



# Palveluohjaaja pitää langat käsissään

Useita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarvitsevat kaipaavat kipeästi tukea kokonaistilanteen hallitsemiseen. Palvelujen yhteensovittajana voi toimia palveluohjaaja. Palveluohjauksen on todettu sujuvoittavan myös lääkärien työtä.

**S**osiaali- ja terveydenhuollon monituottajajärjestelmän yhteistoimintavaikkeudet ovat olleet tiedossa jo vuosikymmeniä. Mikään toimija ei vastaa asiakkaan tai perheen kokonaistilanteen hahmottamisesta ja sitä tukevien palvelujen järjestämisestä ja yhteensovittamisesta. Vaikkeudet kohdistuvat ensisijaisesti useita palveluja tarvitseviin ja heikossa asemassa oleviin asiakkaisiin.

Kokonaisvastuun puutteeseen on etsitty vastausta monin keinoin. Esimerkiksi sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on ollut palvelujen integraatio. Muita keinoja ovat verkosto- ja tiimityön mallit, kuten psykiatrian tehostettu työryhmä-pohjainen avohoito, sekä palveluohjaus.

## ESIMERKKI PALVELUOHJAAJAN TYÖSTÄ

Mielenterveysasiakkaan oireilu oli saatu tasapainoon onnistuneen lääkityksen ja terapian kautta. Kuntoutuminen ei kuitenkaan edistynyt toivotusti. Palveluohjaajan ja asiakkaan keskustelussa kävi ilmi, että asiakkaan raha-asiat olivat retuperällä ja maksamattomat vuokrat olivat johtamassa häätöön. Palveluohjaaja auttoi asiakasta raha-asioiden selvittämisessä. Asiakas haki toimeentulotukea sosiaalitoimen kautta ja häätöuhka saatiin peruttua. Paremmiin toimiviin arki johti asiakkaan turvallisuuden tunteen vahvistumiseen, ja kuntoutus alkoi edistyä.

Palveluohjaus on toimintaa, jonka avulla pyritään sovittamaan asiakkaan palvelut yhteen, edistämään palvelujen kohdentamista ja tarjoamaan asiakkaalle hänen tarvitsemiaan palveluja (1). Alun perin käytettiin nimitystä yksilökohtainen palveluohjaus, nykyään puhutaan vain palveluohjauksesta. Se koostuu kolme työn mallia (2): palveluneuvonta, koordinaatio ja varsinaisen (intensiivinen, tehostettu) palveluohjaus. Koordinaatiossa työntekijä sovittaa yhteen palveluja organisaatiotasolla (service coordination). Varsinainen palveluohjaus (intensive case management) on muoto, jossa työntekijällä on korkeintaan 20 ohjattavaa. Siinä tarkoituksena on määrittää yksilölliset palvelujen tarpeet ja löytää niiden kanssa yhteen sopivat palvelut (3).

### Palveluohjauksen kolme mallia

Palveluohjauksen mallien painotukset vaihtelevat, ja asiakkaan tilanne määrittää, mikä niistä on käyttökelpoisin.

Palveluneuvonnassa olennaista on palvelujärjestelmän osaaminen ja tieto siitä, miten sen piiriin pääsee. Tyypillinen asiakas on tilanteensa tiedostava ja itseohjautuva potilas, jonka tiedontarve rajautuu yhteen asiaan tai kokonaisuuteen. Itse asiakassuhde ei sinänsä ole merkityksellinen. Palveluneuvontaa saa-

tetaan tarvita esimerkiksi silloin, kun asiakkaan palvelutarpeesta voidaan vastata vaihtoehtoisin keinoin ja saman palvelun tuottajia on tarjolla useita.

Koordinoinnissa tai palveluohjauksellisessa asiakastyössä työntekijä ottaa vastuun asiakkaan palvelujen yhteensovittamisesta. Toiminnassa selvitetään myös, saako asiakas tarvitsemansa palvelut ja vastaavatko ne hänen tarpeitaan. Tyypillinen asiakas voisi olla pitkäaikaissairas ja vammaisen henkilö tai lapsi ja hänen perheensä. Koordinaattori saattaa myös ottaa vastuun palvelujen järjestämisestä ja palvelutoiminnan käynnistämisestä.

Varsinainen, intensiivinen palveluohjaus perustuu asiakkaan ja palveluohjaajan kohtaamiseen ja luottamukselliseen suhteeseen. Suhteen alussa selvitetään asiakkaan tavoitteet ja mitä tukea hän tarvitsee niiden saavuttamiseksi. Tuen antamiseen osallistuvat sekä asiakkaan oma sosiaalinen verkosto että palveluntuottajat. Tavoitteena on aina asiakkaan sosiaalisen verkoston vahvistaminen. Tyypillinen asiakas voisi olla syrjäytynyt tai sen vaarassa oleva mielenterveys- ja päihdeasiakas. Palvelujen tarve määritellään yhdessä, ja asiakas toimii yhdessä palveluohjaajansa kanssa elämäänsä säättävien tekijöiden korjaamiseksi.

Monituottajajärjestelmässä heikossa

asemassa olevat asiakkaat saattavat syrjäytyä palvelujärjestelmien ulkopuolelle, ”ei kenenkään asiakkaiksi”. Palveluohjaajan tehtävä on palvelujen ulkopuolella olevien asiakkaiden vahvistaminen ja nostaminen palvelujen piiriin.

Palveluohjaus ei voi onnistua ilman muiden ammattilaisten tai asiakkaan läheisverkoston tukea. Haastavaa asiakasta ei voi vain lähettää palveluohjaajalle ikään kuin korjattavaksi. Elämänhallinnan vahvistaminen perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön, vaikka palveluohjaajan rooli koordinoijana onkin keskeinen.

### Palveluohjaajan työnkuva terveydenhuollossa

Standardipalvelut eivät jousta kaikkien asiakkaiden tarpeisiin. Palveluohjaajat kohtaavat työssään myös asiakkaita, jotka kokevat, etteivät ole tulleet kuulluiksi tai saaneet tarvitsemiaan palveluja. Usein ongelmien kasautuminen, leimautumisen pelko tai tietämättömyys on estänyt asiakkaan avun hakemisen. Hän on myös voinut syrjäytyä palveluista.

Terveyskeskuksen palveluohjauksessa ei tehdä päätöksiä, mutta asiakkaan kanssa voidaan pohtia mahdollisuuksia ja keinoja. Asiakas ohjataan ja saatetaan eteenpäin vain tarvittaessa. Elämänhallinnan tunnetta voidaan vahvistaa myös kuuntelemalla asiakasta ja vahvistamalla toimivia ratkaisumalleja.

Asiakkaan tuen tarve voi olla akuutti, jolloin tarvitaan välittömiä toimenpiteitä esimerkiksi toimeentulon tai ruokahuollon järjestämiseksi tai erääntyvien laskujen hoitamiseksi. Palveluohjaajan tulee voida toimia palveluntuottajien rajat ylittäen. Tämä edellyttää tietoa alueen palveluista ja hyviä yhteistyösuhteita. Lähin yhteistyötaho on sosiaalitoimi, mutta tarvittaessa hän ottaa yhteyttä myös muihin asiakkaan asiassa tarvittaviin tahoihin.

Lääkärin ja palveluohjaajan yhteistyötä tarvitaan silloin, kun potilaan tilanne edellyttää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja taloudellisen tuen tarpeen kartoit-

*Varsinaisessa palveluohjauksessa työntekijällä on korkeintaan 20 ohjattavaa.*

tusta tai kun potilaan toipuminen edellyttää oikea-aikaisen ja tarkoituksenmukaisen kuntoutuksen suunnittelua. Kun potilaalla näyttää olevan monenlaisia päällekkäisiä tukitoimenpiteitä tai niiden tarpeita, palveluohjaaja voi selvittää ja käynnistää tukipalvelut.

Kun potilaan yksinäisyys on lääkärisäkäynnin ensisijainen syy, palveluohjaaja pyrkii löytämään ja vahvistamaan asiakkaan läheisverkostoja. Kun päälimmäisenä ongelmana on potilaan syrjäytyneisyys, palveluohjaaja voi selvittää tilannetta yhdessä asiakkaan, lääkärin, sosiaalitoimen ja moniammatillisen tiimin kanssa. Suomessakin palveluohjauksen on todettu sujuvoittavan lääkärin työtä (4).

### Vaikuttavuudesta ristiriitaisia tutkimuksia

Satunnaistettuun koeasetelmaan ja meta-analyysiin perustuvaa vaikuttavuustutkimusta pidetään lääketieteessä yleensä luotettavimpana. Skitsofrenian Käypä hoito -suositukseen mukaan tutkimustulokset palveluohjauksen vaikutuksista sairaalahoitoon tarpeeseen ovat olleet ristiriitaisia (5). Tulokseltaan parempina pidetään tehostettuun työryhmäpohjaiseen avohoitoon perustuvia hoidon tuen malleja.

Ennen ja jälkeen -tutkimuksessa selvitetään intervention vaikutusta kohteena olevaan potilasryhmään. Tätä asetelmaa on käytetty Ruotsissa mielenterveystyön palveluohjauksen vaikuttavuutta selvittäessä (6). Tulosten mukaan toiminta on johtanut asiakkaiden sosiaalisen verkoston vahvistumiseen, elämänhallinnan ja toimintakyvyn parantumiseen ja palvelujen tarpeen vähentymiseen (7).

Tuloksellisuuden mittauksessa vaikutusten tieteellinen osoittaminen tai mittaaminen muodostuu usein pääasiaksi. Itse intervention tarkka määrittäminen saattaa silloin jäädä toissijaiseksi. Risti-

riitaisten hoitotulosten syy voi löytyä tutkittujen palveluohjaustoimintojen erilaisesta sisällöstä.

Esimerkiksi anglosaksisissa maissa palveluohjaaja toimii yleensä osana hoitojärjestelmää ja tavoitteena on hoidon varmistaminen ja siinä pysyminen. Ruotsissa palveluohjaaja toimii hoidosta riippumattomana tahona eikä itse tuota tai päätä hoitopalveluista. Lähtökohdina ovat potilaan tavoitteet, terveyden ja aktiivisuuden tukeminen. Tavoitteiden toteutumista pyritään vahvistamaan aktivoimalla tukitoimenpiteitä ja vapaaehtoista, läheisten antamaa tukea (8).

Hyvinvointipalveluja tuottava yksikkö tarkastelee asiakkaan tilannetta tarjoamiensa palvelujen kautta: palvelujen käyttö on näin ollen hyvä tulos ja palvelujen käyttämättä jättäminen huono. Palveluohjaajan tehtävänä on yhdessä asiakkaan kanssa muodostaa kokonaiskuva tilanteesta ja vasta tämän jälkeen arvioida palvelujen tarvetta. Palvelujärjestelmän näkökulmasta kysymys on siis, mitä meillä on tarjota, mutta palveluohjaajan kysymys on, mistä tämä asiakas hyötyisi. Tämä jää vaikuttavuustutkimuksissa usein sivurooliin.

### Asiakaslähtöistä palveluohjausta tarvitaan lisää

Oululaisasiakkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä tehty tutkimus (9) osoitti hyvin, miten voimakkaasti keskittynyttä palvelujen käyttö on: 10 % asiakkaista kerryttää yli 80 % palvelujen kustannuksista. Nämä asiakkaat käyttävät noin neljää kunnan palvelukokonaisuutta, kun muut 90 % käyttävät keskimäärin vain yhtä.

Tutkijoiden mukaan nykyinen siiloutunut järjestelmä kykenee huonosti vastaamaan paljon erilaisia palveluja käyttävän väestöryhmän tarpeisiin. Järjestelmien kommunikaatiovaikeudet luovat

tilanteen, jossa palvelut eivät toimi yhteen eivätkä palvele hoitokokonaisuutta. Yhdeksi ratkaisuksi tutkijat ehdottavat koordinaattoria, joka huolehtii asiakkaan tarpeiden ja palvelujen yhteensovittamisesta. Koordinoiti onkin yksi osa palveluohjaajan työtä.

Arvostelijoiden mukaan Suomessa 2000-luvulla palveluohjauksen tavoitteina ovat korostuneet yhteiskuntatalouden säästöt, palvelujärjestelmien tavoitteet ja palvelujen tekninen koordinaatio. Hyvään asiakaslähtöiseen käytäntöön perustuvan palveluohjausmallin kehittämiseksi ja levittämiseksi perustettiin vuonna 2011 Suomen palveluohjausyhdistys.

Asiakaslähtöisen mallin tarpeellisuudesta vakuuttaa myös Ruotsissa mielen-terveysasiakkaiden parissa toteutettava palveluohjaus, joka on johtanut hyvin tuloksiin ja säästöihin (7).

**SAULI SUOMINEN**

VTL, psykoterapeutti, työnohjaaja  
Suomen Palveluohjausyhdistyksen puheenjohtaja

### KIRJALLISUUTTA

- 1 Ala-Nikkola M, Sipilä, J. Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Kirjassa: Metteri A, toim. Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996:16–31.
- 2 Hänninen K. Palveluohjaus: Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Raportteja Stakes 20/2007. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201210319566>
- 3 Wahlbeck K, Hietala O, Kuosmanen L ym. Toimivat mielen-terveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2018. <http://www.julkari.fi/handle/10024/136063>
- 4 Pihlava M. Palveluohjaajat sujuvoittivat lääkärin työtä Keski-Suomessa. Työntekijät ja potilaat ovat olleet tyytyväisiä uuteen työmuotoon. Suom Lääkäril, verkossa 11.12.2018. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankoh- taista/palveluohjaajat-sujuvoittivat-laakarien-tyota-keski-suomessa/>
- 5 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 22.1.2015. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- 6 A New Profession is Born – Personligt ombud, PO. Socialstyrelsen 2008. <https://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/A%20New%20Profession%20is%20Born.pdf>
- 7 Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personligt ombud. Socialstyrelsen. Länsstyrelsen i Skåne län. Stockholm 2006. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-123-6>
- 8 Suominen S, Tuominen M. Palveluohjaus – portti itsenäiseen elämään. Profami 2007.
- 9 Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S ym. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suom Lääkäril 2013;68:3163–9.



Oikea vastaus  
sivulla 1521

## Huipputulos – liian hyvä ollakseen totta?

Vaikean sairauden aiemmista lääketutkimuksista vain joka kymmenes on onnistunut osoittamaan tutkitun lääkkeen tehokkaammaksi kuin nykyinen standardihoito. Nyt on huippulehdessä julkaistu tulos, jonka mukaan elinaika piteni uutta lääkettä käyttävien ryhmässä tilastollisesti merkitsevästi ( $p = 0,01$ ). Lääkeyhtiön pörssikurssi on noussussa, ja lääkkeen saamista kliiniseen käyttöön odotetaan kuumeisesti.

Tutkimuksen tilastollinen voima oli suunniteltu tavanomaisen 80 %:n mukaisesti. Kuinka varmasti voimme luottaa, että tulos on oikea eikä väärä positiivinen?

### Mikä on tässä tilanteessa väärän positiivisen tuloksen todennäköisyys?

- A) 5 %
- B) 1 %
- C) 36 %
- D) 19 %

ALEKSI REITO  
aleksi@reito.fi

TIMO MUHONEN  
timo.muhonen@mediexpert.fi

# Pahoittelu ei ole anteeksipyyntö

Hyvä kommunikaatio vahinkotilanteissa edistää potilaan toipumista ja ehkäisee valituskierteitä.

### Tapaus 1: sittenkin pahanlaatuinen

Iäkkäältä potilaalta poistettiin olkavarresta ihomuutos. Lääkäri ei epäillyt sitä pahanlaatuisiksi, joten muutosta ei lähetetty patologin tutkittavaksi. Vajaan puolen vuoden kuluttua potilaalle kasvoi samaan kohtaan uusi ihomuutos. Siitä otettu koepala paljasti, että kyseessä oli melanooma. Lääkäri vähätteli asiaa potilaalle sanoen, ettei pienellä diagnoosin viiveellä ole merkitystä tämän ikäisillä potilailta. Potilas loukaantui lääkärin käytöksestä ja pelkäsi kuolevansa sattuneen vahingon vuoksi.

### Tapaus 2: myöhästyneet tutkimukset

Perusterve 42-vuotias mies kävi terveystarkastuslääkärillä ajoittaisen rintakipuun vuoksi. Potilaan huolellisen haastattelun ja tutkimisen jälkeen lääkäri ohjelmoi verikokeita ja sydänfilmin. Vastanotolla sovittiin, että potilas voisi käydä tutkimuksissa viikon kuluttua, samalla kun tulisi kaupunkiin hoitamaan muita asioita. Viikonloppuna mies joutui ambulanssilla sairaalaan, ja hänellä todettiin sydäninfarkti. Potilas teki potilasvahinkoilmoituksen, jossa hän kirjoitti saaneensa sydäninfarktin, koska lääkäri ei ollut määrännyt sydäntutkimuksia tehtäväksi päivystyksellisesti.

### Tapaus 3: hyvin paikattu vahinko

Vatsan alueen leikkauksen yhteydessä tapahtui suolen puhkeaminen, mutta

tätä ei havaittu toimenpiteen aikana. Leikkauksen jälkeen potilas oli äärimmäisen kivulias ja kuumeinen. Kommunikaatio havaittiin TT-tutkimuksessa, ja tilanne korjattiin päivystysleikkauksessa. Ensimmäisen leikkauksen tehnyt kirurgi kävi välittömästi tapahtuneesta kuulutuaan keskustelemassa potilaan kanssa osastolla ja pyysi anteeksi leikkauksessa tapahtunutta vahinkoa. Kirurgi keskusteli potilaan kanssa asiasta myös kotiutumisen jälkeen kontrollikäynnillä. Potilas oli tyytyväinen saamaansa hoitoon ja halusi jatkaa saman kirurgin potilaina.

### Pohdinta

Kommunikaatiotaidot ovat tärkeitä jokaiselle lääkärille, ja niihin tulee kiinnittää huomiota lääkäreiden perus- ja jatkokoulutuksessa (1). Riittävän ja potilaalle ymmärrettävän viestinnän merkitys korostuu erityisesti silloin, kun on tapahtunut hoitovahinko tai potilas on muutoin pettynyt hoitoonsa.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan heikosti kommunikoiville lääkäreille kasaantuu muita enemmän potilaiden tekemiä valituksia ja korvausvaateita (2). Jopa 71 %:iin oikeudessa käsitellyistä hoitovirhetapauksista on todettu liittyvän vuorovaikutuksen ongelmia. Tavalisimpia ovat riittämätön keskusteleminen potilaan kanssa, potilaan tai hänen perheensä näkökulman jättäminen huomiotta ja informaation riittämättömyys

POTILASTURVALLISUUS

TYÖRYHMÄ: RISTO P. ROINE, MARINA KINNUNEN JA LEENA-MAIJA AALTONEN



(3). Erään tutkimuksen mukaan nekin potilaat, jotka eivät vaatineet korvauksia, olivat keskimäärin tyytymättömämpiä sellaisen lääkärin kommunikointiin, jolle oli aiemmin kohdistettu runsaasti korvausvaateita (4).

Ensimmäisessä tapauksessa lääkäri oli tehnyt virhearvion ihomuutoksen luonteesta. Tällä virheellä oli potilaan kannalta harmillinen seuraus, joka ei kuitenkaan todennäköisesti vaikuttanut syövän hoitoon tai ennusteeseen merkittäväällä tavalla. Lääkärin välinpitämättömyys sai potilaan katkeroitumaan, ja sattunut vahinko pyöri tämän mielessä

vuosien ajan. Jos lääkäri olisi myöntänyt erehdyksensä ja pyytänyt anteeksi, potilas olisi luultavasti pystynyt paremmin hyväksymään sen, ettei diagnoosin viivästyminen huonontanut hänen sairautensa ennustetta.

Tapaus 2 johti pitkään valituskierteseen. Potilas ei saanut sydäninfarktin jälkeen terveyskeskuksesta aikaa samalle lääkärille, jonka vastaanotolla hän oli käynyt rintakipujen vuoksi ennen infarktia. Terveyskeskuksen muut lääkärit eivät halunneet ottaa kantaa kollegansa toimintaan, eikä aitoa keskustelua tapahtuneesta päässyt syntymään. Potilas-

vakuutuskeskuksessa arvioitiin, ettei korvattavaa potilasvahinkoa ollut aiheutunut. Potilaan oirekuva ja kliiniset löydökset terveyskeskuslääkärin vastaanotolla eivät olisi edellyttäneet päivystystutkimuksia. Infarktia ei myöskään todennäköisesti olisi voitu estää, vaikka potilas olisi tutkittu heti, sillä EKG oli normaali, kun potilas oli kivuton. Huonon viestinnän vuoksi potilas ei kuitenkaan enää luottanut terveyskeskuksen lääkäreihin, ja hän alkoi löytää puutteita muustakin saamastaan hoidosta.

Vilpittömän anteeksipyynnön merkitys hyvän potilas-lääkärisuhteen säily-



miselle tulee esiin tapauksessa 3. Potilasvahinkoja sattuu monista syistä, eikä kyseessä ole läheskään aina osaamisen puute tai huolimattomuus. Myös kokeineimmille ja taitavimmille lääkäreille sattuu vahinkoja. Oli syy mikä tahansa, on tärkeää, että potilasta hoitanut lääkäri kertoo potilaalle tapahtuneesta ja kantaa vastuunsa vahingosta (5). Inhimilliset erehdyksetkin on helpompi hyväksyä ja antaa anteeksi silloin, kun ne myönnetään. Pelkkä pahohoitelu ei riitä, vaan tarvitaan reilu anteeksipyyntö. Potilaalle tulee myös antaa tilaisuus kysymysten esittämiseen ja omien tunteidensa ilmaisuun.

Suomessa on vuodesta 1987 alkaen ollut voimassa lakisääteinen potilasvakuutusjärjestelmä. Sen ansiosta vältetään lähes täysin raskailta oikeudenkäyntiprosesseilta. Potilasvahinkotapaukset käsittelee keskitetysti hoidon ulkopuolinen taho, Potilasvakuutuskeskus (6). Näin terveydenhuollon ammattilaisen ei tarvitse miettiä, onko potilaalla oikeus saada korvauksia tai kuka ne maksaa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että potilasta tai omaisia tulee informoida mahdollisuudesta tehdä potilasvahinkoilmoitus. Heidät tulee ohjata Potilasvakuutuskeskuksen tietolähteille ([www.pvk.fi](http://www.pvk.fi)) tai potilasasiamiehen luo.

Usein taloudellisen edun tavoittelu ei ole potilaan tärkein motiivi potilasvahinkoilmoituksen tekemiselle, vaan taustalla voi olla halu saada selvyyttä tapahtuneeseen. Potilaat myös toivovat, että tapahtuneesta otettaisiin opiksi, jotta vastaavat vahingot voitaisiin jatkossa välttää. Joskus potilaat eivät kärsimistään vahingosta huolimatta halua tehdä vahinkoilmoitusta, koska eivät halua aiheuttaa hankaluuksia tai mielipahaa heitä hoitaneille lääkäreille. Potilaat voivat myös pelätä, että vahinkoilmoituksen tekemisellä voi olla negatiivinen vaikutus heidän hoitoonsa tulevaisuudes-

sa. Hyvä potilasturvallisuuskulttuuri ja vahingoista puhuminen hälventävät näitä pelkoja ja auttavat korvauksiin oikeutettuja potilaita saamaan hyvitystä kärsimistään haitoista.

Jos potilaalle ei ole aiheutunut henkilövahinkoa, oikeutta korvauksiin ei potilasvahinkolain mukaan ole. Potilas kuitenkin epäilee herkästi kärsineensä potilasvahingosta, mikäli kokee tullessaan huonosti tai välinpitämättömästi kohdelluksi. Näissä tapauksissa oikea tapa asian käsittelemiseksi on tehdä muistutus siihen terveydenhuollon yksikköön, jossa on ollut hoidossa.

Hyvä kommunikaatio ja potilaan huomioiminen hankalissa tilanteissa edistävät potilaan

toipumista ja ehkäisevät turhia muistutuksia ja potilasvahinkoilmoituksia. Täydellistä lääkäriä ei ole olemassa, ja sattuneiden vahinkojen piilottelemisen aika on ohi. Potilaan ja omaisten huomioimisen lisäksi on tärkeää, että hoitovahingossa mukana olleet ammattilaiset saavat työyhteisöltä ja tarvittaessa myös ulkopuolisilta tahoilta tarvitsemansa tuen.

**MAIJU WELLING**

LT, potilasturvallisuuslääkäri ja asiantuntijalääkäri  
Potilasvakuutuskeskus

## MITÄ VIISAS OPIII

- Jos herää epäily potilasvahingosta, lääkärin tulee neuvoa potilasta tekemään potilasvahinkoilmoitus. Sen laatimiseen saa tarvittaessa apua potilasasiamieheltä.
- Lääkärin hyvä kommunikaatio ja vilpitön anteeksipyyntö auttavat potilasta käsittelemään tapahtunutta ja pääsemään eteenpäin.
- Viestinnän laiminlyöminen tai siinä epäonnistuminen voi aiheuttaa potilaan kynnistymisen ja pitkittyneen valituskierteen.
- Vahinkoja voi sattua kenelle tahansa. Sekä potilaat että ammattilaiset voivat psyykkisesti toipua vakavastakin vahingosta, kun se käsitellään asianmukaisesti.
- Suomessa potilasvahinkoilmoitukset käsitellään Potilasvakuutuskeskuksessa.

### KIRJALLISUUTTA

- 1 King A, Hoppe RB. "Best practice" for patient-centered communication: a narrative review. *J Grad Med Educ* 2013;5:385–393. doi:10.4300/JGME-D-13-00072.1
- 2 Tamblin R, Abrahamowicz M, Dauphinee D ym. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA* 2007;298:993–1001.
- 3 Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994;154:1365–1370.

- 4 Hickson GB, Clayton EW, Entman SS ym. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA* 1994;272:1583–1587.
- 5 Prothero MM, Morse JM. Eliciting the functional processes of apologizing for errors in health care: Developing an explanatory model of apology. *Glob Qual Nurs Res* 2017;4:2333393617696686.
- 6 Welling M. Potilasvahingot. *Duodecim* 2018;134:2111–9.



Kysymys  
sivulla 1518

Vastaus

## Huipputulos – liian hyvä ollakseen totta?

Mikä on vääran positiivisen tuloksen todennäköisyys kyseisessä tutkimuksessa?

**Oikea vastaus: C, 36 %**

Aiempien tutkimusten kertoma ennakkotodennäköisyys on otettava huomioon. Odotettavasti 90 % tutkittavista lääkkeitä ei osoittaudu toimiviksi. Kuitenkin näistä tutkimuksista joka kahdeskymmenes saa sattumalta tilastollisesti merkitsevältä vaikuttavan p-arvon  $< 0,05$ , jolloin kyseessä on siis väärä positiivinen löydös. Ennakkotodennäköisyyden perusteella joka kymmenes lääke on oikeasti toimiva. Tilastollisen voiman ollessa 80 % näistä oikeista positiivisista saadaan kiinni 80 %. Joka viides taas ajautuu väärin negatiivisten joukkoon.

Alla oleva kuva havainnollistaa, kuinka kävisi, jos meillä olisi tulokset tuhannesta kyseisessä asetelmassa eri lääkkeillä tehdystä tutkimuksesta. Epäonnistuneista 900 yrityksestä kertyisi satutuman (satunnaisvaihtelun) vaikutuksesta 45 väärää positiivista ( $p < 0,05$ ). Vastaavasti oikeita positiivisia löytyisi sadasta tutkimuksesta 80 % voimalla 80. Väärän positiivisen tuloksen todennäköisyys tässä tapauksessa on  $45/(45 + 80) = 0,36$  (36 %).

Mikä sitten on meille tutumman, tyyppin 1 virheen merkitys? Jos toistamme tutkimuksen kahdella todellisuudessa yhtä tehokkaalla hoidolla sata kertaa, niin viidessä tapauksessa saamme pienemmän p-arvon kuin 0,05. Tämä tahtuu siis vaikka todellista eroa ei ole.

Tällöin oletetaan virheellisesti ryhmien välillä olevan eroa. Jos eroa olisi oikeasti, merkitsevä p-arvo saataisiin useammin. P-arvon pienuuden perusteella ei siis voida erottaa oikeaa positiivista vääristä positiivisista. Tyyppin 1 virheen mahdollisuuden määrittäminen on keskeinen osa voima-analyysiä.

Muistammeko ennakkotodennäköisyyden merkityksen lukiessamme loistavasta tuloksesta vaikean sairauden hoidossa?

ALEKSI REITO  
aleksi@reito.fi

TIMO MUHONEN  
timo.muhoenen@mediexpert.fi

