

Artikkeli on julkaistu Kuluttajien vakuutustoimiston ja Vakuutuslautakunnan juhlakirjassa Kuluttajien vakuutustoimisto ja Vakuutuslautakunta 30 vuotta (Toim. Lena Sisula-Tulokas, Irene Luukkonen ja Marja Saario), Kuluttajien vakuutustoimisto & Vakuutuslautakunta, Helsinki 2001.

Harri Isokoski

Varatuomari

Kuluttajien vakuutustoimiston lakimies, (nykyisin FINE Vakuutus- ja rahoitusneuvonnan johtava lakimies)

Henkilövahinkojen lääketieteelliset syy-yhteyksykysymykset juridisesta näkökulmasta

Tämä artikkeli perustuu havaintoihin, joita olen tehnyt käytännön työssä Vakuutuslautakunnan esittelijänä vuodesta 1990 lähtien. Työtehtävien painopiste on ollut vapaaehtoiisiin henkilövakuutuksiin liittyvien juridisten ja lääketieteellisten ongelmien ratkaisemisessa. Keskityn esityksessä seikkoihin, joita juridisissa tehtävissä toimivan asiantuntijan on mielestäni hyvä ottaa huomioon, kun hän ratkaisee lääketieteellistä syy-yhteysharkintaa sisältäviä korvausasioita yhdessä lääkäriasiantuntijoiden kanssa ja pyrkii muodostamaan oman käsityksensä tilanteesta. Olen laatinut artikkelin siinä toivossa, että havainnoista olisi hyötyä kaikille, jotka joutuvat työssään ratkomaan henkilövahinkojen syy-yhteyksykysymyksiä.

Käsittelen aluksi lyhyesti oikeudellisen syy-yhteyden arvioinnin ja lääketieteellisen syy-yhteyden arvioinnin välistä suhdetta sekä sen vaikutusta korvausvastuun ulottuvuuteen eri tilanteissa. Kuvaan myös toimivan asiantuntijayhteistyön edellytyksiä henkilövahinkojen käsittelyssä sekä asiantuntijatoiminnan merkitystä eri tilanteissa. Pyrin vielä valottamaan ratkaisujen huolellisen perustelemisen tärkeyttä ja listaan lopuksi esimerkkejä seikoista, joihin on hyvä kiinnittää huomiota ratkaisuja tehtäessä.

Oikeudellinen, luonnontieteellinen ja lääketieteellinen syy-yhteys sekä korvausvastuun rajat

Vahingonkorvausoikeudessa korvausvelvollisuuden syntyminen edellyttää, että vahinko on syy-yhteydessä juuri korvausvelvollisuuden aiheuttavaksi *säädettyyn* taikka muuten voimassa olevan oikeuden mukaan sellaisena pidettävään *tekoon tai laiminlyöntiin*. Korvausvastuun perustuessa vakuutus-sopimukseen edellytetään samoin, että korvausvaatimuksen perusteena olevan vamman tai sairau-den tulee olla *sovituin edellytyksin* syy-yhteydessä vakuutus-sopimuksessa erikseen korvattavaksi määritellyyn vakuutus-tapahtumaan. Tämän *oikeudellisen syy-yhteyden* toteamisen perustana on *luonnontieteellinen syy-yhteys*, jolla tarkoitetaan luonnontieteelliseen tutkimustietoon perustuvaa käsitystä eri ilmiöiden välisistä syy- ja seuraussuhteista.

Kysymys syy-yhteydestä onkin henkilövahinkojen korvaamisen keskeistä aluetta. Sitä koskevissa ratkaisuissa on kysymyksenasetteluna, onko ja jos niin miltä osalta korvauksen hakijalla todettu vamma tai sairaus aiheutunut korvausvastuuta perustavasta tapahtumasta, esimerkiksi vakuutuksen

piiriin kuuluvasta tapaturmasta. Syy-yhteyden lääketieteellinen toteaminen kuuluu luonnontieteellisen syy-yhteyden selvittämisen piiriin.

Tehtäessä päätelmiä syy-yhteydestä eli siitä, että tapahtumasta A on aiheutunut ilmiö B, on arkielämän tilanteissa tavanomaista päätellä syy-seuraussuhteita vain *ajallisen yhteyden* ja omien tunteusten perusteella. Ajatellaan esimerkiksi, että koska selkä kipeytyi tapaturmatilanteessa ja kipuja ei esiintynyt välittömästi ennen tapaturmaa, oireilun täytyy johtua tapaturmasta. Henkilövahinkojen korvaaminen perustuu kuitenkin *lääketieteelliseen syy-yhteyshajotteluun*. Ratkaisua tehtäessä pyritään ottamaan huomioon mahdollisimman tarkoin kaikki vammautumistilanteesta saatavat tiedot sekä oireilun alkamiseen vaikuttaneet tekijät, joita voi olla yhtä aikaa useita. Ajallinen yhteys ei toki ole vaille merkitystä lääketieteellisessä syy-yhteysharkinnassa, mutta se ei riitä yksinomaiseksi ratkaisua määrääväksi seikaksi.

Sen arvioiminen, onko korvauksen hakijan vamman ja hänen kuvaamansa tapaturman välillä lääketieteellinen syy-yhteys, perustuu ensiksikin siihen, onko hakijalla diagnosoitua kudonvauriota yleensä lääketieteellisen tutkimustiedon perusteella pidettävä tyypiltään tapaturmaisena. Lisäksi selvitetään lääketieteellisen tutkimustiedon ja kokemuksen perusteella, millainen on tyypillinen ja voimakkuudeltaan riittävä vammautumismekanismi tämän kudonvaurion tapaturmaiselle aiheutumiselle. Sen jälkeen ratkaistavan yksittäistapauksen tietoja tapaturmamekanismista ja vamman laadusta verrataan tähän mekanismiin.

Lääketieteelliseen tutkimukseen liittyvien epävarmuustekijöiden ja kysymykseen tulevien syiden luokituksen vuoksi *lääketieteellisen syy-yhteyden käsite* ei täysin vastaa klassista luonnontieteellisen syy-yhteyden käsitettä, jossa syytekijä on seurauksensa sekä välttämätön että riittävä ehto. Lääketieteellisen syy-yhteyden määritelmä, jossa syyn ja seurauksen spesifisyyden vaatimuksesta on luovuttu, on väljempi: mikäli jonkin ilmiön muutosta seuraa säännönmukaisesti toisen ilmiön todennäköisyyden muutos, edellinen on jälkimmäisen syy. Suuria joukkoja koskevissa epidemiologisissa tutkimuksissa käytetään niin kutsuttuja Hillin arviointiperusteita. Syysuhteelle on ominaista oikea aikajärjestys, voimakas yhteys, annos-vasteriippuvuus, ennustuskyky, yhtäpitävyys tutkimuksesta toiseen sekä sopusointu tosiasioiden ja biologisia järjestelmiä koskevien tietojen kanssa. Näistä väärä aikajärjestys ja ristiriidat tunteisiin tosiasioihin nähden soveltuvat syy-yhteyden hylkäämiseen. Voimakas yhteys, annos-vasteriippuvuus, ennustuskyky ja yhtäpitävyys puhuvat syy-yhteyden puolesta.¹

Yksinkertaistaen, jotta tämän perusteella tapaturmia – eikä sairautta – olisi pidettävä tärkeimpänä syynä esimerkiksi selän nikamavälilevytyrieni syntymiseen, tulisi suurta potilasjoukkoa tutkittaessa käydä ilmi, että välilevytyräpotilaista valtaosa hakeutuu hoitoon nimenomaan tapaturman jälkeen eikä muussa yhteydessä, kuten ilman selvää syytä ilmenneen oireilun vuoksi. Tutkimustiedon mukaan näin ei ole. Nikamavälilevytyrää pidetäänkin nykyisin pääosin välilevyjen rappeumasairauden vaikutuksesta syntyvänä tilana.

Luonnontieteiden kehittyessä on tullut mahdolliseksi jäljittää yhä pitempiä ja monimutkaisempia syy-seurausketjuja, joko tapauskohtaisesti tai tilastollisia menetelmiä käyttäen. Vahingonkorvausoikeudellisessa ajattelussa korvausvastuuta teon tai laiminlyönnin seurauksista ei kuitenkaan haluta ulottaa jäljitettävissä olevassa syy-yhteyshajottelussa miten pitkälle tahansa. Myös vahingon aiheuttajan katsotaan jossain vaiheessa syy-yhteyshajottelua tarvitsevan suojaa. Luonnontieteellinen tai lääketieteellinen syy-yhteys ja oikeudellinen syy-yhteys oleellisesti oikeudenmukaisuuskysymyksenä ovat siten eri asioita.²

Oikeudellisesti vahingon aiheuttajan ja vahingonkärsijän välillä *pyritään kohtuulliseen vastuunjakoon*, jolla turvataan yhteiskunnan toimivuutta kokonaisuutena. Menemättä tässä yhteydessä syvemmälle asiaan liittyvään oikeustieteelliseen pohdintaan voi todeta vahingonkorvausvastuun syntymisen edellyttävän yleensä sitä, että vahinko on niin sanotussa *adekvaattisessa syy-yhteydessä* vahingon aiheuttajan menettelyyn tai laiminlyöntiin³. Tämän mukaisesti korvattaviksi

katsotaan sellaiset vahingot ja seuraukset, jotka ovat olleet teosta tai laiminlyönnistä keskiverto-henkilön käsityksen perusteella yleisesti odotettavissa ja lukuun otettavissa.

Toisaalta monissa sellaisissa tilanteissa, joissa syy-yhteyden luotettava luonnontieteellinen todistaminen on erittäin kallista tai vaikeaa, on vahingonkärsijän eduksi todistamisvelvollisuutta oikeudellisesti helpotettu joko nimenomaisilla säännöksillä tai oikeuskäytännössä. Näin on silloin, kun vahingonkärsijän intressien katsotaan olevan erityisen suojan tarpeessa, usein juuri henkilövahinkojen kysymyksessä ollessa. Myöskään vastuuta perustavan toiminnan laatu ei ole vailla merkitystä.

Esimerkiksi oikeudellisen ja lääketieteellisen syy-yhteyden arvioinnin erosta sekä edellä mainittujen tekijöiden merkityksestä sopii hyvin poliorokotuksen jälkeistä sairastumista koskeva ratkaisu:

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

Valtio rokotuksen toimeenpanijana veloitettiin korvaamaan rokotuksen aiheuttama yllättävä vahinko, jota enempää rokotuksen toimeenpanijat kuin rokotettavat itse eivät olleet pystyneet ennakoimaan.

Käsittelyn kuluessa saadun lääketieteellisen selvityksen perusteella sairauden (Guillain-Barr-oireyhtymä) syntymekanismia ei lääketieteessä tunneta, mutta tautia edeltää usein infektio. Se voi olla useiden eri tekijöiden – myös rokotuksen onnistumisen edellyttämän infektion – aiheuttama. Tieteellisesti pätevää keinoa osoittaa yksittäistapauksessa jokin tietty infektio taudin aiheuttajaksi tai laukaisijaksi ei ole, mutta rokotuksen todettiin voivan olla yksi mahdollinen tällainen tekijä. Syy-yhteyttä koskevissa perusteluissa enemmistö totesi, että voitiin kuitenkin otaksua, että rokotus oli sairauden syy. Kantaja oli asian laatu ja hänen käytettävissään olevat todistelumahdollisuudet huomioon ottaen riittävästi näyttänyt syy-yhteyden. Huomionarvoista siis on, että *vaikka tapauksessa nimenomaisesti lausutaan lääketieteellisen syy-yhteyden jääneen selvittämättä, juridisesti kantajan katsottiin esittäneen syy-yhteydestä riittävän selvityksen.*

Perinteisempää linjaa syy-yhteyden toteen näyttämisessä edustaa liikennevakuutuskorvausta ja whiplash-vammaa koskeva äänestysratkaisu:

KKO 1997:163: A oli 24.8.1989 saanut liikenneonnettomuudessa niskan whiplash-vamman eli niin sanotun retkahdusvamman, josta aiheutuneen työkyvyttömyyden vuoksi vakuutusyhtiö oli suorittanut hänelle muun muassa ansionmenetykskorvausta 30.4.1992 saakka. Riidatonta oli, että A oli tämän jälkeenkin työkyvytön. Kysymys siitä, aiheutuivatko A:n oireet ja vaivat edelleen niskan retkahdusvammasta. Ään.

Enemmistö perusti kantansa etenkin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen antamiin neljään kielteiseen lausuntoon, joissa syy-yhteyttä oli pidetty epätodennäköisenä. Enemmistö totesi, ettei kanteen tueksi esitetty selvitys ole kumonnut tai olennaisesti järkyttänyt oikeusturvakeskuksen lausuntoja eikä A ole riittäväällä todennäköisyydellä näyttänyt kysymyksessä olevan syy-yhteyden olemassaoloa. Siinä missä enemmistö ainakin näkyviin kirjoitetun pohjalta vaikuttaa perustaneen ratkaisunsa lähinnä TEO:n auktoriteetille, on vähemmistö selostanut kiitettävän laajasti syy-yhteyden ja näytön arvioimiseen liittyviä perusteitaan. Mielestäni KKO:n vähemmistö onkin perustellut kantansa asiassa huomattavasti enemmistöä paremmin toteamalla mm, että:

Todistustaakka myös syy-yhteyden ulottuvuuden osalta on korvausta vaativalla. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että korvausvelvollisuus voisi tulla kysymykseen vain sellaisissa tapauksissa, joissa syy-yhteys va-

hinkotapahtuman ja todetun vamman tai sairauden välillä on mahdollista lääketieteellisin menetelmin aukottomasti todeta. Vahinkotapahtumalle tyypillisten seurausten oletetaan yleensä johtuneen kyseisestä tapahtumasta ellei muuta ilmene. Korvauskanne tulee kuitenkin hylätä, mikäli väitetty syy-yhteys ei ole lääketieteellisesti mahdollinen tai muu seikka on todettua vahinkotapahtumaa todennäköisempi vamman tai sairauden syy. Epäselvissä tapauksissa tuomioistuimen tulee harkittuaan kaikkia esiin tulleita seikkoja ratkaista oikeudenkäymiskaaren 17 luvun 2 §:n nojalla, mitä asiassa on pidettävä totena.

Pienellä osalla whiplash-potilaista esiintyy, kuten edellä mainittiin, sellaisia pitkittyneitä vaivoja ja oireita, joiden johdosta A on todettu työkyvyttömäksi. A:n sairaudentilan syy-yhteyttä vahinkotapahtumaan ei siten voida sulkea pois lääketieteellisin perustein, mutta sitä ei voida myöskään lääketieteellisin menetelmin todistaa.

Kuten hovioikeus on todennut, A:n aikaisempi terveydentila ja vaivojen ilmenemisen ajankohta viittaavat siihen, että syy-yhteys vahinkotapahtumaan on olemassa. Lääketieteellisesti perusteltuja vaihtoehtoisia selityksiä A:n työkyvyttömyydelle ei ole voitu esittää. Mahdollista on, että liikennevahinko on laukaissut ja tuonut ilmi jonkin piilevän esiintyneen vian tai sairauden. Tässäkin tapauksessa korvausvelvollisuus on kuitenkin vahingonkorvausoikeudellisten periaatteiden mukaan olemassa ellei vahinkotapahtumasta vastuussa oleva voi osoittaa, että asianomainen olisi joka tapauksessa sairastunut. Vahinkotapahtumasta täysin riippumattoman, whiplash-vamman jälkioireita muistuttavan sairaudentilan ilmenemistä liikennevahingon jälkeen ei ole pidettävä uskottavana eikä todennäköisenä.

Vahingonkorvausoikeudessa on perinteisesti katsottu vahingon kärsijää suojaten, että vahingon aiheuttaja on lähtökohtaisesti velvollinen ottamaan vahingon kärsijän lukuun ”sellaisena kuin hän on”. Tämän mukaisesti oikeuskäytännössä ja kirjallisuudessa on suhtauduttu pidättyvästi mahdollisuuteen alentaa korvausvastuun määrää vahingonkärsijällä ennestään olleen poikkeuksellisen vahinkoalttiuden, esimerkiksi sairaustilan perusteella.⁴ Näin on varsinkin, jos – adekvaattisuusajattelun mukaisesti – vahingonaiheuttajan menettely on hänen tietensä kohdistunut laajempaan edeltä käsin tarkemmin määrittelemättömään henkilökoukseen, johon voi kuulua terveydentilaltaan ja toimintakyvyltään erilaisia henkilöitä. Esimerkiksi käy ratkaisu

KKO 1989:114: Lentoaseman ylläpitäjä vastasi siitä, että lentoasema oli suunniteltu ja rakennettu turvalliseksi yleisölle ja että tilat hoidettiin siten, ettei turvallisuus vaarantunut. Tällöin oli otettava huomioon, että on ihmisiä, jotka sairauden, vamman, mielenlaatunsa tai muun syyn johdosta liikkuvat eri tavoin. Kun lentoaseman lattia liukkaudesta johtuen ei täyttänyt sanottuja vaatimuksia, lentoaseman ylläpitäjä veloitettiin suorittamaan vahingonkorvausta matkustajalle, joka liukastuessaan oli vammautunut.

Esitetystä ilmenee, että syy-yhteyttä koskevista henkilövahinkokysymyksissä ratkaisun lopputulos ei välttämättä määräydy vain lääketieteessä vahvistettujen lainalaisuuksien mukaan. Näin siksi, että oikeudellisesti merkitsevän syy-yhteyden kriteerit ja niiden myötä syy-yhteyden toteamiseksi vaadittava lääketieteellinen tosiseikasto vaihtelevat eri tilanteissa. Tämä heijastuu syy-yhteysarvioiteihin myös vakuutusmuotoisissa korvausjärjestelmissä. Vakuutus sopimuksissa voidaan lisäksi antaa nimenomaisia sopimusmääräyksiä vakuutuksen piiriin hyväksyttävistä vakuutustapahtuman seurauksista. Nekin vaikuttavat tapaan, jolla oikeudellisesti merkitsevä syy-yhteys todetaan ja lääketieteellistä syy-yhteyttä koskevia arvioita otetaan huomioon asiaa ratkaistaessa.

Sopimusehtojen merkitystä syy-yhteyden arvioinnin kannalta havainnollistaa selkätapaturman korvaamista vastuuvakuutuksesta koskeva Vakuutuslautakunnan täysistuntoratkaisu 10.11. 1994.

VKL 570/93: Vahingonkärsijällä oli ollut selkäoireita jo noin kymmenen vuotta ennen vastuuvahinkoa. Hän oli aikoinaan loukannut selkensä nostaessaan lasta. Selkäoireiden pahentuminen oli johtanut nikamävälilevytyrän leikkaukseen kesäkuussa 1992 eli noin puoli vuotta ennen vastuuvahinkoa. Selkä oli paran-

tunut leikkauksella ja vahingonkärsijä oli toipunut lokakuuhun 1992 mennessä työkykyiseksi. Vastuuvahinko – noin kolmen metrin putoaminen auki jääneeseen kaapelikaivoon polkupyörällä – tapahtui tammi-kuussa 1993.

Tapahtuneen jälkeen vahingonkärsijällä oli pahentuvia selkäkipuja ja hän joutui jälleen kesäkuussa 1993 sairaalatutkimuksiin. Uusi nikamavälilevytyrä leikattiin 15.6.1993. Välilevytyrä oli syntynyt jo aikaisemmin leikattuun nikamaväliin. Vahingonkärsijä oli työkyvyttömänä hoitojaksosta alkaen ja kärsi jatkuvista voimakkaista kipuoireista ja puutumista oikeassa alaraajassa. Tutkimuksessa 20.6.1994 eli vajaa puolitoista vuotta vastuuvahingosta hänellä diagnosoitiin kolmannen kerran välilevytyrä jälleen samassa nikamavälissä. Vakuutusyhtiö maksoi vastuuvakuutuksesta korvausta 4.6.1993 asti eli siihen saakka, kun vahingonkärsijällä ensimmäisen kerran vahingon jälkeen todettiin selkeänä iskiasoireena säteilykipu alaraajaan...

Tapausta vakuutusyhtiössä käsiteltäessä oli ilmeisesti jäänyt tiedostamatta, että kyse oli vastuuvakuutuksen piirissä olevasta vahingosta. Vakuutusyhtiön ottama lääketieteellinen kanta ja maksama korvaus vastasivat nimittäin yksityistapaturmavakuutuksessa noudatettavaa linjaa. Käytännöllisesti katsoen kaikkien nykyisin markkinoilla olevien yksityistapaturmavakuutusten ehdoissa on rajattu vakuutuksen korvauspiiriä siten, että jos tapaturmasta aiheutuneen vamman syntymiseen tai laajuuteen on ollut olennaisesti myötävaikuttamassa tapaturmasta riippumaton sairaus tai vika, korvausta maksetaan vain siltä osin kuin tila on katsottava itse tapaturman aiheuttamaksi.

Sopimusehdon tulkinnaksi on vakiintunut, että vahinkotapahtuman on oltava yksin riittävä syy vamman aiheutumiselle. Rajoitusehdon vaikutus ulottuu paitsi primäärästi vamman aiheutumiseen myös sen jälkiseurauksiin. Näin, vaikka itse vammaa olisikin pidettävä tapaturmamekanismin aiheuttamana, ei yksityistapaturmavakuutuksesta makseta korvausta sellaisista vamman jälkiseurauksista, esimerkiksi paranemisen hidastumisesta, joihin on ollut olennaisesti myötävaikuttamassa korvauksen hakijan muu sairaus. Selkätapaturmia korvataankin yleensä enintään siihen saakka, kun selkeitä sairausperäisiä pidettäviä iskiasoireyhtymään ja nikamavälilevytyrään liittyviä oireita tai tutkimustuloksia todetaan. Pelkän tapaturmamekanismin oireiden ilmaantumisen olleen laukaisevan vaikutuksen ei katsota oikeuttavan korvaukseen.

Vastuuvakuutukseen sen sijaan ei sisälly yksityistapaturmavakuutuksen ehdoissa olevaa rajoitusta muun sairauden tai vian myötävaikutuksesta vammaan. Vastuuvakuutuksessa maksettavien korvausten laatu ja laajuus perustuvat vahingonkorvauslakiin. Tällöin korvausvastuun perustavaksi seikaksi riittää yleensä, kuten edellä on kuvattu, vahinkotapahtumalla oleva laukaiseva vaikutus tilankehitykselle. Näin on ainakin siihen saakka kuin lääketieteellisesti voidaan osoittaa, että seuraus, esimerkiksi nikamavälilevytyrä, olisi joka tapauksessa kohdannut korvauksen hakijaa hänen muun sairautensa vuoksi ja sattuneesta vahingosta riippumatta.

...Vakuutuslautakunta katsoikin, että vahingonkärsijällä ennestään olevaa vahinkoon myötävaikuttanutta sairautta tai vikaa voidaan pitää vahingonaiheuttajan korvausvastuun sovitteluun oikeuttavana seikkana vain, kun sen johdosta vahingon aiheuttanut teko on johtanut poikkeuksellisen yllättävään ja vakavaan seuraukseen. Arvioinnissa on otettava huomioon myös vahingon aiheuttaneen toiminnan laatu ja se min-kälaiseen ennakoitavaan henkilökoukseen vahinkoa aiheuttanut teko on kohdistunut. Tämän vuoksi korvausvelvollisuuden arviointi poikkeaa olennaisesti yksityistapaturmavakuutuksissa noudatettavasta käytännöstä.

Kuvattu putoaminen ei lääketieteellisen kokemuksen perusteella riittäisi aiheuttamaan nikamavälilevytyrän syntymistä ilman nikamavälilevys sairauden vaikutusta. Se voi silti aiheuttaa välilevyssä jo olleiden vaurioiden pahentumista ja siten selkäsairauden oireiden pahenemista ja aikaistumista. Vahingolla ei kuitenkaan katsottu olleen vaikutusta selkäsairauden kehitykseen pitkällä aikavälillä.

Lautakunnan mielestä edellytyksenä nikamavälilevyn tyrän uusiutumiseen vahingon yhteydessä oli ollut välilevytyrän syntymiselle altistava välilevysairaus. Vahingon kärsijä oli kuitenkin ollut aikaisemman välilevytyräleikkauksen jälkeen ja ennen puheena olevaa vahinkoa työkykyinen. Hänellä ei myöskään ollut ennen vahinkoa välilevytyrän uusiutumista ennakoivia oireita. Huomioon ottaen vammautumismekanismien voimakkuus, vahinkotilanne ja korvausvastuuta perustavan toiminnan laatu sekä se, mitä vahingonaiheuttajan voitiin katsoa toiminnassaan pitäneen ottaa lukuun, lautakunta katsoi, että nikamavälilevytyrän uusiutuminen vahingon yhteydessä ja selkäkipujen hoito leikkauksineen sekä ansionmenetyksien korvata 18.8.1993 määrätyn sairausloman loppuun 19.9.1993 saakka, jolloin vahingon kärsijän oli arvioitava toipuneen vahinkoa edeltänyttä aikaa vastaavaan kuntoon. Tämän jälkeisten selkäoireiden ei enää katsottu olevan syy-yhteydessä vahinkotapahtumaan, josta vakuutuslainsäätäjällä oli korvausvastuu. (Vastaavasti VKL 527/98 21.4.1999)

Lääketieteellistä syy-yhteyttä koskevien toteamusten merkitys korvausvastuun ulottuvuudelle on siis sidoksissa kulloinkin sovellettaviin normeihin ja sopimusmääräyksiin. Viimekädessä se, mitkä tilat eri korvausjärjestelmien piiriin hyväksytään, on aina tahtoon ja taloudellisen toimintaympäristön asettamiin vaatimuksiin perustuva sopimuskysymys. Ammattitautien ja erilaisten työperäisten rasitusvammojen korvaamisessa onkin päädytty osaksi määrittelemään eräiden ongelmia aiheuttaneiden tilojen korvattavuus jo säädöstehtävien tasolla (Asetus eräistä työtapaturmina korvattavista vammoista 10.12.1948/852). Silti käytännössä on usein toimittava kiistanalaisissakin tapauksissa vain omaksutun korvauskäytännön varassa. Tällöin, mikäli halutaan turvata kansalaisten luottamuksen säilyminen lakisääteisten sosiaaliturvajärjestelmien toimintaan, on ratkaisuja perusteltaessa varottava antamasta vaikutelmaa, jossa tietyn diagnoosinimikkeen täytyminen esimerkiksi työkyvyttömyysastetta vahvistettaessa on tärkeämpää kuin se, mikä henkilön toimintakyky todellisuudessa on. Tässä ei olla nykyisin täysin onnistuttu.

Asiantuntijan roolista ratkaisutoiminnassa

Henkilövahinkoasian käsittely, tapahtuupa se jonkin korvausjärjestelmän piirissä vakuutuslaitoksissa tai muutoksenhakuelimissä taikka vahingonkorvausasiassa yleisessä tuomioistuimessa, edellyttää aina lääkäreiden ja muiden asiantuntijoiden kuten juristien välistä yhteistyötä. Ilman lääketieteen ja kysymykseen tulevien oikeudellisten normien saumatonta yhteen sovittamista on mahdotonta saavuttaa hyvin perusteltuja ja aineellisesti oikeita ratkaisuja. Lääketieteen terminologia ja ajattelutavat tuntuvat maallikosta kuitenkin helposti vierailta ja vaikeaselkoisilta. Pahimmillaan lääketieteelliset syy-yhteyksykysymykset ovat erittäin vaikeita ja niiden selvittämiseksi voi joutua käymään läpi mittavan määrän lausuntoja ja hoitoasiakirjoja. Lääketieteellisiin arvioihin pohjautuvien korvausratkaisujen tekeminen ja perustelemineen vaatiikin juristilta harjaantumista.

Lääketieteellisten kysymysten vieraus saattaa johtaa vahinkokäsittelyssä siihen, että asioiden ratkaiseminen ja ratkaisujen perustelemineen säilytetään, avoimesti tai tiedostamatta, kokonaan käsittelyyn osallistuvan lääkärin harteille. Menettely vie kuitenkin ratkaisutoiminnan herkästi väärille raiteille, koska kuten todettiin lääketieteellisen syy-yhteyksiarvioinnin oikeudellinen merkitys korvausasiassa on olennaisesti sidoksissa tapauksen normiympäristöön. Jos ratkaisijat eivät hahmota korvausjärjestelmien välisiä eroja ja tiedosta, minkä järjestelmän piiriin tapaus kuuluu, asiantuntijan kannanotto ja sen virheellisen soveltamisen myötä koko ratkaisu saattaa tosiasiallisesti perustua väärin olettamuksiin tapaukseen sovellettavista normeista tai kokemussäännöistä. Samasta syystä asiantuntijalla on oltava selkeä käsitys oman asiantuntemuksensa rajoista.

Henkilövahinkojen käsittely edellyttääkin usein pitkälle menevää ko. korvausjärjestelmän sekä vahingonkorvaus- ja sopimusjuridiikan tuntemusta. Vakuutusmuotoisissa korvausjärjestelmissä

henkilövahinkojen lääketieteellinen arvioiminen on pyritty hoitamaan antamalla se erikseen tehtävään valittujen lääkäreiden, niin sanottujen vakuutuslääkäreiden hoidettavaksi. Vakuutuslääketieteen asiantuntijoilta vaaditaan käytännön työssä paitsi lääketieteellistä tietämystä myös kunkin järjestelmän vallitsevan korvauskäytännön tuntemusta. Jo vakuutuksenantajan riskin arvioimiseen sekä toimivien sopimusehtojen ja korvaussäännösten laatimiseen tarvitaan välttämättä lääketieteellistä tietämystä. Vakuutuslääkäreiden toiminta asettuu siten edellä kuvattujen oikeudellisen ja lääketieteellisen syy-yhteyden arvioinnin välimaastoon. Vakuutusosalalla toimiva lääkäriasiantuntija joutuukin työssään usein ottamaan kantaa kysymyksiin, joissa pohditaan, kuuluuko tietyn tyyppinen vamma tai tila korvausjärjestelmän kattamien tapahtumien piiriin vai ei.

Ratkaisuperusteiden hämärtyminen vaaralta ei kuitenkaan välttyä edes silloin, kun vahinkoja käsitellään organisaatioissa, joissa lääketieteellisiä kysymyksiä pohditaan enemmän rutiininomaisesti, ja vaikka lääkäriasiantuntija olisikin kokenut. Henkilövahinko voi kuulua monen eri vakuutusjärjestelmän piiriin, jotka poikkeavat vastuuperusteiltaan ja korvauspiiriltään toisistaan. Yksityistapaturmavakuutuksessa tai vastuuvakuutuksessa vamman ja sen hoitotoimenpiteiden korvattavuutta ei voida ratkaista samojen periaatteiden mukaan kuin lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa. Yksityissairaalassa annettavaa hoitoa ei puolestaan korvata lakisääteisestä tapaturmavakuutuksesta tai liikennevakuutuksesta vain yksityisvakuutuksissa noudatettavan käytännön perusteella. Eri järjestelmien yhtäaikainen hallitseminen on vaikeaa.

Lääkäriasiantuntijan kannanotto liukuukin helposti huomaamatta lääketieteen piiristä oikeudellisen syy-yhteyden arvioinnin puolelle. Sen sijaan että arvioitaisiin lääketieteellistä syy-yhteyttä koskevia seikkoja, kuten potilaan oireiden merkitystä ja saatuja löydöksiä, harkitaankin, mitä on sovittu tai säädetty korvattavaksi ja minkälaista näyttöä tämän toteamiseksi on edellytettävä. Ongelmat korostuvat, jos ratkaisuun osallistuva juristi ei ole tehtäviensä tasalla ja omaa ainakin jonkinasteista perehtyneisyyttä lääketieteen ajattelutapoihin.

Henkilövahinkoasioita hoitavassa organisaatiossa ongelmaa voidaan hallita asiantuntijoiden selkeän työnjaon ja huolellisen kysymyksenasettelun keinoin. Kysymyksenasettelua, jossa asiantuntijalääkäriltä yksinkertaisesti tiedustellaan tietyn vamman tai tilan korvattavuutta po. järjestelmästä, tulee aina välttää. Sama pätee tiedusteluihin, jotka koskevat ennen muuta korvattavan vahinkotapahtuman, tyypillisimmin tapaturman, ulkoisten tunnusmerkkien täyttymistä. Sen toteaminenhan ei yleensä vaadi lääketieteellistä tietämystä. Asiantuntijalääkäri ei voi antaa vastausta siihen, oliko tapaturma todella sattunut vai ei ja sama pätee tietysti myös potilasta hoitavaan lääkäriin. Lääkäri voi kuitenkin selostaa, onko hakijalla todettu tai todettavissa vammoja, jotka sopivat kuvattuun tapaturmatilanteeseen ja onko vammautumismekanismi ollut energialtaan riittävä ja oikein kohdistunut syy-yhteyden kannalta.

Asiantuntijalääkäriä ei siis pidä vaatia ratkaisemaan koko juttua valmiiksi eikä hänen kysyttäessäkään siihen yleensä tule ryhtyä. Kysymyksenasettelussa tulee sen sijaan keskittyä esimerkiksi vamman eri syytekijöistä ja niiden keskinäisestä yleisyydestä, vammaan riittävästä tapaturmamekanismista sekä muiden mahdollisten löydösten merkityksestä saatavissa olevaan lääketieteelliseen tietoon. Ihannetapauksessa asiantuntijalausunnossa voidaan suoraan viitata ja selostaa po. aihepiiristä olemassa olevaa lääketieteellistä tutkimusta, mikä lisää kannanoton objektiivisuutta. Näitä tietoja voidaan sitten soveltaa kysymykseen tuleviin korvaussäännöksiin ratkaisua tehtäessä. Silloin kun lääkäriasiantuntijan vastauksiin sisältyy muita kuin puhdasta lääketiedettä koskevia kannanottoja, niiden on oltava selvästi muusta yhteydestä erillään. Kun asiantuntijalausunto – olipa se miltä alalta tahansa – kirjoitetaan mahdollisimman avoimesti, pääsevät myös muut asian ratkaisemiseen osallistuvat selville kaikista arvion lopputulokseen vaikuttaneista taustatekijöistä ja mahdolliset virhelähteet voidaan havaita.

Sanotun pohjalta lienee selvää, että henkilövahinkojen käsittelyyn osallistuvilla eri alojen asiantuntijoilla tulee olla käsitys toistensa ajattelutapojen eroista. Pelkkä suppea oman erityisalan hallitseminen ei yleensä riitä tehtävän menetykselliseksi hoitamiseksi. Normien ja sopimusehtojen lisäksi

juristin on hallittava eri vahinko- ja vammatyyppejä sekä korvausmääriä koskeva oikeuskäytäntö. Jo lääkärinlausuntojen ja sairauskertomusten ymmärtämiseksi hänen on kuitenkin tunnettava lisäksi lääketieteellinen terminologia ja kysymyksenasettelu, jotta kaikki korvausasian ratkaisemiseksi tarpeelliset lääketieteelliset kysymykset tulevat selvitettyä. Vastaavasti lääkäriasiantuntijan on perusteellisesti ja ajan tasalla hallittava oma erikoisalansa. Samalla hänellä tulee olla tieto siitä, minkä korvausjärjestelmän tai sopimusehtojen piiriin kuuluvaa vahinkoasiaa kulloinkin käsitellään, jolloin hän kykenee paremmin kiinnittämään muiden ratkaisuun osallistuvien huomion asian kannalta oikeisiin ja oleellisiin lääketieteellisiin seikkoihin.

Erityisesti asiantuntijatodistelusta lääketieteellisissä kysymyksissä

Kun puhutaan syy-yhteyden arvioimisesta henkilövahinkoasioissa, on myös välttämätöntä lyhyesti sivuta lääketieteellisen asiantuntijatodistelun luonnetta henkilövahinkoja koskevien riitojen käsitelyssä. En puutu viimeaikaiseen keskusteluun asiantuntijalääkäreiden jääviydestä, vaan tarkastelen yleensä lääkäriasiantuntijan roolia riippumatta siitä, minkä tahon pyynnöstä hän esittää kantansa jutussa.

Objektiivisena näyttönä henkilövahinkoasioissa tulevat kysymykseen lähinnä tutkimuslöydökset, esimerkiksi erilaisissa kuvauksissa todetut merkit vammoista, laboratoriotulokset ja hoitoasiakirjoihin dokumentoidut havainnot potilaan tilasta ja sen kehittymisestä. Ensisijaisesti ratkaisut on pyrittävä sitomaan näihin seikkoihin. Silloin kun lääketieteellinen syy-yhteys on todettavissa suoraan tutkimuslöydösten perusteella, ei korvausasian ratkaiseminen yleensä tuotakaan suuria ongelmia.

Aina ei kuitenkaan ole selvää, mikä merkitys tutkimuslöydöksillä on ratkaistavan korvausriidan kannalta. Tällöin asianosaiset pyrkivät esittämään itselleen edullista selvitystä syy-yhteydestä tai sen puuttumisesta. Tämän vuoksi eri puolilta esitetyt lääketieteelliset kannanotot luonnollisesti poikkeavat toisistaan. Tuomari tai lautakunnan jäsen joutuu korvausriitaa ratkaistessaan harkitsemaan, kumpaa kantaa on pidettävä paremmin perusteltuna. Jotta harkinnalle saadaan pohjaa, on yleensä turvauduttava asiantuntijatodisteluun tapaukseen vaikuttavista lääketieteellisistä tosiseikoista.

Kun punnitaan lääketieteellisiä *asiantuntija- ja todistajanlausuntoja näyttönä* riita-asiassa, on niiden merkitystä vähätteleättä tiedostettava, että asiantuntijalausunnot edustavat pohjimmiltaan ”vain” antajansa tieteelliseen ja ammatilliseen kokemukseen perustuvaa joskin asiantuntevaa mielipidettä asiasta. Asiantuntijalausunto on antajansa perusteltu näkemys korvauksen hakijalla todettujen tutkimuslöydösten lääketieteellisestä merkityksestä. Näin asiantuntijalausunnot aina vääjäämättä jossain määrin henkilöityvät esittäjäänsä.

Asiaa ratkaisevan juristin tulisikin aina pystyä arvioimaan lääketieteellisiä usein toisilleen myös vastakkaisia asiantuntijalausuntoja samoin perustein kuin kaikkea muutakin asiassa esitettävää todistelua. Lääketieteen suhteen maallikolle tämä on tietysti vaikeaa. Arvio näytön luotettavuudesta saatetaan perustaa ulkonaisiin seikkoihin, kuten siihen onko kuultava asiantuntija tavannut potilasta, millä ei välttämättä ole todellista merkitystä asiassa. Pahimmassa tapauksessa voidaan päätyä käymään eräänlaista ulkokohtaista ”asiantuntijahuutokauppaa”, jossa professorin mielipide voittaa dosentin mielipiteen, ylilääkärin näkemys apulaislääkärin käsityksen. Vapaa todistusten harkinta antaa tietenkin tähän kaikkeen mahdollisuuden. Jos päätöksen jälkeen kuitenkin joudutaan kysymään, perustuiko ratkaisu enemmän ratkaisijan käsitykseen kuullun asiantuntijan muodollisesta pätevyydestä kuin lääketieteen tuottamaan tietoon ja kokemukseen kyseessä olleesta vammasta tai tilasta, ollaan oikeusturvaa vaarantavassa tilanteessa.

Vaikeimmin arvioitaviin tilanteisiin joudutaan, kun asian eri puolilla todistavat lääkärit edustavat keskenään kiisteleviä lääketieteellisiä koulukuntia. Näissä tapauksissa ratkaisijan on tärkeintä tunnustaa tilanne hyvissä ajoin. Lääketieteen kiistojen ja väittelyiden ratkaiseminen sinänsä ei kuulu juridisen harkinnan piiriin, vaikka yksittäisessä korvauskiistassa vaihtoehto joudutaankin valitsemaan. Pitkällä aikavälillä on oikeusturvan kannalta paras ratkaisu pyrkiä ensisijaisesti selvittämään esitetyistä kannoista se, joka vastaa vallitsevan lääketieteellisen käsityksen mukaista menettelyä.

Todisteluun ja näytön arviointiin liittyviä ongelmia kuvaa hyvin jo edellä mainittu lääketieteellistä kiistelyä aiheuttavaa whiplash-vammaa koskeva äänestysratkaisu KKO 1997:163. Käsittelyn kuluessa oli hankittu useita kielteiseen lopputulokseen päätyneitä asiantuntijalausuntoja muun muassa Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta ja kuultu useita kantajaa tukevia asiantuntijatodistajia muun muassa Ruotsista. Korkeimman oikeuden enemmistö on todennut perusteluissaan muun ohella, että: ”Oikeusturvakeskuksen lausuntojen osalta ei ole näytetty, että ne perustuisivat virheellisiin tosiseikkoihin. Oikeusturvakeskuksen edustama lääketieteellinen asiantuntemus huomioon ottaen Korkein oikeus katsoo, ettei kanteen tueksi esitetty selvitys ole kumonnut tai olennaisesti järkyttänyt oikeusturvakeskuksen lausuntoja eikä A ole riittäväällä todennäköisyydellä näyttänyt kysymyksessä olevan syy-yhteyden olemassaoloa.” Högsta domstolen Ruotsissa ei ole antanut vastaavassa tapauksessa (T 725/96), jossa syy-yhteyttä pidettiin näytettynä, valituslupaa.

Asiantuntijalausuntojen ja asiantuntijoiden kuulemisen avulla on toki saatavissa olennaista ja objektiivistakin näyttöä ratkaistavasta asiasta. Näin on silloin, kun niissä selostetaan julkaistujen lääketieteellisten tutkimusten tuloksia tai potilaasta esimerkiksi kuvauksissa tai laboratoriokokeissa saatujen löydösten merkitystä yleisten lääketieteellisten kokemussääntöjen perusteella. Tällaisen näytön hankkiminen prosessiin muulla tavalla olisi hankalaa. Myöskään sen esittäjän henkilöllä ei yleensä ole aineiston luotettavuuden kannalta merkitystä.

Eri lautakuntamuotoiset muutoksenhakuelimet, kuten Vakuutuslautakunta, hankkivatkin toiminnassaan säännönmukaisesti lääketieteellisistä kysymyksistä kirjallisia asiantuntijalausuntoja. Niitä voivat hankkia riidan asianosaiset itsekin. Riitaa oikeudessa käsiteltäessä voidaan kuulustuttaa lääkäriasiantuntijoita suullisesti ja oikeudella on mahdollisuus pyytää asiaan Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja sen käyttämien asiantuntijalääkäreiden lausunto.

Tärkeä asiantuntijatodistelun merkitystä ja luotettavuutta koskeva kysymys on, onko asiantuntijatodistelun oltava ensisijaisesti suullista vai kirjallista ja kumpaa todistelun muotoa on pidettävä luotettavampana. Henkilövahinkojen kirjalliseen käsittelyyn pettyneet hakijat toteavat korvausriidoissa usein, että asia kyllä ratkeaa heille edullisesti tuomioistuimessa, kunhan paikanpäälle saadaan todistajaksi hoitava tai leikannut lääkäri ”kertomaan asiassa totuus”.

Varsinaisessa tuomioistuinprosessissa on johtavana periaatteena välitön ja suullinen käsittely ja todistelu, jonka osuutta on viimeaikoina pyritty lisäämään myös eri muutoksenhakuelimissä. Osa niistä asiakirjakirjatiedoissa mahdollisesti olevista puutteista, joihin ei päästä käsiksi kirjallisessa menettelyssä, voidaan varsinaisessa tuomioistuinprosessissa selvittää henkilötodistajia kuulemalla. Heidän tapahtumista antamia todistajankertomuksia voidaan arvioida vapaan todistusharkinnan keinoin.

Eniten hyötyä todistajien suullisesta kuulemisesta on ratkaistaessa riitoja siitä, onko esimerkiksi vakuutuksen käsittämää vahinkotapahtumaa sattunut vai ei tai miten vahinko tapahtui. Ellei erimielisyys koske vahinkotilanteen ulkoisia olosuhteita, asiantuntijatodistelun merkitys jutun ratkaisemisessa korostuu niin suullisessa kuin kirjallisessakin käsittelyssä. Suullisen asiantuntijatodistelun etuna on, että kysymykset voidaan esittää asiantuntijalle tai asiantuntevalle todistajalle suoraan. Vastauksen ollessa epäselvä voidaan tarvittaessa esittää helposti lisäkysymyksiä ja oikaista väärinkäsityksiä. Näin arvioituna suullinen asiantuntijatodistelu on luotettavampaa kuin kirjallinen, tai ainakin antaa kuulijalleen tällaisen vaikutelman.

Arvioitaessa lääketieteen piiriin kuuluvia kysymyksiä ei ero välittömään suulliseen todisteluun perustuvan käsittelyn ja kirjallisen asiantuntijatodistelun välillä kuitenkaan ole välttämättä niin suuri kuin äkkipäätä voisi ajatella. Lääketieteellisten kysymysten arvioiminen perustuu näet käytännössä aina hoidon kestäessä laadittuun dokumentaatioon potilaan tilasta ja annetusta hoidosta. Tämä dokumentaatio on meillä nykyisin varsin korkeatasoista, vaikka eroja lausunnonantajien taidoissa toki löytyy. Kun sairauskertomus- ja potilaskorttimerkinnät tavallisesti laaditaan heti paikanpäällä tai ainakin pian ko. hoitokäynnin jälkeen, voidaan perustellusti väittää, että niiden perusteella on usein jopa saatavissa todistusarvoltaan parempi ja luotettavampi kuva tapahtumainkulusta, kuin ehkä vasta vuosia myöhemmin annettavasta suullisesta muistinvaraisesta todistajankertomuksesta olisi saatavissa. Huomionarvoista on, että suullisessakin kuulemisessa asiantuntija on normaalitapauksessa saanut tietonsa potilaan tilasta juuri hoitoasiakirjoista ja hoitavan lääkärin lausunnoista, aivan kuten kirjallista asiantuntijalausuntoa pyydettyäessä.

Kirjallisen asiantuntijatodistelun merkittävänä etuna on sen neutraalius. Asiakirjoihin perustavassa arvioinnissa niin potilaan kuin asiantuntijankaan persoonaan mahdollisesti liittyvät epäasialliset seikat eivät pääse yhtä herkästi vaikuttamaan ratkaisijan arvioon kuin suullisessa todistelussa. Myös käsitykset siitä, että kuulemalla hoitavaa lääkärinä todistajana asiasta olisi saatavissa luotettavampi näyttö kuin muuten on mahdollista, perustuvat enemmän psykologiaan kuin aineellisiin tosiseikkoihin. Hoitava lääkäri ei näet voi kertoa todistajantodistuksessa potilaansa tilasta sen enempää kuin hän hyvin pystyy kirjoittamaan lausuntoonsakin.

Näin ollen ei mielestäni voi perustellusti esittää, että suullisella tai kirjallisella asiantuntijoiden kuulemisella prosessiin saatavan informaation luotettavuudessa on merkittävää eroa. Kirjallisen menettelyn luotettavuus on tietysti aina sidoksissa siihen, kuinka perusteellista asiakirja-aineiston kokoaminen on ollut ja kuinka huolellisesti lausuntopyyntöt asiantuntijoille on laadittu.

Jos asiantuntijalausuntoja vastaanotetaan asianosaisten hankkimina, on ratkaisijalle vähintäänkin yhtä tärkeää kuin perehtyä itse lausuntoon selvittää, miten kysymykset on esitetty asiantuntijalle. Ilman tätä tietoa saattaa olla hankalaa ymmärtää vastaukset oikein. Myös tuomioistuimessa ja eri muutoksenhakuelimissä pätevät luonnollisesti samat asiantuntijayhteistyön toimivuudelle asetettavat vaatimukset kuin edellä on esitetty henkilövahinkoasioita ensivaiheessa käsittelevien organisaatioiden osalta. Jos tuomari ja asiantuntija eivät ymmärrä toisiaan oikein, kaikki seikat huomioivaan päätöksentekoon ei täälläkään kyetä.

Syy-yhteysharkintojen perustelemisesta

Lääketieteellisiin kysymyksiin liittyvien ymmärtämisvaikeuksien vuoksi ratkaisujen huolellinen perustelemisen on ensiarvoisen tärkeää ja korvausasian molempien osapuolten intressissä – ei vähiten usein toistuvissa vahinkotyyppisissä. Tästä huolimatta lääketiedettä sisältäville ratkaisuille tunnusomainen piirre on ollut, että ne ovat painottuneet perustelutekniikaltaan varsinkin takavuosina ”on katsottava, että...” -tyyppisiin päätelmiin, jotka eivät kerro lukijalle paljoakaan ratkaisun perustana olleista todellisista seikoista. Koska syy-yhteysharkintaa koskevat henkilövahinkoasiat on voittopuolisesti ratkaistava yksittäistapauksina, ei sitä ydinkysymyksenä koskevia varsinaisia ennakkotapauksia, jotka voisivat ohjata lääketieteellisen näytön arviointia ja olla esimerkkinä ratkaisujen perustelemisesta, myöskään ole runsaasti.

Vaikka Korkeimman oikeuden henkilövahinkoja koskevien ratkaisujen perusteluissa onkin tapahtunut ilahduttavaa parantumista, olen ottanut tähän yhden oikeustapauksen esimerkkinä ratkaisujen perustelemiseen liittyvistä ongelmista lukijan kannalta. Tapaus koskee lakisääteistä tapaturmavakuutusta ja sen otsikon mukaan:

KKO 2000:128: Siivoojana työskennellyt A oli työssään vetänyt raskasta monitoimikonetta ahtaassa tilassa ja riuhtaissut sitä kynnyksen yli. Tuolloin 52-vuotiaan A:n olkapää oli kipeytynyt ja siihen oli tullut liikerajoitusta. Korkeimman oikeuden ratkaisusta lähemmin ilmenevillä perusteilla Alla todettua oikean olkanivelen kiertäjäkalvosimen repeämää pidettiin tapaturman seurauksena.

Tapausselostuksesta ja perusteluista ilmenee lisäksi seuraavaa:

Vakuutusyhtiö oli maksanut vamman johdosta työkyvyttömyys-päivärahaa 100 prosentin työkyvyn aleneman mukaan ajalta 25.6.–31.7.1997, mutta eväsi jatkokorvauksen, koska enempi työkyvyttömyys ja hoitokulut johtuivat tapaturmasta riippumattomasta muusta sairaudesta, kiertäjäkalvosimen rappeumasta. Tapaturmalautakunta katsoi, että lääketieteellisen kokemuksen mukaan kiertäjäkalvosimen repeämä ei voinut johtua kuvatusista työliikkeistä eikä A:ta myöskään ollut kohdannut sellainen tapaturma, josta repeämä olisi voinut aiheutua. Kysymyksessä oli todennäköisesti kudoksia heikentävien sairausmuutosten aiheuttama repeämä, koska lääketieteellisen tietämyksen mukaan kiertäjäkalvosinalueella esiintyy usein iän mukana lisääntyviä rappeumamuutoksia. Vakuutusosoikeus ei muuttanut tapaturmalautakunnan päätöstä.

KKO totesi perusteluissaan, että leikkauksessa 3.12.1997 on todettu oikean olkanivelen osittainen kiertäjäkalvosimen repeämä. Muuta poikkeavaa ei leikkauksessa ole havaittu, ja löydöksen on katsottu sopivan traumaattiseen repeämään. A on leikkauksen jälkeen 1.4.1998 palannut entiseen työhönsä. Terveystieteellisen oikeusturvakeskuksen pysyvä asiantuntija on katsonut, että kerrottu tapaturmamekanismi on raskaan koneen liikuttelussa kynnyksen yli niin merkittävä, että se on pääsääntöisesti A:n ikäisenä potilaalla kiertäjäkalvosimen repeämän syynä. Myös oikeusturvakeskuksen toinen pysyvä asiantuntija on katsonut, että A:lla todettu vamma sopii kysymyksessä olevan tapaturman aiheuttamaksi sekä lausunut, että rappeumasairauden osuus jää epätodennäköiseksi. Terveystieteellisen oikeusturvakeskuksen pysyvien asiantuntijoidensa lausuntoihin viitaten katsonut, että kiertäjäkalvosimen repeämää voidaan pitää A:lle 23.6.1997 sattuneen tapaturman seurauksena. Edellä kerrotun mukaan A:lla ei siten ole alan erikoislääkärin suorittamassa leikkauksessa todettu rappeumamuutoksia, joita lääketieteellisen tietämyksen mukaan usein iän mukana lisääntyen esiintyy ja jotka vakuutusosoikeuden ratkaisun mukaan ovat aiheuttaneet A:lla todetun kiertäjäkalvosimen repeämän. Toisaalta edellä selostettujen asiantuntijalausuntojen mukaan, päin vastoin kuin vakuutusosoikeus on katsonut, edellä kerrottu riuhtaisu on voinut aiheuttaa tuon repeämän. Näillä perusteilla Korkein oikeus katsoo näytetyksi, että A:n oikean olkanivelen kiertäjäkalvosimen repeämä on häntä 23.6.1997 kohdanneen tapaturman seuraus.

Vakuutetulle myönteiseen lopputulokseen päättynyt tapaus voisi periaatteelliselta kannalta olla merkittävä, sillä kysymys on lakisääteisestä tapaturmavakuutuksesta ja yleisestä, usein korvausriitoja aiheuttavasta vammatyypistä ja -mekanismista. Ratkaisussa annetuilla perusteluilla oikeustapauksen käytännön merkitystä on kuitenkin varsin vaikeaa arvioida.

KKO näyttää perustaneen ratkaisunsa ennen muuta A:n olkapään leikkauksen lääkärin silmämääräisiin havaintoihin ja näkemykseen sekä TEO:n lääkäriasiantuntijoiden lausuntoihin. Kiertäjäkalvosinjänteen repeämien korvausratkaisuissa ja korvauskäytännössä on painotettu yleensä voimakkuudeltaan riittävän vammautumismekanismien kuvaamista. Jänteen tapaturmaisen repeämisen on vallinneessa käytännössä katsottu vaativan huomattavan voimakasta vammamekanismia, esimerkiksi kaatumista ojennetun käden varaan, yläraajan vääntymistä kaatuessa alle tai jäämistä roikkumaan yläraajan varaan putoamisen yhteydessä, kun selvät ulkoisen väkivallan merkit ovat todettavissa ja oireet alkavat välittömästi⁵. TEO:n hankkimissa asiantuntijalausunnoissa on pidetty kuvattua tapaturmamekanismia, raskaan koneen liikuttelua, riittävän voimakkaana vammamekanismina.

Ongelmallista kuitenkin on, ettei ratkaisuun ole lainkaan merkitty näkyviin ko. koneen painoa ja tarkempia vahinko-olosuhteita, esimerkiksi kynnyksen korkeutta. Vaikka vammamekanismin riittävyyttä ehkä (ja toivottavasti) onkin asiantuntijalausunnoissa muun muassa näillä seikoilla perusteltu, ei oikeustapaukseen tutustuva pysty mitenkään perusteluissa esitetyillä tiedoilla vertaamaan vaaditun mekanismin laatua muihin vastaaviin vammautumistilanteisiin.

Huomio kiinnittyy myös perusteena siteeratuissa asiantuntijalausuntojen kohdissa käytettyihin sanontoihin ”...pääsääntöisesti A:n ikäisellä potilaalla...” ja ”...rappeumasairauden osuus jää epätodennäköiseksi...”. Varsinaisia perusteluja sille, miksi asiantuntijat juuri ratkaistussa tapauksessa olivat näin katsoneet, ei ole kirjoitettu näkyviin. A:n ikää koskeva viittaus on lisäksi mahdollista ymmärtää kahdella ratkaisevasti erilaisen arvostelman sisältävällä tavalla:

- 1) asiantuntija ei ole pitänyt rappeutumismuutoksia vielä 52-vuoden iässä niin merkittävinä, että niillä olisi oleellista merkitystä vamman syntymisen kannalta tai
- 2) kuvattu työliike on ollut riittävä 52-vuoden ikäisen työntekijän jo lähes vääjäämättä jonkinasteisesti rappeutuneen janteen vaurioitumiselle, mutta tälle normaaliin ikääntymiseen usein liittyvälle seikalle ei ole annettava merkitystä työtaturma-asiassa?

Näiltä osin perusteluihin olisi siis toivonut selkeyttämistä, sillä ne jäävät nyt tosiasiasa vain TEO:n asiantuntija-auktoriteetin varaan. Voi tietysti epäillä ratkaisun perustuneen ennen muuta selvästi toteen näytettyjen rappeutumismuutosten puuttumiseen. Leikkauslöydöksen osalta palaan myöhempanä niihin tutkimuksissa havaittuihin epävarmuustekijöihin, jotka liittyvät paljaalla silmällä tehtäviin havaintoihin kudosten tilasta. Tämänkin perusteen osalta olisi siis toivonut tarkempaa erittelyä ja avoimempaa perustelua näyttötaakan avulla.

Korostettakoon, etten halua arvostella ratkaisun lopputulosta tai TEO:n käyttämien asiantuntijoiden tietämystä. Tarkoitukseni on kiinnittää huomiota siihen, miten suuri merkitys lääketieteellistä arviointia sisältävien ratkaisujen huolellisella perustelemisella on niiden ymmärrettävyyden ja ohjausvaikutuksen kannalta.

Seikoista, joihin on hyvä kiinnittää huomiota ratkaistaessa syy-yhteyksymyksiä

Mitkä seikat sitten ovat henkilövahinkoasioissa sellaisia, joihin lääketieteen suhteen maallikon ratkaisijan pitää ensiksi kiinnittää huomiota, kun hän alkaa tutkia hoitoasiakirjoja ja ehkä valmistelemaan syy-yhteyttä koskevaa tiedustelua asiantuntijalääkärille? Seuraavassa on lyhyesti listattu tärkeimpiä seikkoja, joihin on syytä kiinnittää huomiota arvioitaessa syy-yhteyttä koskevia lääketieteellisiä kysymyksiä asiakirjaprosessissa.

1) *Tapahtumakuvaus.* Lähtökohtana korvausasian käsittelylle on, että asiakkaan antamaa kuvausta esimerkiksi tapaturman sattumistavasta pidetään uskottavana. Tärkeää tietoa voidaan joskus myös saada mahdollisten ulkopuolisten silminnäkijöiden antamista kuvauksista. Seikkoja, jotka kuitenkin voivat heikentää vahinkokuvauksen luotettavuutta ovat sen ylimalkaisuus sekä ristiriidat vahinkoilmoituksessa ja varsinkin ensimmäisessä lääkärintausunnossa kuvattujen vammautumismekanismien välillä. Arvioitaessa käytännössä lääketieteellisen syy-yhteyden piiriin kuuluvia kysymyksiä, tulee ensiksi kiinnittää huomiota asiakirjoissa vahingon sattumistavasta annettujen kuvausten yhdenmukaisuuteen ja mahdollisiin ristiriitoihin. Ellei hyvää syytä eroavuuksille esitetä, voidaan keskenään ristiriitaisista kuvauksista yleensä pitää luotettavimpana ensiksi annettua riippumatta siitä, onko se lääkärintausunnossa vai vahinkoilmoituksessa.

Tapahtumatietojen kannalta tärkeitä ensimmäiseltä hoitokäynniltä selvitettäviä seikkoja ovat havainnot suorista vammamerkeistä tai niiden puuttumisesta, tiedot potilaan ilmoittamista oireista ja hänen lääkärille kertomansa vammamekanismi. Nämä seikat ilmenevätkin normaalisti tuoreeltaan laaditusta lääkärinlausunnosta. Jos lausuntoa ei ole aikanaan annettu esimerkiksi siksi, että potilas ei ole tiennyt mahdollisuudesta hakea vakuutuskorvausta, asian käsittelyä varten on hyvä aina pyytää jäljennös ensimmäisen vastaanottokäynnin sairauskertomusmerkinnöistä tai potilaskortista.

Syy-yhteyttä tukevia seikkoja ovat muun muassa selvä vahinkoilmoituksen kanssa yhtenevä vahinkokuvaus eri asiakirjoissa, tutkimuksessa todetut selvät ulkoiset vammamerkit, kuten verenpurkaumat ja haavat, sekä potilaan valittamat vammamekanismin kohdistumisalueelle paikantuvat kipuoireet.

Jo tässä yhteydessä on syytä erikseen todeta, että elleivät vahingon sattumistapa ja olosuhteet ilmene vahinkoilmoituksesta tai siinä annettu kuvaus ole riittävän tarkka, pitää asiakkaalta pyytää käsittelyä varten lisäselvitys heti ja aina ennen päätöksen antamista. Näin varmistetaan mahdollisimman todenmukaisen vahinkokuvauksen saaminen, eivätkä ajan kulumisen, asiasta jälkeensä käytävät keskustelut tai muut seikat pääse heikentämään selvityksen luotettavuutta. Vasta muutoksenhakuvaiheessa tehtynä riittävän luotettava tapahtumien kulun selvittäminen onnistuu asiakirjaprosessissa enää harvoin.

2) *Vahinkoaikaa koskevat tiedot.* Myös vahinkoaikaa koskevien tietojen osalta on tarkistettava, ovatko eri asiakirjoissa ilmoitetut vahinkopäivät yhteneviä. Lievissä vammoissa, tai kun hoitoon on hakeuduttu tai vahingosta ilmoitettu vasta pitkähkön ajan kuluttua vammasta, tarkan päivämäärän ilmoittamista ei aina voida edellyttää. Tilanteisiin, joissa asiakas ei vahinkoilmoitusta täyttäessään muista vahinkopäivää, mutta ajankohta on tarkistettavissa esimerkiksi tapaturmapäivältä laaditusta sairauskertomusmerkinnästä, ei yleensä liity epäselvyyksiä Huomiota tuleekin kiinnittää ennen muuta mahdollisiin ristiriitaisuuksiin. Päivämääräerot eri asiakirjojen välillä, alun alkaen epätarkasti lääkärille ilmoitettu tapahtuma-aika tai sen puuttuminen kokonaan puhuvat syy-yhteyttä vastaan.

3) *Viive hoitoon hakeutumisessa ja oireiden ilmenemisaika.* Merkittävä syy-yhteyssarviointiin vaikuttava tekijä on vahingosta hoitoon hakeutumiseen kulunut aika. Vähänkään merkittävämmät tuoreet tapaturmavammat aiheuttavat yleensä voimakkaita välittömiä oireita, kuten kipua, särkyä, turvotusta ja nivelten liikerajoituksia, joiden vuoksi vammautunut joutuu hakeutumaan hoitoon viimeistään seuraavana päivänä. Jos oireiden kuvataan alkaneen ja hoitoon hakeudutaan vasta useita päiviä kuvatun vahingon jälkeen, syy-yhteyden toteaminen vaikeutuu Viive hoitoon hakeutumisessa voi viitata siihen, että kudosvaurion syntymiseen on ollut tapaturman ohella myötävaikuttamassa muitakin vähitellen syntyneitä tekijöitä.

Syy-yhteyttä koskevassa päättelyssä viivettä hoitoon hakeutumisessa on kuitenkin käytettävä argumenttina varovasti. Kipukynnys ja herkkyys hakeutua lääkärin vastaanotolle vaihtelevat suuresti. Myös erilaisten käytännön seikkojen vaikutus hoitoon pääsyyn on tunnistettava; lomamatkalla tai kesämökkipaikkakunnalla ei välttämättä hakeuduta hoitoon yhtä ripeästi kuin tavallisesti.

4) *Vammamekanismin, vammojen ja oireiden laatu* ovat ehkä merkittävimpiä syy-yhteyden arvioimiseen vaikuttavia seikkoja. Syy-yhteys on yleensä helpoimmin todettavissa niissä vammautumisissa, jotka tapahtuvat selkeän, äkillinen ja elimistön ulkopuolisen voiman vaikutuksesta, vaikkapa portaissa kaatuessa. Tällöin vammautuminen myös yleensä aiheuttaa selkeät välittömät oireet. Vastaavasti syy-yhteyden voidaan todeta melkoisella varmuudella puuttuvan, jos vammautumismekanismi ja välittömät oireet ovat olleet lieviä ja/tai tutkimuksissa voidaan tuoreeltaan todeta selkeitä pitkäaikaisia kulumis- ja rappeutumismuutoksia. Näin on esimerkiksi tilanteessa, jossa polven kipeydyttyä lievän kolhaisu- tai vääntövamman jälkeen todetaan jo ensivaiheen röntgentutkimuksissa pitkälle edenneitä nivelrikkomuutoksia.

Huomattavasti vaikeammaksi syy-yhteysarviointi muodostuu tilanteissa, joissa oireilu alkaa ja vamma ilmaantuu entuudestaan oireettomalle henkilölle hänen oman voimanponnistuksensa yhteydessä. Näissä tapauksissa syy-yhteyttä koskeva arviointi painottuukin laadultaan ja voimakkuudeltaan riittävän vammamekanismin osoittamiseen. Siten tapausten ratkaiseminen vaatii säännömukaisesti asiantuntijalausunnon hankkimista aihepiiriä koskevasta lääketieteellisestä tutkimustiedosta.

Jos kysymys on hakijalle tavanomaisesta usein tehtävästä liikesuorituksesta, on perustellusti kysyttävä, miksi vastaava liike ei ole jo aikaisemmin aiheuttanut vammautumista. Varsinkin yksityistapaturmavakuutuksessa joudutaan tekemään ero vähitellen syntyviin rasitusvammoihin tai ikääntymisen aiheuttamiin rappeutumamuutoksiin, jotka lopulta johtavat kiputilan ilmaantumiseen ”viimeisen liikkeen yhteydessä”. Huomiota tulee kiinnittää hoitoasiakirjoissa oleviin mainintoihin mahdollisista aikaisemmista hoitokäynneistä samantyyppisten oireiden vuoksi sekä kuvaukseen oireilun alkamistavasta: oliko kysymyksessä selkeä yksittäinen liike vai vähittäinen oireilun aaltoilu ja paheneminen pitkän ajan kuluessa.

Tyypillisesti näitä ongelmia esiintyy olkanivelen kiertäjäkalvosimen repeämisissä, jotka aiheuttavatkin vuosittain lukuisia valituksia Vakuutuslautakuntaan. Lääketieteellisissä tutkimuksissa on todettu, että vähittäiset iän myötä syntyneet jännekudoksen rappeutumismuutokset kiertäjäkalvosimen jänteissä ovat erittäin yleisiä jo 40 ikävuoden jälkeen⁶. Kun jo valmiiksi rappeutunut ja ohentunut jänne tapaturmassa lopullisesti repeää tai jo ennestään revennyt alue loukkaantuu lisää, jäävät siitä aiheutuvat välittömät oireet ja muun muassa verenvuoto niveleen helposti vähäisemmiksi kuin ne terveeseen täysivahvuisen janteen repeämässä olisivat. On siis kiinnitettävä huomiota oireiden ilmenemisaikaan ja voimakkuuteen.

Syy-yhteyden arvioinnin ja ratkaisujen ymmärrettävän perustelemisen kannalta vaikeuksia aiheuttaa ennen muuta se, että oireettomuus ennen vammaa ei sulje pois rappeutumamuutosten olemassaoloa. Valittajat perustelevat vaatimuksiaan tyypillisesti aikaisemmalla oireettomuudella, hyväkuntoisuudellaan ja liikuntaharrastuksillaan. Ikääntymiseen liittyvät kudossrappeutumamuutokset eivät kehittyessään välttämättä kuitenkaan anna selkeitä oireita ennen tapaturmaa. Oireet voivat myös olla niin lieviä tai ohimeneviä, ettei niihin ole kiinnitetty huomiota.

Perusteena tapaturmaiselle syy-yhteydelle esitetään usein, ettei leikkauksen yhteydessä ole voitu havaita rappeutumiseen viittaavia muutoksia jännekudoksessa. Jännevammoista on kuitenkin esitetty tutkimustietoja, joiden mukaan kaikki jännettä heikentävät rappeutumamuutokset eivät ole välttämättä silmämääräisesti havaittavissa, joten syy-yhteyden päättelemisen vain vamman ulkonäön perusteella jäänee aina epäluotettavaksi, vaikka viitearvoa sillä ehkä voikin olla.

Tässä suhteessa ongelmallinen vamatyyppi ovat eristeiset akillesjänteen repeämät. Niiden korvattavuuteen yksityistapaturmavakuutuksesta on pitkään suhtauduttu nihkeästi vammautuvien yleensä nuorehkoista iästä huolimatta. Tyypillisesti akillesjännerepeämien uhriksi näyttävät joutuvan suhteellisen nuoret, hyväkuntoiset, liikuntaa harrastavat henkilöt. Tapaukset, joissa akillesjanteessä ja sen ympärillä on todettavissa selkeät merkit urheilurasitukseen liittyvästä jännetulehduksesta ja kalkkeutumista eivät normaalisti aiheuta arviointivaikeuksia. Läheskään aina selviä tulehdusmuutoksia ei kuitenkaan voida havaita.

Yleisesti vakuutuslääketieteellisissä kannanotoissa on oltu, lähinnä akillesjänteen laboratoriomittauksissa todettuun suureen vetolujuuteen viitaten, sitä mieltä, ettei jänne voi revetä momenteiltaan tavanomaisissa liikesuorituksissa tai pelitilanteissa. Vakuutuslautakunnan ratkaisulinjassakin on esiintynyt vaihtelua. Aikaisemmin painotettiin ennen muuta lääketieteellistä arviota riittävästä vammamekanismista:

VKL 345/94: Vakuutettu, 22.2.1975 syntynyt lukion oppilas, oli tehnyt 20.1.1994 koulun liikuntatunnilla kimmoisuusharjoituksia juoksuradalla. Vahinkoilmoituksen mukaan vakuutetun hypätessä ”kuului vain napsahdus, kun akillesjänne katkesi”. Vakuutusyhtiön mielestä vammautumisen perussyynä oli pidettävä akillesjänteen heikkoutta, joka lääketieteellisen kokemuksen mukaan on yleinen syy akillesjännevammoissa.

Vakuutuslautakunnan hankkimassa asiantuntijalausunnossa todettiin akillesjänteen olevan periaatteessa erittäin vahva. Terve akillesjänne ei hevin repeä suoran vedon ansiosta. Akillesjänteeseen liittyy varsin herkästi rasitusvaivoja erityisesti urheilijoilla, jotka harjoittelevat pitkän matkan juoksua sekä voimалаjeja. Tällöin useimmiten on kysymyksessä jänteen liukukalvon tulehdus, joka aiheuttaa kiinnikkeitä ja heikentää jänteen verenkiertoa aiheuttaen pesäkemäisiä jännekuoliopesäkkeitä, jotka erityisesti altistavat jänteen repeämälle. Tyypillisiä katkeamistilanteita ovat hyppy, liikkeellelähtö tai kontrolloimaton alastulo. Tapaukseen liittyvissä lääkärinlausunnossa todettiin vain, että kysymyksessä on katkeama tyypillisessä paikassa mutta mitään kuvausta jänteen ulkonäöstä ei ole. Mitään aikaisempia akillesvaivoja ei ole ollut. Näin mahdollisen sairauden olemassaolo jää epäsuoran päättelyn varaan: jos jänne menee poikki, sen on oltava sairas. Koska potilas on iältään näin nuori ei mikään rappeumasairaus tule kysymykseen. Mahdollista on vain krooninen rasitusvamma, joka taas ei kuulu korvauksen piiriin.

Lautakunta totesi muun muassa, että vakuutusalan korvauskäytännössä ja oikeuskäytännössä akillesjänteen täydellisten repeämien on yleensä katsottu johtuvan tapaturmasta riippumattomista usein pitkäaikaisen rasituksen ja tulehduksellisten tekijöiden aiheuttamista jännekudoksen rappeutumismuutoksista varsinkin, mikäli akillesjänne on katkennut vakuutetun normaalin liikesuorituksen tai hänen oman ponnistuksensa seurauksena. Tässä tapauksessa vakuutetun akillesjänne oli katkennut tämänkaltaisessa tilanteessa ja urheiluharrastuksensa perusteella hän oli myös todennäköisesti altistunut akillesjänteen rasitusvaurioille. Lautakunta asettui asiassa vakuutusyhtiön kannalle.

Uudemmissa lausunnoissa on annettu enemmän painoa aikaisemmalle oireettomuudelle ja sairausmuutosten puuttumiselle. Myös vammautumismekanismin vaikutuksesta on saatu uutta lääketieteellistä tietoa:

VKL 177/99: Vahinkoilmoituksen mukaan vakuutettu (syntynyt 14.4.1975) oli lajiharjoituksissa 1.10.1998 hypähtänyt eteenpäin, jolloin jalka oli luiskahtanut ja akillesjänne meni poikki. Vakuutusyhtiön evättyä korvauksen jänteen rappeutuman ja vammamekanismin vähäisyyden perusteella vakuutettu vetosi siihen, että akillesjänne ei ole ollut kipeä tai arka eikä siinä ollut koskaan muutenkaan havaittu mitään kulumaa tai rappeumaa. Liikesuoritus myös oli kaikkea muuta kuin vähäenerginen.

Lautakunnan hankkimassa asiantuntijalausunnossa todettiin, että terve akillesjänne on erittäin luja. Se voi irrottaa vedettäessä kiinnittymiskohdastaan kantaluusta luokappaleen, muttei itse repeä. Kun akillesjänne repeää tai katkeaa, on se lähes aina epänormaali ja rappeutunut (Kannus P, Josza L: Histopathological changes preceding spontaneous rupture of a tendon. A controlled study of 891 patients. *J. Bone Joint Surg* 73A:1507-25, 1991). Akillesjänteen repeämät ovat useimmiten urheiluun tai liikutaan liittyviä. Ne saattavat joskus johtua myös urheilu-suorituksiin liittyvistä suurista voimista. Esimerkkinä näistä ovat kolmiloikkaajien ja korkeushyppääjien vammat. Sellaisessa tilanteessa katsotaan, että syy on sisäinen, elimistön hermolihasjärjestelmän suojelumekanismit toimivat virheellisesti. (Kannus & Natri: Etiology and pathophysiology of tendon ruptures in sports. *Scand J Med Sports*. 7:107-12, 1997)

Tässä tapauksessa, kun vakuutetulla on ikää 23 vuotta, ei rappeutumamuutoksia voi pitää sen määräisinä, että ne olisivat jänteen katkeamisen syynä. Toinen syy saattaa olla jänteen ympäriskudoksen tulehdus, mitään sellaista ei havaittu. Kolmas mahdollinen ja tässä tapauksessa todennäköisin syy on nilkan koukistajalihasten ja ojentajalihasten toiminnan koordinaatiohäiriö, jossa akillesjänteeseen kohdistuu niin suuri voima, että se kuitenkin repeää. Tahdonalaisesti se ei onnistu mutta saattaa joskus tapahtua äkillisissä hallitsemattomissa liikkeissä. Tapaturmaisesti akillesjänne saattaa katketa ulkoisen voiman vaikutuksesta suoran vamman seurauksena mutta nyrjähdysmekanismilla ei. Vakuutetun vammautumisen urheilu-suorituksessa on katsottava aiheutuneen kuvastusta elimistön sisäisten suojamekanismien virheellisestä toiminnasta eikä ulkoisen voiman vaikutuksesta.

Lautakunta katsoi, että vaikka lääketieteellisen tutkimustiedon perusteella yleisellä tasolla rappeutumamuutosten osuus akillesjännerepeämiin onkin todettu erittäin suureksi, ei nyt käytettävissä ollut suora näyttöä siitä, että jännekudoksen rappeutuminen olisi aiheuttanut akillesjänteen repeämisen myös käsiteltävässä tapauksessa. Sen sijaan kuvattu vammautumismekanismi sopii siihen, että akillesjänteen repeäminen olisi yhteydessä asiantuntijalausunnossa mainittuun nilkan koukistaja- ja ojentajalihasten hermolihas-toimintojen häiriöön. Tällaisenaikin vahinkoilmoituksessa kuvatussa tilanteessa aiheutunutta vammaa oli pidettävä vakuutusehtojen kohdan 4.1 mukaisena vakuutetun tahtomatta enintään yhden vuorokauden aikana liikkeen vaikutuksesta sattuneena vammana. Lautakunta katsoi jääneen osoittamatta, että vakuutetun akillesjänteen katkeamiseen olisi olennaisesti myötävaikuttanut tapaturmasta riippumaton sairaus tai ruumiinvika.

5) Diagnoosien ja tutkimushavaintojen yhtenevyys vahinkoasiakirjoissa. Lähdetessä arvioimaan lääketieteelliseen syy-yhteyteen liittyviä kysymyksiä, on vielä kiinnitettävä huomiota siihen, ovatko potilaan tilasta hoitoasiakirjoissa esitetyt diagnoosit ja arviot keskenään yhdensuuntaisia vai eivät. Syy-yhteyden arviointi vaikeutuu yleensä merkittävästi, jos oireilun paikantumisesta tai kudosvaurion tarkemmasta laadusta asiakirjoissa annetut tiedot jatkuvasti vaihtelevat. Oireilun tarkkaa luonnetta ja lähtökohtaa kudoksissa voi olla kehittyneintä tutkimusmenetelmistä huolimatta vaikea paikantaa, vaikka oireet sinänsä olisivatkin alkaneet tapaturman yhteydessä. Tilanne tulee kaikkein tyypillisimmin esiin erilaisissa selkä-, hermo- ja neurologisissa vammoissa.

Tällöin on pyrittävä selvittämään, onko oireilusta huolimatta potilaalla tosiasiasa pystytty objektiivisesti toteamaan selkeää kudosvauriota tapaturmamekanismin kohdistumisalueella. Sellaisen puuttuminen puhuu syy-yhteyttä vastaan. Eryityisesti, jos asiassa on kertynyt selvityksiä pitkältä ajalta, on varmistettava, että myöhemmissä asiakirjoissa esitetty käsitys kudosvauriosta todella perustuu ensivaiheen objektiivisiin löydöksiin. Valitettavasti käytännössä ei ole harvinaista, että alkuvaiheessa esitetty pelkkä epäily vammasta ilman varsinaista löydöstä alkaa elää omaa elämäänsä ja "jalostuu" itsestään todetuksi vammaksi myöhemmissä hoitoasiakirjoissa. Merkitystä on luonnollisesti myös sillä, sopivatko oireilu ja tutkimushavainnot yhteen.

Korostettakoon, että mikään esitetyistä seikoista ei välttämättä yksinään ratkaise syy-yhteyksymystä suuntaan tai toiseen. Syy-yhteyttä koskevien päätelmien tulee aina perustua tapauksesta käytettävissä olevan lääketieteellisen aineiston kokonaisarvioon. On myös pidettävä mielessä asiakirjoissa olevien virheiden mahdollisuus. Esitetty onkin tarkoitettu lähinnä esimerkeiksi niistä asioista, joihin ratkaisijan on hyvä keskittyä laatiessaan kyselyä lääkäriasiantuntijalle. Jos tapauksen kokonaisarviota varten käydään kaikki esimerkkikohtat läpi, ollaan syy-yhteyden arvioimisessa jo pitkällä.

Huolellinen perustelemisen tärkeää

Henkilövakuutusasioissa Kuluttajien vakuutustoimistoon ja Vakuutuslautakuntaan saapuvista valituksista valtaosa koskee jatkuvasti lääketieteellistä syy-yhteyden arvioimista. Näin siitä huolimatta, että henkilövahinkokorvauksiin sisältyy runsaasti puhtaasti arvionvaraisia ja sellaisina erimielisyyksille alttiita korvauseriä, kuten työkyvyttömyyden, kivun ja säryn, pysyvän vian ja haitan tai pysyvän kosmeettisen haitan perusteella maksettavat korvaukset.

Käytännön työssä saatujen kokemusten perusteella asiakkaiden on vaikea ymmärtää lääketieteellistä syy-yhteyttä koskevia ratkaisuja. Ymmärtämisvaikeuksissa on yleensä kysymys alussa kuvatussa erosta ajattelutavassa, siinä miten syy-seuraussuhteita hahmotetaan. "Kadunmies" tekee lä-

hes säännönmukaisesti päätelmiä syy-yhteydestä ajallisen yhteyden pohjalta. Sama näkökulma toistuu jatkuvasti myös julkisuudessa vahinkoasioita käsittelevissä eri kuluttajaohjelmissa. Tämä asettaa suuria vaatimuksia henkilövahinkojen korvausratkaisujen huolelliselle ja ennen kaikkea avoimelle perustelemiselle, mikä tulisi kaikessa korvaustoiminnassa varmistaa ja asiakkaille taata.

Se, että esimerkiksi yksityistapaturmavakuutuksessa on korvausvastuun ulottuvuutta kavennettu vielä muuta myötävaikuttavaa sairautta koskevalla sopimusehdolla, ei ole omiaan helpottamaan ratkaisujen ymmärtämistä. Vapaaehtoisissa vakuutuksissa eräiden yleisten vammojen, erityisesti selän nikamavälilevytyrän, olkanivelen kiertäjäkalvosimen repeämän ja akillesjänteen repeämän korvattuus tapaturmaisina vammoina aiheuttaakin jatkuvasti korvauskiistoja. Kun korvausvelvollisuus ja -oikeus näissä vakuutuksissa perustuu alun alkaen ja avoimesti sopimukseen, voitaisiin ongelmaa ehkä juuri täällä helpoimmin lähestyä tuotekehityksen keinoin, esimerkiksi sopimalla selkeästi etukäteen ongelmallisimpien vammatyyppeiden kohtelusta tai tarjoamalla asiakkaille eri laajuisia vakuutusvaihtoehtoja. Sopimusehtoihin pohjautuva ratkaisu ei tietenkään kokonaan lopeta syy-yhteyden toteamiseen liittyviä korvauskiistoja. Tilannetta voitaisiin varmasti kuitenkin merkittävästi helpottaa ja siten välttää kustannuksia ja ”bad willia” tarpeettomasti aiheuttavia oikeusriitoja.

Korvauksen hakijoille on myös yhä edelleen usein epäselvää, millainen rooli vakuutuslaitosten tai muutoksenhakuelinten käyttämällä lääkäriasiantuntijoilla on henkilövahinkoasian ratkaisemisessa verrattuna asiakkaan ”omaan” hoitavaan lääkäriin. Tutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä, kuten leikkauksista, päättäminen ja niiden suorittaminen on hoitavan lääkärin tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoitavan lääkärin tehtävänä on myös laatia tutkimustuloksista ja aneetusta hoidosta vakuutusyhtiölle lääkärinlausuntoja.

Koska hoitava lääkäri on jo tutkinut korvauksen hakijan hoitosuhteen kestäessä ja selostanut saamansa tutkimustulokset vakuutusyhtiölle antamassaan lääkärinlausunnossa, ei asiantuntijalääkärin uudelleen tekemillä samoilla tutkimuksilla tosiasiaa enää saataisi asiaan vaikuttavaa uutta tietoa. Suomen järjestelmässä vakuutusyhtiöiden sen enempää kuin eri muutoksenhakuelinten käyttämät lääkäriasiantuntijat eivät yleensä tutkikaan korvauksen hakijoita. On kuitenkin tavannomaista, että asiakkaat kokevat mielestään virheellisten korvausratkaisujen johtuvan juuri siitä, että vakuutusyhtiön tai muutoksenhakulautakunnan asiantuntijalääkäri ei ole tutkinut heitä tai edes tavannut heitä ennen korvauspäätöksen antamista.

Ajatus on suureksi osaksi seurausta siitä, etteivät hakijat tiedä, miten ja millä perusteilla korvausasioiden käsittely vakuutuslaitoksissa käytännössä tapahtuu ja mikä asema asiantuntijalääkärillä on ratkaisun tekemisessä. Vahinkokäsittely saattaa vaikuttaa salamyhkäiseltä toiminnalta varsinkin, kun edes asiantuntijalääkärin nimeä ei välttämättä kerrota hakijalle. Pahimmassa tapauksessa tämä johtaa siihen, että ratkaisua ei edes mielletä vakuutuslaitoksen tai muutoksenhakulautakunnan tekemäksi vaan vain ja ainoastaan lääkärin päätökseksi. Virheellisten käsitysten ja epäluottamuksen välttämiseksi korvauskäsittelyssä onkin entistä enemmän pyrittävä avoimuuteen. Näin voidaan kiistanalaisissakin asioissa päästä helpommin keskustelemaan itse pääongelmasta, syy-yhteydestä ja sen ulottuvuudesta.

- 1 Näin Markku Heliövaara ja Sakari Tola teoksessa ”Vakuutuslääketiede”, 1999 s. 127–128. Toim. Timo Aro, Antti Huunan-Seppälä, Jukka Kivekäs, Sakari Tola ja Ilkka Torstila.
- 2 Eero Routamo – Pauli Ståhlberg: Suomen vahingonkorvausoikeus, 2000 S. 241–244
- 3 Vastuun syntymistä, rajoittamista ja syy-yhteyttä koskevista periaatteista enemmän esim. Eero Routamo – Pauli Ståhlberg: Suomen vahingonkorvausoikeus, 2000 S. 247 ss.
- 4 Tästä ks. etenkin Juhani Kaivola: Hur inverkar den skadelitandes latentia sjukdom som medverkande orsak på skadeståndsansvaret? JFT 1989 s. 203 tai Hans Saxn: Skadeståndsrätt 1975 5. 64 ja 143 ss.
- 5 Tapaturma-asiain korvauslautakunnan ohje kiertäjälavosimen repeämän korvausperiaatteista. Kierto- kirje 8/97.
- 6 Sitaatti lääketieteen tohtori, ortopedian ja traumatologian dosentti Timo Niinimäen antamasta asiantun- tijalausunnosta Vakuutuslautakunnalle eräässä tyypillisessä kiertäjälavosinvamman koskeneessa yksityis- tapaturmavakuutusasiassa: ”Olkapään kiertäjälavosinissa tapahtuu iän myötä muutoksia, sen veren- kierto huononee, jännesäikeet paksunevat, ilmestyy pieniä repeämiä, jotka korjautuvat jyväiskudoksella, jänne ohenee ja sen vetolujuus heikkenee. Tutkittaessa vainajien olkapäitä on yli 50-vuotiailla todettu hy- vinkin usein rappeumamuutoksia (Kannus P, Jozsa-L.: Histopathological changes preceding spontaneous rupture of a tendon. A controlled study of 891 patients. J-Bone-Joint-Surg (Am) 1991 Dec, VOL: 73 (10), P:1507-25) oli 891 näytettä spontaanisti katkenneista jänteistä, joita verrattiin vastaavanikäisen kadaverin repeämättömään jänteeseen. Jopa 97 prosentissa spontaanisti katkenneista jänteistä nähtiin muutoksia: hapenpuutteesta johtuvaa rappeutumista, liukenemista, rasvoittumista ja kalkkeutumista yksin tai yh- dessä. Vastaavia muutoksia oli kontrollijänteissä 34 prosentissa, $p > 0.00$. Rappeuman määrä lisääntyi 35 ikävuodesta alkaen. Terve kiertäjälavosin on normaalisti erittäin luja eikä se repeä muuten kuin hyvin voimakkaan väkivallan yhteydessä, esimerkiksi kun olkanivel menee pois sijoiltaan.”