

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto
PL 210
00281 Helsinki

Täydennys selvitykseen Dnro V/33701/2017

Täydennyspyyntöön johtaneet taustatekijät

Annoin edelliset selvitykseni kyseisestä asiasta Valviralle 13.6.2016 ja 5.1.2017.

Pyysin mahdollisuutta täydentää aikaisempaa selvitystäni. Alkuperäinen ajatukseni oli kertoa ensimmäisessä selvityksessä käsiteltyjen potilaiden muuttuneesta terveydentilasta, mutta tuoreiden julkisuudessa käsiteltyjen lääkärin oikeuksien rajoittamiseen liittyvien seikkojen vuoksi toimin nyt toisin.

Kokemukseni paikallisen Aluehallintoviraston toiminnasta ja keskustelut useiden lääkärikollegoiden kanssa Valviran tavasta arvioida ammatinharjoittamista ja potilasturvallisuuden vaarantumista, on romuttanut uskoni saada puolueeton ja lääketieteellisesti perusteltu ratkaisu asiaani.

Valviran päätös rajoittaa lääkäri Olli Polon oikeuksia vahvistaa käsitystäni Valviran välinpitämättömästä asenteesta potilaiden hyvinvointia kohtaan. Hallinnollinen ohjaus ja vuoropuhelu toimintatapojen kehittämistä ja ”pelisäännöistä” ei olisi vaarantanut hoidoissa hyötyvien potilaiden terveydentilaa ja olisi samaan aikaan parantanut diagnostiikan osuvuutta ja vähentänyt kokeellisten hoitojen tarvetta. Avoin julkinen keskustelu olisi auttanut meitä kaikkia. Lääkärin oikeuksien rajoittaminen vastaavasti tappaa vuoropuhelun - pahimmassa tapauksessa potilaitakin.

Tämän vuoksi julkaisen tämän täydennyksen kaikkien asiasta kiinnostuneiden kollegoiden, päättäjien, median edustajien ja potilaiden arvioitavaksi. Näen sen ainoaksi mahdollisuudeksi vaikuttaa Valviran päätökseen asiassani.

Esittelen tässä täydennyksessä kolme potilastapausta, joita ei ole käsitelty aikaisemmissa selvityksissä/täydennyksissä.

Mielestäni ne kuvaavat ammattitaitoani lääkärinä ja auttavat ymmärtämään miksi poikkean hoitosuosituksista. Ne toimivat myös esimerkkeinä todellisesta potilasturvallisuuden vaarantumisesta.

Toimitan liitteenä Valviraan alkuperäiset Lupauksen sairauskertomuskopiot. Sairauskertomustietojen luovuttamiseen on potilaiden kirjallinen lupa.

Tapaus 1:

26-vuotias nainen kävi terveystieteiden lääkärin läheteellä yliopistosairaalan endokrinologian poliklinikalla lisämunuaisen toiminnan arvioissa helmikuussa 2017.

Endokrinologi toteaa tekstissään, ettei endokrinologisesta sairaudesta ole viitteitä. Jatkotutkimuksia tai seurantaa ei ohjelmoitu.

Potilaan käyttämä Thyroxin-lääkitys kehoitettiin lopettamaan, koska kilpirauhasen vajaatoimintaa ei todettu. Endokrinologi ei arvioinut heikentyneen TSH:n erityksen mahdollisuutta ja siitä johtuvaa kilpirauhashormonien vajetta. Potilas ei uskaltanut kertoa endokrinologille, että käyttää myös Liothyronin-lääkitystä.

Hän päätti tauottaa molemmat kilpirauhaslääkkeet käytyään allekirjoittaneen vastaanotolla 8.3.17.

Potilas ei uskonut endokrinologin väitettä normaalisti toimivasta lisämunuaisesta, vaan hakeutui allekirjoittaneen arvioon maaliskuussa 2017 eli vain kuukausi endokrinologin arvion jälkeen.

Hän päätti tauottaa molemmat kilpirauhaslääkkeet vastaanoton jälkeen.

Hän oli aloittanut jo aikaisemmin käyttämään hydrokortisonia (Kyypakkaus) säännöllisesti ja ilmoitti saavansa siitä selvästi apua.

Tarkastimme aamun kortisolin erityksen, seerumin natriumin ja glukoosin pitoisuuden, jotka kaikki olivat viiterajoissa, mutta olosuhteisiin nähden liian matalat ja muuttuneet aikaisemmista arvoista.

Tämä vahvisti käsitystä lisämunuaisen ongelmista, joten tarkastimme lisämunuaisvasta-aineet (S-AdrAb), jotka olivat positiiviset.

Lisäksi potilaan hampaiden kiilleaurio ja autoimmuniadrenaliittia edeltänyt suoliston vaikeahoitoinen hiivainfektio herättivät epäilyn APECED-oireyhtymästä.

Vaikka yliopistosairaalan endokrinologi oli vain kuukausi aikaisemmin pitänyt endokrinologista sairautta mahdollisena, aloitin potilaalle säännöllisen Hydrocortison-hoidon sekä rinnalla suolahormonihoidon (Florinef).

Tein kiireisen lähetteen endokrinologian poliklinikalle Addisonin tautiepäilyn vuoksi.

Endokrinologin uutta aikaa odottaessa potilas joutui huonovointisuuden ja lämpöilyn vuoksi asioimaan useita kertoja kyseisen yliopistosairaalan päivystyksessä. Hänellä oli esittää dokumentit Addisonin taudin epäilystä ja hän ilmoitti myös odottavansa uutta aikaa endokrinologian poliklinikalle. Hän ilmoitti myös käyttämästään Hydrocortison- ja Florinef -lääkityksistä.

Tästä huolimatta usea päivystävä lääkäri jätti tarkastamatta verikokeet (tulehdusparametrit, suola-arvot) ja ohjasi potilaan kotiin lepäämään!

Potilas joutui hakeutumaan jälleen allekirjoittaneen (8.5.17) vastaanotolle, jolloin totesin uuden sivuäänän sydäimestä ja selvästi aikaisempaa voipuneemman ja sairaamman oloisen kuumeisen potilaan.

Tein päivystyslähetteen yliopistosairaalan sisätautien ensiapuun. Vasta tämän jälkeen potilas tutkittiin asianmukaisesti ja otettiin viimein osastoseurantaan mahdollisen henkeä uhkaavan infektion vuoksi.

Addisonin taudin diagnoosi varmistui heinäkuussa 2017. Aloittamani Hydrocortison- ja Florinef-lääkitysten rinnalle yliopistosairaalan endokrinologi aloitti myös DHEA-lääkityksen.
APECED on edelleen poissulkematta.

16.8.17 potilas ilmoitti monia kilpirauhashormonivajeen oireita ja hänen laboratoriotulosten perusteella kyseessä oli edelleen jatkuva heikentynyt TSH-eritys ja siitä johtuva kilpirauhashormonivaje. Hydrocortison-lääkitys voi olla osa syy tähän.

Vaikka yliopistosairaalan endokrinologi ei nähnyt tarvetta kilpirauhashormonilääkitykselle, olin jälleen eri mieltä lääkeyhdistämisen tarpeellisuudesta. Aloitin potilaalle uudestaan Thyroxin-lääkityksen, josta hän on saanut hyvän vasteen ilmoittamiinsa oireisiin ilman haittavaikutuksia. Tarvetta Liothyronin-lääkitykselle ei enää ole.

Kyseisen potilaan kohdalla potilasturvallisuus on vaarantunut useita kertoja. Jokaisella kerralla syyllinen on yliopistosairaalassa työskentelevä lääkäri.

Ilman potilaan aktiivisuutta ja allekirjoittaneen valppautta ja ammattitaitoa sekä yliopistosairaalan endokrinologin antamista suosituksista poikkeamista, kyseinen potilas olisi voinut kuolla.

Väitän, että potilas olisi päätenyt kyseiseen yliopistosairaalaan Addisonin taudin kriisissä vielä samana keväänä ilman aloittamaani Hydrocortison-lääkitystä. Päivystävien lääkäreiden anteeksiantamaton osaamattomuus olisi johtanut todennäköisesti oikean diagnoosin viivästymiseen, joka Addisonin taudin kriisin yhteydessä olisi johtanut todennäköisesti potilaan kuolemaan.

Henkilökohtaisesti en luota endokrinologien tekemiin arvioihin muidenkaan potilaiden terveydentilasta.

Suosittelen myös kollegoita suhtautumaan varauksella endokrinologien antamiin hoito-ohjeisiin ja varsinkin suositukseen lääkehoidosta pidättäytymisestä tai aloitetun toimivan lääkehoidon lopettamisesta.

Tapaus 2:

41-vuotias nainen hakeutui allekirjoittaneen vastaanotolle ensimmäisen kerran tammikuussa 2016.

Hän päätti hakeutua vastaanotolleni yleisöluentoni kuultuaan ja keskusteltuaan kanssani luennon tauolla noin 5 minuutin ajan. Muistan todenneeni hänelle, että epäilen hänen oireittensa taustalla MELAS-oireyhtymää.

Häntä oli tutkittu vuodesta 2013 alkaen yliopistosairaalan eri poliklinikoilla ja diagnooseiksi oli väännetty Hortonin neuralgia ja migreeni, vaikeahoitoinen tyyppi II diabetes ja dissosiaatio/konversiohäiriö. Hänen väitettiin kuvittelevan itselleen toistuvia halvausoireita, joiden vuoksi tarvittiin useita neurologian osastojaksoja.

Diabeteksen hoito ja seuranta oli keskitetty aluesairaalan poliklinikalla, jossa hoidosta vastasi sisätautien erikoislääkäri. Lisäksi hänellä oli säännöllinen psykiatrian erikoislääkärin hoitokontakti. Yliopistosairaalan neurologeja hän tapasi toistuvasti sairaalan päivystyspoliklinikalla ja neurologian osastolla.

Potilas luetteli kysyttäessä kaikki mitokondriosairauden tyyppioireet, mutta alkuvuodesta 2016 luotin vielä jonkin verran yliopistosairaalan ja aluesairaalan lääkäreiden osaamiseen. Lisäksi ensimmäisistä verikokeista löytyi runsaasti muitakin poikkeavuuksia, joiden korjaaminen voisi korjata oireita.

Tämän vuoksi päädyimme ensin kokeilemaan hoitovasteen mitokondrioiden toimintaa parantavalla ravintolisäohjelmalla sekä Thyroxin-hoitokokeilulla (subkliininen hypotyreoosi).

Potilas esitti pyynnöstäni epäilyn MELAS-oireyhtymästä ja poikkeava epäilyä tukevat verikoetulokset (mm. pyruvaatti) aluesairaalan sisätautilääkärille maaliskuussa 2016 seurantakäynnin yhteydessä. Yllättäen lääkäri kieltäytyi tekemästä lähetettä neurologian poliklinikalle jatkotutkimuksiin.

Tutun sisätautilääkärin käytös ja verikokeiden tulkinta ihmetytti potilasta. Lisäksi potilas kiinnitti huomiota lääkärin käsien vapinaan. Lääkäri oli ottanut vastaanoton aikana myös lääkettä itselleen. Lääkäri oli palannut juuri lomalta ja haisi potilaan mielestä viinalle. Vastaanoton jälkeen potilas ilmoitti asiasta osaston hoitajalle, joka reagoi tilanteeseen pyytämällä paikalle ylilääkärin. Potilas ohjattiin vielä samana päivänä toisen lääkärin arvioon, joka kumosi aikaisemmat päihtyneen lääkärin tekemät muutokset lääkitykseen. Lähetteestä neurologialle kuitenkin kieltäydyttiin edelleen.

Ravintolisäohjelma ei toteutunut suunnitellusti eikä Thyroxin-hoidosta saatu riittävää vastetta. Tein lähetteen neurologian poliklinikalle 7.4.2016 MELAS-oireyhtymän poissulkemiseksi. Mainitsin MELAS-epäilyn lähetteen otsikkorivillä.

Ensimmäinen neurologian poliklinikan aika tuli nopeasti 4.5.16 ja lihasbiopsia ohjelmoitiin, kuten pitikin. Jostain käsittämättömästä syystä MELAS-tutkimus ohjelmoitiin yliopistosairaalassa vasta helmikuussa 2017 - yli yhdeksän kuukautta lähetteen saapumisesta! Väitän, että yliopistosairaalan neurologit pimittivät tietoisesti tarpeellisen tutkimuksen teettämistä.

Potilaalla todettiin MELAS helmikuussa 2017. Kaikki aikaisemmat yliopistosairaalassa asetetut diagnoosit kumottiin.

Hoidoksi tarjottiin fysioterapiaa, apuvälineitä ja sopeutumisvalmennusta.

Minä aloitin potilaalle Liothyronin hoidon liian matalien T3V-arvojen vuoksi sekä aloitimme funktionaalisen lääketieteen mukaiset hoitotoimenpiteet ruuansulatuksen, detoksifikaation (sisäilmaongelma) ja mitokondriotoiminnan tukemiseksi.

Joku saattaisi pitää ihmeenä sitä, kun pyörätuoliin tuomittu potilas alkaa jälleen kävellä ja kiivetä omin voimin toiseen kerrokseen tai kun hän voi jälleen osallistua kotitaloustöihin, leikkiä lasten kanssa ja harrastaa. Merkittävästi parantuneen fyysisen suorituskyvyn lisäksi potilaan päänsäryt helpottivat ja halvauskohtaukset harvenivat. Kaikki vuosia kestäneet vatsaoireet korjaantuvat. Sokerit tasaantuivat, triglyseridit laskivat.

Tämä ei ole ihme, vaan funktionaalista lääketiedettä, jota minä kutsun biokemialliseksi ja yksilölliseksi lääketieteeksi.

Valvira, Lääkäriliitto ja muut sivistymättömät kollegat ovat kutsuneet sitä tähän saakka puoskaroinniksi.

Laiminlyötyjä tutkimuksia, virheellisiä diagnooseja, päihtyneitä lääkäreitä, potilaan oireiden vähättelyä ja jatkotutkimusten kieltämistä. Suomalaisen terveydenhuollon nykytila.

Huono lääkärin työ on todella yleistä. Miksi kokeellisia hoitoja antavalta ja vaikeahoitoisia potilaita ymmärtävältä lääkäriltä viedään oikeudet vedoten riittämättömään diagnostiikkaan, mutta tällaiset puoskarit saavat jatkaa työssään ilman sanktioita?

Miksi minun tulee antaa selvityksiä ja pelätä lääkärin oikeuksieni puolesta?

Tapaus 3:

76-vuotias mies hakeutui vastaanotolleni ensimmäisen kerran tammikuussa 2016.

Hänellä oli perussairauksina sydänlihaksen amyloidoosi (vuodesta 2010) ja sydämen vajaatoiminta. Hänellä oli sydämen tahdistin matalasykkeisen eteisvärinän vuoksi. Kollega oli aloittanut hänelle edellisenä kesänä Thyroxin + Thybon -kombinaatiohoidon (T4- ja T3-hormonihoidot) subkliinisen kilpirauhasen vajaatoiminnan (ja ilmeisesti DIO-ongelman) hoitoon.

Potilas ilmoitti oireikseen seuraavat:

- päänsärky
- unettomuus
- jatkuva limaisuus, nenän tukkoisuus
- korvien soiminen
- sydänsairaus, epäsäännöllinen pulssi, poisjääneet lyönnit
- hengästyminen
- huono liikuntakyky, kipu ja jomotus nivelissä, jäykkyys ja liikuntarajoitus
- ajoittain närästys ja röyhtäily, ummetus, turvotus, nesteen kertyminen kehoon
- palelu, heikentynyt kylmänsieto
- jatkuva sairastelu

Hän käytti apuvälineinä rollaattoria ja kyynärsauvoja.

Statuksessa merkittävin poikkeavuus oli jalkojen kuoppaturvotus, jota oli ollut jo pidempään.

5.3.16 ensimmäisten verikokeiden jälkeen halusin kokeilla pärjäisikö potilas ilman T3-lääkitystä ja nostin Thyroxin-annosta.

Thybon-annos pidettiin ennallaan, mutta sen tilalle kirjoitettiin resepti Liothyroninista.

23.3.16 potilas ilmoitti hengenahdistuksen pahentuneen soittokontrollin yhteydessä. Sydämen vajaatoimintaa arvioiva ProBNP-arvo oli noussut aikaisemmasta. Suola-arvojen perusteella kyseessä saattoi olla liiallinen kortisolin ja aldosteronin erityys, joten päätin nostaa Spironolactonen annosta. Turvotukset ja hengenahdistus pysyivät kutakuinkin ennallaan.

20.4.16 kehotin lisäämään T4V- ja T3V-määritysten perusteella edelleen Thyroxin-annosta. Anemian, insuliiniresistenssin ja selvästi alakanttisten testosteroni-arvojen vuoksi aloitimme hoitokokeilun testosteronigeelillä. Hematologin konsultaatiota suunniteltiin.

21.6.16 väsymys, unentarve ja palelu lisääntyneet. Hengästymistä. Spironolactonen aiheuttamien rintarauhasoireiden vuoksi annosta laskettiin. Hoitosuositusten mukaista siirtymistä Thyroxin-hoitoon yritettiin jatkaa nostamalla Thyroxin-annosta ja laskemalla ensimmäisen kerran Liothyronin-annosta, koska T3V oli noussut liian korkeaksi. Anemian jatkuessa tehtiin lähete hematologille.

Heinäkuussa 2016 potilas päätyi ensimmäisen kerran keskussairaalan sydänosastolle turvotusten ja sydämen vajaatoiminnan pahentumisen (arvioitu ProBNP-mittauksella) vuoksi. Sairaalassa pohdittu kilpirauhaslääkityksen tarvetta ja saapuneessa epikriisissä vakavan väärinkäsityksen mahdollisuus. Epäselväksi jäi, oliko kollega sanellut tekstin virheellisesti vai ymmärtänyt kilpirauhashormonien aineenvaihdunnan väärin. Joka tapauksessa T4V ja T3V pitoisuudet laskeneet selvästi ja kokemukseen perustuen aivan liian matalat. Lääkeannos oli siis liian pieni. T3-lääkehoidon toteutukseen täysin perehtymätön sisätautilääkäri keskittyi ensisijaisesti TSH-pitoisuuteen ja epäili liian suurta lääkeannosta.

Tässä vaiheessa teen virheen: päädyn nostamaan Thyroxin-annosta ja laskemaan Liothyronin-annosta, vaikka totean itsekin, että vajaatoiminnan pahentuminen on seurannut T3V-pitoisuuden laskua.

28.7.16 päivätyssä tekstissäni huomautan sisätautilääkäriä mahdollisesta väärinkäsityksestä, perustelen kantani, suunnitelmani ja kerron T3-hoidon toteuttamisesta. Pyysin omaisia toimittamaan tekstin sydänosastolle, jonne potilas joutunut nesteenkertymisen vuoksi taas hakeutumaan. Ilmoitan tekstissä odottavani soittoa osaston lääkäriltä hoitopalaverin järjestämiseksi. Minulle ei oteta yhteyttä osastolta.

30.7.16 potilas on sydänosastolla. Vastoin osaston lääkärien painostusta potilas ei halua tauottaa Liothyronin-lääkitystä. T4V ja T3V pitoisuudet vaikuttavat sopivilta eikä muutoksia lääkeykseen tehdä. Testosteronihoitokokeilu päättyy.

9.8.16 osastokierre turvotusten vuoksi jatkuu. Potilaalle ja omaisille herännyt epäily, että Thyroxin aiheuttaa nesteenkertymisen. Tämä sopii hyvin myös ajallisesti Thyroxin-annoksen nostoihin. Osastonlääkärit kuitenkin vaativat Liothyronin-lääkityksen

lopettamista ja siirtymistä pelkkään Thyroxin-lääkitykseen - perustelematta kantaansa lääketieteellisesti.

Nefrologin konsultaatio tehty eikä tilannetta pidetä munuaisperäisenä korkeasta Krea-arvosta huolimatta.

Annan ohjeen siirtyä T3-monoterapiaan iästä, sydänsairaudesta ja usean sisätautilääkärin vastustuksesta huolimatta. Potilas joutuu tekemään tämän salassa ja piilottamaan lääkkeenjaon yhteydessä saamansa Thyroxin-tabletit. Lupaen kantaa vastuun tulevasta.

16.8.16 osaston lääkäri ilmoittaa potilaalle, että elinaikaa on korkeintaan muutama päivä ja potilas tullaan siirtämään terveyskeskuksen vuodeosastolle - omaisille syntyneen käsityksen mukaan kuolemaan. Liothyroninin lopettamista vaadittu edelleen.

Liothyronin-monoterapian eli pelkän T3-lääkityksen aikaan turvotukset ovat alkaneet kuitenkin nopeasti korjaantua ja jaksanut käydä itsenäisesti ulkoilemassakin osastolla ollessaan! Potilas ei halua - kuolemaan - terveyskeskuksen osastolle, vaan päättää lähteä mieluummin omalla vastuulla kotiin.

Osastolla laiminlyöty sydänpotilaan hypokalemian eli matalan seerumin/plasman kalium-pitoisuuden hoito, vaikka tiedossa on matalan kalium-pitoisuuden aiheuttama rytmihäiriövaara. Omaisista tuntuu, että rytmihäiriötä toivotaan ja siitä syytettäisiin T3-lääkitystä.

17.8.16 eli seuraavana päivänä osastolta kotiutumisen jälkeen potilas matkustaa yli 150km Kuopioon vastaanotolleni!

Nestettä on kertynyt alavartaloon erittäin paljon. Myös kivespussit ja penis voimakkaasti turvoksissa.

Käänteinen-T3 (rT3) pitoisuus erittäin korkea ja selittää, miksi Thyroxin-lääkitys aiheutti ongelmia. rT3 syntyy T4-hormonista DIO3-entsyymillä avulla ja se estää T3-hormonin toimintaa.

T3-monoterapia jatkuu.

2.9.16 DIO2-geenitesti normaali. Vika on DIO3 entsyymillä liiallisessa aktiivisuudessa. Potilas tarvitsee T3-lääkkeen DIO2-vastauksesta huolimatta.

Potilaan omaiset tekevät sairaalan lääkäreiden toiminnasta rikosilmoituksen poliisille.

16.12.16 ahdistus on vaikeampaa ja lyhyt terveyskeskuksen vuodeosastojaksokin tarpeen. T3-monoterapia jatkunut sydänsairaalla seniorilla jo 4 kk ilman ongelmia. Todetaan mahdollinen renaalinen sekundaarinen hyperparatyreoosi.

29.12.16. Tukea hoidolle ei saa omasta terveyskeskuksesta. Potilas ei halua enää asioida terveyskeskuksessa, koska omaa tahtoa ei kunnioiteta. Kotisairaanhoidoa ei suostuta järjestämään. Tytär hoitaa potilasta päivittäin ja hänen oma yritystoimintansa kärsii. Aloitetaan Furesis lihaksen sisäisinä injektioina kotona (tytär erikoissairaanhoidtaja koulutukseltaan).

Kotona kokeiltu muutaman kerran Hydrocortison-tablettien vaikutusta. Vaste ollut myönteinen.

Allekirjoittanut alkaa epäillä tilanteen edenneen liian pitkälle ja pohjustan terminaalivaiheen hoidon toteuttamista yhdessä terveyskeskuksen kanssa.

30.12.16 järjestetään lisähappea kotiin (vastoin virallisia suosituksia). Osastohoito olisi ensisijainen, mutta yllä mainitusta syistä ei ole käytettävissä.

10.1.17 nostetaan verikokeiden perusteella Liothyronin-annosta hieman. Haiman ruuansulatuksellinen toiminta on heikkoa ja saa hyvän avun Creonista.

17.1.17 infektoituneista säärihaavoista huolimatta turvotukset alkaneet helpottaa ja paino pudonnut -8kg! Jaksanut käydä mm. kauppa-asioilla. Tämä vain viikko Lio-annoksen nostosta.

21.2.17 turvotukset jälleen vaikeat ja paino noussut uuteen ennätykseen 92 kiloon. Tk-osastojaksokin tarvittu. Aloitetaan Pramipexole levottomiin jalkoihin hyvällä vasteella.

1.3.17 sääressä ruusu, jonka hoidossa osastolla. Liothyronin annos on todella suuri 5 tbl/vrk, mutta T3V ei nouse. Ongelmia imeytymisessä, jakautumisessa tai poistumassa?

24.3.17 paino jälleen laskenut ja nestelasti purkautunut selvästi. Epäily limaisuuteen käytettävän Mucomystin haittavaikutuksesta.

24.4.17. Hengenahdistuksen pahenemisvaiheen vuoksi päätynyt keskussairaalaan keuhko-osastolle, missä aloitettu Prednisolon (kortisolivalmiste) yhdessä astmapiippujen kanssa. Tämän seurauksena turvotukset vähentyneet selvästi ja hengenahdistus helpottanut. Paino 65kg eli laskenut 27 kiloa kahdessa kuukaudessa! Keskussairaala hyväksynyt Liothyronin-hoidon, joskin kyseenalaistanut vielä suuren lääkeannoksen (T3V ei ole osoittanut liian suurta lääkemäärää tai tyreotoksikoosia missään vaiheessa).

T3V laskenut selvästi Prednisolon-hoidon myötä, mikä herättää ajatuksen T3-hormonin jakautumisen ja soluun pääsyn ongelmista.

Vaste on ollut niin selvä, että kortisolihoitoa jatketaan, vaikkei tarkkaa vaikutusmekanismia ole selvillä. Valmisteeksi vaihdetaan Hydrocortison, joka on lyhytvaikutteisena turvallisempi ja sallii paremmin annoksen titraamisen.

10.5.17 turvotukset vähentyvät edelleen ja paino 61 kg. Vointi on hyvä ja lisähapen tarve vähentynyt. Myös fyysinen suorituskyky on parantunut merkittävästi; 3 viikkoa aikaisemmin kahden nostettavana/avustettuna liikkunut, nyt liikkuu omatoimisesti sisätiloissa rollaattorilla.

16.6.17 vointi ja suorituskyky anemiasta ja vitsantieinfektiosta huolimatta entistä parempi. Ei muutoksia hoitolinjaan, joka selvästi toimii, joskaan en osaa kuvata biokemiallista vaikutusmekanismia. Olen kuitenkin ainoa lääkäri, jota potilaan tilanne edes kiinnostaa.

1.9.17 keskussairaalan antamasta "kuoleman tuomiosta" ja T3-monoterapian aloittamisesta on kulunut jo vuosi. Urologin tekemä Kystofix-asennus epäonnistunut kahteen kertaan ja katetri päätynyt vatsaonteloon. Henki ei lähde vielä kukaan, mutta munuaisarvo kääntynyt selvään nousuun. Jatkan diagnostisia tutkimuksia ja oppikirjoihin perehtymistä, koska kyseessä ei ole

tavanomainen sydämen ja munuaisten vajaatoiminta. T3-hormonin ja kortisolin välinen yhteys kiinnostaa erityisesti. Tulen oppimaan vielä valtavasti tästä potilastapauksesta.

(Luettavuuden helpottamiseksi jätin vähäisemmässä merkityksessä olevat kontrollit kirjaamatta. Ne löytyvät alkuperäisestä sairauskertomuksesta.)

Valvira toteaa 24.11.2016 päivätyssä tiedotteessa seuraavaa:

”Kiisteltyyn T3-hoitoon, varsinkin hoitoon pelkällä T3:lla (T3-monoterapia) liittyy kohonnut haittatapahtumariski: ilman asianmukaisia lääketieteellisiä perusteita määrätty T3-hoito voi johtaa kilpirauhasen liikatoimintaa vastaavaan tilaan, joka voi olla hengenvaarallinen.”

Minä totean tässä yhteydessä, että T3-monoterapia yhdistettynä kortisolihoitoon voi olla ainoa hengenpelastava hoito.

Hengenvaaralliseksi väitetty lääke on osaavissa käsissä elämän pelastava valmiste. Tulehduskipulääkkeitten käyttöön kuolee Suomessa satoja ihmisiä vuosittain. Niitä myydään käsikauppaluokasta.

Bentsodiatsepiinit aiheuttavat valtavaa kärsimystä ja yhteyskunnallisia kustannuksia - kuten jokainen päivystystyötä viikonloppuisin tehnyt lääkäri tietää.

Vältän viimeiseen asti kummankin lääkeryhmän valmisteiden käyttöä lääkärin työssäni (minkä voi selvittää reseptitietoja vertaamalla), koska niihin liittyy todelliset potilasturvallisuutta ja elämänlaatua vaarantavat haittavaikutukset.

Kukaan ei ole kuollut eikä saanut vakavia haittavaikutuksia T3-valmisteista. Eivät ne ole osaavissa käsissä vaarallisia.

Minä en tingi potilasturvallisuudesta.

Muidenkin kollegoiden käyttämiä kokeellisia hoitoja voi verratta tähän potilastapaukseen. Valvira väittää kokeellisia hoitoja vaaralliseksi, vaikka potilasvahinkoja ei ole tapahtunut. Potilaat eivät ole hoidoista valittaneet. Valviralla ei ole velvollisuutta huomioida potilaiden kokeellisista hoidoista saamaa hyötyä. Miksi huomioisi minunkaan tapauksessani? Kuinka voisin puolustautua?

Olen rikkonut lähes kaikkia ”T3-tabuja” kyseisen potilaan kohdalla. Näitä tabuja ovat T3-monoterapia, potilaan ikä yli 75 vuotta ja taustalla oleva sydänsairaus. Raskaana tämä potilas ei ollut, muut olen hoitanut T3-valmisteella myös raskaana olevia potilaita, ongelmitta.

Lisäksi aloitin potilaalle Hydrocortison-lääkityksen, vaikkei hänellä ole Addisonin tautia, jonka osaan kyllä diagnosoida. Myös tämän valmisteen käyttöä pidetään kiellettyinä.

Toivon, että jokainen lääkäri ja maallikko arvioisi itse toiminko väärin ja vaaransinko tässä tapauksessa potilasturvallisuuden poikkeamalla annetuista ohjeista ja suosituksista. Teidän arvionne on minulle tärkeämpi kuin Valviran päätös asiasta.

Samojen periaatteiden mukaisesti olen hoitanut kaikki muutkin potilaani - yksilöllisesti ja huolellisesti arvioiden ja seuraten.

En usko, että tämä kuitenkaan riittää Valviralle.

Johtopäätökset

Näistä kolmesta potilastapauksesta voi päätellä seuraavaa:

- Julkinen terveydenhuolto on rappiolla. Lisää vastaavanlaisia potilastapauksia löytyy lukematon määrä. Vain pieni osa lääkäreistä osaa työnsä riittävän hyvin.
- Olen taitava ja huolellinen lääkäri. Ilman erikoislääkäreiden arvioiden kyseenalaistamista näiden potilaiden ennuste olisi ollut huono. Suomesta löytyy satoja yhtä huonosti hoidettuja potilaita, joilla ei ole mahdollisuutta hakeutua osaavan lääkärin arvioon.
- Poikkeaminen virallisista hoitosuosituksista ja erikoislääkäreiden antamista ohjeista on usein välttämätöntä potilasturvallisuuden turvaamiseksi. Nämä kolme tapaus eivät ole ainoita esimerkkejä.
- En vaarana potilasturvallisuutta poikkeamalla virallista hoito-ohjeista, vaan lisään hyvinvointia ja pelastan jopa potilaan hengen tekemällä niin.
 - Tietooni ei ole tullut ensimmäistäkään potilasta, joka olisi kannellut toiminnastani viranomaisille.
 - Ensimmäistäkään potilasvahinkoa ei ole tapahtunut virallisista hoito-ohjeista poikkeamisen seurauksena.
- Valviran toiminnan fokus on pahasti hukassa. Potilasturvallisuus vaarantuu päivittäin julkisen terveydenhuollon yksiköissä. Laatu ja potilasturvallisuus ohjaavat työtäni lääkäriyrittäjänä, kukaan ei valvo niiden toteutumista julkisessa terveydenhuollossa.
 - On törkeää, että näiden samaisten yksiköiden lääkärit käynnistävät selvitysprosesseja parempia hoitotuloksia saavien kollegoiden toiminnasta.

Riippumatta omasta kohtalostani, tulen toimimaan seuraavasti:

- Jatkan potilaiden hoitamista kuten tähänkin asti - luvan kanssa tai ilman.
- Koulutan terveydenhuollon ammattilaisia poikkeamaan hoitosuosituksista turvallisesti.
 - Funktionaalinen lääketiede tulee osaksi lääkäreiden peruskoulutusta.
- Pysin edelleen lisäämään yhteistyötä julkisen terveydenhuollon kanssa, jotta mahdollisimman moni potilas olisi laadukkaan hoidon piirissä.
- Pidän yleisöluentoja ja tuotan sisältöä sosiaaliseen mediaan potilaita varten. Neuvon kuinka he voivat auttaa itseään siihen saakka, kun löytävät osaavan lääkärin. Annan myös lääkehoito-ohjeita - luvan kanssa tai ilman.

- Kehitän suomalaista terveydenhoitoa lisäämällä yhteistyötä tutkijoiden kanssa. Toimitan heille tutkimusideoita ja aineistoa.
- Pysin muuttamaan lääketieteen opiskelijoiden valintaprosessia. Tulevaisuudessa lääkäriltä pitää vaatia muutakin kuin ulkolukutaitoa. Valinta tulee tapahtua psykologisten testien perusteella.
- Ohjeistan potilaita reagoimaan aktiivisemmin lääkäreiden osaamattomuuteen, välinpitämättömyyteen ja hoitoon pääsyä rajoittavaan toimintaan.
 - Tarvittaessa ruuhkautamme Aluehallintoviraston ja Valviran toiminnan sadoilla perustelluilla ilmiannoilla ja kanteluilla.
- Vaadin, että asiaansa perehtyneiden lääkäreiden ammattitaitoa tulee kunnioittaa ja antaa heidän arvioida ja hoitaa potilaitaan myös tavanomaisesta poikkeavin tavoin. Valviran tulee kuulla potilaita päätöksiä tehtäessä.
 - Lääkärin oikeuksien rajoittaminen pelkän teoreettisten riskien perusteella on väärin ja rangaistuksena liian voimakas. Tällainen toiminta tulee loppua.
 - Hyväksyn kaikki sanktio niissä tilanteissa, joissa olen aiheuttanut todellista vahinkoa tai vaaraa potilailleni.
- Ajan aktiivisesti Valviran toiminnan uudistamista. Varmistan, että jokainen potilaita vahingoittaviin päätöksiin osallistuva tulee saamaan rangaistuksen.

Minä olen viimeinen lääkäri, jolta te viette perusteettomasti oikeudet. Tämä on lupaus.

Kuopiossa 8.9.2017

LL Ville Pöntynen
SV 372581