

Joona Vintturi, Juho Niemi, Maiju Welling ja Olli Kampman

Psykiatristen potilasvahinkojen yleisyys ja luokittelu

JOHDANTO. Kansainvälisen tutkimustiedon mukaan psykiatrian erikoisaloilla potilasvahinkoja raportoidaan muita erikoisaloja vähemmän. Suomessa ei ole aiemmin tutkittu psykiatrian alojen potilasvahinkoilmoituksia.

AINEISTO JA MENETELMÄT. Tutkimuksessa vertailtiin Potilasvakuutuskeskukseen (PVK) vuosien 2003 ja 2016 välillä rekisteröityjä psykiatrian ja neurologian alojen potilasvahinkoilmoituksia. Lisäksi psykiatrian alojen potilasvahinkoilmoituksia vuosilta 2012–2016 luokiteltiin tarkemmin sisältönsä mukaan.

TULOKSET. Tutkimusaikana PVK:ssa rekisteröitiin 1 130 psykiatrian ja 1 753 neurologian alan potilasvahinkoilmoitusta. Psykiatrian alojen potilasvahinkoilmoituksista potilaalle tai omaisille korvattaviksi tulokittiin 12 % ja neurologian vastaavista 23 %. Psykiatrian alojen vahinkoilmoituksista 26 % liittyi psykoosiin sekä tahdonvastaiseen hoitoon ja 28 % läkehoidosta tai muusta biologisesta hoidosta koettuun haittaan.

PÄÄTELMÄT. Psykiatrian erikoisaloilla potilasvahinkoja raportoidaan vähemmän ja tulkitaan harvemmin potilaalle korvattaviksi kuin neurologian aloilla. Potilasvahingon korvattavuuden arvioiminen psykiatrian aloilla on usein vaikeampaa kuin muilla erikoisaloilla.

Terveystieteiden tutkimuksissa sattuu vahinkoja. Osassa tilanteista potilas ei välttämättä veisi hoitovahingon oikeudellista käsittelyprosessia eteenpäin, mikäli hoitohenkilökunta käsittelee tapahtunutta vahinkoa huolellisemmin. Brittiläistutkimuksessa kyselyyn vastanneille hoitovirheen kokeneille potilaille yleisimpänä sovittelevana tekijänä olisi toiminut kunnollinen selitys ja anteeksipyyntö virheen tehneeltä terveydenhuollon ammattilaiselta (1).

Potilasvahingolla ja hoitovirheellä on Suomessa osin päällekkäiset määritelmät. Hoitovirheeksi katsotaan hoitoon liittyvä selvästi virheellinen hoitohenkilökunnan toiminta, jonka perusteella valvovat viranomaiset voisivat määrätä seuraamuksen. Hoitovirhe ei välttämättä aiheuta potilaalle henkilövahinkoa. Potilasvahingolla puolestaan tarkoitetaan henkilövahinkoa, joka on aiheutunut terveyden- tai sairaanhoidon seurauksena (2).

Potilasvakuutuslain mukaan potilaalle on suoritettava korvaus henkilövahingosta, mikäli

sen katsotaan todennäköisesti aiheutuneen esimerkiksi hoitovahingosta tai hoitoon liittyvän välineen viasta. Epäillessään potilasvahinkoa potilas tai hänen omaisensa voi lähettää vahinkoilmoituksen Potilasvakuutuskeskukselle (PVK), jonka tehtävänä on huolehtia terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä sattuneiden henkilövahinkojen korvaamisesta potilasvakuutuslain mukaisesti. Potilasvakuutusjärjestelmän ansiosta Suomessa ei juurikaan nosteta vahingonkorvauskanteita lääkäreitä vastaan (3,4).

Potilasvahinkojen erikoisalakohtaisesta ilmaantuvuudesta on olemassa kansainvälistä tutkimustietoa. Yhdysvaltalais tutkimuksessa kävi ilmi, että neurokirurgeista vuosittain lähes 20 %:lle esitettiin korvausvaatimus tehdyn hoitovirheen jälkeen, kun taas toisessa ääripäässä psykiatrien vastaava osuus oli 2,6 % (5). Espanjalais tutkimuksesta puolestaan selviää, että vuosittain arviolta 0,9 %:lle katalonialaispsykiatreista esitetään hoitotyöhön liittyvä korvausvaatimus (6).



Huolimatta pienestä erikoisalakohtaisesta korvausvaatimusosuudesta myös psykiatrian alalla raportoidaan haittatapahtumia. Ruotsalaistutkimuksessa hieman alle viidesosassa akuuttipsykiatrian osaston potilastapauksista todettiin haittatapahtuma, joista 46 % katsottiin sellaisiksi, että ne olisi voitu estää (7). Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös yhdysvaltalaisutkimuksessa, jonka mukaan joka viides psykiatrinen potilas tutkimuspopulaatiossa oli kokenut hoitoon liittyvän haittatapahtuman (8).

Psykiatrisen potilaan hoidostaan nostamille oikeustoimille on erilaisia syitä. Yhdysvalloissa vuosina 1986–2018 kerätyn datan mukaan yleisin syy psykiatrian alan korvausvaatimukselle oli potilaan itsemurha ja seuraavaksi yleisimpiä syitä väääräksi katsottu hoitomuoto sekä potilaan ja lääkärin välisen luottamuksellisen suhteen rikkoutuminen (9). Italia-laistutkimuksessa itsemurhaan johtaneita hoitoon liittyviä syitä olivat potilaan riittämätön valvonta, diagnostinen virhe, sopivan terapian puute tai edellä mainittujen syiden yhdistelmä (10). Hongkongilaisessa tapaus-verrokkitutkimuksessa skitsofrenia oli yleisin diagnoosi niillä sairaalasta vastakotiutetuilla mielenterveyspotilailla, jotka päätyivät itsemurhaan, ja itsemurhatavoista tavallisin oli korkealta paikalta hyppääminen (11).

Psykiatrian alan potilasvahinkoilmoituksia ei ole Suomessa aiemmin tutkittu. Tutkimusaihe on tärkeä hoitoketjun läpinäkyvyyden ja potilasturvallisuuden parantamiseksi erityisesti siksi, että potilasvahingon korvattavuuden määrittely voi olla psykiatristen sairauksien osalta vaativaa. Psykiatristen potilasvahinkojen tarkasteleminen on tarpeellista myös erikoisalaan läheisesti liittyvän tahdosta riippumattoman hoidon kannalta – esimerkiksi liikkumisvapauden rajoittaminen on herkkä asia sekä yksilön itsemääräämis- ja ihmisoikeuksien että potilasturvallisuuden näkökulmasta (12).

Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena tutkia psykiatristen potilasvahinkoilmoitusten määrän kehitystä ja myönteisten korvauspäätösten osuutta sekä luokitella vahinkoilmoitukset niiden aiheen perusteella. Korvauspäätösten määrää ja myönteisten päätösten osuuksia vertailtiin

neurologian alan potilasvahinkoilmoitusten vastaaviin. Tutkimuksemme päähypoteesina oli psykiatristen alojen potilasvahinkoilmoitusten pienempi määrä suhteessa neurologian alan vastaaviin ilmoituksiin.

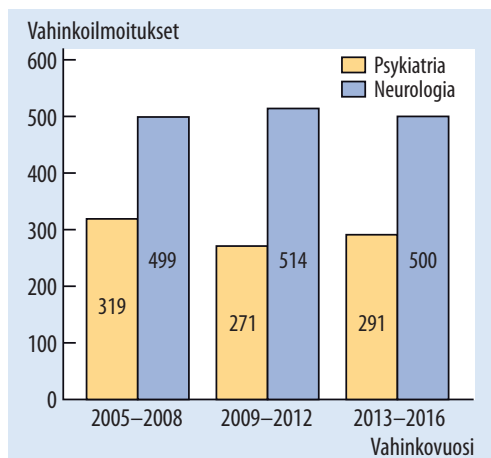
Aineisto ja menetelmät

Rekisteripohjaisessa tapaus-verrokkitutkimuksessa käytettiin aineistona PVK:lta hankittuja tilastoja psykiatristen (psykiatria sekä lasten-, nuoriso- ja oikeuspsykiatria) ja neurologian (neurologia ja lastenneurologia) alojen käsitellyistä potilasvahinkoilmoituksista. Neurologia valittiin vertailukohteeksi toisena konservatiivisena erikoisalana, jossa hoidetaan psykiatrian tavoin etiologioiltaan monimutkaisia sekä osin tuntemattomia keskushermostosairauksia, jotka ovat potilaiden näkökulmasta usein vaikeasti käsitettäviä kokonaisuuksia.

Aineistoon koottiin kaikki rekisteröidyt ja kokonaan käsitellyt vahinkoilmoitukset PVK:n kattavan sähköisen vahinkojärjestelmän ajalta vuosien 2003 ja 2016 välillä. Aineistosta kerätyistä tiedoista ilmenivät ilmoituksen vahinko- ja ratkaisupäivä, käsittelytunnus, ratkaisukoodi, potilaan ikä ja sukupuoli sekä vahinkoyksikkö erityisvastuualueen tarkkuudella. Vahinkoilmoituksia oli tehty sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.

Tilastoja psykiatrian ja neurologian erikoissairaanhoidon potilasmääristä haettiin THL:n Sotkanet.fi-sivustolta (13). Neurologian osalta tilastoja oli saatavilla vain avohoitopotilaista, joten potilasvahinkoilmoitusten vertailukohteiksi poimittiin erikoisalakohtaisten avohoitopotilaiden lukumäärät. Nämä suhteutettiin erityisvastuualueellisiin asukas- ja potilasvahinkoilmoitusmääriin.

Aineiston tilastollisessa käsittelyssä erikoisaloja tarkasteltiin kahtena isona kokonaisuutena: psykiatrian ja neurologian aloina. Molempien alojen osalta tutkittiin vuosittaisia vahinkoilmoitusten lukumääriä ja niissä tapahtuneita muutoksia sekä myönteisten ja kielteisten vahinkopäätösten osuuksia. Lisäksi psykiatrian alan vahinkoilmoitukset luokiteltiin aiheensa perusteella aineistossa, joka käsitti kaikki asiakirjalitteet sisältävän sähköisen vahinkojärjes-



KUVA 1. Potilasvahinkoilmoitusten erikoisalakohdattaiset lukumäärät nelivuotisjaksoina vuosina 2005–2016.

telmän käyttöaikana vuosina 2012–2016 rekisteröidyt ja kokonaan käsitellyt psykiatrian alan vahinkoilmoitukset.

Luokittelu muodostettiin tutkimusryhmässä yhteisesti tarkastelemalla aineiston 50:n järjestyksessä ensimmäisen ilmoituksen sisältöjä. Luokittelun muodostamisen jälkeen kaksi tutkijaa luokittelivat kyseiset 50 ilmoitusta itsenäisesti. Tämän luokittelun yhtäpitävyys tutkijoiden välillä oli ensisijaisen vahinkoluokan osalta 100 %. Tämän jälkeen aineiston loput vahinkoilmoitukset jaettiin samojen tutkijoiden kesken itsenäisesti luokiteltaviksi. Psykiatristen ja neurologisten potilasvahinkoilmoitusten vertailussa tulokset ristiintaulukoitiin, minkä jälkeen erikoisalojen keskinäisten erojen tilastollista merkitsevyyttä tulkittiin khiin neliö-testillä ja kerroinsuhteella. Datan analysoimisessa käytettiin SPSS Statistics (versio 26)- ja Microsoft Excel -ohjelmia. Lupa tutkimukseen saatiin PVK:lta.

Tulokset

Psykiatristen ja neurologisten vahinkoilmoitusten vertailu. Aineistossamme oli 1 130 psykiatrian ja 1 753 neurologian alan potilasvahinkoilmoitusta. Psykiatrian alan potilasvahingon ilmoittaneen potilaan ikä oli keskimäärin 39,7 vuotta, keskihajonta oli 16,4 vuotta. Neurologian alan potilasvahingon ilmoittaneen potilaan ikä puolestaan oli keskimäärin 52,7 vuotta ja keskihajonta 17,6 vuotta ($p < 0,001$). Psykiatrisesta hoidosta vahinkoilmoituksen tehneistä naisia oli 54 % ja neurologisesta 52 %. Sukupuolijakaumissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa erikoisalojen välillä.

PVK:lle ilmoitetut potilasvahinkomäärät vaihtelivat vuosittain, mutta selvää vuositrendiä ei havaittu psykiatrian eikä neurologian osalta. Pyrimme pienentämään yksittäisen vuoden vaikutusta tilastoon käyttämällä nelivuotis-tilastoja (vuodet 2005–2008, 2009–2012 ja 2013–2016) (**KUVA 1**). Muutosta potilasvahinkoilmoitusten määrässä ei tällöinkään havaittu.

Julkisella sektorilla tehtiin molemmilla erikoisaloilla selvästi enemmän potilasvahinkoilmoituksia kuin yksityisellä: psykiatrisista potilasvahinkoilmoituksista julkisen sektorin osuus oli 87 %. Erikoisalojen välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa. Maantieteellisesti eniten potilasvahinkoilmoituksia tehtiin HUS:n erityisvastuualueella niin psykiatrian kuin neurologiankin alalla. Huomionarvoista oli julkisen sektorin psykiatristen potilasvahinkoilmoitusten suhteellisesti korostunut keskittyminen HUS-alueelle verrattuna neurologian vastaaviin ($p < 0,002$) (**TAULUKKO 1**).

OYS:n erityisvastuualueella psykiatriasia

TAULUKKO 1. Julkisen sektorin erikoisalakohdainen potilasvahinkoilmoitusten maantieteellinen jakautuminen vuosina 2003–2016.

Erytisvastuualue	Psykiatria, n (%)	Neurologia, n (%)	Yhteensä, n (%)
HUS-erva	364 (37,2)	478 (30,7)	842 (33,2)
TYKS-erva	143 (14,6)	223 (14,3)	366 (14,4)
TAYS-erva	143 (14,6)	314 (20,2)	457 (18,0)
KYS-erva	191 (19,5)	306 (19,7)	497 (19,6)
OYS-erva	137 (14,0)	235 (15,1)	372 (14,7)
Yhteensä	978 (100)	1 556 (100)	2 534 (100)

TAULUKKO 2. Julkisen sektorin potilasvahinkoilmoitukset tuhatta avohoitokäyntiä kohden erityisvastuualueittain. Erityisvastuualueiden asukasluvut on merkitty Kuntaliiton vuoden 2016 joulukuun tilaston perusteella, avohoitokäyntien erikoisalakohdaiset tilastot on haettu THL:n Sotkanetistä (13,14).

Erityisvastuualue	Psykiatria	Neurologia
HUS-erva	0,531	4,94
TYKS-erva	0,405	4,83
TAYS-erva	0,602	6,71
KYS-erva	0,738	5,15
OYS-erva	0,910	6,47

potilasvahinkoilmoituksia laadittiin avohoitokäynteihin suhteutettuna alueellisesti eniten ($p < 0,05$) (**TAULUKKO 2**). Kaikista tehdyistä potilasvahinkoilmoituksista ei selvinnyt maantieteellistä tapahtumapaikkaa, joten 37 psykiatrista ja 12 neurologista potilasvahinkoilmoitusta jäivät alueellisesti luokittelematta. Psykiatrian alan yksityisen sektorin potilasvahinkoilmoituksista lähes puolet tehtiin HUS-alueella. Muiden alueiden osuudet olivat keskenään melko samankokoiset (**TAULUKKO 3**).

PVK:n antamien myönteisten korvauspäätösten osuuksissa kaikista vahinkoilmoituksista löytyi eroja psykiatrian ja neurologian erikoisalojen välillä. Psykiatrian alan potilasvahinkoilmoituksista korvattaviksi tulkittiin 12 %, kun taas neurologian alalla 23 %:ssa ratkaisuisista päädyttiin vahingon korvaamiseen ($p < 0,001$) (**TAULUKKO 4**). Rajattaessa tulkittavat kategoriat korvattuihin ja ei-korvattuihin ratkaisuihin olivat erikoisalakohdaiset korvattavien vahinkojen osuudet samansuuntaiset: psykiatrian alalla 13 %:ssa ja neurologian alalla 24 %:ssa päätöksistä päädyttiin korvaamaan vahinko. Potilasvahinko katsottiin neurologian alalla selvästi useammin korvattavaksi kuin psykiatrian alalla

TAULUKKO 3. Yksityisen sektorin psykiatrian alan potilasvahinkoilmoitusten maantieteellinen jakautuminen vuosina 2003–2016.

Erityisvastuualue	Potilasvahinkoilmoitukset, n (%)
HUS-erva	53 (46,5)
TYKS-erva	17 (14,9)
TAYS-erva	14 (12,3)
KYS-erva	14 (12,3)
OYS-erva	16 (14,0)
Yhteensä	114 (100)

(kerroinsuhde, OR = 0,494, 95 %:n luottamusväli = 0,40–0,61, $p < 0,001$).

Nelivuotistilastoinnin avulla jaettu korvattavien ja ei-korvattavien potilasvahinkojen osuus ei psykiatrian alalla tuottanut tilastollisesti merkitsevää eroa eri aikajaksojen välillä. Neurologisissa potilasvahinkoilmoituksissa sen sijaan havaittiin vuosien 2009–2012 aikana suurentunut korvattavien vahinkojen osuus ($p < 0,015$) (**TAULUKKO 5**).

Psykiatristen hoitovahinkojen luokittelu. Psykiatrian alan kaikki asiakirjaliitteet sisältävän PVK:n sähköisen vahinkojärjestelmän käyttöaikana tehtyjä kokonaan käsiteltyjä vahinkoilmoituksia oli vuosina 2012–2016 yhteensä 327. Näistä 316 oli ratkaistu korvausvaatimuksen osalta. Muiden yhdentoista ilmoituksen käsittely oli keskeytetty joko hakijan pyynnöstä tai ilmoituksen vaillinaiseksi toteamisen vuoksi taikka ohjattu toiselle erikoisalalle jatkokäsittelyyn.

Hakemuksista 37:ssä (11 %) todettiin tapahtuneen jonkinlainen vahinko ja 290:ssä (87 %), että vahinkoa ei ollut tapahtunut. Yleisimmät diagnoosiluokat olivat F2-alkuiset (skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuus-

TAULUKKO 4. Korvauspäätösten ratkaisut erikoisaloittain vuosina 2003–2016.

Ratkaisu	Psykiatria, n (%)	Neurologia, n (%)	Yhteensä, n (%)
Korvattava vahinko	137 (12,1)	409 (23,3)	546 (18,9)
Ei-korvattava vahinko	883 (78,1)	1 302 (74,3)	2 185 (75,8)
Lääkevahinko ¹	42 (3,7)	17 (1,0)	59 (2,0)
Hakemus evätty	68 (6,0)	24 (1,4)	92 (3,2)
Yhteensä	1 130 (100)	1 752 (100)	2 882 (100)

¹Ohjattu lääkevahinkovakuutuksen puolelle käsiteltäväksi.

TAULUKKO 5. Erikoisaloikohtaiset korvattavien sekä ei-korvattavien vahinkojen osuudet nelivuotisjaksoilla vuosina 2005–2016.

		Korvattava vahinko, n (%)	Ei korvattava vahinko, n (%)	Yhteensä, n (%)
Psykiatria	2005–2008	36 (11,3)	283 (88,7)	319 (100)
	2009–2012	44 (16,2)	227 (83,8)	271 (100)
	2013–2016	40 (13,7)	251 (86,3)	291 (100)
	Yhteensä	120 (13,6)	761 (86,4)	881 (100)
Neurologia	2005–2008	102 (20,4)	397 (79,6)	499 (100)
	2009–2012	145 (28,2)	369 (71,8)	514 (100)
	2013–2016	126 (25,2)	374 (74,8)	500 (100)
	Yhteensä	373 (24,7)	1 140 (75,3)	1 513 (100)

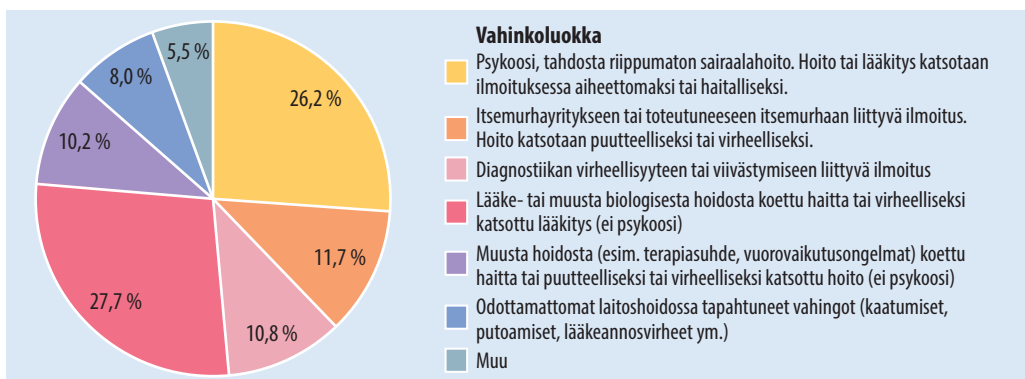
häiriöt, n = 123, 38 %) sekä F3-alkuiset (mielialahäiriöt, n = 130, 40 %). Käsitellyt tapaukset luokiteltiin ensisijaisesti vahinkoilmoituksen ja tarvittaessa PVK:n vahinkopäätöksen tietojen perusteella seitsemään eri vahinkoluokkaan (KUVA 2).

Tapauksille määritettiin tarvittaessa myös toissijainen vahinkoluokka, jos ilmoitukseen liittyi useampaan eri vahinkotyyppiin sopivia kuvauksia. Yhteensä toissijainen vahinkoluokka määritettiin 88:ssä (27 %) ilmoituksessa. Lääkehoitoon liittyvät ilmoitukset olivat yleisin toissijaiseksi määritetty vahinkoluokka (n = 29, 33 % toissijaisista vahinkoluokista). Eniten useampaan vahinkoluokkaan sopivia ilmoituksia oli psykoosin hoitoon (n = 23, 26 %) ja lääkehoidon haittaan tai sen virheellisyyteen liittyvissä ryhmissä (n = 19, 22 %).

Psykiatrinen potilasvahinkoilmoitusten vahinkoluokkien jakaumissa todettiin joitain erityisvastuualueiden välisiä eroja. Odottamattomat laitoshoidossa tapahtuneet vahingot

olivat KYS-alueella yleisempiä kuin muualla maassa (KYS-erva 14 % alueen ilmoituksista vs muut ervat 6,1–11 %, p = 0,045). Muuhun hoitoon, esimerkiksi terapisuhteeseen tai vuorovaikutusongelmiin, liittyvät ilmoitukset olivat HUS-alueella muuta maata yleisempiä (HUS-erva 18 % vs muut ervat 2,0–8,7 %, p = 0,045), kun taas psykoosisairauksien hoitoon liittyvät ilmoitukset olivat OYS-alueella yleisempiä kuin muualla (OYS-erva 31 % vs muut ervat 22–28 %, p = 0,045). Diagnostiikkaan liittyvien vahinkoilmoitusten osuus puolestaan oli KYS-alueella muita alueita pienempi (KYS-erva 4,1 % vs muut ervat 6,3–20 %, p = 0,045).

Potilaiden mediaani-ikä vaihteli vahinkoluokkien välillä. Itsemurhayritykseen tai toteutuneeseen itsemurhaan liittyvissä ilmoituksissa vakuutetut olivat mediaani-ikänsä huomattavasti nuorempia kuin muiden vahinkoluokkien potilaat (35,9 vuotta vs 43,0–52,3 vuotta, p = 0,002).



KUVA 2. Psykiatrian erikoisalan vuosina 2012–2016 kokonaan käsiteltyjen 325 vahinkoilmoituksen luokittelu ilmoituksen pääasiallisen sisällön perusteella.

Pohdinta

Tulokset erikoisalakohtaisista potilasvahinkoilmoitusten määrästä sekä korvauspäätöksistä noudattivat pitkälti tutkimuksen päähypoteesia: psykiatrian alalla potilasvahinkoilmoituksia raportoidaan vähemmän verrattuna neurologian alaan. Lisäksi psykiatrisista vahinkoilmoituksista pienempi osuus täytti potilasvahinkolain edellytykset potilasvahingon korvattavuudesta verrattuna neurologisiin vahinkoilmoituksiin. Tämä vahvistaa myös kansainvälistä tutkimustietoa psykiatrian alan hoitovirheiden pienestä esiintyvyydestä muihin erikoisaloihin verrattuna (5).

Tutkimuksessa havaittu erikoisalakohmainen ero vahinkoilmoituksen tehneen potilaan keskimääräisessä iässä lieenee seurausta neurologisten sairauksien painottumisesta vanhemmalle iälle, sillä tyypillisiä neurologisia sairauksia ovat esimerkiksi muistisairaudet. Psykiatriset sairaudet puolestaan puhkeavat elämässä verrattain aiemmin.

Potilasvahinkoilmoitusten vertailukohteina käyttämiemme psykiatristen avohoitokäyntien alueellisia määriä tulee tarkastella varauksella, sillä avo- ja vuodeosastohoidon järjestämisessä on eroja erityisvastuualueiden välillä. Erikoisalakohmainen vertailu yksityisten lääkäripalveluiden osalta ei olisi ollut mielekästä palvelutarjonnan erikoisalakohtaisen vaihtelun takia. Vahinkoilmoitusten mahdollisten vuosittaisten erojen tarkempi tutkiminen olisi vaatinut suurempaa tutkimusaineistoa. Havaitsemamme satunnainen vuosittainen vaihtelu psykiatristen potilasvahinkoilmoitusten määrässä saattaa johtua esimerkiksi erikoissairaanhoidon palveluiden hetkellisestä ruuhkautumisesta.

Kun vuosien 2012–2016 psykiatrisia potilasvahinkoilmoituksia tarkasteltiin tarkemmin, todettiin, että 11 %:ssa ilmoituksista oli tapahtunut korvauksiin oikeuttava potilasvahinko. Tämä vastaa PVK:n keskimääräistä korvattaviksi vahingoiksi luokiteltua osuutta psykiatrian alan vahinkoilmoituksista vuosina 2003–2016. Korvauksiin johtaneiden potilasvahinkojen pientä määrää psykiatrian alalla selittää osaltaan se, että korvauksia ei makseta vähäisistä henkilövahingoista.

Ydinasiat

- » Psykiatrian erikoisaloilla potilasvahinkoilmoituksia raportoidaan vähemmän ja ne tulkitaan harvemmin korvattaviksi kuin neurologian alalla.
- » Psykiatrian alojen potilasvahinkoilmoitukset liittyvät yleisimmin psykoosin hoitoon tai muun psykiatrisen sairauden lääkehoidon tai biologisen hoidon vaikutuksiin.
- » Tulevaisuudessa potilasvahinkoilmoituksiin ja potilasturvallisuuteen psykiatrian aloilla tulee aiheen tuntemattomuuden vuoksi kiinnittää parempaa huomiota esimerkiksi seuraamalla todettujen potilasvahinkojen sisällöllisiä jakaumia sekä alueellisia aikatrendejä.

Aineiston tehdyistä vahinkoilmoituksista selvästi suurin osa liittyi joko psykoosien hoitoon tai muiden psykiatristen sairauksien lääkehoitoon. Psykoosisairauksiin liittyvien vahinkoilmoitusten osuus oli suurin OYS-alueella, jossa on myös suurin psykoosisairauksien elämänaikainen esiintyvyys Suomessa (15). Eri-tyisvastuualueiden välillä havaittiin myös muita vaihtelevia jakaumia erilaisten vahinkoluokkien suhteen, mutta aineisto ei tarjoa mahdollisuutta näiden erojen tarkempaan selvittämiseen.

Lääkehoidon suurta osuutta voivat selittää psyyken- ja etenkin psykoosilääkkeiden usein hyvinkin merkittävät haittavaikutukset, sillä esimerkiksi neuroleptioireyhtymään liittyy jopa 20 %:n kuolleisuus (16). Yksilön oikeuksien rajoittaminen tahdosta riippumattoman hoidon keinoin puolestaan loukkaa potilasta todennäköisemmin henkisesti. Tahdosta riippumattomasta hoidosta potilasvahinkoilmoituksen tehneillä potilailla saattaa olla uskottavuusongelmia, sillä psykoottisten sairauksien oireet voivat heikentää todellisuudentajua.

Osa tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvistä valituksista ja kanteluista käsitellään myös hallinto-oikeuksissa ja aluehallintovirastoissa ilman PVK:n osallistumista prosessiin. Tämä saattaa johtua esimerkiksi siitä, että kyseessä on potilaan oikeuksia ja itsemääräämis-

oikeutta koskeva tilanne tai epäily hoitovirhe.

Potilasvahinkoilmoituksen tehneistä psykiatrisista potilaista yli kolmasosalla oli diagnosoitu skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö tai harhaluuloisuushäiriö. Ne voivat entisestään vaikeuttaa hoitohenkilökunnan ja huonosti voivan potilaan vuorovaikutusta sekä edelleen yhteisymmärryksen löytymistä. Psykoosin hoitoon ja lääkehoitoihin kohdistuvissa hakeumuksissa oli myös eniten toissijaisia vahinkoluokkia.

Lopuksi

Tutkimuksemme on ensimmäinen kattava katsaus psykiatrisista potilasvahingoista Suomessa. Kansainvälisestä kirjallisuudesta löytyy varsin vähän tietoa psykiatrisista potilasvahingoista ja niiden syistä. Psykiatriaan liittyvät potilasvahingot ovat muihin erikoisaloihin verrattuna yleensä epäselvempiä, sillä potilaan mielentilaa

ja edelleen esimerkiksi itsemurhariskiä ei usein voida yksiselitteisesti arvioida (10). Tämä saattaa olla osatekijänä löydökselemme, että psykiatrian alalla potilaat tai heidän omaisensa eivät Suomessa laadi potilasvahinkoilmoituksia yhtä paljon kuin neurologian alalla.

Korvattavien psykiatristen potilasvahinkojen sekä vahinkoilmoitusten määrä pysyi tutkimusaikana melko vakiona. Tutkimuksemme mukaan merkittävä osa psykiatrisista vahinkoilmoituksista liittyy tahdosta riippumattomaan hoitoon. On tärkeää muistaa, että tällöin potilas saattaa sairauden luonteen vuoksi olla lakeknisesti erityisen haavoittuvassa asemassa, mikä entisestään lisää potilasvahinkoilmoitusprosessin läpinäkyvyyden tärkeyttä. Tutkimuksemme perusteella psykiatrisiin potilasvahinkoilmoituksiin on tulevaisuudessa hyvä kiinnittää enemmän huomiota potilasturvallisuuden parantamiseksi. ■

JOONA VINTTURI, LK

JUHO NIEMI, LK

Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampereen yliopisto

MAIJU WELLING, LT, potilasturvallisuuslääkäri

Potilasvakuutuskeskus

OLLI KAMPMAN, LT, professori

Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, psykiatrian oppiaine, Tampereen yliopisto
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian toimialue

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Joona Vintturi: Ei sidonnaisuuksia

Juho Niemi: Ei sidonnaisuuksia

Maiju Welling: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Bayer Terveystalo Mehiläinen Orion Tieto), Luottamustoimet (Terveyspoliittisen valio-kunnan jäsen, Lääkäriliitto/Hki Hallituksen jäsen, SPTY Asiantuntija-neuvoston jäsen, Potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiskeskus), Muut sidonnaisuudet (Osakkeenomistaja, Orion)

Olli Kampman: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Potilasvakuutuskeskus), hankkeet (TAYS ja Tampereen kaupunki, psykiatrian palvelujen integraatiohanke)

KIRJALLISUUTTA

1. Vincent C, Young M, Philips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994;343:1609.
2. Potilasvahingot, hoitohaitat ja hoitovirheet. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto 2021. www.laakariliitto.fi/laakarin-etikka/potilas-laakarisuhde/potilasvahingot-hoitohaitat-ja-hoitovirheet/.
3. Potilasvakuutuslaki [948/2019]. www.finlex.fi.
4. Potilasvakuutuskeskus. www.pvk.fi.
5. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, ym. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med* 2011;365:629–36.
6. Martín-Fumadó C, Gómez-Durán EL, Rodríguez-Pazos M, ym. Medical professional liability in psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr* 2015;43:205–12.
7. Nilsson L, Borgstedt-Risberg M, Brunner C, ym. Adverse events in psychiatry: a national cohort study in Sweden with a unique psychiatric trigger tool. *BMC Psychiatry* 2020;20:44.
8. Marcus SC, Hermann RC, Frankel MR, ym. Safety of psychiatric inpatients at the veterans health administration. *Psychiatr Serv* 2018;69:204–210.
9. Frierson RL, Joshi KG. Malpractice law and psychiatry: an overview. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2019;17:332–6.
10. Terranova C, Sartore D. Suicide and psychiatrist's liability in Italian law cases. *J Forensic Sci* 2013;58:523–6.
11. Kan C, Ho T, Dong JYS, ym. Risk factors for suicide in the immediate post-discharge period. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2007;42:208–14.
12. Zaami S, Rinaldi R, Bersani G. Restraints and seclusion in psychiatry: striking a balance between protection and coercion. Critical overview of international regulations and rulings. *Riv Psichiatr* 2020;55:16–23.
13. Sotkanet.fi: tilastohaku. Helsinki: THL 2021. www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/default/files/media/file/Ervat_Sairaanhoitopiiri2018.pdf.
14. Sairaanhoitopiirit 2018. Helsinki: Kuntaliitto 2018. www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Ervat_Sairaanhoitopiiri2018.pdf.
15. Suvisaari J, Perälä J, Viertiö S. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. *Suom Lääkäril* 2012;67:677–83.
16. Kiviniemi P, Poutanen O. Pahanlaatuinen neuroleptioireyhtymä; kiireellistä hoitoa vaativa häiriö. *Duodecim* 2004;120:163–8.