olevan tärkeää, että lääkäri lausuntoa laatiessaan on perehtynyt etuuden myöntämisen perusteisiin ja vakuutusopimukseen, sillä muuten hänen on vaikea ottaa kantaa etuuden myöntämisen kannalta olennaisiin seikkoihin.<sup>131</sup> Myös Aro toteaa, että lääkärinlausunnon merkitys kasvaa tilanteissa, joissa se on laadittu huolellisesti ja ammattitaitoisesti sekä asianomaiseen lainsäädäntökehiköön paneutuen. Vain tällä tavoin lausunnonlaatija kykenee arvioimaan sen, mitkä asiat lausunnossa on erityisesti tuotava esiin, jotta ratkaisija voisi lausunnon perusteella tehdä korvaukseen liittyvät johtopäätöksensä. Lisäksi Aro on kiinnittänyt huomiota siihen, että erityisesti syy-yhteyttä osoittaessaan (joko ammattitautien tai tapaturmien kohdalla) lääkärin on tärkeää ilmaista lausunnossaan se, milloin hän on havaintonsa tehnyt. Korvauksen myöntämistä voidaan arvioida oikeudenmukaisesti vain silloin, kun potilaan tapaturma tai työltistuminen on luotettavasti kuvattu. Täten lääkärin toiminnan hyvään laatuun kuuluu myös laadukas lausuntomenettely.<sup>132</sup>

Mikäli potilasasiakirjamerkinnot ovat vajaita tai puuttuvat kokonaan, estyy nähdäkseni myös luotettavan lääkärinlausunnon kirjoittaminen, olipa lausunnon laatijana sitten hoitava lääkäri tai ulkopuolinen lausunnonantaja. Lisäksi vaatimus laadukkaasta lausunnonlaatimisesta voidaan ulottaa lainsäädännön velvoitteiden, erityisesti potilasasiakirja-asetuksen, mukaisesti mielestäni myös yleisemmällä tasolla potilasasiakirjojen laadintaan. Yllä esitetyt näkökulmat ovat muutoinkin siirrettävissä myös potilasvahinkotilanteisiin siten, että asiantuntijoina käytettävät lääkärit olisi velvoitettava tutustumaan potilasvahinkolain mukaisiin korvausperusteisiin täsmällisesti. Mikäli korvausperusteet eivät ole lausunnonlaatijalla hallussa, eikä potilasvahinkolain mukainen systematiikka avaudu, voi asiakirjan asiasisältö jäädä jopa lääketieteellisiltä argumenteilta vajaiksi. Lisäksi riski siitä, että lausunnossa lausutaan asioista, jotka ovat tapauksen arviointiin vaikuttamattomia tai muuten irrelevantteja, saattaa mielestäni kasvaa. Samoin asiantuntijalääkäreiden huomiota tulisi kiinnittää siihen, että potilaasta laaditut potilasasiakirja-

---

<sup>131</sup> Kunnamo, Potilaan neuvominen (2000), s. 162

<sup>132</sup> Aro, Vakuutuslääketiede (2000), s. 270-272 sekä 275

merkinnät ovat vajaita, jolloin niistä ei välttämättä löydy kaikkia olennaisia tapaustietoja, kliinisiä havaintoja tai muita asiaan vaikuttavia seikkoja. Näin lausunnonlaatijalla olisi mahdollisuus ottaa kantaa vaihtoehtoisiin tapaustietoihin ja laatia lausuntonsa siten, että siinä käydään läpi todennäköisimmät vaihtoehdot perustellusti.

### 4.3. Potilasasiakirjat ja lääkärinlausunnot todisteena potilasvahinkotilanteessa

Potilasoikeuden kehittymisen aikana oikeuskirjallisuudessa on ollut vallalla käsitys, jonka mukaan potilasasiakirjojen puutteellisuuden on tuskin katsottu aiheuttaneen potilaalle vahinkoa, vaikka puutteellisuus on ollut selkeästi lääkintöhallituksen antamisen ohjeiden ja määräysten vastaista.<sup>133</sup> Hoitohenkilökunnan keskuudessa tiedostetaan kuitenkin se, että potilasasiakirjojen luotettavuuteen liittyy useita epäkohtia. Ahlgrén myöntää käytännön työkokemukseen perustuen merkintöihin liittyvät ongelmat. Hänen mukaansa lääkärin tulisi laatia potilasasiakirjat potilaan läsnä ollessa sekä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan juridisesti oikein, minkä lisäksi myös potilaan vointia ja tapahtumatietoja koskevien merkintöjen tulisi pitää paikkaansa. Näin vältyttäisiin usein täysin mahdottomalta tehtävältä korjata potilaskertomusta jälkikäteen todellista tapahtumankulkua vastaavaksi, mikäli lääkäri ei esimerkiksi muista kyseistä potilasta ja käyntikerran tapahtumia.<sup>134</sup>

Potilasvahinkotilanteisiin liittyvissä potilasasiakirjamerkinnöissä asiaa hankaloittaa Sundmanin käsityksen mukaan myös se, että niin hoitohenkilökunnalta mutta myös potilaalta voi puuttua tieto siitä, mikä potilasvahinko on.<sup>135</sup> Näin ollen olennaisia tapahtumatietoja tai potilaan oireita saattaa jäädä kirjaamatta ylös, kun hoitohenkilökunta ei tiedosta, että kyse voi olla tilanteesta, jossa on perusteltua tehdä potilasvahinkoilmoitus. Tällöin asian jälkikäteinen arviointi jälleen hankaloituu, kun potilasasiakirjamerkinnät ovat mahdollisesti puutteellisia.

---

<sup>133</sup> Achte - Hoppu, Lääkärin taitovirhe ja vahingonkorvausvastuu (1983), s. 15

<sup>134</sup> Ahlgrén, Kokemuksia potilasasiamiestyöstä (2000), s. 162

<sup>135</sup> Sundman, Potilaiden hoitokokemuksia somaattisessa sairaanhoidossa (2000), s. 195

Tietosuojan näkökulmasta potilasasiakirjojen luotettavuutta on arvioinut Ylipartanen. Hän toteaa, että palvelutilanteessa ja sen jälkeen voidaan erottaa potilasrekisteritiedoissa eri todellisuuden tasoja. Ensimmäisen asteen todellisuutta edustaa potilaan itsensä kertoma tieto. Toisen asteen todellisuutta ovat potilasrekisteriin tehdyt merkinnät kyseisistä tiedoista, jotka eivät kuitenkaan aina vastaa tarkoin kertojan eli potilaan tarkoittamaa. Kolmannen asteen todellisuutta ovat puolestaan potilassuhteen ulkopuolisen henkilön, kuten asiantuntijalääkäriin, korvauskäsittelijän tai tuomioistuimen tekemät jälkikäteiset arviot em. merkinnöistä.<sup>136</sup> Tästä syystä hoitohenkilökunnalle voidaan Ylipartasen mukaan asettaa korostettu huolellisuusvelvoite potilasasiakirjamerkintöjä laadittaessa. Merkintöjen tuleekin antaa asianmukaista informaatiota palvelutapahtumasta sekä hoitohenkilökunnan itsensä että potilaan oikeusturvan takia. Esimerkkinä tällaisesta oikeusturvaongelmasta hän mainitsee potilasvahinkotilanteet, joissa asianmukaisia tietoja ei ole kirjattu tai ne on kirjattu virheellisesti. Näin ollen terveydenhuoltopalvelujen laadun sekä toimivan potilassuhteen takuuna ja kulmakivenä voidaan pitää juuri potilastietojen asianmukaista kirjaamista.<sup>137</sup>

## 5. POTILASVAHINKOLAIN SOVELTAMISKÄYTÄNTÖ

Potilasvahinkolakia on sovellettu sen voimassaoloaikana sekä potilasvahinkolautakunnassa että tuomioistuimissa. Alempana tulen esittelemään tiivistetysti tätä soveltamiskäytäntöä.<sup>138</sup> Oikeustapaukset on haettu Finlex-tietopalvelusta hakusanalla ”*potilasvahinko*”, ja niitä löytyi yhteensä 10 kappaletta.<sup>139</sup> Kyseisissä tapauksissa on otettu kantaa siihen, onko kyseessä ollut potilasvahinkolain mukainen korvattava henkilövahinko vai ei, ja millä perusteella. Tarkempi analyysi oikeustapauksista löytyy 5.3. kappaleesta.

<sup>136</sup> Ks. esimerkki kolmannen asteen todellisuudesta ja siitä, miten se hankaloittaa potilasvahinkolain mukaisen arvon tekemistä: potilasvahinkolautakunnan ratkaisusuositus dnro 0202/1998 kappaleessa 5.2.

<sup>137</sup> Ylipartanen, Tietosuoja osana terveydenhuoltopalvelujen laatua (2000), s. 295-296 sekä 299

<sup>138</sup> Ylipartasen termistöä eteenpäin kehiteltäessä voisin kuvata oman analyysini olevan neljännen tason todellisuutta suhteessa alkuperäisiin potilasasiakirjoihin.

<sup>139</sup> Listaus oikeustapauksista Finlex-tietokannasta sanalla ”potilasvahinko”: <URL:http://www.finlex.fi/fi/oikeus/kko/kko/haku.php?search[type]=pika&search[pika]=potilasvahinko&submit=Hae>

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisukäytäntöä on julkaistu pienessä mittakaavassa Suomen Lääkärilehdessä ja sitä koskevat artikkelit ovat löydettävissä sähköisessä muodossa myös Lakikirjasto Edilex'stä. Koska ratkaisusuositukset sisältävät viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (21.5.1999/621, julkisuuslaki) 24 §:n 1 momentin 25 kohdan mukaisesti salassa pidettäviä henkilötietoja, ei käytössäni ole ollut niiden alkuperäisiä versioita. Tutkimuslupaprosessin keston, tutkielman ennalta rajatun lyhyen pituuden sekä mahdollisesti saadun aineiston kattavuuden takia päädyin poikkeuksellisesti hyödyntämään potilasvahinkolautakunnan ratkaisusuosituksia referoivia artikkeleita, joita on julkaistu Suomen Lääkärilehdessä. Tämä lähtökohta on mielestäni hedelmällinen johtuen juuri julkaisun lukijakunnasta – lääkäreistä. Koska juuri voimaan tullut terveydenhuoltolaki painottaa potilasturvallisuutta sekä potilasvahinkojen ennaltaehkäisyä, on hyödyllistä paneutua siihen, millaiseksi potilasvahinkolautakunnan ratkaisukäytäntö on esitetty lääkäreille. Lisäksi artikkelien toimittamisesta ovat vastanneet potilasvahinkolautakunnan puheenjohtajana toimiva Kaivola sekä lääke- ja oikeustieteen tohtori Lehtonen, jolloin kirjoittajien asiantuntemusta voidaan pitää riittävänä sekä artikkelien asiasisällön tutkimista tärkeänä.

Olen käyttänyt potilasvahinkolautakunnan ratkaisukäytäntöä koskevien artikkelien rajaamisessa hakusanoina katkaistuja termejä: ”*puutteel?*”, ”*potilasar?*”, ”*merkin?*” sekä ”*selvit?*”. Tämän jälkeen olen poiminut tutkielmaan ne tapaukset, joissa on ollut ongelmia (potilas-) asiakirjojen niukkuuden, epäselvyyden, ristiriitaisuuden tms. asian perusteella. Kyseiset ongelmat ovat liittyneet joko potilaalle tehtyjen tutkimusten, annetun hoidon tai näiden laiminlyönnin ja hänelle aiheutuneen ylimääräisen henkilövahingon välisen syy-yhteyden selvittämiseen taikka potilasasiakirjamerkintöjen luotettavuuteen osana vahinkoarviota. Jos tällaista ongelmaa ei ole ilmennyt artikkelissa tai epäselvyydet ovat liittyneet tutkielman aiheen ulkopuolisiin teemoihin, on tapauksen käsittely sivuutettu kokonaan.

## 5.1. Potilasvahinkolautakunnan tehtävät ja menettely asian käsittelyssä

Potilasvahinkolautakunnan tehtävänä on potilasvahinkolain 11 a §:n 1 mom. mukaisesti korvauksen hakijan, Potilasvakuutuskeskuksen, terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavan tai korvausten erottelua 9 a §:n nojalla vaativan vakuutuslaitoksen pyynnöstä antaa ratkaisusuositus korvausasiassa sekä tuomioistuimen tai asianosaisen pyynnöstä antaa lausunto tuomioistuimessa käsiteltävänä olevassa korvausasiassa. Potilasvahinkolain 11 a §:n 3 mom. mukaan lautakunnan erityisenä tehtävänä on pyrkiä potilasvahinkoja koskevan korvauskäytännön yhtenäistämiseen. Lautakunnassa käsiteltävinä olevat asiat ratkaistaan potilasvahinkolain 11 b §:n 4 mom. mukaan esittelystä joko täysistunnossa tai täysistunnon asettaman jaoston kokouksessa noudattaen mitä hallintolaissa säädetään.

Siirryttäessä arvioimaan potilasvahinkolain soveltamista prosessuaalisten säännösten valossa on helppo havaita se, että siinä missä tuomioistuimet soveltavat oikeudenkäymiskaaren 17 lukua todistelusta, sijoittuu lautakunta asemaltaan täysin toiseen prosessilajiin. Tämä johtuu siitä, että lautakunta soveltaa toiminnassaan hallintolain (6.6.2003/434) säännöksiä potilasvahinkolain 11 b §:n 4 momentin mukaisesti ratkaistessaan asioita esittelystä. Kun tuomioistuimen tulee OK 17 luvun 2 §:n 1 momentin mukaisesti huolellisesti kaikkia esiintulleita seikkoja harkittuaan päättää, mitä asiassa on pidettävä totena, on lautakunnan huolehdittava hallintolain 31 §:n 1 momentin mukaan asian riittävästä ja asianmukaisesta selvittämisestä hankkimalla asian ratkaisemiseksi tarpeelliset tiedot sekä selvitykset. Mitä riittäväällä selvityksellä tarkoitetaan, riippuu käsiteltävästä tapauksesta. Asianmukaisen selvityksen edellytyksinä pidetään sitä, että ratkaisu perustuu mahdollisimman luotettavaan ja objektiiviseen tietoon, joka on hankittu puolueettomasti ja asianosaisia tasapuolisesti kohdellen. Lisäksi päätös on perusteltava hallintolain 45 §:n mukaisesti, jolloin ratkaisusta tulee käydä ilmi, mitkä seikat on katsottu selvitettyiksi ja mikä oikeudellinen merkitys niillä on annettu, sillä juuri näillä tiedoilla on asianosaisen oikeussuojan kannalta keskeinen merkitys.<sup>140</sup>

---

<sup>140</sup> Mäenpää, Oikeus hyvään hallintoon (2008), s. 155-156 sekä 178-179

Potilasvahinkolautakunta noudattaa hallintolain 31 §:n 1 momentista ilmenevää palveluperiaatetta<sup>141</sup> siitäkin huolimatta, ettei sen tekemä ratkaisu muodosta edunsoovaa hallintopäätöstä, joka saisi aikaan oikeusvaikutuksia, ja johon liittyisi yksipuolista julkisen vallan käyttöä. Lisäksi potilasvahinkolautakunnan on noudatettava hallintolain 2 luvun mukaisia hyvän hallinnon perusteita omassa toiminnassaan. Täten potilasvahinkolautakunta toimii virallisperiaatteen<sup>142</sup> mukaisesti asiaa selvittäessään.<sup>143</sup> Ratkaisusuositukset ovat siten luonteeltaan vain suosituksia, eikä niistä voi valittaa. Näin ollen ratkaisusuositukset eivät sido Potilasvakuutuskeskusta, joka kuitenkin noudattaa niitä käytännössä lähes poikkeuksetta.<sup>144</sup> Potilaan näkökulmasta ajateltuna ratkaisusuosituksen pyytäminen ennen varsinaisen korvauskanteen nostamista Potilasvakuutuskeskusta vastaan on mielekästä erityisesti kuluriski huomioiden.

## 5.2. Potilasvahinkolautakunnan ratkaisukäytäntö

Potilasvahinkolautakunnan antamassa ratkaisussa tapaukseen dnro 1370/1995 oli kyse rintasyövän diagnosoimisessa tapahtuneesta viiveestä, josta syystä potilas oli myöhemmin menehtynyt taudin ehtiessä kehittää etäpesäkkeitä. Arvioinnin kohteena oli se, tuliko suositeltujen lisätutkimusten suorittamatta jättämistä pitää sellaisena taudin diagnosoimisessa tapahtuneena viiveenä, joka oikeutti potilasvahinkolain mukaisiin korvauksiin. Tähän kysymykseen potilasvahinkolautakunta vastasi myöntävästi ja suositti Potilasvakuutuskeskusta maksamaan asianmukaiset korvaukset potilaan kuoleman johdosta.<sup>145</sup>

Mikä tekee mainitusta tapauksesta todistelun kannalta mielenkiintoisen, ovat potilasvahinko-

---

<sup>141</sup> Ks., mt., s. 77-79

<sup>142</sup> Ks., mt., s. 154-155

<sup>143</sup> Tuori - Kotkas, Sosiaalioikeus (2008), s. 308 ja s. 320 sekä ks., mt., s. 232-233, jossa kerrotaan edunsoovan hallintopäätöksen oikeusvoimasta ja luottamuksensuojasta, jotka seikat eivät siis koske potilasvahinkolautakunnan antamia ratkaisusuosituksia.

<sup>144</sup> Mikkola, Potilasvahinkolaki (2000), s. 285 sekä Mikkonen - Hirvensalo - Paakkari (2000), s. 354

<sup>145</sup> Kaivola - Lehtonen, Puutteellinen jälkiseuranta potilasvahinkona (2000), Tapaus 2., kohdat "Tapahtumakuvaus" sekä "Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet"



lautakunnan lausumat potilasasiakirjojen luotettavuudesta. Ensimmäisenä potilasvahinkolautakunta totesi, ettei sairauskertomuksesta ilmene syytä, miksi ehdotettuja lisätutkimuksia ei suoritettu, vaikka potilaasta otetusta solunäytteestä annettu vastaus sekä röntgenlausunto nimenomaan puolsivat niiden tekemistä. Lisäksi sen jälkikäteinen arvioiminen oli mahdotonta, oliko potilas käyttänyt hänelle tutkimusten takia varatun soittoaajan vai ei. Myöskään sitä ei ole voitu selvittää, miksi hoitava taho ei ryhtynyt jatkotoimiin potilaan toimista riippumatta, vaikka tällainen menettely olisi ollut lääketieteellisesti perusteltua vakavaa sairautta epäiltäessä. Potilasvahinkolautakunta katsoi tämän hoitavan tahon velvollisuudeksi huolimatta siitä, oliko potilas itse ollut yhteydessä lääkäriin soittoajalla vai ei.<sup>146</sup>

Tutkimusten laiminlyönnin ja aiheutuneen henkilövahingon välistä syy-yhteyttä koskeva ajatuskulku vaikuttaa mielestäni loogiselta, sillä potilasvahinkolaissa näyttökynnys on asetettu asteelle ”*todennäköinen*”, ei ”*erittäin todennäköinen*” tai ”*varma*”. Näin ollen varmaa näyttöä siitä, miksei tarpeelliseksi katsottuja tutkimuksia tehty, ei tarvita. Sen sijaan siihen potilasvahinkolautakunta ei suoranaisesti ottanut kantaa, onko potilasasiakirjojen puutteellisuudella ollut tosiasiallista merkitystä tapauksen arvioinnin kannalta. Tämä johtunee nähdäkseni siitä, että se on pitänyt jatkotutkimusten tekemistä niin tarpeellisena, että ne olisi tullut suorittaa joka tapauksessa.

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisemassa tapauksessa dnro 1169/1996 oli kyse meningiitin diagnosoimisen viivästyisestä kaksi kuukautta vanhalla vauvalla. Lapsen äiti oli yhteydessä paikalliseen terveyskeskukseen vauvalla ilmenneiden infektiovaivojen vuoksi lukuisia kertoja. Äiti oli kysynyt ohjeita lapsensa sairauden hoitoon sekä lääkärin vastaanotolla että puhelimitse. Myöhemmin oireiden pahennettua äiti vei lapsensa keskussairaalaan, jossa tällä todettiin pneumokokin aiheuttama sepsis ja aivokalvontulehdus eli meningiitti. Lopulta lapselle kehittyi oikean puoleinen hemiplegia ja kouristustaipumuksia, joiden lisäksi lapsen kehitys jäi jälkeen hänen ikätasostaan.<sup>147</sup>

---

<sup>146</sup> Mt., kohta ”Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet”

<sup>147</sup> Kaivola - Lehtonen, Lapsen syvän bakteeri-infektion viivästynyt diagnoosi terveyskeskuksessa (2002),

Kyseisessä tapauksessa on havaittavissa selkeä ristiriita äidin antamien tapaustietojen ja lapsesta tehtyjen potilasasiakirjamerkintöjen välillä, minkä seikan potilasvahinkolautakunta vain ohimennen totesi. Asiaa arvioidessa potilasvahinkolautakunta piti lääkärin menettelyä kuitenkin asianmukaisena lapsen korvien kliinisen statuksen määrittämisen sekä antibioottikuurin määräämisestä pidättäytymisen osalta. Täten on mahdollista olettaa, että se katsoi lääkärin potilasasiakirjamerkinnät uskottavammiksi kuin lapsen äidin kertomuksen toisen korvan tärykalvon sameudesta, vaikkei asiaa suoraan sanotakaan.<sup>148</sup> Sen sijaan hyvästä hoitokäytännöstä potilasvahinkolautakunta lausui, että siihen kuuluu näin nuoren vauvan kohdalla niskan ja pään alueen tutkiminen. Kyseisestä tutkimuksesta ei kuitenkaan ollut potilasasiakirjamerkintöjä. Kun merkinnät sen tekemisestä puuttuivat, katsoi potilasvahinkolautakunta, ettei lasta tutkittu riittävästi terveyskeskuksessa. Samalla potilasvahinkolautakunta piti sairauskertomuksessa olevia merkintöjä lapsen rauhallisuudesta sellaisina, että ne viittasivat oksenteluoireen johtuneen meningiitistä, ei vatsavaivoista. Kaikki nämä seikat huomioiden potilasvahinkolautakunta päätyi pitämään lapsen meningiitti-diagnoosia n. 10 tuntia viivästyneenä, millä on ollut merkittävä vaikutus hoidon lopputulokseen. Näillä perusteilla potilasvahinkolautakunta suositti Potilasvaikutuskeskusta maksamaan potilasvahinkolain mukaisen korvauksen lapselle.<sup>149</sup>

Vaikka potilasvahinkolautakunnan näytön arviointia koskeva osuus ratkaisusuosituksesta vaikuttaa tämän artikkelin valossa äärimmäisen niukalta ja vain rivien välistä luettavalta, voidaan kuitenkin päätellä se, että potilasasiakirjamerkintöjä on pidetty osin puutteellisina. Nämä puutteellisuudet puolestaan ovat viitanneet siihen, ettei lasta ole tutkittu kunnolla terveyskeskuksessa, mikä on johtanut aivokalvontulehduksen diagnosoimisen viivästymiseen. Mielienkiintoista tapauksessa on lisäksi se, ettei potilasvahinkolautakunta vaikuta sanallakaan perustelleen sitä, miksi lääkärin tekemät potilasasiakirjamerkinnät korvien kliinisestä tilasta ovat olleet luotettavampia kuin lapsen äidin kertomus tärykalvon sameudesta. Tämä saattaa kuitenkin

---

Tapaus 2., kohta "Tapahtumakuvaus"

<sup>148</sup> Tähän viittaa mielestäni se, ettei potilasvahinkolautakunta kyseenalaistanut potilasasiakirjamerkintöjen luotettavuutta, vaan katsoi lääkärin maininnat korvien siisteydestä uskottavammiksi kuin äidin kertomuksen.

<sup>149</sup> Kaivola - Lehtonen, Lapsen syvän bakteeri-infektion viivästynyt diagnoosi terveyskeskuksessa (2002), Tapaus 2., kohta "Potilasvahinkolautakunnan lausunnon pääpiirteet"

kin selittyä sillä, ettei korvakipu tai korvan tulehdustila ole meningiitistä kertova oire<sup>150</sup>, eikä lapsen äidillä mitä ilmeisimmin ole ollut lääketieteellistä asiantuntemusta, jolloin lääkärin havaintoja on ollut helpompi pitää uskottavina tämän seikan osalta.

Kyseistä artikkelia on hedelmällistä verrata seuraavaksi esiteltävään tapaukseen dnro 699/2000, jossa on myös ollut kyse lapsen sairauden diagnoosiviiveestä sekä äidin kertomuksesta ja sen uskottavuudesta. Vertailun mielekkyys johtuu siitä seikasta, että (syvien bakteeri-infektioiden) diagnoosi perustuu Kaivolan ja Lehtosen mukaan potilaan oireisiin, kliiniseen tutkimukseen sekä laboratoriotutkimuksiin.<sup>151</sup> Mikäli potilasasiakirjamerkinnot ovat puutteellisia, ristiriitaisia suhteessa muihin tapaustietoihin, tai muutoin laadittu hyvin niukalti, on jälkikäteen potilasvahinkoarvion tekeminen hankalaa. Tämä johtuu siitä, että jos kaikkia kliinisessä tutkimuksessa havaittuja potilaan oireita ei kuvata täsmällisesti potilasasiakirjoissa, voi potilasvahinkolain mukainen vahinkoarvio ajautua heti väärille urille. Tällöin pahimmassa tapauksessa tilanne saatetaan katsoa sellaiseksi, ettei syy-yhteyttä ole lainkaan olemassa ilmoitetun vahingon ja potilaalle tehtyjen tutkimusten ja annetun hoidon tai näiden laiminlyönnin välillä.

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisussa dnro 699/2000 oli kyse noin 4,5-vuotiaan lapsen infektio-oireista ja niihin terveyskeskuksessa saaduista hoito-ohjeista puhelimen välityksellä. Tapaustietojen perusteella selviää, että lapsen äiti käytti tätä lääkärin päivystystapausta pitkästi jatkuneen kovan yskän, korkean kuumeen sekä yllättäen alkaneen päänsäryn takia. Seuraavana päivänä lapsi alkoi lisäksi oksennella, eikä kuume laskenut kuumelääkkeelläkään, mistä syystä äiti soitti uudestaan terveyskeskukseen virka-aikana. Tällöin ohjeeksi annettiin ottaa yhteyttä terveyskeskuksen päivystykseen, jos lapsen tila on edelleen huono. Illalla äidin soittaessa uudestaan terveyskeskukseen, kehoitettiin häntä viemään lapsi suoraan keskussairaalaan, mikäli lapsi oli edelleen kipeä. Myöhemmin keskussairaalassa lapsella todettiin bakteerimeningiitti, joka vaati tehohoitoa ja jonka seurauksena lapselle aiheutui vaikea molemminpuolinen kuulo-

---

<sup>150</sup> Lumio, Aivokalvontulehdus (meningiitti), kohta "Oireet" osoitteessa <URL: [http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00558](http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00558)> sekä Jalanko, Aivokalvontulehdus lapsella, kohta "Syyt ja oireet" osoitteessa <URL: [http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=&p\\_artikkeli=dlk00105](http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00105)>

<sup>151</sup> Mt., kohta "Johtopäätökset"

vaurio. Terveyskeskuksen johtava ylilääkäri myönsi selvityksessään, että äidin kertomuksesta saa sellaisen kuvan, ettei terveyskeskuksen puhelinneuvonnassa kyetty antamaan tälle tarpeeksi selviä ohjeita sairaan lapsen tilan seuraamiseksi tai hoitoon toimittamiseksi.<sup>152</sup>

Tapauksen arvioinut potilasvahinkolautakunta kiinnitti mielestäni poikkeuksellisen esimerkillisesti huomiota siihen, että äidin kertomus ja lapsesta laaditut potilasasiakirjamerkinnät eivät vastaa toisiaan. Äiti oli kuitenkin toiminut niiden ohjeiden mukaisesti, joita hän oletettavasti sai terveyskeskuksesta, minkä lisäksi lapsen oireet olivat pahentuneet meningiitille tyypilliseen tapaan infektion edetessä. Näillä perustein potilasvahinkolautakunta katsoi äidin kertomuksen uskottavaksi. Tätä tapahtumankulkua tukivat sekä osin puutteelliset potilasasiakirjamerkinnät että muut tapaustiedot.<sup>153</sup> Täten voidaan havaita, että potilasvahinkolautakunta kirjasi ylös juuri ne näytön arvioimisen kannalta olennaiset seikat, jotka kertovat siitä, miten se on verrannut keskenään ristiriitaisia tapaustietoja ja millä perustein äidin kertomus on katsottu uskottavaksi.<sup>154</sup> Näin ollen potilasvahinkolain mukaisen arvion tekemisen ensimmäinen vaihe, syy-yhteyden määrittäminen lapsen äidin saaman neuvonnan puutteellisuuden sekä lapselle sittemmin aiheutuneen henkilövahingon välillä, on tehty niin, että se on suoraan luettavissa ratkaisusuositusta referoivasta artikkelista. Tämä on ensiarvoisen tärkeää siksi, että terveyskeskuksen antaman neuvonnan laatu ja laajuus ilmenevät vain äidin kertomuksesta ja potilasasiakirjamerkintöjen niukkuudesta tai täydellisestä puutteesta.

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisussa dnro 1181/1996 oli kyse aluesairaalassa synnytyksen jälkeisenä päivänä tehdystä sterilisaatiosta ja sitä edeltäneen informaation antamisesta potilaalle. Tapaustietojen perusteella ulkomailta Suomeen muuttanut potilas osasi vain heikosti suomea, eikä oman näkemyksensä mukaan ymmärtänyt, että hänen synnytyksen jälkeen ilman tulkin apua allekirjoittama ST 1 -lomake koski sterilisaatiota. Operaatiota edeltäneesti kukaan hoitajista tai lääkäreistä ei selvittänyt hänelle toimenpiteen syytä, eikä suostumuksen varmistami-

---

<sup>152</sup> Kaivola - Lehtonen, Lapsen syvän bakteeri-infektion viivästynyt diagnoosi terveyskeskuksessa (2002), Tapaus 3., kohta "Tapahtumakuvaus"

<sup>153</sup> Mt., kohta "Potilasvahinkolautakunnan lausunnon pääpiirteet"

<sup>154</sup> Toisin kuin välittömästi ylempänä esitetystä tapauksesta. Molemmissa on kuitenkin tehty samankaltainen vahinkoarvio hieman samalla tavalla puutteellisten ja/tai ristiriitaisten selvitysten perusteella.

seksi otettu yhteyttä tulkkiin. Sen sijaan suostumus sterilisaatioon otaksuttiin juuri ST 1 -lomakkeen sekä kuukausia aiemmin terveystieteellisessä raskauden seurantalomakkeeseen tehdyn sterilisaatiomerkinneen perusteella, jolloin mukana oli ollut tulkki.<sup>155</sup> Asiakirjoihin tutustuttuaan ja tapausta sterilisointilain 3 §:n 1 momentin (31.1.1985/125) tunnusmerkistöä<sup>156</sup> vasten arvioituaan potilasvahinkolautakunta katsoi, ettei potilaalle ollut riittävästi selvitetty sterilisoinnin merkitystä ennen operaatiota, jolloin suostumus toimenpiteeseen pyydettiin. Tästä syystä potilasvahinkolautakunta katsoi, että potilaalle oli aiheutunut laissa tarkoitettu ylimääräinen henkilövahinko, joka tuli korvata hänelle potilasvakuutuksesta.<sup>157</sup>

Huomionarvoista yllä mainitussa poikkeuksellisessa äänestystapauksessa<sup>158</sup> on se, että näytön arviointi on kulminoitunut hyvin pitkälti potilaasta tehtyihin potilasasiakirjamerkintöihin, ei niinkään lääketieteelliseen arvioon toimenpiteen teknisestä toteutuksesta tms. seikasta. Tapaustiedot ovat kuitenkin olleet ristiriitaiset sen osalta, miten potilas on asian ymmärtänyt sekä mitä kaikkea potilasasiakirjoihin on merkitty suostumuksesta. Näytön arviointia koskevia perusteluja ei valitettavasti ole kirjattu täsmällisesti ylös, minkä takia jää osin epäselväksi, miksi potilasvahinkolautakunta on päätenyt ratkaisemaan asian potilaan kannalta edullisella tavalla. Osviittaa näytön arvioinnista antaa silti mm. sen huomioiminen, että potilaan suomen kielen taito on ollut heikko, eikä ST 1 -lomakkeen allekirjoittamisen yhteydessä ole käytetty tulkin apua. Näin ollen on selvää, että pelkät kuukausia aiemmin käydyt keskustelut äitiysneuvolassa, joka on lisäksi ollut aluesairaalaan erillinen terveydenhuollon toimintayksikkö, vaikkakin tulkin välityksellä, eivät ole olleet riittäviä suostumuksen saamiseksi sterilisaatiota varten.

---

<sup>155</sup> Kaivola - Lehtonen, Puutteellinen potilasinformaatio ja suostumus sterilisaatioon (2001), Tapaus 2., kohdat "Tapahtumakuvaus" sekä "Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet"

<sup>156</sup> Sterilisointilain 3 §:n 1 momentti kuuluu seuraavasti: "[E]nnen kuin sterilisointi tämän lain mukaan suoritetaan, sterilisointia haluavalle on selvitettävä sterilisoinnin merkitys ja vaikutukset sekä muut mahdollisuudet estää raskaus."

<sup>157</sup> Kaivola - Lehtonen, Puutteellinen potilasinformaatio ja suostumus sterilisaatioon (2001), Tapaus 2., kohta "Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet"

<sup>158</sup> Eri mieltä olleet jäsenet, joiden lukumäärää ei ole kerrottu, eivät ole pitäneet potilaalle tehtyä sterilisaatiota potilasvahinkolain mukaan korvattavana, vaikka ST 1 -lomakkeen allekirjoituksen yhteydessä ei ole käytetty tulkin apua. Sen sijaan eri mieltä olleet jäsenet katsovat, että suostumus sterilisaatioon käy ilmi lukuisista äitiysneuvolassa tulkin avulla käydyistä keskusteluista ja potilaan nimenomaisesta halusta tulla sterilisoiduksi. Ks. tarkemmin mainitun artikkelin kohta "Ratkaisuun liittyvä erillinen eri mieltä olleiden jäsenten lausunto"

Kaivola ja Lehtonen ovatkin todenneet, että potilaan oman toiveen puuttuminen tai hänen selkeästi virheellinen käsitys toimenpiteen sisällöstä ja vaikutuksista johtavat siihen, ettei operaatiota voida pitää lääketieteellisesti perusteltuna. Tällöin riittämätön potilasinformaatio on syy-yhteydessä aiheutuneeseen vahinkoon, sillä kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö olisi voinut välttää vahingon potilasta informoimalla. Täten merkitystä ole sillä, että itse toimenpide on suoritettu moitteettomasti.<sup>159</sup>

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisemassa tapauksessa dnro 0444/1997 oli kyse synnynnäistä lonkkanivelten epämuodostumaa sairastaneelle potilaalle tehdystä oikean lonkan totaaliproteesileikkauksesta sekä operaatiota komplisoineen reisiluumurtuman hoidosta. Potilaan näkemysten mukaan häntä hoitanut lääkäri ei riittävästi selvittänyt sitä, onko käytettäväksi aiottu keidonivel oikean kokoinen. Lisäksi potilas kertoi potilasvahinkolautakunnalle, ettei sairaalan varastossa ollut leikkaushetkellä sopivaa proteesin osaa käytettävänä lainkaan.<sup>160</sup>

Tapaukseen tutustuttuaan potilasvahinkolautakunta totesi, ettei potilasasiakirjoista ilmene millään tavoin se, miten leikkaukseen on varauduttu. Vahvistusta ei löydy myöskään potilaan kannanotolle siitä, ettei käytettävissä olisi ollut oikean kokoista proteesiosaa. Kaiken kaikkiaan potilasvahinkolautakunta piti kuitenkin sekä endoproteesileikkauksen suunnittelua että reisiluumurtuman korjaamiseen käytettyä menetelmää riittämättömänä ja suositti Potilasvakuutuskeskusta maksamaan korvausta potilasvahingosta.<sup>161</sup> Tapausta referoivasta artikkelista käykin jälleen kerran ilmi, että potilasasiakirjamerkinnät ja potilaan kertomus tapahtuneesta eroavat merkittävästi toisistaan. Syy-yhteydestä ja näytön arvioinnista ei kuitenkaan ole lausuttu juuri mitään konkreettista, mistä syystä kyseistä ratkaisusuositusta voi pitää ainakin tältä osin

---

<sup>159</sup> Kaivola - Lehtonen, Puutteellinen potilasinformaatio ja suostumus sterilisaatioon (2001), kohta "Johtopäätökset"

<sup>160</sup> Kaivola - Lehtonen, Virheellinen endoproteesi potilasvahinkona (2001), Tapaus 1., kohdat "Tapahtumakuvaus" sekä "Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet"

<sup>161</sup> Mt.

huonosti perusteltuna.<sup>162</sup> Näin ollen jää osin arvailujen varaan, miten potilasvahinkolautakunta on näyttöä todellisuudessa arvioinut.

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisussa dnro 0202/1998 oli kyse alatiesynnytyksestä kaksosras-kauden päätteeksi sekä potilaan omista toiveista koskien synnytystapaa. Potilas itse kertoo toivoneensa keisarinleikkausta lapselle mahdollisesti aiheutuvaan hapenpuutteeseen liittyvään pelkoonsa vedoten. Kun synnytyslääkärit eivät suostuneet tähän toiveeseen, kertoi potilas ehdottaneensa synnytystä kyykyssä tai tuolissa, joihin vaihtoehtoihin ei myöskään suostuttu. Potilas katsoi lisäksi, ettei hänelle kerrottu riittävästi eri synnytystavoista sekä niihin liittyvistä hyödyistä ja haitoista, mistä syystä alateitse tapahtunut synnytys aiheutti hänelle mm. seksuaalielämän häiriöitä ja episiotomiahaavan tulehduskierteen. Synnytyssalin vastuuhenkilönä synnytyksen aikana toiminut naistenklinikan osastonylilääkäri totesi kuitenkin selvityksessään, että normaali alatiesynnytys oli potilaan kohdalla primaaristi indisoitu ja siitä oli keskusteltu myös potilaan kanssa. Osastonylilääkäri uskoi potilasasiakirjamerkintöjen ja yleisen käytännön perusteella, että päätös valitusta synnytystavasta tehtiin yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.<sup>163</sup>

Arvioituaan tapauksen potilasvahinkolautakunta lausui jälleen kerran hieman ristiriitaisesti ensin pitävänsä tärkeänä sitä, että potilaalle kerrotaan toimenpiteeseen liittyvistä riskeistä, ja että hoito toteutetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämän jälkeen potilasvahinkolautakunta kuitenkin totesi, ettei potilasvahinkolain mukaisessa hoitovahingon käsitteessä ole erikseen kiinnitetty huomiota kumpaakaan näihin seikkaan. Synnytystavan valinnasta lautakunta totesi lakonisesti, ettei käytettävissä olevista potilasasiakirjoista voida arvioida, miten vahva potilaan toivomus synnytystavasta on ollut. Samalla potilasvahinkolautakunta katsoi,

---

<sup>162</sup> Asian todellinen arvioiminen on hankalaa, sillä Kaivola ja Lehtonen eivät ilmeisesti ole referoineet potilasvahinkolautakunnan ratkaisusuositusta sanasta sanaan, vaan kyse on heidän omasta subjektiivisesta näkemyksestä sen suhteen, mitä potilasvahinkolautakunta on asiasta lausunut.

Sama huomio ratkaisusuositusten perustelujen tosiasiallisesta laadusta pätee myös kaikkiin muihin tutkielmassa käytyihin tapauksiin. Kuten olen 6. kappaleen alussa maininnut, ratkaisusuositukset katsotaan salassa pidettäviksi viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (21.5.1999/621, julkisuuslaki) 24 §:n 1 momentin 25 kohdan mukaisesti. Näin ollen olen tyytynyt hyödyntämään julkaistuja tapauksia Suomen Lääkärinlehdestä.

<sup>163</sup> Kaivola - Lehtonen, Synnytystavan valinta potilasvahinkona (2002), Tapaus 2., kohta "Tapahtumakuvaus"

ettei potilas ole ilmeisesti pelännyt juuri alatiesynnytystä. Sen sijaan kyse oli huolesta koskien lasten hyvinvointia ja mahdollista synnytyksen aikaista hapenpuutetta. Mikäli potilas olisi pelännyt nimenomaan alatiesynnytystä, voisi se eräissä tapauksissa olla indikaatio keisarinleikkaukselle. Näillä perustein potilasvahinkolautakunta piti selvänä, ettei hoitomerkinnoista voida päätellä sitä, etteikö synnytystavan valintaa olisi tehty yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.<sup>164</sup>

Itse pidän kyseistä ratkaisusuositusta monilta osin epäonnistuneena. Ensinnäkin vaikuttaa siltä, ettei potilasvahinkolautakunta ole tutkinut asiaa hallintolain 31 §:n 1 momentin mukaisesti sen osalta, olisiko suunnitellusti tehty keisarinleikkaus ollut potilaan kohdalla perustellumpi vaihtoehto kuin alatiesynnytys. Toisekseen potilasvahinkolautakunnan kannanotot potilasasiakirjamerkinnoista ja niistä tehdyistä päätelmistä vaikuttavat osin ristiriitaisilta keskenään. Jos kerran on selvää, ettei potilasasiakirjamerkinnoista ole luettavissa sitä, millaista synnytystapaa potilas on toivonut, on tällöin mielestäni hankala todeta, että hoito on silti toteutettu yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämä johtuu siitä, että potilaan nimenomainen tahto on juuri se olennaisin osatekijä arvioitaessa yhteisymmärryksessä tapahtunutta hoitoa. Kun lisäksi potilasvahinkolautakunta ei ole perustellut omaa näkemystään kunnolla taikka lausunut siitä, miksi se pitää potilaan kertomusta vähemmän luotettavana kuin potilasasiakirjamerkintöjen sisältöä ja omia tulkintojaan niiden merkityksestä, heikentää se ratkaisusuosituksen arvoa entisestään. Tässä näkyy hyvin Ylipartasen mainitsema kolmannen asteen todellisuus potilasasiakirjamerkinnoista tehtävistä tulkinnoista.

Potilasvahinkolautakunnan tapauksessa dnro 0218/1999 oli kyse epäspesifisinä alkaneiden *cauda equina* -oireiden diagnosoinnissa tapahtuneesta viiveestä useammassa eri hoidon vaiheessa alkaen terveyskeskuksen päivystyksestä ja päättyen aina yliopistosairaalassa suoritetun leikkauksen aloittamisajankohtaan. Kyseisessä tapauksessa potilasvahinkolautakunta totesi useassa eri kohtaa, ettei sen ole mahdollista arvioida tiettyjä seikkoja käytettävissä olevan asiakirjaselvityksen perusteella. Tällaisina se mainitsi mm. sen, missä vaiheessa potilaan tilanne on huonontunut tulotilannetutkimuksen ja osastolle siirtymisen välisenä aikana. Lisäksi potilasvahinko-

---

<sup>164</sup> Mt., kohta "Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet"



lautakunta ei voinut arvioida sitä, minkä vuoksi sairaankuljetus terveyskeskuksesta keskussairaalaan oli viivästynyt 2,5-3,5 tuntia. Myös potilaan jatko siirto keskussairaalaan olisi voitu toteuttaa nopeammin kuin myös itse leikkaus yliopistosairaalan olisi voitu toteuttaa nopeammin kuin myös itse leikkaus yliopistosairaalassa. Näin ollen potilaan saama leikkaushoito viivästyi yhteensä n. 8-10 tuntia, millä on syy-yhteys hänelle kehittyneisiin ja mahdollisesti pysyväksi jääviin halvausoireisiin.<sup>165</sup>

Vaikka tämäkin tapaus on ratkaistu osin puutteellisen tai ainakin epätasaisen asiakirjamateriaalin perusteella, eikä lautakunta voinut arvioida kaikkia potilaan saamaan hoitoon vaikuttaneita seikkoja täsmällisesti, on tapaus muutoin käsitelty melko hyvin. Tämä selittyy nähdäkseen sillä, että hoidossa tapahtuneiden viiveiden ja potilaalle aiheutuneiden halvausoireiden välinen syy-yhteys on ollut helpohkosti selvitettävissä sen lääketieteellisen tiedon<sup>166</sup> perusteella, joka liittyy *cauda equina* -syndroomaan diagnosointiin, hoitoon ja nopealla leikkauksella saavutettavaan mahdollisimman hyvään hoitotulokseen. Täten tapahtumankulun ja optimaalisen hoidon välinen differenssi on ollut lääketieteellisesti ja oikeudellisesti helppo määrittää.

Huomautettavaa löytyy myös tapauksen dnro 0219/1999 arvioimisesta mitä tulee potilasvahinkolautakunnan velvollisuuteen selvittää asia hallintolain 31 §:n 1 momentin mukaisesti. Tämä johtuu siitä, ettei lautakunnalla ollut käytettävissään kaikkia potilaasta laadittuja potilasasiakirjoja, mikä seikka on nimenomaisesti todettu, kun se on tehnyt vahinkoarvion. Lisäksi ratkaisusuositusta referoiva artikkeli kirjoitettiin niin, ettei siitä käy millään tavoin ilmi, ovatko mainitut keskussairaalan sisätautipoliklinikalla laaditut potilasasiakirjat olleet juuri epäillyssä vahinkopaikassa laadittuja vai potilaan saamaa muuta hoitoa koskevia asiakirjoja. Artikkelin perusteella on kuitenkin mahdollista olettaa, että puuttuvissa potilasasiakirjoissa oli juuri infektion ja potilaan saaman hoidon väliseen syy-yhteyteen liittyvää tietoa. Täten on epätydyttävää,

---

<sup>165</sup> Kaivola - Lehtonen, Hoidon viive potilasvahinkona (2001), Tapaus 2., kohdat "Tapahtumakuvaus" sekä "Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet"

<sup>166</sup> Ks. Kaivola - Lehtonen, Hoidon viive potilasvahinkona (2001), kohta "Johtopäätökset", jossa todetaan, että hyvä hoitokäytäntö olisi edellyttänyt *cauda equina* -syndrooman hoidossa mahdollisimman nopeaa operaatiota ja siksi leikkauksen viivästymisestä aiheutunut hermovaurio katsottiin korvattavaksi potilasvahingoksi.

ettei potilasvahinkolautakunta hankkinut kyseisiä asiakirjoja,<sup>167</sup> vaikka sillä olisi ollut lain mukaan oikeus ja velvollisuus tehdä niin. Syy-yhteyskysymyksen arviointi vaikuttaakin tapahtuneen lautakunnassa osittain puutteellisten tietojen perusteella. Myös lääketieteelliset argumentit sen osalta, ettei syy-yhteyttä ole infektion ja potilaan saaman hoidon välillä, lienee tehty joiltain osin pelkkiin lääketieteellisiin oletuksiin nojautuen sen sijaan, että päätelmäketjussa nojauduttaisiin autenttisiin potilasasiakirjoihin. Tällöin ratkaisusuosituksen arvo sekä potilaan itsensä kannalta että laajemmassa mittakaavassa heikkenee, vaikka lopputulos ehkä olisikin oikea sen osalta, ettei kyse ollut korvattavasta potilasvahingosta puuttuvan syy-yhteyden takia.

Potilasvahinkolautakunnan tapaus dnro 0007/2001 on siinä mielessä mielenkiintoinen, että se on käynyt myös lääninhallituksen arvioitavana sekä potilasasiakirjojen niukkuuden että potilaan itsemääräämisoikeuden loukkauksen takia. Asiassa oli kyse endometrioosia sairastavalle potilaalle tehdystä leikkauksessa, jossa poistettiin tälle etukäteen asiasta kertomatta myös hänen kohtunsa sekä munasarjat. Läninhallitus totesi lääkärin menettelyn olleen epäasianmukaista, kun potilaan kanssa ei etukäteen keskusteltu ja sovittu kohdun ja munasarjojen poistamisesta. Potilaan suostumuksen selvittämättä jättämisen katsottiin loukanneen hänen itsemääräämisoikeutta, jolloin hoidolta puuttui myös sen luvallisuus. Lisäksi lääkärin laatimat potilasasiakirjamerkinnot katsottiin vaillinaisiksi, sillä tämä ei ollut kirjannut perusteluja mainittujen toimenpiteiden tekemiselle.<sup>168</sup>

Kun potilasvahinkolautakunta teki asiassa oman arvionsa, ei se todennut mitään täsmällistä siitä, mikä merkitys lääkärin tekemillä vaillinaisilla potilasasiakirjamerkinnoilla oli tapauksen ratkaisemisen kannalta. Sen sijaan potilasvahinkolautakunta lausui vain sen, että asiakirjaselvityksen perusteella potilaalle suoritetun leikkauksen laajentaminen kohdun poistoksi ei ole ollut lääketieteellisesti perusteltua, sillä tästä mahdollisuudesta ei keskusteltu hänen kanssaan etukä-

---

<sup>167</sup> Kaivola - Lehtonen, Diabeetikon leikkauskomplikaatio potilasvahinkona (2003), Tapaus 1., kohta "Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet"

<sup>168</sup> Kaivola - Lehtonen, Kohdun poistoon liittyvät potilasvahingot (2003), Tapaus 3., kohta "Tapahtumakuvaus"

teen.<sup>169</sup> Näin ollen epäselväksi jää se, miten tällaisia tapauksia potilasvahinkolautakunnassa arvioidaan näytön osalta, kun etukäteen on tiedossa lääkärin virheellinen menettely potilasasiakirjamerkintöjen osalta, josta valvontaviranomainen on lausunut ja antanut tälle huomautuksen.<sup>170</sup>

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisussa dnro 559/2001 todettiin, että potilaan esiintuomat seikat liittyen vahinkotapahtumaan eivät ilmene hänestä laadituista potilasasiakirjoista lainkaan. Tapauksessa oli kyse supraspinatusruptuuran hoidosta kortisoni-injektion avulla, mikä kyseisen potilaan näkemyksen mukaan epäonnistui, sillä pistosta annettaessa neula irtosi ruiskusta ja lääkettä valui sekä kädelle että pistoskohdan ympärille. Lisäksi pistoksen uusimiseksi ei käytetty uutta steriiliä neulaa, vaan toinen pistos annettiin samalla neulalla.<sup>171</sup> Mainittua ratkaisusuositusta käsittelevä artikkeli on kuitenkin huomattavan erilainen riippuen siitä, lukeeko tapausta Lakikirjasto Edilexin kautta vai Suomen Lääkärilehdestä. Eroavuudet koskevat nimenomaan sitä, mitä potilas on kertonut injektiotapahtumasta ja mitä siitä on kirjattu potilasasiakirjoihin. Edilexin kautta tapaukseen tutustuttaessa kirjoittajat Kaivola ja Lehtonen mainitsevat potilasvahinkolautakunnan todenneen, etteivät potilaan kertomat ongelmat ilmene potilasasiakirjoista. Sen sijaan Suomen Lääkärilehteä selattaessa voi huomata, ettei siinä ole lainkaan mainittu sitä, että potilas on kertonut pistoksen antamiseen liittyvistä ongelmista, joita ei ole kirjattu potilasasiakirjamerkintöihin. Kuitenkaan kummassakaan artikkelin versiossa Kaivola ja Lehtonen eivät ole tarkemmin käsitelleet tätä olennaista näyttöä koskevaa seikkaa, jossa potilaan kertomus ja hänestä laaditut potilasasiakirjamerkinnät ovat merkittävästi ristiriidassa keskenään. Näin ollen on mahdotonta sanoa, miten potilasvahinkolautakunta on arvioinut oikeudellisesti merkittävää näyttöä, kun kerran tapaustiedot ovat erittäin ristiriitaiset ja artikkeliver-

---

<sup>169</sup> Mt., kohta ”Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet”

<sup>170</sup> Tähän liittyvä kannanotto olisi mielestäni ollut äärimmäisen perusteltu ja voisi antaa tulkinta-apua myös myöhemmin vastaavanlaisia tapauksia ratkaistaessa, sillä menettely potilasvahinkolautakunnassa on yksinomaan kirjallista. Täten näytön arviointi tilanteissa, joissa kirjallisen materiaalin tiedetään olevan virheellistä, tulisi tehdä niin, että sitä koskevat perustelut on luettavissa suoraan ratkaisusuosituksesta hallintolain 45 §:n mukaisesti.

<sup>171</sup> Kaivola - Lehtonen, Kortisoni-injektioon liittyvän infektion korvaaminen (2006), Tapaus 1., kohdat ”Tapahtumakuvaus” sekä ”Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet” sekä sähköinen versio mainitusta artikkelista, joka on haettavissa Lapin yliopiston käyttäjätunnuksilla osoitteesta <URL: [http://www.edilex.fi.login.ezproxy.ulapland.fi/oikeuskaytanto/pvltk/sll2006\\_5.html](http://www.edilex.fi.login.ezproxy.ulapland.fi/oikeuskaytanto/pvltk/sll2006_5.html)>

siot eroavat lisäksi toisistaan.<sup>172</sup>

Potilasvahinkolautakunta totesi tapauksessa dnro 755/2001, ettei potilasasiakirjoista selviä, miksi potilaalle suoritetuksi suunnitellun operaation ja sitä edeltävän puudutuksen välillä on ollut pitkä, lähes kahden tunnin tauko. Potilaalle on kuitenkin myöhemmin aiheutunut kompression takia kyynärhermon vaurio, joka on voinut syntyä joko kyseisen viiveen aikana leikkauspöydällä maatesa tai sitten toimenpiteen jälkeen potilaalle asetetun pehmustamattoman lentokonelastan käytön vuoksi. Koska lastan kunnollinen pehmustaminen seuraavana päivänä auttoi potilaan tilanteeseen, katsoi potilasvahinkolautakunta, että se oli hermovaurion todennäköinen aiheuttaja sen sijaan, että vaurio olisi aiheutunut huonon asennon takia jo leikkauspöydällä. Muuta kannanottoa potilasasiakirjamerkintöjen puutteellisuuteen potilasvahinkolautakunta ei ole antanut, sillä se katsoi muun materiaalin perusteella syy-yhteyden selvitettyksi potilaalle aiheutuneen vahingon ja terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnan välillä.<sup>173</sup> Näytön arviointi on kuitenkin kirjoitettu jollain tavalla näkyviin itse ratkaisusuositukseen mainiten tosin vain niukasti, millä perusteella syy-yhteys katsottiin selvitettyksi.

Potilasvahinkolautakunta on ottanut kantaa kausalgian kehittymiseen potilaalle potilasvahingon seurauksena tapauksessa dnro 0894/2002. Asiakirjoihin tutustuttuaan potilasvahinkolautakunta totesi, ettei kausalgian tarkka kehittymisajankohta selviä potilaasta laadituista potilasasiakirjamerkinnöistä. Käytännössä tämä lienee tarkoittanut sitä, että kyseiseen oireyhtymään viittaavat oireet, kuten voimakas yliherkkyys, tuntoherkkyys, palelemisoireet sekä tartuntayliherkkyys, ovat jääneet täsmällisesti kirjaamatta potilasasiakirjoihin. Tästä huolimatta potilasvahinkolautakunta piti selvänä, että kokeneen käsikirurgiaan erikoistuneen lääkärin olisi tullut havaita nämä potilaan oireet jo kontrollikäynnillä huhtikuussa 2001 ja lähettää hänet kausalgiaa ehkäisevään hoitoon kipupoliklinikalle. Kun potilaasta laadittiin lähete kipupoliklinikalle vasta joulukuussa 2001 ja varsinainen hoito alkoi helmikuussa 2002, katsoi potilasvahinkolautakunta, ettei potilaan hoidossa saavutettu ammattistandardia. Tämä johtui siitä, että kausalgiaa ehkäisevä hoito

---

<sup>172</sup> Mt.

<sup>173</sup> Kaivola - Lehtonen, Kiertäjäkalvosimen repeämän hoito (2004), Tapaus 3., kohta "Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet"

alkoi kuukausien viiveellä, kun taas ajoissa aloitetulla asianmukaisella hoidolla sen syntyminen olisi kyseisen potilaan kohdalla todennäköisesti voitu estää.<sup>174</sup>

Vaikka kausalgiaa koskeva tapaus on ratkaistu potilaan kannalta edullisella tavalla, on potilasvahinkolautakunta pidättäytynyt lausumasta potilaalle aiheutuneen vahingon ja terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnassa tapahtuneen laiminlyönnin välisestä syy-yhteydestä täsmällisesti. Syy-yhteykskysymys lienee kuitenkin ratkaistu siten, että potilasvahinkolautakunta on etsinyt potilasasiakirjamerkinnoista sen viimeisimmän ajankohdan, jolloin kausalgiaan viittaavat oireet on todettu potilaalla. Ajankohdan määrittämisperusteet olisi kuitenkin ollut asianmukaista kirjata ylös tarkemmin etenkin, kun potilasasiakirjamerkinnot vaikuttavat olleen tapauksessa osin puutteellisia. Tällöin olisi saatu vastaus siihen, viittaavatko tehdyt potilasasiakirjamerkinnot siihen, että ne on tehty ylimalkaisesti vai siihen, että potilaan terveydentila on todella muuttunut merkittävästi vasta tuolloin huhtikuussa 2001. Samalla näyttöä koskeva arviointi olisi ollut mielestäni laadukkaampaa ja perustelut ammattistandardin mukaisuudesta avautuisivat paremmin. Nähdäkseni tällaista perustelunäkökulmaa puoltaa myös se Kaivolan ja Lehtosen toteama seikka, että krooninen kipuoireyhtymä on monietiologinen tila, jonka diagnostisena ongelmana on vähäinen objektiivinen löydös mutta laaja toiminnanhäiriö.<sup>175</sup> Nyt syy-yhteykskysymyksen perusteluissa olevat puutteet heikentävät mielestäni kyseistä ratkaisusuositusta, sillä tapauksessa on ollut kyse juuri kausalgiaan viittaavien oireiden tunnistamisesta riittävän ajoissa ammattistandardin mukaisesti.

Potilasvahinkolautakunta on poikkeuksellisen suorasanaisesti ottanut kantaa potilaan hoidon dokumentointiin ja sen vaikutukseen vahinkoarvion tekemisen osalta tapauksessa dnro 0650/2003. Siinä oli kyse laskimotrombipotilaan heittelevistä INR-arvoista sekä hepriini- ja Marevan-hoidoista. Saadun materiaalin perusteella potilasvahinkolautakunta totesi, ettei terveyskeskuksessa laadituista potilasasiakirjoista selviä, miten potilaan varfariini-annosta on muutettu kontrolliverikokeista saatujen tietojen vuoksi. Lisäksi potilasvahinkolautakunta huomasi, ettei

---

<sup>174</sup> Kaivola - Lehtonen, Kipuoireyhtymän korvaaminen potilasvahinkona (2005), Tapaus 2., kohta "Potilasvahinkolautakunnan ratkaisu"

<sup>175</sup> Kaivola - Lehtonen, Kipuoireyhtymän korvaaminen potilasvahinkona (2005), kohta "Päätelmät"

potilaan saamaan hoitoa ole kokonaisuutena dokumentoitu kaikilta osin ”täydellisesti”, mutta piti sitä yleisesti ottaen kuitenkin asianmukaista. Samalla potilasvahinkolautakunta katsoi, että vaikka potilaan hoitoon olisikin dokumentoimattomien kohtien aikana liittynyt laiminlyöntejä, siitä ei ollut voinut aiheutua potilasvahinkolain mukaisesti korvattavaa henkilövahinkoa.<sup>176</sup>

Vaikka potilasvahinkolautakunta on esimerkillisesti kiinnittänyt huomiota potilasasiakirjamerkintöjen puutteellisuuteen, on kyseinen artikkeli mielestäni kokonaisuutena harkitsemattomin sanankääntein laadittu. Tämä näkyy mm. siten, että siinä käytetyt virkkeiden sisäiset viittaukset ovat mielestäni epäselviä ja sanavalinnat muutenkin ontuvia. Hoidon dokumentoinnin yhteydessä kirjoittajat ovat käyttäneet adjektiivia ”täydellisesti”. Potilasasiakirja-asetuksessa ei kuitenkaan puhuta hoitotietojen täydellisestä kirjaamisesta, vaan potilasasiakirjamerkintöjen tulee olla laajuudeltaan riittävät, jotta potilaan hyvä hoito, sen suunnittelu ja toteuttaminen sekä seuranta ovat järjestettävissä (potilasasiakirja-asetuksen 7 §:n 1 momentti säädöksessä 19.1.2001/99). Ratkaisusuosituksen laadun tasoa laskee myös se toteamus, ettei potilaalle ole voinut aiheutua potilasvahinkolaissa tarkoitettua ylimääräistä henkilövahinkoa, vaikka hoitoa olisi laiminlyöty ja nämä osuudet olisi jätetty dokumentoimatta. Tällainen argumentti on mielestäni hyvin arveluttava, sillä tapauksen ratkaisemisen kannalta olennaiset hoidon eri vaiheet on jätetty asianmukaisesti kirjaamatta potilasasiakirjoihin. Näin tapauksen arviointi on hankaloitunut, vaikka itse kirjaamatta jättäminen konkreettisenä tekona ei välttämättä ole aiheuttanut ylimääräistä henkilövahinkoa. Mielestäni Kaivolana ja Lehtosen tulisikin pidättäytyä tällaisen kirjoitustyylin käyttämisestä, sillä nyt ratkaisusuosituksesta voi saada kokonaisuutena kuvan, ettei potilasasiakirjojen laadulla ole merkitystä potilasvahinkoarviota tehtäessä.

Potilasvahinkolautakunta on nimenomaisesti ja omaan aiempaan ratkaisukäytäntöönsä verrattuna osin ehkä poikkeuksellisesti todennut potilasasiakirjamerkintöjen olevan niukkoja monien eri seikkojen kohdalla tapauksessa dnro 1042/2008. Arvioitavassa tapauksessa kyse oli refluktudin leikkaushoidon aiheellisuudesta potilaalla ilmenneiden oireiden perusteella. Potilasasia-

---

<sup>176</sup> Kaivola - Lehtonen, Antikoagulanttihoidon seuranta (2004), Tapaus 1., kohta ”Potilasvahinkolautakunnan ratkaisu”

kirjamerkintöjen perusteella potilasvahinkolautakunta ei kuitenkaan pystynyt arvioimaan, miten pitkään potilas oli kärsinyt refluksoireista, eikä sitä, miten kauan potilas oli käyttänyt happosalpauslääkettä ennen leikkausta. Potilas kertoi itse lääkekuurin kestäneen vain 10 päivää, ennen kuin hänelle suoritettiin fundoplikaatio ja palleatyrän korjaus tähystystoimenpiteessä. Lisäksi potilasasiakirjamerkinnöistä ei käynyt ilmi, oliko potilaalle kerrottu lääkehoidon mahdollisuudesta sekä leikkauksen riskitekijöistä ennen operaatiota. Tästä potilas puolestaan totesi, ettei hänelle tarjottu lainkaan lääkehoitoa. Hänelle ei myöskään kerrottu leikkaukseen liittyvistä riskeistä, jotka potilaan kohdalla sittemmin realisoituivat nielemisvaikeuksina ja olivat pahempia kuin itse refluksitauti. Näihin seikkoihin nojautuen potilasvahinkolautakunta katsoi, että asianmukaisen potilasinformaation saatuaan potilas olisi todennäköisesti valinnut hoitovaihtoehtoista nimenomaan lääkkeiden käytön jatkamisen.<sup>177</sup>

Potilaalla ilmenneiden nielemisvaikeuksien ja fundoplikaatio-toimenpiteen välisestä syy-yhteydestä potilasvahinkolautakunta on todennut, että mainitut oireet ovat todennäköisesti seurausta kyseisestä leikkauksesta. Potilasvahinkolautakunta päätyi tähän arvioon siitakin huolimatta, ettei potilasasiakirjoista ilmennyt edes se, milloin nielemisvaikeudet alkoivat potilaalla. Potilas ilmoitti kuitenkin kertoneensa nielemisvaikeuksista leikkaneelle lääkärille jo kahden viikon kuluttua toimenpiteestä. Tällaiseen näyttöön nojautuen potilasvahinkolautakunta totesi, että potilaan refluksitautia olisi ollut perusteltua hoitaa konservatiivisesti. Vaadittua ammattistandardia ei siis saavutettu siksi, että potilas leikattiin vain relatiivisten leikkausindikaatioiden takia lyhyen seurannan jälkeen ja tekemättä asianmukaisia lisätutkimuksia. Koska potilasvahinkolautakunta piti lisäksi todennäköisenä, että potilaan refluksitauti olisi saatu hallintaan juuri lääkehoidolla, katsoi se fundoplikaation toimenpiteeksi, jolta olisi voitu asianmukaisesti toimimalla todennäköisesti välttyä. Näin ollen potilasvahinkolautakunta suositti Potilasvakuutuskeskusta maksamaan asianmukaiset korvaukset potilaalle.<sup>178</sup>

---

<sup>177</sup> Kaivola - Lehtonen, *Nielemisvaikeudet refluksitaudin leikkaushoidon komplikaationa* (2009), Tapaus 2., kohta "Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet"

<sup>178</sup> *Ibid.*

### 5.3. Korkein oikeus ja lääketieteellinen syy-yhteysarviointi

Korkein oikeus on käsitellyt potilasvahinkoon liittyviä riitoja vain muutaman kerran. Näistäkin tapauksista ennakkopäätökset KKO:1997:178 ja KKO:1998:79 voi jättää kokonaan käymättä läpi, sillä niistä ei ole juurikaan löydettävissä oikeusohjeita, joita voisi yleistäen hyödyntää potilasvahinkojen syy-yhteysarviointia koskevassa päätöksenteossa. Tämä johtuu siitä, että ensimmäisessä on kyse kosmeettisen haitan aiheuttaman aineettoman vahingon korvaustasosta, ts. korvauksen määrästä. Jälkimmäisessä tapauksessa sen sijaan käsitellään virustartunnan takia aiheutunutta masennusta potilasvahinkona tilanteessa, jossa itse hoitotoimenpide on suoritettu Suomen ulkopuolella ostopalvelusopimukseen perustuen. Kun kyseiset tapaukset käsittävät joko soveltuvan korvaustason määrittämisen tai kokonaisuudessaan äärimmäisen poikkeuksellisen potilasvahinkotilanteen, en näe mielekkäänä analysoida niitä tutkielman teeman rajoituksessa täysin toisenlaisiin ongelmiin. Näin ollen kyseisiin tapauksiin ei tämän jälkeen viitata.

Sen sijaan aion esitellä näin heti aluksi muita oikeustapauksia, joissa on käytetty lääketieteellistä asiantuntemusta syy-yhteysarviointia tehtäessä. Tällaisia ovat korkeimman oikeuden kaksi uudehkoa tapaus KKO:2010:15 sekä KKO:2010:65, joissa on käsitelty nimenomaan syy-yhteyden olemassaoloa edellytyksenä tapaturmakorvauksen saamiselle. Ensimmäisessä oli kyse hyökkäys-tilanteesta, jonka johdosta A oli saanut puremavamman ja nyrjäyttänyt ranteensa oikeasta kädestä syyskuussa 1992. Myöhemmin A:n oireet olivat pahentuneet ja hänellä todettiin RDS-syndrooma, vaikka hermo- ja lihassähkö- sekä kuvantamistutkimuksissa ei löydetty mitään poikkeavaa. Vakuutuskorvauksien maksamisesta vastuussa ollut vakuutusyhtiön epäsikin korvaukset helmikuussa 1994 katsoen, etteivät A:n oireet johtuneet hänellä aiheutuneesta tapaturmasta, vaan sairausperäisestä olkapää-käsi-sormi -oireyhtymästä ja sympaattisen hermoston liika-aktiiviteetista. A valitti asiasta sekä tapaturmalautakuntaan että vakuutusosoikeuteen, jotka molemmat päätyivät asiassa samalla kannalle kuin vakuutusyhtiö. Vakuutusosoikeus katsoi lisäksi, ettei A:lle ollut voinut aiheutua sellaista vammaa mainitun tapaturman yhteydessä, joka valitsevan lääketieteellisen tietämyksen perusteella olisi myöhemmin voinut kehittyä RDS-syn-



droomaksi.<sup>179</sup>

Korkein oikeus tutki asian, kumosi vakuutusosoikeuden päätöksen ja velvoitti vakuutusyhtiön maksamaan A:lle lain mukaisen korvauksen tapaturman johdosta. Perusteluinaan korkein oikeus totesi, että A:ta hoitaneet lääkärit katsoivat RDS:n kehittyneen hänelle tapaturman johdosta, mikä on hyvin tyypillistä kyseisenkaltaisille vammoille. Tähän samaan näkökantaan yhtyi myös Valviran pysyvä asiantuntija<sup>180</sup>, joka totesi, että A:n taudinkulku on ollut täysin tyypillinen, vaikka RDS-diagnoosi<sup>181</sup> onkin tehty viiveellä. Pysyvä asiantuntija piti syy-yhteyttä A:lle aiheutuneen tapaturman ja hänellä todetun CRPS 1 -syndrooman välillä erittäin todennäköisenä. Myös Valvira yhtyi tähän lausunnossaan ja totesi, että nykyisen lääketieteellisen tietämyksen perusteella RDS-kipuoireyhtymän voidaan katsoa olevan syy-yhteydessä A:lle aiheutuneeseen tapaturmaan. Näihin lääketieteelliseen selvityksiin vedoten korkein oikeus katsoi, että A:n RDS-syndrooma on tapaturman seurausta etenkin, kun muita selittäviä tekijöitä kiputilan kehittymiselle ei ole löytynyt. Korkein oikeus pitääkin selvänä sitä lääketieteellistä seikkaa, että RDS- / CRPS 1 -syndrooma voi kehittyä henkilölle lievän trauman seurauksena, josta ei aina jää selviä jälkiä.<sup>182</sup>

Jälkimmäisessä tapauksessa A sai oikeaan polveensa lievän ruhjevamman helmikuussa 2005 työtapaturman seurauksena. Oikean polven kiputilan pitkittyessä hänelle tehtiin tähystys ja kuvantamistutkimuksia, joissa ei todettu selittävää syytä oireilulle. A sai kuitenkin CRPS-diagnoosin muiden kliinisten löydösten perusteella. Lisäksi jalan kiputila paheni entisestään tutkimustarkoituksessa tehdyn tähystyksen jälkeen. Lokakuussa 2005 A:n asiaa käsitellyt vakuutusyhtiö katsoi, ettei A:n työkyvyttömyys johdu 19.2.2005 jälkeen työtapaturmasta, eikä A ole oikeutettu korvauksiin hoitokulujen osalta enää 13.8.2005 jälkeen. A:n valitti asiasta tapaturmasioiden muutoksenhakulautakuntaan ja vakuutusosoikeuteen, jotka molemmat katsoivat vakuutusyhtiön päätöksen hyväksyttäväksi, mitä tulee lääketieteellisen syy-yhteyden arvioimiseen

<sup>179</sup> KKO:2010:15, Asian aiempi käsittely

<sup>180</sup> LKT ja kirurgian sekä käsikirurgian erikoislääkäri ja käsikirurgian dosentti Jorma Ryhänen

<sup>181</sup> RDS-syndroomasta (Reflex Sympathetic Dystrophy) käytetään nykyään nimitystä CRPS 1 -oireyhtymä (Complex Regional Pain Syndrome 1).

<sup>182</sup> KKO:2010:15, Korkeimman oikeuden ratkaisu

A:n pitkittyneiden oireiden ja tapaturman välillä.<sup>183</sup>

Myös tässä tapauksessa korkein oikeus ratkaisi asian toisin, kumosi vakuutusosoikeuden päätöksen ja määräsi vakuutusyhtiön maksamaan A:lle lain mukaisen korvauksen CRPS-oireyhtymän johdosta. Päätöksessään korkein oikeus on todennut lääketieteellisiin arvioihin nojautuen, että A:ta koskevista hoitaneiden lääkärin laatimista potilasasiakirjoista selviää CRPS-kiputilan kehittyminen todennäköisimmin työtapaturman seurauksena. Lisäksi molemmat Valviran pysyvät asiantuntijat<sup>184</sup> ovat todenneet, että A:lla on kiistaton CRPS-löydös, joka on todennäköisessä syy-yhteydessä työtapaturmaan. Samalla kyseiset asiantuntijat ovat katsoneet, ettei muita selittäviä tekijöitä A:n CRPS-kiputilalle ole, vaikkakin hänelle suoritettu polven tähystys on voinut entistään pahentaa kipuoireita. Vastoin omia asiantuntijoitaan Valvira on omassa lausunnossaan asiaa mitenkään perustelematta katsonut A:n kiputilan ja työtapaturman välisen syy-yhteyden vain mahdolliseksi. Korkein oikeus on kuitenkin ansiokkaasti huomionnut tämän puutteen Valviran lausunnossaan ja päätenyt samalle kannalle syy-yhteyden toteamisessa kuin viraston pysyvät asiantuntijat. Lisäksi korkein oikeus on todennut yleiseen lääketieteelliseen kokeemukseen viitaten olevan selvää, että ihmiselle voi aiheutua CRPS-oireyhtymä myös lievän trauman yhteydessä, josta ei jää selviä näkyviä jälkiä<sup>185</sup>. Kun asiassa ei ole esitetty muuta uskottavaa syytä A:n vamman aiheuttajaksi kuin mainittu työtapaturma, on korkein oikeus päätenyt katsomaan syy-yhteyden näytetyksi. Tähystyksen mahdollisen pahentavan vaikutuksen korkein oikeus on katsonut kuuluvan tapaturmavakuutuksen perusteella korvattavien vahinkojen piiriin, sillä se on ollut välttämätön toimenpide A:n hoitamiseksi. Näillä perusteilla korkein oikeus totesi, että CRPS-kiputila on seurausta A:lle aiheutuneesta työtapaturmasta.<sup>186</sup>

Varsinaisia potilasvahinkoja on käsitelty korkeimmassa oikeudessa jo edellä esiteltyjä tapauksia aiemmin. Vuonna 1997 korkein oikeus antoi potilasvahinkoja koskevan ns. oikeustapaussarjan.

---

<sup>183</sup> KKO:2010:65, Asian aikaisempi käsittely

<sup>184</sup> LKT sekä ortopedian ja traumatologian dosentti Timo Niinimäki sekä LKT ja neurologian erikoislääkäri Maija Haanpää

<sup>185</sup> Tällä toteamalla lienee tarkoitettuna täsmällisemmin ilmaistuna kliinisiä, objektiivisesti todettavia löydöksiä, jotka näkyvät mm. kuvantamistutkimusten avulla.

<sup>186</sup> KKO:2010:65, Korkeimman oikeuden ratkaisu

Tapauksessa KKO:1997:92 oli kyse potilaalle tehdystä tutkimustoimenpiteestä, jonka seurauksena hänelle kehittyi haimatulehdus. Tätä pidettiin hoidon kohtuuttomana seurauksena ottaen huomioon potilaan muu terveydentila ja hoidettavana ollut sairaus ja sen vaikeusaste, josta syystä tapahtuma korvattiin potilasvahinkona. Rajanvetoa käytiin kuitenkin tarkoin sen suhteen, voitiinko ERCP-tutkimusta pitää pelkkänä tutkimuksena vai oliko se aina samalla myös hoitotoimenpide, sillä tuolloin voimassa ollut lainkohta edellytti erottelua näiden suhteen. Tästä syystä tapauksessa onkin keskitytty lähinnä sen arvioimiseen, millainen luonne ERCP-toimenpiteellä on, ja miten se vaikuttaa potilasvahinkolain mukaiseen korvattavuusarvioon. Sen sijaan epäselvyyttä ei ole ollut haimatulehduksen ja ERCP-toimenpiteen välisestä syy-yhteydestä, sillä sitä pidettiin korkeimmassa oikeudessa todennäköisenä, vaikkakaan mitään perusteluja tälle ei ole annettu. Tätä voidaankin pitää tuomion epäkohtana, sillä asianmukaista olisi ollut kertoa myös se, miksi syy-yhteys on katsottu tapauksessa todennäköiseksi. Näin ollen johtoa syy-yhteyden ratkaisemisen ongelmiin ei kyseisestä tapauksesta ole löydettävissä.

Korkeimman oikeuden äänestystapauksessa KKO:1997:93 oli kyse potilasvahingoksi katsotun hoitovirheen laajuudesta kuin myös asianmukaisesta korvaustasosta. Kyseisessä tapauksessa potilasvahingoksi katsottiin vain hoidossa tapahtunut viive, kun jalan luutumisen todettiin hidastuneeksi lyhennysleikkauksen jälkeen, eikä luutumisongelmaan puututtu viipymättä. Itse leikkausmenetelmän valintaa ja leikkauksen teknistä toteutusta koskevat riitaisuudet ratkaistiin niin, ettei korkein oikeus nähnyt niissä mitään potilasvahinkoon viittaavaa. Tässä tapauksessa syy-yhteydskysymys ei ollut merkittävässä roolissa, vaan jutun käsittelyssä on keskitytty sen arvioimiseen, olisiko potilaalle aiheutuneilta seurauksilta voitu välttyä käyttäen lääketieteellisesti yhtä vaikuttavaa muuta menetelmään jalkojen eripituisuuden hoidossa. Syy-yhteydskysymyksen problematiikkaan ei siis ole löydettävissä johtoa myöskään tästä korkeimman oikeuden tapauksesta.

Myös tapauksessa KKO:1997:94 on pidättäydytty lausumasta liiemmästi aiheutuneen henkilövahingon ja hoitohenkilökunnan toiminnan tai sen laiminlyönnin välisestä syy-yhteydestä. Sen sijaan kyseisessä tapauksessa on keskitytty arvioimaan sitä, voidaanko huonoa hoitotulosta pitää

potilasvahinkolaissa tarkoitettuna, korvaukseen oikeuttavana ylimääräisenä henkilövahinkona vai ei. Tästä korkein oikeus on lausunut, että huono hoitotulos voi oikeuttaa korvaukseen vain silloin, mikäli potilaan hoidossa on poikettu siitä, mitä lääketieteellisesti ja olosuhteet huomioon ottaen voidaan pitää perusteltuna. Kun mitään laiminlyöntejä taikka lääketieteellisesti perustelemattomia hoitotoimenpiteitä ei tehty kyseisen potilaan kohdalla, kumosi korkein oikeus kärjä- ja hovioikeuden tuomiot sekä vapautti Potilasvakuutusyhdistyksen kaikesta korvausvastuusta.

Vuoden 1997 oikeustapaussarjan päätti korkeimman oikeuden antama tuomio KKO:1997:95, jossa potilaalle tehtiin kaksi lääketieteellisesti perustelematonta korjausleikkausta umpilisäkkeen poiston seurauksena aiheutuneen haavaneuralgian korjaamiseksi. Myös tämä tapaus on siinä mielessä erikoinen, ettei syy-yhteyksymystä ole juurikaan käsitelty. Täten vaikuttaa siltä, että potilaalle aiheutuneen ylimääräisen henkilövahingon ja hoitohenkilökunnan toiminnan välistä syy-yhteyttä on pidetty alun alkaen todennäköisenä. Tämän jälkeen tapauksessa on kiinnitetty huomiota erityisesti siihen, mikä olisi ollut lääketieteellisesti perusteltu hoitomenetelmä.

Potilasvahinkolakiin tehtyjen täsmennysten jälkeen ensimmäinen korkeimman oikeuden antama ennakkotapaus KKO:2003:116 koski lääketieteellistä uudelleenarviointia. Samalla oli kyse Potilasvakuutuskeskuksen oikeudesta lakkauttaa korvausten maksaminen, kun potilasvahingoksi katsottu tapaus käsiteltiin vuosia myöhemmin uudelleen todeten, ettei korvausperustetta sittenkään ole olemassa. Kyseisessä tapauksessa korkein oikeus katsoi lopulta, ettei pelkkä uudenlainen lääketieteellinen arvio korvaukseen oikeuttavista seikoista ollut riittävä peruste lakkauttaa korvauksen maksamista. Tästäkin tapauksesta on siis luettavissa se, ettei potilasvahinkolaissa edellytettyä syy-yhteyksymystä ole jostain syystä ollut tarpeellista käsitellä kattavasti, joten johtoa syy-yhteydestä aiheutuvien ongelmien ratkaisemiseen jatkossa ei voida hakea.

Yksi erikoisimmista potilasvahinkoa koskevista tapauksista on korkeimman oikeuden ennakkopäätös KKO:2004:99, jossa on perimmäisenä arvioinnin aiheena ollut vahingonkäräjän oikeus

tapaturmavakuutuslain mukaisiin korvauksiin. Lisäksi on arvioitu vastuun kanavoitumista silloin, kun se perustuu erilaisiin vahinkoriskeihin. Tapahtumakuvauksesta ilmenee, että kyse on yrittäjälle yritystoiminnan aikana tapahtuneesta työtapaturmasta, jonka aiheuttaman vamman hoitamisessa on lisäksi tapahtunut potilasvahinko. Näin ollen syy-yhteyskysymyksen arviointi on kulminoitunut siihen, lakkaako tapaturmavakuutuslain mukainen adekvaatti syy-yhteys sen vuoksi, että tapaturmavamman hoidossa on tapahtunut toinen vahinko, joka tulee korvattavaksi potilasvahinkolain perusteella. Tästä syystä tästäkään oikeusohjeesta ei voida yleistää mitään sellaista, joka auttaisi potilasvahinkolain mukaisen syy-yhteyskysymyksen ratkaisemisessa.

Huomionarvoista mainitun tapauksen perusteluissa on kuitenkin se, että TEO:n pysyvä asiantuntija<sup>187</sup> on lääketieteellisessä arviossaan poikkeuksellisesti erotellut sekä tapaturmavamman, vahingonkärsineen perussairauden että potilasvahingon toisistaan ja arvioinut vammautumisen olevan näiden seikkojen summa. Samalla hän on sanonut, että tapaturmavamma on mekanismitaan ollut riittävä jo yksin aiheuttamaan veneluunmurtuman, joka on jäänyt ensimmäisellä lääkärikäynnillä huomaamatta. Näin ollen vaikka vahingonkärsijän perussairaus on entisestään vaikeuttanut diagnoosiin pääsemistä, on TEO:n pysyvä asiantuntija pitänyt alkuperäistä vammaa sellaisena, joka olisi pystytty menestyksekkäästi hoitamaan ilman diagnoosiviivettä ja väärin hoito-ohjeiden noudattamista. Lisäksi TEO on itse omassa lausunnossaan pitänyt vahingonkärsijälle aiheutunutta veneluunmurtumaa ja siihen kehittynyttä Charcot'in niveltä tapaturman todennäköisenä seurauksena riippumatta potilaan perussairaudesta ja sattuneesta potilasvahingosta.

Syy-yhteyden problematiikkaa on nähdäkseni käsitelty kattavasti vain korkeimman oikeuden ennakkotapauksessa KKO:2010:55. Kyseisessä tapauksessa potilaalle tehtiin samanaikaisesti molempien jalkojen suonikohjuleikkaus, jonka jälkeen oikean jalan leikkausalueelle kehittyi hematooma ja leikkaushaavaan infektio. Infektion hoitamiseksi potilas joutui käyttämään sekä suun kautta otettavia antibiootteja että palaamaan takaisin sairaalahoitoon. Vaikka infektio sittemmin talttui, kärsi potilas edelleen kivuista, jalan turvotuksesta sekä voimattomuuden tun-

---

<sup>187</sup> LTK ja ortopedian sekä traumatologian dosentti Timo Niinimäki

teesta. Asiassa arvioitiinkin juuri sitä, olivatko potilaan kiputuntemukset syy-yhteydessä hänelle tehdyn suonikohjuleikkauksen jälkeiseen infektiin vai johtuivatko ne itse perussairaudesta eli suonikohjuista. Potilasvakuutuskeskus katsoi, ettei syy-yhteyttä tulisi katsoa olevan olemassa epäillyn potilasvahingon ja potilaan kiputuntemusten välillä. Samalla se täydensi kantaansa niin, että jos syy-yhteys katsotaan silti näytetyksi potilaalle aiheutuneen kroonisen kivun ja infektion välillä, tulisi vahinko katsoa sellaiseksi seuraukseksi, joka potilaan tulee kuitenkin sietää. Näytötaakka syy-yhteydestä katsottiin olevan kantajana olleella potilaalla, ts. hänen tuli näyttää se, että krooninen kipu ja muut oireet ovat todennäköisesti seurausta suonikohjuleikkauksen jälkeisestä infektiosta.

Korkein oikeus on kuullut asiassa kahta eri (asiantuntija-)todistajaa, joista toinen oli tutkinut ja hoitanut tapauksessa mainittua potilasta. Asiantuntijalääkäri Vikatmaa onkin todennut, että potilaalle aiheutuneet oireet ovat tyypillisiä seurauksia verisuonikirurgisesta operatiosta. Ne voivat syntyä leikkauksen yhteydessä niin, että siinä vaurioitetaan mekaanisesti leikkausalueella kulkevaa femoraalihermoa. Potilaalla olevan arven ja säryn sijainnin perusteella asiantuntija Vikatmaa on katsonut syy-yhteyden leikkauksen ja potilaan oireiden välillä todennäköiseksi. Lisäksi potilaalla ollut leikkaushaavainfektio on edennyt syvälle kudoksiin ulottavaksi, mikä on omalta osaltaan mahdollisesti vielä pahentanut hänen kipuoireitaan sekä aiheuttanut sen, että kipuoire on herkemmin kroonistunut. Asiantuntija Vikatmaa myöntää myös sen, että muita vaihtoehtoisia vamman syntymekanismia on olemassa. Asiassa saadun lääketieteellisen selvityksen perusteella asiantuntija Vikatmaa piti kuitenkin kuvaamansa vammamekanismia ehdottomasti loogisimpana. Samalla hän totesi olevan epätodennäköistä, että potilaalle olisi kehittynyt perussairaudesta johdosta vastaava krooninen kiputila ilman leikkausta. Tästä syystä kyse ei voi olla myöskään perussairauteen liittyvästä taudin pahenemisesta. Näin ollen Vikatmaa on katsonut, että potilaalle aiheutunut krooninen kiputila on seurausta sekä itse leikkauksessa aiheutuneesta hermovauriosta että leikkaushaavaan kehittyneestä syvästä infektiosta.

Toisena asiantuntijatodistajana kuultu Saarinen on katsonut, että potilaan oireiden ja hänen saamansa infektion välistä syy-yhteyttä on hankala arvioida. Asiantuntija Saarinen toteaa kui-

tenkin, että itse leikkaus on suoritettu asianmukaisesti kuin myös infektion diagnosoiminen ja hoito, josta syystä potilaan tulisi sietää hänelle aiheutuneet seuraukset. Lisäksi Saarinen lausuu, että potilaan oireet voivat johtua myös itse perussairaudesta, mikä tekee syy-yhteyden arvioimisesta hankalaa etenkin, kun hänen näkemyksensä mukaan krooninen kiputila on vain poikkeuksellisesti seurausta infektiosta. Sen sijaan tällaiset kipu- ja turvotusoireet selittyvät yleensä itse verisuonikirurgisella toimenpiteellä ja sen yhteydessä aiheutuneilla hermon vaurioittamisilla, jotka ovat potilaalle käytetyn leikkaustekniikan tunnettuja seurauksia. Asiantuntija Saarinen onkin katsonut, että potilaan vamma on seurausta kolmesta eri tekijästä: perussairaudesta johtuvasta laskimon heikkoudesta, infektiosta sekä jalan hermojen ärsyketilasta. Infektion osuus on kuitenkin asiantuntija Saarisen mielestä äärimmäisen vähäinen ja lisäksi epätodennäköisin selittäjä krooniselle kiputilalle.

Syy-yhteyden arvioinnin osalta korkein oikeus on todennut yllä kuvattuun asiantuntijatodisteluun viitaten, ettei potilaalla todettu infektio voinut olla ainoa taikka edes ensisijainen syy hänellä sittemmin todetulle krooniselle kivulle, mistä seikasta molemmat asiantuntijat ovat olleet yhtä mieltä. Sen sijaan asiantuntijatodistajat ovat olleet erimielisiä siitä, mikä on infektion osuus krooniselle kiputilalle. Potilasta hoitanut asiantuntija Vikatmaa on pitänyt infektiota merkittävänä osatekijänä potilaan oireille nimenomaan siksi, että ne ovat entisestään pahentaneet ja voimistaneet kipuoiretta. Asiantuntija Saarinen on kuitenkin katsonut infektion osuuden oireiden selittävänä tekijänä vähäiseksi, sillä sen kumulatiivinen vaikutus kipuoireen krooniseksi muodostumiselle on hänen lääketieteellisen kokemuksensa mukaan vain mahdollista. Viitteitä tällaisesta mahdollisuudesta ei ilmennyt tässä konkreettисessa tapauksessa. Lääketieteellinen tietämys on kuitenkin epävarmaa sekä osin ristiriitaista sen osalta, voiko infektio aiheuttaa kroonisen kiputilan. Kyseisessä tapauksessa korkein oikeus totesi, että lääketieteellisen selvityksen mukaan on jossain määrin mahdollista, että infektion on vaikuttanut potilaalle kehittyneeseen kroonisen kiputilan syntymiseen, mutta todennäköisyys tälle vähäinen. Koska potilas ei pysynyt näyttämään, että infektio olisi lisätekijä hänellä todetuille oireille, ei korkein oikeus ole katsonut syy-yhteyttä näytetyksi ja vahinkoa sellaiseksi, että se olisi todennäköisesti seurausta infektiosta. Näin ollen korkein oikeus totesi, ettei

potilaalle ole aiheutunut potilasvahinkolain 2 §:n 1 momentin 3 kohdan mukaista korvattavaa potilasvahinkoa, sillä korvauksen maksamiselle vaaditut edellytykset ja perusteet puuttuvat. Lisäksi korkein oikeus on todennut samat seikat myös turvotusoireen ja infektion välisestä syy-yhteydestä, jolloin korvausoikeutta ei ole syntynyt edes kivusta ja turvotuksesta johtuvan toiminnanvajavuuden perusteella. Tämä johtuu siitä, ettei potilas kyennyt näyttämään syy-yhteyden olemassaoloa kivun, eikä myöskään turvotuksen ja infektion välillä. Loppupäätelmänään korkein oikeus on kumonnut hovioikeuden tuomion ja vapauttanut Potilasvakuutuskeskuksen kaikesta korvausvastuusta potilasta kohtaan.

Tuorein potilasvahinkoa koskeva ennakkotapaus on KKO:2010:67, jossa oli kyse potilaalle vasempaan lonkkaan asennetusta tekonivelproteesista, leikkauksen teknisestä toteutuksesta ja leikkauksen jälkeen ilmenneistä kipuoireista. Korkein oikeus arvioi potilasvahinkolain mukaisen korvausperusteen olemassaolon niin ammattistandardin alituksen, tapaturmavahingon kuin kohtuuttoman vahingon näkökulmasta. Tässä tapauksessa oikeus katsoi, ettei syy-yhteysarviota ole tarpeen tehdä, sillä tapahtumankuvaus on sen osalta selvä ja osapuolten kesken riidaton. Sen sijaan kyse on ollut lähinnä ammattistandardin arvioimisesta mutta myös tapaturmavahingon ja kohtuuttoman vahingon mahdollisuuksien selvittämisestä eli potilasvahinkolain mukaisten korvausperusteiden ja tosiasiallisen tapahtumankulun yhtenevyydestä, ts. tunnusmerkistönmukaisuudesta.

## 6. POTILAAN OIKEUSTURVAN LISÄÄMINEN VAHINKOTILANTEISSA

### 6.1. Johtopäätökset potilasvahinkolain soveltamiskäytännöstä

Kuten aiemmissa kappaleissa on todettu, syy-yhteyden määrittäminen kulminoituu esitetyn näytön määrään ja laatuun sekä sen johdosta tehtävään aineellisoikeudelliseen tulkintaan. Syy-yhteys on juridisesti ajateltuna ongelmavyöhyke, jossa mielestäni kiteytyy nimenomaan se, saavutetaanko vaadittu näyttökynnys vai ei. Potilasvahinkotilanteita arvioitaessa syy-yhteyden



arvioinnin merkitys korostuu eritoten siksi, että kyse on poikkitieteellisestä ratkaisemistoiminnasta, jossa nojaututaan oikeudellisten säännösten lisäksi myös lääketieteellisiin faktoihin, ennen kuin aineellisoikeudellinen totuus on löydettävissä. Näin ollen potilaan oikeusturvaa takaavan potilasasiakirja-asetuksen merkitys nousee mielestäni arvoon arvaamattomaan.

Potilasvahinkolain soveltamiskäytäntöä tutkiessani en kuitenkaan löytänyt juurikaan viitteitä siitä, että potilasasiakirja-asetuksen velvoitteiden noudattamatta jättäminen johtaisi potilaan kannalta edulliseen lopputulokseen, päinvastoin. Soveltamiskäytännön laadukkuuden arviointia hankaloitti kuitenkin se, ettei potilasvahinkolautakunnan ratkaisusuosituksen ole julkaistu autenttisessa muodossa, vaan referoituina artikkeleina. Samalla heräsi epäily, että kirjoittajat Kaivola ja Lehtonen ovat saattaneet jättää osan hyvinkin olennaisista asioista kertomatta joko tiedostaen tai tiedostamatta, kun he ovat supistaneet ratkaisusuositusta siitä, miten se on tosiasiallisesti kirjoitettu potilasvahinkolautakunnassa.

Huomioiden se lähtökohta, ettei ratkaisusuosituksia ole luettavissa niiden alkuperäisessä muodossaan, potilasvahinkolautakunnan ratkaisukäytännössä on silti huomattavissa tietynlaisia ongelmia, jotka välittyvät myös Kaivolan ja Lehtosen kirjoittamista artikkeleista. Näitä ovat nähdäkseni juuri potilasvahinkolain mukaista näyttökynnystä koskevat arviot, johon kuuluu olennaisena osana potilasasiakirjamerkinnyt sekä niiden luotettavuus kuin myös syy-yhteyden sekä näytön arviointi, joka sekin nojaa pitkälti kirjalliseen materiaaliin. Huolestuttavaa referoinnissa on kuitenkin se, ettei niissä juurikaan mainita, mitä potilasvahinkolautakunta on näistä hyvin olennaisista asioista lausunut omassa ratkaisukäytännössään, jos mitään. Näin ollen on mahdollista sanoa mitään siitä, onko potilasvahinkolautakunnan argumentointi täyttänyt hallintolain 45 §:n vaatimukset koskien näytön arviointia sekä perustelujen antamista päätökseen vaikuttaneiden seikkojen selvittämisestä ja selvityksen tasosta.

Edellä käsitelty potilasvahinkolautakunnan ratkaisukäytäntö viittaa silti siihen, että potilasasiakirjamerkintöjen puutteellisuudet ovat ongelma ainakin n. 12 %:ssa sen käsiteltäväksi tulevista asioista, vaikkei tällaisia kannanottoja helposti kirjatakaan ylös ratkaisusuosituksiin. Useista

ratkaisuista onkin luettavissa, ettei jälkikäteen ole mahdollista selvittää tiettyjä asioista potilasasiakirjoista, vaikka niistä nimenomaisesti pitäisi olla asianmukaiset merkinnät tehtynä. Sen sijaan sitä asiaa, millainen merkitys puutteellisilla potilasasiakirjoilla on ollut asiaa ratkaistaessa ja näyttöä arvioitaessa, ei ole nähdäkseen mahdollista lukea lautakunnan ratkaisukäytännöstä. Joko lautakunta ei arvioi tätä asiaa kunnalla, tai ainakaan se ei kirjoita näyttöongelmiin liittyviä asioita ylös ratkaisusuosituksensa perusteluosioihin. Sen sijaan lautakunta tyytyy käyttämään usein toistuvaa fraasia ”*käytettävissä olevan selvityksen perusteella lautakunta katsoo*”, jota ainakin prosessioikeudellisten termien mukaan voitaisiin nimittää näennäisargumentaatioksi<sup>188</sup>. Lisäksi joidenkin artikkelien kohdalla tulee vaikutelma siitä, että ne on kirjoitettu lääketieteellisiä hoitopäätöksiä sekä niiden perusteltavuutta korostaen. Tällöin lukija saa kuvan siitä, että potilasvahinkolain mukainen arvio perustuu nimenomaan lääketieteellisen tiedon soveltamiseen, jolloin oikeudelliset seikat jäisivät taka-alalle. Näinhän ei kuitenkaan ole asian laita, sillä potilasvahinkolain mukainen arvio on aina viime kädessä oikeudellinen myös syy-yhteyksymyksen osalta.<sup>189</sup>

Mitä tulee korkeimman oikeuden soveltamiskäytäntöön, joudun toteamaan saman asian kuin Tuori ja Kotkas, että sen merkitys on vähäinen käsiteltyjen tapausten niukkuuden takia. Korkein oikeus on lisäksi pidättäytynyt muotoilemasta tulkinta- ja ratkaisuperusteitaan periaatteiksi.<sup>190</sup> Siksi ei ole ihme, että vain tapauksessa KKO:2010:55 on käsitelty syy-yhteyden ongelmaa kattavasti asiantuntijatodisteluun nojautuen. Koska se on ainoa tapaus, jossa korkein oikeus on arvioinut, onko potilas kyennyt täyttämään näyttötaakkansa hänelle aiheutuneiden seurausten ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan välillä, ei tulkinta-apua syy-yhteyden ongelmien ratkaisemiseen jatkossa ole juurikaan olemassa. Lisäksi ennakkotapauksessa ei ole otettu kantaa tapauksessa laadittujen potilasasiakirjojen laatuun. Näin ollen on mahdotonta sanoa, miten korkein oikeus on arvioinut potilasasiakirjoja ja niiden luotettavuutta osana näyt-

<sup>188</sup> Virolainen - Martikainen, Tuomion perusteleminen (2010), s. 35-36

<sup>189</sup> Ks. mm. Saranpää, Whiplash-vammat vahingonkorvaus- ja todistus oikeudellisena ongelmana (2006), s. 817-818

<sup>190</sup> Tuori - Kotkas, Sosiaalioikeus (2008), s. 163 vrt. Mikkola, Oikeudellisen tiedon yhtenevyys ja sen esteet (1999), s. 206-212, jossa esitellään *common law* -maille tyypillinen ennakkotapausoppi, jossa sekä *ratio* että *obiter dicta* näyttelivät merkittävää roolia suhteessa ennakkotapauksen myöhempään hyödyntämiseen.

töharkintaa. Samoin on mahdotonta tehdä johtopäätöksiä siitä, miten syy-yhteyttä arvioitaisiin tapauksessa, jossa on selvää, että potilasasiakirjat on laadittu vastoin voimassa olevaan lainsäädäntöä.

Potilasvahinkolain soveltamiskäytäntöön viitaten vaikutta siltä, että potilaan oikeudellisen aseman tunnustaminen on kääntynyt jossain määrin omaa tarkoitustaan vastaan, sillä terveydenhuollon ammattihenkilöt kokevat alaansa kohdistetun sääntelyn, kuten potilasasiakirja-asetuksen<sup>191</sup>, ja siinä asetetut velvollisuudet usein työhönsä kohdistuvana, henkilökohtaisenakin kritiikkinä.<sup>192</sup> Samalla terveyden- ja sairaanhoidon piirissä unohdetaan usein se tärkeä seikka, että potilaan oikeusaseman vahvistamisella on aina kaksoisfunktio, jonka toisena osatekijänä on terveydenhuollon ammattihenkilöiden suojaaminen, kuten oikeuskirjallisuudessa on todettu – ”[h]yvän hoidon, potilaan turvallisuuden ja henkilökunnan oikeusturvan takaamiseksi potilasasiakirjatietojen tulee olla oikeita, virheetömiä ja laajuudeltaan riittäviä”.<sup>193</sup> Tästä huolimatta työpaikkojen toimintakulttuuri, jossa hoitoon liittyviä virheitä tai potilasvahinkoja ei haluta ilmoittaa sen pelossa, että tällainen voi johtaa kritiikkiin, syytteisiin, kurinpitotoimiin tai työpaikan menettämiseen,<sup>194</sup> ylläpitää mielestäni mielikuvaa siitä, että potilaan suojelemiseksi tarkoitetut säännökset toimivat terveydenhuollon ammattihenkilöitä vastaan. Potilaan kohtamiseen liittyvät ongelmat kulminoituvatkin tavalla tai toisella lääkärin ammatillisen autonomian heikentymiseen. Vaikka potilassuhteen dynamiikassa on tapahtunut suuri muutos, ajattelevat lääkärit edelleen niin, ettei tuo suhde voi koskaan olla täysin tasapäinen. Sen sijaan potilaiden tulisi hyväksyä ajatus siitä, että lääkärillä on aina enemmän tietoa kuin potilaalla itsellään.<sup>195</sup> Näin ollen paternalistinen ajattelutapa elää yhä terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskuudessa, joskaan tämä ei yllätä, sillä se on jäljitettävissä lääkäreiden eettisiin ohjeistuksiin sekä itse Hippokrateen valaan asti.<sup>196</sup>

---

<sup>191</sup> Tutkielman laatijan lisäys.

<sup>192</sup> Ilmolahti, Lääkärit ja lääketaidon kokemus (2010), s. 401

<sup>193</sup> Mikkola - Mikkonen - Suhonen - Kallio, Potilasvahinko – Lain sisältö ja soveltamiskäytäntö (2004), s. 14

<sup>194</sup> Palonen - Nio - Mustajoki, Potilas- ja lääkevahingot – Korvaaminen ja ennaltaehkäisy (2005), s. 382-383 ja 393-395

<sup>195</sup> Ilmolahti, Lääkärit ja lääketaidon kokemus (2010), s. 381 sekä 425

<sup>196</sup> Tuori - Kotkas, Sosiaalioikeus (2008), s. 409

Potilaan oikeusaseman lainsäädännöllinen vahvistaminen ja siihen liittyvät negatiiviset seuraukset eivät kuitenkaan ole pelkästään suomalaisen potilasoikeuden ongelma, vaan vastaavallaisia kannanottoja on tehty myös Englannissa. Siellä julkisen terveydenhuollon järjestämisestä vastaa verovaroin keskitetysti rahoitettu *National Health Service (NHS)*<sup>197</sup>, jonka piirissä toteutettiin *The NHS and Community Care Act* -nimisellä säädöksellä vuonna 1990 potilaslähtöinen terveydenhuoltokulttuurin uudistus. Tämä johti potilaiden hoidon laatua koskevien odotusten nousemiseen sekä tyytymättömyyden osoittamiseen valitusten muodossa aiempaa laajemmassa mittakaavassa.<sup>198</sup> Harpwood vaikuttaa kuitenkin ajatelleen, että potilaan asemaa parantanut lainsäädäntö, tietoisuuden lisääntyminen potilaiden keskuudessa sekä hoitovirheitä koskevien oikeusriitojen lisääntyminen oli jollain tapaa huono asia. Sen sijaan Jones mainitsi jo 1990-luvun alussa, että hoitovirheitä käsittelevä lainsäädäntö operoi suuremmassa kontekstissa, kuin mitä lääkärit ja juristit yleensä ovat tottuneet hahmottamaan. Tästä syystä keskustelua leimasi osin liiaksikin ajatus siitä, että ylipäätään on olemassa ”hoitovirhekriisi”, johon lääkärit ovat vastanneet harjoittamalla ammattiaan aiempaan varovaisemmin. Oikeasti ongelmia aiheutti se, ettei hoitovirheitä koskevien oikeusjuttujen määrästä ollut olemassa luotettavaa tilastotietoa. Lisäksi tyypillistä oli se, että hoitovirheestä kärsinyt potilas ei useimmiten vienyt asiaa tuomioistuimen käsiteltäväksi, vaikka perusteita kanteen nostamiselle olisi ollutkin. Samalla lääkärit alkoivat perustaa omia hoitopäätöksiään sen varaan, miten niitä arvioitaisiin tulevaisuudessa mahdollisen oikeusriidan yhteydessä sen sijaan, että valitut hoitomenetelmät olisivat perustuneet lääketieteelliselle realismille. Tähän kuului sekä positiivinen että negatiivinen puolustautuminen suorittamalla joko tarpeettomia tutkimuksia tai pidättäytymällä riskialttiista toimenpiteistä. Myös ehdotus kaikki ongelmat ratkaisevasta, ei-tuottamus-perusteisesta hoitovirheiden korvausjärjestelmästä vaikutti negatiivisesti siihen, miten hoitovirhejuttuja koskeva keskustelu edistyi.<sup>199</sup>

---

<sup>197</sup> Ks. <URL: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>>, jossa mainitaan, että Englannin, Walesin, Skotlannin ja Pohjois-Irlannin NHS-järjestelmiä johdetaan erikseen. Tästä syystä pieniä eroavaisuuksia on olemassa eri kuningaskuntien osien välillä, mutta pääpiirteittäin toiminnot ovat samanlaisia NHS:n piirissä.

<sup>198</sup> Harpwood, *The Manipulation of Medical Practice* (2000), 47-49

<sup>199</sup> Jones, *Medical Negligence* (1991), s. 2-4

Itse olen asiassa Jonesin kannalla. Se, että potilasta käsitellään enemminkin kuluttajana ja hänen oikeutensa otetaan paremmin huomioon terveyden- ja sairaanhoidon piirissä, juuri parantaa sen tasoa. Lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät voi olla sellainen ammatillinen ryhmittymä, jonka tekemisten kritisoimisesta tulee pidättäytyä vain siksi, että niin on aiemminkin tehty. Tästä syystä pidän hollantilaisten Alhafaji, Fredericks ja Legemaate kannanottoa potilaan oikeusaseman kehittymisestä ja kehittämisestä eri maissa oivallisena. Heidän mukaan potilaan oikeudet ovat riippuvaisia sekä lainsäädännöllisistä, kulttuurisista että oikeudellisista<sup>200</sup> eroista, joita kulloinkin valittu potilasvahinkojen korvaamista koskeva järjestelmä (tai prosessuaalinen menettelytapa) maakohtaisesti ilmentää. Alankomaiden kohdalla on korostettu nimenomaisesti yksittäisen vahingonkärsijän oikeusaseman turvaamista sen sijaan, että potilasvahinkojärjestelmä tähtäisi ennemminkin yleisesti terveyden- ja sairaanhoitojärjestelmän laadun parantamiseen.<sup>201</sup> Tällainen lähtökohta olisi soveltamiskäytännössä ilmenneiden ongelmien mukaan hyvä ottaa huomioon myös suomalaisessa laintulkinnassa erityisesti syy-yhteyskysymystä ratkaistaessa. Tämä johtuu mielestäni siitä, että sairaanhoitojärjestelmän laadun parantaminen on eräänlainen automaattinen seuraus, jolta ei voi välttyä, kun yksittäisten ihmisten oikeusasema terveydenhuollon kohteina parannetaan. Lisäksi lääkäri pystyy täyttämään potilasasiakirjoissa mahdollisesti olevat aukot tiettyyn pisteeseen asti oman asiantuntemuksensa avulla. Sen sijaan juristi näkee puutteelliset potilasasiakirjat suuremmissa kontekstissa ensinnäkin lainsäädännön velvoitteiden rikkomisena sekä toiseksi vahinkoarvion tekemistä hankaloittavana todistus oikeudellisena ongelmana, jota mm. potilasasiakirja-asetuksen velvoitteilla on yritetty suitsia. Todistusongelman ratkaiseminen on kuitenkin oikeudellisessa päätöksenteossa jätettävä oikeudellisen koulutuksen saaneelle henkilölle, jolloin lääkärin tulee vanhaa sanontaa lainatakseni ”pysyä lestissään”.

---

<sup>200</sup> Kirjoittajat lienevät tarkoittaneen oikeusjärjestelmästä aiheutuvia eroja termillä ”*legal differences*”.

<sup>201</sup> Alhafaji - Frederiks - Legemaate, *The Dutch System of Handling Complaints in Health Care* (2009), s. 241-243

## 6.2. *De lege ferenda* -mietinnät – Tulisiko asioiden muuttua ja millä tavalla?

Saranpää kysyy näyttöenemmyysperiaatetta riita-asioissa käsittelevän väitöskirjansa loppuksi ”[m]iksi emme asettaisi lähtökohdaksi sitä, että tuomioistuimen pitää lähtökohtaisesti panna tuomion perusteeksi todistusaineiston sisällön parhaiten selittävä tosiseikkahypoteesi sen jälkeen, kun asianosaisille on annettu yhdenvertainen ja reilu mahdollisuus ajaa asiaansa?”.<sup>202</sup> Itse näkisin, että tällainen näytön vakuuttavuuden arviointia koskeva periaate saattaisi soveltua poikkitieteellistä asiantuntemusta vaativien, potilasvahinkoja koskevien riita-asioiden ratkaisuun erittäin hyvin. Tämä johtuu siitä, että lääketiede kykenee antamaan lukuisissa tapauksissa useita eri vaihtoehtoja sille, miten potilasvahingoksi epäiltyä tilannetta tulisi lääketieteellisesti arvioida. Näin ollen tapahtumakulun parhaiten selittävä tosiseikkahypoteesi puretuisi potilasvahinkotilanteiden suurimpaan ongelmaan: lääketieteen ja oikeustieteen leikkauspisteeseen. Tällainen todistusaineiston arviointi edellyttäisi kuitenkin sitä, että vastapuolina oikeudenkäynnissä tai lautakuntamenettelyssä olevat Potilasvakuutuskeskus ja potilas olisivat kaikin puolin samalla viivalla riidan alkaessa niin prosessuaalisesti, lääketieteellisesti kuin taloudellisesti.

Käytännössä näin ei mielestäni kuitenkaan ole jo yksin siitä syystä, että Potilasvakuutuskeskuksella on käytettävissään huomattavasti kattavammat taloudelliset resurssit kuin yksittäisellä vahingon kärsineellä potilaalla mitä tulee oikeudenkäynnin tosiasiallisiin mahdollisuuksiin. Tämän lisäksi Potilasvakuutuskeskuksella itsellään on lääketieteellistä asiantuntemusta toisin kuin suurimmalla osalla potilaista. Kun huomioidaan lisäksi se, ettei potilaalla ole mahdollisuuksia vaikuttaa potilasasiakirjamerkintöjen laatuun kuin jälkikäteisen tarkastusoikeuden (potilaslain 5 §:n 3 momentti ja henkilötietolain 29 §:n) nojalla, on potilaan käytettävissä olevat tosiasialliset todistelumahdollisuudet sangen niukat ja täysin riippuvaiset hoitoa antavan tahon viitseliäisyydestä laatia asianmukaiset potilasasiakirjat. Tästä syystä potilaan tulisi voida luottaa siihen, että hänen terveydentilaansa ja sairauden hoitoa koskevat kirjaukset laadittaisiin lainsäädännön velvoitteiden mukaisesti.

---

<sup>202</sup> Saranpää, Näyttöenemmyysperiaate riita-asiassa (2010), s. 293

Näytön arvioinnin helpottamiseksi pitäisin mielekkäänä sitä, että potilasvahinko-oikeudelliseen käytäntöön tuotaisiin vahingonkorvausoikeuden piirissä kehittynyt korostunut huolellisuusvelvollisuus<sup>203</sup>, joka johtaisi samalla näyttötaakan kääntymiseen tilanteissa, joissa potilasasiakirjamerkinnot eivät vastaa lainsäädännössä asetettuja vaatimuksia. Tämä muutos nykyiseen oikeustilaan olisi yhdenmukainen Ylipartasen yllä esitellyn näkökannan kanssa, jossa hän korosti potilasasiakirjamerkintöjen asiasisällön luotettavuutta. Myös Hemmo on todennut, että vahingonkorvausoikeudessa on ollut viitteitä syy-yhteyttä koskevan näyttökynnyksen alentamisesta tilanteissa, joissa korkea-asteisen näytön esittäminen olisi vahingonkärsijälle hankalaa. Tällöin epäilyllä vahingonaiheuttajalla on sitä vastoin ollut paremmat mahdollisuudet esittää näyttöä tapahtuneesta.<sup>204</sup> Tällainen näyttötaakan kääntämistä koskeva muutos palvelisi nähdäkseni paremmin myös potilasvahinkolain tarkoitusta suojata ihmisiä sellaisilta vahingoilta, joiden realisoidumisen riski kuuluu terveydenhuollon kontrollointimahdollisuuksien piiriin.<sup>205</sup> Siksi puutteellisista tai niukoista potilasasiakirjamerkinnoista ei saisi koitua negatiivisia todistusoikeudellisia seurauksia yksittäisen potilaan kannettavaksi mahdollisen potilasvahingon realisoituessa.

Korostuneen huolellisuusvelvoitteen noudattaminen potilasvahinkolain mukaista arviota tehtäessä johtaisi siihen, että korvausvelvollisen, ts. Potilasvakuutuskeskuksen, tulisi näyttää todennäköiseksi se, että potilasta on hoidettu esimerkiksi ammattistandardin mukaisesti, mikäli asia ei ilmene potilasasiakirjoista. Sama koskisi mielestäni tilanteita, joissa potilaalle annettua informaatiota on epäselvyyttä, eikä informaation sisällöstä, kuten erilaisista riskeistä tai hoitovaihtoehtoista ja niiden välisistä eroista, ole käytettävissä autenttista ja luotettavaa dokumentaatiota. Tämä takaisi sen, että potilas uskaltaa kuluriskistä huolimatta viedä riittaisen potilasvahinkoasian riippumattoman tuomioistuimen käsiteltäväksi, mikäli vahinkoarvion tekemisen hankaluus kulminoituu puutteelliseen potilasasiakirjamerkintöihin ja näyttötaakka niiden asianmukaisuudesta olisi Potilasvakuutuskeskuksella.

---

<sup>203</sup> Routamo - Ståhlberg - Karhu, Suomen vahingonkorvausoikeus (2006), s. 124-126

<sup>204</sup> Hemmo, Vahingonkorvausoikeuden oppikirja (2002), s. 108-109

<sup>205</sup> HE 91/1998 vp, Yksityiskohtaiset perustelut, 1. Lakiehdotukset, 1.1. Potilasvahinkolaki, kohta "2 §"

Näyttötaakan kääntyminen potilaan oikeusaseman turvaamiseksi ei ole kuitenkaan uusi asia. Esimerkiksi Saksassa oikeustila on ollut tällainen jo kauan. Tapauksissa, joissa on kyse potilaan antamasta suostumuksesta hoitoon, näyttötaakka on aina terveydenhuollon ammattihenkilöllä. Samalla potilaan antamaan suostumukseen sisällytetään vaatimus potilaalle annetusta riittävästä riski-informaatiosta valitun hoitomenetelmän suhteen sekä tieto mahdollisista vaihtoehtoisista hoitomenetelmistä. Tällöin terveydenhuollon ammattihenkilön, yleensä lääkärin, tulee näyttää, että hän on antanut potilaalle riittävän informaation liittyen tälle annettavaa hoitoon, jonka perusteella potilas on antanut suostumuksensa siihen. Pelkän ns. suostumuslomakkeen allekirjoittaminen ei kuitenkaan riitä, vaan lisäksi on näytettävä se, että keskustelu yllä mainituista seikoista todella tapahtui.<sup>206</sup>

Tällainen näyttötaakan kääntävä konsepti on nähdäkseni mahdollista tuoda myös suomalaiseen potilasvahinko-oikeudelliseen käytäntöön, vaikka saksalainen potilasvahinko-oikeus perustuu-kin sopimus pohjaiseen ajatteluun,<sup>207</sup> ja eroaa täten kotimaisesta potilasvahinkojärjestelmästä merkittävästi. Lisäksi suomalaisessa vahingonkorvausoikeudessa on jo käytössä korostunut huolellisuusvelvollisuus, joka on rakenteeltaan hieman samanlainen kuin saksalainen näyttötaakan kääntö ns. *disclosure malpractice* -jutuissa<sup>208</sup>. Samalla suomalainen prosessioikeus mahdollistaa vapaan todistusharkinnan (OK 17:2.1), jolloin oikeudellisen siirrännäisen ongelmat eivät realisoitune ainakaan yleisissä tuomioistuimissa. Jätän kuitenkin Mikkolan hahmotteleman oikeudellisen siirrännäisen onnistumisen mahdollisuudet oikeusvertailevan tutkimuksen tehtäväksi, sillä tässä tutkielmassa ei ole mahdollista käydä läpi sitä, millaisia teknisiä eroja

---

<sup>206</sup> Stauch, *The Law of Medical Negligence in England and Germany – A Comparative Analysis* (2008), s. 124 sekä ks. myös Saranpää, *Whiplash-vammat vahingonkorvaus- ja todistusoikeudellisena ongelmana* (2006), s. 814 ja s. 829, jossa hän on pohtinut saksalaisen siviiliprosessioikeuden näyttökynnystä, todistusharkintaa sekä vakuuttuneisuuden tasoa verrattuna suomalaiseen oikeuskäytäntöön liikennevahinkovammoissa sekä pitänyt näyttökynnyksen alentamista myös Suomessa perusteltuna lääketieteelliseen tietämykseen perustuvissa vahingonkorvausriidoissa. Perustan oman yllä esitetyn ajattelutapani samankaltaisiin lähtökohtiin.

<sup>207</sup> Stauch, *The Law of Medical Negligence in England and Germany – A Comparative Analysis* (2008), s. 11-12, vrt. myös nykyisen kuluttajansuojalain (20.1.1978/38) 8 luvun (5.1.1994/16) säännökset, joissa toimeksisaajalle on asetettu näyttötaakka sen suhteen, onko kuluttajapalvelus suoritettu mm. sopimuksen mukaisesti, ammattitaitoisesti ja toimeksiantajan edut huomioiden.

<sup>208</sup> Mt., s. 95-128



suomalaisessa ja saksalaisessa oikeusjärjestyksessä.<sup>209</sup>

Lainsäädäntöä on aiemminkin päivitetty oikeuskäytännön perusteella vastaamaan sitä tosiasiatilannetta, joka on saatu aikaan vuosien saatossa ratkaisukäytännöllä. Näin on käynyt myös potilasvahinkolain kohdalla.<sup>210</sup> Soveltamiskäytännön perusteella on kuitenkin selvää, että potilasvahinkolaissa on edelleen kohtia, jotka aiheuttavat tulkintaongelmia ja saattavat johtaa potilaan kannalta kohtuuttomaan tulokseen juuri todistusoikeudellisten syiden takia. Kun lisäksi potilasvahinkolautakunta ei juurikaan kirjoita näytön arviointia koskevia perusteluja näkyviin, eikä yleisesti soveltuvaa oikeuskäytäntöä ole olemassa, pitäisin järkevänä sen harkitsemista, että näyttökynnys kääntyisi ainakin edellä kuvatuissa tilanteissa. Samalla potilasasiakirjojen laatimiseen tulisi liittää vahingonkorvausoikeudellinen korostunut huolellisuusvelvollisuus. Se on sekä potilaan että terveydenhuoltohenkilöstön kannalta järkevin tapa pureutua puutteellisten potilasasiakirjojen aiheuttamaan ongelmaan. Nähdäkseni tällaiset muutokset sopisivat suomalaiseen ei-tuottamusperusteiseen potilasvahinkojärjestelmään erittäin hyvin. Myös potilasvahinkolain ja potilaslain henki, sekä prosessuaaliset oikeusperiaatteet puoltavat mielestäni tällaista kehityssuuntaa.

---

<sup>209</sup> Mikkola, Oikeudellisen tiedon yhtenevyys ja sen esteet – Jäämistöoikeudellisen informaation vertailtavuus (1999), s. 79-87

<sup>210</sup> Ks. 2.2. kappale ylhäällä.