



Turun yliopisto
University of Turku

ETIIKAN OPETUKSEN HAASTEET

Esimerkkinä potilasturvallisuus

Prof. Veikko Launis
Lääketieteellinen etiikka
Turun yliopisto



Aluksi: sisällön hahmottaminen

1. Potilasturvallisuus lääkärin, potilaan ja yhteiskunnan näkökulmasta
2. Potilasturvallisuus ja yhteiskunnallinen arvomuutos
 - Mitä muutos tarkoittaa?
 - Mikä on muuttunut?
 - Miten muutos vaikuttaa?
3. Potilasturvallisuus tarkastelun kohteena
 - Käsitteiden selkiyttäminen
 - Mitä tiedämme (faktat)
 - Esimerkkitapaukset ja omat kokemukset
 - Järjestelmä vs. hoitohenkilö
4. Miten toimia jatkossa – opitun hyödyntäminen



Mikä on muuttunut – vai onko mikään?

Esimerkkejä arvomuutosta puoltavista väittämistä:

- ”Arvomme ovat koventuneet”
- ”Yhteiskunta on muuttunut suvaitsemattommaksi (monikulttuurisuus uhattuna)”
- ”Yhteisvastuullisuus on katoamassa, individualismi ja ahneus lisääntymässä”
- ”Teknologia sanelee nykyisin arvovalintamme”
- ”Sukupuolten tasa-arvo on lisääntynyt”

Esimerkkejä ei-muutosta puoltavista väittämistä:

- ”Ajatus oikeudenmukaisuudesta on yhtä vanha kuin ihmiskuntamme”
- ”Vahvimman oikeus vallitsee ja on aina vallinnut”
- ”Yleisellä tasolla eettiset arvomme ovat pysyneet muuttumattomina”



Muutosta puoltavia havaintoja

1. TERVEYSKULUTTAMINEN

- Terveyttä ja terveystietoa on alettu pitää hyödykkeinä, joita voi ostaa tai vaihtaa vapailla terveystarkkinoilla
- Potilaasta on tullut asiakas, joka hankkii tietoa, päättää ja valitsee itse ja kantaa vastuun valinnoistaan
- Markkinavoimat ja vertaistukiverkostot (yksityinen) asiantuntijoiden ja viranomaisten (julkinen) kanssa

2. TERVEYSJULKISUUS

- Julkinen keskustelu vaikuttaa lisääntyvästi ihmisten terveys- ja hyvinvointitarpeisiin ja arvostukseen
- Epätavallisetkin näkemykset ja uskomukset saavat näkyvyyttä (polarisointi, mustavalkoistaminen, jne.)
- Tieteelliset väitteet jäävät helposti julkisuuden (esiin tuomien yksittäistapausten) jalkoihin



Muutosta puoltavia havaintoja

3. ASIANTUNTIJAVALLAN HEIKENTYMINEN

- Tieteellistä tietoa ja asiantuntijanäkemyksiä on liikaa ja ne ovat kaikkien saatavilla ("tutkijatkaan eivät tiedä")
- Avoimuus ja läpinäkyvyys muuttaneet luottamuksen perustaa (sokea luottamus -> informoitu luottamus)
- Tietovajemalli on osoittautunut virheelliseksi (epäily ja erimielisyydet eivät johdu pelkästään tiedon puutteesta)

4. HYÖDYNNETTÄVYYDEN IMPERATIIVI

- Konkreettiset ja mitattavat terveyshyödyt ovat nousseet etualalle, ehkä henkisen ja laadullisen hyvinvoinnin kustannuksella
- Terveiden teknologisoituminen



Muutosta puoltavia havaintoja

5. EPÄVARMUUDEN SIETO JA HALLINNAN TARVE

- Odottamaton ja hallitsematon tuntuu sietämättömältä
- Tapahtumia ja syitä ei ole ilman syyllisiä eikä riskejä ilman laiminlyöntejä ja vastuuttomuutta
- Esimerkkinä terveystalot ja potilasvahingot

6. REDUKTIO- JA HARMONISOINTIPYRKIMYS

- Eettiset kysymykset ja arvoerimielisyydet palautetaan liian helposti oikeudellisiin ja empiirisiin kysymyksiin
- Lainsäädännöllä rajataan eettistä keskustelua
- Ohjeistuksilla ja normistoilla pyritään yhdenmukaiseen ja yhteismitalliseen lopputulokseen
- Keskustelun teknistyminen ja äärimilleen viety hallinnantarve



TAPAUS 1: POTILAAN KERTOMUS

Olen 66-vuotias nainen ja kuulen huonosti. Tulin peruutusajalla kutsuttuna sappileikkaukseen. Tapasin aamulla saman hoitajan, joka oli ottanut minut vastaan aiemmin poliklinikkakäynnillä. Hoitaja kävi läpi kanssani kaikki tietoni ja lääkkeeni, ja sitten sain leikkausvaatteet. Minut ohjattiin odotushuoneeseen, jossa istuin yksin. Hetken kuluttua tuli kaksi hoitajaa. Toinen hoitajista sanoi, että nyt mennään leikkaukseen.

Matkalla saliin hoitaja kysyi, onko minut leikattu vuonna 1971. Sanoin ei, se oli vuonna 1991. Asiaa ei tarkastettu sen enempää. Kun minut oli avustettu leikkauspöydälle, kysyi hoitaja, että eikö se ole oikea puoli? Minä toistin kysymyksen, että oikea puoli? Hoitaja toistaa jälleen, että oikea puoli? Sitten minä reagoin ja sanoin, että eikö sappi ole keskellä?

Sitten hoitaja reagoi ja kysyy henkilöturvattuun. Potilaspaperit, jotka hoitajalla olivat, kuuluivat potilaalle, jolta piti leikata oikea rinta. Minut vietiin pois salista ja selvisi, että rintaleikkaukseen tullut potilas oli ollut vessassa, kun minut haettiin.



TAPAUS 1 JATKUU ...

Oma leikkaukseni sujui lopulta hyvin, mutta haluan tuoda esille, kuinka helposti voi tapahtua iso virhe. Olisin voinut menettää rintani, jos en olisi ollut tarkkaavainen tai olisin ollut lääkkeiden vaikutuksen alaisena. En halua, että kenenkään muun täytyy kokea vastaavaa.

Seuraavana päivänä hoitaja soitti minulle ja kysyi, haluanko tulla puhumaan asiasta. Juuri silloin minulla ei kuitenkaan ollut tarvetta keskusteluun. Vasta jälkeenpäin tuli sokki, että mitä olisi voinut tapahtua. Kun minulle oli tarjottu mahdollisuutta keskustella tapahtuneesta osaston henkilökunnan kanssa, päätin sittenkin käyttää tilaisuutta hyväkseni. Keskustelu oli hyödyllinen. Minulle selitettiin, miten erehdys oli syntynyt, ja minulta pyydettiin anteeksi.

Mielestäni oli tärkeää, että osaston henkilökunta lupasi kiinnittää erityistä huomiota siihen, ettei tällaista virhettä tehtäisi toista kertaa. On myös tärkeää ottaa huomioon, että potilas on aina hermostunut, kun on kyse omasta terveydestä ja erityisesti kun on kyse leikkauksesta. Toivon, että minun henkilöturvaturvannukseni tarkastetaan ainakin kerran, mieluummin monta kertaa. Minulla oli kädessä tunnustusranneke, josta se olisi ollut helppo tarkastaa. Potilaiden kanssa kannattaa keskustella.



TAPAU 2: LÄÄKÄRIN KERTOMUS

Olen 48-vuotias lääkäri. Olen toiminut tässä keskikokoisessa terveyskeskuksessa parikymmentä vuotta, ja minulla on ollut hyvät suhteet terveyskeskuksen palveluja käyttäviin kunnan asukkaisiin. Viime keväänä tunsin olevani uupunut, usein uneton ja päivällä työssä ollessani väsynyt. Välillä olin ärtynyt, ja voi olla, että se näkyi päältäni. Jälkeenpäin ajattelen, että unohdin asioita ja keskittyminen oli raskasta.

Vastaanotolleni oli tullut 61-vuotias talonemäntä, jonka vaivana oli ajoittainen verinen vuoto emättimestä. Kuukautiset olivat loppuneet noin kymmenen vuotta sitten. Tarkistelin esitietoja, ja potilas kertoi, että yhdynnän jälkeen vuoto oli ollut kohtuullisen runsasta. Tein sisätutkimuksen, ja koska kohtu ei tuntunut sormiini normaalilta, ajattelin, että kyseessä voi olla pitkälle edennyt kohdunkaulan syöpä ja päätin, että potilas on ohjattava gynekologille. Lupasin tehdä lähetteen mahdollisimman pian. Ehkä silloisesta elämäntilanteestani ja ruuhkautuneista työtehtävistäni johtuen olin kuitenkin hajamielinen ja paljon omissa ajatuksissani. Lähetteen tekeminen unohtui, kunnes potilas noin kaksi kuukautta myöhemmin otti yhteyttä ja kysyi lähetettä. Tunsin, että maa vajoaa altani. Käsitin, että olin syyllistynyt vakavaan virheeseen ja aiheuttanut potilaalleni haitan, jota ei ehkä voisi korjata.

Kävi ilmi, että diagnoosini oli ollut oikea, ja hoidon viivästyminen oli ehkä aiheuttanut potilaalleni pysyvän vakavan haitan. Potilas oli pettynyt ja hakeutui omaistensa ehdotuksesta potilasasiamiehen puheille. Potilas valitti hoitovirheestä ja jouduin laatimaan vastineen.



TAPAUS 2 JATKUU ...

Tunsin olevani lääkärinä täysin epäonnistunut ja syyllinen siihen, että potilaani ennuste oli ratkaisevasti huonontunut, vaikka kuolemanvaarasta ei ehkä ollut kyse. Olin joka tapauksessa poissa tolaltani, enkä kyennyt käsittelemään asiaa työyhteisössäni, kotiväen enkä ystävieni kanssa. Ajattelin, että virheestä olisi tärkeätä keskustella kollegoideni ja esimieheni kanssa, mutta sellainen ei kerta kaikkiaan kuulunut tapoihimme.

Toivuttuani ensijärkytyksestä sain sen verran voimaa, että rupesin etsimään tukea mistäpä muusta kuin sähköisessä verkossa julkaistusta kirjallisuudesta. Sieltä löytyi kirjoituksia, jotka kannustivat virheen avoimeen käsittelyyn työyhteisössä ja ennen kaikkea tapahtumien käsittelyyn haitan kärsineen potilaan kanssa. Aitoa anteeksipyyntöä pidettiin siellä keskeisenä toimenpiteenä.

Ohjeiden mukaisesti otin yhteyttä potilaaseeni, kerroin haittaan johtaneet yksityiskohdat tarkasti ja pyysin anteeksi huolimattomuuttani. Kerroin kärsineeni omantunnon tuskia tapahtuneesta ja ilmoitin katuvani toimintaani. Lupasin, että pyrkisin tulevaisuudessa välttämään vastaavanlaista virhettä. Olin yllättynyt ja tietysti iloinen siitä, että potilaani ei vaikuttanut vihaiselta, kertoi ymmärtävänsä inhimillisen virheeni ja sanoi antavansa sen minulle anteeksi. Hän perui valituksensa, vakuutti luottavansa vastaisuudessa toimintaani ja on käynyt leikkauksensa jälkeen vastaanotollani seurattavana.



KÄSITTEITÄ JA MÄÄRITELMIÄ

Taulukko 1. Hoitoon liittyvien virheiden, poikkeamien ja haittojen (hoitovahinkojen) määritelmiä.

Virhe tai poikkeama (error)	<p>Hoidon yhteydessä sattunut virhe, joka johtaa tai voi johtaa haittaan.</p> <p>Virhe voi olla suunnitelman toteuttamista väärällä tavalla tai väärän suunnitelman toteuttamista – tai joskus jopa suunnitelman puuttumista.</p> <p>Syynä saattaa olla sekä suunniteltuun toimintaan ryhtyminen että sen toteuttamatta jättäminen.</p>
Vaaratapahtuma tai virhetapahtuma (incident)	<p>Odottamaton tai ennakoimaton tapahtuma tai tilanne, joka ei lainkaan kuulu tavanomaiseen hoitoon ja joka on aiheuttanut tai olisi voinut aiheuttaa potilaalle tahattoman tai tarpeettoman haitan: vaivan, menetyksen tai vaurion.</p>
Haittatapahtuma (adverse event)	<p>Hoidossa sattunut tapahtuma, josta on potilaalle haittaa.</p> <p>Haittatapahtuma ei ole sama kuin komplikaatio</p>
Läheltä piti -tapahtuma	<p>Sattunut virhe tai poikkeama, joka olisi voinut aiheuttaa potilaalle haittaa mutta ei aiheuttanut; virhe tai poikkeama, joka havaittiin ja korjattiin ennen kuin se aiheutti haittaa potilaalle.</p>
Haitta (hoitovahinko, harm)	<p>Lääketieteellisen hoitotoimenpiteen aiheuttama vahinko (vaurio).</p>
Ehkäistävässä oleva haitta (hoitovahinko)	<p>Haitta, joka olisi voitu estää asianmukaisella suunnittelulla ja oikealla tavalla toimien.</p>



FAKTOJA JA VALISTUNEITA ARVAILUJA

Hoitovirheiden ja läheltä piti -tilanteiden syitä:

- Häiriöt kommunikaatiossa (kieli, tietotekniikka jne.)
- Väsymys, stressi, ylikuormittuminen
- Vieras toimintaympäristö
- Huolimattomuus, sitoutumattomuus, välinpitämättömyys, suunnitelmattomuus

Hoitovirheiden seuraukset ja vaikutukset:

- Mielipaha, viha, katkeruus (potilas, omainen)
- Luottamuksen murentuminen (potilas, omainen)
- Hoitoajan pidentyminen, pysyvä vamma tai jopa kuolema (potilas)
- Lamaantuminen, työkyvyn menettäminen, sairastuminen (lääkäri)



FAKTOJA JA VALISTUNEITA ARVAILUJA

Arkkiatri Risto Pelkonen (2003):

- Suuri osa virheistä syntyy hoitoprosessin ja järjestelmän infrastruktuuriin piiloutuneista monentasoisista ansoista.
- Parhaat tekevät pahimmat virheet. Lääkäri, joka ei tee lainkaan virheitä, ei hoida tarpeeksi potilaita.
- Kun tekniikka mutkistuu ja lääkintätaidon tavoitteet käyvät yhä kunnianhimoisemmiksi, virheiden mahdollisuus kasvaa, semminkin kun potilaat ovat entistä vanhempia, sairastavat useita samanaikaisia sairauksia ja käyttävät monia lääkkeitä. Vanhusten diagnostiikka on vaikeaa ja odottamattomat käännteet taudin kulussa ja hoidossa tavallisia. Samaan suuntaan vaikuttavat alituinen kiire, hoitoaikojen minimoiminen, vaihtuva henkilökunta pätkätöiden ja ”keikkakulttuurin” vuoksi ja lyhytnäköiset säästöt henkilökuntamenoissa.



FAKTOJA JA VALISTUNEITA ARVAILUJA

Amos Pasternack (2006):

- Useimmiten hoitovirheet johtuvat järjestelmän heikkouksista tai häiriöistä, eivät lääkärin puutteellisesta ammattitadosta tai luonteen ominaisuuksista.
- Etsittäessä hoitovahingon juuria ei ... ole hyödyllistä tutkia, kuka lääkäri tai hoitaja on mahdollisen erehdyksensä kautta sen aiheuttanut. Tärkeämpää on tutkia systeemissä piileviä seikkoja ja hoitovahinkoon johtaneiden toiminnallisten ja rakenteellisten seikkojen osuutta. Virheiden ja vahinkojen taustatapahtumat ovat kliinisessä toiminnassa samanlaisia kuin muussakin inhimillisessä toiminnassa.



YLEISYYDESTÄ

Eteneviä epidemiologisia tutkimuksia on toistaiseksi kansainvälisestikin vähän. Takautuvien tutkimusten valossa arviot ovat vaihtelevia.

Muihin onnettomuuksiin suhteutettuna:

- Keskivertolentoasemalla matkatavaroiden lajittelussa tapahtuu vähemmän virheitä kuin sairaaloissa hoitovirheitä.
- Kuolemaan johtavien liikenneonnettomuuksien määrä on kuolemaan johtavien hoitovirheiden määrää oleellisesti pienempi.



YLEISYYDESTÄ

Hoitovirheitä kohdistuu eri puolilla maailmaa arviolta 4–14 %:iin sairaalapotilaista. Näistä noin puolet olisi vältettävissä (Pelkonen 2003).

Virheet johtavat haittaan noin yhdellä kymmenestä potilaasta ja vakavaan haittaan noin yhdellä sadasta ja kuolemaan noin yhdellä tuhannesta (Pasternack 2006).

Kuolemaan johtavia hoitovirheitä Suomen sairaaloissa vuosittain arviolta jopa 700–1700 (Pasternack 2006).

Muista toimipisteistä (esim. terveyskeskuksista) ei ole epidemiologista tietoa.



EETTISTÄ POHDINTAA JA PERIAATTEITA

Vahingon välttämisen ja hyvän tekemisen periaate keskeinen lääkärin työssä. Silti virheistä puhutaan hyvin vähän.

Korvauksen ja hyvittämisen vaatimus: syntyneet vahingot ilmoitetaan potilasvahinkokeskukseen ja korvataan asianmukaisesti. Valitusoikeus PVK:n päätöksestä potilasvahinkolautakuntaan. Potilasasiamies olisi toivottava.

Anteeksipyyntö ja katumuksen osoittaminen, potilaan järkytyksen ja vihan tunteiden hyväksyminen ilman defensiivisyyttä, empatia.

- Lääkärin aiheuttaman haitan avointa käsittelyä ja anteeksi-
pyyntöä voidaan pitää potilas-lääkärisuhteesta kumpuavana
eettisenä velvollisuutena (Pasternack ja Kinnunen 2010).

Virheen tehneestä lääkäristä huolehtiminen (helposti syntyy lisäuhreja), työkyky, työhyvinvointi.

- Työyhteisön tuki lääkärielle, tukea tunteiden (kauhu, epätoivo)
hallinnalle ja kokemiselle. Itselle anteeksiantaminen



KULTTUURISET TEKIJÄT

Kulttuuriset ja työskentelyilmapiiriin liittyvät tekijät voivat joko estää tai edistää hoitovirheetöntä terveydenhuoltoa.

- Virheiden henkilöityminen on pahasta. Häpeän kulttuuri ja väärin toteutuva kollegiaalisuus ("paras vaieta"), virheet saatetaan kokea henkilökohtaisina epäonnistumisina.
- Epätäydellisyyden hyväksyminen ja epävarmuuden sietäminen, epäonnistumaan oppiminen.
- Avoimuuden kulttuuri. Syyllisten etsimisen ja syyllistämisen sijaan tulisi etsiä erehdysten kausaalisia ja rakenteellisia syitä.
- Potilaiden ja lääkäreiden suhtautuminen virheisiin ja läheltä piti -tilanteisiin samoin kuin tiedon tarpeen tulkinnat poikkeavat toisistaan.



KULTTUURISET TEKIJÄT

Ennaltaehkäisyn kannalta keskeistä:

- Virheitä henkilöittäessä ja sanktioita korostettaessa organisaatioon kytkeytyvät puutteet jäävät havaitsematta, ongelmat ratkaisematta (analysoimatta) ja uudet tai toistuvat virheet estämättä
- Läheltä piti -tilanteiden analyysi ja dokumentointi, oppia esim. ilmailusta ja merenkulusta
- Oppiva, itseään korjaava järjestelmä
- Teoriaa riskien hallinnasta
- Esim. ns. reikäjuustomalli toteutuvista riskeistä
- Terveystieteiden nykyluonteen ymmärtäminen (mm. konsumerismi, Internet)



Länsi-Savo (2.12.2011): Vakava hoitovirhe-epäily Mikkelin keskussairaalassa

Mikkelin keskussairaalassa epäillään vakavaa hoitovirhettä, kirjoittaa Länsi-Savo. Sen mukaan mahdollinen hoitovirhe johti nuoren naisen kuolemaan marraskuussa.

Mikkelin keskussairaalan johtaja *Jari Välimäki* myöntää Länsi-Savolle, että sairaalan tiedonkulussa oli vakavia ongelmia, kun noin 30-vuotias nainen hakeutui hoitoon pääkipujen takia. Selvitettäväksi jää, osattiinko naisen pääkipuihin reagoida oikealla tavalla.

Naista tutkittiin sairaalassa pääkipujen takia, mutta hänet kotiutettiin muutaman päivän kuluttua, kun pääkivut olivat häipyneet. Hän palasi kuitenkin pari päivää myöhemmin sairaalaan. Syynä olivat jälleen voimakkaat pääkivut. Seuraavana aamuna naisen kunto romahti ja häntä lähdettiin kuljettamaan ambulanssilla Kuopion yliopistolliseen keskussairaalaan.

Hän kuitenkin menehtyi matkalla. Kuolinsyytä ei tiedetä.

Mikkelin keskussairaala selvittää kuolemantapausta kuolleen naisen omaisten kanssa. Asiasta on tehty ilmoitus myös sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralle.

Valvira puolestaan velvoittaa Itä-Suomen aluehallintoviraston tutkimaan asiaa. Aluehallintovirasto arvioi aikanaan, antaako tapaus aiheutta poliisitutkimuksiin.



POTILASTURVALLISUUTTA TAIDOLLA (2011–2015) -OHJELMAN ESITTELY

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ohjelma, mukana paljon toimijoita
- Tavoitteena hoidon aiheuttamien kuolemien ja haittatapahtumien puolittuminen vuoteen 2020
- Ammattilaiset potilasturvallisuutta edistävässä ympäristössä ja käytettävissä on laadukkaita ja käyttökelpoisia välineitä potilasturvallisuuden edistämiseen. Tällaisia ovat mm. tieto, vertaiskokemukset, hyvät käytännöt, kehitysohjelmat ja työkalut
- Vaasan keskussairaalassa jo käynnissä kokeilu, jossa kirjataan kaikki haittatapahtumat ja läheltä piti -tilanteet
- Sähköiseen järjestelmään voi jättää anonyymisti tiedon havaitusta haittatapahtumasta tai läheltä piti -tilanteesta



KESKUSTELUA JA POHDINTAA

Miten opittua voi hyödyntää omalla työpaikalla tai terveydenhuollon organisaatiossa?

Miten opittua voi hyödyntää oman työn kehittämisessä (ammattillisessa kasvussa)?

Miten opetusta voisi edelleen kehittää (kriittinen jälkikeskustelu)

Opettajat pohtivat: Voiko oppimistulosta mitata tai havainnoida?