

Riskit palvelutoiminnassa:

Leikkaukset ja leikkaushaavatulehdukset puhtausluokittain Suomessa 1988–1990, leikkaushaavatulehdusten seuranta ja potilasvahinkomenettely

Marja Hyrylä

INSURING AGAINST MASS SERVICE RISK: operations and postoperative infections by risk class in 1988–1990, infection surveillance and the claims procedure in patient injuries

Fifty-seven per cent of operations performed in Finnish hospitals (N = 55) 1988–1990 were classified to the first (clean) infection risk class, in which overall wound infection rate was 1.3 %. The total number of the registered wound infections in the first clean class was 4559. That was more than the number of all compensated wound infection injuries (N = 1100) in the same period. The practice of wound infection surveillance in hospitals was insufficient.

If the hospital personnel's attitude towards the patient's claim in wound infection cases was negative, the patient's introduction of her claim to the Patient Insurance Association, and also the decision on the compensation by the insurance company, took a longer time to ensue than where injuries occurred in hospitals with positive attitudes. Most wound infection injuries were thus compensated if they took place in hospitals with a positive attitude towards the compensation. The most probable reason for a negative attitude was lack of knowledge of the Patient Injury Act and the claims procedure.

Keywords: Wound infection surveillance, patient injuries, agency relationship, service quality.

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksessa selvitettiin Suomessa 1988–1990 tehtyjen leikkausten ja rekisteröityjen leikkaushaavatulehdusten (LHT) määriä puhtausluokittain ja etenkin ensimmäisen puhtausluokan

KIITOKSET

Lausun parhaat kiitokseni Potilasvakuutusyhdistykselle vahinkoaineistoa koskevan tutkimusluvan myöntämisestä ja saamastani taloudellisesta tuesta sekä sairaala-aineiston keruuseen osallistuneille hygieniahoitajille ja sosiaalityöntekijöille.

(I-PL) leikkauksissa sekä LHT:n rekisteröintiä. Lisäksi selvitettiin henkilökunnan kokemuksia ja suhtautumista potilasvahinkomenettelyyn LHT:n yhteydessä. Tarkoituksena oli analysoida millainen tämä suhtautuminen on ja minkälaisia yhteyksiä sillä on korvattujen vahinkojen määrään. Tutkimusaineiston muodosti kyselytutkimuksella kerätyt tiedot operatiivista leikkaustoimintaa harjoittavista sairaaloista (N = 55) ja vuosina 1988–1990 korvatuista leikkaushaavatulehdusvahingoista (N = 1100) analysoidut tiedot.

Puhtausluokittain luokitelluista leikkauksista 57 % kuului I-PL:n leikkauksiin (LHT n = 4559; LHT-% 1.3). Kaikkiaan LHT:ia oli ilmoitettu 11 490. LHT:n seuranta oli puutteellista. Osa sairaalahoidon aikana ja suurin osa kotiuttamisen jälkeen ilmenneistä LHT:sta jäi rekisteröimättä.

Potilasvahinkoilmoituksen tekoon kielteisesti suhtautuvissa sairaanhoitopiireissä sattuneiden vahinkojen ilmoittamisaika vakuutusyhtiöön oli ollut pitempi kuin myönteisesti tai neutraalisti suhtautuvissa sairaanhoitopiireissä, myös vahinkoilmoituksen käsittelyaika vakuutusyhtiössä oli pitempi. Myönteisesti suhtautuvista sairaanhoitopiireistä oli korvattu enemmän vahinkoja 1000 leikkausta kohti, LHT:t oli kattavimmin rekisteröity ja henkilökunnan suhtautuminen potilasvahinkomenettelyyn oli myönteisempää kuin kielteisen suhtautumisen sairaanhoitopiireissä.

I-PL:ssa ilmoitettujen leikkaushaavatulehdusten määrä 1988–1990 oli 4.2 kertainen verrattuna korvattujen leikkaushaavatulehdusvahinkojen määrään. Vuosina 1988–1990 korvatut leikkaushaavatulehdusvahingot edustavat vain jäävuoren huippua, ehkä 5 % I puhtausluokassa ilmenevistä leikkaushaavatulehduksista. Potilaan oikeusturvan kannalta oli myönteistä, että hoitolaitoksen kielteinen suhtautuminen ei ollut estänyt ainakaan näissä tapauksissa vahingon korvaamista. Onko kielteisyys vaikuttanut yleisemmin vahinkojen hylkäämiseen, edellyttäisi hylättyjen vahinkohakemusten analysointia.

TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Suomen terveydenhuollossa leikkaustoimenpiteiden vuosittainen määrä vaihtelee välillä 320 000—650 000, tilastolähteen mukaan (Sairaalaliitto 1989—1991, Sosiaali- ja terveyshallitus 1990—1992). Sosiaali- ja terveyshallituksen ylläpitämä hallinnollinen rekisteri (poistoilmoitusrekisteri) sisältää vain vuodeosastohoidossa olleiden leikkaustoimenpiteet, jotka on saatu hoidonpäättämistiedoista (Lääkintöhallitus 1985, Keskimäki ym 1993). Sairaalatilastoon tiedot leikkaustoimenpiteistä kerätään kyselyllä. Se sisältää tietoja myös avohoitopotilaiden toimenpiteistä. Sairaalohtainen tilastointi ei ole yksikäsitteistä. Eräät sairaalat noudattavat Sairaalaliiton tilastointiohjetta, jossa leikkaustoimenpiteiden määräksi kirjataan yksi silloinkin, kun samassa leikkauksessa tehdään useampia toimenpiteitä. Joissakin sairaaloissa tilastoidaan kaikki saman leikkauksen aikaiset toimenpiteet erikseen.

Leikkaustoiminta on suurivolyymista ja laajamuotoista palvelutoimintaa, johon monessa tapauksessa liittyy myös suuria riskejä. Sekä terveydenhuollon yleiset tehostamispyrkimykset että markkinaohjauksen laajentaminen korostavat tällaisten riskien torjunnan suurta merkitystä. Riskintorjunta on samalla myös palvelujen laadun kysymys. Leikkaushaavojen puhtausluokittelu, leikkaushaavatulehdusten neljä riskiluokkaa, kehitettiin Yhdysvalloissa 1964 National Research Council'n tutkimuksen yhteydessä (Condon ym. 1988). Myös Suomessa leikkaustoimenpiteet luokitellaan neljään puhtausluokkaan, 'puhtaasta liikkeeseen' (Sairaalaliitto 1989). Leikkauksen puhtausluokan tulisi kuvata potilaasta johtuvaa kontaminaation astetta haavassa leikkaushetkellä. Aseptiikan pettämisen tai leikkauksen pitenemisen perusteella toimenpidettä ei saisi sijoittaa puhtausasteeltaan huonompaan luokkaan. Suomessa ei ole valtakunnallisia tietoja leikkausten jakautumisesta puhtausluokkiin.

Sairaalainfektioiden rekisteröinti aloitettiin Yhdysvalloissa 1958 (Hughes 1987). Suomessa lääkintöhallitus (1962) kehotti sairaaloita seuraamaan potilaiden sairaalassa saamia infektioita. Tampereen keskussairaala aloitti ensimmäisenä niiden rekisteröinnin 1964 (Palmu & Ratia 1986). Lääkintöhallituksen asettama työryhmä ehdotti 1980, että lääkintöhallitus antaisi yleiskirjeen sairaalainfektioiden torjunnasta ja ohjekirjeen niiden rekisteröinnistä. Niitä ei koskaan annettu. Tartuntatautilain ilmoitusvelvollisuuskään ei koske sairaalainfektioiden rekisteröintiä. Se määrittelee vain tartuntatauteja koskevan ilmoitusvelvollisuu-

den (Lääkintöhallitus 1986, Tartuntatautilaki 1986, Tartuntatautiasetus 1986). Sairaalainfektioiden rekisteröinti onkin Suomessa vapaaehtoista, eikä sairaalainfektioista tehdä koko maata kattavaa yhteenvetoa. Tietojen kerääminen ja hyödyntäminen on sairaaloiden sisäinen asia (Tartuntatautien työryhmän muistio 1988).

Terveydenhuoltoon liittyviä riskejä ja epävarmuutta on pidetty niin merkittävänä, että monissa maissa on kehitetty vakuutusjärjestelmiä riskien varalle. Pohjoismaista vanhin potilasvakuutus on Ruotsissa, vuodesta 1975, Norjassa se on perustettu vuoden 1988 alusta, Suomessa 1.5. 1987 alkaen ja Tanskassa 1.7. 1992 (Spri 1992). Tulehdusvahinkojen korvattavuus on potilasvahinkolain myötä muuttunut. Korvauksen saamiseksi potilaan ei enää tarvitse osoittaa henkilökunnan syyllistyneen tuottamukseen tai laiminlyöntiin. Esimerkiksi puhtaan alueen leikkauksen yhteydessä aiheutunut tulehdusvahinko on korvattava potilasvahinko (Lehtola 1988). Leikkaustoimenpiteisiin liittyvistä korvattavista potilasvahingoista tulehdusvahinkojen osuus on ollut vuosittain yli 50 % (Potilasvakuutusyhdistys 1988—1992).

Terveydenhuollon erityispiirteisiin kuuluu, että palvelujen käyttäjä ei aina pysty tietojensa perusteella arvoimaan annettujen hoitopalvelujen laatua, eikä esimerkiksi hoidon seurauksena syntyneen leikkaushaavatulehduksen korvausmahdollisuutta. Tiedon jakautuessa epätasaisesti potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön kesken ja terveydenhuoltohenkilöstön eduksi, potilas joutuu luottamaan palvelujen antajan neuvoihin.

Kun kuluttaja luovuttaa osan päätöksentekovaltaastaan palvelujen tuottajalle, jälkimmäisestä tulee hoitovastuun ottaessaan palvelujen käyttäjän agentti. Agenttisuhte on tässä mielessä täydellinen, kun ammatinharjoittaja toimii yksinomaan asiakkaan parhaaksi omia etujaan tavoittelematta, mutta epätäydellinen, jos agentti pyrkii samalla ajamaan omia etujaan. Tiedon epätasaisen jakautumisen ja agenttisuhteen vuoksi terveystalvelujen antaja pystyy ohjamaan ja säätämään palveluja käyttävän asiakkaan käyttäytymistä (vrt. Evans 1984, Lumijärvi 1987, Sintonen ym. 1987, Wagstaff 1989).

Tutkimuksessa selvitetään Suomessa 1988—1990 tehtyjen leikkausten jakautumista puhtausluokkiin, rekisteröityjä leikkaushaavatulehduksia puhtausluokittain ja etenkin ensimmäisen puhtausluokan (I-PL) leikkauksissa sekä leikkaushaavatulehdusten rekisteröintiä. Lisäksi selvitetään leikkaustoimintaa harjoittavien sairaaloiden kokemuksia potilasvahinkomenettelystä, potilasvahin-

kolain toteutumista leikkaushaavatulehdusten osalta sekä terveydenhuoltohenkilöstön ja potilaan välistä suhdetta potilasvahinkomenettelyssä. Tarkoituksena on analysoida millainen tämä suhde on ja minkälaisia yhteyksiä sillä on korvattujen vahinkojen määrään.

AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Tutkimusten mukaan suurin osa leikkauksista on ns. I puhtausluokan eli I-PL:n leikkauksia. Eräässä yhdysvaltalaisessa sairaalassa 10 vuoden seurantajaksena I-PL:n leikkausten osuus vaihteli 60—68 % tehdyistä leikkauksista (Olson & Lee 1990). Crusen & Foordin (1980) tutkimuksessa 75 % (N = 62 939) kuului I-PL:n leikkauksiin. Ortopedisissa leikkauksissa I-PL:n leikkausten osuus on ollut vielä suurempi, 82—95 % (Gästrin & Lövestad 1989, Olson & Lee 1990, Pearce ym. 1991).

Leikkaushaavatulehdusten osuus sairaalainfektioista on merkittävä. Eräässä yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa (Haley ym. 1985) leikkaushaavatulehdusten osuus sairaalainfektioista oli 42 % ja erään suomalaisen selvityksen mukaan osuus oli 43 % (Palmu 1988). Sairaalainfektioiden tehokkaalla seurannalla saadaan vähennettyä tutkimusten mukaan tulehduksia. HALEY ym. (1985) tutkimuksessa sairaaloissa, joissa haavatulehdusten seuranta oli tehokkaasti järjestetty, leikkaushaavatulehduksia oli 38 % vähemmän kuin sairaaloissa, jossa seuranta ja valvonta oli huonosti tai puutteellisesti järjestetty. Ruotsalaisen selvityksen mukaan jatkuva leikkaushaavatulehdusten seuranta vähensi tulehduksia 30 prosentilla (Kjellgren ym. 1985).

Kun sairaalainfektioiden rekisteröintiä alettiin selvittää Suomessa 1970-luvun lopulla, ongelmiksi todettiin muun muassa ohjeiden puuttaminen, seurannan vaikeus ja tietojen huono saanti infektiosta, koska osastot eivät ilmoittaneet kaikkia infektiota (Sairaalaliitto 1981). Selvitettävissä asiaa 1980-luvun lopulla havaittiin, etteivät rekisteröinnin ongelmat olleet juuri muuttuneet. Seurannassa oli edelleen puutteita kuten alirekisteröintiä (Palmu & Ratia 1986, Mäkelä 1987, Mäkelä 1988).

Suomessa Hartikainen (1989) on tutkinut hoidon laadun ilmenemistä potilasvahinkoilmoituksissa ja sairauskertomuksissa vahinkoilmoituksia tehneen 90 potilaan otoksella kolmesta yliopistosairaalaasta. Tutkimuksessa analysoitiin korvattuja ja evättyjä potilasvahinkoilmoituksia ja potilaiden hoitoasiakirjoja. Suurin osa potilaista

(65 %) oli ollut hoidossa kirurgisella osastolla. Vahinkoilmoituksista 53 % liittyi leikkaukseen ja näistä noin puolet oli leikkaushaavatulehdusvahinkoja, joista kaksi kolmannesta (69 %) oli korvattu. Tutkijan mukaan potilasvahinko osoittaa aina hoidon laadun puutetta ja potilasvahinkoilmoituksen tekeminen potilaan tyytymättömyyttä hoidon laatuun.

Alha (1990) tutki sellaisia potilasvahinkotapauksia (N = 160), jotka Potilasvakuutusyhdistyksen päätöksen jälkeen oli käsitelty uudelleen Potilasvahinkolautakunnassa, koska potilas oli ollut tyytymätön Potilasvakuutusyhdistyksen päätökseen. Tutkimuksessa ei löytynyt selvää yksittäistä tekijää, joka olisi muuttanut korvauspäätöstä. Hoitopäiviin suhteutetut ilmoitetut potilasvahinkotapaukset osoittivat, että kolmesta keskussairaalapiiristä oli lähetetty muita enemmän vahinkohakemuksia. Tämä viittaa siihen, että potilasvahinkoilmoitukset eivät vastaa todellisia potilasvahinkotapauksia.

Keskimäki ym. (1993) on selvittänyt leikkaustoimenpiteiden yleisyyden alueellista vaihtelua muutamien yleisempien leikkaustoimenpiteiden kohdalla Suomessa vuosina 1987—1988 käyttäen aineistona poistoilmoitusrekisteriä. Tutkijat toteavat, että kirurgisissa hoitokäytännöissä on sairaaloiden välillä huomattavia eroja. On ilmeistä, että erot heijastelevat vaihtelua myös hoidon laadussa ja vaikuttavuudessa sekä terveydenhuollon voimavarojen käytön tehokkuudessa.

Agenttisuhdetta on tutkittu terveyspalvelujen käyttöön vaikuttavana tekijänä lähinnä Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Terveyspalvelujen kysyntä saattaa lisääntyä etenkin silloin, jos lääkärillä on suoritepalkkaus ja potilailta vahva vakuutusturva. Tämän katsotaan suoraan seuraavan agenttisuhteen luonteesta (Evans 1984, Sintonen ym. 1987). Suomalaista esimerkkiä tästä edustaa viimeaikoina julkisuudessa käyty keskustelu lasten terveysvakuutuksista. Agenttiteoreettista lähestymistapaa on sovellettu lähinnä kansantalous- ja liiketaloustieteessä. Agenttiteorian avulla voidaan tarkastella terveydenhuoltohenkilöstön ja potilaan tai asiakkaan välisiä suhteita (vrt. Lumijärvi 1987).

AINEISTOT JA MENETELMÄT

Potilasvakuutusyhdistys käsittelee kaikki potilasvahinkolain perusteella tehdyt potilasvahinkoilmoitukset Suomessa. Tutkimusaineiston muodostavat Suomessa 1988—1990 sattuneet ja ilmoitetut leikkaushaavatulehdusvahingot (N = 1100), joissa päätös korvattavuudesta oli tehty

vakuutusyhtiössä 31.3.1991 mennessä. Sairaalakysely leikkaustoimenpiteistä tehtiin samoilta vuosilta. Suomen kaikkien 73 (Ahvenanmaata lukuunottamatta) operatiivista toimintaa harjoittavan sairaalan ja klinikan hygieniahoitajilta ja sosiaalityöntekijöiltä, jotka oli valittu sairaalakyselyn vastaajiksi, koottiin tiedot postikyselyllä.

Hygieniahoitajat valittiin vastaajiksi siksi, että leikkaushaavatulehdusten seuranta on osa heidän työtään. Sosiaalityöntekijät valittiin siksi, että potilasvahinkoaineistossa esiintyi usein viittauksia sosiaalityöntekijöihin potilaiden asioiden hoitajina ja lisäksi sosiaalityöntekijöiden tekemiä saatteita oli lukuisissa vahinkoilmoituksissa. Molempia vastaajaryhmiä kehoitettiin vastausta antaessaan haastattelemaan osastojen henkilökuntaa, sekä sairaanhoitajia että lääkäreitä.

Hygieniahoitajilta pyydettiin tiedot vuosien 1988—1990 leikkaustoimenpiteiden määrästä eri puhtausasteen leikkauksissa, ilmoitetuista leikkaushaavatulehduksista, leikkausten puhtausasteen määrittelykäytännöstä, leikkaushaavatulehdusten rekisteröintimenettelystä sairaalahoidon aikana ja kotiutumisen jälkeen. Sairaaloiden kirurgisilla toiminta-alueilla toimivia sosiaalityöntekijöitä pyydettiin arvioimaan potilaiden, hoitohenkilökunnan ja lääkärien suhtautumista vahinkoilmoituksen teke-

miseen leikkaushaavatulehduksen yhteydessä. Tietoja pyydettiin myös siitä, kuka informoi potilasta, huolehtii käytännön järjestelyistä, kuka ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään vahinkoasiassa, missä on potilaiden saatavilla tietoja potilasvahinkolaista ja vahinkoilmoituslomakkeita, onko järjestetty koulutusta ja jos niin keille, millainen tietämys henkilökunnalla on potilasvahinkolain sisällöstä ja vahinkoilmoitusmenettelystä ja onko menettelyssä ollut ongelmia. Vastaukseen pyydettiin liittämään kirjalliset ohjeet potilasvahinkoasiasta, jos sellaisia oli laadittu sairaalassa. Ohjeista analysoitiin tietoja potilasvahinkolain sisällöstä, menettelyohjeista ja päätöksenteon ohjauksesta.

Sairaalakyselyssä kerättiin tiedot potilasvahinkomenettelystä avovastauksilla. Ennen sisältöluokkien rakentamista perehdyttiin avovastauksiin lukemalla ne useaan kertaan. Avovastauksista muodostettiin neljä sisältöluokkaa: potilaiden, hoitohenkilökunnan ja lääkärien suhtautuminen vahinkoilmoituksen tekoon leikkaushaavatulehdusten yhteydessä arvo 1—5, vahinkomenettelyssä esiintyneet ongelmat arvo 1—4, henkilökunnan tietämys vahinkomenettelystä arvo 1—4, muu sosiaalityöntekijän antama palaute arvo 1—4 (Taulukko 1). Ennen ohjetta koskevan ana-

Taulukko 1. Potilasvahinkomenettely.

Muuttuja	Kuvaus sisällöstä
Potilaiden, lääkärien ja sairaanhoitajien suhtautuminen	
1	Lääkärien ja sairaanhoitajien suhtautuminen on asiallista ja myönteistä
2	Potilaat ovat aktiivisia ja aloitteellisia tekemään vahinkoilmoituksen
3	Sairaalassa ei ole kokemuksia potilasvahinkomenettelystä
4	Potilaat arkoja pyytämään todistuksia ja itseään koskevia papereita lääkäriltä
5	Henkilökunta suhtautuu potilasvahinkoasiiaan henkilökohtaisena virheenä ja syyllisen hakemisena, asenne on kielteinen ja varauksellinen
Potilasvahinkomenettelyssä ilmenneet ongelmat	
1	Ei ongelmia
2	Ongelmat liittyvät potilaan ohjaukseen ja henkilökunnan puuttellisiin tietoihin
3	Potilaat pelkäävät hoitonsa vaarantuvan, jos tekevät vahinkoilmoituksen
4	Ongelmat liittyvät henkilökunnan kielteisyyteen vahinkomenettelyä kohtaan
Henkilökunnan tiedot potilasvahinkomenettelystä	
1	Hoitohenkilökunnalla ja lääkäreillä on hyvä tietämys
2	Hoitohenkilökunnalla ja lääkäreillä on kohtalainen tietämys
3	Ei osaa sanoa millainen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden tietämys on
4	Hoitohenkilökunnalla ja lääkäreillä on huono tai välttävä tietämys
Sosiaalityöntekijöiden antama palaute	
1	Hakijat ovat kokeneet potilasvahinkomenettelyn hyvänä, vakuutusyhtiön ratkaisuihin luotetaan, kun tapahtuvat muualla kuin omassa sairaalassa, korvattavuuden totetumisesta pitäisi saada palautetietoa
2	Lääkärit ja sairaanhoitajat tarvitsevat tietoa, mistä kannattaa hakea mistä ei
3	Ei palautetta
4	Potilaille tietoja, koska voi hakea potilasvahinkokorvausta, ettei turhaa työtä tehdä

lyysikehikon muodostamista tutkija luki ohjeet useaan kertaan, lisäksi analyysikehikon muodostamisessa käytettiin potilasvahinkolakia ja -asetusta.

Potilasvahinkoaineistosta (N = 1100) analysoitiin leikkaushaavatulehdusvahinkojen ilmoittaminen ja käsittely. Osasta vahinkoaineistoa (n = 760) analysoitiin tiedot myös vahingon sattumispaikan suhtautumisesta vahinkoilmoituksen tekoon, sikäli kuin se ilmeni sattumispaikan lausunnoista tai liitteenä olevista asiakirjoista. Suhtautumisen luokittelu edellytti selvää ilmausta tekstissä. Suhtautuminen luokiteltiin kolmiluokkaiseksi: 1) myönteinen, joka ilmenee kirjoitetusta tekstistä esimerkiksi »koska kyseessä I-PL:n leikkaus ohjataan potilas sosiaalityöntekijän luo tekemään vahinkoilmoitus», lisäksi potilaan ja sairaalan lausunto oli usein toimitettu yhdessä vakuutusyhtiöön; 2) kielteinen, esimerkiksi tekstissä selvitys, kuinka kaikkiin leikkauksiin sisältyy jonkinasteinen riski saada leikkaushaavatulehdus, ja vahingon korvattavuus olisi epätodennäköistä, potilas oli »hankala», kun vaatii tällaista aikaa vievää menettelyä, usein myös vakuutusyhtiö oli joutunut pyytämään sairaalan lausuntoa useita kertoja, potilaan ja sairaalan lausunto oli toimitettu vakuutusyhtiöön usein erikseen ja lausunnon päiväyksissä saattoi olla pitkä väli; 3) neutraali, tekstissä esimerkiksi maininta, että potilasvahinkolausunto kirjoitetaan, mitään kantaa myönteisyyteen tai kielteisyyteen ei ilmennyt, lausunto oli toimitettu vakuutusyhtiöön yhdessä potilaan lausunnon kanssa tai erikseen. Sairaanhoitopiirin suhtautuminen määriteltiin sen mukaan, millaista suhtautumista suurin osa piiristä korvattujen vahinkojen lausunnot edustivat. Tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitopiirin suhtautumista vahinkomenettelyyn ja tutkia, miten sairaanhoitopiirin suhtautuminen on yhteydessä korvattujen vahinkojen määrään.

Agenttisuhteen tulkinta

Hoitolaitoksen suhtautumista arvioitiin vahingoista, koska suhtautumisesta riippumatta vahinko oli johtanut aina potilaan saamaan korvaukseen. Suhtautuminen tulkitaan siten, että myönteinen suhtautuminen kuvaa lähinnä täydellistä agenttisuhdetta, neutraali, ei myönteistä eikä kielteistä ja kielteinen lähinnä epätäydellistä agenttisuhdetta. Toisen mahdollisen tulkinnan mukaan neutraali kuvaisi lähinnä täydellistä ja sekä myönteinen että kielteinen lähinnä epätäydellistä agenttisuhdetta.

Sairaalakyselylomakkeen esitustaukseen osallistui sekä yliopisto- että keskussairaalan hygieniahoitajia ja sosiaalityöntekijöitä sekä terveydenhuollon hallinnon asiantuntijoita. Heidän palautteensa perusteella lomaketta korjattiin ja täydennettiin. Potilasvahinkoaineisto, sairaalakyselyn avovastaukset ja potilasvahinkomenettelystä laaditut ohjeet analysoitiin sisällönanalyysillä (Pietilä 1976).

Aineiston luokittelun pysyvyyttä tarkistettiin reliabiliteettimittauksin. Sairaalakyselyn ja potilasvahinkomenettelyä koskevan ohjeen luokitusreliabiliteettia selvitettiin tutkijan tekemällä uusintaluokittelulla (intra-individuaalinen reliabiliteetti) puolen vuoden kuluttua ensimmäisestä luokituksista. Yksimielisyyssprosentti oli edelliseen luokitteluun verrattuna sairaalakyselyssä 73 ja ohjeissa 92. Potilasvahinkoaineistossa ensimmäisen ja uudelleen luokituksen välinen aika oli vajaa kaksi vuotta. Yksimielisyyssprosentti oli 80. Poikkeamat aikaisempaan luokitteluun verrattuna olivat myönteisen ja neutraalin suhtautumisen välillä.

Tilastollisina kuvailevina menetelminä käytettiin prosenttijakaumia, keskiarvoja ja ristiintaulukointia. Ryhmien keskiarvojen eroja analysoitiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä.

TULOKSET

Leikkaukset

Sairaalaille lähetettyyn kyselyyn saatiin vastaus 67 % sairaaloista (Taulukko 2). Vastaus saatiin kaikkiaan 55 yksiköstä, vaikka varsinaisia sairaaloita oli 49. Vastaus saatiin kaikista yliopistosairaaloista ja keskussairaaloista yhtä lukuunottamatta. Viidestä yksityissairaalaista neljästä ei saatu vastausta. Kyselyyn vastanneiden sairaaloiden osuus tilastoiduista leikkaustoimenpiteistä Sairaalatilaston mukaan vuosina 1988—1990 oli 88 %. Niiden sairaaloiden osuudet, joista ei saatu vastausta, sekä avo- että vuodeostohoidossa tehdyistä leikkaustoimepiteistä Sairaalatilaston (1989—1991) mukaan olivat: 1988 12.0 %, 1989 11.9 % ja 1990 12.3 %.

Kyselyyn vastanneita kuvataan vastaajasairaala-termillä. Puuttuvia tietoja koskevat luvut tarkoittavat vastaajasairaaloiden puuttuvia lukuja. Eri lähteistä saatuja leikkaustoimenpidelukuja on verrattu taulukossa 3. Tietoja leikkausten kokonaisuudesta vastaajasairaaloissa täydennettiin arvioimalla leikkausten määrä kyseisen sairaalan

Taulukko 2. Yhteenvedo leikkaustoimintaa harjoittaville sairaaloille tehdystä kyselystä.

Sairaalityppi	Kysely lähetettiin	Kyselyyn vastasi	Vastausprosentti
Yliopistosairaalat	5	5	100
Keskussairaalat	15	14	93
Aluesairaalat	28	16	57
Muut sairaalat	7	3	43
Erikoislääkärijohtoiset terveyskeskussairaalat	13	10	77
Yksityissairaalat	5	1	20
Yhteensä	73	49	67
Osa klinikoista ja terveyskeskussairaaloista oli vastannut erikseen	6		
Vastaajayksiköitä ja havaintoyksiköitä vuositiedoissa 1988—1990	55		
	165		

Taulukko 3. Leikkaustoimepiteiden määrät Suomessa 1988—1990 kyselytutkimuksessa (N = 55), Poistoilmoitusrekisterissä¹ ja Suomen Sairaalatilastossa².

Vuosi	Leikkaustoimenpiteet				
	Kyselytutkimuksessa	Poistoilmoitusrekisterissä	Suomen Sairaalatilastossa		
			Vuodeos.hoito	Vuodeos.hoito	Avohoito
n	n	n	n	n	
1988	270 489	315 299	410 646	283 707	694 353
Puuttuvien osuus ³	12 000				
1989	279 548	318 751	404 646	255 223	659 869
Puuttuvien osuus ³	10 500				
1990	283 508	324 712	392 222	252 736	644 958
Puuttuvien osuus ³	2 700				
Yhteensä	858 745	958 762	1207 514	791 666	1 999 180
Aineistossa mukana	92 %				
puuttuvia	8 %				
Yhteensä	100 %				

¹ Lähde: Sosiaali- ja terveyshallitus 1990—1992. Poistoilmoitusrekisteri.

² Lähde: Sairaalaliitto 1989-1991.

³ Kyselyyn vastanneiden, mutta puuttuvien vuosien osuus on arvioitu käyttämällä ko. sairaalan muiden vuosien tietoja ja/tai Sairaalatilastoa.

muiden vuosien perusteella tai käyttämällä Sairaalatilastoa. Vastaajasairaaloiden leikkaustoimenpiteiden osuus poistoilmoitusrekisterin luvusta oli 90 %.

Leikkaukset ja leikkaushaavatulehdukset puhtaustuokittain

Taulukossa 4 näkyy sairaaloista ilmoitetut leikkaukset ja leikkaushaavatulehdukset (LHT) puh-

tausluokittain. Vastaajasairaaloiden leikkauksista (n = 858 745) 72 % oli luokiteltu neljään puhtaustuokkaan, leikkauksista 16 % ei ollut tietoja puhtaustuokista, mutta LHT:t oli ilmoitettu ja 12 % leikkauksista oli sellaisia, joissa oli ilmoitettu vain leikkausten määrä. I-PL:n leikkaukset oli luokiteltu kattavimmin (66 %). Suurista vastaajasairaaloista luokittelu puuttui neljästä keskussairaalaista. Yhdestä sairaalasta ilmoitettiin, ettei puhtaustuokittain käytetä.

Taulukko 4. Sairaaloiden ilmoittamat leikkaukset ja leikkaushaavatulehdukset (LHT) puhtausluokittain (I—IV PL) Suomessa 1988—1990.

Leikkauksen luokka	Luokittelu tehty %:ssa sairaaloita	Leikkausten määrät n	%-osuus luokitelluista leikkauksista	LHT:t ilmoitettu %:ssa sairaaloita	LHT:sten määrä n	%-osuus luokitelluista ko. puhtausluokan leikkauksista
I-PL	66	350 467	57	73	4 559	1.3
II-PL	59	185 011	30	61	2 349	2.2
III-PL	58	62 264	10	58	1 253	4.1
IV-PL	59	16 374	3	49	909	8.6
Yhteensä		614 116			9 070	
PL ei eritelty, mutta LHT:t ilmoitettu	38	140 640			2 420	
Yhteensä		754 756			11 490	
Vain leikkausten määrä ilmoitettu		103 989				
Yhteensä		858 745				

I-PL:n leikkausten osuus leikkauksista niissä sairaaloissa, joissa luokittelu oli tehty, oli 57 %. Sairaaloissa, joissa kaikki leikkaukset oli luokiteltu, I-PL:n osuus vaihteli 65—70 %. Vain ortopedisia leikkauksia tekevistä yksiköistä I-PL:n osuus leikkauksista vaihteli vuosittain 83—98 %. Leikkaushaavatulehdukset I-PL:n leikkauksissa ilmoitettiin 73 % vastaajasairaaloista. Kahdesta keskus- ja yhdestä yliopistosairaalaasta puuttui tiedot LHT:sta I-PL:n leikkauksissa. LHT:sten ilmoittaminen puhtausluokissa II—V oli selvästi vähäisempää. Leikkaushaavatulehdusprosentiksi I-PL:n leikkauksissa tuli vastaajasairaaloiden lukujen perusteella 1.3 %, mutta sairaaloissa, joissa kaikki leikkaukset oli luokiteltu ja kaikissa puhtausluokissa oli ilmoitettu LHT:t, LHT-prosentti vaihteli 1.3—2.3 %. Sairaanhoidopiirien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa kaikkien, I-PL:n leikkausten eikä I-PL:ssa ilmoitetujen LHT:sten keskiarvoissa.

Leikkaushaavatulehdusten rekisteröintiä vastaajasairaaloissa on kuvattu taulukossa 5. 62 % sairaaloista rekisteröi sairaalahoidon aikaiset LHT:t. Merkittävää on, että kotiuttamisen jälkeen ilmenneitä leikkaushaavatulehduksia seurattiin aktiivisesti vain joka viidennessä sairaalassa (22 %), joista neljä oli keskussairaalaa. Mukana ei ollut yhtään yliopistosairaalaa. Sairaaloilla, jotka seurasivat kotiuttamisen jälkeen ilmenneitä LHT:ia ja muilla sairaaloilla, LHT:sten määrissä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Kysymykseen leikkausten puhtausluokan määrittelykäytännöstä ja puhtausluokan kirjaamisesta

ta vastasi 90 % sairaaloista. Puhtausluokan määritteli lääkäri (40 %) tai lääkäri ja sairaanhoitaja yhdessä (28 %), muissa määrittelijää ei mainittu. Leikkauksen puhtausluokka merkittiin tavallisimmin anestesiaomakkeelle (76 %), mutta vain harvoin (9 %) puhtausluokka kirjattiin leikkaukset kertomukseen erikoisalnan sairauskertomuslehdelle.

Leikkaushaavatulehdusten rekisteröinnistä ja puhtausluokan määrittelystä 35 % sairaaloista antoi palautetta avovastauksissa, joista 79 % koski leikkaushaavatulehdusten rekisteröintiä:

- » Kaikkia infektioita ei rekisteröidä.»
- » Alirekisteröintiä.»
- » Lääkärit eivät ole innostuneita rekisteröinnistä, kysytään jopa kuka on ilmoittanut.»
- » Osastot eivät ilmoita infektioita, tulee esille, kun seurataan märkänäytteitä»,
- » Puhtausluokissa III—IV vähän infektioita, eivät tunnu luotettavilta.»

Loput (21 %) olivat puhtausluokitusta koskevia palautteita :

- » Anestesiaomakkeella ei ole kohtaa puhtausluokalle, se voi jäädä pois.»
- » Kokemattomilla lääkäreillä on puutteelliset tiedot puhtausluokan määrittämisestä.»
- » Puhtausluokkien merkitseminen on puutteellista.»

Leikkausten tilastointia koskevat palautteet: Sairaaloista vain 16 % ilmoitettiin, että leikkauksia koskevat tilastotiedot olivat valmiina. Muissa

Taulukko 5. Leikkaushaavatulehdusten (LHT) rekisteröinti sairaalatyypeittäin (N = 55) Suomessa, absoluuttiset luvut.

Muuttajat	Sairaalatyypit						Yhteensä	
	Yliopisto-sairaala	Keskus-sairaala	Alue-sairaala	TK-sairaala	Muu sairaala	Yksityis-sairaala	n	%
Kaikki sairaalahoidon aikaiset LHT:t rekisteröidään								
Kyllä	6	6	13	7	1	1	34	62
Ei	1	0	0	2	1	0	4	7
Epävarma	1	8	3	4	1	0	17	31
Vain I-PL:ssa todetut LHT:t rekisteröidään								
Kyllä	0	1	1	3	2	0	7	13
Ei	8	13	15	10	1	1	48	87
Kotiuttamisen jälkeen ilmenneitä LHT:ia seurataan								
Kyllä	0	4	6	1	1	0	12	22
Ei	8	6	10	12	2	1	39	71
Satunnaisesti	0	4	0	0	0	0	4	7
Kotiuttamisen jälkeen ilmenneet LHT:t rekisteröidään, jos potilas joutuu uudelleen sairaalahoitoon								
Kyllä	7	8	13	10	0	1	39	71
Ei	0	0	1	1	2	0	4	7
Satunnaisesti	1	6	2	2	1	0	12	22

TK-sairaala = Erikoislääkärijohtoinen terveyskeskussairaala

tietoja jouduttiin yhdistelemään eri lähteistä. Vaikeuksia oli myös siksi, ettei leikkauksista ollut tietoa puhtausluokittain. Helpommin pystyttiin sanomaan montako leikkaushaavatulehdusta vuosittain oli ilmoitettu, muttei enää sitä, mikä osuus tämä oli kyseisten puhtausluokkien leikkauksista.

Potilasvahinkomenettely

Miten potilas saa tietoja vahinkoilmoituksen tekemisestä?

Sairaaloiden antamissa vastauksissa vahinkomenettelystä potilasta informoivat yleisimmin sosiaalityöntekijät (53 %) ja myös hoitivat potilasvahinkoilmoitukseen liittyviä järjestelyjä (69 %). 43 prosentissa vastattiin lääkärin, sairaanhoitajan tai molempien olevan yleisimmin informaation antajana ja muutamasta sairaalasta (4 %) vastattiin, ettei kukaan informoi potilasta eikä kukaan hoida potilasvahinkoasioita.

Sairaalan sosiaalityöntekijään otti tavallisimmin yhteyttä lähes yhtä usein potilas itse (29 %) kuin sairaanhoitaja (31 %) tai potilas yhdessä sairaanhoitajan, lääkärin tai omaisen kanssa (28 %). Har-

vemmin yhteydenottaja oli lääkäri (4 %), omaisen (4 %) tai ei kukaan (4 %), jolloin yhteyksiä ei oltu otettu.

Yleisinformaatiota potilasvahinkolaista ja vahinkoilmoituslomakkeita oli potilaiden ilmoitustauluilla (60 %) tai yleisinformaatiota oli potilaiden ilmoitustauluilla, mutta vahinkoilmoituslomakkeet olivat muualla (26 %), kuten sosiaalityöntekijällä, ylilääkärin sihteerillä tai taloustoimistossa, tai asiaa koskevaa tietoa ja lomakkeita oli vain sosiaalityöntekijöillä (9 %) tai potilaiden saatavilla ei ollut yleisinformaatiota eikä vahinkoilmoituslomakkeita (5 %).

Henkilökunnan saama koulutus potilasvahinkomenettelystä

Sairaaloissa oli järjestetty potilasvahinkolaista koulutusta 60 prosentissa. Koulutusta järjestäneistä sairaaloista yli puolessa (56 %) oli pidetty kaksi tai useampia tilaisuuksia. Koulutus oli suunnattu koko henkilökunnalle (91 %) ja vain joissakin tapauksessa rajoitetulle ryhmälle, kuten lääkäreille tai osastonhoitajille (9 %). Kouluttajina oli ollut Potilasvakuutusyhdistyksen tai Potilasvahin-

kolautakunnan edustaja joko yksin tai yhdessä sairaalan edustajan kanssa (42 %), sairaalan oma lääkäri tai sosiaalityöntekijä (21 %) tai muu henkilö (21 %) tai sairaalan lakimies, hallintojohtaja tai talouspäällikkö (15 %).

Sairaanhoitopiirien suhtautuminen potilasvahinkomenettelyyn

Agenttisuhde ja sen mukaan määritellyt sairaanhoitopiirit

Korvattujen LHT-vahinkojen määrä vaihteli 1—197 sairaanhoitopiireittäin (Taulukko 6). Vahingon sattumispaikan suhtautumista potilasvahinkoilmoituksen tekemiseen analysoitiin 760 vahingosta. Vahingoista luokiteltu hoitolaitokseen suhtautuminen potilasvahinkomenettelyyn voitiin tulkita myönteiseksi (31 %), kielteiseksi (27 %) tai

neutraaliksi (42 %). Viisi sairaanhoitopiiriä kului myönteisesti, kahdeksan sekä kielteisesti että neutraalisti suhtautuviin. Näistä kaksi ei ollut mukana sairaaloille tehdyssä kyselyssä.

Myönteisiksi luokitelluissa sairaanhoitopiireissä suhtauduttiin potilasvahinkomenettelyyn sairaalakyselyn perusteella kokonaisuutena myönteisemmin kuin kielteisiksi luokitelluissa sairaanhoitopiireissä ($p < .05$). Henkilöstön tietämys potilasvahinkomenettelystä oli heikointa kielteisesti suhtautuvissa sairaanhoitopiireissä. Neutraalisti ja kielteisesti suhtautuvien ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p .05$). Sairaalamohtaisia ohjeita oli eniten kielteisesti suhtautuvista sairaanhoitopiireistä (Taulukko 7). Koulutusta oli järjestetty eniten (80 %) myönteisesti suhtautuvien sairaanhoitopiirien sairaaloissa, kielteisesti (58 %) ja neutraalisti suhtautuvissa (54 %) lähes yhtä paljon. Ryhmien erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 6. Sairaaloiden ilmoittamat leikkaushaavatulehdukset (LHT) I-PL:n leikkauksissa 1988—1990 ja vastaavana aikana sattuneet ja korvatut leikkaushaavatulehdusvahingot sairaanhoitopiireittäin.

SH-piiri	1988-1990 Sairaalaalat		LHT:t I-PL:n leikkauksissa n	1988—1990 Korvatut LHT-vahingot			
	LHT-ilmoitusten kattavuus %			n	% ilmoitettuista LHT:sta	per 1000 I-PL:n leikkausta	per 1000 leikkausta
SHP 1	83		1059	197	19	3.1	1.2
SHP 2	92		420	87	21	2.1	0.9
SHP 3	50		200	59	30	4.0	1.6
SHP 4	50		68	31	46	2.9	1.3
SHP 5	80		693	104	15	2.8	1.3
SHP 6	83		215	33	15	1.3	0.6
SHP 7	60		227	51	22	3.4	1.3
SHP 8	*		*	18	*	*	*
SHP 9	50		24	8	33	4.0	0.4
SHP 10	100		138	22	16	4.3	2.7
SHP 11	100		200	37	19	2.4	1.5
SHP 12	67		351	91	26	4.7	2.5
SHP 13	33		138	18	13	3.4	0.8
SHP 14	100		207	45	22	4.5	1.2
SHP 15	100		98	14	14	1.5	1.0
SHP 16	100		49	9	18	—	0.5
SHP 17	33		19	88	463	2.3	1.0
SHP 18	100		166	19	11	2.1	1.2
SHP 19	100		46	12	26	—	0.7
SHP 20	33		105	28	27	2.7	1.1
SHP 21	*		*	1	*	*	*
SHP puuttuu 18							
Julkiset yht.	73		4423	989	22	2.8	1.2
Vastanneet yksityiset yht.			136	20	15	2.9	2.9
Muut yksityiset			*	91	*	*	*
Yhteensä			4559	1100	24	3.1	1.3

* ei mukana kyselytutkimuksessa
— tieto puuttuu

Taulukko 7. Sairaanhoitopiirit vahingoista luokitellun suhtautumisen mukaan, vahingon ilmoittamis- ja käsittelyajat vakuutusyhtiössä, korvatut LHT-vahingot suhteessa ilmoitettuihin LHT:iin ja leikkauksiin sekä vastaajasairaaloiden potilasvahinkomenettelyä koskeviin vastauksiin.

Suhtautuminen -shpiiri	Vahingon		Korvatut LHT-vahingot			Potilasvahinkomenettely vastaajasairaloissa				
	ilmoitt. aika vakuutusyhtiöön	käsitt. aika vakuutusyhtiössä	Per llim. LHT	per 1000 I-PL:n leikkausta	per 1000 leikkausta	Suhtautuminen	Ongelmat	Tiedot	Muupolaut	Laaditun ohjeen yleisvaikutelma
Myönteinen										
SHP 4	108.9	49.0	0.46	2.9	1.3	1.0	2.5	3.0	2.0	N
SHP 5	94.7	58.9	0.15	2.8	1.3	1.2	1.2	3.2	2.2	M
SHP 10	109.3	39.5	0.16	4.3	2.7	5.0	1.0	4.0	3.0	K
SHP 15	78.5	46.3	0.14	1.5	1.0	2.0	1.0	2.0	3.0	-
SHP 18	125.4	37.3	0.11	2.1	1.2	5.0	3.0	2.0	1.0	-
	91.7	50.3	0.17	2.7	1.4	2.0	1.6	3.0	2.2	(8.8)*
Neutraali										
SHP 1	101.1	57.9	0.19	3.1	1.2	2.4	1.9	3.0	2.7	N
SHP 3	94.4	42.9	0.30	4.0	1.6	2.5	2.5	3.0	3.0	-
SHP 7	117.8	44.0	0.22	3.4	1.3	2.6	2.4	3.2	2.4	-
SHP 13	97.6	59.2	0.13	3.4	0.8	1.0	4.0	2.0	2.0	-
SHP 19	92.2	74.6	0.26	-	0.7	1.0	1.0	2.0	1.0	-
SHP 20	106.2	53.5	0.27	2.7	1.1	2.6	1.6	3.3	3.0	-
	101.9	53.8	0.25	3.3	1.1	2.4	2.1	3.0*	2.7	(10.1)
Kielteinen										
SHP 2	116.4	56.5	0.21	2.1	0.9	3.0	2.2	3.5	2.8	N/M
SHP 6	107.6	64.8	0.15	1.3	0.6	2.5	2.5	4.0	2.8	M
SHP 9	107.3	48.0	0.33	4.0	0.4	1.0	1.0	4.0	2.0	-
SHP 11	88.6	82.3	0.19	2.4	1.5	2.0	4.0	4.0	2.0	-
SHP 12	100.3	58.2	0.26	4.7	2.5	2.5	2.0	4.0	3.0	M
SHP 14	83.1	51.1	0.22	4.5	1.2	2.5	4.0	3.0	3.5	K
SHP 16	154.7	68.9	0.18	-	0.5	5.0	3.0	4.0	3.0	M
SHP 17	112.4	53.3	4.67*	2.3	1.0	2.6	2.0	4.0	2.3	K
	115.9*	61.5**	0.26	2.5	1.0	2.6	2.4	3.7*	2.7	(11.4)*

* = puuttuvia ilmoituksia, ei mukana keskiarvossa * ero $p < .05$, ** ero $p < .01$
M = myönteinen, N = neutraali, K = kielteinen

Suhtautuminen ja leikkaushaavatahdukset

Ilmoitettujen LHT:n perusteella keskimääräinen LHT-osuus (1.5 %) oli yli keskiarvon sekä myönteisesti että neutraalisti suhtautuvissa (1.6 %), mutta alle keskiarvon kielteisesti suhtautuvissa sairaanhoitopiireissä (0.9 %). Korvattujen LHT-vahinkojen keskimääräinen osuus tuhatta leikkausta kohti oli suurin myönteisesti ja pienin kielteisesti suhtautuvissa sairaanhoitopiireissä. Korvattujen LHT-vahinkojen keskimääräinen osuus tuhatta I puhtausluokan leikkausta kohti oli suurin neutraalisti ja pienin kielteisesti suhtautuvissa sairaanhoitopiireissä. Korvattujen LHT-vahinkojen osuus I puhtausluokan leikkauksissa ilmoitettuja LHT:ia kohti oli lähes samansuuruinen sekä neutraalisti että kielteisesti suhtautuvissa ja pienin myönteisesti suhtautuvissa sairaanhoitopiireissä.

Korvatuista LHT-vahingoista (N = 1100) oli il-

moitettu vakuutusyhtiöön kuukauden kuluessa vahingon sattumisesta vain 10 %. Vahingon ilmoitusaika vakuutusyhtiöön oli keskimäärin 104 päivää ja käsittely vakuutusyhtiössä kesti keskimäärin 55 päivää. Vakuutusyhtiö oli ratkaissut joka neljännen vahingon (26 %) korvattavuuden kuukausi siitä, kun vahinko oli ilmoitettu vakuutusyhtiöön (Taulukko 8). Pisimmät ilmoittamisajat olivat kielteisesti ja lyhimmät myönteisesti suhtautuvista sairaanhoitopiireistä tulleissa vahingoissa ($p < .05$). Kielteisesti suhtautuvista sairaanhoitopiireistä tulleiden vahinkojen käsittely hidastui ja käsittelyaika piteni myös vakuutusyhtiössä ($p < .01$).

Korvauspäätöksen syntyminen vakuutusyhtiössä

Vahingosta 92 % oli korvattu suoraan Potilasvakuutusyhdistyksen (PVY) tekemän päätöksen

Taulukko 8. Leikkaushaavatulehdusvahingon ilmoittamisaika vakuutusyhtiöön ja käsittelyaika vakuutusyhtiössä.

Vahingon sattumisesta kulunut aika	Ilmoitettujen vahinkojen kumulatiivinen %	Ilmoituksen saapumisesta kulunut aika	Käsittelyjen vahinkojen kumulatiivinen %
1 kk	10	1 kk	26
2 kk	39	2 kk	67
3 kk	61	3 kk	87
4 kk	73	4 kk	94
5 kk	81	5 kk	98
6 kk	86	6 kk	99
1 vuosi	98	1 vuosi	99
Ilmoittamisaika keskimäärin	104 päivää	Käsittelyaika keskimäärin	55 päivää
Vaihteluväli	2—944 päivää	Vaihteluväli	1—407 päivää

perusteella. 8 prosentissa oli tehty tai oli meneillään jokinasteinen valitusprosessi. Näistä 0.4 prosentissa vahinko oli todettu korvattavaksi vasta Potilasvahinkolautakunnan (PVLTK) lausunnon jälkeen, 3 prosentissa potilas oli saanut lisäkorvauksen PVLTK:n lausunnon jälkeen, 2.7 prosentissa PVLTK ei suosittanut korvauksen muutosta, 1.7 prosentissa potilaalle oli maksettu korvaus PVY:n päätöksellä, mutta valitus PVLTK:aan oli vielä kesken ja 0.1 prosentissa tuomioistuinkäsittely oli kesken.

Puhtausluokan ilmeneminen vahinkoasiakirjoista

Leikkauksen puhtausluokka voitiin todeta hoitolaitoksen lausunnosta tai liitteenä olevasta erikoksalan sairauskertomuksesta vain 7 prosentissa korvatuista LHT-vahingoista, muissa ei. Vakuutusyhtiön asiantuntijalääkärien lausunnoissa leikkauksen puhtausluokka oli kirjattu 34 prosentissa, muissa ei.

Sairaaloiden potilasvahinkomenettelyä koskevat ohjeet

Joka neljännellä sairaalalla (24 %) oli yleisohje potilasvahinkolain mukaisesta korvausmenettelystä. Tällainen ohje pyydettiin liittämään sairaalan vastaukseen. Ohjeita lähetettiin yhteensä 12, kymmenestä sairaanhoitopiiristä. Ohje puuttui yhdeksästä sairaanhoitopiiristä.

Ohjeista 75 % oli laadittu 1987 ja näistä 25 % ennen potilasvahinkolain voimaantuloa (1.5. 1987). Viimeisin ohje oli vuodelta 1991. Ohje oli otsikoitu 'potilasvahinkolaiksi' (33 %), 'potilasva-

kuutukseksi' (25 %) tai 'menettelytapaohjeeksi' (42 %). Ohjeen laatija oli lääkäri (33 %), johtava hallintovirkamies (33 %), lääkäri ja hallintovirkamies yhdessä (25 %) tai muu virkamies (9 %).

Vajaassa puolessa ohjeita (42 %) korostettiin muutosta entiseen menettelyyn. Potilasvahingon lajit ilmenivät puolesta (50 %) ohjeista. Yhteydet muihin korvausmuotoihin, esimerkiksi lääke- ja esinevahingon yhteydessä, ilmenivät vain joka neljännestä (25 %) ohjeesta. Esimerkkejä korvattavuudesta ja ei-korvattavuudesta ilmeni puolessa (50 %) ohjeista, osassa (17 %) oli lueteltu vain ei-korvattavia tilanteita ja lopuissa (33 %) asiasta ei ollut mitään mainintaa. Potilasvahinkoasian vireillepanija (potilas) oli ilmaistu selkeästi 42 prosentissa ohjeista, muista se ei ilmennyt tai oli epäselvä. Osassa ohjeita potilaiden neuvonnan korostettiin olevan kaikkien tehtävä ja esimerkiksi johtosäännön velvoittama asia (42 %) tai neuvontatehtävä määriteltiin jonkin ammattiryhmän tehtäväksi (25 %). Muissa ei ollut mainintaa potilaan neuvonnasta.

Ohjeissa oli otettu kantaa siihen, kuka saa/voit täyttää hoitolaitoksen osuuden vahinkoilmoituslomakkeesta: lääkäri tai ylilääkäri (33 %), lääkäri tai osastonhoitaja (17 %). Myös vahinkoilmoituslomakkeiden saatavuudesta oli mainintoja. 42 prosentissa ohjeista oli kehoitus laittaa yleisinformaatio ja lomakkeet vapaasti potilaiden saataville. Muissa lomakkeiden vapaata saatavuutta oli rajattu tai asiaa ei mainittu.

Vahinkoilmoituslomakkeen toimittaminen sairaalalaitoksesta vakuutusyhtiöön tuli hoitaa keskitetysti johtavan lääkärin tai hallintotoimiston kautta (58 %) tai lomakkeiden toimittaminen ei ollut keskitettyä, mutta kopiot vahinkoilmoituksesta kehoitettiin toimittamaan esimerkiksi ylilääkä-

rille, hallintotoimistoon tai sosiaalityöntekijälle (25 %). Potilaan oikeusturvateitä käsiteltiin vain 8 prosentissa ohjeista.

Myönteiseksi yleisvaikutelmaltaan voitiin tulkitaa puolet ohjeista. Tällöin ohjeissa korostettiin potilaan kannalta entisen käytännön muutosta, lain suomia mahdollisuuksia potilasvahinkoasiassa, potilaan neuvonnan tärkeyttä ja vahinkolomakkeiden saatavuutta. Neutraaliksi yleisvaikutelmaltaan luokitelluissa (25 %) ohjeissa perusasiat oli esitetty suppeasti, mutta potilaiden neuvontaa, lomakkeiden saatavuutta ei mainittu. Kielteisiksi (25 %) luokitelluissa ohjeissa korostettiin esimerkiksi, mikä ei ole korvattavaa. Potilaiden neuvontaa ei mainittu. Lomakkeiden saatavuus oli tehty vaikeaksi. Vahinkomenettelyn käynnistäminen oli tehty monimutkaiseksi.

POHDINTA

Tämä tutkimus on kokonaistutkimus. Vastajasairaaloiden osuus vuosittain tehdyistä leikkaustoimenpiteistä oli 87—88 %. Vastausprosentit olivat korkeimmat paljon leikkauksia tekevissä yksiköissä. Näin tietojen kattavuutta voidaan pitää hyvänä. Vastajasairaaloiden ilmoittamista toimenpiteistä pääosa oli sellaisia, jotka olivat varsinaisia leikkauksia ja ne voitiin luokitella puhtausluokkiin. Sisällönanalyysimenetelmällä hankittujen tietojen reliabiliteettia mitattiin uudelleen luokittelulla. Tulosta voidaan pitää kohtalaisen hyvänä.

Leikkaustoimenpiteiden puhtausluokitus on Suomessa yleisesti käytössä. Leikkausten puhtausluokitus pitäisi yhdistää toimenpidetilastoon, jotta edes sairaaloiden omassa käytössä olisi helposti saatavissa tiedot leikkauksista puhtausluokittain. Tällöin myös leikkaushaavatulehdusten puhtausluokittainen seuranta olisi mielekästä. Puhtausluokattiedot, samoin leikkaushaavatulehdustiedot olisi mahdollista liittää myös valtakunnallisiin tiedostoihin nykyisen poistoilmoitusrekisterin yhteyteen. Puhtausluokattietoa ei juuri dokumentoida potilaan erikoisalan sairauskertomukseen. Se on kuitenkin yleisin liite, joka toimitetaan potilasvahinkoilmoituksen yhteydessä vakuutusyhtiöön.

Puhtausluokittaiset leikkausten prosentiosuudet vastaavat aikaisempia, tosin sairaalakohtaisia, tutkimustuloksia myös muissa kuin I puhtausluokan leikkauksissa (Cruse & Foord, Olson & Lee 1990). I puhtausluokan leikkauksista tietoja saatiin parhaiten, silti vain kahdesta kol-

masosasta sairaaloita. Suurin osa luokittelemattomista kuuluu I puhtausluokkaan.

Leikkaushaavatulehdusten rekisteröinti ei ole kattavaa. Edes kaikkia sairaalahoidon aikaisia leikkaushaavatulehduksia ei tilastoida. Vastajasairaaloiden ilmoittamat leikkaushaavatulehdukset ovat pääasiassa sairaalahoidon aikana ilmenneitä ja vain harvat sairaalat keräävät aktiivisesti tietoja kotiuttamisen jälkeen ilmenneistä leikkaushaavatulehduksista. Hoitoaikojen lyhentyessä leikkaushaavatulehdus ilmenee entistä useammin vasta kotiuttamisen jälkeen (Brown ym. 1987, Pearce ym. 1991, Hyrylä 1992, Weigelt ym. 1992). Edellisissä selvityksissä todetut leikkaushaavatulehdusten rekisteröintiin liittyvät ongelmat eivät ole poistuneet (Sairaalaliitto 1981, Mäkelä 1988).

Ensimmäisen puhtausluokan leikkaushaavatulehdusten rekisteröinti oli yleisempää kuin muiden puhtausluokkien. Leikkaushaavatulehdusten osuus I puhtausluokan leikkauksissa vastaa aikaisemmissa tutkimuksissa sairaalahoidon aikana todettuja leikkaushaavatulehduksia (Cruse & Foord 1980, Reimer ym. 1987, Olson & Lee 1990, Hyrylä 1992).

Ilmoitettujen leikkaushaavatulehdusten määrä I puhtausluokan leikkauksissa oli korvattujen vahinkojen määrää suurempi 1988—1990. Luku kasvaa vielä, kun se korjataan ilmoittamatta jätettyjen leikkaushaavatulehdusten määrällä. Ilmeisesti osa edellä mainituista olisi johtanut korvattavuuteen, koska ylimääräinen sairaalahoido on kriteeri muun muassa kivun ja säryn vähimmäiskorvauksen maksamiselle (Lehtola 1988, Liikennevahinkolautakunnan normeja ja ohjeita 1990) ja leikkaushaavatulehduksen saaneilla on muita pitempi hoitoaika (Green & Wentzel 1977, Haley ym. 1981, Hyrylä 1992) ja enemmän ylimääräisiä hoitopäiviä on syntynyt sairaalassaoloaikana kuin kotiuttamisen jälkeen todetuissa leikkaushaavatulehduksissa (Hyrylä & Sintonen 1993). Vuosina 1988—1990 korvatut leikkaushaavatulehdusvahingot edustavat vain jäävuoren huippua, ehkä 5 % I puhtausluokan leikkauksissa ilmenevistä leikkaushaavatulehduksista.

Sairaanhoitopiiriin vahinkoihin suhtautumisen luokittelu on yhdenmukainen vastajasairaaloiden tulosten kanssa. Myönteisen suhtautumisen sairaanhoitopiireissä korvattuja leikkaushaavatulehdusvahinkoja oli eniten suhteessa kaikkiin leikkauksiin, joista tiedot olivat kattavimmat. Kielteisesti suhtautuvissa suhdeluvut olivat pienimmät ja niissä myös vahingon ilmoittaminen pitkittyi ja käsittelyaika piteni vakuutusyhtiössä. Vahinkoaineiston ja kyselytutkimuksen vertailusta voidaan

arvioida, että myönteinen suhtautuminen kuvaa lähinnä täydellistä agenttisuhdetta, kielteinen lähinnä epätäydellistä ja neutraali molempia.

Potilaan oikeusturvan kannalta oli myönteistä, että hoitolaitoksen kielteinen suhtautuminen ei ole estänyt ainakaan näissä tapauksissa vahingon korvattavuutta. Tätä vahvistaa toisaalta muutamien sosiaalityöntekijöiden antama palaute, että potilaat ovat kokeneet vahinkomenettelyn puoleettomana, koska ratkaisu tapahtuu muualla kuin hoitolaitoksessa, jossa potilas kokee jäävänsä toiseksi ja toisaalta se, että vain pienestä osasta korvattuja vahinkoja oli tehty valitus Potilasvahinkolautakuntaan. Onko kielteisyys vaikuttanut yleisemmin vahinkojen hylkäämiseen, edellyttäisi hylättyjen vahinkohakemusten analysointia samalla tavalla.

Potilasvahinkomenettelyyn liittyviä ongelmia olivat potilaan arkuus tehdä vahinkoilmoitus, informaation puute, koska hakemuksen voisi tehdä sekä henkilökunnan ohjaus- ja neuvontakyvyttömyys ja -haluttomuus. Taustalla on edelleen ajatus, ettei korvausta voi hakea, jos ei voida osoittaa tuottamusta. Tässä saadut tulokset ovat samansuuntaisia kuin aikaisempien haastatteluja kyselytutkimusten (Engström 1984, Laitinen 1987, Sinkkonen ym. 1988). Potilaat eivät ilmaise tyytymättömyyttään hoitoonsa kovin herkästi, koska pelkäävät sen vaikuttavan hoitoonsa.

LÄHTEET

- Alha Pirkko. Potilasvahinkokorvausten toteutuminen potilasvahinkolain mukaan. Pro gradu tutkielmat 6/1990. Helsingin yliopisto 1990.
- Brown Richard B., Bradley Shirley, Opitz Elena, Cipriani Donna, Pieczarka Richard, Sands Michael. Surgical wound infections documented after hospital discharge. *Am J Infect Control* 1987;2:54—58.
- Cruse Peter J.E. & Foord Rosemary. The epidemiology of wound infections 10-year prospective study of 62,939 wounds. *Surg Clin North Am* 1980;60:27—40.
- Condon Robert E., Haley Robert W., Lee James T., Meakins Jonathan L. Does infection control control infection? *Arch Surg* 1988;123:250—256.
- Engström Birgitta. The patients' need for information during hospital stay. *Int J Nurs Stud* 1984;21:113—130.
- Evans Robert G. Strained mercy. The economics of Canadian health care. Toronto. Butterworths 1984.
- Green J.W., Wenzel R.P. Postoperative wound infection: A controlled study of the increased duration of hospital stay and direct cost of hospitalization. *Ann Surg* 1977;185:264—8.
- Gästrin Bengt & Lövestad Arild. Postoperative wound infection: relation to different types of operation and wound contamination categories in orthopaedic surgery. *J Hosp Infect* 1989;13:387—393.
- Haley R.W., Schaberg D.R., Crossley K.B., von Allmen S.D., McGowan J.E. Jr. Extra charges and prolongation of stay attributable to nosocomial infections: A prospective interhospital comparison. *Am J Med* 1981;70:51—8.
- Haley Robert W. Surveillance by objective: A new priority-directed approach to the control of nosocomial infections. *Am J Infect Control* 1985;13:2:78—89.
- Hartikainen Anne. Hoidon laadun ilmeneminen potilasvahinkoilmoituksissa ja sairauskertomuksissa. Tutkielma, terveydenhuollon koulutusohjelma. Kuopion yliopisto 1989.
- Hughes James M. Nosocomial infection surveillance in the United States. Historical perspective. *Infect control* 1987;8:450—453.
- Hyrylä Marja. Sairaalaperäiset leikkaushaavatulehdukset: prospektiivinen tutkimus potilaasta riippuvien tekijöiden yhteydestä leikkaushaavatulehduksiin. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1992;29:96—103
- Hyrylä Marja & Sintonen Harri. The use of health services in wound infections. Käsikirjoitus 1993.
- Keskimäki Ilmo, Teperi Juha, Aro Seppo, Pohjanlahti Juha-Pekka. Leikkaustoimenpiteiden alueellinen vaihtelu Suomessa. Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 1993. Raportteja 83. Gummerus Jyväskylä 1993.
- Kjellgren Kjell, Norberg Biörn, Fryklund Birgitta, Burman Lars G. Registering av kirurgiska infektioner kan »spara» mångmiljonbelopp i värden. *Läkartidningen* 1985;50:4428—4431.
- Laitinen Anna. Potilaiden arvioima hoitotyön laatu ja osastonhoitajien johtamistyyli. Tutkielma. Kuopion yliopisto 1987.
- Lehtola Pentti. Potilasvahinko. Vakuuttamisen ja korvausten pääasiat. Hakapaino OY Helsinki 1988.
- Liikennevahinkolautakunnan normeja ja ohjeita. Kirjapaino Aa OY. Helsinki 1990.
- Lumijärvi Olli-Pekka. Agentiteoria ja sen eräitä sovellutuksia. Turun Kauppakorkeakoulun julkaisuja 4:1987. Turku 1987.
- Lääkintöhallitus. Sairaalinfection torjunta. Lääkintöhallituksen ohjekirje 5685/1962 S, Helsinki 1962.
- Lääkintöhallitus. Sairaalinfectionityöryhmän mietintö. Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö n:o 15. Helsinki 1980.
- Lääkintöhallitus. Potilaasta tehtävä poistoilmoitus. Lääkintöhallituksen yleiskirje nro 1877, Helsinki 1985.
- Lääkintöhallitus. Lääkintöhallituksen ohjekirje tartuntatautilain soveltamisesta 1907/1986. Helsinki 1986.
- Mäkelä Paavo. Sairaalinfectiontien seuranta Suomessa. Sairaalaliitto tiedottaa 1987;6:12—13.
- Mäkelä Paavo. Registration of hospital infections in Finland. *Sahti* 1988;1:10—13.
- Olson Mary & Lee James T. Continuous, 10-year wound infection surveillance. *Arch Surg* 1990;125:794—803.
- Palmu A. Incidence study of hospital acquired infections in surgical patients. *Sahti* 1988;1:32—35.
- Palmu A. & Ratia M. Sairaalinfectiontien rekisteröinti Suomessa. *Sahti* 1986;3:14—19.
- Pearce P, McKenzie M, Taylor G. Wound infections in orthopedic surgery: effect of extended surveillance on infection rate. *CJS* 1991;34:31—5.
- Pietilä V. Sisällön erittely. *Gaudeamus Tampere* 1976. Potilasvakuutusyhdistys. Toimintakertomus 1986—1991. Helsinki 1988—1992.
- Reimer K., Glead C., Nicolle L.E. The impact of post-discharge infection on surgical wounds. *Today's OR Nurse* 1987;8:31—36.
- Sairaalaliitto. Sairaalahygienia II. Sairaalinfectiontien

- rekisteröinti. Sairaalahygieniatoiminnan organisointi. Julkaisu 2/1981.
- Sairaalaliitto. Suomen sairaalatilasto 1988—90. Helsinki 1989—91.
- Sairaalaliitto. Infektioiden torjunta sairaalassa. Jyväskylä 1989.
- Sinkkonen Sirkka, Paunonen Marita, Kinnunen Juha, Laitinen Anna. Hoidon laadun määrittely ja mittaaminen tarveoriain pohjalta. Sairaanhoidon vuosikirja XXIV. SHKS 1988.
- Sintonen Harri, Pekurinen Markku, Jämsen Raimo, Linnakko Eero, Vinni Kari. Terveystaloustiede. WSOY Juva 1987.
- Sosiaali- ja terveyshallitus. Poistoilmoitusrekisteri 1988—1990. Helsinki. Sosiaali- ja terveyshallitus 1990—1992.
- Spri. Projekt PM. Patientförsäkringens skadematerial som underlag för skadeförebyggande verksamhet. Stockholm 1992.
- Tartuntatautiasetus 786/86.
- Tartuntatautilaki 583/86.
- Tartuntatautityöryhmän muistio 1988:30. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 1988.
- Wagstaff Adam. Econometric studies in health economics. J Health Econ 1989:8:1—51.
- Weigelt John A, Dryer Donna, Haley Robert W. The necessity and efficiency of wound surveillance after discharge. Arch Surg 1992:127:77—82